

**فعالية برنامج سلوكي مكثف لتعديل السلوك  
الاجتماعي للطفل ذوي تشتت الانتباه المصحوب  
بفرط الحركة الزائد**

**إعداد**

**رندا محمد سيد أحمد**

مدرس بقسم خدمة الفرد  
كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة أسيوط



الطفولة صانعة المستقبل، فالاهتمام بمرحلة الطفولة، اهتمام بمستقبل الفرد خاصة ومستقبل المجتمع عامة. فأى تقصير فى رعاية الطفل يؤثر سلباً فى جميع جوانب توافق الطفل مع مجتمعه. وتمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم فى مدى عنايتها بتربية الأطفال بمختلف فناتها ويتركز ذلك فى مدى ماتقدمه من عناية واهتمام للأطفال ذوى الحاجات الخاصة (عبد الله، ٣٦٩، ٢٠٠٤). ويعتبر (اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد) أو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من الموضوعات الحديثة نسبياً فى ميدان الصحة النفسية وعلم الأعصاب والتربية وعلم النفس والخدمة الاجتماعية، وقد استثارت تلك الظاهرة انتباه كثير من العلماء والمتخصصين فى هذه المجالات المختلفة .

ويعد اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (Attention & Hyperactivity Disorder Deficit) المسئول عن حركة الطفل غير الطبيعية والتي تؤثر بشكل سلبى فى سلوكياته وسلامته فى المنزل ، حيث يقدم الطفل المصاب على التصرف باندفاع غير متوقع، بالإضافة إلى عدم وضع نتائج سلوكياته قيد الحسبان أو التفكير ، وتدنى أدائه التحصيلي نظراً لأن التشتت الذي يعاني منه الطفل يعيقه عن إتمام أداء واجباته ووظائفه الطبيعية دون انقطاعات متكررة (سيسالم، ٢٠٠٦) ، كما يمثل أكثر الاضطرابات انتشاراً فى مرحلة الطفولة، والأطفال المصابون به يعانون من مصاعب فى الانتباه مما يؤدي لإعاقة خطيرة فى الأداء الوظيفي والسلوكي للطفل فى حياته اليومية مع أسرته ورفاقه، علاوة على ذلك إذا لم يتم تداركه مبكراً سيظل لمرحلة المراهقة وما بعدها.

ومصطلح اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) هو المصطلح الحالى الذى تستخدمه الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) ، لوصف الأطفال والمراهقين والراشدين الذين يظهرون أنماطاً سلوكية تتمثل فى ضعف الانتباه ، والاندفاعية ، والحركة الزائدة . (APA, 2000)

ويمدنا الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية بتصنيف كامل للاضطرابات العقلية حيث يضع مجموعة من الأعراض يتطلب ظهورها لنجاح تشخيص اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وقد أشار إلى ثلاث تصنيفات لهذا الاضطراب تم ظهورها تدريجياً تبعاً للدراسات والبحوث العلمية تمثلت فى: النمط الأول اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه والمصحوب بتشتت الانتباه، والثانى نمط اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه والمصحوب بالنشاط المفرط والاندفاعية وثالث نمط اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه. وأضاف (جولدستين Goldstein) أن هناك نمطاً رابعاً لم يتم تحديده بعد. ويذكر (كيلى Kiley) أن النمط المشترك لاضطراب النشاط

الزائد وقصور الانتباه هو النمط الشامل والساكن لجميع أعراض النشاط الزائد" (عبد الحميد، ٢٠٠٥، ١٩٠).

تتراوح معدلات انتشاره بين أطفال العالم إلى (١٠%) ، وفي المملكة العربية السعودية تصل نسبة انتشاره إلى ١٦% ، وعلى صعيد دول مجلس التعاون الخليجي، تصل نسبة الإصابة في دولة الإمارات إلى ١٤.٩% ، أما في دولة قطر ١١.١% ، حسب الإحصائيات الرسمية، وفي مصر فكانت الإحصائيات تقول إن النسبة من ٥% إلى ٧% من الأطفال، ولكن الآن وصلت النسبة إلى ٢٥% تقريباً، كما إن نسبة الإصابة ٦ للذكور مقابل ١ للإناث (منظمة الصحة العالمية National Resource Center on ADHD, 2014, 2).

كما يتراوح معدل انتشاره ما بين ٤ إلى ٢٠% من أطفال المدارس الابتدائية من سن ٦ إلى ١٢ سنة ، ويرى (ويندر، Winder، ٢٠١٥) أن معدل انتشار اضطراب (ADHD) يزداد في الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض حيث يصل إلى (٢٠%) مقارنة بالأسر الأكثر رفاهية.

ويتصف هؤلاء الأطفال بأنهم يمتلكون مخزوناً كبيراً من الانفعالات تظهر في نشاطهم الزائد وهياجهم بدون سبب ظاهر وحركتهم الدائمة، وفي مثل هذه الحالات يكون الطفل غير قادر على الحفاظ على انتباهه في الاستماع ، وقليل التركيز ويعاني نقصاً في القدرة على السيطرة على أعصابه حيث يشوبه العديد من المظاهر السلوكية منها أنه يقاطع الآخرين في الحديث ، لا ينتظر مكانه في اللعب، بالإضافة لتغير مزاجه بسرعة من السعادة إلى الحزن وعلى هذا يشكل التعامل مع الأطفال كثيري الحركة قليلي الانتباه تحدياً كبيراً لأهاليهم والمقربين منهم ، وهذا يؤدي إلى تدهور الأداء بسبب عدم قدرتهم على التركيز وليس لأنهم غير أذكياء لكنهم غير قادرين على السيطرة على تصرفاتهم (شقيير، ٢٠٠٦، ٢٣٦).

وهو ليس زيادة بسيطة ولكنه زيادة ملحوظة جداً بحيث أن الطفل لا يستطيع أن يجلس بهدوء أبداً في أي مكان، وبعض الآباء يزعجهم النشاط الزائد لدى أطفالهم فيعاقبونهم ، ولكن العقاب يزيد المشكلة سوءاً، كذلك فإن إرغام الطفل على شيء لا يستطيع عمله يؤدي إلى تفاقم المشكلة، ٥٠% من الأطفال المصابين يستمر معهم هذا الاضطراب إلى ما بعد سن المراهقة والرشد، ويظهر بشكل أعراض أخرى كالفوضوية وحدة الطباع وعدم القدرة على التعامل مع الأسرة .

وتشير العديد من البحوث والدراسات التي تناولت هذا الاضطراب (باركلي Barkly، ١٩٩١)، (كامل، ٢٠٠١)، (الزيات، ٢٠٠٦)، (شولمان Shulman، ٢٠٠٨) إلى أن هذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات تعقيداً في تشخيصه وما قد تؤدي إليه من عواقب على ذوي

اضطراب ADHD على مجتمعهم ، حيث أن نسبة كبيرة منهم معرضون لانخفاض التحصيل وصعوبات التعلم المتنوعة التي ترتبط بصعوبات الإدراك، صعوبات الذاكرة والفهم، كما يعانون من قصور في المهارات الحياتية والفضائل في إدراك العواقب لسلوكياتهم. وتؤكد (بوريسما، داستر Boersma&Daster، ٢٠٠٨) إلى أن اضطراب ADHD يظهر بصورة واضحة في عدم قدرة هؤلاء الأطفال على كبح سلوكياتهم ومن هنا تظهر نتائجه السلبية في ضعف قدراتهم الإجرائية كالذاكرة العاملة، التنظيم الذاتي، الدافعية، الاستنتاج وإعادة البناء المعرفي .

ويضيف (باركلي Barkaly، ١٩٩٨) أن الطفل المصاب بهذا الاضطراب يقوم ببعض السلوكيات المرفوضة اجتماعيا، والتي تخالف النظام المعمول به كأن يطلب الأشياء من زملائه بطريقة غير مناسبة ، وبشكل مثير للإزعاج، كما أنه قد يقوم بسلوكيات عدوانية تجاه الآخرين، وإساءة في التصرف، وقصور في تكوين صداقات، وعلاقات مع الآخرين .

ومن الملاحظ أيضا أن ضعف الانتباه لدى هؤلاء الأطفال هو نتاج لضعف قدرتهم على التحكم بالذات حيث يشير (هارتمان Hartman، ٢٠٠٣) أن ضعف الانتباه لدى هؤلاء الأطفال لا يعني أنهم تنقصهم المهارة المعرفية ولكن مشكلتهم تكمن في التحكم بالذات والتنظيم الذاتي والتي تساعد على الاستفادة والتركيز في اكتساب المعارف واداء المهارات المختلفة في الوقت المناسب وفقا لاستجاباتهم .

ويستهدف التدخل المهني مع مثل هذه الاضطرابات التعامل مع مشكلاتهم السلوكية والاجتماعية حيث يعد مجالا خصبا للدراسة، وتستطيع طريقة خدمة الفرد بمعطياتها واتجاهاتها العلمية تأهيل وعلاج هذه الفئات والتدخل لدراسة أبعاد حالتهم والعوامل المسببة لذلك الاضطراب ومساعدتهم وإحداث تغيير في طبيعة حياتهم مما يؤهلهم للتكيف والتوافق مع ذاتهم ومع الآخرين ممن حولهم.

ومن ثم يوجد العديد من النماذج العلاجية التي تستخدم في طريقة خدمة الفرد، إلا أن ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تمتاز أغلب أعراضه بالجانب السلوكي لذلك فالأقرب هو استخدام تعديل السلوك في خدمة الفرد حيث يعد من الاتجاهات المقننة الأهداف والأساليب والخطوات. كما أن دراسة (سوجام و كاوي Sogam & Kawai، ٢٠٠٤) دعمت فعالية العلاج السلوكي للأطفال المعاقين بصفة عامة وحل الصدمات لديهم عن طريق التحرر من القيود الشكلية وتنمية السيطرة والتحكم في البواعث عند التدخل لخفض مظاهر اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. ويعد العلاج السلوكي من النماذج التي تستخدم في علاج الاضطراب لدى الأطفال ويعتمد هذا النوع على نظريات التعلم السلوكية، حيث يقوم الأخصائي بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل وتعديلها لسلوكيات أخرى مرغوبة ولا ينظر للسلوك على أنه مجرد عرض لمشكلة ولكنه هو نفسه

المشكلة التي تحتاج للعلاج (منصور، ٢٠٠٣، ١١٥). وذلك من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية يتم من خلالها تعليم الطفل المهارات اللازمة التي يمكن بمقتضاها تركيز الانتباه وضبط النفس والحد من النشاط الحركي المفرط وتوجيه الطفل الوجهة التي تمكنه من أداء الأنشطة والمهام المختلفة التي يكلف بها .

ويدلل على ذلك (الموافي، ١٩٩٥) حيث استهدف تحديد مدى فعالية استخدام بعض الأساليب السلوكية في الحد من آثار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في مرحلة المدرسة لمن يعانون من هذا الاضطراب ، وقد أوضحت النتائج انخفاض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بالإضافة إلى ازدياد قدرة هؤلاء الأطفال على ضبط الذات.

وقد أجرى (دافيز وويت Davies & Witte، ٢٠٠٦) دراسة لتحديد فعالية استخدام بعض الأساليب السلوكية في الحد من السلوكيات غير التكيفية المترافقة مع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه داخل الحجرة الصفية ، وبعد تطبيق البرنامج التدريبي ، أوضحت النتائج وجود فعالية يمكن ملاحظتها بشكل مباشر لاستخدام الأساليب السلوكية في الحد من السلوكيات غير الملائمة لدى الأطفال المستهدفين في الدراسة، هذا بالإضافة إلى ظهور العديد من السلوكيات الايجابية لدى باقي الأطفال في الصف وبخاصة تلك المتعلقة بروح التعاون والمشاركة الايجابية ، و قيامهم بتذكير بعضهم بعضاً بالمعززات التي سيحصلون عليها من جراء الانتظام.

كما قام كل من (سالنتو Salanto، ١٩٩٠) ، (كاتوباديا و جوش، ١٩٩٣)، (شي Che، ٢٠٠٣)، بالتركيز على فعالية التعزيز وتكلفة الاستجابة في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وقد أظهرت النتائج انخفاضاً واضحاً في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مثل عدم الطاعة ، وكذلك دراسة (بندر و دكسون و تشيزي، 2000, Binder, Dixon, Ghezz التي اهتمت بتعليم الأطفال أسلوب الضبط الذاتي من خلال التعزيز، أثبتت فعالية أسلوب التعزيز على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه واتفقت معهم دراسة قام بها (كارلسون و تيم، Carlson & Tamm، ٢٠٠٧) حيث استخدام التعزيز وتكلفة الاستجابة يحدث تأثيراً في أداء ودافعية الأطفال ADHD مقارنة بالأطفال الذي لا يوجد لديهم (ADHD) .

وجد دراسة (بورنستين Bornstein، ٢٠٠٧) هدفت إلى معرفة تأثير برنامج لتعديل السلوك باستخدام التدريب الذاتي ، والعلاج المتمركز على الطفل وأساليب النمذجة ، لدى ثلاثة أطفال يعانون من مظاهر النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه ، في جلسات علاجية متعددة ، وأثبتت النتائج فعالية برنامج تعديل السلوك وانخفاض المظاهر السلوكية لديهم.

ويمكن تقوية الأطفال الذي يعانون من اضطراب الانتباه وفرط الحركة من خلال تعديل سلوكياتهم في مواقف محددة بغرض تخفيف استجابات الأطفال الغير مرغوبة. وهذا ما أثبتته دراسة

(دافيد وآخرون، David, et al, ٢٠١٠) باستخدام جداول تدعيم السلوك الوقتية ولوحظ أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب تكون استجاباتهم طبيعية عندما يخضعوا للمكافأة الفورية للاستجابة. ومن الملاحظ ان التدخل السلوكي المكثف والمبكر أصبح من المصادر العلاجية الفعالة حيث توضح نتائج دراسة ( بنش، جرجوي Bunch, Gregory, ٢٠٠٧) أن الآباء و المشرفين والمعلمين يمكن أن يكون لهم مصدراً فعالاً لتقديم العلاج السلوكي المبكر للأطفال المصابين بالاضطرابات النمائية المختلفة من خلال برنامج سلوكي . قام (سبرنجر Springer ٢٠٠٤ بإجراء دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامجين تدريبيين مكثفين أحدهما موجه للأطفال ، والآخر موجه للآباء وقد أظهرت النتائج وجود تحسن ملحوظ في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وزيادة التواصل الاجتماعي وزيادة مستوى الكفاية الذاتية لدى جميع الأطفال المشاركين في الدراسة.

وضمن هذا الإطار يرى بلهام ( Pelham, 2005 ) انه إذا أراد الأهل أن يتبنوا اتجاهاً فعالاً في التعامل مع أطفالهم المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فإن تعديل السلوك هو كل ما يحتاجونه لذلك ، وذلك نظراً لأنه لا يتضمن إعطاء الطفل أية عقارات مهدئة أو محفزة . وعلى الرغم من أن بعض الأطفال قد يحتاجون لما هو أكثر من ذلك ، ولكنه في جميع الأحوال لن يكون بديلاً لتقنيات إدارة وتعديل السلوك ، لذا فإن تدريب الأهل كيفية القيام بالتعامل مع سلوكيات أطفالهم وتعديلها عند الحاجة خطوة لا بد منها قبل التفكير في وضع الطفل تحت تأثير أي علاج دوائي.

كما أثبتت بعض الدراسات العربية في خدمة الفرد فعالية نموذج التعديل السلوكي في التعامل مع الحالات المختلفة التي تناولت سلوكيات الطفل، حيث أشارت نتائج (منصور ، ١٩٩٠) عن فعالية التعديل السلوكي في تعديل السلوك اللاتوافقي للطفل المتخلف عقلياً. وكذلك (عبد الوهيد ، ١٩٩٢) التي اهتمت بعلاج سلوك التدخين لدى تلاميذ مرحلة الإعدادي، ودراسة (صفر ، ١٩٩٢) عن فعالية العلاج السلوكي في تخفيض وتقليل سلوك الشجار لدى الأطفال. كما تناول (محمد، ١٩٩٨) تعديل سلوك الطفل التوحدي .

يتضح من العرض السابق لتلك الدراسات أن هناك شبه اتفاق وإجماع بين نتائج تلك الدراسات على وجود أثر إيجابي على فعالية العلاج السلوكي في تعديل السلوكيات و تنمية الانفعالات لدى ذوي الإعاقات و الاضطرابات النمائية، كما أن معظم الدراسات أكدت على فنيات العلاج السلوكي وهي فنيات (النمذجة - التعزيز - التكلفة والاستجابة- التقليد - التسلسل). أكدت نتائج بعض الدراسات على ضرورة استخدام العلاج السلوكي في تنمية الآتي ( درجة الذكاء واللغة والسلوك التكيفي ، والتفاعل الاجتماعي والانفعالي ، وبعض مهارات التواصل ، ومهارات الحياة اليومية) . وبذلك اتفقت الدراسة الحالية مع معظم هذه الدراسات في التأكيد على أهمية العلاج السلوكي

ويلاحظ أن الغالبية العظمى من هذه الدراسات التي ركزت على ذوي اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من هذه الدراسات قد أجريت في بيئات أجنبية وهي بعيدة كل البعد عن البيئات والظروف والإمكانيات العربية، وكذلك مدى وعي الأسرة والمؤسسات بذوي اضطراب (ADHD) وخصائصهم وسماتهم والتي قد تتشابه مع حالات أخرى مما يصعب من عملية تشخيصها، كذلك أغلب الدراسات على حد علم الباحثة ركزت على علاج الطفل في مرحلة المدرسة والتعليم وارتباط ذلك بصعوبات التعلم لدى ذوي هذا النوع من الاضطرابات . ما يلاحظ أيضا أن كل الدراسات استخدمت برامج التدخل وانتهجت المنهج التجريبي وتصميم المجموعتين الضابطة والتجريبية لملاحظة الفرق في فعالية البرامج. إلا أننا في احتياج لبرامج فردية في سن مبكر لأن كل طفل من ذوي اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو حالة فردية خاصة عن غيره من الأطفال ، لذلك فيجب انتقاء البرامج المحتوية على الأنشطة والأساليب المناسبة لحالة الطفل، وهذا ما تم مراعاته بالفعل في الدراسة الحالية من حيث تصميم الأنشطة المناسبة للحالة ، وملائمتها لاحتياجات الطفل على حده.

وانطلاقاً مما سبق تتركز مشكلة البحث بأن نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تعد من المشاكل السلوكية المهمة التي تواجه الأطفال في المنزل أو المدرسة وتعوق التعليم في المستقبل، فضلاً عن ظهور المشكلات السلوكية المتمثلة بكون الأطفال المضطربين يعدون أكثر عدوانية واندفاعية وتهور ولديهم اضطرابات مختلفة وعدم القدرة على الضبط الذاتي، ومن أجل الحد من هذا الاضطراب والتغلب عليه نحتاج لتعديل مستويات السلوك لدى الطفل ذوي اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من خلال تدخل اخصائي خدمة الفرد دراسة جوانب السلوك بهدف كف السلوكيات غير المرغوبة و تعديل الاداء السلوكي الطفل مما يؤدي لمستويات أعلى من الانتباه وتحسن علاقته بمن حوله وذلك من خلال بناء برنامج وتجربته من خلال دراسة حالة لسلوكيات طفل ذوي اضطراب (ADHD) يمكن الاسترشاد بها للتدخل المهني في الحالات المشابهة.

### ثانياً: أهمية الدراسة :

- تستمد الدراسة أهميتها من الفئة التي تقوم بدراستها حيث تراوحت نسبة الإصابة بهذا الاضطراب في مصر من ( ٥ % إلى ٧% من الأطفال، ولكن الآن وصلت النسبة إلى ٢٥ % تقريباً.
- كما تكمن خطورة هذا الاضطراب في
- أ- استمراريته لدي ٣٠-٥٠% من هؤلاء الأطفال حتى نهاية مرحلة المراهقة.



ب- يصبح ٢٠ - ٥٠% من البالغين من هذه الفئة متأخرين دراسيا ولديهم صعوبات التعلم، ومضطربين اجتماعيا

ج- يكتسب ٧٠ - ٨٠% من هذه الفئة أنماطا متباينة من السلوك المزمن (76, APA, 2013).

- توظيف العلاج السلوكي المكثف بفلسفته وفنياته في التدريب في إحداث تعديل السلوكيات المصاحبة لذوى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة .
- إلقاء الضوء على اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وتأثيره السلبي على جوانب النمو الإجتماعية لدى الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب .
- تعتبر هذه الدراسة أول دراسة بمتخصصي الخدمة الإجتماعية وخدمة الفرد على حد علم الباحثة تتناول اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

### ثالثا : أهداف الدراسة :

تستهدف الدراسة الراهنة

- ١- تحديد طبيعة الطفل ذوى اضطراب (ADHD)، و أنسب أساليب التعديل السلوكي في خدمة الفرد لتعديل سلوك الطفل ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.
  - ٢- بناء برنامج وتجربته من خلال دراسة حالة لسلوكيات طفل ذو اضطراب (ADHD) يمكن الاسترشاد بها للتدخل المهني في الحالات المشابهة كهدف رئيسي تنبثق منه أهداف فرعية .
- أ- خفض النشاط الحركي الزائد للطفل ذو اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD).
  - ب- خفض السلوكيات الاندفاعية لدى الطفل ذو اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD).
  - ت- زيادة التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات لدى الطفل ذو اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD).

### رابعا : الإطار النظري للدراسة :

تناولت الباحثة إطارها النظري على ثلاثة محاور وهي كما يلي :-

- ١- مفهوم اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD) .

٢- مفهوم السلوك الاجتماعي للطفل ذو اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD).

٣- العلاج السلوكي المكثف للطفل ذو اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD).

المحور الأول: مفهوم اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD).

يمثل هذا الاضطراب أحد الاضطرابات الخطيرة في ميدان الصحة النفسية ، والأطفال المصابون به يعانون من مصاعب في الانتباه، التحكم في الاندفاع ، ضبط مستوى النشاط ، وكل ذلك يؤدي إلى إعاقة خطيرة في الأداء الوظيفي في حياتهم اليومية والأسرية والدراسية ، وتعود بدايات التعرف على اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه إلى القرن العشرين ، حيث يعتبر ( جورج ستيل George Still ) أحد أوائل الباحثين الذين بحثوا في اضطراب (ADHD) ، فقد أشار إليه آنذاك بذي العجز في السيطرة على الروح المعنوية والمقصود بذلك هو عجز التحكم بالذات. (Weiss, Hechtman, 2014,34).

. وأشار له السير ألكسندر كرشتون "القلق الذهني" في كتابه ( *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement* ) الصادر في عام ١٧٩٨. ثم مرت المصطلحات المستخدمة في وصف أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بالعديد من التغييرات على مدى التاريخ بما في ذلك: "التلف الدماغي البسيط" و"الخلل الوظيفي (أو الاضطراب) الدماغي البسيط" و"الإعاقات السلوكية/إعاقات التعلم"، إضافة إلى "فرط الحركة". كذلك، ورد مصطلح "رد الفعل الحركي المفرط في مرحلة الطفولة" في الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني للاضطرابات النفسية. في حين ورد مصطلح "اضطراب نقص الانتباه المستقل أو المقترن بحركة مفرطة" للمرة الأولى في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية. في عام ١٩٨٧، تطور المصطلح إلى شكله الحالي وهو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وذلك كما ظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية ، وما تلاه من طبعات الرابعة والخامسة (Millichap,2010,3).

تعددت تعاريف اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه تبعاً لمنظور الباحثين فهناك من تناوله من الجانب الطبي وكذلك الجانب السلوكي إلا أن كل التعاريف تتكامل في التعريف بهذا الاضطراب كما سيتم عرضها .

فوجد تعاريف طبية ركزت على الجانب الوراثي الجيني ، فتم تعريفه طبيًا بأنه " اضطراب جيني المصدر ينتقل بالوراثة في كثير من حالاته وينتج عنه عدم توازن كيميائي ، أو عجز في الوصلات

العصبية الموصلة بجزء من المخ والمسئولة عن الخواص الكيميائية التي تساعد المخ على تنظيم السلوك "

ويعرفه ( تشرنموزوفا Chernomozova 1996 ) " هو قصور في وظائف المخ التي يصعب قياسها بالاختبارات النفسية ""، ويعرفه المعهد القومي للصحة النفسية مصر (2000) " اضطراب في المراكز العصبية ، التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل التفكير ، التعلم ، الذاكرة ، السلوك " (اليوسفي، 2005 ، 17:18).

كما نجد من عرف الاضطراب تبعا للجانب السلوكي الملاحظ ، خاصة منها الحركات الجسمية وتشتت الانتباه ، حيث أطلقت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) على هذا الاضطراب في سنة 1994 اسم مرض ضعف الانتباه والنشاط الزائد بالرغم من أن عامة الناس وحتى بعض الاختصاصيين لازالوا يطلقوا عليه "ضعف الانتباه "Attention Deficit" وهو الاسم الذي أطلق عليه عام 1980 وتم تغييره نتيجة للاستكشافات والدراسات العلمية على هذا الاضطراب والتي أكدت لوجود نشاط حركي زائد مصاحب لضعف الانتباه في معظم الحالات ، لذلك فإن الكثير من المختصين يستخدمون هذين المصطلحين بشكل متبادل (سيسالم، 2006 ، 21) .

وتعرفه الجمعية البريطانية لعلم النفس بأنه "اضطراب عصبي نفسي حدى، يتمثل فى ضعف الانتباه والحركة الزائدة والاندفاعية، ولا يلائم المرحلة النمائية العمرية للفرد، ويسبب إعاقة ذات دلالة فى التفاعل الاجتماعي والنجاح الأكاديمي وعجزا فى السلوك المنظم والمنتج، كما أنه يتم تشخيصه فى الطفولة ويستمر لمرحلة المراهقة " (Steivn,2013,218)

ويري (أنجلو Angello) أنه "اضطراب طبي نفسي يتم تشخيصه بطريقة أكثر شيوعا فى مرحلة الطفولة" ، وطبقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية (DSM-IV) عام 1994 يتضمن هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض المرضية التي تصاحب الاضطراب وتتميز بمصاعب مستمرة فى ثلاث نواح هى مدى الانتباه ، التحكم فى الإندفاعية ، النشاط الحركي الزائد أو فرط النشاط" (Angello,2013,244) .

لقد عرفه ( باركلي Barkley ، 1990 ) " هو اضطراب فى منع الاستجابة للوظائف التنفيذية ، وقد يؤدي إلى قصور فى تنظيم الذات ، وعجز فى القدرة على تنظيم السلوك تجاه الأهداف الحاضرة والمستقبلية مع عدم ملاءمة السلوك بيئياً " . بينما أشار (برجن Breggin ، 1991) أن الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه "هم أطفال لم يحصلوا على اهتمام من الوالدين ، فحدث لهم هذا الإضطراب السلوكي"

وأشار له (سكيلى Skley، ٢٠٠١) "هو نشاط عضوي مفرط، وأسلوب حركي قهري يبدو في شكل سلسلة من الحركات الجسمية المتتالية، وتحول سريع للانتباه، وضعف القدرة على التركيز على موضوع معين، والاندفاعية التي تؤدي إلى الحماسة الاجتماعية." (اليوسفى، ٢٠٠٥، ١٨) ويشير (الدسوقي، ٢٠٠٥، ٢١٥) بأنه "حالة مرضية تتسم بمستويات غير ملائمة من عدم الانتباه، النشاط الزائد، والاندفاعية، وهذا الاضطراب له تأثير ضار وخطير على الأداء النفسي للطفل والمراهق، والفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب يظهر قدرة أكاديمية منخفضة، وضعفاً في التحصيل الأكاديمي بالإضافة لمشكلات مع الرفقاء، وتدنى مفهوم الذات.

ويضيف (يوسف، ٢٠٠٦، ٢٥) بأنه "ضعف قدرة الطفل على التركيز في شيء محدد خاصة أثناء عملية التعلم، وقد يأتي هذا الاضطراب منفرداً وقد يُصحب بالنشاط الحركي الزائد والاندفاعية غير الموجهة، وتكون له مظاهر منها: القلق والاضطراب والتوتر والإنطوائية والخجل والانسحابية، والابتعاد عن مواجهة الآخرين وقصر فترة الانتباه أثناء المهام المدرسية أو أثناء القيام بأى نشاط يحتاج إلى انتباه، وصعوبة متابعة التوجيهات والإرشادات الموجهة إليه وكأنه لا يستمع إلى المتحدث" وتقصد الباحثة إجرائياً باضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه في هذا البحث بأنه "اضطراب يصيب الطفل و يؤثر على أدائه وسلوكياته الاجتماعية نحو ذاته والآخرين، ويتم معالجته من قبل اخصائين اجتماعيين من خلال استخدام أساليب و فنيات سلوكية بغرض تعديل السلوكيات الغير مرغوب فيها".

#### ❖ الأنواع الفرعية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ثلاثة أنواع فرعية:

- النوع الذي يغلب عليه النشاط الحركي الزائد والاندفاع
  - تشير معظم الأعراض (سنة أعراض أو أكثر) إلى النشاط الحركي الزائد والاندفاع.
  - على الرغم من أن أقل من ستة أعراض تشير إلى وجود نقص انتباه، فإن هذا لم يمنع من وجوده إلى حد ما.
- النوع الذي يغلب عليه نقص الانتباه
  - تشير غالبية الأعراض (سنة أعراض أو أكثر) إلى وجود نقص انتباه، بينما تشير الأعراض الأخرى (وهي أقل من ستة أعراض) إلى زيادة النشاط الحركي والاندفاع. وبالطبع، هذا لا ينفي وجود زيادة في النشاط الحركي والاندفاع إلى حد ما.

○ يعاني الأطفال المصابون بهذا النوع من الاضطراب من عدم القدرة على أداء الأعمال الموكلة إليهم أو وجود صعوبة في مجاراة أقرانهم. فربما يجلسون في هدوء، ولكن دون أن يكونوا منتبهين لما يفعلون. ولذلك، قد يهمل هذا الطفل، وقد لا يلاحظ أولياء الأمور والمدرسون أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه عليه.

• النوع الذي يجتمع فيه النشاط الحركي الزائد والاندفاع مع نقص الانتباه في آن واحد

○ تظهر ستة أعراض أو أكثر من نقص الانتباه وستة أعراض أو أكثر من النشاط الحركي الزائد والاندفاع. ويعاني معظم الأطفال المصابون بهذا الاضطراب من النوع الثالث (Weiss, Hechtman, 2014,34).

### مفاهيم الاضطراب الرئيسية

#### أولاً: ضعف الانتباه *Inattention*

هو أحد أعراض (ADHD) ويتميز هذا العرض بالقابلية للتشتت، والانتقال المتكرر من نشاط لآخر دون اكتمال أي منها ، كما تشير هذه الخاصية إلى عدم قدرة الطفل على التركيز لمدة ملائمة على المثير المقدم له ، وبناء عليه فقد يبدو أحياناً أن الطفل ينتبه ويركز على المثيرات من حوله، إلا أنه يفقد انتباهه بشكل سريع جداً .

وهنا نلاحظ أن أهالي الأطفال المصابين باضطراب (ADHD) أحياناً ما يشيرون إلى أن أطفالهم قد ينخرطون باللعب في لعبة معينة لمدة ساعة تقريباً دون انقطاع، إلا أنهم في الوقت ذاته لا يكونون قادرين على متابعة الأوامر والتوجيهات على مائدة الطعام ، ويبدون وكأنهم يعانون من أحلام اليقظة في تلك اللحظات ، وهنا لابد من الإشارة إلى أن نوعية المثيرات التي تقاطع انتباه الطفل وتركيزه تتنوع وتختلف من طفل إلى آخر ، فبعض الأطفال تشتتهم المثيرات البصرية مثل الحركة والألوان ، وآخرون تشتتهم المثيرات الصوتية مثل الأصوات غير المتوقعة في الخلفية السمعية وذلك يرجع لضعف التنظيم الذاتي الداخلى والتحكم بالذات لدى الطفل ذوى الاضطراب (خليفة ، عيسى، ٢٠٠٧، ٨٦)

ومن الجدير بالذكر أن مظاهر ضعف الانتباه تظهر في المواقف التي تحتاج إلى انتباه مركز ومعالجة للمعلومات ، وفي المواقف التي تفتقر للمتعة والجاذبية ، أو تلك التي تكون صعبة أو شاقة أو مفروضة عليهم ولا يتوافر فيها التعزيز، وبخاصة التعزيز الفوري ، وكذلك الحال في المواقف الجماعية ، والمهام المتكررة والروتينية .وعلى النقيض من ذلك تقل حدة أعراض ضعف الانتباه في المواقف التي يكون التعزيز فيها فورياً ، أو في مواقف التفاعل الفردي ، أو تلك المواقف التي تتضمن أنشطة محببة مثل مشاهدة التلفاز أو اللعب تنخفض حدة التشتت ولا تعكس المدى الحقيقي لانتباه الطفل (Che,2003,215).

وتعرف الدراسة الحالية اضطراب قصور الانتباه إجرائيا بأنه "عدم قدرة الطفل على الانتباه والتركيز لفترة طويلة في مهمة محددة الذي قد يرتبط بسلوكه الحركي المستمر بما يؤثر على سلوكياته الاجتماعية الأخرى".

### ثانياً : الاندفاعية أو القسرية Impulsiveness

تعرف الإندفاعية بأنها التهور والعشوائية في إصدار الأفعال والأقوال ، وهي استجابة الفرد لأول فكرة تطرأ على ذهنه لذلك الأطفال المصابون باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لا يستطيعون التحكم في اندفاعيتهم أو ضبط سلوكياتهم طبقاً لمتطلبات الموقف . عرف باركلي ( Barkly,1998 ) الاندفاعية على أنها العجز في القدرة على كبح السلوك ، وذلك عند الاستجابة لمتطلبات المواقف المختلفة ، وذلك بالمقارنة مع الأقران من المرحلة العمرية ذاتها ، والجنس ذاته . وغالباً ما ترتبط الاندفاعية بضعف القدرة على تأخير الاستجابة أو تأجيل الإشباع (Barkley ,1998, 66).

وتشير الكتابات إلى أن الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يواجهون صعوبة واضحة عند مواجهتهم لمواقف تتطلب الانتظار داخل الحجرة الصفية، وكذلك الحال عند مواجهتهم للمواقف التي يكون مستوى التحفيز فيها متدنياً .

حيث يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبة في إجراء عملية التفكير قبل التصرف، و يبدو وكأنهم يتصرفون دون تخطيط مسبق أو دون تفكير في عواقب ما يفعلون، لذا غالباً ما نراهم يتكلمون في أشياء خارجة عن إطار الموضوع الذي يناقش أمامهم، أو على سبيل المثال يمزقون أعمالهم قبل الانتهاء منها بحجة أنها لم تعجبهم حتى قبل أن تكتمل . وهذا العرض تعتبر بمثابة معيق أساسي لإكمال هؤلاء الأطفال للمهام المطلوبة منهم . كما أن استمرارية هذا العرض عبر المراحل النمائية يؤدي إلى معاناة الطفل من مشكلات في الحساب والقراءة. بالإضافة إلى ظهور سمات الفوضى والتردد ، والنسيان ، وصعوبة انتظار دوره (Antrop, Buysse, &etal,2015,87).

وتعرف الباحثة إجرائيا السلوك الاندفاعي تبعا للدراسة الحالية بأنه " عدم القدرة على التحكم بالذات، حيث أن الطفل هنا لا يقصد في معظم الحالات إثارة المشكلات السلوكية ، فهو يعلم الصواب والخطأ، إلا أنه لا يفكر في سلوكه إلا بعد ظهور عواقبه لأنه متسرع و مندفع في رد الفعل أو إتخاذ القرار نحو ذاته أو نحو الآخرين.

وقد عرف باركلي ( Barkly,1998 ) الحركة الزائدة على أنها مستويات غير ملائمة أو مفرطة من النشاط أكانت هذه النشاطات حركية أم صوتية ، وغالباً ما تكون النشاطات الحركية التي يقوم بها الطفل لا تتصل بالمهام أوالمواقف التي تحدث ضمن إطارها . وتتسم حركة الطفل المصاب بهذا الاضطراب بالعشوائية وانعدام الغاية أو الهدف ، وتدفعه إلى الانتقال من عمل إلى آخر دون أن ينجز العمل السابق ، و تتضح خطورة هذه الحركة عندما يتوجب على الطفل المصاب التواجد في مواقف يحتاج فيها إلى السيطرة على حركاته وتنقلاته(Barkley ,1998,70).

وعرفه بطرس (٢٠٠٨) " النشاط الزائد هو إفراط الطفل في الحركة، وضعف التركيز ، وممارسة حركات عشوائية كثيرة ، وإزعاج من حوله " (بطرس ، ٢٠٠٨ ، ٤٠٢).

و يعتبر هذا العرض من أوضح وأهم السمات المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ويظهر غالباً كسلوك مزعج وغير مريح. وهنا يبدو الطفل لديه عدم قدرة علي ضبط النفس وكأنه في حالة دائمة من النشاط وينتقل من نشاط إلى آخر بعشوائية وبطريقة غير هادفة ودون توقف حتى لو طلب منه ذلك. وخلال هذه الحركة يكون هناك العديد من الحوادث والخسائر في البيئة المحيطة بالطفل ، وأحياناً لدى الطفل نفسه من جراء قفزه وتسلفه وتنقله المستمر من مكان لآخر، بالإضافة للتململ وعدم الهدوء وكثرة الشغب وسرعة الانفعال وعدم إقامة علاقات مستقرة مع الآخرين ، و سلوكيات الحركة الزائدة تصبح أقل حدة في مرحلتى المراهقة والرشد ، ( Klassen,2011,246).

#### أسباب اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه :

يرجع منشأ اضطراب (ADHD) إلى العديد من الأسباب :

فقد يرجع إلى الأسباب العصبية والتمثلية في تلف المخ أو التأخر في النضج العصبي، أو الاضطرابات البيوكيميائية، وأوضح( كارنى Carney،٢٠١٤) في دراسته أن ما بين ٥٥%-٩٢% من أسباب اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه ترجع لعوامل وراثية و تنقسم إلى شقين: منها من ركز على الجانب الوراثي البيولوجي ، أو الوراثي النفسي ، حيث يشير الأول إلى الناقلات العصبية للمخ ومنهم من ركز على تلف القشرة المخية ، والخلل الوظيفي في العمليات الإدراكية كمسبب للاضطراب ، كما يضيف أن الجانب الأيمن من الدماغ وخاصة الفص الأمامي للدماغ هو المسئول عن ضعف القدرة على التركيز والاندفاعية وتأخر الاستجابة .

أما الاتجاه الثاني فاهتم بالعامل الوراثي النفسي ، ويؤيد هذا الاتجاه أن سبب اضطراب (ADHD) وجود جين "الدوبامين Dopamin" وهو المسئول عن تنظيم مظاهر الحالات الوراثية النفسية لدى الأطفال ، كما أشارت بعض الدراسات إلى أن الفشل ، والإحباط ، وعدم التشجيع

وانخفاض احترام الذات ، والاكنتاب قد يكون السبب في سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه " (Antrop, Buysse,etal ,2015,109)

بالإضافة إلى وجود أسباب بيئية كالتعرض للتسمم بالرصاص ويأتي نتيجة للأكل أو استخدام بعض اللعب ، كما أن حمض الأستيل سالسيلك الذي يوجد في تركيب بعض المواد التي تضاف إلى الأطعمة . التلوث البيئي خلال فترة الحمل كتوقف تغذية الجنين بالأكسجين ، تعرض الأم الحامل للأشعة بشكل زائد، أو الولادة العسرة أو فترة مراحل الطفولة المبكرة ، والتي يحدث فيها نمو المخ ، والجهاز العصبي .

وأخيرا العوامل الاجتماعية حيث ينشأ من أسلوب معاملة الوالدين للطفل ، ومدى التفاعل بينهما حيث أن الطفل يظهر أكثر عصياناً للتوجيهات والأوامر التي توجه له فمعظم هؤلاء الأطفال نشأوا في بيئات أسرية مضطربة وتكون واضحة بدرجة كبيرة في الطبقات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض والأسر التي تهمل رعاية أطفالها . (اليوسفي، ٢٠٠٥ ، ٢٩:٣٠).

٢-المحور الثاني : مفهوم السلوك الاجتماعي للطفل ذو اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD).

يمثل السلوك استجابات الفرد تجاه مثيرات محددة، والشخص الطبيعي يرتبط سلوكه بالتعايش الاجتماعي والتواصل الجيد مع الآخرين، على النقيض الطفل ذوي الاضطرابات النمائية يفتقد الكثير من متطلبات الحياة الاجتماعية نتيجة لعدم استجابته للمثيرات بالشكل السوي سواء لعدم إدراكه لها أوعدم تأثيرها فيه.(William &etal ,2000 :98)

وتتسم سلوكيات الأطفال الذين يعانون اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه المصحوب بتشتت الانتباه بمظاهر تشتت الانتباه، أعراض النشاط الزائد، أعراض الاندفاعية وفيما يلي ذكر لتشخيص هذه السلوكيات والأعراض طبقا لمعايير تشخيص DSM5.

❖ أولا: مظاهر سلوك ضعف الانتباه : ويجب أن ينطبق على الطفل ستة على الأقل من الأعراض التالية الدالة على ضعف الانتباه، وأن تظهر تلك السلوكيات لمدة لا تقل عن ستة أشهر على الأقل قبل العلاج ، وأن تكون بشكل لا يتفق ولا يتسق مع مستواه النمائي مما يؤدي إلى سوء توافقه، في الجوانب الاجتماعية والأكاديمية والمهنية. كما يجب أن تظهر قبل سبع سنوات في كل من البيئة الأسرية والمدرسية معاً

١ . الفشل في الانتباه الشديد للتفاصيل .

٢ . غالباً ما يبدو غير مصغٍ عند توجيه الحديث إليه مباشرة .

٣ . غالباً لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو

الواجبات العملية



٤. ضعف تنظيم المهام والأنشطة .
٥. تجنب الجهود المدعمة و يتجنب أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلًا
٦. سهولة السرحان في الأنشطة اليومية .
٧. النسيان (فقد أشياء ضرورية للمهام والأنشطة اليومية مثل اللعب والأقلام).
٨. سهولة الانجذاب إلى مثيرات خارجية بعيدا عن المهام التي يقوم بها ، أي يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي.
٩. كثير النسيان في الأنشطة اليومية لفترة الانتباه قصيرة.
- نستخلص مما سبق ذكره أن أعراض تشتت الانتباه تتمثل في صعوبة الانتباه لمدة زمنية طويلة ، وصعوبة في الإصتات للتعليمات ، مما ينعكس عن أعماله التي تفتقد للنظام والترتيب ، ونسيان أشياء ضرورية كأدواته المدرسية فيسبب له تأخر وتهميش، والقيام بسلوكات دون التفكير تتسم بالاندفاعية ، هذا ما سنعرضه في العنصر الموالي
- ثانيا : مظاهر سلوك النشاط الحركي الزائد : ويتم التعرف عليها من الأعراض التالية للحركة الزائدة :

١. دائما يتلمل الطفل في مقعده ويتلوى بيديه ورجليه .
٢. يظل يمشي ذهاباً و إياباً في المكان الذي يوجد فيه وذلك بدون سبب أو هدف .
٣. دائما يجعل المكان الذي يوجد فيه مبعثراً وغير منظم .
٤. دائما يحدث صخب وضوضاء ، ولا يستطيع ممارسة عمله أو نشاطه بهدوء.
٥. دائما يتحدث بكثرة .
٦. كثير النشاط والحركة والحيوية في البداية فقط، وكأنه يحمل موتور في قدميه (مثال، عدم الراحة وصعوبة الانتظار لوقت طويل كما في المطاعم والاجتماعات، وغيرها من الأماكن، مما يشعرهم بالضيق والملل، وصعوبة الحفاظ على ذلك).
٧. لا يتحمل الجلوس على مقعده لفترة طويلة في الوقت التي يتطلب ذلك (مثال، ترك مقعده في الفصل الدراسي، وغيرها من الأماكن التي تتطلب جلوساً).

ثالثاً: مظاهر سلوك أعراض الاندفاعية: ويتم التعرف عليها من الأعراض التالية :

١. يقوم الطفل بالإجابة عن الأسئلة قبل استكمالها . مثال: نجده يكمل الجمل للناس قبل اكمالها، ويندفع في المحادثات
٢. لا يستطيع الانتظار في دوره . (مثال، الانتظار في الطابور).

٣. دائما يقاطع حديث الآخرين ،

٤. كثير التدخل في شؤون الغير والتطفل عليهم (مثال، مقاطعة الآخرين في الأحاديث أو الأنشطة والألعاب دون إذن، أو قيام المراهقين والكبار بالتدخل في قرارات الآخرين دون إذن). ويتدخل في أنشطتهم وأعمالهم غالبا ما يتحدث بشكل مفرط. American (Psychiatric Association,2013,59-62)

وقد اتفق أغلب الباحثين على أن الطفل ذوى اضطراب (Adhd) يتصف بثمانية أعراض سلوكية التالية

١- يظهر وكأنه لا يصغي للآخرين.	٥- نشاط زائد ملحوظ
٢- يقاوم الطرق التقليدية في التعلم.	٦- صعوبة الاختلاط وتكوين علاقات بآخرين
٣- لا يخاف من الخطر فهو اندفاعي السلوك	٧- نوبات غضب وثورات غير مبررة.
٤- لا ينتبه لمن يتحدث معهم ولا ينظر لهم .	٨- يستمتع ببعثرة الأشياء.

ويجب مراعاة :

[أ] أن ينطبق على الطفل ستة على الأقل من الأعراض المرضية التالية الدالة على فرط الحركة والاندفاعية، وأن تستمر تلك الأعراض لمدة لا تقل عن ستة أشهر على الأقل، وأن تكون بشكل لا يتفق ولا يتسق مع مستواه النمائي مما يؤدي إلى سوء توافقه، في الجوانب الاجتماعية والأكاديمية والمهنية:

[ب] هذه الأعراض لا تمثل أي مظهر من مظاهر سلوك المعارضة والتحدي والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات. كما يجب أن تتوفر خمس أعراض على الأقل من هذه الأعراض بالنسبة للمراهقين أو البالغين (في سن ١٧ وما فوق).

[ج] أن تحدث الأعراض الدالة على ضعف الانتباه وفرط والاندفاعية التي سببت عجزا أو قصورا لدى الفرد قبل عمر ١٢ سنة.

[د] أن تسبب هذه الأعراض خللا أو قصورا ذا دلالة إكلينيكية في الأداء الوظيفي اليومي للطفل في موقفين أو أكثر سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل، أو مع الأصدقاء، أو مع الأقارب وغيرها من الأنشطة.

[هـ] أن توجد أدلة واضحة وقاطعة ذات دلالة إكلينيكية تؤكد حدوث الاضطراب في الجانب الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

[و-] ألا تُعزى هذه الأعراض إلى اضطراب نمائي عام منتشر كالفصام أو أي اضطراب نفسي آخر (مثال، اضطراب المزاج، واضطراب القلق، والاضطراب التفككي، واضطراب الشخصية، وتعاطى المواد المخدرة، أو الانسحاب منها

(American Psychiatric Association, 2013, 59-62)

ويقصد بالسلوك الاجتماعي للطفل ذوى اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فى هذه الدراسة بأنه " الطفل الذي يعاني من سمات سلوكية غير متوافقة وهى زيادة النشاط الحركي الزائد، زيادة الاندفاع نحو المخاطر والسلوكيات الغير مفضلة من قبل الآخرين، صعوبة التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات بآخرين والتواصل معهم .

كيفية تشخيص سلوكيات الطفل ذوى اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه:

يتم تشخيص وتقييم شامل وواضح لمشكلات وسلوكيات الطفل في المدرسة أو في المنزل أو في بيئته الاجتماعية، وبعد أن يتم تحديد طبيعة مشكلة الطفل، ومظاهرها وأبعادها، تتم صياغة برنامج علاجي شامل لهذه المشكلة ، فالهدف الأساسي من عملية التشخيص هو معرفة جوانب القوة والضعف، وتصنيف مشكلته لتقدم للمعالج الصورة الشاملة للطفل ، حيث تشمل عملية التشخيص ما يلي:

- ١- إجراء القياس والتشخيص والحصول على معلومات عن حالة الطفل من مصادر متعددة تشمل الأولياء ، والمعلمين إضافة إلى السجلات الطبية ، والنفسية والاجتماعية ، ودراسة الحالة .
- ٢- يمكن الحصول على معلومات عن حالة الطفل من مقياس التقدير الذاتي من المقابلة المباشرة مع الطفل ، كما أن الملاحظة المباشرة خلال فترة تطبيق الاختبار تقدم معلومات هامة عن كيفية تعامل الطفل مع الواجبات البسيطة أو المركبة ، والتعرف على المشكلات البصرية أو السمعية .
- ٣- إن قياس وتشخيص المظاهر السلوكية والانفعالية للطفل من شأنه أن يلقي الضوء عما إذا كانت المشكلات ذات مظاهر خارجية مثل العدوانية واضطرابات التصرف ، والقلق ، والاكتئاب ، والانسحاب الاجتماعي (الزارع ، ٢٠٠٧ ، ٤٥)

#### ▪ المحور الثالث : العلاج السلوكي (BEHAVIORAL THERAPY) :

هو ببساطة شديدة شكل من أشكال العلاج يهدف إلي تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية ، ويهدف العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك .

ويعتبر العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج و يعتمد علي نظريات التعلم ، ويفترض أن الاضطراب هو ناتج خاطئ عن طريق الاشرطاط (Conditioning) وهذا النوع يهدف إلى إزالة الاضطراب من خلال فك الاشرطاط (CO- Denditioning) ثم إعادة الاشرطاط (Re- Conditioning)، كما يقوم التعديل السلوكي علي فنية التعلم الملطف والتي تركز علي رد فعل استخدام العقاب ( وليام كرين، ١٩٩٦: ص ٦١).

من خلال مراجعة تعاريف تعديل السلوك الواردة في التراث النظري ، نجد اتفاق حول هذا المصطلح ، والذي يعني تحويل السلوك المشكلة ، القابل للملاحظة إلى سلوك مرغوب .

حيث يؤكد حامد زهران " بأن عملية تعديل السلوك تتضمن عملية محو التعلم وإعادة التعلم ، فعلمية محو التعلم ، تتضمن محو السلوك الخاطئ غير السوي، وغير المتوافق ، وغير المرغوب ، والذي يظهر في الأعراض، ويتم ذلك بالعمل على إطفائه ، والتخلص منه ، أما عملية إعادة التعلم هي إعادة التنظيم الإدراكي.(زهران، ١٩٩٤، ٢٤٦ )

ولقد أشار عبد العزيز النوحى أن التعديل السلوكي فى خدمة الفرد يعتبر واحدا من أهم الأطر النظرية التى ينبغي أن تقوم عليها، وذلك لاعتبارات عديدة منها وحدة الهدف فى كل من خدمة الفرد والتعديل السلوكي للعميل وفعاليتيه فى التشخيص الدقيق والعلاج المهني، إضافة إلى ما يتيح من إتساع نطاق العمل المهني بطريقة خدمة الفرد ، كما أنه يعتمد على التحليل السلوكي التجريبي من خلال منهجية علمية لمعالجة المشكلات الإنسانية من خلال تحديد السلوك المستهدف بدقة والتعامل مع ما هو قائم وقابل للملاحظة المباشرة ومع ما يمكن التحكم فيه ( النوحى، ١٩٨٣، ٥٢).

ويضيف (السنهورى، ٢٠٠٢، ٥١-٥٢) أن طريقة خدمة الفرد تستفيد بالأساليب الفنية للتعديل السلوكي فى ضوء ممارسة :

أ- أساليب التدعيم الإيجابي ،التدعيم السلبي،العقاب ،الإطفاء الإجرائي ، تشكيل الاستجابة وذلك لتغيير السلوك الإجرائي (الإرادي).

ب- أساليب التشريط الكلاسيكى، التبليد التدريجى، تكثيف المثير، الإنطفاء الاستجابى لتغيير السلوك الاستجابى (الإرادي).

ج- أساليب تقديم نموذج للاقتداء ، لعب الدور، وضع القواعد والحدود، الاشباع ، التعليمات الشفاهية وهي أساليب فنية مركبة تستخدم مع العميل الذى تتضمن مشكلته أكثر من أسلوبين اجرائيين أو أن يتضمن السلوك سلوكا إجرائيا وآخر إستجابيا.

ويعرف العلاج السلوكي إجرائياً: بأنه إحدى النماذج العلاجية الذى تستخدم لعلاج الطفل ذو تشتت الانتباه المصحوب بفرط الحركة الزائد بمساعدة الأخصائي الاجتماعي بغرض تعديل

السلوكيات اللاتوافقية مع المجتمع مثل تنمية المهارات الاجتماعية، والتفاعل مع الأشخاص ويتم من خلال التعليم بالتقليد ، تشكيل السلوك ، والتدريب وتنمية الانتباه والإدراك .

التدخل السلوكي المكثف والمبكر للأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

تنامي في الغرب الاهتمام بالتدخل السلوكي المكثف والمبكر بناء على دراسة أثبتت وجود أدلة قوية على فعالية طرق العلاج السلوكية في علاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، حيث يعد النوع الآمن من العلاج وخصوصا بعد القلق الذي أثير حول طبيعة الدواء الطبي التي تستخدم للعلاج والجهل بآثاره الجانبية على المدى الطويل من جانب، وبسبب التشخيص المتسرع من بعض المختصين للاشتباه فيما يسمى بالاضطراب شبيه-فرط النشاط والتشتت ADHD-like symptoms

ويعد التدخل السلوكي المكثف والمبكر إحدى الاستراتيجيات الحديثة التي يمكن استخدامها بشكل علمي وفق خطوات إجرائية ومنهجية وذلك لتدريب الأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه حيث ثبتت فاعليته وفائدته في علاجهم، حيث يركز العلاج المكثف على تعديل السلوك خلال فترات زمنية قصيرة نسبياً يتم فيها تدريب مكثف وترتكز أساسياته على العلاج السلوكي وكيفية تعديل السلوك للعملاء (Fabiano, Etal ,2009,131).

يتضمن ذلك النوع من التدخل تطبيق نتائج البحوث السلوكية لمساعدة الأفراد على التغيير الايجابي مع التركيز على الأعراض والأحداث الراهنة والبيئة المحيطة ومثيراتها، وحديثاً بدأ اهتمامه بتعلم المهارات، وتحسين الضبط الذاتي لاكتساب الفرد القدرات المساعدة على التوافق، ومواجهة المشكلات، وهو مكثف بمعنى كثافة فترة التدخل العلاجي وتعدد الفنيات المطلوبة لبرنامج العلاج، وهو مبكر: بمعنى يبدأ قبل أن يصل الطفل إلى سن المدرسة الابتدائية وعادة لا توفر أغلب برامج التدخل المبكر تدخلا سلوكيا مكثفا، فكلمة المبكر تعني دائما المرحلة التي تبدأ قبل أن يصل الطفل إلى سن الخامسة وعادة قبل الأربع سنوات، أما كلمة "المكثف" فتصف الكم الهائل من الساعات المطلوبة لبرنامج العلاج ، أما مصطلح "سلوكي" يشير إلى استخدام تحليل سلوكي تطبيقي أي يتم في جلسات البرنامج استخدام تعليمات المحاولة المنفصلة والتي من خلالها يمكن تعلم أنواع كثيرة من السلوك للأطفال من ذوي الاضطراب وخاصة إذا كانوا في مراحل مبكرة من التعليم .

كما أن المهارات التي يتم تعلمها باستخدام أساليب التدخل السلوكي المكثف تتضمن كل الأنشطة الفردية للطفل كذلك المهارات الاجتماعية ، Self-help ويتراوح ذلك بين مهارات مساعدة الذات المختلفة كذلك مهارات الاستعداد الأكاديمي وكذلك مهارات التحكم في السلوكيات المزعجة والفوضوية (Hall ,2003,205).

❖ وهناك عدة ملامح تميز هذا النوع من التدخل السلوكي في علاج الأطفال ذوي (ADHD) :

أولاً: كثافة العلاج، إذ يجب أن يتم بمعدل يتراوح بين ٣ مرات أسبوعياً، وبمعدل ٤٠ ساعة على الأقل ومدرسة لكل طفل.

ثانياً: التحليل التطبيقي للسلوك، هو مدخل تركيبى راق لعملية التدريب والتعلم، فهذه ليست طريقة مبنية على السباحة ضد التيار أو أن نحذو فيها حذو الطفل أو ننقاد لرغباته، ولكنها طريقة تم تصميمها بعناية فائقة وتتبع نماذج متوقعة من التعليمات.

ثالثاً: يجب أن يكون هناك حد أدنى للوقت خلال الفترة التي لا يمارس فيها الأطفال عملية التعلم بجدية، فأوقات الفسح القصيرة يجب أن يتبعها دروس قصيرة تحقق تقدماً سريعاً.

رابعاً: التحليل التطبيقي للسلوك مؤسس على مبادئ مدروسة جيداً عن تعلم الإنسان وتم تصميمه بغرض استثمار إمكانيات وقدرات الأطفال حتى يستفيدوا من الوسائل التي ثبتت صلاحيتها. (Philipsen, 2014, 256).

✚ اعتبارات أساسية للتدخل السلوكي المكثف في علاج الأطفال ذوي (ADHD):

- ١- تحديد طبيعة السلوكيات التي سيتم تعديلها من خلال مقارنة اختلافات الاداء بين الطفل ذوى (ADHD) والآخرين في مثل عمره، ورأي الوالدين في سلوكياته.
- ٢- ترتيب المشكلات السلوكية حسب الأولوية بمعنى أكثر مشكلة سيكون لها أضرار إن لم يتم التدخل لعلاجها وتفادى تأثيرها في حدوث سلوكيات أخرى. ويجب أن تكون واضحة المعالم وقابلة للقياس والملاحظة .
- ٣- يجب أن يكون الهدف الأساسي ليس فقط تعديل سلوك معين ولكن التأكيد على استمرارية تغيير السلوك لدى الطفل من خلال المساعدة في الضبط الذاتي للطفل .
- ٤- التعرف على المحاولات السابقة لعلاج الطفل مع الاستعانة بالفحوصات الطبية والمقاييس التشخيصية لذوى اضطراب (ADHD).
- ٥- يعتمد العلاج السلوكي على أربع مراحل أساسية وهي : أولاً عرض السلوك المطلوب تعليمه أو التدريب عليه من قبل المعالج أو وسائل النمذجة . ثانياً : تشجيع الطفل على أداء السلوك المطلوب مع المعالج . ثالثاً : تصحيح السلوك وتوجيه الطفل لجوانب القصور فيه وتدعيم الجوانب الصحيحة منه . رابعاً : إعادة السلوك وتكراره إلى أن يتبين للمعالج إتقان الطفل له . وخلال جميع المراحل السابقة يتم الاعتماد بشكل أساسي على تكتيكات التعزيز والعقاب وتشكيل السلوك (Argyle,2011,84).

- ٦- دور الأخصائي الاجتماعي: للأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:  
١- دور الفاحص لعيوب الشخصية ٢- دور المخطط للتجربة ٣- دور المقنن للثواب والسلوكية والعقاب  
٤- دور السلطة القيادية . ٤- دور والمعلم والمتفاعل . ٥- تحديد حجم العادة السلوكية.

ويستعين بالأساليب العلاجية المناسبة لدراسة الحالة ومنها : التدعيم الإيجابي والسلبي مع الأخذ في الاعتبار فورية التدعيم وانتظامه والتنوع ، التلقين ، الإطفاء، كما يشتمل العلاج السلوكي للمصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تطبيق تقنيات عديدة مثل التعزيز الإيجابي والسلبي ، والوقت المستقطع ، والإقصاء والنمذجة ، لعب الدور ، الواجبات المنزلية وغيرها من الأساليب السلوكية التي تتطلب المتابعة الدقيقة أثناء التطبيق ، بالإضافة إلى الاستمرارية والثبات في التطبيق ، مع المتابعة الحثيثة لردة فعل الطفل عند تطبيق الأسلوب عليه(الخطيب، ٢٠٠٣، ١٤٧) .

#### خامساً الإجراءات المنهجية والتطبيقية للدراسة :

ستتناول الباحثة هنا الإستراتيجية المنهجية التي ستعتمد عليها في تحقيق أهداف دراستها وهي فروض الدراسة ونوعها، والمنهج المستخدم، مجالات الدراسة الثلاثة، المجال المكاني ، المجال البشري، وأخيراً المجال الزمني  
كما ستتناول الجانب التطبيقي لأدوات الدراسة ولبرنامج التدخل المهني ومناقشة وتفسير النتائج النهائية لقياسات حالة الدراسة.  
أولاً الإجراءات المنهجية للدراسة :

- ١- نوع الدراسة: تنتمي إلى الدراسات شبه التجريبية.
- ٢- المنهج المستخدم : ارتباطاً مع نوع الدراسة فإن الباحثة استخدمت المنهج شبه التجريبي، و نموذج تجربة الحالة الواحدة Experimentation Single Case حيث استخدمت الباحثة تصميم (ABAB) مع الاعتماد على خط الأساس المتعدد ويتم في هذا التصميم قياس السلوك المراد تغييره للطفل ذوي اضطراب (ADHD). وتم تطبيقه علي النحو التالي:-
  - تحديد عينة الدراسة ممن تنطبق عليه شروط الدراسة.
  - تم تحديد قياسات خط الأساس(أ) قبل التدخل المهني.
  - تم تطبيق برنامج التدخل المهني لنموذج التدخل السلوكي المكثف لمدة خمسة أسابيع .
  - القيام بإجراء قياس بعدى (ب) للتدخل ومقارنته بخط الأساس.

- التوقف لفترة أسبوعين.

- تحديد قياسات خط الأساس (أ) بعد التوقف وقبل التدخل المهني في إطار برنامج التدخل

- القيام بإجراء قياس بعدى ثانياً (ب) للتدخل بعد خمسة أسابيع أخرى ومقارنته بخط الأساس.

- مقارنة نتائج القياسات (قياسات خط الأساس مع قياسات التدخل المهني) وذلك لتحديد التغيرات السلوكية الملاحظة.

٣- فروض الدراسة :

في ضوء مشكلة الدراسة وأهدافها ومن خلال العرض السابق يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:

من المتوقع أن يؤدي استخدام برنامج السلوكي المكثف إلى التخفيف من سلوكيات اضطراب فرط النشاط الزائد المصاحب تشتت الانتباه لدى حالة الدراسة.

ويقاس هذا الفرض من خلال :-

١- توجد فروق دالة بين متوسطى رتب درجات الطفل ذو اضطراب (ADHD) في خفض سلوك النشاط الحركي الزائد قبل وبعد تطبيق التدخل السلوكي لصالح خط الأساس النهائي ب\*.

٢- توجد فروق دالة بين متوسطى رتب درجات الطفل ذو اضطراب (ADHD) في خفض السلوك الاندفاعي قبل وبعد تطبيق التدخل السلوكي لصالح خط الأساس النهائي ب\*.

٣- توجد فروق دالة بين متوسطى رتب درجات الطفل ذو اضطراب (ADHD) في زيادة سلوك التفاعل الاجتماعي بعد تطبيق التدخل السلوكي خط الأساس النهائي ب\*.

٤- مجالات الدراسة :

أ- المجال البشري : الاختيار العمدى لحالة واحدة من بين عدة حالات وفقاً لشروط وضوابط

التجربة لتصبح عينة الدراسة حالة واحدة لطفل من ذوي فرط الحركة وتشتت الانتباه وفقاً

للتشخيص الطبي النهائي وعليه

١- يجب موافقة الأهل و أن يتم التعاقد الشفهي معهم .

٢- استمرار حضور ومتابعة الطفل لجلسات البرنامج بانتظام. حيث كان هناك حالتين

أخرتين إلا أنهما لم يلتزما بإتباع الإرشادات والحضور بانتظام .

٣- أن يكون عمر الطفل في ما قبل المدرسة حتى يلائم برنامج التدخل المكثف المبكر لذوى

(ADHD).

٤- ليس لديه اعاقات أخرى من أي نوع .

ب- وتوصيف الحالة كالتالى :



توصيف حالة الدراسة :

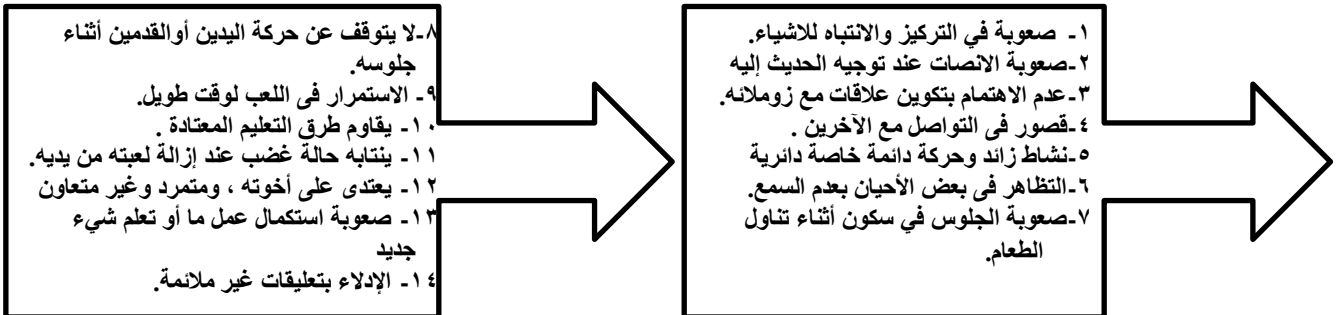
الاسم: م.ه.أ ذكر  
السن : ست سنوات  
النوع :

تاريخ الالتحاق بالمؤسسة: ٢٨ / ٤ / ٢٠١٥ .

المظهر الخارجي للحالة : يبدو على الطفل مظهر ملائم يعكس اهتمام الأسرة ومستواها الاقتصادي ، إلا أن الطفل هزيل البنيان، كثير الحركة والتنقل إلا إذا غلبه النوم، ولا يستطيع التركيز في شيء ، يتخبط ويؤدي نفسه بشكل مستمر، ولا تتوقف الشكوى منه من الجميع وقد بلغ من العمر ست سنوات إلا أن سلوكه لم يتغير . وأصبحت والدته تخشى اصطحابه معها لأي مكان سواء للسوق أو لزيارة الأقارب أو حتى الخروج للتنزه خوفاً من تعرضه لأذى أو سقوطه أو ارتطامه بشيء، أصبح مصدر قلق وحزن كبيرين لوالديه، في ظل الشكوى المستمرة من معلميه بالروضة بسبب حركته المفرطة وقلة تركيزه وانتباهه، إلى جانب ابتعاد زملائه عنه ظناً منهم أنه غير طبيعي، دائماً يأتي بأفعال وتصرفات غريبة، ولا يستمر معهم في اللعب، بل يتصرف باندفاع ويفسد عليهم ألعابهم، فأصبحوا يتجنبون اللعب معه ويؤثرون الابتعاد عنه.

تشخيص الحالة : التشخيص الطبي حالة طفل يعاني من اضطراب فرط الحركة الزائدة وتشنت الانتباه المركب من خلال تطبيق قائمة السلوك لذوى اضطراب (ADHD) وفقاً لما ورد بتقرير الطبيب إخضاع الطفل لاختبار تقييم فرط حركة ونقص انتباه الذي يسمى "كونر"، كما قامت الباحثة بتطبيق المحددات السلوكية بالدليل التشخيصي (DSM-5) والتي تم ذكرها مسبقاً للتأكد من تواجد مظاهر السلوك. كما تم قياس مستوى ذكاء الطفل من خلال مقياس وكسلر وذلك بالإستعانة بالأخصائية النفسية بغرض التأكد من العمر العقلي للطفل وعدم وجود إعاقات عقلية .

الأعراض السلوكية لحالة الدراسة :



جدول التكوين الأسري :

م	الا سم	ال سن	التع ليم	الذ وع	الحا لة الصد حية	الدخل	المهنة
١	الحد الة	٥ سن	رو ضة	ذك ر	نور اضط راب		
٢	الوال د	٤٣ سنة	عالم ي	ذك ر	طبيعي ي	٥٠٠٠	موظف
٣	الوال دة	٣٢ سنة	عالم ي	أنثى	لديها السك رى	٣٠٠٠	موظفة
٤	أخت	٥ سن	رو ضة	أنثى	طبيعية		
٥	أخت	٣ سن	رو ضة	ذك ر	طبيعية		

ت-المجال المكاني :

تم التعامل مع الحالة من خلال مؤسسة الجمعية النسائية بأسبيوط ،ومن خلال تردد الباحث على المركز ومعرفة القائمين عليه بطبيعة عمل الباحث وتخصصه

ج- المجال الزمني : تم إجراء البحث في عام ٢٠١٦ . واستغرق إجراؤه خمسة أشهر بشقيه النظري والميداني..

أدوات الدراسة : استخدمت الباحثة لأغراض هذه الدراسة الأدوات التالية:

١- القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (إعداد الباحثة). الهدف منها :- محاولة لتشخيص الأطفال ذوي اضطراب (ADHD) والتأكد من انطباق المحكات التشخيصية على الطفل عينة الدراسة الذي تم تشخيصه من قبل الأطباء المختصين. وتحديدهم وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوي الاضطرابات الأخرى وعن الأطفال المعاقين ذهنياً وذلك حتى يتم تقديم الخطط والبرامج العلاجية لهم ، وصف القائمة: وتم صياغة عباراتها في ضوء محكات التشخيص الواردة في الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي و طبيعته الخامسة المنقحة وتكونت الأبعاد الرئيسية من (فرط الحركة ، قصور الانتباه ، الإندفاعية) ، وتكونت من ٢٨ عبارة يجيب عنها الأخصائي و أحد الوالدين بـ (نعم) أو بـ (لا) ، وتمثل هذه العبارات مظاهر أو أعراض للاضطراب ويعني هذا وجود نصف عدد العبارات (١٤ عبارة) علي الأقل وانطباقها علي الطفل أنه يعاني فعلاً من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية ، وفي الغالب لا يتم إعطاء درجة للطفل علي هذا المقياس حيث يتم استخدامه بغرض تشخيص فقط وأحياناً يمكن إعطاء الطفل درجة واحدة للإجابة (بنعم) وصفر للإجابة ب(لا) ، وبذلك فإن حصول الطفل علي ١٤ درجة علي هذه القائمة يعني انطباق (١٤) عبارة عليه وهو ما يتفق مع ما ذكر سابقاً ، ومن ثم لا يوجد أدني تعارض بين الأسلوبين ومما لاشك فإن (١٠) عبارات فقط قد تكون كافية لكي تحكم من خلالها علي الطفل بأنه ذو اضطراب (ADHD) ولكن لزيادة التأكيد يفضل أن تنطبق عليه نصف عدد العبارات للحصول علي نتائج صحيحة وصادقة . صدق وثبات القائمة : اعتمدت علي أسلوبين لحساب صدق المقياس وهما :

أ- صدق المحتوي : واعتمد علي الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية (DSM) الصادر من مؤسسة (APA).

ب- الصدق الظاهري : قمت بعرضه علي عدد من المحكمين من أساتذة الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية وبعد ذلك تم الإبقاء علي تلك العبارات التي حازت علي ٨٥% علي الأقل من إجماع المحكمين وكان من نتيجة ذلك حذف خمس عبارات ليصبح العدد النهائي لعبارات المقياس (٢٨) عبارة تمثل الشكل النهائي للمقياس بينما استخدمت في الثبات

TEST-RETEST وبلغ ٠.٨٧ وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ .

٢- المقابلات بأنواعها. (مقابلات فردية مع الطفل- مقابلات مشتركة مع الطفل ووالدته- مقابلات مشتركة مع الطفل والاختصاصيين).

٣- دليل ملاحظة سلوك الطفل (إعداد الباحثة)

واشتمل على جزء البيانات الأولية وتضمن بيانات الطفل ، واسم القائم بالملاحظة ، ومدة الملاحظة ، مكان الملاحظة، زمن الملاحظة وروعي في تصميم الاستمارة تحديد تكرار للسلوك الملاحظ ، وكتابة استجاباتها لهذا السلوك طول اليوم ولمدة ما يقرب من ثلاثة أشهر ونصف فترة التدخل المهني ، الاستمارة تصلح للتطبيق بمعرفة الوالدة والأخصائي أيضاً حيث تم شرح كيفية استخدامها ورصد التكرارات السلوكية، و متابعة سلوك الطفل ، وقد تم تقسيمها لثلاثة أبعاد سلوكية رئيسية وهي الحركة والنشاط الزائد، السلوك الاندفاعي ، التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات وتضمن كل بعد لستة مؤشرات فرعية للملاحظة.

\* تم حساب صدق الأداة من خلال صدق المحتوى وكذلك عرض الاستمارة علي (٨) من المحكمين من أساتذة الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية للتأكد من الصياغات العلمية وهو مايسمي بصدق الظاهر وتم اختيار العبارات التي تم الاتفاق فيها على (٨٣%) ، واتم حساب الثبات لها من خلال TEST-RETEST وبلغ (٠.٨٦).

٤- اعتمدت الدراسة في أدواتها الأساسية على البرنامج السلوكي المكثف لتعديل السلوك الاجتماعي للطفل من ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية .

ثانيا الجانب التطبيقي وتفسير نتائج الدراسة

برنامج تعديل السلوك الفردي لحالة طفل من ذوي اضطراب (ADHD)

البرنامج الحالي هو تجربة عملية منظمة تهدف الى تدريب الطفل ذوي اضطراب (ADHD) عينة الدراسة على استخدام فنيات العلاج السلوكي المكثف والمبكر التي من أهمها فنية تحليل وتشكيل السلوك بغرض اكسابه السلوكيات الإيجابية مستند إلى النظرية السلوكية وتطبيقاتها العملية لتعديل السلوكيات المرتبطة بتخفيض النشاط الزائد ،الاندفاعية، وضعف التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات ، وقيامه بعدد من الأنشطة والمهام التواصلية والاجتماعية والبيئية والمنزلية والعمل على تنمية مهاراته التي تتعلق بتلك الأنشطة والمهام وهو ما يسهم في تنمية سلوكه ويساعده بالتالي في الانخراط في المجتمع . وتكون البرنامج من اثني عشر جلسة ، تراوح المدى الزمني لكل جلسة بداية من ٣٠ دقيقة ثم خمسة وأربعون دقيقة وحتى ساعة ونصف ، وقد أستغرق تطبيق البرنامج ثلاثة أشهر ونصف متضمنة فترات التوقف .

الهدف من برنامج دراسة الحالة السلوكية :

➤ الهدف العام من البرنامج : يهدف إلى الحد من سلوكيات الطفل المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، من خلال تكنيكات تشكيل السلوك لسلوكيات أكثر ملائمة و أكثر تماشياً مع ما هو متوقع منه وفقاً لعمره الزمني .

➤ الأهداف الخاصة للبرنامج

= خفض مستوى النشاط الزائد لدى الطفل من خلال توجيهه لضرورة الجلوس على الكرسي للحصول على الألعاب والأدوات واستخدام أسلوب التعزيز وتكلفة الاستجابة.

= الحد من اندفاعية الطفل عبر وضع أنظمة واضحة للسلوكيات المسموحة والممنوعة داخل إطار الجلسة التدريبية الفردية .

= تنمية قدرة الطفل على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين لغوياً وسلوكياً وتكوين علاقات .

خطوات إجراء التجربة السلوكية :

أولاً : الخطوات التمهيديّة : وتضمنت مجموعة من الخطوات الآتية.

- الخطوة الأولى: تم استبعاد الأطفال الذين يعانون من أية إعاقة حسية أو جسدية واضحة أو الإعاقات البدنية، بالاعتماد على طبيب المؤسسة الموجود ، كما تم استبعاد الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو انفعالية شديدة، وذلك بالاعتماد على الأخصائي النفسي بالمؤسسة.
- الخطوة الثانية: المقابلة الشخصية مع الوالدين والتي من خلالها تم عرض المشكلات الخاصة بالطفل، والتاريخ المتعلق بالنمو، والتاريخ الأسرى. وقد تبين أن اكتشافهم لأعراض الاضطراب بدأ منذ سنة ونصف تقريبا ولجأوا للفحص الطبي والأدوية والتي شخصت مبدئياً بكهربا زائدة بالمخ إلا ما لبثت التقارير والفحوص قيمت الحالة باضطراب فرط حركة زائد يصحبه تشتت في الانتباه مصحوب بالاندفاعية .
- الخطوة الثالثة: تم الاتفاق مع الوالدين على طبيعة العمل وخطواته ، وبدأت في التعرف على أهم السلوكيات السلبية من وجهة نظرهم والتي يعاني منها طفلهم بغرض تعديلها .
- الخطوة الرابعة: مناقشة أهداف وآلية تطبيق البرنامج مع الأخصائي الاجتماعي والنفسي لمساعدة الباحثة في عملية تعديل السلوك ، وتطبيق مجموعة من المقاييس التي تُقَدَّر الاضطراب والسلوك كإجراء اختبار الذكاء وذلك لقياس نسبة الذكاء، الحصول على بيانات تتضمن طبيعة سلوك الطفل ، ودرجات الاختبارات التدريبية، والموقف الدراسي وغيرها من المعلومات الهامة.
- الخطوة الخامسة: المقابلة الشخصية مع الطفل للتعرف على سلوكه في البيت و المؤسسة، وكذلك التعرف على أدائه الاجتماعي. حيث لاحظت وضوح الأعراض المميزة عليه واندفاعه وتحركه المستمر بشكل دائري أو عشوائي . وتم تحديد مواعيد الجلسات التدريبية الفردية للطفل.

ثانيا : تحديد السلوك المستهدف:

بعد مطالعة التقارير والفحوصات التشخيصية والقيام بتقدير تشخيصي لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الطفل وملاحظتي لسلوكياته بناء على الدليل التشخيصي (DSM5) وبعد مشاورة الأهل والاختصاصيين المتابعين لحالة الطفل تم تحديد السلوكيات التالية وتم تقسيم كل منها لمؤشرات للملاحظة :

١-سلوك النشاط الحركي الزائد .

٢- السلوك الإندفاعي .

٣-سلوك عدم تكوين علاقات مع الآخرين .

وتم تقسيم الأبعاد السابقة لمؤشرات تم ملاحظتها مع مراعاة أنه تم الاتفاق عليها وحازت على قبول الوالدين، تكون أكثر وضوحا لمعالم السلوك المراد ملاحظته لإمكانية قياسه بسهولة ، قابلية السلوكيات للعلاج وأن تكون في محيط التخصص لدراسة الحالة في طريقة خدمة الفرد بما يساهم في تحقيق التوافق الاجتماعي للطفل وتعديل سلوكه.

❖ الفنيات والأساليب العلاجية المستخدمة:

تم تحديدها تبعا لأساليب العلاج السلوكي وكذلك ظروف الحالة ، ونمط السلوك المراد تغييره والظروف المصاحبة له ، والاشياء التي يمكن الاستعانة بها كمدعمات للطفل ومنها .

- إقامة العلاقة المهنية المتبادلة بين الباحثة والطفل كحجر أساس، حيث تم من خلالها قبول وتطبيق الإجراءات والتعليمات كافة المقدمة من الباحثة للطفل بشكل أفضل.

- التدعيم الإيجابي وشمل مدعمات أولية والذي يشجع الطفل لأداء السلوك المرغوب كالشكولا وهي الخطوة المفضلة له ، تحديد أوقات للعب كمحفز له بعد أداء السلوك المطلوب. ومدعمات ثانوية كالابتسامة والتصفيق عند الإتيان بشئ جيد والعبوس في حالة العكس حتى يشعر بخطأ سلوكه .

- لعب الدور من خلال إسناد مجموعة من الأدوار للطفل واستخدام بعض المؤثرات والتلميحات التي تعين على جذب الانتباه وتقليل حركته بشكل أفضل وخاصة المؤثرات التقنية، و استخدمت الباحثة التعليم والتوجيه المباشر.

-التعزيز وتثبيت السلوك لديه من خلال استخدام عبارات الثناء والتصفيق عند اداء مهمة مكتملة. وإعطاء الإشارات والتلميحات اللفظية والبصرية والإيحائية من الباحثة.

-تشكيل السلوك من خلال - النمذجة - الحث - التقليد - الواجب المنزلي - مشاركة الآخرين - ممارسة أنشطة كالرسم والتلوين والمكعبات زاهية اللون.

- العقاب ويتمثل في حرمان الطفل من الحلوي أو الثناء أو لعبته المفضلة إذا تصرف بشكل غير مرغوب.

- التركيز على دمج الطالب في الأنشطة الجماعية؛ لكونها تعزز الجانب الاجتماعي للطفل وتخرجه من جانب الملل والحساسية التي بدت عليه وكانت السبب في عدم القدرة على الاستمرار بالتواصل مع الغير ، ومن هذه الأنشطة الرياضية وغيرها.

المرحلة الثالثة: خفض تعديل سلوكيات الطفل ذوى اضطراب (ADHD)

و تمثل خطوة أساسية للتعديل والعلاج السلوكي حيث قامت الباحثة بالتعاقد الشفهي مع ولي أمر الحالة، وبدء التدخل المهني للتركيز على قياس السلوك المستهدف من خلال دليل الملاحظة وحساب معدل التكرارات .على أن يطبق فترة التدخل الأولى ثم تتوقف الملاحظة لمدة اسبوعين ثم تطبق خلال فترة التدخل الثانية وذلك تحقيقا لخط الأساس المتعدد.

١-تحديد مثيرات حدوث السلوك لتجنبها .حيث الطفل مدلل لأنه الابن الذكر الوحيد والأول في الترتيب ، يترك له حرية اللعب بمفرده متى أراد ، ليس هناك نظام محدد في مكان اللعب أو النوم أو مواعيد ثابتة لذلك، لا يتعرض لأي عقاب عند إتيان سلوك خاطئ، يترك ليعبث بأشياء ويخربها، يقضى أوقاتا طويلة في لعب ألعاب عنيفة بجهاز الكمبيوتر أو التابلت الخاص به.

٢-تنمية مهارات معينة لدى الطفل تدعم خفض السلوك الغير مرغوب كالفقرز والحركة باستمرار بغرض تعلم الانصات للإرشادات والأدوات المستخدمة في البرنامج: الأشكال الكرتونية المحببة إليه - اسطوانات للتمييز السمعي يتم الاستعانة بها من غرفة التكامل الحسي بالمؤسسة - بعض اللوحات الورقية - بعض الأقلام والمطبوعات الزاهية الألوان- بعض التجهيزات التعليمية الخاصة بالفصل - إشارة مرور ذات الألوان الأحمر والأصفر والأخضر- مجموعات متنوعة من الصور.

المرحلة الرابعة : تقويم التجربة السلوكية :

١-التقويم المبدئي: وتم تحديد معدلات السلوك المطلوب من خلال استخدام معادلة التكمية لعبد العزيز

النوحي وهي

$$ق = \frac{غ ف}{غ ه}$$

حيث ق = نسبة تحقيق تعديل السلوك المستهدف .

(غ ف) = عدد وحدات التغيير الفعلي في السلوك في وحدة زمنية نتيجة التدخل المهني.

= ك خ - ك ح (خط الأساس (أ) - تكرار وقوع السلوك النهائي (ب) )





اضطراب (ADHD) التي تم تحديدها مسبقا بين القياسات القبليّة(خط الأساس أ)، والقياسات البعدية (التدخل المهني ب، وخط الأساس أ، التدخل المهني ب) لحالة الدراسة.

أولا : تحديد خط الأساس المتعدد:

جدول رقم (٣) يحدد متوسط خط الأساس للسلوكيات المستهدفة

م	السلوك	الأيام									
		متوسط التكرار									
١	النشاط الحركي الزائد	٣١	٢٥	٢٦	٢٩	٣٠	٢٥	٣٠	٣٩	٣٦	٤٠
٢	السلوك الإندفاعي	٢٥	٢١	٢٦	٢٤	٢٣	٢٤	٢٨	٢٤	٢٧	٣٠
٣	التفاعل الاجتماعي.	٢	١	٢	٢	١	٣	٢	٢	٢	٢

يشير الجدول السابق للقياسات المتعددة والتي تمت على ثلاث مراحل بتسعة مقابلات وقد تمت الملاحظة وفقا للجدول المصمم للملاحظة ومن خلال تحليل الجدول السابق اتضح ما يلي :-

١- متوسط التكرارات لسلوك النشاط الزائد ٣١ مرة يوميا ومن الملاحظ انها تقع بين مرتين وثلاث مرات في الساعة الواحدة ويلاحظ ان سجل ملاحظة الوالدة بلغ ١,٩ مرة في الساعة والباحثة ١,٦ مرة وذلك لأن الوالدة لا تعاقب الابن بل تلبي له طلباته هروبا من إصراره وإزعاجه.

٢- بلغ متوسط السلوك الاندفاعي للطفل ٢٥ مرة يوميا وذلك بمعدل مرتين تقريبا في الساعة الواحدة ويلاحظ هنا ارتفاع نسبة الملاحظة الوالدة عن الباحثة .

٣- بلغ متوسط سلوك التفاعل مع الآخرين وتكوين العلاقات مرتين يوميا بمعدل (١٥ .) مرة في الساعة وهي نسبة غير طبيعية وارتفعت في ملاحظة الباحثة عم ملاحظة الأم وذلك لوجود فرص الاختلاط والتفاعل مع الآخرين من زملائه بشكل أكبر .

ثانيا : اختبار فرض الدراسة الفرعي الأول :

توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الطفل ذو اضطراب (ADHD) في خفض سلوك النشاط الحركي الزائد قبل وبعد تطبيق التدخل السلوكي لصالح خط الأساس النهائي ب\* .

جدول رقم (٤) للقياسات لسلوك النشاط الزائد للطفل

ك القياس	خط الأساس (أ)	نهاية التدخل الأول (ب)	قياس بعد التوقف (أ)	القياس النهائي الثاني (ب)
التكرارات	٣١	١٠	١٧	٧
متوسطك بالوحدة الزمنية	٢,٤	٠,٨	١,٣	٠,٥

يتضح من الجدول السابق أن سلوك النشاط الزائد قد انخفض عبر قياسات متوسط خط الأساس المتعدد والذي بلغت ٣١ مرة في اليوم إلى ١٠ مرات في اليوم في نهاية التدخل المهني الأول (ب) ثم ارتفع بعد التوقف الذي استمر ١٥ عشر يوماً ليبلغ ١٧ مرة عند القياس (أ) ثم انخفض بعد نهاية التدخل لعدد ٧ مرات يومياً في القياس (ب). وبتطبيق معادلة التكمية السلوكية لتقويم نتائج التدخل المهني.

$$ق = \frac{غ ف}{غ هـ} \times ١٠٠ = \frac{7-31}{4-31} \times ١٠٠ = ٨٨,٩٨ \%$$

ومن ثم يمكن تطبيق نفس المعادلة لقياس مدى تحقيق النتائج من خلال نموذج الإيقاف كالتالي :

جدول (٥) نتائج تطبيق معادلة التكمية لتقويم نتائج التدخل المهني لسلوك النشاط الزائد.

تقويم نهاية التدخل المهني الأول	تقويم نهاية فترة التوقف	تقويم نهاية التدخل المهني الثاني
٧٧,٨ %	٦١,٩ %	٨٨,٩٨ %

وتشير نتائج الدراسة أن التدخل السلوكي المكثف يؤدي لتعديل سلوك النشاط الزائد لدى الطفل حالة الدراسة ذو (ADHD) بنسبة ٨٨,٩ % مما يعني وجود فروق لصالح خط الأساس النهائي ب\* مما يعني قبول فرض الدراسة.

= وبناء على جدول الملاحظة والمقابلات المهنية تؤكد ضرورة تبني نظرة شمولية لأعراض الاضطراب ومسبباته والطرق العلاجية المتوافرة، عبر تدريب الطفل بشكل فردي، وتدريب وتوجيه والديه في ذات الوقت بشكل فردي أيضاً، وذلك بهدف تحقيق أفضل تطور ممكن للطفل، عبر الحد من سمات الحركة المفرطة، حيث تعمل برامج تعديل السلوك على إسباب الطفل سلوكيات بديلة تكيفية، وتعمل برامج تدريب الوالدين على تدعيم التطورات التي يحققها الطفل في المنزل والمدرسة والبيئة الاجتماعية المحيطة به، حيث أسلوب التدعيم والعقاب كان لهما أكبر الأثر في

خفض السلوك، حيث ابدى الطفل مقاومة شديدة في بادئ الجلسات والتي كانت لا تستمر لأقصى من ٣٠ دقيقة حيث كان الطفل سريع الحركة بيديه ورجليه ويفضل القفز المفاجئ والدوران بقوة لا يستطيع التوقف عنها ، وكانت الباحثة تحرص على الجلوس في مواجهة الطفل وفي حيز ضيق لا يسمح له بالحركة إلا بعد انتهاء المهمة وبدأ الطفل في الاستماع للتعاليم والإرشادات والبعد عن الحركات العشوائية .

= وقد اتفقت مع الاخصائية الاجتماعية وكذلك والدة الطفل على اتباع هذه الإرشادات وعدم تركه بمفرده في هذه الحالة لانعكاسها على سلوكياته الآخري وملاحظة كيفية القيام بتطبيق وتفعيل فنيات تعديل السلوك ، كنوع من التعليم بالتمذجة الحية ، ومنه تبين للباحثة أن النشاط الزائد أثر سلبا على انتباه الطفل مما خلق لديه صعوبات في القراءة وهذا ما يؤكد فعلا وجود علاقة بين النشاط الزائد وضعف الانتباه عند هذه الحالة. بالإضافة إلى تشتت انتباهه بسهولة إذ تعرض إلى مثيرات خارجية.

= استخدام الثواب والعقاب للطفل بأشكال مختلفة ، وحرمانه من ألعابه وأنشطته المفضلة في حال الاستمرار في السلوك، واستخدام الثناء والحلوي في حالة القيام بالمهام وتنفيذ السلوكيات المرغوبة. حيث صاحب سلوكه الحركي الزائد اطلاق اصوات مزعجة والاستمرار في البكاء أو الصراخ تنفيذا لما يريد فهو يحتاج للصبر و لاستغلال وسائل التواصل اللفظية والحركية المختلفة بما يخالف ردود فعله.

اختبار فرض الدراسة الثاني :

ومؤداه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات الطفل ذو اضطراب (ADHD) في خفض السلوك الاندفاعي قبل وبعد تطبيق التدخل السلوكي لصالح خط الأساس النهائي ب\* .

جدول رقم (٦) لقياسات السلوك الاندفاعي للطفل ذو (ADHD)

ك القياس	خط الأساس (أ)	نهاية التدخل الأول (ب)	قياس بعد التوقف (أ)	قياس انتهاء التدخل الثاني (ب)
التكرارات	٢٥	١٦	١٩	٦
متوسط ك بالوحدة الزمنية	٢	١	١,٥	٠,٥

يتضح من الجدول السابق أن السلوك الاندفاعي لدي الطفل ذو اضطراب (ADHD) انخفض حيث بلغ (٢٥) تكرار يوميا بمتوسط زمنى مرتين ، وقد بلغ القياس (ب) ١٤ مرة بمتوسط مرة واحدة ، ثم ارتفع بعد التوقف الذي استمر ١٥ عشر يوما ليبلغ ١٩ مرة عند القياس (أ) ثم انخفض

بعد نهاية التدخل لعدد ٦ مرات يوميا في القياس (ب) بمعدل مرة كل ساعتين تقريبا. وبتطبيق معادلة التكمية السلوكية لتقويم نتائج التدخل المهني.

$$ق = \frac{غف}{غـ} \times 100 = \frac{6-25}{4-25} \times 100 = 90,5\%$$

ومن ثم يمكن تطبيق نفس المعادلة لقياس مدى تحقيق النتائج من خلال نموذج الإيقاف كالتالي :

جدول (٧) نتائج تطبيق معادلة التكمية لتقويم نتائج التدخل المهني للسلوك الاندفاعي للحالة

تقويم نهاية التدخل المهني الأول	تقويم نهاية فترة التوقف	تقويم نهاية التدخل المهني الثاني
٥٢,٤ %	٢٨,٦ %	٩٠,٥ %

ويتضح من خلال نتائج الدراسة صحة الفرض الثاني وقبوله وأنه حقق الأهداف المرجوة المتمثلة في خفض السلوكيات الاندفاعية لدى الطفل بنسبة ٩٠,٥ %.

وتستخلص الباحثة بعض المؤشرات الكيفية التي ارتبطت بدراسة حالة الطفل وهي : يجد صعوبة في التنفس إذا ضغط عليه في الجلوس لوقت أطول من ذلك، مع العلم أن الطفل خالي من الأمراض المزمنة، متسرع في تصرفاته وقراراته ولا يعبأ بمخاطر ، و يفضل العناد للحصول على أشياءه فلا ينتظر الترتيب او النظام المعد للحصول على الشيء. كثير التدخل في شؤون الغير والتعليق عليهم بدون تفكير مع إبداء حركات مستفزة .

اختبار فرض الدراسة الثالث :

ومؤداه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات الطفل ذو اضطراب (ADHD) في زيادة سلوك التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات قبل وبعد تطبيق التدخل السلوكي لصالح خط الأساس النهائي ب\* .

جدول رقم (٦) لقياسات سلوك التفاعل الاجتماعي للطفل ذو (ADHD)

ك / القياس	خط الأساس (أ)	نهاية التدخل الأول (ب)	قياس بعد التوقف (أ')	قياس انتهاء التدخل الثاني (ب')
التكرارات	٢	٧	٤	٩
متوسط ك بالوحدة الزمنية	٠,١٥	٠,٥٤	٠,٣١	٠,٦٩

يتضح من الجدول السابق أن سلوك التفاعل الاجتماعي لدى الطفل ذو اضطراب (ADHD) ارتفع حيث بلغ (٧) تكرارات في نهاية التدخل المهني الأول القياس (ب) بمتوسط (٠.٥٤)، للسلوك ، ثم قل بعد التوقف الذي استمر ١٥ عشر يوماً ليبلغ ٤ مرات يومياً عند القياس (أ) ثم ازداد ليبلغ بعد نهاية التدخل لعدد ٩ مرات يومياً في القياس (ب) بمعدل (٠.٦٩) في الساعة . وبتطبيق معادلة التكمية السلوكية لتقويم نتائج التدخل المهني.

$$ق = \frac{غف}{غـ} \times 100 = 100 \times \frac{9-2}{10-2} = 87,5\%$$

ومن ثم يمكن تطبيق نفس المعادلة لقياس مدى تحقيق النتائج من خلال نموذج الإيقاف كالتالي :

جدول (٧) نتائج تطبيق معادلة التكمية لتقويم نتائج التدخل المهني لسلوك التفاعل الاجتماعي

تقويم نهاية التدخل المهني الأول	تقويم نهاية فترة التوقف	تقويم نهاية التدخل المهني الثاني
٦٢,٤ %	٢٥ %	٨٧,٥ %

ويتضح من خلال نتائج الدراسة صحة الفرض الثالث وقبوله وأنه حقق الأهداف المرجوة المتمثلة في زيادة دمج الطفل مع الآخرين ممن حوله بنسبة ٨٧,٥ %

وتستخلص الباحثة بعض المؤشرات الكيفية التي ارتبطت بدراسة حالة الطفل وهي :

= اشراك الطفل مع زوملائه في أنشطة جماعية وإعداده لممارسة ألعاب المختلفة ، وتجنب الألعاب العنيفة أو التي تولد سلوك عدواني نحو الآخرين وبالتالي الاندفاع نحو الآخرين مما يجعلهم يبتعدوا عنه.

= استثمار حب الطفل ورغبته في ألعاب معينة كالمكعبات والصلصال ، إشراك أخوته ووالديه معه واعتبارها كمدعم للسلوك وكذلك في المؤسسة .

= تنمية وسائل ومهارات التواصل لديه من خلال النظرة ، تقديم الابتسام ، استخدام التعليقات اللطيفة (شكراً) عند أخذ الشيء من أحدهما يجعله مهذباً ومحبوفاً من الآخرين.

= استخدام التلقين والتعليم في كيفية فتح الحوار مع الآخرين ، وعدم مقاطعة الكبير أو أحدهم عند الحديث حتى لا يتم تجنبه والبعد عنه.

= التخلص من سلوك احتكار بعض الألعاب لنفسه وإشراك الآخرين معه في اللعب . وتوبيخه عند القيام بهذا السلوك ومنعه من ما يجب ويرغب .

= توجيهه نحو مساعدة الغير وعدم تركيز اهتمامه حول نفسه وطلباته فقط حيث كان يشنت انتباهه لما يريد ولا يعبأ بمن حوله.

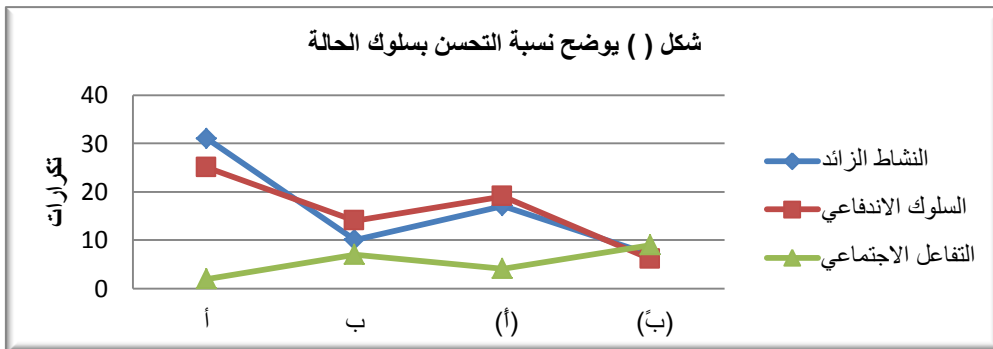
وفى حال استجابته للتوجيهات السابقة وتنفيذ المهام المطلوبة يتم تقديم التعزيز والتدعيم الفوري لسلوكه ليتم تثبيت السلوك.

اختبار الفرض الرئيسي للدراسة :

ومؤداه ان برنامج التدخل العلاجي السلوكي المكثف فى خدمة الفرد يؤدى لتعديل السلوكيات الاجتماعية للطفل ذو اضطراب فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه والاندفاعية.

م	السلوك	اتجاه تعديل السلوك	النسبة	ترتيب
١	النشاط الحركي الزائد.	انخفاض	٨٨,٩ %	الثاني
٢	السلوك الاندفاعي .	انخفاض	٩٠,٥ %	الأول
٣	التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات	ارتفاع	٨٧,٥ %	الثالث

يتضح من الجدول السابق أن نتيجة التدخل المهني لخفض السلوك الاندفاعي لدى حالة الدراسة جاءت فى المركز الأول بنسبة (٩٠,٥%) تلاها فى المرتبة الثانية خفض السلوكيات المرتبطة بالنشاط الحركي الزائد بنسبة (٨٨,٩%)، وفى الترتيب الثالث والأخير جاءت سلوكيات التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات بنسبة (٨٧,٥ %) وهى نسبة متقاربة من سلوكيات النشاط الحركي الزائد حيث الاثنان مترابطين بشكل عكسي فكلما انخفض السلوك الحركي الزائد وأصبح الطفل أكثر هدوءاً كلما كان أكثر تفاعلاً مع أفراد أسرته وأخوته وكذلك تتولد لديه القدرة على التركيز فى تكوين صداقات مع زوملائه.



ومما سبق تثبت صحة الفرض الرئيسي ومؤداه ان التدخل العلاجي السلوكي المكثف فى خدمة الفرد يؤدى لتعديل السلوكيات الاجتماعية للطفل ذو اضطراب فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه والاندفاعية.

حيث تم تحسن حالة الطفل فى الانتباه للتعليمات وتنفيذ رغبات الوالدين بالمنزل ، قلة ارتكاب الخطاء والجلوس فى مكانه بشكل أكثر هدوءا وأكثر طبيعية عما سبق فأصبح أقل اندفاعية فى حركاته ويستطيع ضبط حركاته نحو الآخرين، الانتظار لدوره فى اللعب والطعام وممارسة الأنشطة المختلفة، كما أصبح أكثر تجاوبا مع والديه واخوته وكذلك مع الآخرين ويفضل مشاركتهم فى العابه الخاصة

وتستخلص الباحثة بعض المؤشرات الكيفية التى ارتبطت بدراسة حالة الطفل وهى :

- ضرورة الكشف عن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مبكرا خاصة فى مرحلة ما قبل المدرسة ، وتقديم الخدمات الملائمة لهم ، ضمن إطار برامج التدخل المبكر.
- إعادة تربية وتأهيل الطفل بأساليب اجتماعية وتربوية خاصة تمكنه من تعديل سلوكياته الغير مرغوبة واستثمار قدراته وإمكاناته بأفضل الطرق.
- تعاون الأسرة وتفهمها لطبيعة الاضطراب من أهم سبل نجاح برنامج التدخل، لذلك يجب تدريب اولياء الأمور بكيفية التعامل مع الأطفال وتربيتهم وملاحظة سلوكياتهم وإعادة تقنينها.
- إجراء متابعة بعيدة للطفل حالة الدراسة لتدعيم التغيير الذى حدث وضمان استمراره من خلال استخدام وسائل تدعيمية متنوعة، والتأكد من صحة النتائج.

هذا وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع مجموعة من نتائج دراسات أجريت فى ذات السياق حيث أثبتت نتائج الدراسة فعالية العلاج السلوكى مع ذوى الاحتياجات الخاصة وهذا ما دعمته دراسة كل من (منصور ١٩٩٠)، (محمد، ١٩٩٨)

كما اتفقت نتائج الدراسة على وجود أشكال مختلفة لمقاومة من جانب الطفل ورفضه للتعديل السلوكي مع دراسة (بوريسما، داستر Boersma&Daster، ٢٠٠٨) والتي أكدت صعوبة ربط جماع الطفل حيث بدت علامات المقاومة فى بداية المقابلات ورفض التعاون. كما اتفقت مع دراسة) سالنتو Salanto، ١٩٩٠)، (كاتوباديا و جوش ، ١٩٩٣)، (شي ، Che ، ٢٠٠٣) على فعالية التعزيز وتكلفة الاستجابة فى الحد من فرط الحركة.

واثبتت الدراسة أن السلوك الاندفاعي لدى الطفل يأتي في المستوى الأول لتحسن حالة الطفل وانعكاس هذا السلوك على كل من حركة الطفل الزائدة وكذلك تفاعله مع الآخرين وتكوين علاقات مستقرة معهم .

كما توصي الدراسة الحالية أن استخدام الحوافز المادية لوحدها لا يزيد من الدافعية لدى الطفل نحو تعديل السلوك واستكمال المهام بل لابد أن تكون المهام مشوقة وممتعة حتى تجذب انتباهه وترسخ لديه السلوك المرغوب. كما توصى النتائج أن يكون التدعيم تدريجي ويعتمد على الجانب المعنوي للطفل وهذا يعدل من السلوك ويدعم من تشكيل السلوك داخل شخصيته حيث أن الطفل لديه من الوعي ما يميزه بين الصواب والخطأ. كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن الطفل يحتاج لإستمرارية استكمال تدخل البرنامج وتقديم الحافز الذاتي حيث في مرحلة التوقف زادت مرة أخرى الحركة الزائدة وتلاها السلوك الإندفاعي من جانب الطفل مما يتطلب المتابعة، كذلك ضرورة الالتزام بمهارات ضبط الذات للطفل حتي يتمكن من التحكم في حركته الزائدة من خلال التعليم المباشر والنصح والتدعيم التدريجي والذي يخفي بعد فترة زمنية والذي يركز على ترسيخ السلوك معنويا أكثر منه ماديا مما يترتب عليه خفض النشاط الزائد لديه وتقليل من حدة الإندفاعية لديه والسلوك التهورى، وبالتالي زيادة علاقاته السوية وتفاعلاته بالآخرين.

كما اتفقت مع دراسة (سبرنجر Springer ٢٠٠٤ )، (بنش، جرجوي: Bunch, Gregory ٢٠٠٧)، حيث الاستعانة بالآباء و الأخصائيين والمعلمين له فعالية في تقديم العلاج السلوكي المبكر للأطفال المصابين بالاضطرابات النمائية المختلفة من خلال برنامج سلوكي .

و لاحظت الباحثة أن تهيئة البيئة المنزلية ضرورة يجب أن تتم من خلال المشاركة الوالدية ، التعزيز الإيجابي لسلوكيات الطفل ومتابعته والتغلب على مظاهر العناد والعنف لديه ، استخدام التهذيب المرتبط بالاقناع والإذعان، تعديل التفاعلات الأسرية من السلبية للإيجابية فوسائل التواصل ونمو العلاقات الاجتماعية يكتسبها الطفل من أسرته وتنبع من وسائل الاتصال المستخدمة في الأسرة وكل ما سبق عوامل تنعكس على تحسن سلوكيات الطفل.

ويمكن تلخيص ما تقدم ، بأن نتائج هذه الدراسة دعمت فاعلية استخدام العلاج السلوكي باستخدامها لبرنامج تعديل سلوك فردي لطفل ما قبل المدرسة في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. وعلى الرغم من ذلك ، يجب الأخذ بعين الاعتبار نتائج الدراسات التي اختلفت مع الدراسة الحالية.

كما توصي الباحثة بإجراء المزيد من الدراسات المستقبلية في مجال خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في طريقة خدمة الفرد بوجه الخصوص والخدمة الاجتماعية



عامة باستخدام فنيات تعديل السلوك المقرون ببرامج تدريب الوالدين بحيث تتناول متغيرات أخرى مثل العمر، والجنس، وآليات لم تتناولها الدراسة الحالية. دراسة فاعلية برنامج تعديل سلوك للأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ووالديهم وإخوانهم حيث يحتاج هذا المجال لمزيد من الدراسات ولعل هذه الدراسة قد تكون ساهمت في إلقاء الضوء على نوى اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط الحركة الزائد.

محتوى الجلسات التدريبية:

الجلسة الأولى: مدة الجلسة: ساعة ونصف

الهدف العام للجلسة : ١- التعرف على الطفل وأسرته .

٢- تحديد حالة الطفل.

٣- توضيح طبيعة الجلسات للأسرة والتعاقد الشفهي معهم .

ملخص الجلسة :

قبل البدء بتطبيق الجلسات التدريبية مع الطفل، قمت بمقابلة أسرة الطفل والتعرف عليها وبناء جسور علاقة مهنية معهم، ومن ثم قمت بجمع المعلومات الضرورية عن حالة الطفل من ناحية التاريخ الطبي والصحي، وطرحت بعض الأسئلة مثل: هل تعرض الطفل لأمراض أو إصابات خطيرة خلال الطفولة المبكرة؟ هل يعاني من السقطات والحوادث بشكل متكرر؟ هل يعاني من اضطرابات في النوم؟ ولجمع معلومات عن قدرات الطفل وتفاعله الاجتماعي طرحت أسئلة مثل: هل تقبل الطفل الروضة واندمج فيها؟ ما هي الأدوات والألعاب التي يستمتع بها؟ هل يجلس بهدوء لمشاهدة التلفاز؟ هل يطيع الأوامر عندما توجه إليه؟ هل هو عنيد أو عصبي أو عدواني؟. وذلك لبناء خطة تعديل السلوك الملائمة مع احتياجات الطفل وقدراته. كما تم تطبيق قائمة ملاحظة سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بالتعاون مع أسرة الطفل.

ثم طلبت مقابلة الطفل نفسه بعد إبداء أسرة الطفل موافقتها على إتمام جلسات برنامج التدخل المهني معه حتى ألاحظ سلوكيات الطفل وطريقته في التحدث والجلوس واللعب، مدى تمكن الطفل من السيطرة على الاندفاعية اللفظية والسلوكية والتفاعل مع الآخرين وملاحظة مدى اهتمام الطفل بذلك، ولقد قيمت الطفل من خلال الأداة التشخيصية المعدة مسبقاً تبعا (Dsm5) لتقييم المستوى الأدائي والنمائي للطفل كي أتمكن من تدريبه على مهارات ملائمة لعمره.

كما قمت بملاحظة وقياس مدى تكرار السلوكيات المرتبطة بالنشاط الزائد والاندفاعية وقلة التفاعل مع الآخرين لبناء خط قاعدي لسلوكياته يمكن من خلاله تحديد التطورات الحاصلة على سلوكياته لاحقاً، و لئيم استخدامه لتقويم مدى تطور الطفل خلال البرنامج التدريبي، ومدى فاعلية الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة وكخط أساس أولي لحالة الدراسة.

الهدف العام للجلسة : توضيح أنظمة الجلسات للطفل.

الأهداف الخاصة : توضيح الأنظمة التالية للطفل:

1-لابد من الجلوس على المقعد للحصول على الأدوات.

2-لا يسمح بمغادرة المقعد خلال اللعب.

3-يجب إنهاء المهمة قبل الحصول على غيرها.

٤- لابد من التجاوب مع توجيهات الباحثة للحصول على التعزيز .

٦- استخدام التقييم المستمر لسلوكيات الطفل وتحديد المكاسب الثانوية منها .

ملخص الجلسة:

قمت باستقبال الطفل والترحيب به وطلبت منه الجلوس على الكرسي سعياً لكسر حاجز الجمود الموجود والجل باستخدام جمل قصيرة وواضحة، ولقد حرصت على الجلوس في مواجهته وفي حيز ضيق لايسمح له بالحركة كثيراً ، مؤكدة على أهمية التواصل البصري الفعال بيننا، وكان هناك نوع من الألفة حيث استخدمت ألعاب تثير النشاط والتفاعل بيني وبينه، ولقد راعيت أن أقود الجلسة وليس الطفل حيث كانت هناك مقاومة وعناد من جانبه، وتم وضع لوحة أمام الطفل أضع في نهاية المقابلة نجمة التقويم عن سلوكياته الإيجابية في هذا اليوم حتى تكون كمدعم له وانتهت بتحديد موعد جلسة قادم.

تقييم الجلسة: جيدة وتم تحقيق الهدف

الجلسة الثالثة:

مدة

الجلسة: ساعة

هدف الجلسة :

- تدريب الطفل على الانضباط والالتزام لمدة معينة يتم زيادتها تدريجياً.

الآليات المستخدمة في الجلسة

- التعزيز والتشجيع
- غرفة خالية.
- ألعاب حركية

العباب الصور

ملخص الجلسة:

تم استخدام غرفة خالية من أي مشتتات للتركيز حتى ينحصر تركيز الطفل معي وللتوجيهات الصادرة مني وبالأشطة والمهام المطلوبة ، وسألته بشكل تحفيزي من يبغى المشاركة في هذه الأنشطة؟ وحثته بكلمات الشاطر الجالس على الكرسي سيشاركني. والتي كان من أهمها استخدام

الألعاب الحركية كلعبة الكراسي التي بحاجة الى مجهود وذلك لخفض طاقة الطفل قليلا حتى يستطيع التركيز معي في المهام الأخرى ، وأيضا لعبة الخرز حيث يطلب من الطفل ان يدخل ما يقارب ١٠ حبات من الخرز في خيط في مدة معينة مستعينة بأخصائية المؤسسة ومقابل ذلك هدية تشجيعية ان أتم المهمة. وأن يجمع عدداً من الصور عن سلوكيات إيجابية ثم يقوم بالصاقها في دفتر خاص حسب موضوعات معينة ويتم مكافأته لكل صورة ينجح في لصقها في المكان المناسب . ولقد دعمته ببعض الحلوي في نهاية المقابلة عن سلوكياته الإيجابية في هذا اليوم كمدعم وحافز له.

تقييم الجلسة: حققت الهدف الذي وضعت من اجله وقد كان هناك تقدم من جانب الطفل لذلك سعيت لاستكمال التركيز على هذا الجانب المقابلة القادمة حيث قلت حركته.

الجلسة الرابعة:

مدة الجلسة: ساعة وربع

هدف الجلسة : ١-محاولة ضبط الحركة لفترة أطول من المرة السابقة بزيادة ضعف

الوقت.

٢-معرفة مدى إدراكه للسلوكيات التي يقوم بها ومناقشته فيها.

الآليات المستخدمة في الجلسة :

- لعبة حركية
- رسم
- إفراغ وجداني

تشكيل السلوك

ملخص الجلسة :

تم من خلال هذه الجلسة اجراء لعبة تفريغيه كبداية جديدة بمعاونة الاخصائية ، وفي حال مغادرة الطفل لمكانه أوقف النشاط وأطلب منه العودة لمقعده وفي حال رفضه لذلك امسكه وأعيده لمقعده وانبهه إذا ما يجلس علي كرسية ما رح ألعب معه وادعمه . وبعد انتهاء النشاط احثه على إعادة الأشياء لمكانها ، واصفق له .

وبعد انتهاء النشاط طلبت من الطفل بأن يرسم ما يدور في مخيلته من أمور تشغل تفكيره لمعرفة الظروف التي تحيط به ورأيه فيها وهل لها تأثير في حالته السلوكية وسألته عن علاقاته بوالديه وأخوته .حيث عبر عن حبه لهما لكنهما كثيري الانفعال والغضب عليه ولقد وضحت له أن السلوك السيئ الصادر منك هو الذي يجعلهم يفعلوا وإذا تحسنت ستجد معاملتهم لك ستتغير وستكون لك مكافآت ومفاجآت طيبة من جانبهم لك .

تقييم الجلسة : تم تحقيق ما طلب من الطفل وكان هناك تقدم جيد.

هدف الجلسة :

مساعدة الطفل على ضبط السلوك الاندفاعي.

الآليات المستخدمة في المقابلة :

• لعبة الكلمات المسموعة

• التوضيح

• التدعيم

• لعبة ضع دائرة

ملخص الجلسة :

من خلال هذه الجلسة تم التركيز على خفض السلوكيات الاندفاعية الخاطئة لدى الطفل. حيث قمت بمداعبة الطفل للتأكد من استمرار التواصل فيما بيننا حتى يمكنني التركيز على التفريغ الانفعالي للطفل من خلال تفريغ الأحداث الصارمة والمشاعر السلبية لديه وإتاحة الفرصة للتعبير عن مشاعره وما يدور بذهنه. ولقد لاحظت وجود تدليل زائد من جانب الوالدين بالإضافة لقضاء أوقات طويلة في ممارسة ألعاب عنيفة من خلال التابليت الخاص به والتي تحسه لمظاهر العنف والعناد، كما انعكس التدليل الزائد على وجود سلوكيات الإندفاع في التعليقات وعدم احترام الآخرين وأخذ دور زوملائه في اللعب أو التمسك باللعب دون الآخرين . ولقد استعنت بتمثيل الأدوار ومعرفة رأيه في السلوك ، وأنتظر من الطفل الاستجابة ، وأدعمه إذا تمكن من الإجابة بشكل صحيح ، وفي حال عدم تمكنه أساعده على الإجابة

والوصول للسلوك الأمثل حتى يتم تشكيل السلوك بداخله .

التقييم : تمت استجابة من جانب الحالة إلا أن لضمان استمرارية تعديل السلوك سعيت لمقابلة الأم ومحادثتها بشأن بعض الأمور التي تسبب حدوث السلوك لحالة الدراسة والتي ترجع لأساليب المعاملة الوالدية للطفل ، وطالبتها بتغيير بعض هذه الأساليب وتعليمها طريقة مبسطة لملاحظة التغيرات السلوكية الناتجة عن ذلك وإبلاغي بها .

في الجلسة التالية :

قمت بإجراء أنشطة بإتمام مسابقة ركض بين حالة الدراسة وطفل آخر إلى نقطة معينة وحصول من يفوز على مكافأة حيث مثل هذه المسابقة تشعر الطفل بالرضى بفضل الحركة المستمرة التي يقوم بها أثناء ممارسته لهذه الرياضة وحسّ الإنجاز الذي يسيطر عليه عندما يقدر المسافة التي اجتازها، وتوجيهه لعدم الاندفاع ودفع زميله بغرض الفوز حيث لاحظت عنفه نحو زميله،

ووجهته لخطأ هذا السلوك وعدم تكراره وذلك بداية للتفاعل الإيجابي مع زوملائه، كما قمت بالتعاون مع المعلمة بالفصل بإتمام لعبة الالوان وهي لعبة تركيز تتضمن تقسيم الأطفال إلى ثلاث مجموعات كل مجموعة تعطى لون معين (أحمر، أخضر، أزرق) من ثم اعطاء أمر الوقوف أو الجلوس للون المجموعة لذلك يجب أن تركز كل مجموعة بالأمر الصادر وعليه من يفوز ويبقى للنهاية يحصل على مكافأة.

تقييم الجلسة : كانت الجلسة موفقة وبدى هناك تعاون من جانب الحالة نحو مشاركة الاطفال.

مدة الجلسة: ساعة

الجلسة السابعة والثامنة الجلسة التاسعة ::

ونصف

هدف الجلسة :

- التأكد من ضبط السلوك الاندفاعي لديه
- البدء في مساعدة الطفل على زيادة التفاعل مع أسرته و تكوين علاقات مع الآخرين.
- مساعدة الطفل على إيجاد آليات اتصال وتواصل مع والديه وأخوته والآخرين.

آلية التدخل:

من خلال الأنشطة والتمارين التي تساعده على التخلص من سلوكياته السلبية .

- تشكيل السلوك
- الاستعانة بالتواصل اللفظي والبصري
- التدعيم
- النمذجة ولعب الدور
- واجب منزلي

تلخيص الجلسة :

قمت باستقبال الطفل والترحيب به، وطلبت منه الجلوس في مكانه كما اعتدنا، وابدأت حوار معه حول مايراه من مخاطر نتيجة تسرعه في تنفيذ بعض الامور كمكانه في المنزل والصف والاصابات التي يتعرض لها نتاجا لذلك. وتركت له مساحة من الحدي ثللتعبير عن نفسه ووضحت له السلوك الخطأ وأضراره .بإقناع وتوضيح.للتأكيد على السلوك داخليا لديه.

ثم طرحت عليه بعض الأسئلة لتنمية قدرته على التفاعل الاجتماعي مع المحيطين به مثل " كيف حالك ؟ مع من جئت اليوم ؟ ملابسك حلوه من قام بشرائها لك؟،من الأشخاص المقربين لك؟ من اصدقائك المفضلين؟. ولقد علمت منه أنه يترك له حرية اللعب بمفرده أغلب الوقت دون مشاركة

من أحد، ثم وضحت له أهمية وجود (احترام الآخرين، مساعدة والديه، أخوته، اصدقائه ومشاركة اللعب معهم، ابتسم دائما للآخرين) وأعطيته نماذج لذلك واستعنت بالأخصائية فى الإتيان بأدوات ورسومات بالمؤسسة تحت على سلوكيات فتح قنوات اتصال بالآخرين والتفاعل معهم وتابعت استجاباته ودعمت سلوكه عند استقبال أحد بالصف، وكيفية تعامله مع أخصائية ومعلمة الفصل. فى نهاية الجلسة أعطيته ورقة تضمنت اسئلة عن التفاعل والمشاركة وطلبت منه القيام بهذا الواجب المنزلي بصحبة والديه

- لماذا يجب علينا التفاعل ومشاركة الآخرين ؟

- ما الفائدة من التعاون مع أفراد أسرتى ( والدى ووالدى وأخوتى فى إنجاز مهام معينة ، أو إعداد شئ، أو مشاركتهم فى الحديث ، أو اللعب ؟

فى الجلسة التالية :

استقبلت الطفل ورحبت به ، واطلعت على ما قام به هو ووالدته فيما يخص الواجب المنزلي الذي يخص التعاون مع الآخرين ، وقمت بسرود قصة قصيرة عن التعاون والتفاعل تلاها قمت بإدماج الطفل فى عمل جماعي لملاحظة سلوك الطفل مع غيره من الأطفال وهل يبادر بالمشاركة أم مستمر فى جذب الأشياء والألعاب دون مشاركتها مع أحد ،فحالة الدراسة معتاد على أن يحصل على مايريد وقتما يشاء . ولقد بدأت بالتقليل من التدعيم المتواصل والمكثف الذي كنت استخدمه فى الجلسات التدريبية الأولى، وذلك عن طريق استخدام جدول تعزيز متغير مرتكز على الاستجابات المتغيرة ، كي أقلل من اعتمادية الطفل على المعززات المادية لأداء السلوكيات المرغوبة وعليه أدمج سلوك الطفل ذاتيا من خلال لوحة على الحائط اضع له نجمة مقابل تنفيذ السلوك الإيجابي. حيث لاحظت السلوك المكتسب بفعل التعزيز المتقطع يكون أكثر قابلية للاستمرارية بعد انقطاع التعزيز، وبناءاً على شدة سلوكيات الطفل حددت الاستجابات التي سأقوم بتعزيز الطفل عليها، ومدى تباعد مرات التعزيز عن بعضها البعض.

فى الجلسة التالية :

رحبت بالطفل وناقشته فى مدى شعوره عند تفاعله مع أصحابه فى المرة السابقة ومن أقربهم لقلبه ولماذا. وقد أبدى قبوله لزوملائه وبادر بمشاركتهم مرة أخرى، وقمت بدمجه فى نشاط آخر وتابعت سلوكه مع زوملائه من خلال لعب الأدوار حتى يكتسب السلوك بشكل أكبر ويتشكل داخليا فى طباع شخصيته. حيث كان يفضل اللعب مع نفسه أو التشبث والانفعال بلعبة معينة دون مشاركة الآخرين.

التقييم : تمت استجابة محدودة من جانب الحالة فى الجلسة السابعة تلاها تقدم ، وقابلت الأم وحدثتها بشأن جوانب تفاعلهم الأسري، وطلبت منها مساعدة ابنها فى القيام بالواجب المنزلي وقد أعددت لها لوحة للإنجازات الخاصة بطفلها من خلال ملاحظتها له حتى تشجعه على القيام بالسلوكيات الإيجابية فى المنزل .

الجلسة العاشرة والحادية عشر : مدة الجلسة: ساعة وربع

الهدف العام للجلسة : استخدام تقنيات التجاهل المنظم أو الإطفاء .

الأهداف الخاصة : ١- تجاهل السلوكيات غير المقبولة .

٢- إلغاء أي شكل من أشكال المعززات التي تحافظ على استمرارية السلوك غير

المرغوب .

٣- تقديم المعززات للسلوكيات المرغوبة.

آلية التدخل:

من خلال المهام التي تساعده على خفض التصرفات الغير مرغوبة .

- تشكيل السلوك
- التعليم
- التدعيم

تم استقبال الطفل، وتركت له الحرية فى التصرف والتحرك لمعرفة ما سيفعله نتاج لذلك ارتباطا بسلوكيات النشاط الحركي الزائد ، السلوك الاندفاعي التهورى ، وأخيرا التفاعل مع الآخرين .وأعطيت له الوقت الكافي للاستمتاع بالنشاط ،من خلال لعبة كتسمية الفواكه المختلفة ، وتشجع الطفل على تسميتها وفقاً لقدراته ، وتجاهلت جميع السلوكيات غير المرغوبة التي تصدر منه و يهدف من خلالها الحصول على الانتباه، أو إزعاجي ومضايقتي أو الآخرين ، أو الهروب من أداء المهام التي توجه إليه . وخلال تطبيق هذا الأسلوب راعيت عدم إظهار أي شكل من أشكال الانتباه للسلوك غير المرغوب سواء كان على المستوى اللفظي المباشر أو على المستوى الجسدي أو التعبيري غير المباشر. إلا أنى وجهت له بعض الأسئلة فى نهاية المقابلة حول سلوكياته وهل هي صحيحة ام لا وتركت له الإجابة عليها وإدراك ما وقع فيه من أخطاء اليوم مما قد تؤدى لحرمانه المدعم المتفق عليه.

الجلسة التالية :

رحبت بالطفل وركزت على سحب المعززات التديمية الايجابية للتأكد من تشكيل وجود السلوك المعنوي لدى الحالة تمهيدا للتوقف ومحاولة لتثبيت النتائج المحققة لتدخل البرنامج . وتركت للطفل حرية القيام بالمهام مع التنبيه والتوجيه البسيط . أخبرت الطفل بأنه سيأخذ الصورة الملونة إلى البيت كي تراها والدته وودعته ومهدت له اني سوف انقطع عن مجئ له لفترة إلا أني سأستكمل زيارتي له بعد هذه الفترة وأتمنى أن اراك مجتهدا وملتزما بما اتفقنا عليه مسبقا من مهام وتعليمات.

التقييم : كان هناك بعض التقدم الواضح فى سلوكيات الحالة ، ولقد بدأ ينتبه من نفسه لبعض السلوكيات الخاطئة ويبدى اسفه عليها.

الجلسة الثانية عشر: \_\_\_\_\_  
مدة الجلسة ساعة

الهدف العام للجلسة :مراجعة ما تم إنجازه وإعادة التقييم والاستعداد للتوقف .

الأهداف الخاصة : ١- تحديد مستوى الأداء الحالي للطفل .

٢- بناء خط قاعدي لسلوكيات الطفل .

٣- مقارنة الخط القاعدي الحالي بالخط القاعدي الأولي

٤- تقويم الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة وإدراج إمكانية استخدام استراتيجيات علاجية جديدة بعد التوقف.

ملخص الجلسة- :

قمت بإعادة تقييم الطفل لتقويم الاستراتيجيات المطبقة فى الجلسات التدريبية ، وقمت بقياس سلوكيات الطفل الحالية ، كمدى تكرار مغادرته لمقعده ، ومدى استجابته، سلوكياته الاندفاعية وكذلك مدى تفاعله مع الآخرين. بدأت فى إدخال بعض المشتتات للبيئة التدريبية مثل وضع صندوق الأدوات فوق طاولة التدريب أثناء الجلسة، عدم إغلاق باب غرفة التدريب بشكل تام، إعطاء مساحة لتحرك الطفل والابتعاد جسدياً عنه ، تقليل الأوامر الموجهة للطفل خلال أداءه للمهمة ، وذلك بهدف المحافظة على استمرارية السلوكيات التكيفية بعد توقف البرنامج.

تقييم الجلسة : وزادت لديه نواحي الضبط الذاتى لحركته وكذلك لرغبته للعب والتفاعل مع من فى مثل سنه ، وانخفضت نسبة العناد والعدوانية والتعدى على أدوار الآخرين وأخذ أشياءهم .

تم توقفت الجلسات لخمس عشرة يوماً أعقبها قياس سلوك حالة الطفل بالنسبة للسلوكيات المحددة بالدراسة ولوحظ من النتائج تأخر بعض استجابات الطفل السلوكية ومع إعادة تنفيذ برنامج



التدخل المهني استلزم الاستعانة بأنشطة ومهام جديدة حيث تم الاستعانة بفنية تعميم السلوك والتلقين بغرض إعادة تشكيل السلوك لدى الطفل مع استخدام التدعيم التدريجي .

الجلسة الختامية للبرنامج :

الهدف العام للجلسة : التقييم النهائي والإنهاء .

الأهداف الخاصة : ١- إعادة تطبيق دليل الملاحظة لتقدير سلوك الطفل .

٢- إنهاء البرنامج التدريبي وتوديع الطفل .

خلال هذه الجلسة قمت بتطبيق أداة القياس البعدي لتقدير سلوك الطفل ، وذلك بهدف المقارنة بين أداء الطفل في القياسات المتعددة السابقة وبعد البرنامج التدريبي( القياس النهائي) ، وتحديد التغيرات التي حدثت على سلوكيات الطفل، وفي ختام الجلسة قمت بتوديع الطفل، وشكر الأهل على تعاونهم بإحضار الطفل للجلسات التدريبية ، والتزامهم بالمواعيد، كما قمت بالإجابة على استفساراتهم ، كما تعرفت من أسرة الطفل علي بعض التغذية الراجعة حول طبيعة سلوكيات الطفل حالياً في المنزل، وفيما إذا كانت الأسرة تلاحظ وجود أية تغييرات سلوكية وتحسن على حالة طفلهم.

وختاماً يلاحظ أن هذه الجلسات تم الاستعانة بها في التدخل ذو القياسات المتعدد فيما عدا الجلسة الختامية وقد تم تطوير أداء البرنامج تبعاً لنتائج قياس مابعد التوقف للتركيز على الجوانب السلوكية الأكثر احتياجاً للتعديل لدى الحالة .

المراجع العربية :

- الحامد، جمال حامد (٢٠٠٠) نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، سلسلة التثقيف الصحي ، مجمع الأمير سلطان للتأهيل، وحدة الإعلام والنشر ، المملكة العربية السعودية .
- الخشرمي، سحر (٢٠٠٦). العلاج التربوي والأسري لاضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه دليل المعلم والأسرة . الطبعة الأولى . الرياض : منشورات جامعة الملك سعود .
- الخطيب، جمال (٢٠٠٣) تعديل السلوك الأنساني. دليل العاملين في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية ، دار اشراق للطباعة والنشر ، عمان.
- الدسوقي، مجدى محمد (٢٠٠٥) :اضطرابات نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد(الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج)، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة.
- الزيات، فتحى مصطفى (٢٠٠٦):آليات تدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط ، المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم، الرياض.
- السنهوري، عبد المنعم يوسف (٢٠٠٢) المدخل إلي ممارسة خدمة الفرد ، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية .
- الموافي ، حامد ( ١٩٩٥): دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة ،مجلة كلية التربية المجلد ( 28) . جامعة المنصورة .
- النوبي ،محمد (٢٠٠٥) اختبار اضطراب الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- النوحى، عبد العزيز (١٩٨٣) نظريات خدمة الفرد : خدمة الفرد السلوكية ،دار الثقافة، القاهرة
- اليوسفي ،مشيرة عبد الحميد ( ٢٠٠٥ )، النشاط الزائد لدى الأطفال ، ط ٢،المركز الجامعي الحديث ، مصر.
- بطرس، حافظ بطرس(٢٠٠٨) المشكلات النفسية وعلاجها، ط ١، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، الأردن .
- خليفة، وليد السيد ، وعيسى، مراد علي (٢٠٠٧): كيف يتعلم المخ ذو النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه، دار الوفاء للطباعة والنشر ، الإسكندرية .
- زهران، حامد عبد السلام(١٩٩٤)الصحة النفسية والعلاج النفسي ،ط٥، عالم الكتب ، القاهرة.
- سيسالم ، كمال (٢٠٠١)، اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، خصائصها واسبابها ، وأساليب علاجها . دار الكتاب الجامعي .العين الإماراتية.
- ( ٢٠٠٦ ) \_\_\_\_\_
- ورشة عمل حول كيفية التعامل مع المصابين باضطرابات فرط الحركة وتششت الانتباه،

مجموعة دعم اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه. مستشفى الملك فيصل التخصصي الرياض .

– شقير، زينب محمود (٢٠٠٥) خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلد ٣، ط٢، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة .

– صفر، محمد شريف (١٩٩٢) تجربة لإستخدام خدمة الفرد السلوكية عند العمل مع مشكلات الشجار والنزاع عند الأطفال، بحث منشور، المؤتمر العلمي السادس للخدمة الإجتماعية، جامعة حلوان.

– عبد الونيس، سوسن (١٩٩٢) فعالية الاتجاه السلوكي من منظور خدمة الفرد في علاج مشكلة التدخين لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان .

– كامل، محمد على (٢٠٠١): دراسة لأثر اضطرابات قصور الانتباه على نشاط الذاكرة العاملة لدى عينة من تلاميذ بعض المدارس الابتدائية، مجلة كلية التربية، ع٣٠، مج ٢، جامعة طنطا.

– مجاور، أحمد (٢٠١٥): اضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال والكبار، دار بن خلدون، عمان .

– محمد، جمال شكري (١٩٩٨) تجربة سلوكية لتعديل السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي، بحث منشور، مجلة الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع٥، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان .

– محمد، عادل عبدالله (٢٠٠٤). الأطفال الموهوبين ذوي الإعاقات، ط٢، دار الرشاد، القاهرة .

– منصور، حمدي محمد (١٩٩٠)، ممارسة الاتجاه السلوكي في خدمة الفرد مع الطفل ضعيف العقل لتعديل سلوكه التوافقي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان .

— (٢٠٠٣) الخدمة الاجتماعية الاكلينيكية: نظريات - نماذج - تكنيكات - مقاييس، الجزء الأول، مكتبة الرشد، السعودية .

– نايف عبد الله الزارع (٢٠٠٧) اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، دار الفكر، عمان.

– يوسف، سُلَيْمان عبدالواحد (٢٠٠٦): النشاط الحركي المصحوب بالاندفاعية ونقص الانتباه لدى الأطفال، مجلة الطب النفسي الإسلامي (النفس المطمئنة)، العدد ٨٥، الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية، القاهرة،

المعرفى، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية.  
المخ واضطراب الانتباه رؤية فى إطار علم النفس (٢٠١٢):

- American Psychiatric Association APA. (2000). **Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders: Text revision. (4th ed.)** Washington DC:
- American Psychiatric Association,(2013) **Diagnostic and statistical manual of mental Disorder DSM-5,5th ed** APA ,Library of congeress ,USA. .
- Angello, 1. & etal. (2013): **Assessment Of attention - deficit hyperactivity disorder: An evaluation of six published rating scales. School Psychology Review**، Vol. 32,
- Antrop , I . , Buysse , A . ,etal (2015) . **Activity In Children with ADHD During Waiting Situation in The Classroom .British Journal of Educational Psychology , vol 65 ,**
- Argyle . M ( 2011 ) . **Social behavior . In M . Herbert ( Ed ) . Psychology for Social workers ( 5 ed ) . . London , Harrogat Press.**
- Barkley , R.A . (1998 ) **Attention deficit hyperactivity disorder . AScientific American , 279 (3) ,**
- Bornstein, R.A . (2007) . **Taking Charge of ADHD The Complete Authoritative . Guide For Parents . The Guilford Press . New York**
- Boresma,H&Das,J(2008): **Attention Rating and cognitive Assessment:Areview and astudy Developmental Disabilities Bulletin,vol 36, no (1).**
- Binder . L .M . Dixon ,R . M . , and Ghezzi , P.M .(2000) . **Procedure to Teach Self –Control to Children with ADHD . Journal of Applied Behavior Analysis , 32 (2),**
- Carlson, C.; Tamm, L. (2007): **Task Demands Interact with the Single and Combined Effects of Medication and Contingencies on Children with ADHD, Journal of Attention Disorders, Vol. (10), N. (4),**

- Che ,S.(2003) . Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD )Patron: Review of the Literature . *International Journal of Therapy and a Rehabilitation* , 10(5) ,
- Carny, R. (2014): Physician's Contribution to the Treatment of Attention Deficit /Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities: Implication for Medication Management and Collaborative Treatment, Fine - Aubrey,
- David; L.; Alan J.; Foster, Sharon L (2010) : Impaired Behavior Regulation under Conditions of Concurrent Variable Schedules of Reinforcement in Children with ADHD, *Journal of Attention Disorders*, Vol. (13), N. (4).
- Davies,C.E. and Witte, M. H.(2006) . Preschooler at Risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder . *Journal of Abnormal Child Psychology* 30(6),
- Fabiano G,etal (2009). "A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder". *Clinical Psychology Review*. 29 (2):
- Philipsen A (2014). "Differential behavioral diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 14
- Millichap, J. (2010). "Definition and History of ADHD". *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook: A Physician's Guide to ADHD* (2nd ed.). Springer Science
- Hartman ,T. S. (2003): ADHD Boys in Young Adulthood :Psycho logical Adjustment .Seattle, WA.
- Hall ,T. F. (2003). Early Intervention Multimodal Treatment Program for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Dissertation Abstracts International* .

- Sogam ,M.; Kawai L. (2004): Findings from the NIM H Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *J Dev Behav Pediatric*, 22(1).
- Klassen A .,(2011) Attention Deficit Hyperactivity Disorder Review for Family Physicians . *Indian Journal of Medical Sceinces* .59(12) ,
- Salanto, M . (1990) The Effects of Reinforcement and Response Cost a Delayed Response Task In Children With Attention Deficit Disorder .*Journal of Psychology & Psychiatry* , 31 (5).
- Shulman,S.,(2008) Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Pediatric Annals*,37(1),
- Steiven ; L. (2013): Attention Deficit Hyperactivity Disorder Comorbid with Emotional and Behavioral Disorders and Learning Disabilities in adolescents, *Journal of Exceptionality*, Vol. 14, N. (1)
- Springer ,C .(2004) . Treatment In An Early Intervention Program for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder . *Dissertation Abstracts International*, AAC3
- Weiler, M. ; Bernstein, J.; Bellinger, D.; Waber, D. (2002): Information Processing Deficits in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, in Attentive Type and children with Reading Disability ,*Journal of Learning Disabilities*, Vol. 35, N.(5), Sep - Oct.,
- Weiss, M; Hechtman, L; (2014). "ADHD in Adulthood: An Introduction". *ADHD in Adulthood: A Guide to Current Theory, Diagnosis, and Treatment*. Taylor & Francis.
- William E. &etal (2000 )Behavioral versus Behavioral and Pharmacological Treatment in ADHD Children Attending a Summer Treatment Program, *Journal of Abnormal Child Psychology*, Volume 28, Issue 6.