دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	الإضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط الحركة والإنتباه
المصدر:	المجلة المصرية للدراسات المتخصصة
الناشر:	جامعة عين شمس - كلية التربية النوعية
المؤلف الرئيسي:	زقزوق، تغريد أمين حسين
مؤلفين آخرين:	الشاذلي، رحاب محمد سامي(م. مشارك)
المجلد/العدد:	ع21
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2019
الشهر:	يناير
الصفحات:	370 - 416
رقم MD:	974273
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch, HumanIndex
مواضيع:	الصحة النفسية، الرعاية الإجتماعية، الرعاية الطبية، الأمراض النفسية، الإضطرابات النفسية، إضطرابات فرط الحركة، إضطرابات فرط الإنتباه، مصر، المجتمع المصري
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/974273

© 2020 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

د / تغريد أمين حسين زقزوق (*)

د/ رحاب محمد سامي الشاذلي(**)

(*) أستاذ مساعد قسم دراسات الطفولة، كلية الاقتصاد المنزلي، جامعة الملك عبد العزيز.

(**) أستاذ مساعد قسم دراسات الطفولة، كلية الاقتصاد المنزلي، جامعة الملك عبد العزيز.

مقدمة

يهتم كثير من العلماء والباحثين بدراسة مرحلة الطفولة على اعتبار أن أطفال اليوم هم شباب المستقبل ومستقبل المجتمع ،ومن ثم يأتى الاهتمام بمشكلات هذه المرحلة فى محاولة لتفادى آثار تلك المشكلات على مستقبل هؤلاء الأطفال؛ حيث يُظهر عدد غير قليل من الأطفال أنماطاً مختلفة من السلوك المضطرب من بينها اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ADHD"") الذي يعد من الاضطرابات السلوكية الهامة التي يعانى منها الأطفال ويترتب عليها الكثير من المصاعب التي تواجه الآباء والمعلمين من خلال تفاعلهم مع هؤلاء الأطفال(الدسوقي، ٢٠٠٤).

ومن المشكلات التي ترتبط بهذا الاضطراب أن قلة من المعلمين لديهم المعلومات الكافية عنه، فالأطفال الذين يعانون من كثرة النشاط الحركي ليسوا بأطفال مشاغبين أو قليلن تربية لكنهم أطفال لديهم مشكلة مرضية لها تأثير سيء على تطورهم النفسي وتطور ذكائهم وعلاقاتهم الاجتماعية. ويواجه أهل هؤلاء الأطفال صعوبات كثيرة فبالإضافة للمجهود الكبير الذي يبذلونه في تعاملهم مع أطفالهم ، فإن الجميع يتهمونهم بعدم القدرة على التربية ، وهذا بحد ذاته ضغط نفسي كبير ، فقد ينتج منه قسوة على الطفل أيضاً(بطرس ، ٢٠٠٧).

إن التحكم وإدارة سلوك الطفل شيء ليس بالسهل خاصة إذا كان الطفل يعاني من مشكلات تثير تلك السلوكيات كاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (الخشرمي، ٢٠٠٥:٣)، وتكمن أهمية اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بما يصحبه من اضطرابات تعليمية أو سلوكية تزيد من حدة

ومستوى الاضطراب، لذلك قمنا بعملية حصر وتجميع لمجموع الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، من خلال ما توصلنا إليه من دراسات وبحوث.

نبذة تاريخية عن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

النشاط الزائد حالة طبية مرضية أطلق عليها في العقود القليلة الماضية من القرن السابق عدة تسميات منها النشاط الزائد والتلف الدماغي البسيط والصعوبات التعليمية، ويميز البعض النشاط الزائد الحركي والنشاط الزائد النفسي بأن النوع الأول يعني زيادة المستوى الحركي بينما يعني النوع الثاني عدم الانتباه والتهور، وقد يحدث كلا النوعين من النشاط الزائد معًا وقد يحدث أحدهما دون الأخر (القمش والمعايطة، ٢٠١١:١٩٠)

ترجع جذور أو ل وصف للاضطراب في مقال نشرته المجلة الطبية الامريكية في عام ١٩٠٢، وفي عام ١٩٣٧ قدم برادلي ملاحظاته على تأثير تناول مادة الامفيتامين (مادة نشطة) في السيطرة على الحركة الزائدة مع تزايد القدرة على التركيز عند الأطفال المصابين بخلل دماغي، وفي عام ١٩٤٧ قدم هيل ملاحظاته لأثر تناول هذه المادة على البالغين، وفي عام ١٩٧٨ قدمت منظمة الصحة العالمية في دليلها التشخيصي التاسع والذي يرمز له باختصار (ICD-9-WHO) تشخيصًا للاضطراب، وفي عام ١٩٨٠ قدم الدليل الإحصائي و التشخيصي الأمريكي الثالث والذي يرمز له اختصارًا (DSM-lll) تشخيصًا للاضطراب، وفي عام ١٩٩٢ وضع (ICD-10) لأول مرة تشخيص الاضطراب لدى البالغين، وتم وضع المعايير التشخيصية النوعية للبالغين ثم أُعيد استكمال النقاط المختلف عليها في تشخيص اضطراب تشتت الانتباه المترافق بفرط النشاط الزائد لدى البالغين، وفي المؤتمر السنوي للجمعية الألمانية للطب النفسي والعلاج

النفسي والعصبي قُدم أول وصف لهذا الاضطراب عام ١٩٤٥ على يد الطبيب الألماني هنريك هوفمان (1975,Cantwell)

وفي بداية القرن العشرين ربط بين النشاط الحركي الزائد وتلف الدماغ إلا أنها لم تدرس هذه المسألة بشكل مكثف إلا بالعقد الخامس حيث اهتم الباحثون في هذا الوقت بصورة كبيرة بالأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية ومن مشكلات تعلم (سليم، ٢٠٠١)

وفي القرن الثامن عشر قام الطبيب الإنجليزي ستيل بوصف الاضطرابات التي نعرفها الان بقصور الانتباه والحركة المفرطة، على أنها قصور غير عادي في التحكم بالذات وقد عزا ذلك إلى اضطرابات في المخ أو الوراثة أو إلى عوامل بيئية أو طبية أخرى، كما أنه أوصى بعلاج تلك الحالات والابقاء عليها داخل المصحات لاستكمال العلاج، وفي عام ١٩١٨ عندما انتشر ما يعرف بالتهابات الدماغ ترددت في كتابات الباحثين في ذلك الوقت مشكلات الاندفاع والحركة المفرطة عند العديد من الأطفال الذين اصيبوا بالتهابات الدماغ في ذلك العام، وفي عام ١٩٣٧ استخدام برادلي عقار البنزدرين الذي يستخدم في علاج الصداع وزيادة معدل ضغط الدم في علاج تشتت الانتباه والحركة المفرطة وقد لاحظ تغيراً كبيراً في سلوك الأداء المدرسي لكثير من الأطفال الذين يعانون من هذا النوع من الاضطراب (النتيفي،٢٠١٢:١٩)

ويعتبر تاريخ النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال حديثاً بالنسبة لبداية الاهتمام به وتسجليه علميًا حيث أن أول اضطراب حدث وتم تسجيله كان الأدب الطبي عام ١٩٠٢ في لانست وعلى كل حال فأن سلوك النشاط الزائد تمت ملاحظته في أطفال معدودين قبل هذا التاريخ (وولكر، سيدني،٢٠٠٣)

ويرجع الفضل إلى ستيل ١٩٠٢ (Stefanatos & Baron, 2007,5-38) في إلقاء الضوء على الخصائص الأساسية لهذا الاضطراب عند عينة من الأطفال تعاني من هذا الاضطراب ممن يترددون على العيادات الإكلينيكية، ووصف الأطفال ذوي هذا الاضطراب بأنهم يعانون من اضطراب في القدرة على مواصلة الانتباه-الملل-سهولة الاثارة-الهيجان العنيف-التشتت-عدم الطاعة والحركة الغير الهادئة.

وقد زاد الاهتمام داخل الاوساط والمراكز الطبية بهذا الاضطراب ابتداء من نهاية الستينات من القرن الماضي، حيث بدأ التركيز على دراسة التصرفات السلوكية الشاذة وغير العادية للأطفال في دور الحضانة والمدراس الابتدائية، حيث قررت الاوساط العلمية تحديد وتناول تلك التصرفات السلوكية تحت اسم مرض النشاط المفرط (الظفيري،٢٠٠٩)

وقد ظهرت العديد من المسميات لهذا الاضطراب مثل الاختلال المخي البسيط وتلف المخ العضوي اعتقادًا بأن هناك أسباب عضوية في المخ مثل تلف المخ أدت إلى دلائل كافية، وبعد اجتماع الجمعية الأمريكية للطب النفسي وظهور دليلها التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في الطبعة الثانية (DSM II) تم تسمية هذا الاضطراب بفرط النشاط الحركي، وفي عام ١٩٨٠ قسم الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية النسخة الثالثة هذا الاضطراب إلى نقص الانتباه المصاحب لفرط الحركة، ونقص الانتباه غير المصاحب لفرط الحركة (ameicanpsychiatric association, 1987)

وفي عام ١٩٩٤ وبناًء على توصيات الرابطة صدرت الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV) وفيه تم تصنيف هذا الاضطراب إلى ثلاثة أنماط فرعية: النمط الفرعي الاول

نمط نقص الانتباه، النمط الفرعي الثاني نمط النشاط المفرط والاندفاعية، والنمط الفرعي الثالث النمط الفرعي المركب (ameicanpsychiatric association, 1994)

تعريف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

تعرف الحركة الزائدة على أنها نشاط جسمي وحركي لدى الطفل بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمية بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة وغالبًا ما تكون هذه الظاهرة مصاحبه لحالات اصابات الدماغ أو قد تكون لأسباب نفسية (Millman,1981)

أما تشتت الانتباه هو عدم القدرة على المتابعة والتركيز على المهمات، ويعتبر النشاط الزائد هو زيادة عن الحد المطلوب بشكل مستمر كما أن كمية الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون مناسبة لعمره الزمني (Hallahan &Kauffman,2003)

كما عرفه (عادل عز الدين الاشول، ١٩٨٧:٤٥٣) بأنه السلوك الذي يتسم بالحركة غير العادية والنشاط المفرط وأنه قد يعوق الطفل المصاب وبالتالي يسبب مشكلات في إدارة السلوك.

وعرفه (الشخص، ١٩٨٥:١٣٠) للطفل ذي النشاط الزائد بأنه الطفل الذي يعاني من ارتفاع مستوى هذا النشاط بصورة غير مقبولة اجتماعيًا وعدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة وعدم ضبط النفس(الاندفاعية) وعدم القدرة على إقامة علاقة اجتماعية طيبة مع اقرانه ووالديه ومدرسيه.

نسبة انتشار الاضطراب:

يشيع هذا الاضطراب بنسب تقارب ال ١٠% بين أطفال العالم، وتشير الاحصائيات العالمية إلى أن معدل الاضطراب في تزايد مطرد (حسين وعبد الغفار،٢٠٠٦).

وتشير الدراسات الالمانية إلى أن حوالي ٤-٥% ما إجمالي الأطفال مصابين باضطراب نقص الانتباه المترافق بفرط النشاط الزائد، وتبين التقديرات الحالية بأن حوالي ٤٠٠٠٠٠ طفل بين عمر ٦-١٢ سنة يعانون من نقص الانتباه، كما يعاني حوالي ٩٠٠٠٠ مراهق بين ١٣-١٨ سنة من هذا الاضطراب، أما بالنسبة للبالغين فيعاني حوالي ٤٥٠٠٠٠ بالغ بين عمر ٦-٢٠ سنة من اضطراب نقص الانتباه.

كما بينت بعض الدراسات أن هذا الاضطراب يستمر طوال الحياة، وأوضحت إحدى الدراسات أن الاطفال الذين يعانون من قصور الانتباه المقترن بالنشاط الزائد لا يشفون منه أو لا يستطيعون التغلب عليه، حيث نجد أن هناك ٧٠-٨٠% تستمر معاناتهم من هذا الاضطراب حتى سنوات بلوغهم بدرجات متنوعة (August & Garfinkel,1998)

وفي الولايات المتحدة الأمريكية تتراوح نسبة الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بين ٣-٥ أو ٧% ويمكن القول إن هذه النسبة لن تقل عن ذلك في الوطن العربي أن لم تزد في ظل القصور في الاستراتيجيات التدريسية المعدة للتعامل مع هذه الفئة (سيسالم، ١٨١:٢٠٠١)

أما عن الدراسات في المجتمع العربي فيلحظ قلتها مقارنة بالمجتمع الغربي ونذكر منها دراسة الدكتور محمد قطب بمصر بجامعة الأزهر عام ١٩٨٥ والتي أظهرت أن ٦,٢% يعانون من هذا الاضطراب في الفئة العمرية ٧-١٤ وأنه يزيد في المدارس الأهلية وأكثر شيوعًا في الذكور

والدراسة التي أجريت بجامعة عين شمس ١٩٨٧ للأعمار ٩-١١ وأظهرت أن ٨,٩% يعانون من فرط الحركة وأنها مشكلة ليست مدرسية فحسب بل اجتماعية كذلك (الحامد،٢٠٠٢: ٣٥،٣٧)

ودراسة الشراباتي (٢٠٠٤) والتي أظهرت أن ٦,٨% من الذكور و٥,١% من الإناث يظهر لديهم الاضطراب في مدارس عمان (شاهين، ٢٠١١,٣٩)

وفي دراسة (فوزية محمدي،٢٠١١،٧٣) أن نسبة انتشار اضطراب النشاط الحركي مع قصور الانتباه يختلف من دولة إلى أخرى، ففي الولايات المتحدة الأمريكية تعد نسبة الانتشار ٢% إلى ٨%، وفي نيوزيلاندا ١٣%، وفي ألمانيا ٨%، وإيطاليا ١٢%، بينما في اسبانيا تصل إلى ١٦%، وفي بريطانيا ٠.٥% إلى ٥%، وفي فرنسا ما بين ٣%إلى ٥%، وفي الصين تصل إلى ١١%.

أما على الصعيد المحلي، ففي المملكة العربية السعودية أجريت دراسة بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض عام ١٩٨٨-١٩٩٣ وأوضحت أن نسبة انتشاره تساوي ١٢,٦%، وأخرى تمت بجامعة الملك فيصل بالدمام وأجراها الدكتور جمال الحامد ٢٠٠٣ وأفادت أن ١٦,٧% لديهم اضطراب مركب (فرط وتشتت) و١٦,٥% تشتت بمفرده و١٢,٦% فرط واندفاعية (الحامد، ٤٣،٤٠:٢٠٠٣)

وفي دراسة حديثة للدكتور محمد مرعي القحطاني عام ٢٠١٠ والتي أظهرت أن ٢،٧ من الأطفال بعمر ٧-٩ بمنطقة عسير يعانون من الفرط (القحطاني، ١٣:٢٠١٠)

المظاهر التشخيصية:

اجمعت معظم الدراسات التي أجريت عبر السنين الماضية على أن أهم خصائص الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد وتشتت الانتباه وهي كالتالي:

١- عدم الجلوس بهدوء
٢- التملل باستمرار
٣- تغير المزاج بسرعة
٤- سرعة الانفعال
٥- التأخر اللغوي
٦- الشعور بالإحباط لأتفه الأسباب
٧- عدم القدرة على التركيز
٨- ازعاج الأخرين بشكل متكرر
٩- التوقف عن تأدية المهمة قبل إنهائها (القمش، المعايطة، ٢٠١١،١٩١)

كما تشترك أعراض اضطراب الانتباه مع الكثير من اعراض الاضطرابات النفسية الاخرى، مما يجعل التشخيص في بعض الاحيان صعبًا، ويضاف إلى ذلك عدم وجود معايير موحده لقياس الاداء الطبيعي بالنسبة للانتباه أو التركيز.

الأعراض:

يتصف اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بأعراض ضعف الانتباه أو فرط الحركة والاندفاعية أو كلاهما معا. وحسب تعريف الاضطراب يجب أن تظهر الأعراض في مرحلة مبكرة من الطفولة، بحيث تختلف عما هو متوقع في مراحل النمو الطبيعي (إمتشو، ٢٠١٢)، ويجب أن تتم ملاحظة هذه الأعراض في بيئة الطفل غير المنزلية والتعليمية، وعندما تتعارض تقارير المدرسين والآباء حول هذه الأعراض فيعطى الإعتبار الأول لتقارير المدرسين لأنهم أكثر ألفة ومعرفة بالسلوك المناسب في الأعمار المختلفة (القمش والمعايطة ،٢٠١١: ١٩٣).

ضعف الانتباه:

يشير ضعف الانتباه إلى نمط سلوكي يصعب فيه على الفرد أن يبدأ مهمة وأن ينهيها كما يصعب عليه أن يندمج فيها ويكملها. ونجد أن الأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه يعانون من صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة ويعانون من صعوبة الإنصات حين يوجه إليهم الحديث، ويعانون من صعوبة في التخطيط للمهام وفي إكمالها، ويتضمن نقص الانتباه أعراض القابلية للتشتت والنسيان وكثرة فقد الأشياء أو صعوبة تذكر أماكنها. ونجد أنه من الشائع في سن المراهقة والبلوغ ملاحظة عدم الدقة في إدراك الوقت، حيث كثير ما يقللون من قدر الوقت المطلوب لأداء المهام كما يميلون للتسويف والمماطلة. (إمتشو، ٢٠١٢).

فرط الحركة:

يتسم فرط الحركة بالنشاط الجسدي المفرط والإحساس الدائم بالقلق وعدم الاستقرار والتململ مما يجعل المصابين عاجزين عن البقاء ساكنين

حتى في الحالات التي يتوقع فيها منهم ذلك وأيضاً تكون الحركة بلا هدف؛ أي حركة لا غرض لها وتؤثر في البيئة المحيطة بصورة سلبية (مثل الوقوف المتكرر والمشي بلا هدف حين يكون مطلوبا منهم الاستمرار في الجلوس ، ومثل تحريك اليدين والتلاعب بالأشياء الصغيرة حين يتوقع منهم السكون ،و التململ والتلوي بكثرة في مقاعدهم وعدم القدرة على اللعب بهدوء والإفراط في الكلام والجري عبر المكان أو التسلق حين لا يكون ذلك مناسباً. (إمتشو، ٢٠١٢).

الاندفاعية:

تشير الاندفاعية إلى صعوبة تأخير فعل ما أو استجابة ما حتى لو كان معروفا أن لهذا الفعل تبعات سلبية. وترتبط الاندفاعية بالحاجة للشعور بالرضا أو الحصول على مكافأة تأخرت أكثر مما يجب، حتى لو كان التأجيل ستكون نتائجه أفضل بكثير. وتفصح سلوكيات الاندفاعية عن نفسها في صورة صعوبة في انتظار الدور المحدد للشخص حتى يتكلم أو يلعب أو يعبر الطريق. كما قد تعبر عن نفسها في الميل للفعل دون تفكير مثل إعطاء إجابة فورية بغض النظر عن مدى دقتها، أو إعطاء إجابات لا علاقة لها بالسؤال أو الانطلاق في الإجابة قبل انتهاء السؤال. وقد يتردد الأباء في قبول تشخيص حالة أبنائهم بأنهم مصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه على أساس أن الطفل يمكنه أن يبقي على انتباهه حين يقوم بمهام محددة مثل ممارسة ألعاب الفيديو أو مراقبة التلفزيون أو في مواقف محددة. ومن المهم ملاحظة أن التحفيز ومدى مناسبة المهمة من وجهة نظر الطفل وجاذبيته تؤثر بصورة كبيرة على ظهور الأعراض أو عدم ظهورها. (إمتشو، ٢٠١٢).

الاختلافات في طريقة ظهور المرض وفقا للسن:

تختلف طريقة ظهور الأعراض المرضية وفقا لمرحلة النمو ويتضمن الجدول الأعراض الأكثر شيوعا وفقاً لسن المصاب بالاضطراب. ويعتبر تقييم الإصابة بفرط النشاط ونقص الانتباه والاندفاع تقييما صعباً في سن ما قبل المدرسة بصفة خاصة، حيث تكون هذه السلوكيات طبيعية في هذه الفئة العمرية، ولا يمكن اعتبارها غير طبيعية إلا لو كانت شديدة جداً ومتغلغلة ومنتشرة بحيث تسبب قصور كبير في أداء الوظائف والمهام، ونجد في سنوات المدرسة أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه كثيراً ما يجذبون الانتباه لأنفسهم نتيجة قصور أدائهم الدراسي ونتيجة لمشاكل الانتباه؛ ويسهل التعرف عليهم عن مرحلة ما قبل المدرسة. ويميل فرط الحركة للتقلص في سن المراهقة أو قد يتغير لشعور داخلي بالتململ (إمتشو، ٢٠١٢).

الأعراض	سنوات ما قبل المدرسة	سن المدرسة الأولية	المراهقة	البلوغ
عدم الانتباه	– فترات لعب قصيرة (أقل من ٣ دقائق) – ترك الأنشطة دون إكمالها –عدم الإنصات	– أنشطة مختصرة (أقل من ١٠ دقائق) – تغييرات سابقة لأوانها في الأنشطة – كثير النسيان؛ غير مرتب، بيئته مشتتة غير منظمة	– أقل مثابرة من النظراء (أقل من ٣٠ دقيقة) – عدم الانتباه على تفاصيل المهمة – ضعف التخطيط للمستقبل	– لا يكملون التفاصيل – نسيان المواعيد – انعدام التبصر (النظر في العواقب)
فرط النشاط	يلف كالدوامة	قلق وعدم استقرار حين يتوقع منه الهدوء	متململ	احساس شخصي (داخلي) بعدم الاستقرار
الإندفاعية	– لا يستمع –ليس لديه إحساس	– يتصرف في غير دوره، ويقاطع	– ضعف السيطرة على النفس	– حوادث حركة وغيرها

	(إدارك) بالخطر يصعب تمييز هذه الصفة من صفة الميل للمعارضة والتحدي	الأطفال الآخرين وينطلق مسارعا في الإجابة -يكسر القواعد دون تفكير - يقتحم النظراء ويتسبب في حوادث	- يخاطر بصورة متهورة	-اتخاذ القرا رات قبل أوانها وبصورة تخلو من الحكمة - التبرم (انعدام الصبر)

المصدر: تايلور أي، سنوجا-بارك أي (٢٠٠٨) "اضطرابات الانتباه والنشاط" في روتر إم وآخرون (محررون) رتر لطب نفس الاطفال، ص٥٢٢.

أسباب ظهور اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

بالرجوع إلى الدراسات والأبحاث نجد أن الباحثين يرجعون سبب هذا الاضطراب إلى عدة أسباب هي :

١- أسباب جينية:

اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة له مكون وارثي قوي وتمثل قابلية هذا المرض لأن يكون موروثا بنسبة تبلغ ٧٦ % (فاروان واخرون ٢٠٠٥) ، ورغم ذلك فإن العوامل الوارثية وحدها لا تفسر ظهور الاضطراب. (النصار ،٢٠١٣).

٢-أسباب عضوية:

وتتضمن: العمليات الكيميائية الحيوية أو تلف المخ واضطراب وظيفته ،وهناك اعتقاد سائد مفاده أن النشاط الزائد يرتبط (بتليف دماغي بسيط) في كثير من الأحيان ، ولكن الدراسات من جهة أخرى لا تقدم أدلة علمية قاطعة على ذلك ، فليس كل من لديه تلف دماغي يعاني من النشاط الزائد ، وليس كل من لديه نشاط زائد يعاني من تلف دماغي واضح ، وهناك

من يعتقد أن النشاط الزائد ينتج عن مضاعفات الحمل والولادة ، وتجدر الإشارة هنا إلى أنه في دراسة أجراها (Satterfield ,1974) أوضحت أن الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد يظهر لديهم اضطرابات في تخطيط الدماغ تفوق بكثير تلك التي تظهر لدى الاطفال (النصار ،٢٠١٣).

٣-أسباب بيئية:

توجد أدلة محدودة على ارتباطه بتعرض الجنين للتبغ وقت الحمل (Langley et al, 2005; Linnet et al, 2003) وأدلة محدودة على ارتباطه بانخفاض الوزن عند الولادة (Hack et al, 2004; Mick et al, 2002) باعتبارها عوامل خطر محتملة، ونحتاج للمزيد من الدارسات لتقييم تأثير تعرض الجنين للكحول والمخدرات، والمشاكل النفسية للأم أثناء الحمل، والمضاعفات قبل وأثناء الولادة، والإصابة المخية نتيجة لصدمة، ومدة الرضاعة الطبيعية والحرمان المبكر والعوامل الأسرية والنفسية بالإضافة إلى التعرض للكافيين داخل الرحم (Linnet et al, 2003)، (النصار ،٢٠١٣).

٤-أسباب نفسية:

من الممكن أن يكون من الاسباب المفسرة لحدوث النشاط الأسباب النفسية مثل الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطفل والإحباطات الشديدة أيضاً والبيئة الأسرية التي تعرض الأطفال لضغوطات نفسية لا يستطيع الأطفال احتمالها فهذه قد تسبب نشاط زائد ، وبعض العلماء يعتقدون أن الطفل من الممكن أن يتعلم النشاط الزائد من خلال ملاحظته للوالدين أو أحد أفردا الأسرة. وأيضا إن أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض الصريح والإهمال واللامبالاة والعقاب البدني والنفسي الشديد والنبذ وإحساس الطفل بأنه غير مرغوب فيه والحرمان العاطفي من الوالدين تعتبر

من أحد الاسباب المؤدية لحدوث هذا الإضطراب ، وهناك دراسة لجودمان وستيفنسون (١٩٨٩) كشفت عن وجود ارتباط بين السلوكيات المرتبطة باضطراب قصور الانتباه المقترن بالنشاط الزائد وبعض متغيرات سببية أسرية تمثلت في : أساليب التنشئة الأسرية والخلافات الزوجية والبرود تجاه الطفل والنقد الزائد للطفل. ويري باركلي أن فرط النشاط ما هو إلا نتيجة لضعف في ضبط سلوك الطفل من جانب والديه فالطرق التي يستخدمها بعض الآباء في ترويض سلوك هؤلاء الأطفال قد تكون ضعيفة ، الأمر الذي يؤدي إلى اضطراب سلوك هؤلاء الأطفال ، كما يرى أن هؤلاء الأطفال أكثر استخداما للأوامر و لأساليب العقاب وأن والديهم قليلاً ما يستخدمون المكافأت معهم.(النصار ٢٠١٣)(سعدات ،٢٠١٦)

أطعمة معينة :

لقد أجريت الكثير من الدراسات عن وجود تأثير لنوعية الغذاء والأطعمة(السكريات، المثلجات ، المشروبات الغازية) على اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ولم تظهر الدراسات أي علاقة بين الأطعمة وبين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

مع العلم أن الدراسات الحديثة تميل إلى التأكيد على الأهمية البالغة للعوامل البيولوجية في اضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط النشاط، وأن إسهامها يفوق بكثير من إسهام العوامل البيئية، وإن الجهاز العصبي المركزي، ومدى قرب وظائفه من السواء أو بعدها عنه يقف بقوة خلف اضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى الأطفال (إمتشو، ٢٠١٢) (النصار ،٢٠١٣).

التشخيص :

وقد ذكر في (DSM-5, 2014) أنه من الضروري التأكد من وجود معايير واضحة للأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وهي:

- معايير النشاط الزائد ومعايير الاندفاعية ومعايير نقص الانتباه وفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (يجب حصول ستة أعراض رئيسية لكل نوع)
- يجب أن تستمر الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل.
- وجود بعض أعراض فرط الحركة – الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر سنوات. ١٢.
- أن لا تكون هذه الأعراض ثانوية أو نتيجة عن أمراض مختلفة.
- وأيضاً من المعايير الهامة (ظهور الأعراض في بيئتين مختلفتين على الأقل)، فإنه من الضروري وجود أكثر من مصدر للمعلومات، وعادة ما يكون الآباء والمدرسين. ويرجع هذا إلى أن المدرسين أو الآباء يلاحظون الأطفال في بيئات مختلفة، ويمكن لهذ البيئات أن تؤثر على ظهور الأعراض، ويمتلك الوالدين نظرة زمنية طولية ويمكنهم توفير معلومات مهمة عن مسار النمو العصبي للطفل. وقد يعاني الوالدين على الجانب الآخر من صعوبة أكبر في الاعتراف بمشاكل أطفالهم. ونجد أن المدرسين على الجانب الآخر يتعاملون عن قرب مع عدد كبير من الأطفال في نفس السن، مما يمكنهم بسهولة من تحديد السلوكيات المخالفة للمعتاد، ويعرفون عن المقاييس الموضوعية التي يقاس بها

الأداء الدراسي للأطفال، مما يجعلهم أكثر قدرة على اكتشاف القصور أو نقاط الضعف الدراسية (إمتشو، ٢٠١٢) (النصار ،٢٠١٣).

وهناك خطوات مهمة يجب أن يقوم بها الفاحص :

- مقابلة تشخصية والدية :

يتم في المقابلة جمع معلومات تفصيلية عن علاقات الطفل مع عائلته وأقرانه ، ومعرفة التاريخ الطبي للطفل والعائلة ، ويعتبر تقييم بيئة الأسرة مسألة أساسية فيما يخص الأطفال الأصغر سنا حيث أنه في حال وجود تصرفات والدية غير سوية أو متناقضة أو إيذاء أو اهمال فإن الأطفال غالباً ما يكون رد فعلهم انتهاج سلوك يماثل كثيرا أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة، واغفال الانتباه لهذه التصرفات الوالدية يمكن أن يؤدي بسهولة إلى تشخيص غير سليم (النصار ،٢٠١٣).

- مقابلة تشخصية للطفل (فحص الطفل) :

بالرغم من أهمية الحصول على المعلومات من الاباء والمدرسين فإن فحص الطفل رغم أنه قليلاً ما تظهر الأعراض أثناء مقابلة التقييم وضرورة الطلب من المراهقين تسجيل الأعراض التي عانوا منها أثناء طفولتهم. وكثيرا ما ينكر المراهقون معاناتهم من أعراض في الماضي، حيث يعتبرونها سلوكيات طبيعية أو يقللون من تأثيرها. ويمكن للمعلومات التي يقدمها الأباء وللتقارير المدرسية أن تساعد في تحديد سن ظهور الأعراض.وتكون المقابلة للتأكد من ملاحظات الأهل وأيضاً لتسجيل بعض الملاحظات وسؤال الطفل عن ظروفه المنزلية والمدرسية والعائلية (النصار ،٢٠١٣).

الحصول على معلومات من المدرسة :

معرفة درجات الطفل ، وسلوكياته المدرسية ، وعلاقاته مع أقرانه ، سلوكه داخل الفصل ، مكان جلوسه ، تفاعلاته مع المعلم (النصار ،٢٠١٣).

تقييم السلوك بمقاييس معينة :

يتم تشخيص نقص الانتباه وفرط الحركة على أساس طبي صرف ويمكن أن يتبع التشخيصات إما الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية الصادر عن Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM أو التصنيف العالمي العاشر للأمراض ١٩٩٤ جمعية الطب النفسي الأمريكية International Classification of Classification التابع لمنظمة الصحة العالمية.

وتتميز الأعراض في كلا التصنيفين بأنها متماثلة ولكن لتلبية المعايير الخاصة بالدليل الدولي للأمراض يجب وجود الأعراض في كل من الثلاث أبعاد (الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية).

ونجد على الجانب الآخر أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية يضع أعراض فرط النشاط والاندفاعية في بعد واحد، ثم يذكر أن الأفراد قد تظهر عليهم اعراض في واحد فقط (من بعدين).

ويتطلب تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس ظهور ٦ من على الأقل من ٩ أعراض لضعف الانتباه أو ٦ من أصل ٩ من أعراض فرط النشاط /الاندفاعية حتى يمكن تشخيص الحالة بأنها تعاني من نقص الانتباه وفرط الحركة.(النصار،٢٠١٣) (DSM-5, 2014).

ويتطلب كلا التصنيفين ثبات ظهور الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل بدرجة تصل إلى حد سوء التكيف ولا تتسق مع المرحلة العمرية للنمو التي يمر بها الطفل.

ويوجد وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (DSM-5, 2014). ثلاث أنواع فرعية للاضطراب على أساس ظهور أو غياب أعراض بعينها في أخر ٦ أشهر هي

- **النوع الأول : ، النمط المشترك** (إذا توافرت المعايير التي تلبي كلا من نقص الانتباه وفرط الحركة/ الاندفاعية معا).
- **النوع الثاني من اضطراب عجز الانتباه /فرط الحركة، سيطرة نمط الانتباه** (إذا تمت تغطية المعايير الخاصة بضعف الانتباه مع عدم تغطية المعايير الخاصة بفرط النشاط/ الاندفاعية).
- **النوع الثالث اضطراب عجز الانتباه / فرط الحركة، سيطرة نمط فرط الحركة** – الاندفاعية (إذا تمت تغطية المعايير الخاصة بفرط الحركة/ الاندفاعية مع عدم تغطية المعايير الخاصة بعدم الانتباه).

وينتشر النوع الثاني الذي يغلب عليه عدم الانتباه لدى البنات ويقل انتشاره في الأماكن العلاجية لأن تحويل الأطفال للعلاج يقل في حالة ضعف الانتباه بينما يزيد في حالة فرط النشاط. ويرتبط هذا النوع الفرعي (الذي يغلب عليه ضعف الانتباه) عادة بضعف الأداء الدراسي وقصور الادراك وتأخر النمو. وعادة ما يتم وصف المرضى الذين يغلب عليهم ضعف الانتباه بأنهم يفتقرون للنظام صامتون وحالمون "ويحملقون في الفراغ". كما يعتبر النمط المشترك أكثر نوع فرعي يتم تشخيصه في المواقع العلاجية. (النصار ،٢٠١٣)

إجراء اختبارات الذكاء :

لابد من اخضاعه لفحوص الذكاء لاستثناء الذين يعانون من اعاقات عقلية بسيطة.

الفحص السريري العام :

وذكرت (النصار ،٢٠١٣) أنه قد يتم تفسير بعض الحالات على أنها نقص انتباه وفرط حركة ويكون الأمر عضوي فلذلك قد يتطلب الأمر في البعض الحالات التي يشك فيها بوجود صرع ،فإن الأمر يتطلب تقييم عصبي وتخطيط كهربائي للمخ وأيضا قد يتطلب القيام بفحص الغدة الدرقة والتوازن والأعراض العصبية الناعمة.

العلاج :

يؤثر اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في الكثير من مجالات الاداء مثل الأداء في المنزل وفي المواقف الاجتماعية وفي المدرسة، ويجب أن يسعى العلاج للتدخل في كل من هذ المجالات ويعتبر التدخل متعدد الأشكال مع تنوع الهدف من العلاج هو الحل الأمثل من الناحية النظرية (Abikof et al, 2004)، وإن الأطفال المصابين بالاضطراب ، يحتاجون إلى العديد من التدخلات ، وتتطلب هذه التدخلات تعاون مشترك بين كل من لديه علاقة وصلة بالطفل.(نعيمة ،٢٠١٢)

العلاج الدوائي :

ظهر أن العديد من الأدوية فعالة وآمنة للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ويمكن تقسيم الأدوية إلى أدوية منشطه وغير منشطه (إمتشو، ٢٠١٢).

الأدوية المنشطة:

استخدمت الأدوية المنشطة في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وصدرت الرخص الرسمية لاستخدامها في هذا المجال في العديد من الدول، كما تمت دراسة والتأكد من فعاليتها وآمانها بصورة مكثفة في العديد من التجارب العلاجية والمراجعات المنهجية وتحليل مجموعة من الدراسات (Swanson et al, 2010; Fraraone&Glatt,2010; Adler,2007; Adler,2008; faraone&Buitelaar2008) وتظهر التجارب بصفة ثابتة أن الأدوية المنشطة أكثر فعالية من الأدوية الوهمية وتظهر نسبة الاستجابة المبكرة للعلاج في حوالي ٧٠ % من الحالات. وتشمل الأدوية المنشطة الأكثر استخداما الميثيل فنيديت والديكسميثيفياديت والديسكتروامفيتامين وأملاح الامفيتامين المختلطة). وتتوافر وسائط أخرى مثل الميتامفيتامين في دول معينة. وتتوافر الأدوية في أشكال مختلفة بما يشمل الأدوية ذات المفعول قصير الأجل، وتكمن الميزة الأساسية للأدوية ذات المفعول طويل الأجل والأدوية التي يتم اطلاقها في الجسم بصورة مستمرة. وتتمثل الميزة الأساسية للأدوية التي يتم اطلاقها في الجسم بصورة مستمرة أن جرعة واحدة في الصباح يمكن أن يكون لها تأثير مستمر طوال اليوم، بما يزيد من الالتزام، ولكن يعيبها أنها أغلى ثمنا مما يحد من استخدامها. ولا يوجد دليل قاطع لصالح أي من الأدوية المنبهة على غيرها فيما يتعلق بقوة مفعولها ولا بتشكيلة الآثار الجانبية المرتبطة بها. (إمتشو، ٢٠١٢).

الأدوية غير المنشطة:

تعتبر الأدوية غير المنشطة خط علاج ثاني في حالة عدم التحمل، أو وجود تعليمات مانعة أو في حال فشل العلاج. ولا ترقى أدلة فعالية هذه الأدوية إلى قوة فعالية الأدوية المنشطة، ولكنها رغم ذلك أدلة جيدة بالترتيب

التالي : الأتوموكسيتين، والجوانفاسين ممتد الإطلاق، والكلونيدين ممتد الأطلاق (الأكاديمية الأمريكية لأطباء الأطفال ،٢٠١١).

وثبت أن العلاج الدوائي فعال فيما يخص معظم الأطفال، كما ثبتت فائدة العلاج السلوكي كعلاج أولي أو كعلاج مساعدٍ مع العديد من الأطفال وذلك اعتماداً على طبيعة الظروف المصاحبة، والنتائج المطلوب تحقيقها وظروف الأسرة ،ويجب أن تتضمن خطط العلاج واحداً على الأقل من طريقتي العلاج سابقتي الذكر(إمتشو، ٢٠١٢).

ويعتمد القرار على ما إذا كنا سوف نلجأ للعلاج غير الدوائي مقابل اللجوء إلى العلاج الدوائي على سن المصاب بالاضطراب، وعلى الصورة العامة للأعراض ومدى شدته ، ومخاطر الأعراض الجانبية على المصاب ، والاستعداد للالتزام بالعلاج، والاضطرابات المصاحبة، وتفضيلات الأبوين والطفل نفسه، والتكلفة وإمكانية وسهولة الحصول على الدواء ومدى توافر المعالجين المدربين (إمتشو، ٢٠١٢)

العلاج السلوكي :

يعتبر العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة فيعلاج اضطراب الانتباه لدى الأطفال، ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة عند الطفل، وتعديلها بسلوكيات آخرى مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية. وقد أجرى كيندل وزملاؤه عام ١٩٨٥ دراسة هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكي في خفض مستوى الاندفاع لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب،وقد بينت نتائج دراستهم أن استخدام أساليب العلاج السلوكي في التدريب قد أدى إلى خفض مستوى اندفاعهم،

ونمى لديهم القدرة على التحكم في سلوكياتهم غير المرغوبة (سعادات ، ٢٠١٦).

إن المعالج يحدد السلوكيات التي تمثل مشكلة ويجمع البيانات حول الظروف التي تسبق ظهور تلك السلوكيات والظروف التي تليها. وعادة ما تثبت السلوكيات إذا تم دعمها. وبعد أن يصل المعالج إلى تبعات او نتائج دعم السلوك يضع خطة تفصيلية حول كيفية التعامل مع المواقف التي تمثل مشاكل ويتم تطبيق مجموعة مختلفة من التكنيكات لوقف دعم السلوكيات غير المرغوبة أو لإيقافها ، ويشمل العلاج السلوكي لاضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة الأباء والمدرسين بالإضافة للطفل (Antshel,2008& Barkley)(إمتشو، ٢٠١٢)(النصار،٢٠١٣)

ومن أساليب العلاج السلوكي :

١- التنظيم الذاتي: ويشمل الملاحظة الذاتية والمتابعة الذاتية والتعزيز الذاتي بالإضافة إلى ضبط النفس من خلال التحدث إلى الذات والمبرر الأساسي لاستخدام التنظيم الذاتي أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة سوف يستطيع أن يضبط سلوكه في ظروف أخرى دون تدخل علاجي خارجي ، وقد طور هذا الأسلوب كل من ميشونبوم وجودمان في بداية السبيعنات على خمسة أطفال في صف الثاني الابتدائي وقد أحدثت هذه الطريقة تحسن في أدائهم (النصار،٢٠١٣)

٢- التعزيز الرمزي: أثبت العديد من الدراسات فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في خفض النشاط لدى الطفل ، وقد أدى التعزيز إلى تحسن ملحوظ في التحصيل الأكاديمي لدى الأطفال (Barker , 1979) ويجب أن يكون التعزيز فوري ومقارب للزمن وخاصة عند حصول سلوك ايجابي ،

ويجب أن يكون التعزيز بشكل مستمر حيث أنه اذا لم يكن التعزيز بشكل مستمر لن يكون لديهم سلوك ايجابي مستمر (George, 2011).

٣- الإسترخاء: ويعتمد هذا الأسلوب على أن الاسترخاء وتدريب الطفل عليه يهدئ الطفل ويقلل من تشتته (النصار ، ٢٠١٣)

٤- التعاقد السلوكي: يعتمد هذا الأسلوب على تحديد السلوك المتوقع من الطفل وتوضيح المكأفاة التي سيحصل عليها بعد تأديته للسلوك المتوقع ، ويعتبر هذا الأسلوب من الأدوات الفعالة لتنظيم استجابات الأكاديمية والسلوكية والإجتماعية لدى الأطفال (Micjael, 2000) (النصار ، ٢٠١٣).

٥- التغذية الراجعة : أن التغذية الراجعة تتضمن تقديم معلومات للطفل عن الأثر الذي نتج عن سلوكه سواء سلوك أيجابي أو سلبي وهذه المعلومات تساعد على توجه السلوك الحالي والمستقبلي.(القمش ، المعايطة ٢٠١١) (النصار ، ٢٠١٣).

العلاج المعرفي السلوكي :

وهذا النوع يجمع بين أساليب العلاج السلوكي والمعرفي وقد تم التحدث عن العلاج السلوكي وأساليبه أعلاه. أما العلاج المعرفي فهو عملية استبدال تدريجي للمشاعر السلبية بأفكار إيجابية وأكثر واقعية ويعمل الطبيب النفسي بمساعدة الطفل على تكوين قائمة من النقاط الإيجابية الحقيقية الموجودة فيه.ويستند على مساعدة الطفل على إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية؛ بهدف تغيرها إلى أفكار إيجابية أكثر واقعية ، ويمكن العمل عليها بعد معرفة الأسباب والأفكار السلبية التي تخطر على الطفل. فمثلاً إذا كان الطفل المصاب بهذا الاضطراب لديه فكرة أنه أقل من غيره وأن الأخرين أفضل منه ، فهنا حددنا الفكرة السلبية التي تواجه الطفل تجاه نفسه فنعطيه

فكرة بديلة وذلك عن طريق استخدام الأساليب المعرفية مثل طريقة رفع تقدير الذات وهذه الأساليب المعرفية مع الأطفال المصابين بالاضطراب أثبتت تحسن في أدائهم وتصرفاتهم (زيدان، ٢٠١٦).

العلاج التربوي :

يحتاج العلاج التربوي إلى بعض الشروط حتى ينجح ونشير إلى أهمها ما يلي :

أ- اختيار المعلم المناسب : يجب الاهتمام في اختيار المعلم الذي سيقوم بالتدريس مع هذه الفئة ، وتدريبه على كيفية تدريسهم ، ويجب أن يتحلى بالصبر ،ويكون لديه الاستعداد النفسي والبدني للعمل مع هؤلاء الأطفال. (سعدات ،٢٠١٦)

ب- تكوين فريق عمل بالمدرسة مدرب: يجب أن يتم تكوين فريق العمل بالمدرسة المكون من":المدير- المعلم - الأخصائي النفسي - الأخصائي الاجتماعي - الطبيب "ويجب تزويدهم بالمعلومات الكافية عن هذا الاضطراب ، وكل الأعراض المصاحبة له (سعدات ،٢٠١٦).

ج-وضع خطة علاجية: يشترك فيها أعضاء هذا الفريق كل حسب تخصصه كما يجب أن يقوم كل عضو بمتابعة الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب كل حسب اختصاصه (سعدات ،٢٠١٦).

د-وجود اتصال بين فريق العمل ،و أسرة الطفل: يجب أن يكون هناك تواصل بين فريق العمل وأسرة الطفل ، لكي يحصل الوالدين على تغذية راجعة أو تقييم يومي أو شهري لأداء الطفل ويستهدف العديد من السلوكيات المهمة :مثال على السلوك المهم : انجاز العمل ، المشاركة في الصف ، الأداء الاكاديمي ، او التفاعل مع الزملاء في الصف (Micjael, 2000) (سعدات ،٢٠١٦).

الإرشاد النفسي الأسري:

ويقوم الإرشاد الأسرى على تقديم الجلسات العلاجية والإرشادية للآباء حول خصائص وسمات الأطفال المصابين بالإضطراب وكيفية التعامل معهم، والمصاحبات النفسية والاجتماعية والسلوكية للاضطراب، وكيفية تقبل الطفل ومساعدته للتخفيف من تلك الاضطرابات. ويجب أن يشمل العلاج على إرشاد وتوجيه الأبوين في كيفية التعامل مع الطفل بالمنزل ، وإن الهدف الأساسي للعلاج الأسري هو تعديل البيئة الأسرية للطفل المصاب باضطراب الانتباه لكي تصبح ملائمة لعلاج الطفل ، ،كما يجب أيضا تدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك غير المرغوب لدى طفلهم في بيئته الطبيعية بالمنزل حيث يتم ذلك من خلال تدريب الوالدين على برامج صممت من أجل تحقيق هذا الهدف مثل: برنامج فورها ند و ماكماهون،والذى يستند على نظرية التعلم الاجتماعي حيث يقوم المعالج بتدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع السلوك غير المرغوب لدى طفلهم بهدف تعديله إلى سلوك مقبول اجتماعيا ويقترح فورهاند وزميله انه يجب تقديم التعزيز الإيجابي للطفل عقب كل محاولة ناجحة لتعديل السلوك غير المرغوب ، أي العمل على تدريب الوالدين على خلق بيئة مشجعة ومستوعبة ومتقبلة ومعززة للطفل وسلوكياته ، ويهتم الإرشاد الأسري بالعمل على إزالة الإحباطات التي من الممكن أن يتعرض لها الوالدين من سلوكيات أبنائهم ومساعدة الوالدين على تقبل أطفالهم كما هم والتكيف معهم. (سعدات ٢٠١٦) (النصار ٢٠١٣). ومن المهم توفير مراكز تقدم خدمات التربية الخاصة لمن يحتاج منهم لذلك وذلك للحالات الشديدة التي يصعب تكيفها حيث يتم تدريبهم على المهارات الاجتماعية (الحامد ٢٠٠٣ ، ص ٨٨-٨٥)

ولا يوجد حالياً أدلة كافية لأشكال العلاج التالية لعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه :

العلاج بالموسيقى (ريكسون ٢٠٠٦) العلاج بزهرة باخ (بينتوف وآخرون ٢٠٠٥) ،الحميات الغذائية القائمة على حذف اطعمة بعينها (بيلسر وآخرون٢٠١١)

ملخص توصيات العلاج (إمتشو، ٢٠١٢)

الحدة	من سن٤-٥ سنوات	٦-١١ سنة	١٢-١٨ سنة
متوسطة إلى معتدلة	برامج تدريب الوالدين علاج سلوكي تحت إشراف المدرسين إذا لم يحدث تحسن وكانت الأعارض حادة نفكر في التحول إلى الميثيل فنيدات.	-برامج تدريب الوالدين والعلاج السلوكي الإدراكي إن لم يكن العلاج المعرفي السلوكي متاحا وفي الحالات الحادة مع اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة غير المعقد: استخدم المنبهات أو الأوتوميكستين - إذا لم تحدث استجابة: أضف المنبهات أو الأوتوميكستين (أدوية الصف الأول) إذا لم تحدث استجابة مناسبة أو حدثت أعراض جانبية جسيمة انتقل إلى دواء آخر من أدوية الصف الأول ـ من (مثلا انتقل الميثيل فنيدات إلى الديكسا امفيتامين أو الأتوموكسيتين إذا لم تحدث استجابة وظهرت أمراض مصاحبة جرب أدوية الصف الثاني.	- في حالة عدم الاستجابة اضف العلاج السلوكي المعرفي - إذا لم تحدث استجابة مناسبة أو الآثار الجانبية الجسيمة انتقل إلى الصف من الميثيل الأول من الأدوية (مثلا فنيدات إلى الديكسا امفيتامين الأتوموكسيتين) إذا لم تحدث استجابة وظهرت أعراض مصاحبة جرب أدوية الصف الثاني
حادة		- استخدم المنبهات أو الأتوموكسيتين مع	استخدام المنبهات أو الأتوموكسيتين مع

		إضافتها إلى العلاج السلوكي المعرفي -إذا لم تحدث استجابة مناسبة أو حدثت أعراض جانبية جسيمة انتقل إلى دواء آخر من أدوية الصف الأول (الميثيل ٌ مثلا فنيدات إلى الديكسا امفيتامين أو الأتوموكسيتين) إذا لم تحدث استجابة وظهرت أمراض مصاحبة جرب أدوية الصف الثاني	إضافتها إلى العلاج السلوكي المعرفي - إذا لم تحدث استجابة مناسبة أو حدثت أعراض جانبية جسيمة انتقل إلى دواء آخر من أدوية الصف الأول (الميثيل ٌ مثلا فنيدات إلى الديكسا امفيتامين) إذا لم تحدث - إذا لم تحدث استجابة وظهرت أمراض مصاحبة جرب أدوية الصف الثاني

الاضطرابات المصاحبة للاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وفقاً لمجموعة من الدراسات السابقة، تم تقسيمها إلى قسمين:

فالقسم الاول: حول الصعوبات التعليمية والقسم الثاني: حول الاضطرابات السلوكية:

أولاً: الصعوبات التعليمية بشكل عام:

تشمل على عدة أنواع وهي: الصعوبات اللغوية وصعوبات في الرياضيات وصعوبات في القراءة وصعوبات في الهجاء والكتابة وغيرها

- فقد أشار (الزراع، 2007 : 30) أن الاطفال المصابين بقصور الانتباه مع فرط في النشاط تظهر لديهم **تأخر دراسي وتدني في التحصيل** كما قد يكون صعوبات تعليمية، وهذا ما جعل بعض المختصين في صعوبات التعلم يربطون بشكل مستمر صعوبات التعلم مع اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، كما أن الطفل التلميذ المصاب بهذا الاضطراب قد يفتقر لمهارات حل المشكلات وبالتالي قد يستمر في طلب المساعدة من زملائه في الفصل وأسرته، بالإضافة إلى ذلك لاحظ عدم قدرته على إنهاء الواجبات المدرسية وفقدان أدواته المدرسية بشكل

مستمر، أن معظم تلك الصعوبات التعليمية ترجع إلى عدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقروءة ويقفزون من جملة إلى جملة ومن فقرة إلى أخرى لذا فإنهم غير قادرين على تقديم الاستجابة الصحيحة في صورة منطقية متسلسلة.

- كما يشير (Barkley، 2005: 33) إلى **الاعراض المعرفية** التي تلي الاعراض الاساسية والتي تظهر على الطفل المصاب في الاضطراب وهي: أوجه عجز متوسط الذكاء، تدني مهارات التحصيل الأكاديمي، صعوبات في التعلم (القراءة بنسبة 8%: 39%)، (التهجئة بنسبة 12%: 23%)، (الرياضيات بنسبة 12%: 23%)، احساس رديء بالوقت، ذاكرة ناقصة فيما يتعلق بالعمل اللفظي وغير اللفظي، عدم القدرة على التخطيط، إحساس متضائل بالأخطاء، وعجز الابداع السلوكي الموجه نحو الهدف.
- وأظهر اندرا وأخرون (Andera,et, al ,2002) في دراستها إلى بعض الافتراضات التي يمكن أن تفسر **القصور المعرفي** المصاحب لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وهي أن الاطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يتميزون بالاندفاعية مما يجعلهم يتسرعون في اتخاذ القرارات الخاصة بهم دون تفكير، وأنهم يعانون من اضطراب في الجهاز العصبي والنواقل العصبية التي تسبب تلف في الالياف العصبية بالدماغ ويؤدي ذلك إلى وجود القصور المعرفي لهم، وأخيراً أن عرض النشاط الحركي الزائد لدى الاطفال ذوي الاضطراب يكون عائق مهم وأساسي في استمرار أداء مهامهم بنجاح وبالتالي يكون عائق أمام اكتساب ومعالجة المعلومات بالدماغ لديهم.

- كما يشير (العاسمي،٢٠٠٨) إلى ما أشار إليه (Barkley ,1995) أن الاطفال الذين يعانون من الاضطراب يتسمون بمعدلات عالية من قصور الانتباه وعدم إكمال الواجبات المطلوبة منهم في المدرسة ويعانون من ضعف الاداء التحصيلي المدرسي بشكل عام، وأن الكثير منهم يعيد على الاقل إحدى سنوات المدرسة الابتدائية قبل أن ينتقل إلى المدرسة الاعدادية، وأن ما بين 60: 80% من هؤلاء الاطفال يعانون من مشكلات حقيقية في التعلم.
- بينما أشار (شحاته، 2013) في دراسته إلى **الخصائص والصعوبات التعليمية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد،** بأنهم مجموعة من الاطفال يعانون من انخفاض مستوى التحصيل عن المتوقع وصعوبات في تعلم مادة أو أكثر (القراءة، الكتابة، الحساب، التهجئة، الاملاء، الرياضيات) أو الصعوبات النمائية المرتبطة بالذاكرة والانتباه والفهم والاستيعاب والتفكير والعمليات العقلية المختلفة، تتوافر لديهم بعض الخصائص السلوكية مثل النشاط الزائد وقصور الانتباه والاندفاعية ولا يعانون من الاعاقات الحسية المختلفة.

١- الصعوبات اللغوية:

- في دراسة قام بها رابنرو وآخرون (Rabiner et al , 2000) على 620 طالب وطالبة من طلاب المرحلة الابتدائية في 8 مدراس في الولايات المتحدة حيث تم تقييم تحصيلهم الاكاديمي في نهاية العام الدراسي في القراءة والرياضيات واللغة المكتوبة من خلال معلميهم بعد تطبيق مقياس كونر للكشف عن وجود مشكلات ضعف الانتباه وقد أشارت النتائج إلى تدني مستوى القراءة بنسبة 76% لدى

الطلاب الذين ظهرت لديهم أعراض الاضطراب مقارنة بمن لم تظهر لديهم الاعراض كذلك بالنسبة للغة المكتوبة فأن أداء الطلاب الذين ظهرت لديهم ضعف الانتباه كان منخفضاً بنسبة 92% عن الاقران العاديين، وقد أكدت هذه الدراسة على ضرورة التدخل المبكر لعلاج جوانب الضعف في الانتباه لدى الاطفال الذين تظهر لديهم أعراض هذا الضعف في سن مبكر، كما أكدرت الدراسة على أهمية التركيز في حالة الاطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه على الاسباب التي تقود للصعوبات الأكاديمية وليس الصعوبات الأكاديمية ذاتها

- وأشارت دراسة ماكلينس وأخرون (McInnes, et al, 2003) أجروها على ٧٧ طالب تتراوح أعمارهم بين ٩-١٢ سنة ممن تم تشخيصهم على أن لديهم فرط حركة وتشتت الانتباه فقط و١٨ يعانون من الاضطراب مصحوب بصعوبات لغوية و١٩ لديهم صعوبات لغوية فقط بدون الاضطراب و١٩ أخرون لا توجد لديهم مشكلات، حيث تم تقييمهم من خلال اختباريين أحدهم للاستماع مع الفهم والاخر لاكتشاف الاخطاء في ٨ قطع للقراءة، فقد أشارت نتائج اختبار الاستماع مع الفهم إلى أن جميع الاطفال الذين لديهم الاضطراب في عينة الدراسة كان أدائهم أقل بكثير من بقية الاطفال في العينة الضابطة في شرح ما تم فهمه من القطعة المستمع لها، إلا أنهم كانوا يظهرون أداء مقارب للعاديين وأفضل من الطلاب الذين لديهم مشكلات لغوية فقط أو من لديهم اضطراب مصحوب بمشكلات لغوية حين يتم توجيه أسئلة محددة لهم حول ما تم الاستماع له، كذلك بالنسبة لاكتشاف الاخطاء في القطع القرائية فإن الطلاب الذين لديهم

الاضطراب كان أدائهم أضعف بكثير من أداء الطلاب في العينة الضابطة، وأفضل من الطلاب الذين لديهم مشكلات في إكمال المهام الدراسية وبين ضعف مهارات الاستيعاب للمعلومات المعقدة التي قد تقدم في التعليمات الصفية والدروس أو القطع القرائية، وتؤكد هذه الدراسة العلاقة الطردية بين ضعف مهارات الاستيعاب في المراحل الدراسية الاولى وتأثيرها على التحصيل الاكاديمي المتدني في المراحل الدراسية اللاحقة، وتؤكد أيضاً على ضرورة الانتباه إلى جانب الفهم والاستيعاب لدى الطلاب في التعليمات الصفية والمعلومات المعروضة من المعلم لتلافي حدوث عجز في الاستيعاب يقود إلى مخرجات تعليمية ضعيفة

٢- صعوبات الرياضيات:

- أشارت دراسة (Rabiner,2005) إلى أن الطلاب الذين لديهم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يبدون أداء أفضل عندما تنظم المهام الرياضية لتتناسب مع المستوى الأكاديمي الفردي المناسب للطالب، وعندما تقدم لهم تغذية راجعة مستمرة حول أدائهم، وكذلك عندما تكون نتائج أدائهم ظاهرة ومرتبطة بعملهم وحين يتم استخدام إجراءات مناسبة لتقديم دروس الرياضيات لهم كاستخدام القصص والاساليب المثيرة، فإن ذلك يشد انتباه الاطفال ويعمل على تحسين أدائهم الأكاديمي.

٣- الصعوبات النمائية:

- في دراسة باركلي (Barkley, 2003) اعتبر أحد أهم الخصائص الاساسية عند الافراد الذين لديهم اضطراب فرط الحركة وتشتت

الانتباه، في نمط الانتباه فقط، هو القدرة على التحكم بالذات تليها مشكلة عدم الانتباه، كما أنه يعتقد بأن اضطراب الانتباه يختلف في خصائصه ومشكلاته عن الاضطراب بشكله المزدوج (اضطراب انتباه مع نشاط زائد واندفاعية)

والنظرية التي يصفها باركلي يمكن تلخيصها كالتالي:

حيث يرى باركلي بأنه أثناء مرحلة نمو الطفل فأن التأثير والتحكم بسلوك الطفل يتحول تدريجياً من المصادر الخارجية إلى أن يصبح وبشكل متزايد محصناً بقوانين ومعايير داخلية، والتحكم بسلوك الفرد بقوانين ومعايير داخلية هو ما بقصد به التحكم الذاتي: فعلى سبيل المثال الطفل الصغير تكون لديه قدرات محدودة للتحكم بسلوكه الاندفاعي، فمن الشائع أن الاطفال الصغار يفعلوا عادة ما يخطر على بالهم، وأن لم يفعلوا فيكون ذلك على أغلب نتاج موانع محيطه بالموقف، كأن يلقي الطفل بالألعاب على الارض حين يغضب ويمتنع عند وجود أشخاص محيطين يشكلوا مصدر تهديد، كالأم مثلاً، وهذا يختلف عن موقف طفل أكبر لديه نفس الدافع لتحطيم لعبة ولكنه لا يفعل لأنه يأخذ بالاعتبار النتائج التالية:

١- أن لن يتمكن من الحصول على نفس اللعبة لاحقاً للعب بها الانه حطمها

٢- أن والديه قد يغضبان لأنه حطم لعبته الجديدة

٣- أنه سيشعر بالانزعاج لأنه خذل والديه

٤- أنه سيشعر بالانزعاج لأنه ترك غضبه يخرج خارج السيطرة وسيشعر بالإحباط

وحسب هذا المثال فالطالب يتعلم أن يتحكم وينظم سلوكه على ضوء معايير وقوانين داخلية، وليست بناء على تهديدات ومواقف خارجية.

ويرى باركلي بأن الاطفال الذين لدريهم تشتت الانتباه هم غالباً يعانون من ضعف التحكم بالذات ناتج عن أسباب بيولوجية وليس لأسباب تربوية، وكنتاج لعدم القدرة على التحكم بالذات، فأن بعض الوظائف والعمليات الاساسية المحددة والهامة قد لا تنمو بشكل مناسب وقد تشمل ما يلي:

تشغيل الذاكرة – الاحساس بالوقت – سلوك توجيه الاهداف

٤- اضطراب الوظائف التنفيذية:

- ففي دراسة بايدرمان (PIEDERMAN,2004) حول تأثير اضطراب الوظائف التنفيذية على الانتاج الأكاديمي للطلاب الذين لديهم هذا الاضطراب في عينة تشكلت من ٢٥٩ طالب وطالبة من الاطفال والمراهقين ممن لديهم هذا الاضطراب، و٢٢٢ طالب وطالبة لا يوجد لديهم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وقد تراوحت أعمار أفراد العينة من ٦-١٧ سنة، وأجريت العديد من الاختبارات على هؤلاء الطلاب كاختبارات للجوانب الاكاديمية والوظائف التنفيذية وغيرها، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

١- الطلاب الذين لديهم الاضطراب أظهروا أداء أكاديمي أضعف من العاديين في العديد من المجالات، وقد ارتبط هذا الضعف بالحالات التي ظهر لديهم اضطراب في الوظائف التنفيذية

٢- بمقارنة الطلاب العاديين والطلاب الذين لديهم هذا الاضطراب ولا يوجد لديهم اضطرابات في العمليات العقلية، فأن الاطفال الذين كان لديهم الاضطراب مع اضطرابات الوظائف التنفيذية

كانوا أكثر رسوب وإعادة للصفوف، وأن ٤٤% منهم لديهم صعوبات تعلم وتحصيل أكاديمي منخفض في مادة الرياضيات، كذلك كانت لديهم مشكلات واضحة في القراءة مقارنة بمن لا يوجد لديهم مشكلات في الوظائف التنفيذية، مما يؤكد على أن اضطراب الوظائف التنفيذية قد يكون هو المتغير الاساسي الذي على ضوئه برزت تلك الاختلافات بين المجموعات، وهو ما تدعو تلك الدراسة إلى الالتفات له وقياسه في مرحلة مبكرة، والعمل على تدريب تلك الوظائف لتجنب حدوث صعوبات تعلم عند التلاميذ

ثانيا: الاضطرابات السلوكية:

من بين تلك الاضطرابات المصاحبة هي الاضطرابات السلوكية والتي تتمثل بالعدوان والعصيان والسلبية والاستبداد والسيطرة والاختلالات التصورية والاختلالات الادراكية والصلب المزاجي والعجز عن تحمل الاحباط وانفجارات الغضب وانخفاض مفهوم الذات والاكتئاب (موسوعة تشخيص الاضطرابات النفسية،٢٧٥، ٢٠٠٠)

- في دراسة (تربتنج وهينشاو 2001) نقلاً عن (المطيري،٢٠٠٥) تم بحث العلاقة بين ضعف الانتباه والنشاط الزائد وكل من الاكتئاب ومفهوم الذات "الجسمية والاجتماعية والسلوكية والاكاديمية والسلوك العدواني والغزو السلبي والذكاء اللفظي والسعادة" لدى عينة من الذكور مكونة من ٢٢٥ طفلاً أعمارهم بين ٦-١٢ سنة منهم ١٠٠ عاديين و١٢٥ يعانون من ضعف الانتباه من النشاط الزائد، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين من حيث العدوانية " منهم ٦٧ عدوانيين و٥٨ غير عدوانيين" ومن أهم النتائج وجد أن ذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد والعدوانية

أقل من كل من: السعادة ومفهوم الذات "السلوكية والأكاديمية" مقارنة بالعاديين وذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد من غير العدوانيين، وكانت الفروق غير دالة احصائياً في كل من: الذكاء اللفظي ومفهوم الذات الجسمية والاجتماعية والغزو السلبي، وكان ضعيفو الانتباه والنشاط والعدوانيون أكثر في درجات الاكتئاب مقارنة بمجموعتي العاديين وضعيفي الانتباه والنشاط الزائد من غير العدوانيين

- وأشارت دراسة (ميريل وتايمس 2001) نقلاً عن (المطيري،٢٠٠٥) هدفت إلى حصر نسبة الاطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية من وجهة نظر معلميهم، وبحث العلاقة بين تلك الاضطرابات والتحصيل الدراسي ودرجة التقدم في الإختبارات وسلوكهم داخل حجرة الدراسة، وتكونت العينة من ٤١٤٨ طفلاً بالصفوف الاول والثاني والثالث الابتدائي، ووجد أن نسبة ضعيفي الانتباه وذوي النشاط الزائد والمندفعين " في ضوء المقاييس المستخدمة من وجهة نظر معلميهم" نسبة عالية تراوحت بين ٨,١% ، ١٧%، كما وجد أن درجات التحصيل الدراسي في القراءة والحساب ودرجة التقدم في الاختبارات المدرسية والسلوك الايجابي داخل حجرة الدراسة لدى أفراد العينة من ذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد والمندفعين كانت منخفضة جداً مقارنة بالعاديين
- وأظهرت دراسة (عثمان وحسن٢٠٠٢) نقلاً عن (المطيري،٢٠٠٥) اهتمت بالتعرف على النموذج السببي للعلاقات بين ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية من جهة وكل من: السلوك العدواني والسلوك الاجتماعي ومفهوم الذات والدافع للدراسة والتحصيل الدراسي م جهة

ثانية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، كما تم بحث الفروق بين الجنسيين، وتكونت العينة من المعلمين والتلاميذ بالمرحلة الابتدائية وبلغت عينة المعلمين ٢٨ معلما ومعلمة، في حين بلغت عينة التلاميذ ١٣٠ تلميذ وتلميذة، وتم قياس كل من: ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية والسلوك العدواني من وجهة نظر المعلمين وطبق عليهم مقاييس لهذه المتغيرات "من إعداد الباحثين"، في حين طبق على عينة التلاميذ مقاييس السلوك الاجتماعي ومفهوم الذات من إعداد الباحثين أيضاً، ومقياس الدافع للدراسة من إعداد عادل العدل ورصدت درجات التحصيل الدراسي في جميع المواد الدراسية في نهاية الفصل الدراسي الاول من عام ٢٠٠٠/٢٠٠١ م، وتوصل الباحثان إلى مجموعة من النتائج منها: وجود علاقات سببية دالة إحصائياً بين ضعف الانتباه وكل من السلوك الاجتماعي، ومفهوم الذات والدافع للدراسة والتحصيل الدراسي، في حين كانت العلاقة مع السلوك العدواني غير دالة إحصائياً، كما وجدت علاقات سببية دالة إحصائياً بين النشاط الزائد وكل من: السلوك العدواني والتحصيل الدراسي، وكانت باقي العلاقات مع النشاط الزائد غير دالة إحصائياً، ووجدت علاقات سببية دالة بين الاندفاعية والسلوك العدواني فقط، في حين كانت باقي العلاقات غير دالة إحصائياً.

- وفي دراسة (ويلكوت وآخرين 2001) نقلاً عن (المطيري،٢٠٠٥) التي هدفت إلى البحث في الفروق بين أربع مجموعات من التلاميذ في كل من: الذكاء اللفظي والذكاء العملي والذاكرة العاملة والمعرفة القرائية والفهم القرائي والتحصيل في الحساب والسلوك الاجتماعي والسلوك العدواني والكبت، وتكونت المجموعة الأولى من ٥٢ تلميذاً من ضعيفي الانتباه وذوي النشاط الزائد، والمجموعة الثانية من ٣٩ تلميذاً من ذوي

صعوبات التعلم في القراءة، والمجموعة الثالثة تكونت من ٤٨ تلميذاً من ضعيفي الانتباه وذوي النشاط الزائد وصعوبات التعلم القراءة معاً، والمجموعة الرابعة من ١٢١ من العاديين، وجميع أفراد العينة متوسط أعمارهم ٧-١٠ سنوات ومن مستوى اقتصادي اجتماعي متوسط، ومن أهم النتائج: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المعرفة القرائية والفهم القرائي والتحصيل في الحساب والذكاء اللفظي والذكاء العملي والسلوك الاجتماعي لصالح العاديين مقارنة بباقي المجموعات، في حين كانت الفروق دالة لصالح المجموعة الثالثة في كل من السلوك العدواني والكبت وسوء التكيف مع الزملاء

- وأظهرت دراسة (فلك 1992) نقلاً عن (المطيري،٢٠٠٥) التي بحثت في المشكلات السلوكية والاجتماعية لدى الاطفال، وتكون العينة من ٢٤٩ طفلاً ثم تصنيفهم إلى ست مجموعات في ضوء تقديرات المعلمين، وكانت المجموعات على النحو التالي: ١٨ طفل ذوي صعوبات تعلم ونشاط زائد وضعف الانتباه والاندفاعية، ١٩ طفلاً ذوي تحصيل منخفض ونشاط زائد وضعف الانتباه والاندفاعية، ٣٣ طفلاً ذوي نشاط زائد وضعف الانتباه والاندفاعية، ٣٤ طفلاً ذوي صعوبات التعلم، ٢٩ طفلاً ذوي تحصيل منخفض، ١١٦ طفلاً من العاديين، وطبق عليهم مقياس تقدير المعلمين للمهارات الاجتماعية لدى الاطفال، ومقياس تقدير المعلمين للمشكلات السلوكية العدوانية وباستخدام تحليل التباين والدرجة (z)، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات المختلفة أبعاد المهارات الاجتماعية الايجابية ذو علاقة إيجابية مع زملائه، متعاون، القيادة، المساندة الاجتماعي كانت جميعها

لصالح العاديين، في حين كانت الفروق دالة إحصائياً لصالح المجموعات المضطربة في كل من: الخجل والنبذ من الزملاء ووجود تأثير متبادل دال إحصائياً يبن درجات النشاط الزائد وضعف الانتباه والاندفاعية والعدوانية

المصطلحات والمفاهيم الواردة في الدراسات السابقة أعلاه:

الصعوبات التعليمية:

وهي التي تتمثل في ضعف محدد في التعليم، وتظهر الصعوبات أكثر في كلا من: القراءة والهجاء والكتابة واللغة المنطوقة والرياضيات

١- صعوبات تعلم الرياضيات:

يشير مصطلح صعوبات تعلم الرياضيات أو الديسكلكوليا النمائية إلى اضطراب معرفي في مرحلة الطفولة أو اضطراب الاكتساب السوي للمهارات الحسابية (American Psychiatric Association,1987)

٢- صعوبات القراءة:

وقد تتمثل صعوبات القراءة بالعسر القرائي، وعرفها (حمزة، ٢٠٠٨) بأنها حالة يكون فيها الفرد مختلفاً عن الاخرين في عمليات التفكير والتعلم وما يتطلبانه من مهارات الادراك البصري والسمعي، وتخزين المعلومات والرموز وفهمها والتعامل معها واستدعائها في عمليات الاتصال اللغوي وغير اللغوي والتعلم وأي قصور في مهارة أو أكثر يؤدي إلى إعاقة أو أكثر من إعاقات التعلم

ومن أكثر المشكلات شيوعًا هي:

١- القصور في القدرة الأساسية على استيعاب والفهم

٢- القراءة في اتجاه خاطئ

٣- التعرف الخاطئ على الكلمة

٤- ضعف القراءة الجهرية

كما تصنف صعوبات التعلم على الكلمة كما يلي:

١- الحروف الخاطئة المتحركة كأن يقرأ الطفل كلمة (حرا) بدلا من (حار)

٢- الحروف الساكنة الخاطئة كأن يقول الطفل (اسمر) بدلا (اصهر)

٣- عملية قلب اتجاه الحروف (بحر) بدلا (حرب)

٤- إضافة صوتيات غير موجودة أساسا (رأيت) بدلا (رأت)

٥- حذف بعض الأصوات (حمد) بدلا (أحمد)

٦- وضع كلمة مكان أخرى (عاش) بدلا (كان)

٧- تكرار الكلمات (القلم) (القلم مع أحمد)

٨- إضافة كلمات غير موجودة في النص (في ذات يوم من الايام كان هناك) بدلا من (ذات يوم كان هناك)

٩- حذف كلمات من النص (قلم كبير) بدلا من (قلم كبير جداً) (مجلة العلوم الانسانية، ٢٠٠٢)

المشكلات السلوكية:

وتتمثل في كلا من:

١- اضطراب التحدي والمعارضة:

حيث تشير الدراسات في الولايات المتحدة إلى أن ما بين ٤٠-٦٠% من أطفال هذا الاضطراب يعانون من فوضى التحدي والمعارضة، وأن الاعراض تبدو واضحة في عمر ما قبل المدرسة، فهم يحبون الرفض ويجادلون ويصرون على مواقفهم، وإلا أن هذه الاعراض

تختفي مع الزمن وعند البلوغ قد يصبحوا أشخاص طبيعيين إلا أن ردود أفعال الاباء هي التي تجعل هذه الاعراض أكثر سوءًا (النصار، ٢٠١٣)

٢- اضطرابات التصرف:

تشير الدراسات أن نسبة حدوثه في الولايات المتحدة هي ٢٠% حيث يشمل الاضطراب على الكذب والسرقة والتهديد والقسوة وتدمير الممتلكات واشعال النيران، حيث تظهر هذه الاعراض بعمر مبكر أكثر وتكون أكثر شده وتظهر عادة ما بين عمر ٧-١٠ والواقع إذا كان الطفل لديه اضطرابات تصرف فأنه يتكون لديه اضطرابات تمرد وتكون شديدة جدًا، أما إذا كان لديه اضطرابات تمرد فأنها لن تتطور إلى اضطرابات تصرف، ومن الامور التي تزيد خطورة اضطرابات التصرف هي: المشاكل بين الوالدين والانتقادات العدائية منهم والتأخر في بدء العلاج (النصار، ٢٠١٣)

٣- الاكتئاب:

أن الاطفال النشاط الزائد لديهم الرغبة أن يتعلموا ويتصرفوا مثل الاخرين ولكن في واقع الامر هم لا يعرفون كيف يحققون ذلك فيصابون بالإحباط والاكتئاب، وعندما يصبح الاكتئاب مزمنا يصبح الطفل مزاجي ومشغول البال وحزين ويميل إلى الانسحاب فيصبحون أكثر استفزاز وإزعاجا وبالتالي لا يشارك في النشاطات ويكون لديه صعوبة في الاتصال وتعمق بشعور الحزن مما ينعكس على أدائه المدرسي الذي يتدهور بدوره (النصار، ٢٠١٣)

٤- الحركات اللاإرادية:

تتمثل هذه الحركات باختلاجات بسيطة تحدث غالباً حول العينين وفي الوجه والرقبة أو الكتفين لكن الصورة الاكبر لهذه الحركات تكون على شكل نحنحات متكررة أو حركات تسمى بمتلازمة تورت وتبدأ فب العمر بين ٧-١٠ (النصار، ٢٠١٣)

٥- مشاكل التوازن أو الطفل الاخرق:

يكون الطفل لديه صعوبة في التوازن ويؤدي إلى ضعف الخط والكتابة وتأخر في نضوج الوظائف العصبية (النصار، ٢٠١٣)

٦- اضطراب الوسواس القهري:

الرابطة هنا ضعيفة وتتمثل بطهور سلوكيات قسرية لعمل أشياء معينة ويشعر الاطفال بالانزعاج منها وقد تزداد مع استعمال المنبهات العلاجية (شاهين،٢٠١١)

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- الشخص، عبد العزيز. (١٩٨٥). دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال وبعض المتغيرات المرتبطة به. العدد التاسع، مجلد كلية التربية، عين شمس (٣٣٣-٣٥٨)
- الاشول، عادل عز الدين. (١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة، القاهرة
- سليم، عبد العزيز إبراهيم. (٢٠٠١). الاضطرابات النفسية لدى الأطفال، دار المسيرة
- سيسالم، كمال سالم. (٢٠٠١). اضطراب قصور الانتباه والحركة المفرطة، أسبابها وخصائصها وأساليب علاجها، العين، دار الكتاب الجامعي.
- الحامد، جمال الحامد. (٢٠٠٢). اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الاطفال، أسبابه وعلاجه، سلسلة إصدارات اكاديمية التربية الخاصة
- المطيري، معصومة سهيل، (٢٠٠٥). اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط في علاقته بالمشكلات السلوكية لدى عينة من طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الكويت، مجلة الارشاد النفسي، العدد التاسع عشر.
- الزارع، نايف عبد، (٢٠٠٧) ، اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، دليل خاص للإباء والمختصين، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان

- العاسمي، رياض. (٢٠٠٨). اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط لدى تلاميذ الصفين الثالث والرابع من التعليم الاساسي، دراسة تشخيصية، مجلة دمشق، المجلد ٢٤، العدد الأول.
- تايلور أي، سنوجا- بارك أي (٢٠٠٨) "اضطرابات الانتباه والنشاط" في روتر إم وآخرون (محررون) رتر لطب نفس الاطفال. أكسفورد. بريطانيا.
- حمزة، أحمد عبد الكريم، (٢٠٠٨). سيكولوجية عسر القراءة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- الظفيري، فالح. (٢٠٠٩). تفضيل الألوان لذوي الاضطراب نقص الانتباه والنشاط المفرط عيينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية بمنطقة المدينة المنورة، رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود، الرياض.
- الشربيني، زكريا. (٢٠١٠). المشكلات النفسية عند الاطفال، القاهرة، دار الطر العربي.
- القمش، مصطفى نوري، والمعايطة، خليل عبد الرحمن. (٢٠١١). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الطبعة الثالثة، الاردن، دار المسيرة.
- القحطاني، سالم بن سعيد وآخرون. (٢٠١٠). منهج البحث في العلوم السلوكية، الطبعة الثالثة، الرياض، المطابع الوطنية الحديثة.
- شاهين، عوني معين، والعجارمة، عمر نافع. (٢٠١١). متلازمة النشاط الزائد. الطبعة الاولى، عمان، دار الشروق.

- النتيفي، ناصر علي. (٢٠١٢). نمو بعض المفاهيم الرياضية في ضوء نظرية بياجيه لدى الأطفال ذوي قصور الانتباه، رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود، الرياض، كلية التربية، قسم علم النفس
- بن نعيمة ، وفاء (٢٠١٢) ،قلة الانتباه وفرط الحركة وعلاقته بصعوبة القراءة دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي بمدينة ورقلة ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، الجزائر.
- إم تشو ، إلين جاي وأخرون.(٢٠١٢) ، اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ، جامعة ساو باولو ، البرازيل ، (ترجمة موسى ،سعاد) ، القاهرة.
- النصار، نسرين عبد الله، (٢٠١٣). اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية (الاكتئاب، المخاوف، اضطراب سلوك التحدي والمعارضة) لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة الرياض، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية
- شحاته، سمير السيد، (٢٠١٣). فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الأرق لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوب باضطراب الانتباه والنشاط الزائد، المؤتمر الدولي المتخصص في صعوبات التعلم واضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط تقييم وعلاج، الكويت،٢ فبراير،٢-٢٢.
- زيدان، علي حسين وآخرون (٢٠١٦) نماذج ونظريات الممارسة المهنية في خدمه الفرد دار السحاب ، القاهره.
- سعدات، ممدوح ،(٢٠١٧). اضطراب نقص الإنتباه المصحوب بفرط النشاط ،دار الألوكة ، القاهرة.

ثانياً: المراجع الاجنبية:

- American psychiatric Association (1987). Diagnostis and Statistical manual of mantel disorders. DSM IIIR. American Psychiatric association, Washington. D.c.
- American psychiatric Association (1994). Diegnostis and Statistical manual of mantel disorders. DSM IV. American Psychiatric association, Washington. D.c.
- August, g. j. & Garfunkel, b.d(1998). Behavior and cognitive subtypesol ADHD. Jurndl the American academy child adoledeent& psychiatry, 28 : 739-748.
- Rabiner, et al, (2000).Attention Problems and Below Grade Level Achievement in Multiple Academic Areas, Journal of Attention Research Update.
- Andera,M & Elizabet,M (2002): Comprehensive, Sustained Behavioral and Pharmacological Treatment for attention Deficit hyperactivity disorder: A case study. Cognitive And Behavioral Practice. Vol,8 Issue4, PP.346- 359.
- Barkley,R: (2003). ADHD and the Nature of Self-Control, Feb
- Hallahan, d., Kauffman, j.(2003) Exceptional Learners: introduction to special education. Euglwood cliffs: New Jersey: prentice-hall
- Mclnnes, et al(2003). Listening Comprehension Deficit In Boys With ADHD. Journal of Abnormal Child Psychology, 31, 427-433.
- Rabiner, D(2005). A New Way of Looking at ADHD, Barkley's Theory.www.helpforadd. Com.
- Barkely,R (2005): Taking charge of ADHD: the complet Authoritative guide for parents, New York, The Guilford Press

- Stenfanatos, A.G &Baron, S.T. (2007). Attention deficit\hyperactivity disorder: A neuropsychological perspective Towards DSM-IV Neuropsychological review, 17,5-38.