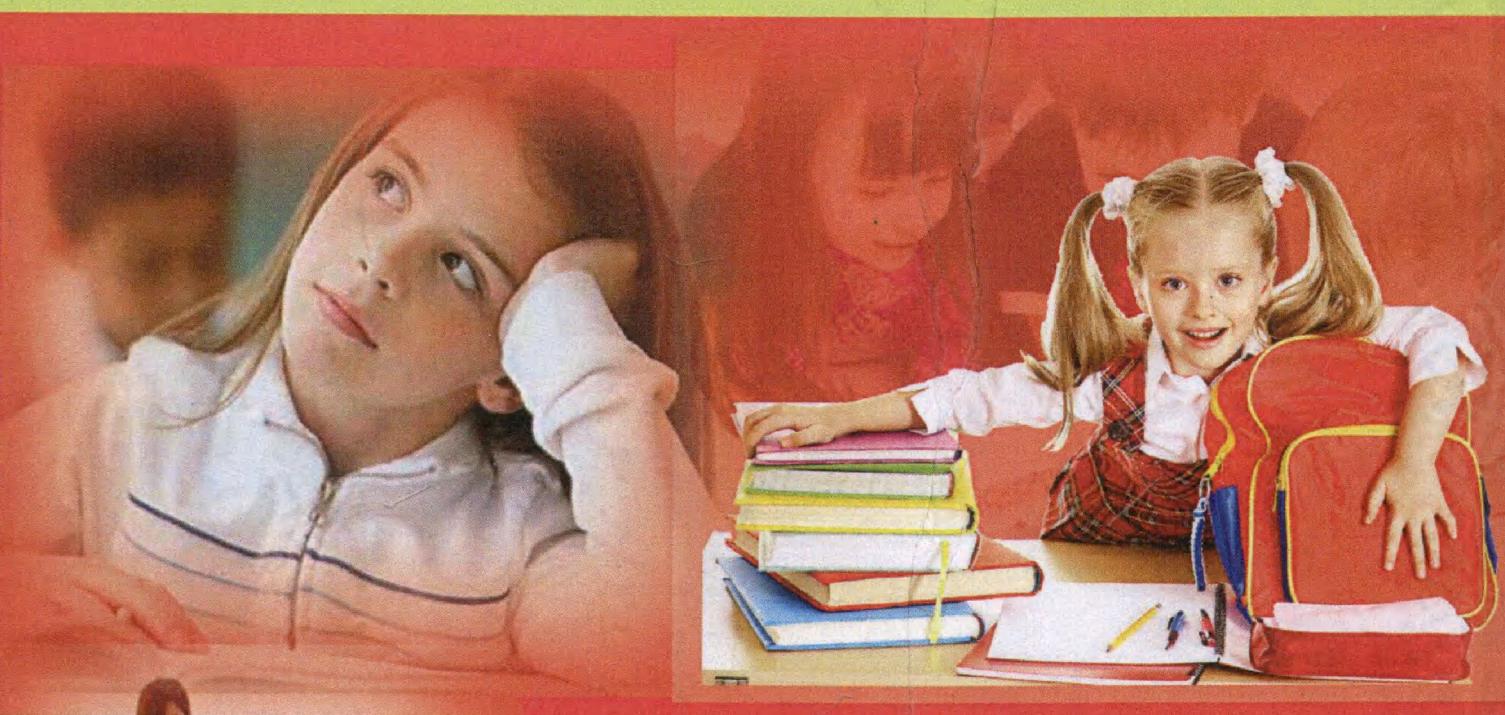


# فهم اضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الاطفال والسيطرة عليه



محمد حسن القراء بدر احمد جراح



لتحميل المزيد من الكتب

تفضلاً بزيارة موقعنا

[www.books4arab.me](http://www.books4arab.me)





٢٠١٦ إهداء

دار المعتز للنشر والتوزيع  
الأردن

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

فهم اضطرابات نقص الانتباه  
والنشاط الزائد لدى الأطفال  
والسيطرة عليه

## حقوق الطبع محفوظة للناشر

استناداً إلى قرار مجلس الأقساء رقم : ( ٢٠٠١ / ٢ ) بتحريم نسخ الكتب وبيعها دون إذن الناشر والمؤلف .  
وعملنا بالأحكام العامة لحماية حقوق الملكية الفكرية فإنه لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو تخزينه ،  
في نطاق استغادة المعلومات أو استنساخه بأي شكل من الأشكال دون إذن خطى مسبق من الناشر .

الملكة الأردنية الهاشمية  
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية  
(2015/10/4990)

371.9

القرا، محمد حسن .  
فهم اضطرابات نقص الانتباه الزائد والسبطرة عليه / محمد حسن مسلم  
عمان: دار المعتز ٢٠١٥  
ر.ا: (2015/10/4990)  
الواسم: /الاضطرابات//الأطفال//التربية الخاصة/

يتحمل المؤلف كلام المسؤولية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف  
عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية.

## الطبعة الأولى

٢٠١٦م - ١٤٣٧هـ

## دار المعتز للنشر والتوزيع

الأردن - عمان - شارع الملكة رانيا العبدالله - الجامعة الأردنية

عbara رقم ٢٣٣ مقابل كلية الزراعة الطابق الأرضي

تلفاكس: ٩٦٢ ٦ ٥٣٧٣٠٣٥ - ص.ب: ١٨٤٠٣٤ عمان - الأردن

e-mail: daralmuotaz.pup@gmail.com

**فهم اضطرابات نقص الانتباه  
والنشاط الزائد لدى الأطفال  
والسيطرة عليه**

تأليف

محمد حسن القراء

بدرأحمد جراح

**الطبعة الأولى**

1437 م - 2016 هـ

**دار المعتز للنشر والتوزيع**



## **الفهرس**

9 ..... - المقدمة

### **الفصل الأول**

#### **الاضطرابات السلوكية**

13 .....	- مفهوم اضطرابات السلوك .....
16 .....	- مفهوم المصاب باضطرابات السلوك .....
16 .....	- انتشار مصطلح اضطرابات السلوك .....
17 .....	- تصنيفات اضطرابات السلوك .....
19 .....	- خصائص الاشخاص الذين يظهرون اضطرابات في السلوك .....
21 .....	- التعرف على الاشخاص الذين يظهرون اضطرابات في السلوك .....
25 .....	- الاتجاهات النظرية العامة في تفسير اضطرابات السلوك .....
32 .....	- تقسيم اضطرابات .....

### **الفصل الثاني**

#### **الإعاقة العقلية والحركية**

53 .....	- تعريف الإعاقة العقلية .....
54 .....	- أسباب الإعاقة العقلية .....
57 .....	- تصنیف الإعاقة العقلية .....
58 .....	- تشخيص الإعاقة العقلية .....
58 .....	- خصائص الإعاقة العقلية .....
59 .....	- بعض نظريات التعلم في تفسير الإعاقة العقلية للإفراد القابلين للتعلم .....
62 .....	- الإعاقة الحركية .....
62 .....	- أولًا: التطور التاريخي ل التربية وتأهيل الأشخاص المعاقين حركياً .....
63 .....	- ثانياً: تعريف الإعاقة الحركية .....

- ثالثاً: تصنيف الإعاقة الحركية .....	64
- رابعاً: خصائص المعاقين حركياً.....	65
- خامساً: أسباب الإعاقة الحركية.....	66
- سادساً: الوقاية من الإعاقة الحركية.....	67
- سابعاً: أنواع البرامج التربوية للمعاقين حركياً .....	68

### **الفصل الثالث**

#### **مشكلة فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الأطفال**

- مفهوم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.....	73
- مفهوم فرط الحركة، زيادة النشاط .....	73
- مفهوم نقص الانتبا .....	73
- مفهوم الاندفاعية .....	74
- المدة الطبيعية للتركيز والانتبا .....	74
- أسباب حدوث اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.....	74
- نسبة انتشار فرط الحركة وتشتت الانتباه .....	75
- الأعمار يحدث لتشتت الانتبا .....	75
- أنواع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .....	77
- كيف تظهر أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.....	77
- كيفية التعامل مع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .....	84
- الأساليب التي يمكن أن اتباعها في تعديل سلوك الطفل .....	90
- دور الأسرة والمجتمع في علاج الطفل المصاب بمرض فرط الحركة .....	94
- كيف تعمل الأدوية العلاجية .....	97
- العلاجات الدوائية لهذا الاضطراب .....	98
- آثار الأضطراب على الأسرة .....	100

- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ..... 101

#### **الفصل الرابع**

##### **الاضطرابات والصعوبات التعليمية ونقص الانتباه لدى الطلاب وكيفية حلها .**

109 .....	- مفهوم صعوبات التعليم.....
109 .....	- خصائص الطلبة الذين يعانون من صعوبات تعلم .....
117 .....	- إرشادات للمعلمين والآباء.....
119 .....	- علاقة صعوبات التعلم النمائية بالأكاديمية .....
121 .....	- الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات الانتباه .....
123 .....	- سمات ذوي اضطرابات الانتباه .....
124 .....	- ضعف العلاقات الاجتماعية .....
128 .....	- كيفية علاج اضطراب الانتباه .....
137 .....	- اضطرابات الانتباه وصعوبات التعلم .....

#### **الفصل الخامس**

##### **الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال وسائل السيطرة عليه**

145 .....	- مفهوم الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال .....
145 .....	- الطفل الذي يعني من مشكلة أو اضطراب نفسي معين .....
147 .....	- حجم الاضطرابات النفسية للأطفال .....
148 .....	- التصنيف التشخيصي للاضطرابات النفسية للأطفال .....
153 .....	- أنواع مشكلات الأطفال، ووسائل علاجها .....

#### **الفصل السادس**

##### **التربية الحركية للمعوقين والسيطرة عليها**

193 .....	- الأهمية الأساسية والبدنية للمارسة الرياضية للمعاقين .....
193 .....	- أنواع التربية الحركية للمعوقين .....

- الأهداف العامة للتربية الرياضية للمعوقين .....	195
- تصنیف الرياضة للمعاقین .....	196
- الألعاب الرياضية لذوي الاحتیاجات الخاصة .....	198
- طرق التدريب والتعلم الرياضي للمعوقين .....	199
- الاستراتيجيات العلاجية لواجهة صعوبات التعلم عند الطالب الذين لديهم ضعف انتبه ونشاط زائد.....	202
- مظاهر الاضطراب في سن ما قبل المدرسة .....	203
- مظاهر الاضطراب في سن المدرسة .....	203
- مظاهر الاضطراب في سن المراهقة .....	204
- طبيعة الصعوبات التعليمية المرتبطة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد... - اضطراب الوظائف التنفيذية .....	204 213
- قائمة المراجع والمصادر .....	231

## **المقدمة**

تعد مشكلات الطلبة والطالبات، متعددة وتفاوت في نوعياتها وأحجامها وأسبابها، وقد تكون صادرة من المنزل أو الشارع أو من المجتمع او من محيط المدرسة، والتي قد تكون المشكلة من الوالد او الوالدة، او قد تكون نتيجة للحب الزائد من تدليل الوالدين لابنها او ابنتهما او نتيجة للحرمان الزائد، او من حياة الفوضى التي يعيشها المنزل، او نتيجة لفقد الوالدين او أحدهما.

أو قد تكون هذا المشكلات أيضاً من داخل أسوار المدرسة، نتيجة لسوء التنظيم الذي تسير عليه المدرسة، او نتيجة لضيق من طالب لعلم او العكس، او من طالب طالب، او معلم لمعلم، او نتيجة لضيق من طالب لعلم او العكس، او من طالب طالب، او من معلم لمعلم، او نتيجة لعدم شعور شخص ما بالمسؤولية، او لإهمال في المسؤولية، او نتيجة لمشكلات اجتماعية في محيط البيئة، او لاتباع بعض الأساليب الخاطئة في تربية النشء، او لصعوبة في المناهج الدراسية، او لسوء فهم فيما بين مجتمع المدرسة من إداريين ومعلمين، وقد تكون نتيجة لمشكلات نفسية، وإن كان قد خصص لهذه النوعية مدارس ومعاهد خاصة يشرف عليها تربويون متخصصون في تربية هذه النوعية من الطلبة والطالبات.

ومن أجل فهم هذا الاضطرابات والمشكلات، يجب أن يتم اختيار المعلم الذي سيقوم بالتدريس جيداً للأطفال المصابين باضطرابات الانتباه، بحيث يتمتع بالصبر، ويكون لديه استعداد نفسي وبدني للعمل مع هؤلاء الأطفال، وذلك لأن العمل مع هؤلاء الأطفال يحتاج إلى الصبر، وبذل الجهد أكثر مما يحدث مع الأطفال العاديين.

وان يتم تدريب المعلم على كيفية التدريس للأطفال المصابين باضطرابات الانتباه، وتزويده بفنينات العلاج التربوي التي تساعده على نجاحه في عملة معهم، ويجب أن يتم تكوين فريق عمل بالمدرسة يتكون من مدير المدرسة والمعلم الذي يتم اختياره ليقوم بالتدريس لهؤلاء الأطفال والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي، والزيارة

الصحية أو المرضية، ويجب تزويدهم بالمعلومات الكافية عن اضطرابات الانتباه من حيث الأسباب والأعراض والمظاهر السلوكية.

يمكن تقسيم هذا الكتاب الى الفصول التالية:

الفصل الاول: الاضطرابات السلوكية

الفصل الثاني: الإعاقة العقلية والحركية

الفصل الثالث: مشكلة فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الأطفال

الفصل الرابع: الاضطرابات والصعوبات التعليمية ونقص الانتباه لدى الطلاب

وكيفية حلها

الفصل الخامس: الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال وسائل السيطرة عليه

الفصل السادس: التربية الحركية للمعوقين والسيطرة عليها

# **الفصل الاول**

## **الاضطرابات السلوكية**



# **الفصل الأول**

## **الاضطرابات السلوكية**

### **مفهوم اضطرابات السلوك**

ان اضطرابات السلوك Behavior Disorders او الاضطرابات الانفعالية Emotional Impairment disturbances كلها مصطلحات تصف مجموعة من الاشخاص الذين يظهرون، وبشكل متكرر، أنماطاً منحرفة أو شاذة من السلوك عما هو مألف أو متوقع، كما إن تعدد اختصاصات واهتمامات المهنيين والباحثين، وكذلك اختلاف تفسيراتهم حول طبيعة هذا الاضطراب وأسبابه وعلاجه، بالإضافة إلى تعقد الاضطراب نفسه وتدخله مع اضطرابات أخرى، جعلت الباحثين يميلون إلى استخدام مصطلحات، وسميات دون غيرها للإشارة إلى هذه الفئة من الاشخاص، إلا ان التوجهات الحديثة في مجال التربية الخاصة تميل إلى استخدام مصطلح اضطرابات السلوك لأسباب متعددة أهمها، أن هذا المصطلح أعم وأشمل من غيره من المصطلحات والسميات الأخرى، إذ يشمل قطاعاً واسعاً من أنماط السلوك، بالإضافة إلى أنه يصف السلوك الظاهر الذي يمكن التعرف عليه بسهولة، كما ان هذا المصطلح لا يتضمن افتراضات مسبقة حول أسباب الاضطراب.

وبالتالي فهو مفيد للمعلم أكثر من المصطلحات الأخرى، مثل اضطرابات الانفعالية التي تعتمد على تصنيف الطب النفسي في النظر إلى الشذوذ وترى أن سبب الاضطراب داخلي، بالإضافة إلى ما يتضمنه هذا المصطلح من وصم اجتماعي وتحيز ضد الوالدين باعتبارهم سبباً في اضطراب أبنائهم نتيجة عوامل التنشئة الاسرية، علمًا بأن المضطربين انفعالياً هم قلة مقارنة بالفئات الأخرى التي يتضمنها مصطلح اضطراب السلوك.

لقد ظهرت تعريفات عديدة لاضطرابات السلوك، ولكن لا يوجد اتفاق شامل على أي من هذه التعريفات وذلك للأسباب التالية:

1. ظهور اضطرابات السلوك لدى فئات الاعاقة المختلفة قد يجعل من الصعب أحياناً تحديد هل الاضطراب في السلوك ناتج عن الاعاقة التي يعاني منها الشخص، أم هي سبب في تلك الاعاقة.
2. عدم الاتفاق بين الباحثين على معنى السلوك "السوي" أو الطبيعي أو حول مفهوم الصحة النفسية.
3. التباين في المعايير والسلوك المتوقع من الاشخاص الذي قد تتبناه مجموعة أو أكثر في المجتمع في الحكم على اضطراب السلوك.
4. عدم الاتفاق بين الباحثين على مقاييس واختبارات لتحديد السلوك المضطرب
5. تعدد واختلاف الاتجاهات والنظريات التي تفسر اضطرابات السلوك وأسبابها، واستخدام مصطلحات، وتعريفات وتسميات تعكس وجهات النظر المختلفة.

ومع كل الصعوبات السابقة في الوصول إلى تعريف محدد للمقصود باضطرابات السلوك، إلا أن هناك محاولات عديدة للتغلب على هذه المشكلة، وذلك بمحاولة الاحتكام إلى عدد من المحکات للحكم على السلوك بأنه مضطرب أو شاذ.

وان السلوك المضطرب أو الشاذ هو خبرة انسانية عامة، يوجد لدى الناس جيماً، كما أن الاشخاص الذين يوصفون بأنهم مضطربون في السلوك يظهرون أيضاً سلوكيات توصف بأنها طبيعية أو عادية، ولكن الفرق الاساسي هنا هو في تكرار حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الشاذ، ومدة القيام به وشدته بالإضافة إلى طوبوغرافيته، فالنكرار كمحك للحكم على اضطراب السلوك، يشير إلى أن تكرار السلوك غير المرغوب فيه عما هو مألف أو متوقع يعتبر شاداً أو مضطرباً.

أما المقصود بالمدة، فهي المدة التي يقضيها الطفل بالقيام بالسلوك المحدد، فالثورات العصبية للأطفال المضطربين مدتها أطول وانتباهم لمدة أقصر، أما شدة السلوك فيشير

إلى أن السلوك يعتبر مضطرباً إذا كانت شدته متطرفة بمعنى أن يكون السلوك قوياً جداً أو ضعيفاً جداً.

أما المقصود بالطوبوغرافية فهو الشكل الذي يأخذه الجسم عند تأدية السلوك، فالاطفال المضطربون يمكن أن يصدر عنهم سلوك حركي يظهر على أشكال معينة قلما تصدر عن أقرانهم غير المضطربين.

وبالاضافة إلى هذه الحكوات في الحكم على اضطراب السلوك أو عدمه، فإن هناك عناصر يتفق عليها الباحثون، وهي الأخذ بعين الاعتبار عوامل مثل عمر الشخص الذي قام بالسلوك، وال موقف الذي حدث فيه السلوك، ومدى ملائمة هذا السلوك لثقافة المجتمع الذي يوجد فيه الشخص.

نحن عادة نلجأ إلى وصف أشكال السلوك الاجتماعي بأنها ملائمة أو غير ملائمة، ويختلف الحكم على ما إذا كان السلوك ملائماً أو غير ملائماً من معلم إلى آخر، ومن أحد الآباء إلى آخر، ويتوقف كل ذلك على الموقف الذي يحدث فيه السلوك، وعلى الطفل المعين الذي يصدر عنه هذا السلوك.

فالسلوك الذي يعتبر ملائماً بالنسبة لأحد الاطفال في أحد المواقف قد ينظر إليه على أنه غير ملائم كلياً عندما يصدر عن طفل آخر في موقف مختلف، وكأي شكل من الأشكال الأخرى للسلوك، فإن السلوك الاجتماعي سلوك متعلم، فالطفل لا يولد، وهو مزود بمخزون ملائم من السلوك، ولكن يتعلم الطفل السلوك من خلال المحاولة والخطأ في البداية أو من خلال التقليد أو عن أي طريق آخر، وعندما يقوم الطفل بتجريب سلوك ما للمرة الأولى فإنه لا يعرف الآثار والتنتائج المترتبة على هذا السلوك، فإذا حدث وجاءت الآثار والتنتائج من النوع الذي يحمل شكلاً من أشكال الإثابة للطفل فإن ذلك يجعله يميل إلى تكرار السلوك، أما إذا جاءت الآثار والتنتائج من النوع الذي لا إثابة فيه، فإن ذلك يجعل الطفل لا يميل إلى تكرار هذا السلوك، وإذا كانت نتائج الآثار المترتبة على السلوك مؤلمة وغير سارة بشكل أو باخر بالنسبة للطفل، فإن ذلك يؤدي إلى خفض احتمالات تكرار هذا السلوك.

## **مفهوم المصاب باضطرابات السلوك**

يعرف بور اضطرابات السلوك أو الاختلالات الانفعالية لغايات التربية الخاصة بأن الأطفال المضطربون يجب أن تتوافر لديهم واحدة من الخصائص التالية أو أكثر ولفترات زمنية:

1. ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.
2. عدم القدرة على التعلم، والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية.
3. مزاج عام من الكآبة والحزن.
4. عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع المعلمين، والأقران وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.
5. الميل لتطوير أعراض جسمية، آلام، أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ودراسية.

أما كوفمان فيعرف الأشخاص المضطربين في السلوك بأنهم أولئك الذين يستجيبون بشكل واضح ومزمز، لبيتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعياً.

كما يعرف رينرت الطفل المضطرب بأنه ذلك الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً، بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي، أو على تحصيل أقرانه، بالإضافة إلى التأثير السلبي على الآخرين.

كم يرى روس أن الاختلال النفسي يظهر عندما يقوم الطفل بسلوك ينحرف عن المعيار الاجتماعي، بحيث أنه يحدث بتكرار وشدة، حتى أن الكبار الذين يعيشون في بيئه الطفل يستطيعون الحكم على هذا السلوك.

## **انتشار مصطلح اضطرابات السلوك**

حيث لا توجد تقديرات دقيقة حول انتشار اضطرابات السلوك، وذلك بسبب الاختلاف في استخدام التعريفات وكذلك بسبب الاختلاف في تفسير التعريف الواحد بين الباحثين، ثم أيضاً بسبب الاختلاف في الطريقة أو المنهجية المستخدمة للوصول إلى

النسب المختلفة، وأخيراً يمكن أن تختلف النسب لوجود الضغوط الاجتماعية أو الاقتصادية المتعلقة بتقديم الخدمات والبرامج التربوية، إما زيادة هذه النسبة أو التقليل منها، من هنا فإن الدراسات المختلفة تشير إلى تفاوت نسب الانتشار العالمية لاضطرابات السلوك من 0.1% إلى 30% من الأطفال في سن المدرسة.

إنه من الواضح أن هناك بعض النسب متحفظة، ولا تشمل إلا الحالات الشديدة، والبعض الآخر غير متحفظة تشمل اضطرابات بدرجات متوسطة وبسيطة، فمن النسب المتحفظة ما يشير إلى 0.2% أو 0.3% من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات في السلوك، أو النسب غير المتحفظة والمعقولة أيضاً، فتشير إلى أن النسبة يمكن أن تراوح بين 3% إلى 10% من الأطفال في سن المدرسة.

أما فيما يتعلق بالمقارنة بين نسب انتشار اضطرابات السلوك عند الذكور مع نسب الانتشار لدى الإناث، فتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطرابات السلوك لدى الذكور تفوق نسبة انتشارها لدى الإناث حيث تراوح هذه النسبة 2:1، وفي بعض الدراسات من 5:1، هذا، وتختلف طبيعة اضطرابات السلوك لدى كل من الذكور والإناث، فبينما يميل الذكور إلى السلوك العدوانى والاندفاع والسلوك الموجه نحو الآخرين تميل الإناث إلى الخجل والقلق والانسحاب الاجتماعي.

أما ارتباط اضطرابات السلوك مع العمر، فتشير الدراسات إلى أن هذه الاضطرابات تكون قليلة في الصفوف الأولى، وتزداد في الصفوف المتوسطة ثم تميل إلى الانخفاض في الصفوف العليا.

## تصنيفات اضطرابات السلوك

يعد النظام التصنيفي الأكثر استخداماً من قبل الأطباء النفسيين، لاضطرابات السلوك هو الذي ظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA)، ففي

أحدث مراجعة لهذا الدليل تصنف الاضطرابات تحت عنوان الاضطرابات التي تنشأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة كما يلي:

1. الاضطرابات الجسمية وتشمل: اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية واضطرابات أخرى.
2. الجانب الذكائي، ويشمل التخلف العقلي.
3. الاضطرابات السلوكية وتشمل: اضطرابات الانتباه، واضطرابات التصرف.
4. الاضطرابات الانفعالية وتشمل: قلق الطفولة أو المراهقة، واضطرابات أخرى.
5. الاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية المحددة كالتوحد.

ولكن النقد الموجه لهذا النظام هو أنه يصنف اضطرابات الأطفال على أنها اضطرابات عقلية، وهو كذلك يعتمد على النموذج الطبي في تفسير اضطرابات السلوك، والتي ترکز في الأساس على العوامل الداخلية كأسباب للاضطراب، كما هو الحال بالنسبة للأمراض الجنسية.

أما النظام السلوكي في تصنيف اضطرابات السلوك، فيعتمد على وصف سلوكي للبعد أو مجموعة الأبعاد، ومن الأمثلة على ذلك تصنيف كوفمان، حيث يصنف اضطرابات السلوك إلى ما يلي:

1. الانسحاب، وعدم النضج والشخصية غير المناسبة.
2. الحركة الزائدة، والتخريب، والاندفاعية
3. المشكلات المتعلقة بالنمو الخلقي والانحراف.
4. العدوان.

أما كوي فقد استخدم أسلوب التحليل العاملي للوصول إلى تصنیف يعتمد وضع الصفات في مجموعات متجانسة، حيث قسم اضطرابات السلوك إلى ما يلي:

1. عدم النضج: يتضمن قصر مدى الانتباه، السلبية الشديدة، أحلام اليقظة، تفضيل اللعب مع الأطفال الأصغر سنًا، عدم الرشاقة.

2. اضطرابات التصرف: تتضمن عدم الطاعة، الازعاج، المشاجرة مع الآخرين، السيطرة، الزعامة، ثورات الغضب.

3. اضطرابات الشخصية: تتضمن الانسحاب الاجتماعي، القلق، الاكتئاب، الشعور بالنقص، الشعور بالذنب، الخجل وعدم السعادة.

4. الانحرافات الاجتماعية تتضمن: الهروب، الانضمام إلى عصابات، السرقة، والغرور.

كما أن هناك ميل عند بعض الباحثين بتصنيف اضطرابات السلوك اعتماداً على شدة الاضطراب، حيث تصنف إلى:

1. اضطرابات السلوك البسيطة

2. اضطرابات السلوك متوسطة الشدة

3. اضطرابات السلوك الشديدة، وهذه تشمل حالات الذهان الطفولي أو فصام الطفولة.

وهناك تقسيم آخر للاضطرابات هي:

1- اضطرابات الوظيفية، مثل سلس البول، فقدان الشهية أو الشراهة، الارق.

2- اضطرابات الذهنية: الحالات التي ينتج عنها قصور في الانتاج الفكري، كالكبت الفكري، عدم القدرة على التركيز، اضطرابات الذاكرة.

3- اضطرابات السلوكية: الكذب، الاختلاس، العدوانية، اضطراب السلوك الجنسي.

## خصائص الاشخاص الذين يظهرون اضطرابات في السلوك

1) الذكاء:

خلافاً للاعتقاد الخاطئ السائد من أن الأطفال الذين يظهرون اضطرابات في السلوك أذكياء، إن معظمهم يحصلون على معاملات ذكاء أقل من المتوسط مقارنة بأقرانهم غير المضطربين، فمتوسط ذكائهم لا يزيد عن 90، وإن الكثير منهم يقع ذكائهم

في حدود بطيء التعلم أو التخلف العقلي البسيط، كما أن الكثير من المضطربين بدرجة شديدة من الصعب حتى تطبيق اختبارات الذكاء عليهم، ومتوسط من يمكن تطبيق الاختبار عليه لا تزيد عن 50 درجة، وهناك حالات نادرة من هؤلاء من يحصلون معاملات ذكاء عالية، وربما يعود ذلك إلى أن الاضطراب يؤثر على توفير الفرص المناسبة لهم لتعلم المهام التي تتضمنها اختبارات الذكاء، من هنا فإن اختبارات قد لا تعتبر مناسبة لقياس ذكائهم، وذلك باعتبارها متحيزه ضدتهم، ولا تعطي مؤشرات دقيقة عن ذكائهم الحقيقي الذي يتأثر حتماً بالاضطراب.

### 2) التحصيل:

إن معظم الأشخاص المضطربين تحصيلهم الأكاديمي في المدرسة منخفضاً مقاساً باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية، وغير الرسمية، كما إن الكثير من الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الشديدة يفتقرن حتى للمهارات الأكاديمية الأساسية التي تشمل القراءة والكتابة والحساب، والقليل منهم من الذين يملكون، مثل هذه المهارات لا يستطيعون تطبيقها والتعامل معها في الحياة اليومية.

### 3) السلوك العدواني:

يعتبر السلوك العدواني من الخصائص السلوكية الشائعة لدى الأطفال المضطربين، يصنف هذا السلوك ضمن السلوكيات الموجهة نحو الخارج Externalizing وضمن اضطرابات التصرف Conduct Disorders ، ويظهر السلوك العدواني على شكل اعتداء على الآخرين بأشكال مختلفة، كالاعتداء الجسدي وإلحاق الاذى المادي بالآخرين، أو بالاعتداء اللغظي، كالسباب والشتائم، أو حتى بالعدوان الرمزي بإظهار التذمر والمخاضة.

ويوجه الاعتداء عادة على الأشخاص المحيطين بالطفل من غير استفزاز، حيث يهدف الطفل المضطرب من خلال العدوان إلى السيطرة على أقرانه أو إزعاجهم أو إغاظتهم أو التسلط عليهم، وفي حالات الأطفال الأكبر سناً، فإن العدوان يمكن أن يوجه

إلى المعلم أو إلى المدرسة، وفي مراحل عمرية لاحقة يمكن أن يتطور هذا العدوان، ليوجه إلى المجتمع، ويتمثل في سلوك مناهض للقوانين والقواعد الاجتماعية، ويجعل الشخص خارجاً عن القانون والنظام، وهو ما يعرف بالسلوك المضاد للمجتمع أو السوسيوباتية Sociopathy، في هذا النمط من السلوك يرتكب الشخص المضطرب جرائم القتل وهتك العرض والاغتصاب والسرقة وأعمال السطو والنهب، يساهم في تفاقم هذه المشكلة التسرب من المدرسة نتيجة الفشل المتكرر والافتقار إلى بيئة أسرية مناسبة، كما تشير الدراسات إلى أن العدوان أو السلوك الموجه نحو الخارج يظهر لدى الذكور أكثر منه لدى الاناث.

#### ٤) السلوك الانسحابي:

يصنف ضمن ما يعرف بالسلوك الموجه نحو الداخل أو الذات Internalizing ، ويتضمن بعد من الناحية الجسمية والانفعالية عند الاشخاص والماواقف الاجتماعية، ويظهر الكثير من الاشخاص المضطربين انسحاباً من المواقف الاجتماعية، وبالعزلة والاستغراق في أحلام اليقظة والكسل والخمول، إن مثل هؤلاء الاشخاص لا يستجيبون لمبادرات الآخرين، ولا ينظرون إلى الاشخاص الذين يتكلمون معهم، ولا يكونون صداقات، بسبب افتقارهم للمهارات الاجتماعية المناسبة لفعل ذلك، وهم لا يمثلون أي تهديد لغيرهم من الاشخاص.

إن السلوك الانسحابي هو سلوك مناقض للسلوك العدوانى، وأشد أنواع هذا النوع من السلوك هو ما يظهره الاشخاص شديدو الاضطراب والذي يدعى بذهان الطفولة، وهذه النوع من انسحابات يختبر بين الاناث مقارنة بالذكور.

#### التعرف على الاشخاص الذين يظهرون اضطرابات في السلوك:

إن التعرف والفحص والتشخيص هي طرائق تستخدم من قبل المهنيين، للإجابة عن التساؤل فيما إذا كان الطفل أو مجموعة الاطفال يعانون من مشكلات في السلوك، وتحديد هذه المشكلات من أجل وضع خطة علاجية وتربوية لمساعدة هؤلاء الاطفال.

إن إجراءات التعرف والفحص والتشخيص لاضطرابات السلوك معقدة، وذلك بسبب عدم الاتفاق التام على تعريفات اضطرابات السلوك، أو حتى بسبب تفسير التعريف بشكل مختلف، وهذه الإجراءات تحاول الاجابة عن الأسئلة التالية:

1. ما هي طبيعة التدخل الذي يجب أن يكون؟
2. كيف نعرف على الطفل المضطرب انفعالياً أو سلوكياً؟
3. هل هذه المشكلة شديدة بدرجة كافية بحيث تتطلب تدخلاً؟

### **إجراءات الكشف والتعرف:**

يتضمن مسح مجموعة كبيرة من الأطفال، من أجل تحديد عدد الأطفال الذين هم بحاجة إلى خدمات إضافية أو متخصصة، وفي حالة الأطفال في سن المدرسة، فإن المعلم هو المعنى في عملية الكشف، ويشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبق بتنظيم لمجموعة من الأطفال، بغية التعرف على الأطفال الذين يعانون من صعوبات من أجل إحالتهم لعملية الفحص والتقييم.

كما انه من خلال العقدين السابقين وأكثر، أصبح التركيز على عملية الكشف وإجراءاته بطريقة فعالة، وهذا الاهتمام جاء من مصدرين، الاول هو الاعتقاد الذي ترسخ من الابحاث في ان الكشف والتدخل المبكر يساعد في تخفيف انتشار اضطرابات السلوك، والثاني هو من الضغوط نتيجة لوجود قوانين ملزمة، وتشكيل مجموعات الآباء والمهنيين.

إن برامج رياض الأطفال وبرامج المدارس تعتبر من أنواع الكشف المعروفة، حيث يدخل جميع الأطفال الذين سيلتحقون بالمدارس العادية هذه البرامج، ويتم التعرف عليهم من النواحي الجسمية والمعرفية والإدراكية والانفعالية.

وحتى تتم عملية الكشف بفاعلية، يجب أن يتعاون الآباء والمعلمين في ملاحظة سلوك الطفل في كل من المدرسة والبيت، هذا، ويمكن الاعتماد على أكثر من طريقة للكشف عن اضطرابات السلوك، ومن أهم تلك الطرق ما يلي:

## 1- تقييرات المعلمين:

يعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين في سن المدرسة، وقد اشارت دراسات عديدة على أن تقدير المعلم هو من أصدق التقييرات وأكثرها موضوعية، ومع أن المعلمين يعتبرون من أصدق المقدرين، إلا ان الدراسات أشارت أيضاً إلى أن المعلمين كمجموعة، يمكن أن يكونوا متحيزين، فمثلاً يميل المعلم إلى عدم تحويل حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل، لأن مثل هذه الحالات لا تسبب إزعاجاً لهم.

ولا تؤثر بشكل سافر على سير العملية التعليمية، بينما يميل المعلم إلى تحويل حالات السلوك الموجهة نحو الخارج، كالازعاج والفووضى واضطرابات التصرف والحركة الزائدة، لأن ذلك يسبب إزعاجاً للمعلم وتأثيراً مباشراً على سير العملية التربوية داخل الصف، من هنا يجب أن يعطى المعلم تحديداً للمشكلات التي يجب أن يلاحظها في الصف بشكل دقيق دون تركه يتوقع ما نريده، كما إن استخدام قوائم الشطب هي من الاجراءات العامة المألوفة، وهي تتضمن سلوكيات محددة، يطلب من المعلم أن يقدر الطالب على هذه السلوكيات.

## 2- تقييرات الوالدين:

يعد الوالدين أيضاً مصدر مهم للمعلومات عن اضطراب الطفل، المعلومات من الوالدين يمكن أن تجمع إما من خلال المقابلات أو من خلال قوائم الشطب والاستبيانات، ومع أن الوالدين مصدر هام للمعلومات، لكن دقة ملاحظة الوالدين للطفل عليها تساؤلات.

وإن إحدى المشكلات الواضحة في استخدام الملاحظات المباشرة، كمحك لتصديق تقييرات الوالدين هي محدودية ملاحظة السلوك، إن الملاحظين يمكن أن ينسوا، أو أن لا تكون لديهم متابعة للسلوك لفترة مستمرة، كما أن وجود الملاحظ يمكن أن يؤثر على السلوك، وبالرغم من التساؤل عن ثبات تقييرات الوالدين، فإن لهم دور مهم في عملية التحويل.

### 3- تقييمات الأقران أو الزملاء:

إن تقييمات الأقران تعتبر إحدى الطرق المستخدمة للكشف عن المشكلات الاجتماعية والانفعالية،

إن نتائج بعض الدراسات أشارت إلى أن الأطفال في المدرسة من كل الأعمار قادرين على التعرف إلى المشكلات السلوكية، ولكن الأطفال في الأعمار الصغيرة، كان من الصعب عليهم معرفة أو تحديد السلوك الطبيعي أو المقبول، ولكن يختلف الأمر في حالة الأطفال الأكبر سنًا، حيث يصبحون أقل تمرزاً حول ذواتهم، وبذلك يستطيعون ملاحظة دلالات أو إشارات السلوك غير العادي.

كما إن المقاييس السوسيومترية والتي تركز على العلاقات الشخصية والاجتماعية في المجموعة تستخدم لقياس إدراك الطفل، وهي مفيدة في طرق الكشف، وإذا ما فسرت بحذر، فإنها يمكن أن تكون ذات فائدة للمعلم في تحديد طرق التدخل.

### 4- تقييمات الذات:

تعتبر تقييمات الذات مصدرًا آخر للحكم على تكيف الطفل، فمن خلال تقييم الطفل لذاته يمكن أن يساعد ذلك في التعرف إلى المشكلات التي يعاني منها، وقد أشارت الدراسات بأن تقييمات المعلمين للأطفال المضطربين أفضل عندما يكون السلوك المضطرب موجه نحو الخارج، كالعدوان والتخييب والحركة الزائدة، ولكن التقدير الذاتي يكون أفضل في حالة الأضطراب الموجه نحو الداخل الذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات والأمور الداخلية، وهذه التقييمات مفيدة للأطفال غير المقتنيين بأنفسهم أو الدافعين.

إن المرحلة التي تأتي بعد الكشف والتعرف الأولى هي مرحلة التشخيص النفسي والتربوي الذي يقوم به عادة الفريق متعدد الاختصاصات، إذ يتم دراسة حالة الطفل من قبل الاخصائي النفسي والطبيب النفسي والباحث الاجتماعي، بالإضافة إلى إجراء تقييم شامل في الجانب التربوي من قبل المعلم العادي ومعلم التربية الخاصة، وذلك من أجل تحديد إجراءات التدخل المناسبة في الجانبين النفسي والتربوي.

## **الاتجاهات النظرية العامة في تفسير اضطرابات السلوك**

إن الاختلاف في تحديد اضطرابات السلوك وأسبابها وتفسير تشوئها، وبالتالي طرق علاجها يرجع في الأساس إلى وجود أكثر من اتجاه نظري يستند إليه الباحثون، هذه الاتجاهات هي بمثابة النظرية والفلسفة التي يتبناها علماء النفس في تعريف السلوك العادي وغير العادي.

يوجد عدد من هذه الاتجاهات ولكن الاتجاهات التي تعتبر حديثة، وتلقي قبولاً لدى الكثير من الباحثين هي:

- 1- الاتجاه البيوفизيائي . Biophysical Approach
- 2- الاتجاه الدينامي . Psychodynamic Approach
- 3- الاتجاه السلوكي . Behavioral Approach
- 4- الاتجاه البيئي . Ecological Approach

وفيما يلي عرض لهذه الاتجاهات:

### **(1) الاتجاه البيوفизيائي:**

إن تأثير النواحي الفسيولوجية على الشخصية والسلوك كانت قد عرفت منذ القدم، بعض الباحثين أشاروا إلى أهمية الوراثة في تقرير الفروق في الشخصية، كما إن العلاقة بين التغذية واضطرابات الشخصية كانت قد درست في الخمسينات، كذلك العلاقة أو الربط بين التلف العصبي والمشكلات التعليمية كانت قد درست من قبل ستراوس وويرنر (Strauss & Werner) سنة 1933 الذين طوروا إجراءات تربوية للتدخل مع الأطفال المصابين بتلف في الدماغ.

كما إن العلاقة التبادلية بين النفس والجسم أو بين الجوانب البيوفيزائية والبيئة معترف بها ومؤكدة ليس من قبل هذا الاتجاه فحسب بل أيضاً من قبل الاتجاهات الأخرى في علم النفس، لكن الفرق هو أن الاتجاه البيوفизيائي يركز على النواحي

البيوفزيائية على أنها السبب الأولي، وإنها هي الجوانب التي يجب التدخل فيها عند معالجة الأضطرابات النفسية.

وبناء على هذا الاتجاه، فإن على المعلم أن يتوقع اختلاف في شخصيات الأطفال وفي تعلمهم وفي سلوكهم وذلك بناء على اختلافهم في النواحي البيولوجية، لذلك يجب أن تعدل البيئة التعليمية، كما إن الاتجاه البيوفزيائي يعتبر أن السلوك المضطرب هو سلوك مسبب عن عوامل بيوفزيائية وهذه العوامل ترجع إلى:

1. النواحي البيئية التي تؤثر على النمو.

2. الوراثة.

3. الحوادث والامراض خلال الولادة أو في أي وقت بعدها.

وينادي أصحاب هذا الاتجاه بأن السلوك الذهاني، هو نتيجة لعدم التوازن البيولوجي الكيماوي الذي يؤثر على وظائف الفرد العصبية، مجموعة أخرى من الباحثين وجدوا أن الحساسية أو التحسس من بعض أنواع الطعام أو المأكولات، يمكن أن يؤدي إلى سلوك ذهاني.

ومن هنا، فالنقطات التالية يجب أن يأخذها المعلم بعين الاعتبار:

1. السلوك المضطرب يمكن أن يكون مسبباً بشكل مباشر بالوضع الجسمي غير الطبيعي.

2. الاجراءات والادوات التربوية، يمكن أن تعدل لتعويض المشكلات الجسمية للطلبة.

3. التدخل الطبي يمكن أن يكون ضرورياً، وجزءاً مهماً من خطة التدخل العامة.

4. اخصائيون مثل المعالج المهني، ومعالج النطق وغيرهم يمكن أن يكون لهم دور في التدخل.

معظم التشخيص البيوفزيائي، يتم من قبل الاشخاص الذين لهم علاقة بالطب.

إن المعلومات التالية عن أهداف التدخل في هذا الاتجاه مهمة بالنسبة للمعلم:

1. ما هي انواع المشكلات التي من المتوقع أن تحدث خلال فترة العلاج.

2. ما هي الاعراض التي يمكن أن تذكر للطبيب مثل الاعراض الجانبية للأدوية، والتدور في الاداء.

3. ما هو التحسين في صحة الطفل.

4. ما هو وقت الذي يحتاجه الطفل للتحسن.

5. ما هي المحددات الصحية للطفل.

## (2) الاتجاه الدينامي:

إن أهم مساهمة للنظريات الدينامية الحديثة هو التقليل من الاهتمام بالعوامل البيولوجية المحددة، وزيادة الاعتقاد بقدرة الانسان لتعلم السيطرة على دوافعه، والقيام بسلوك اجتماعي، وعن طريق تعديل الدوافع الداخلية، يمكن تسهيل عملية البناء والتفاعل الاجتماعي والابيجابي والتكييف للبيئة.

تعتبر النظرية الدينامية أن القوى الداخلية هي التي تدفع الفرد للقيام بالسلوك، وبشكل عام، فإن دوافع أو غرائز الجنس والعدوان لاقت الاهتمام الاكثر بين الباحثين (نظرية فرويد)، ولكن حديثاً فإن الحب، وتحقيق الذات، والمشاركة، ودوافع أخرى اعتبرت قوى تحرك السلوك (نظريات روجرز وماسلو)، إن معظم أصحاب هذا الاتجاه ينادون بأننا غير واعين على القوى والامور الداخلية التي تؤثر على سلوكنا، بالإضافة إلى ذلك، فإنه ينظر إلى الشخصية على أنها دينامية تتغير، ثم إن السلوك الذي يظهر بأنه شاذ يمكن أن يكون عاديًّا للطفل في مرحلة ثانوية محددة، كذلك فإن سلوك الطفل في أي موقف، هو دليل على نزعات وحاجات قوية داخلية.

إن أصحاب هذا الاتجاه يفترضون بأن الاطفال المضطربين، مختلفون من حيث الدرجة وليس من حيث النوع عن الاطفال غير المضطربين، فالاضطراب ينظر إليه على أنه صفة عادية ولكنها مبالغ فيها،

والسلوك المضطرب يظهر على أنه ينشأ من عدم التوازن بين نزعات، واندفاعات الطفل وبين نظام الضبط لديه، وعندما يكون الضبط غير مناسب، فإن سلوك الطفل

يصبح عدوانيًا، مشتتاً وغير مترباً به، وعندما يكون الضبط صارماً جداً، فإن الطفل يحاول كف سلوكه باستمرار ويكون غير قادر على التعبير عن نفسه.

لذلك، فإن تكتيكات التدخل تساعده الطفل أن يطور ضبط مناسب لنزاعاته، يقوم أصحاب الاتجاه الدينامي بعملية التشخيص وذلك للحصول على المعلومات التي يجب أن تكون مفيدة في تصميم تدخل مناسب، فالخصائص هنا مهم بتاريخ الطفل كما هو مهم بال موقف الحاضر، وعادة ما يشتراك بعملية التشخيص أكثر من مختص مثل: خصائي علم النفس، الباحث الاجتماعي، المعلم، خصائي الأعصاب وأخرون، تجمع المعلومات من مصادر متعددة حيث يقابل الطفل.

وكذلك والديه ويطلب من المعلم أيضاً أن يشارك بلاحظاته عن سلوك الطفل، ويمكن أن يكون الفحص الطبي مطلوباً في بعض الحالات ومعلومات أخرى يمكن الحصول عليها من سجلات المدرسة، ومن الاختبارات النفسية مثل اختبارات الذكاء والشخصية.

إن أهداف التدخل الدينامي داخلية عن طريق تغيير في مشاعر الطفل عن نفسه وعن الآخرين، وسلوكي عن طريق تغيير في سلوك الطفل، وبسيط عن طريق تغيير في المواقف أو الأشخاص الذين يتفاعلون مع الطفل، فمن الأهداف الداخلية:

1. مساعدة الطفل أن يفهم نفسه، وأن يفهم الآخرين.

2. تحسين فكرة الفرد عن ذاته.

3. مساعدة الطفل أن يكون مستقلاً وموجهاً من قبل ذاته.

أما الأهداف السلوكية فهي:

1. مساعدة الطفل في ضبط اندفاعاته السلبية.

2. مساعدة الطفل أن يعبر عن اندفاعاته بطرق مقبولة اجتماعياً.

3. تشجيع الطفل على أن يعبر عن نزعاته الايجابية وأن يطور سلوكاً اجتماعياً مقبولاً.

**أما الأهداف البيئية فهي:**

1. تزويد الطفل ببيئة مناسبة للتعلم لحل مشكلاته ولتطوير سلوكيات إيجابية، واعتماداً على وجهة النظر الدينامية، فإن الأهداف الداخلية والسلوكية والبيئية هي أهداف متداخلة.
2. تزويد الطفل بمصادر انتفالية ضرورية لنموه.

**(3) الاتجاه السلوكي:**

حيث يعتمد هذا الاتجاه على نتائج الابحاث التي توصل إليها علماء نفس التعلم المحدثين، ولكن المبادئ الاساسية لهذا الاتجاه ليست جديدة، أصحاب هذا الاتجاه يعتبرون أن معظم السلوك هو نتيجة لتعلم سابق، وهذا، فإنهم مهتمون بمعرفة كيف ولماذا يحدث التعلم:

- الاشتراط الاستجابي Respondent: الذي هو عبارة عن قدرة مثير محايد أصلأً على استجواب الاستجابة من العضوية نتيجة تكرار اقترات هذا المثير مع المثير الاصلي (بافلوف وواطسن).
  - الاشتراط الاجرائي Operant (سكنر): تكون فيه العضوية حرة تقوم بالسلوك بشكل إرادي، ولكن توابع هذا السلوك هي التي تحدد احتمال قيام العضوية بالسلوك في المستقبل، فإذا كانت التوابع إيجابية زاد احتمال السلوك، وإذا كانت سلبية قل هذا الاحتمال.
  - إن الاستجابات: يمكن أن يتم تعلمها عن طريق ملاحظة نموذج ما، وهذا ما يسمى بالتعلم بالملاحظة أو بالنماذج (نظيرية باندورا).
- كما إن هناك الكثير من الباحثين في الاتجاه السلوكي الذين لهم مساهمات مفيدة حول تطور هذا الاتجاه وتقدم الباحث فيه، ولكن تبقى أنواع التعلم الثلاث الاشتراط الكلاسيكي، والاشتراط الاجرائي، والتعلم بالملاحظة أو التقليل هي من أنواع التعلم الأساسية.

كما ينظر إلى الإنسان في هذا الاتجاه على أنه عضوية بيولوجية يجب أن تتفاعل مع البيئة من أجل البقاء، ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى السلوك المنحرف أو الشاذ بأنه سلوك متعلم، إن السلوك المنحرف يتضمن منظومة من الاستجابات غير الفعالة في التعامل مع المشكلة أو التي لها تأثيرات جانبية غير مرغوب فيها، إن توابع مثل هذه السلوكيات تتضمن عادة الفشل، الانسحاب، الذهول، الخوف، والقلق.

وحيث أن السلوك المنحرف أو الشاذ سلوكاً متعلماً، لذا يجب فحص بيئه الطفل عن كثب. العوامل في البيئة ليس فقط تثير الاستجابات، ولكنها أيضاً تحافظ على إدامة هذه الاستجابات عن طريق تعزيزها، إن الأطفال غالباً ما يتعلمون سلوكاً غير مرغوب فيه وذلك بسبب أن الوالدين أو المعلمين يعززون، مثل هذا السلوك، أو أن الأطفال يفشلون في تطوير سلوكيات مناسبة لأعمارهم، بسبب أن هذه السلوكيات كانت قد عززت، كذلك يمكن أن يقوم الأطفال بسلوك منحرف أو شاذ بسبب عدم معرفتهم بالذى يجب عليهم القيام به نتيجة المعاملة غير الثابتة أو غير المتوازنة.

ان التشخيص اعتماداً على وجة النظر السلوکية تشمل عدداً من الخطوات هي:

1. السلوك المستهدف: أي ما هو السلوك المقصود، إذ يجب وصف السلوك

بنظامية من الاستجابات الملاحظة:

- هل هو نقص في السلوك: هل يفشل في الحدوث عندما يجب أن يحدث، وإذا كان سلوكاً جديداً هل يمكن تجزئة هذا السلوك إلى عناصر صغيرة أو إلى خطوات يسهل تعلمها.

- هل هو زيادة في السلوك: هل يحدث كثيراً، أو لمدة طويلة، أو تحت ظل ظروف غير مناسبة.

- عدد مرات حدوث السلوك: تسجيل تكرار حدوث السلوك في الوقت الحالي.

2. البيئة: تتضمن وصف جميع الأبعاد التي لها علاقة بالبيئة:

- ماذا يحدث مباشرة بعد أن يحدث.

- كم مرة يحدث أو كم مرة يجب أن يحدث.
  - أين ومتى يحدث أو يجب أن يحدث.
  - ماذا يحدث مباشرة قبل أن يحدث.
  - من هم الاشخاص أو الاشياء التي لها علاقة بالسلوك وبأي طريقة تلك العلاقة.
  - ما هي احتمالات التعزيز في الموقف.
3. الفرد: هي معلومات محددة عن الفرد، وتشمل:
- ما هي المعززات التي كانت مستخدمة بفاعلية في الماضي.
  - ما هي حالات الاعاقة التي يمكن أن تحد من تحقيق الأهداف السلوكية.
  - خصائص الفرد، مهاراته، هواياته، إمكاناته التي يمكن أن تساعده في تعديل سلوكه، ويمكن الحصول على مثل هذه المعلومات عن طريق الاختبارات النفسية.
- إن التشخيص السلوكي يمكن أن يقوم به أي فرد له ألفة بالموقف وسبق له أن تعلم الملاحظة وقياس متغيرات محددة في الموقف. إن كثيراً من معلمي المدرسة قد تعلموا، مثل هذه المهارات الضرورية لعملية التشخيص السلوكي.
- إن الخطوة الاخيرة في عملية التشخيص هو وضع أهداف لعملية التدخل، وفي الاتجاه السلوكي يوجد هدفان:
1. التقليل من حدوث السلوك غير المناسب أو السلبي في موقف ما.
  2. زيادة حدوث السلوك المناسب أو الإيجابي في موقف ما.

#### 4) الاتجاه البيئي:

إن الذين يتبعون الاتجاه البيئي يشيرون إلى أن القوى الداخلية والخارجية معاً، يجب أن يعترف بها على أنها قوى أساسية، وأن تفاعل هذه القوى الداخلية والخارجية هو الأساس في حدوث السلوك.

واعتماداً على وجهة النظر البيئية، فإن السلوك هو نتاج التفاعل بين القوى الداخلية التي تدفع الفرد، وبين الظروف في الموقف، وإن تخصص أو ميدان عالم البيئة الأساسي هو الذي يحدد الطريقة التي تفسر بهاقوى الداخلية وتفاعلها مع الموقف، فمثلاً عالم الاجتماع البيئي يركز على تأثير المجموعات الاجتماعية والمؤسسات على سلوك الأفراد، علماء البيئة الأطباء، ينظرون أولاً إلى العوامل الجينية التي تقرر الخصائص والمزاج لفرد معين، ويحللون التفاعل بين هذا وبين بيئته، أما العلماء البيئيون التحليليون فإنهم يركزون على التفاعل الأسري مبتدئين بالتفسير التحليلي لشخصية الفرد، ويطبقون هذا النموذج على نمط التفاعل بين أفراد الأسرة.

وهكذا، فإن علماء البيئة الانسانيون لا يقدمون نظرية يعتمد عليها في تفسير لماذا يسلك الناس بالطريقة التي يسلكونها، وجميع التأكيدات في هذا المجال هي حول التفاعل بين الفرد وبيئته، وينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى الانحراف على أنه عدم توافق بين سلوك الفرد والبيئة مع اختلافهم في التركيز على العوامل البيئية أو التركيز على خصائص الفرد.

من يقوم بعملية تشخيص السلوك المضطرب في الاتجاه البيئي يهتم بجمع معلومات كثيرة عن الطفل وعن البيئة التي يتفاعل فيها، معلومات تتعلق بنمط سلوك الطفل في مواقف مختلفة يتم جمعها، وكذلك تلاحظ الاختلافات بين سلوك الفرد في البيت والجيرة والمدرسة، كذلك يحاول المهني في هذا الاتجاه أن يحدد المطالب السلوكية لكل موقف.

### تقسيم الاضطرابات

- 1- الاضطرابات الوظيفية: سلس البول، مص الأصابع، قضم الأظافر، فقدان الشهية أو الشراهة، الارق.
- 2- الاضطرابات الذهنية: الحالات التي ينتج عنها قصور في الانتاج الفكري، كالكتابات الفكري، عدم القدرة على التركيز، اضطرابات الذاكرة، وهذا كلّه يؤدي إلى التأخير الدراسي، والهروب من المدرسة.

3- الاضطرابات السلوكية: الكذب، الاختلام، العدوانية، اضطراب السلوك الجنسي.

### **الاضطرابات الوظيفية:**

تشتمل على الاضطرابات الوظيفية:

أ- سلس البول أو التبول اللاارادي:

حيث كثيراً ما نجد الأطفال يتبولون في أثناء نومهم بالليل في سن كان يتظر منهم فيها ان يكونوا قد تعودوا ضبط جهازهم البولي، وسن ضبط جهازهم البولي تقع بالتقريب في الثالثة من العمر، ولو أن بعض الأطفال يضيّطون قبل سن الثانية، وإذا استمر الطفل يتبول وهو نائم إلى ما بعد الرابعة، فعلى الآباء أن يفكروا جدياً في الأمر.

### **أنواع السلس البولي**

1- السلس الأولي: وهو عندما لم يمر الطفل بمرحلة جفاف، وقد تجاوز سن الثالثة من عمره.

2- السلس الثاني: عندما نجد بأن الطفل قد مر بمرحلة جفاف، ومن ثم افتقدتها. ومن الممكن أن يكون سلس البول مرحلٍ، يحدث عند حصول تغيير معين في المحيط أو في نمط العيش، يشعر حينها الطفل بفقدان أهله له، وفقدان الامان فيقرر عندئذ لفت الانتباه نحوه.

### **أسباب حدوث السلس البولي**

1 - الأسباب الجسمية:

ان الواجب الأول في دراسة حالات التبول اللاارادي هو الفحص الجسمي الدقيق الشامل، فقد يكون هناك أسباب جسمية عامة، كفقر الدم أو الاضطرابات العصبية العامة، وقد يكون هناك أسباب جسمية محلية كائنة في الجهاز البولي كالكلويتين أو المثانة أو مجرى البول.

## 2 - الأسباب النفسية:

يرجع التبول اللاإرادي إلى عوامل نفسية، أهم عنصر فيها هو عنصر الخوف، سواء أكان قائماً بذاته أم داخلاً في تكوين انفعالات مركبة، وقد يكون الخوف قائماً بذاته، كما في الخوف من الظلام أو من الحيوان أو من التهديد أو بعد سماع قصة مزعجة أو غير ذلك، وقد يدخل الخوف في تركيب انفعال آخر كالغيرة.

وليس من السهل إرجاع حالة التبول اللاإرادي إلى عامل عائلي واحد كظهور مولود جديد في الأسرة أو وفاة شخص عزيز أو غير ذلك، بل نجد أنه يترتب على تغير الجو الذي يسود البيئة التي يعيش فيها الطفل، وقد ثقته بنفسه وخوفه على مركزه، مما يسبب له أحلاماً مزعجة في أثناء الليل يصحبها أحياناً فقدان القدرة على التحكم في ضبط عضلات الجهاز البولي.

## علاج حدوث السلس البولي

1- يجب التأكد من سلامة الجسم من كل ما يحتمل أن يكون عاملاً فعالاً أو مساعدًا في عملية التبول هذه، وهذا يجب فحص حالة الجسم العامة وال محلية فحصاً دقيقاً، ويجب تحليل البول والبراز والدم لهذا الغرض.

2- عدم اعطاءه سوائل ثلاث ساعات قبل النوم.

3- اعطاءه حصة كافية من الحنان مع عدم ولدنته، وعدم توبيخه

4- تحسين حالة البيئة التي يعيش فيها الطفل، حيث يجب أن يكون الطفل مطمئناً.

5- إيقاظه في منتصف الليل من أجل التبول.

وإذا أصبح السلس في البول مشكلة مزمنة، فهذا يستدعي علاج أعمق.

## ب- مص الأصابع:

ان كثيراً ما تظهر هذه المشكلة منذ الأسابيع الأولى، وفي الأشهر الأولى يمكن النظر إلى مص أصابع اليد أو الرجل كأنه عملية عادية يقوم بها كل طفل تقريباً، ويستنق منها لذه و في إجرائها شيء من المهارة فمن المهمة بالنسبة للطفل الصغير تحريك يده أو رجله

ووضعها في فمه دفعة واحدة دون أن ينطلي على الهدف، ولكن الخطورة في استمرارها والإصرار عليها عند التقدم في السن، وبعض الأطفال يظلون يمدون أصابعهم إلى سن الثانية عشر، وضرر الإستمرار في هذه العادة يتلخص في أمر واحد، وهو أنها أسلوب لنشاط لا يؤدي إلى نتيجة إيجابية ملموسة، وإن كان مص الأصابع عاملًا مساعدًا، يسهل معه الإغراق في أحلام اليقظة شأنه من ذلك شأن جميع الأعمال التكرارية غير المتجدة.

ويلاحظ أن الطفل الصغير عند ممارسته مص الأصابع يكون سعيدًا ويمارسها على فترات، أما الطفل الكبير فيبدو عليه، وهو يمارسها أنه غير سعيد وتجده يكتب عليها باستمرار مثله في ذلك مثل المدمنين لتعاطي المكفيات، ونجده أن الطفل الكبير عند ممارستها مثله في ذلك، مثل المدمنين لتعاطي المكفيات، ونجده أن الطفل الكبير عند ممارستها يكون بعيداً عن الصلة بهذا العالم الواقعي، كما أن مص الأصابع يحدث تشوهاً في شكل الأنسان وشكل الأصابع.

### **علاج مص الأصابع**

- 1- شغل الطفل بعمل مشوق متوج وذلك بتشجيعه على توجيه أوقات فراغه في ممارسة اللعب أو العمل الذي يشغل يده وفمه أو كليهما.
- 2- إزالة الأسباب النفسية التي تكمن وراء العصبية، بإزالة الخوف والقلق وتأمين الجو المناسب لإشباع الحاجات الأساسية للطفل، مثل الحاجة إلى الأمان والعطف والحنية.
- 3- تحبيب الطفل في أنواع النشاط الممتعة التي تستوعب بقدر الإمكان وقته.
- 4- إبعاد السخرية بالشخص المصاب بـ مزاولة هذه العادة، وإظهاره بمظهر المنحرف الشاذ فإن ذلك يضاعف في نفسه شعور الخيبة، ويزيد من استسلامه للعصبية.
- 5- يمكن اللجوء مع الوسائل المتقدمة إلى الطريقة المعروفة بطريقة التذكير وتتلخص في الاتفاق مع الشخص المريض على تذكيره بالإقلاع عن العادة في حالة النسيان. غير أن هذا التذكير لا يجب أن يأخذ صورة العقاب أو التأنيب.

## **جـ- قضم الأظافر:**

هو أسلوباً من أساليب النشاط الشاذ الذي لا يؤدي إلى نتيجة إيجابية، فهو لذلك نمط إنسحابي يبعد صاحبه عن مواجهة الواقع ويساعده على الإستغراق في السرحان وأحلام اليقظة وعدم التركيز، والانفعال المصاحب لفرض الأظافر هو انفعال الغضب الذي ينشأ من حالة التوتر القلقي، لذلك تزداد هذه العادة، كلما قابلت الشخص صعوبات نسبية تتحدى قدرته، فهو على الرغم من أنه أسلوب انسحابي، إلا أنه يتميز بالشدة ويتم بالقوة، أما جذوره فهي ترجع في جملتها إلى أسباب انفعالية قد تكون حادة تعبّر عن نفسها بالحركات العصبية التي يصحبها عدم الاطمئنان، وتحركها دافع الخوف، مما يجعل المصاب في حالة عدم استقرار.

وأول ما يخطر على الذهن هو نوع العلاقات التي تسود الجو الذي يعيش فيه الشخص، ولذا تم دراسة علاقة الطفل بوالديه ومدرسيه وزملائه، فعلى سلامه هذه العلاقة يتوقف إلى حد كبير شعوره بالسعادة، وتتوفر ثقته فيمن حوله، ومن ثم كان من الضروري تهيئة الجو المناسب الذي يشبع الحاجات الأولية للطفل.

## **علاج قضم الأظافر**

- 1- شغل الطفل بعمل مشوق متوج وذلك بتشجيعه على توجيهه أوقات فراغه في ممارسة اللعب أو العمل الذي يشغل يده وفمه أو كليهما.
- 2- إزالة الأسباب النفسية التي تكمن وراء العصبية، بإزالة الخوف والقلق وتأمين الجو المناسب لإشباع الحاجات الأساسية للطفل، مثل الحاجة إلى الأمان والعطف والحرية.
- 3- تحبيب الطفل في أنواع النشاط الممتعة التي تستوعب بقدر الإمكان وقته.
- 4- إبعاد السخرية بالشخص المصاب بمزاجة هذه العادة، وإظهاره بمظهر المنحرف الشاذ فإن ذلك يضاعف في نفسه شعور الخيبة، ويزيد من استسلامه للعصبية.

5- يمكن اللجوء مع الوسائل المتقدمة إلى الطريقة المعروفة بطريقة التذكير وتتلخص في الإنفاق مع الشخص المريض على تذكيره بالإقلاع عن العادة في حالة النسيان. غير أن هذا التذكير لا يجب أن يأخذ صورة العقاب أو التأنيب.

#### د- اللجلجة:

أن النطق من أهم وسائل الاتصال الاجتماعي، وعملية النطق عبارة عن نشاط يفصح فيه الفرد عن نفسه في التوازنات العصبية التي يشتراك في إدائها مركز الكلام في المخ، وتقوم هذه التوازنات بتحريك العضلات، وهذه تقوم بدورها بإخراج الأصوات، أما الرئتان فإنهما تقومان بعملية تعبئة الهواء وتنظيم اندفاعه، ليمر على الأوتار الصوتية داخل الحنجرة والقلم والتجويف الأنفي، وهنا تحدث التشكيلات الصوتية التي نطلق عليها اسم (الكلام).

وليست عملية النطق من العمليات البسيطة، فهي تحتاج إلى مرانٍ طويل يبدأ بولادة الطفل عندما يعبر عن حاجاته الأولية بالصرانح، ثم الضحك ثم المداعاة وهكذا يستمر في تجربة الكلام حتى ينجح في إخراج الأصوات المفهومة، غير أن هناك أسباباً عضوية ونفسية تقف أحياناً في سبيل التقدم الكلامي للأطفال وتحدد اختلالاً في التوازن الحركي بين أعضاء النطق، مما يشكل خطراً مرضياً على صحتهم النفسية وصحتهم الإجتماعية أينما

كما أن اللجلجة عيب كلامي يتعرض له الأطفال والكبار كذلك، أما أسبابها فكثيرة ومعقدة، وقد بحثت حالات لبعض المصابين بداء اللجلجة فوجد أن الإستعداد الطبيعي يضعف نتيجة لما تؤدي به البيئة من مشاعر الخوف وفقدان الأمن، وتعود أسباب اللجلجة إلى علل جسمانية معينة، وفي بعض الحالات وراثية، وقد تحدث اللجلجة نتيجة مفاجأة أو ضربة غير متوقعة.

## **علاج الملاجحة**

- العلاج النفسي: يهدف إلى إزالة أسباب التردد والخوف واحتلال الثقة والجرأة محلهما.
  - العلاج الكلامي: يهدف إلى معاونة المصاب على التغلب على عيوب نطقه، من أهم هذه الطرق طريقة الاسترخاء الكلامي والتمرينات الإيقاعية، وطريقة تعليم الكلام من جديد.
- هـ- فقدان الشهية والشراهة:**

هم كلمتان متناقضتان لكنهما وجهان لعملة واحدة حيث أنهما يعبران عن حالة نفسية واحدة، فهي تعبير عن تعويض للنقص العاطفي الذي غالباً ما ينبع عن اضطرابات عميقه، بالعلاقة مع الأم أو من ينوب عنها. يشعر الطفل حينها بفراغ عاطفي عميق يجعله أما يف्रط في الأكل لتعبئته نفسه وأما يضرب عن الطعام، فيعاقب والدته ويعاقب نفسه لوجوده حياً.

ومن العلاج يكون علاجاً نفسياً، وذلك بتحسين العلاقة مع الأم أو من ينوب عنها ثم علاجاً غذائياً.

**و- الارق:**

من الطبيعي أن يستيقظ الطفل في الليل خلال السنة الأولى من الحياة، لكنه في السنة الثالثة وال السادسة من العمر يشهد عودة لعدم الاستقرار في نومه وكأنه يرى كوابيساً، كل هذا أمر طبيعي لأن الطفل يواجه في حياته اليومية تغيرات سريعة عليه التأقلم معها بسرعة، كالدخول إلى المدرسة، قبول القواعد الاجتماعية.

وهنالك عدة أنواع من الارق، منها الارق الهادئ والأرق الباهي والصاحب.

## **علاج الارق**

- انارة المكان وتحصيص الطفل بغرفه ينام معه يذكره بالراشد الذي يحبه، ويهتم به.
- مرافقه الطفل خلال أرقه بوجود فعلٍ إلى جانبه دون الافراط.

- اعطاء الطفل حاجته من الحنان والشعور بالطمأنينة

## 2- الاضطرابات الذهنية:

إن عدم القدرة على التركيز، اضطرابات الذاكرة، تدهور الانتاج المدرسي هي عوارض مألوفة، لكنها لا تتلخص بوضعية واحدة، وهي موجودة في عدد كبير من الاضطرابات النفسية:

### 1. القصور العاطفي:

تعني بالقصور العاطفي حالة يكون فيها الطفل قد حرم في العاطفة الالزمة لتطوره، فلقد أصبح واضحاً، و沐يناً بأن التطور الفكري مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمناخ العاطفي والتربوي المحيط بالطف، فإن لم يحظ بهذا الاهتمام لن يستطيع تكوين صورة ايجابية وواضحة وسليمة للعالم المحيط به، نلحظ عندئذ صعوبات:

1- استيعاب مفاهيم الزمان والمكان.

2- فقر في اللغة والابداع.

3- صعوبة في استيعاب المفاهيم المنطقية.

4- صعوبة في التفكير الرمزي.

### 2. التأخر الدراسي:

التأخير الدراسي مشكلة تربوية اجتماعية يقع فيها التلميذ، ويشقى بها الآباء والمدرسون في المنزل والمدرسة.

## أسباب التأخير الدراسي

### 1- العوامل الذاتية:

تنقسم إلى:

#### (أ)- العوامل العقلية:

قد يرجع التأخير الدراسي إلى ضعف الذكاء العام للطفل والذكاء هو القدرة العقلية الفطرية المعرفية العامة، أو هو العامل المشترك الذي يدخل في جميع العمليات

العقلية التي يقوم بها الإنسان، وهذا العامل يُعد من أقوى أسباب التأخر الدراسي، ومن أكثرها ارتباطاً بالتحصيل المدرسي والفرق الفردية بين التلاميذ.

أما القدرة الخاصة فهي إمكانية نمط معين من أنماط السلوك المعرفي، ويظهر أثر القدرات الخاصة في حالات تأخر التلميذ في مادة مع تقدمه في باقي المواد.

**(ب)- العوامل الجسمية:**

1- اضطراب النمو الجسمي وضعف البنية والصحة العامة والأمراض الطفيلية والمزمنة وأضطراب إفرازات الغدد.

2- العاهات الجسمية، مثل حالات ضعف البصر الجزئي، وكذلك طول البصر وقصره وعمى الألوان، وحالات الاضطرابات كعدم التوافق الحسي والحركي.

3- حالات الاضطراب التي تصيب اللسان وأجهزة الكلام، مما يسبب صعوبة النطق و يؤدي إلى معايرة التلاميذ والشعور بالنقص.

**(ج)- العوامل الانفعالية:**

قد يرجع التأخر الدراسي إلى بعض المؤثرات الانفعالية، فالطفل شديد الحياء أو الطفل القلق غير المستقر يجد عادةً صعوبة كبيرة في التكيف مع جو المدرسة.

**2- العوامل المدرسية:**

تختلص فيما يلي:

1- سوء توزيع التلاميذ على الفصول من غير مراعاة التناسق والتجانس في التوزيع، كأن مثلاً يجاهه المعلم بمشكلة الطلاب سريعي التعلم والطلاب بطئي التعلم، وتكون النتيجة أن جميع تلاميذ الفصل على اختلافهم يشعرون بالحرمان، ويلتمسون الإشباع الذي يعوضهم بذلك النقص في نواحي أخرى قد تكون التمرد والعبث والهروب من المدرسة لأنهم فقدوا الحافز، وهو من العوامل الهامة في التحصيل في المدارس.

- 2 عدم الانتظام في الدراسة، فاللهم الذي تعود التأخر والغياب يكون عرضة للتأخر عن زملائه في التحصيل.
- 3 كثرة تنقلات المدرسين وعدم استقرارهم عامل من عوامل ازدياد المشكلة تعقيداً.
- 4 الإدارة الدكتاتورية والتنظيم السيء بالمدرسة يؤثر في سير التلميذ الدراسي.
- 5 المدرسة وسيلة لنمو التلميذ في جميع نواحية الجسمية والعقلية والخلقية. فطريقة التدريس والنشاط المدرسي ونظم الامتحانات والمنهج والإدارة المدرسية، لا بد أن تكون جميعها متماشية مع أهداف التربية الحديثة، مراعيةً لميول التلاميذ واستعداداتهم مبنية على التفكير العلمي الصحيح للفورق الفردية بين التلاميذ.

### **3- العوامل المنزلية:**

يمكن ان نوجزها فيما يلي:

#### **(أ) مستوى الأسرة الاقتصادي:**

قد يكون التطرف في المستوى الاقتصادي، سواءً أكان فقرًا أم ترفاً، من أقوى أسباب التخلف الدراسي إلا إذا كانت التربية سليمة تعتمد المراقبة والمحاسبة.

#### **(ب) المستوى الثقافي للأسرة:**

اللهم الذي ينشأ في أسرة جاهلة لا تهتم بمواظبه على المدرسة، ولا تهتم له الجو المناسب للاستذكار غير اللهم الذي يجد جوًّا ثقافيًّا في المنزل وعناية بالواجبات المدرسية، وحرصاً على تزويده بثقافات معينة، ومتعددة في الصحف والمذيع والمجلات والمكتبة المعدة له.

#### **(ج) الجو المنزلي:**

نقصد به ما يسود المنزل من علاقات قد تكون لها أثر في حياة الأبناء، كاضطراب الحياة المنزلية وكثرة المشاحنات والخلافات، وكاستبداد الآباء والتفرقة في معاملة الأبناء،

وغير ذلك مما يكون سبباً في بعث جو من القلق والاضطراب يؤثر في حياة التلميذ المدرسية، بل يؤدي إلى التأخر الدراسي.

## علاج التأخر الدراسي

1- في المنزل:

- أن يسود جو الطمأنينة المنزلي
- تأمين الجو الدراسي المناسب في المنزل
- التقرب من الطفل ومساعدته في حل مشاكله
- إعطاء الطفل الوقت اللازم للعب وذلك بتنظيم برنامج الدرس معه.

2- في المدرسة:

أولاً: الاهتمام بالفروق الفردية بين التلاميذ ووضعهم في فصول متجانسة من حيث السن والذكاء والقدرة التحصيلية.

ثانياً: الاهتمام بالتوجيه التربوي أي مساعدة الفرد بوسائل مختلفة، لكي يصل إلى أقصى ثمن له في مجال الدراسة.

ثالثاً: الاهتمام بالنواحي الصحية وذلك بفحص التلاميذ فحصاً شاملاً.

رابعاً: الاهتمام بالنواحي الاجتماعية، وذلك بتعاون المنزل والمدرسة.

خامساً: يجب الإقلال من عدد تلاميذ الفصول الضعيفة لحاجتهم إلى زيادة الجهد وبذل المعونة، والاهتمام الفردي بالتلميذ، ويجب اختيار أمهر المدرسين، ليقوموا بالتدريس في هذه الفصول.

سادساً: أن تعمل المدرسة على تهيئة الجو المدرسي الصالح.

سابعاً: الاهتمام بإعادة النظر في المناهج والعناية بطرق التدريس وإعداد المعلمين.

### 3- الهروب من المدرسة:

للهروب من المدرسة أسباب كثيرة منها ما يأتي:

- 1 عدم راحة التلميذ في المدرسة وعدم إشباعها لحاجاته وميوله وعدم انسجامه مع نشاطها وكرهه لها أو لبعض معلميها أو لمادة من المواد.
- 2 قد تكون الأسرة سبباً في هروب الطفل: فمثلاً قيمة المصروف الذي يأخذة الطفل ومقارنته مع مصروف تلميذ آخر معه في الصف، أو رداءة ملبيه أو عدم اهتمام أهل الطفل بذهابه إليها.
- 3 قد يهرب التلميذ مع جماعة من رفاقه ويذهبون إلى دور السينما أو إلى الشوارع للعب، أو يتخذ من رفاقه السوء وأوكارهم مأوى له.  
ولعلاج هذه الظاهرة يجب على المدرسة أن تهيء امكانياتها ومناهجها وطرق التدريس بها، كي تشجع وتشوق الأطفال وتحببهم فيها، بالإضافة إلى المعاملة الحسنة من المعلمين وتقديرهم ومحبتهم للطفلة.
- 4 الجنوح أو الجنوح: هي ظاهرة الجنوح تعبر عن نفسها في الميل المتطرف إلى العداوة والتخييب والانتقام والميل للتحدي وتعكير الجو واحادث الفتنة، وأخيراً الميل إلى الكذب والسرقة ومعارضة السلطة.

### الأسباب النفسية للجنوح

- 1- من الأسباب النفسية شعور الحدث بالخيبة الاجتماعية، وإحساسه بالإخفاق المتكرر في حاولات النجاح.
- 2- الضعف العقلي، وهذا يُعد من الأسباب الشائعة التي تدفع الحدث إلى الجنوح.

### الأسباب التربوية للجنوح

تأتي بعد ذلك الأسباب التربوية، وهذه لا يمكن فصلها عن تلك فصلاً تماماً، غير إنها ترجع في جملتها إلى خطأ في تربية الأولاد، وسوء فهم حاجاتهم واستعدادتهم، ومن أهم هذه الأسباب ما يلي:

- 1 عجز المدرسة عن اجتناب التلاميذ خوفها وتهيئة الجو المناسب لإشاعة السعادة في نفوسهم.
- 2 التغير في السلطة الضابطة وعدم ثباتها، وذلك كان يتزبد الآباء في معاملة أولادهم، يقسون عليهم حيناً، ويلينون حيناً آخر دون أن تكون هناك قواعد خُلُقية ثابتة يسيرون على هديها.
- 3 المبالغة في تقييد الحرية والتدخل المستمر في الشؤون الخاصة بالصغار.
- 4 شعور الحدث بمحاباة ذوي السلطة لغيره، وتفضيل ذلك الغير عليه، وكذلك الموازنة المؤدية إلى حرمانه من الإمكانيات التي يوقعها.
- 5 فشل البيت أو المدرسة أو المجتمع في إشباع حاجة الأطفال إلى الإطمئنان وحاجتهم إلى السلطة الضابطة وحاجتهم إلى التفيس عن الرغبات والدافع.

### **الأسباب الإجتماعية للجنوح**

أما الأسباب الاجتماعية فإنها لا تقل أهمية عن الأسباب النفسية والتربوية لأنها تقوم بدور العامل المساعد وتمثل الوقود المؤجج لنار المشكلة وهذه تتلخص في الآتي:

- 1 الحالة الاقتصادية لأسرة الحدث.
- 2 العلاقة الإنسانية التي تسود جو الأسرة.
- 3 التيارات الخارجية التي يعيش في خضمها الحدث.

### **طرق علاج الجنوح**

للمعالجة فتتوقف على دراسة المسببات وعلاجها وتقوية الثقة بالنفس لدى الحدث، فمن هنا أهمية العمل على:

- تحديد مستوى وقدرات الفرد في كل مادة كي لا يطلب من الشاب أو الطفل مجهد لا يتناسب وامكانياته يضعه أمام فتل جديد.
- خلق علاقات سليمة ومتينة.

- اعطاء المعلومات والاعمال المدرسية بتدرج.

### 3- الاضطرابات السلوكية:

#### 1- العدوانية:

ان الطفل العدواني هو الذي لم يستطع منذ البدء اختبار علاقات صميمة واحترام بينه وبين افراد عائلته، فالوسيلة الاساسية للاتصال كانت دوماً العنف، الكبت، الحرمان، عدم استقرار العلاقات الانسانية والامكنة، فهذا الطفل ينشأ على هذا المنحى من السلوك، إذ لم يعتد التعبير الكلامي الهادئ، أو الحوار الايجابي لحل المشاكل، وفي هذا الاطار لم يستطع الولد إيجاد صورة ايجابية عن نفسه تجعله يفتخر بذاته وبيئته بل يعيش مشاعر الذل والاذى والثورة على الحيط، وعلى من يمثل السلطة.

#### علاج العدوانية

- تشجيع التعبير الكلامي الصريح.
- انخراط الولد في مجموعات تربوية صغيرة.
- وضع اسس علاقية سليمة وواضحة لا تتأثر بالمشاكل أو المشادات العاطفية.
- اذا اضطر العقاب عليه أن يعطي بعداً ايجابياً للفرد وللمجموعة، ولا يكون عملية اذلال وتحطيم.

#### الكذب:

لا يعتبر الكذب عرضاً مرضياً إلا إذا تكرر وأصبح عادة للطفل، يعتبر الكذب مشكلة بعد سن السابعة عندما يكون الولد قد فهم القواعد الاجتماعية، وهو يتخذ أشكالاً مختلفة تخدم أغراضها مختلفة أيضاً، الواقع أنه لا يجب أن نطلق على الطفل تسمية الكذاب حتى لا نعزز هذا المفهوم لديه، كذلك يجب أن لا نتجاهل عنه بل إنه من الواجب أن نصحح له من دون أن نشعره بالعار، أما أشكال الكذب فهي:

- 1- الكذب الادعائي: هو يحدث عادة عندما يبالغ الطفل في وصف تجاربه الخاصة، فيجعل من نفسه بطلاً يتزعز الإعجاب، ويهدف هذا النوع إلى

إحداث السرور في نفس السامع، وبذلك يتحقق لدى الطفل إشباع حيله إلى السيطرة وتأكيد الذات.

2- الكذب الخيالي: يظهر هذا عند الأطفال نتيجة لقفزات خيالية في تصوراتهم، الواجب هو أن نكشف في الأطفال هذه القوة الخيالية ونوجهها وجهة صالحة.

3- الكذب الأناني: حيث يكذب الأطفال رغبة في تحقيق هدف شخصي، وعلاج هذا النوع يتحقق عن طريق توفير الثقة المفقودة بين الصغار والكبار، وجعل الطفل يعتقد أن هناك عطفاً عليه من الكبار يدفعهم دائماً لتحقيق العادل من مطالبه.

4- الكذب الإنقاذي: يحدث نتيجة للإنفعالات الحادة التي يتعرض لها الطفل، ويغلب هذا النوع عند الأطفال الذين يحسون بالغيرة والبغض وعدم المساواة في المعاملة، ويتركز علاجه حول بناء الثقة في النفس والعدالة في معاملة الأطفال.

5- الكذب الوقائي: يظهر عندما يكذب الطفل خوفاً مما يقع عليه من عقوبة.

6- كذب التقليد: هو الذي يكذب فيه الطفل تقليداً لمن حوله.

7- الكذب العنادي: هو الذي يحدث نتيجة للارتياح الذي يجده الطفل في تحدي السلطة، خاصةً عندما تكون هذه السلطة قليلة الحنون، وشديدة المراقبة في بيئته تتميز بالشدة والتعسف والقسوة.

## علاج الكذب

هناك أصولاً عامة يمكن أن يسترشد بها الآباء والمدرسوں هي:

1- لا بد من التقليل من الميل إلى علاج الكذب بالضرب أو السخرية.

2- لا بد من أن تتأكد من نوع الدافع للكذب.

3- يجب تشجيع مخيّلة الطفل عن طريق قراءة الشعر والقصة، ومن المهم أيضاً أن يتصف الكبار المحيطون بالطفل بالصدق، ويُظهروا إعجابهم واحترامهم للصادقين في أقوالهم وأفعالهم، فالطفل ميال إلى التقليد والمحاكاة لمن حوله.

- 4 لا بد من أن تتأكد مما إذا كان الكذب نادراً أو متكرراً.
- 5 ينبغي أن تُجنب الطفل الظروف التي تُغرى على الكذب وتشجع عليه.
- 6 يجب إشباع حاجات الطفل الرئيسية، مثل حاجاته إلى الأمان والإطمئنان، و حاجته إلى الثقة فيمن حوله.
- 7 يجب توفير أوجه النشاط والهوايات للأطفال، وإعطائهم فرصة التعبير عن ميولهم ومواهبهم والتنفيذ عن انفعالاتهم.

### 3- السرقة:

ان الأمانة أمر يكتسب ولا يورث وهي من خصائص الخلق التي يُعلق عليها المجتمع أهمية كبيرة، تعتبر السرقة مشكلة بعد سن السابعة عندما يكون الولد قد فهم القواعد الاجتماعية، فسرعان ما يتعلم الطفل بخبرته أن كثيراً من الأشياء محظوظ عليه، غير أن سبب التحرير وسبب التنتائج السيئة التي تلحقه لو أنه حصل على هذه المحرمات فاماً لا يدركه إلا قليلاً، ومن ثم كانت خشية السخط والخوف من العقاب في مطالع حياة الطفل هو العامل الوحيد الذي يردع صغار الأطفال عن السرقة.

والواقع أنه لا يجب أن نطلق على الطفل تسمية السارق، حتى لا نعزز هذا المفهوم لديه، كذلك يجب أن لا نتغاضى عنه بل إنه من الواجب أن نصحح له من دون أن نشعره بالعار، ولكن ينبغي أن يواجه الآباء الموقف بجلاء وصراحة ويُدربوا أنه إذا كان الطفل قد نما من الناحية العقلية والاجتماعية، فإن اعتدائه على أملاك غيره سوف يوصم باسم السرقة أمام الناس.

وليس أجدى في تحقيق الأمانة من احترام حقوق الطفل فيما يملك من أدوات، ومن تحويله حق التصرف، المشرع في ذلك ما استطعنا، ولا ينبغي أن نتصرف في شيء من ما يملكه دون رضاه وموافقته.

وينبغي بالطبع أن تشجعه إلى مشاطرة لعبه مع الآخرين من الأطفال، ويعتمد الأطفال على البيئة التي يعيشون فيها في تكوين مواقفهم الخلقي، فحيثما وجدنا في الآباء ميلاً إلى التعدي على حقوق الآخرين، وجدنا أبناءهم على هذا النحو ينشأون.

وكثيراً ما يبدأ مثل هذا السلوك، في البيت بأن يسطو الطفل على الطعام أو الحلوى، وإذا تيسّر عليه الحصول على الشيء في محاولته الأولى لأشباع رغبته فقد يلجأ إلى استخدام تلك الطريقة لسدّ كثير من حاجاته، ومن ثم ينمو فيه على مرّ الزمن ميلًّا إلى عدم الاهتمام بحقوق الآخرين فيما يملكون.

وقد تدفع الغيرة إلى السرقة من طرق غير مباشرة، وأهم ما ينبغي عمله لحل هذه المشكلات هو أن نقف على الغاية التي تتحققها السرقة في حياة الطفل الانفعالية، وأن نبذل ما استطعنا من جهد لعون الطفل على اشباع هذه الرغبة الانفعالية على وجه يرضاه هو ويقبله المجتمع، سواء أكانت السرقة مجرد وسيلة نحو غاية يعمل الطفل على تحقيقها أم كانت غاية في حد ذاتها.

وكذلك لا ينبغي تهويذ الذنب أو العمل على إخفائه حماية للطفل أو لسمعة أهله، وأنه ينبغي كذلك عدم إذلاله بل تشجيعه على مواجهة المشكلة في صراحة وجرأة ووضوح، مع التفهم والنصح والإرشاد. وعندما يكون الطفل في سن الروضة وما دون لا نقول له لقد سرقت، ولماذا سرقت؟ بل نقول له أعتقد أنك وضعت هذا الشيء في جيبك خطأ لأنك ليس لك، إنتبه في المرة الأخرى.

وأخيراً، تجدر الإشارة إلى أن البيئة تعتبر من أهم الأسباب التي تمهد للطفل سبيلاً الحياة الذي يسلكه، فإذا سلماً صالحاً، وإن مُعوجاً شاذًا أيضًا، فإن للتربية، وهي ما يلقن للطفل من نصائح وإرشادات، وما يتلقاه في بيئته من تجارب وتعاليم أثر واضح في تكوين نفسيته، وبالتالي في توجيهه إلى السواء أو الشذوذ والانحراف.

إن الكذب والسرقة في حالة الجنح: عملية واعية ومحظوظ لها، لا يشعر الولد بعدها بالذنب بل يلوم محبيه الذي حرمه أشياء كثيرة، فهنا أهمية العلاج النفسي التربوي الاجتماعي.

## **الغيرة:**

تسبب الغيرة في مقتبل العمر كثيراً من أشكال الصراع الخفية، وهي أمر كبير الخطورة من الناحية الاجتماعية، إذ إنها لا تثير في الطفل الغضب والحنق والشعور بالقصور فحسب، بل إنها تؤثر في مستقبل الحياة أثراً مقيماً يدفع إلى دوام الخلاف بين الفرد وبنته، ونعني بالغيرة ذلك الشعور الكريه الذي يتبع عن أي اعتراض أو محاولة، لآحباط ما نبذله من جهد للحصول على شيء مرغوب، والغيرة بين السنة الأولى والخامسة من العمر إنفعال سوي شائع بين كثير من الأطفال غير أنه كثيراً ما يتطرف هذا الإنفعال ويطغى على الشخصية طغياناً يؤدي إلى عسر شديد في توافق الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه.

وليس هناك من هو أكثر شقاءً من الطفل الغيور فقد ظن أنه أخفق في الحصول على الوقت وارعاية والعطف من شخص هو مولع به ولعاً كبيراً، وهذا النوع من الإخفاق حقيقياً كان أم غير حقيقي يحط من عزة النفس، فإذا بالصغير يستشعر بالقصور، ويظن نفسه أنه عاجزاً عن مواجهة أي موقف يتطلب جانباً من الثقة بالنفس، فإذا به يتخطى في بحثه عن طريقة يجمع بها شمل نفسه، فيتراجع متقهراً عن المعركة التي قامت عليها الغيرة ومن ثم يصبح خجولاً هياباً أو غضوباً ثائراً، ومن الراجح أنه لا يدرى علة ضيقه، والغيرة أساس لمعظم السلوك الذي يتسم بالغرابة والشذوذ، فالطفل الغيور لا يستقر على حالي، يختزن أحزانه وينبذ الغ فيها، حتى يؤدي به شعوره إلى الظن بأن الدنيا بأجمعها تعمل ضده، فيكون مصدرأً لنكد أهله وينبوعاً لخطر كامن مقيم، لأن الغضب والحنق الذي ينبعث من الغيرة قلما يكون قصير الأمد، هذا إلى ما هناك من خطر في إغفال بعض العوامل الأساسية في هذه المشكلة الإنفعالية.



## **الفصل الثاني**

# **الإعاقة العقلية والحركية**



## **الفصل الثاني**

### **الإعاقة العقلية والحركية**

#### **تعريف الإعاقة العقلية**

أن تعريف الإعاقة العقلية مر بمراحل عديدة، وسوف يظل في حالة تطور مستمر، وذلك لتأثيره بنظرة المجتمع واتجاهاته نحو هذه الظاهرة، ويمكن تقسيم تعريف الإعاقة العقلية كالتالي:

##### **1- التعريف الطبي (Definition Medical):**

تحدث الإعاقة العقلية بسبب عدم اكتمال عمر الدماغ عند الفرد، وذلك لاصابة المراكز العصبية قبل أو بعد الولادة.

##### **2- التعريف السيكومترى (Psychometric Definition):**

اعتمد التعريف السيكومترى على نسبة الذكاء (Q)، كمحك في تعريف الإعاقة العقلية، وقد اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 75 درجة معايير عقلية، على منحنى التوزيع الطبيعي.

##### **3- التعريف الاجتماعي (Social Definition):**

يركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه، بارزة مع نظرائه من الجموعة العمرية نفسها، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه.

##### **4- تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية**

The American Association on Mental Retardaion

تمثل الإعاقة العقلية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن (18 سنة)، وتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (75 + 5)، يصاحبها قصور

واضح في إثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي، مثل مهارات الحياة اليومية، المهارات الاجتماعية، المهارات اللغوية، المهارات الأكادémية الأساسية، مهارات التعامل بالتقود، مهارات السلامة.

## أسباب الإعاقة العقلية

أن معظم أسباب الإعاقة العقلية غير معروفة حتى الآن، إذ تشير المراجع في هذا المجال إلى اكتشاف 25٪ من أسباب الإعاقة العقلية وأن 75٪ من هذه الأسباب هي غير معروفة حتى الآن، وللإعاقة العقلية أسباب كثيرة يصعب الفصل بينها، ويمكن تصنيفها إلى الآتي:

### أ- أسباب وراثية (Hereditary):

- 1- قد تنتقل الإعاقة العقلية عن طريق الجينات بنفس الطريقة التي تنتقل بها الخصائص الجسمية والنفسية، كالطول والقصر والنحافة والسمة ولون الجلد.
- 2- قد تحدث الإعاقة العقلية للطفل بسبب انتقال خصائص وراثية شاذة من الآباء تؤدي إلى اضطراب في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم، تؤدي بدورها إلى تلف في أنسجة الجهاز العصبي والمخ، وقد يكون هذا الشذوذ في الكروموسومات أو في الجينات التي تحملها الكروموسومات، وبذلك فإن أي خطأ في الكروموسومات أو في سلامة عملها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية (Biochemical) يسبب تلفاً في خلايا المخ أو الجهاز العصبي.

ومن هذه الأخطاء التي قد تحدث:

- أ- زيادة كروموسوم في الخلية .
  - ب- نقص كروموسوم أو جزء منه.
- ج- انتقال كروموسوم أو جزء منه إلى كروموسوم آخر ليس نظيراً له، وتحدث هذه الحالة عادة في الكروموسوم رقم 15 الذي يتنتقل هو أو جزء منه إلى

الكروموسوم رقم 21 ، وفيما يلي بعض الأمثلة التي يتضح فيها شذوذ الكروموسومات، والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية:

- متلازمة داون Syndrome Down
- متلازمة تيرنر Syndrome Turner,s
- متلازمة كلينفلتر Klinefelter,s Syndrome
- ثلاثي د ( D Trisomy ) .
- ثلاثي هـ ( E Trisomy ) .

أما أمثلة شذوذ الجينات والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية تتضح فيما يلي:

- ضمور الغدة الثيموسية ( Thymus gland ) .
- حالة الجلاكتوسيميا ( Galactosemia ) .
- مرض تاي ساك ( Tay – sach,s disease ) .
- اضطرابات الغدد الصماء.
- حالة الفينيل كيتون يوريا ( Phenyl keton urea ) .
- نقص في وظيفة الغدة الدرقية ( Hypothyrodism ) .
- التشوهات الخلقية ( Congenital anomalies ) .

مثل صغر حجم الجمجمة ( Microcephaly ) والاستسقاء الدماغي

( Hydrocephalus ) والعامل الرايزيسى ( Rhesus factor ) .

ت-أسباب بيئية ( Environmental ) :

ث-كما يتعرض الطفل لكثير من العوامل التي تؤثر على جهازه العصبي، كما تؤثر على أنسجة منه، والتي تؤدي في النهاية إلى الإعاقة العقلية، وتنقسم الأسباب البيئية إلى ثلاثة أقسام:

1- أسباب قبل الولادة ( Prenatal ) :

هي الالتهابات الفيروسية والبكتيرية، مثل الجدري والتهاب الكبد الوبائي والحمبة الألمانية والزهري:

- تعرض الجنين أو الأم الحامل للإشعاعات.
- استخدام الأدوية والعقاقير الطبية أثناء فترة الحمل.
- إدمان المخدرات والكحوليات والتدخين.
- سوء تغذية الأم الحامل.
- صغر سن الأم وكبر سن الأم.

### 3- أسباب أثناء الولادة (Natal) :

- إطالة فترة الولادة أو ضعف صحة الأم أو كبر حجم الجنين أو تضخم رأس الجنين أو نتيجة وضع الجنين في الرحم، بطريقة غير طبيعية أو تأثير العقاقير أثناء الولادة.
- الوضع غير الطبيعي للمشيمة.

### 4- استخدام جفت الولادة (Delivery forceps) .

- انفجار الجيب الأمامي (ماء الرأس) مبكراً يؤدي إلى ما يسمى بالولادة الجافة..
- الولادة السريعة والتي بها طلق سريع.

### 4- أسباب بعد الولادة (Post natal) .

- التهاب أنسجة المخ.
- التهاب أغشية المخ السحاچية.
- شلل المخ.
- إصابة المخ بالحوادث مثل السقوط من مرتفعت أو الاصطدام بجسم صلب.
- انخفاض في أداء الغدة الدرقية.
- نقص أو سوء التغذية.
- أسباب اجتماعية.
- أسباب مرضية

## **تصنيف الإعاقة العقلية**

تصنف الإعاقة العقلية إلى عدة تصنیفات مثل:

### **1-التصنيف الطبي ( Medical Classification )**

يقوم التصنيف الطبي على أساس تصنیف حالات الإعاقة العقلية، وفقاً لأسبابها وخصائصها الإكلینيكية المميزة، ويتضمن هذا التصنيف مسميات مثل:

- متلازمة داون ( Down Syndrome ) .
- الاستسقاء الدماغي ( Hydrocephalus ) .
- صغر حجم الدماغ ( Microcephaly ) .
- كبر حجم الدماغ ( Macrocephaly ) .
- الفينيل كيتون يوريا ( Phenyl keton urea ) .
- القماء أو القصاع ( Critinism ) .

### **2-التصنيف التربوي ( Educational Classification )**

يهدف التصنيف التربوي إلى وضع الأفراد المعاقين عقلياً في فئات تبعاً للقدرة على التعلم، وذلك من أجل تحديد أنواع البرامج التربوية الالازمة لمؤلاء الأفراد، ويتضمن هذا التصنيف ثلاثة فئات هي:

- فئة القابلين للتعلم ( Educable Mentally Retarded ) .
  - فئة القابلين للتدریب ( Trainable Mentally Retarded ) .
  - فئة الاعتماديون ( Severly and profoundly Handicapped ) .
- 4- **تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية ( System AAMD )**

يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية من أكثر التصنیفات قبولاً بين المختصين في هذا المجال، ويتضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية الفئات التالية:

- الإعاقة العقلية البسيطة ( Mild Retardation ) .
- الإعاقة العقلية المتوسطة ( Moderate Retardation ) .
- الإعاقة العقلية الشديدة ( Severe Retardation ) .
- الإعاقة العقلية الشديدة جداً ( Profound Retardation ) .

### **تشخيص الإعاقة العقلية**

أن الهدف الأساسي من عملية تشخيص الإعاقة العقلية هو تقديم الرعاية المتكاملة والشاملة، وفي الوقت المناسب، لذا يجب أن يتم التشخيص من خلال الأبعاد التالية:

- 1- بعد الطبي (التاريخ الوراثي، المظهر الجسمي والحركي، العوامل المسببة، الفحوصات المخبرية) .
- 2- بعد السيكومترى (مقاييس القدرة العقلية، مثل مقياس ستانفورد بينيه للذكاء ومقاييس وكسلر للذكاء) .
- 3- بعد الاجتماعي (مقاييس السلوك التكيفي، مثل مقياس الجمعية الأمريكية ABS، AAMR) .
- 4- بعد التربوي (مقاييس التحصيل التربوي، مثل مقاييس المهارات اللغوية، العددية، القراءة، الكتابة،...الخ) .

### **خصائص الإعاقة العقلية**

يتشبه المعاقون عقلياً في صفة واحدة، وهي الإعاقة وينتّلون في كافة المظاهر، يمكن حصر الخصائص العامة للمعاقين عقلياً في خمسة جوانب كما يلي :

- 1- **الخصائص الجسمية:** تأخر في النمو الجسمي، صغّر الحجم ويكونوا أقل وزناً من أقرانهم ويعانون من تشوهات جسمية، وتتأخر في الحركة و الاتزان .
- 2- **الخصائص العقلية:** يتمتعون بذكاء أقل وتأخر النمو اللغوي مع الضعف في الذاكرة، الانتباه، الإدراك، التخيّل، التفكير، الفهم والتركيز.

-3 الخصائص الاجتماعية: يعانون غالباً من ضعف في التكيف الاجتماعي، نقص في الميول والاهتمامات، عدم تحمل المسؤولية الانعزالية، العدوانية مع تدني مفهوم الذات.

-4 الخصائص العاطفية والانفعالية: هي عدم الاتزان الانفعالي، عدم الاستقرار وكثرة الحركة، سرعة التأثير أحياناً، وبطء التأثير أحياناً أخرى، مع ردود الفعل أقرب ما تكون إلى المستوى البدائي.

### **بعض نظريات التعلم في تفسير الإعاقة العقلية للإفراد القابلين للتعلم**

#### **1- النظريات السلوكية:**

تفسر النظريات السلوكية الإعاقة العقلية على أنها نقص في الخبرة والتحصيل لدى المعاقين عقلياً، والسلوك يكون محدوداً بالنسبة لهم، وهذا التفسير مختلف عن تفسيرات النظريات الأخرى، اذ توظف هذه النظرية في ميدان الإعاقة الفكرية، على أساس زيادة الفرص التي يمكن أن تؤدي إلى زيادة أخجاز المعاك فكريأ، أو زيادة تعلمه، وذلك عن طريق التحكم أو التغيير في الظروف البيئية.

وهنالك خطوات وضعتها هذه النظرية سميت بخطوات "التعلم الإجرائي" يمكن أتباعها من قبل المربيين أو المعلمين لذوي الإعاقة العقلية، وهي:

- 1- إيجاد عدد من الدلائل التي يمكن أن تؤدي إلى الاستجابة المرغوب فيها.
- 2- تحديد نوع الترابط الذي نريده، والذي يمكن أن يؤثر في الاستجابة المرغوب فيها.
- 3- التعزيز الايجابي قد يكون مناسباً في معظم حالات تعديل السلوك، ويكون بمحض.
- 4- تعزيز أثنيات السلوك البسيطة الناجحة مباشرة، مع عدم ترك التعزيز لوقت آخر.
- 5- تحديد النشاطات التي يرغب فيها المعاك، والتي يمكن أن تصلح فيما بعد، كمعززات للسلوك.

6- تخفيف تقديم التعزيزات للطفل المعاك فكريأ تدريجياً، حتى يصبح التعزيز فيما بعد داخليأ، أما أساليب تعديل السلوك في ضوء النظريات السلوكية، فهي كالأتي:

1- استخدام عملية تشكيل السلوك Shapping: وهذا يعني تعزيز المعاق كلما اقترب من السلوك النهائي المرغوب فيه.

2- التسلسل: Channing يعنى انه كلما قام المعاق بإعطاء مجموعة محدودة من الاستجابات تشكل تعلمًا لمهمة ما تقوم بتعزيز المعاق على هذا الأداء.

3- استخدام نموذج (النماذج) Modeling: هو تقليد المعاق لمهمة عرضت أمامه حتى يتمكن من تقليدها، وقد أثبتت الدراسات التي أشارت إلى التقليد أنه من أفضل الأساليب التي يمكن استخدامها في تعديل السلوك أو التعليم.

## 2- النظريات المعرفية "بياجيه":

ترى النظريات المعرفية إن المعاقين عقلياً يظهرون صعوبة في التعبير عن أفكارهم لغوياً، مقارنة مع أقرانهم العاديين، لذلك فإن المعلم يجب أن يتتأكد من أن المعاق عقلياً قد فهم ما مطلوب منه من أسئلة أو تعليمات وتوجيهات في الصدف، كما يجب أن تكون طريقة تدرسيه وتعلمه، تتناسب مع قدرة التلميذ المعاق على الفهم والاستيعاب، كما يجب توفير النشاطات التعليمية، بشكل يتناسب مع الاستعدادات والقدرات لدى المعاق عقلياً ونموه الجسمي... الخ.

ومن أساليب تطبيق مفاهيم النظرية المعرفية مع المعاقين عقلياً هي:

1- لا ضرورة لتعزيز المبالغ فيه، وإنما بحسب ما يتناسب مع قدراته الجسمية والعقلية.

2- قياس وتقويم مستوى الاستعداد لدى المعاق عقلياً عند تعلم المهارة.

3- تزويد المعاق بالمواد التي تعمل على تطوير المفاهيم المناسبة، لكل مرحلة من مراحل النمو العقلي.

4- الحرص على التفاعل الاجتماعي، لما له دور مهم في عملية النمو، وتكوين المفاهيم وعمليات التمثيل والموافقة والتنظيم والتوازن.

5- التمهل وعدم التعجل في تعليم المعاق عقلياً في مرحلة معينة بل تعطيه الوقت الكافي لذلك، وهذا ما يتطلبه المعاقين فكريأً.

## 5- نظرية التعلم الاجتماعي الملاحظة، التقليد، المحاكاة، النمذجة:

تؤكد هذه النظرية على دور وأهمية السياق الاجتماعي لسلوك الفرد، ففي المدرسة نجد أن أخصائي التعلم الاجتماعي يؤكد على التفاعل ما بين المتعلمين أنفسهم، وما بين معلميهم أكثر من الاهتمام بسياسة التدريب أو التعليم، وترى هذه النظرية بأن الفرد لديه دافع فطري طبيعي للقيام بسلوك الإقدام وسلوك الإحجام، وهما يتاثران بعاملين العمر والدافعية، فهو يقترب من السلوك الذي يسره، ويحجم عن ما يؤذيه.

ومن أساليب تطبيق مفاهيم نظرية التعلم الاجتماعي طريق الملاحظة والتقليد والنمذجة، كما يأتي:

- 1- يمكن أن يشاهد المعايير ويتعلم من النماذج الرمزية غير الحية (تعليمات لفظية، كتابية، صور،....الخ)، والنماذج التمثيلية وأفلام الكارتون. أن تكون التوقعات تجاه المعايير واقعية، بحيث لا تتوقع الفشل أو الإهمال من قبله، حتى لا تؤثر على فاعليته وتؤدي إلى رسم أهداف تافهة.
- 2- العمل على اختيار المهام المطلوبة من المعايير فكريًا بعناية تامة، مع الاستعانة بالوسائل التعليمية لزيادة نجاحه في أدائه.
- 3- رسم المهام والظروف أمام المعايير فكريًا بنوع من التفاؤل مع توفير فرص، لزيادة إمكانية نجاحه في أدائه، والعمل على مساعدته دون الوقوف الموقف المعايد عند فشله.
- 4- التقط مثال السلوك التجني الذي يقوم به المعايير عقلياً، والعمل على تعديله وفق أساليب تعديل السلوك المختلفة.
- 5- مراقبة المعايير حتى يمكن أن تميز كيف يفكرون أن يتعلموا الكثير عن طريق المحاكاة والتقليد للنموذج، خاصة إذا كانت الاستجابة جديدة أو السلوك المراد أداءه جديداً، فالمعايير عندما يرى نموذجاً معيناً من السلوك فإنه يقوم بتقليله، وهذا التقليل بمثابة تعزيز للسلوك.
- 6- يتأثر المعايير في تقليد النموذج في عامل الجنس ونوعه، ونتائج السلوك المقلد.

- 7- يترك النموذج المقلد على المعاك أثر السلوك المتعلم كأثر النمذجة، وأثر الكف، وأثر استجراري.
- 8- يمكن أن يشاهد المعاك ويتعلم من النماذج الحية (الآباء، المعلمين، الأقران، الأقارب).
- 9- يمكنه تقليد نماذج السلوك الاجتماعي المثالى بالمجتمع، والبيت، لذا يجب أن يكون الآباء والمعلمين قدوة بالسلوك الحسن أمامه.

## **الإعاقة الحركية**

### **أولاً: التطور التاريخي لتربية وتأهيل الأشخاص المعاقين حركياً:**

لقد وجدت الإعاقة من حيث وجود الإنسان والأسباب المؤدية إليها، ولكن رعايتها لم تكن موجودة، ولم تكن موجودة الخدمات التربوية لتفوي باحتياجات الأفراد غير العاديين، وأدت التطورات السريعة في الفلسفات الاجتماعية، وفي نظريات التعلم وفي المجالات التكنولوجية إلى ثورة مستمرة جعلت العمل في مجال التربية الخاصة فيه من الإثارة بقدر ما به من صعوبة، وقد عرف الإنسان الإعاقة الحركية منذ أكثر من خمسة آلاف سنة، فشلل الأطفال عرفه الإنسان منذ أكثر من خمسة آلاف سنة، إلا أنَّ أول وصف عيادي له ظهر عام 1789 م.

وأول حملة واسعة لنطاق التطعيم بلقاح السالك نفذت عام 1954 م، وبعد أن كان شلل الأطفال أكثر أسباب الإعاقة الحركية شيوعاً في عقد الأربعينات فقد تم القضاء عليه في بعض دول العالم عام 1966 م.

وفي القرن العشرين كان هناك شعور عام في الأوساط الطبية بعدم الكفاية وفعالية أساليب العلاج الطبي التقليدي، ولذلك انبثقت البرامج التربوية والتدريلية نتيجة القناعة بأن الجراحة والرعاية الجسمية لا تكفيان، وقد تطورت البرامج التربوية والتأهيلية لخدمة الأفراد المعاقين جسماً، الذين كانوا يمكثون في المستشفيات لفترات طويلة ليست إصابتهم بأمراض مثل شلل الأطفال والسل.

وبعد ذلك أصبح هناك إحساس تدريجياً بحاجة ذوي الإعاقات الحركية الشديدة إلى البرامج التربوية الخاصة، وهكذا كان الأشخاص ذوي الإعاقات الحركية الشديدة يكثون في المستشفى أو البيوت، وقد تغيرت الصورة تدريجياً مع بداية القرن العشرين حين بدأت بعض الدول بإنشاء صفوف خاصة للمعاقين حركياً في المدارس العادية.

وكانت نماذج التعليم متعددة، وتشمل التعليم في المنزل والمستشفى أو الصنوف، وأنشأت بعض الدول مدارس خاصة للأطفال المعاقين، وهذه المدارس مكيفة من حيث المدخل والأبواب والحمامات لتسمح للطلبة بالتحرك والتنقل دون حواجز.

وكان القانون العام، المعروف باسم (التربية لكل الأطفال المعاقين) الذي تبنته الأمم المتحدة من أهم القوانين التي نادت بالرعاية والتعليم والتشغيل للمعاقين، كما نادت الأمم المتحدة بأن يكون عام 1981م عانياً دولياً للمعاقين بقصد لفت أنظار العالم، ودوله إلى مشكلة المعاقين والذين يبلغ تعدادهم (450 مليون) معمقاً.

لقد هدفت من وراء ذلك إلى مساعدة المعاقين على التكيف النفسي والحسي على المجتمع والتشجيع على تقديم المساعدة والرعاية والتدريب والإرشاد إلى المعوقين، وإتاحة فرص العمل المناسب لهم وتأمين دمجهم الشامل في المجتمع وهذا بالإضافة إلى تنظيف الجهد، وتوسيع حقوق المعوقين في المشاركة في مختلف نواحي الحياة الاقتصادية، والاجتماعية والسياسية والإسهام فيها.

### **ثانياً: تعريف الإعاقة الحركية:**

1- تعريف ذو الإعاقة الحركية بصفة عامة هو الشخص الذي لديه سبب يعوق حركته، وكما جاء بأحد التعريف أن المعاق هو الذي لديه سبب عائق لحركته أو يعوقها، نتيجة لفقدان أو خلل أو عاهة في العضلات أو العظام تؤثر في قدرته على التعلم وعلى أن يعول نفسه

2- تعريف آخر: الأشخاص ذو الإعاقة جسدياً، هم أولئك الأشخاص الذين يعانون من حالة عجز عظمية أو عضلية أو عصبية أو حالة مرضية مزمنة، تحد

من قدرتهم على استخدام أجسامهم بشكل طبيعي، مما يؤثر سلباً على إمكانية مشاركتهم في واحدة أو أكثر من النشاطات الحياتية.

3- من التعريفين السابقين نستطيع أن نخرج بتعريف لذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، بأنها تمثل حالات الأفراد الذين يعانون من خلل في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي، بحيث يؤثر ذلك الخلل لدى بعضهم على مظاهر نوهم العقلي والاجتماعي والانفعالي، مما يستدعي الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة.

### ثالثاً: تصنيف الإعاقة الحركية:

يمكن تصنيف الإعاقة الحركية التي تحدث عند الكائن الحي بشكل عام إلى مشكلات ترجع في العادة إلى فترة الحمل، وهي ما يتعرض له الإنسان في بداية تكوينه، وأثناء وجوده في رحم أمّه أو أثناء عملية الولادة أو نتيجة أخطاء تقع من قبل الطبيب أو من يقوم مقامه مثل نقص الأوكسجين، أو استخدام خاطئ لبعض الأدوات الخاصة بعملية الولادة، وعدد قليل نسبياً يرجع إلى صعوبات محددة تحدث بعد الولادة، مثل الحوادث التي يتعرض لها الإنسان، ومثل هذه الإعاقات التي تحدث هي:

1. الشلل المحي.
2. الشلل المنفرد.
3. شلل جانب واحد.
4. الشلل الثلاثي.
5. الشلل النصفي السفلي.
6. الشلل المزدوج (الرباعي).
7. شلل الجانبين.

وكما أن هناك حالات أخرى من الإعاقات الحركية، مثل:

1. إصابات المخبل الشوكي.
2. الوهن العضلي.
3. العمود الفقري المشقوق.

4. إصابات الرأس.
5. التصلب المتعدد.

6. الخناءات العمود الفقري.
7. الروماتيزم.

8. حالات أخرى، مثل:

- أ. البت: هو فقدان طرف واحد أو أكثر جزئياً أو كلياً.
- ب. التقوس المفصلي العضلي المتعدد.
- ج. الضمور العضلي الشوكي.
- د. تشوهات الركبة.

#### **رابعاً: خصائص المعاقين حركياً:**

حيث تعدد مظاهر الإعاقة الحركية كما تختلف درجة كل مظهر من مظاهرها، وقد يكون ذلك التعدد في النوع مبرراً كافياً لصعوبة الحديث عن خصائص السلوكية للمعاقين حركياً، إذ تختلف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية عن المظاهر الأخرى، وعلى سبيل المثال؛ قد نجد الخصائص السلوكية للأطفال ذوي الشلل الدماغي متمايزة عن خصائص السلوكية للأطفال المصابين بالصرع، وهكذا.

وعلى ذلك يصعب على الدراس لموضوع خصائص السلوكية أن يجد خصائص سلوكية عامة للمعاقين حركياً، ولذلك سنشير هنا إلى بعض خصائص السلوكية العامة، كالتحصيل الأكاديمي وإلى السمات الشخصية العامة بالنسبة لبعض مظاهر الإعاقة الحركية، أما بالنسبة للخصائص السلوكية الشخصية للمعاقين حركياً فتختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية ودرجتها، وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمحاذيف الآخرين وردود فعلهم، نحو مظاهر الاضطرابات السلوكية الشخصية، بمحاذيف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية.

## **خامساً: أسباب الإعاقة الحركية:**

تنوع أسباب الإعاقة الحركية لتنوع الإعاقات ذاتها، وبوجه عام فالإعاقة الحركية تتعدد أسبابها، فمنها:

### **1- مرحلة ما قبل الحمل:**

لاشك أن العوامل الوراثية تحدد قدرأً كبيراً من طبيعة العمليات النمائية للجنين والطفل الرضيع حديث الولادة، ومن المعروف أن المكونات الجينية للجنين مركبة من نواة الخلايا في تركيب يطلق عليه الكروموسومات، ويحمل كل كروموسوم عدداً من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية، والتي تعرف بالموروثات.

ت تكون الخلية الأولى للجنين من ست وأربعين كروموسوم تنظم في ثلاثة وعشرين زوجاً، اثنان وعشرون زوجاً من هذه الكروموسومات متشابهة تماماً، ويطلق عليها (الصفات العاديّة)، في حين يحدد الزوج الباقى جنس الجنين ويطلق عليه كروموسوم الجنس.

### **2- مرحلة ما بعد الحمل:**

بعد حدوث الحمل يكون الاهتمام في هذه المرحلة مركزاً حول ناحيتين هامتين:  
الناحية الأولى: هي توفير الحالة الصحية السليمة للجنين.  
الناحية الثانية: هي وقاية الجنين من التعرض لأي تأثيرات على ذلك حالات أمراض الأم، ومنها:

1- المرض الكلوي المزمن.

2- السكري.

3- حالة تسمم الحمل.

4- عامل (- RH) (العامل الرايزيسى).

5- سوء التغذية.

## **سادساً: الوقاية من الإعاقة الحركية:**

- 1- توفير المعلومات الكافية حول الإرشاد المهني من حيث أهدافه وأساليبه والجهات التي تقوم به في المجتمع المحلي بالنسبة للأسر التي أثبتت معوقين في الماضي.
- 2- تحليل دم كل من الزوجين، والتأكد من أن دم الأم لا يحمل العامل الرايسيسي (- RH)، وإذا حدث وثبت أن الأم تحمل هذا العامل فمن الواجب حقنها بالحقنة المضادة بإشراف الطبيب.
- 3- التأكد من التاريخ الاجتماعي لسلامة كلا الزوجين وخلوه من حالات الإعاقة الحركية قبل أن يقرر الإنجاب.
- 4- الامتناع عن الإجهاض المفتعل باستعمال الأدوية والطرائق الشعبية.
- 5- يفضل تلقيح الأم ضد مرض الخصبة الألمانية، بفترة شهرين قبل الحمل على الأقل.
- 6- الامتناع عن الإدمان على التدخين أو الكحول كلياً.
- 7- على الأم الحامل أن تتجنب أشعة اكس خلال فترة الحمل، إذ قد يترب على ذلك إعاقة الجنين.
- 8- تجنب تناول الأدوية مهما كانت الظروف إلا بأمر وإشراف الطبيب.
- 9- على الأم فحص الدم عند بداية الحمل، وفي الأشهر الثلاث الأخيرة منه لتجنب ضغط الدم ومعرفة فئة الدم.
- 10- إجراء الفحص الطبي الدوري للأطفال، فالمتابعة الصحية قد تحول دون حدوث حالات إعاقة محتملة، والفلسفة البناء هي أن لا يتم الانتظار إلى أن تحدث المشكلات أو تتفاقم أو تستفحّل.

## **سابعاً: أنواع البرامج التربوية للمعاقين حركياً:**

### **1- مراكز الإقامة الكاملة:**

تكون هذه المراكز في الغالب ملحقة بالعيادات الطبية أو المستشفيات، وتصلح هذه المراكز للأطفال المصابين بالشلل الدماغي واضطرابات العمود الفقري ووهن العضلات، وهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى الرعاية الصحية، لذا فإن هذه المراكز في العادة تلحق بالعيادات الطبية والمستشفيات، إذ إن مثل هؤلاء الأطفال يحتاجون باستمرار إلى إشراف كامل من قبل الأطباء أو الممرضين ذوي الاختصاص.

### **2- برامج الدمج الأكاديمي:**

هذا النوع من البرامج يتناسب مع ذوي الشلل الدماغي البسيط أو مرض السكري أو الربو أو التهاب المفاصل، حيث يكون للطلبة فصول خاصة بهم في المدارس العادية أو في فصول عادية تربطه تنظيم البيئة المدرسية لتناسب مع الظروف الصحية التي يوجد فيها هؤلاء الطلبة أي مع إعاقاتهم.

### **3- مراكز التربية النهارية:**

هذه المراكز تتناسب في العادة مع ذوي الإعاقات العقلية الناجمة عن الشلل الدماغي، إذ إن الأطفال يجب أن يتلقوا في هذه المراكز النهارية برامج علاجية بالإضافة إلى البرامج التعليمية كالعلاج الطبيعي، ويجب أن تتناسب هذه البرامج ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي ودرجة الإعاقة العقلية، كما يجب القيام ببرامج التأهيل المهني لجميع حالات ذوي الإعاقات الحركية.

## **ثامناً: تعليم المناهج للأطفال المشمولين دماغياً وذوي الإعاقات الحركية الأخرى:**

### **أولاً: الخصائص العامة للمناهج المناسبة:**

يجب أن يكون المنهج وظيفياً، فيركز على المهارات الضرورية للطفل لكي يتكيف في مجتمعه، والعيش باستقلالية بمعنى آخر، يجب أن تكون المهارات وظيفية، فيتعلمها للطفل بناءً على عمره الزمني وليس عمر الطفل فقط، خصوصاً في حالة الطفل الذي

يعاني من إعاقة شديدة، فالمナهج التقليدية تستند إلى ما هو معروف عن مظاهر النحو السوي، ولكن الفروق بين المعوق وغير المعوق تزداد وتتضخم أكثر مع تقدم السن بمعنى آخر، فكلما تقدم عمر الطفل المعوق المستند إلى النمو الطبيعي ومراحله، فلا يكون وظيفياً ومفيداً مع تقدم العمر.

وعند تحديد المهارات نراعي القضايا الأساسية الآتية:

1. يجب تقديم الخدمات التربوية بشكل متواصل لا بشكل متقطع، ويجب الاهتمام بالأهداف الطويلة الأمد وليس قصيرة الأمد.
2. يجب التركيز على استخدام المواد الطبيعية في التدريس، فاستخدام المواد الاصطناعية، لا يساعد الطفل على اكتساب المهارات العلمية.
3. إن مساعدة الطفل على العيش المستقل والمنتج في مجتمعه الكبير، يتطلب دمجه مع الأطفال غير المعوقين بشكل متواصل وكامل.
4. يجب عدم التركيز على تعليم الطفل المهارات التي لن يستخدمها في المستقبل.
5. إذا كان هدفنا في التربية الخاصة هو مساعدة الطفل على اكتساب المهارات الضرورية للأداء المستقل فإن علينا تحديد تلك المهارات، وتدريسيها.

### **ثانياً: الأهداف العامة للمناهج:**

تتصل هذه الأهداف في المقام الأول بتنمية الفردية بنواحي النمو المختلفة؛ الحركية، العضلية، الاجتماعية والانفعالية، وتعتمد الأهداف على طبيعة إعاقة الطفل وعمره وقدراته العقلية والإعاقات الأخرى الموجودة لديه.

وقبل تعليم الأطفال يجب أن ينصب الاهتمام على الجوانب الآتية:

#### **1- المهارات الحركية:**

لما كانت القدرات الحركية ضرورية لتأدية النشاطات الحياتية، اليومية فإن الجزء الحركي، قد يؤثر على المظاهر النمائية المختلفة، فالشلل الدماغي يعمل على كبح النضج العصبي، لذا لا تختفي الانعكاسات الحركية الأولى، ولا تظهر ردود الفعل الوضعية والحركية الأكثر تطوراً.

## 2- المهارات الاجتماعية:

كثيراً ما يعاني الأطفال المعوقون حركياً من صعوبات اجتماعية من نوع آخر، وتتصل هذه الصعوبات في العادة بردود فعل الطفل لإعاقته واستراتيجيات التفاعل والتعايش التي يلجأ إليها من جهة، وردود فعل الآخرين، واتجاهاتهم وتوقعاتهم من جهة أخرى، لذا يجب أن تؤكد المناهج على تطوير المناهج النمائية الاجتماعية، وهذا يتم تحقيقه بأساليب متنوعة أهمها الدمج.

## 3- المهارات المهنية:

يتطلب إعداد الشخص المعوق حركياً لتحمل المسؤولية والعيش المستقل تحضير وتنفيذ برامج التدريب المهني المناسب، ليس بعد سن الدراسة فقط؛ بل في أثنائها أيضاً، ويشمل التدريب المهني التعريف بعالم العمل والمهن ومتطلبات واكتساب الأنماط السلوكية المهنية.

## 4- مهارات العناية بالذات:

تبؤ مهارات العناية بالذات مكانة مهمة في تربية الأطفال المعوقين حركياً، ذلك أنها ضرورية للاستقلال الذاتي، فهو لاء الأطفال، خصوصاً ذوي الإعاقات الشديدة، لديهم حاجات كبيرة، فيما يتعلق بتناول الطعام والشراب والتدريب على استخدام الحمام والنظافة الشخصية وارتداء الملابس.

وهناك عدة أساليب لمعالجة المشكلات المتعلقة بتناول الطعام والشراب، ومن هذه الأساليب وضع الطفل بحيث ينخفض مستوى التوتر العضلي لديه أو تقل الحركات اللاإرادية، وهذه العملية تعتمد على حالات الطفل، وبشكل عام يجب أن يبقى رأس الطفل منتصباً إلى الأمام ويبقى الجذع مستقيماً، ومنبسطاً دون أي انثناء، ويجب تجنب الانبساط الزائد في الرأس والجذع، وكثيراً ما تحتاج إلى ضبط، فكي الطفل أثناء الأكل، ويتم ذلك باستخدام أصابع اليد، أما في ما يتعلق بمهارات ارتداء الملابس، وخلعها فيجب أن يتم تعليمها وفقاً للتسلسل النمائي.

### **الفصل الثالث**

**مشكلة فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الاطفال**



## **الفصل الثالث**

### **مشكلة فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الأطفال**

مفهوم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ان اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه هي حالة مرضية سلوكية يتم تشخيصها، لدى الأطفال والراهقين، وهي تعزى لمجموعة من الأعراض المرضية التي تبدأ في مرحلة الطفولة، وتستمر لمرحلة المراهقة والبلوغ، تعتمد على وجود النشاط الحركي والحسي، نقص الانتباه والاندفاعية، قد يحدث كلا النوعين من النشاط الزائد معاً وقد يحدث أحدهما دون الآخر، هذه الأعراض تؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة في المنزل والشارع والمدرسة وفي المجتمع بصفة عامة اذا لم يتم التعرف عليها وتشخيصها وعلاجها.

### **مفهوم فرط الحركة، زيادة النشاط**

هي فرط الحركة وزيادة النشاط علامة مميزة، وهي زيادة ملحوظة جداً في مستوى النشاط الحركي تخرج عن حدود المعدل الطبيعي، حيث نرى الطفل يتلوى يتململ، لا يستطيع البقاء في مكانه أو مقعده، نراهم يجرون في كل مكان، يتسلقون كل شيء، كثيري الحركة لا يهدءون، يتكلمون كثيراً، كل ذلك بلا هدف محدد، يحدث ذلك في المنزل الشارع الأسواق أو المدرسة، كما يجدون صعوبة في التأقلم واللعب مع الأطفال الآخرين.

كما مختلف الصورة في المراهقين والبالغين، فلا تظهر الأعراض الحركية بنفس الدرجة والوضوح، كما في الأطفال، ولكن نلاحظ تعلمه الشديد، لا يجدون متعة في القراءة او مشاهدة التلفاز او الأنشطة التي تحتاج المدوء والسكينة.

### **مفهوم نقص الانتباه**

هي من أكثر اعراض هذه الحالة انتشاراً، وبالإضافة لعدم القدرة على الانتباه، فدرجة التركيز والانتباه لديهم قصيرة جداً، فان المصابين بالحالة غير قادرين على التركيز،

التذكر، التنظيم، يظهرون كأنهم غير مهتمين لما يجري من حولهم، يجدون صعوبة في بدء وإكمال ما يقومون به من نشاط، وخصوصاً ما يظهر أنه ملل أو متكرر أو فيه تحدي وتفكير، كأنهم لا يسمعون عندما تتحدث معهم، ولا ينفذون الأوامر المطلوبة منهم، يفقدون أغراضهم، وينسون أين وضعوا حاجياتهم، كتبهم وأقلامهم.

### **مفهوم الاندفاعية**

هؤلاء الأطفال مندفعين بطبعهم، لا يفكرون في الحدث وردة الفعل، يجاوبون على السؤال قبل الإنتهاء منه، لا يتظرون دورهم في الحديث أو اللعب، كثيراً ما يقاطعون الآخرين في الكلام واللعب، وهو ما يؤدي إلى عدم قدرتهم على بناء علاقات مستمرة مع الآخرين، ولذى نلاحظ في البالغين عدم استمرارهم في عمل أو وظيفة معينة، كما أنهم يصرفون أموالهم بدون تفكير أو حكمة.

### **المدة الطبيعية للتركيز والانتباه**

حيث تختلف مدة وقدرة الإنسان على الانتباه والتركيز، وهي المقدرة المؤدية للتعلم والتذكر، ومن ثم إلى زيادة نسبة الذكاء، وتراوح فترة انتباه الطفل الطبيعية من ثلاثة إلى خمس دقائق لكل ستة من العمر، فالطفل في الروضة يحتاج إلى خمس عشرة دقيقة كفترة انتباه متواصلة، لكي ينجز العمل الموكول له كحد أقصى، وبعد ذلك تزيد لكي تكون عشرين دقيقة في الصف الأول والثاني، ولكن هذا لا يعني التركيز المستمر المتواصل، ولكن عدم التشوش وقد التواصل مع العمل الذي يقوم به، ولكن يجب الانتباه أن فترة الانتباه عند مشاهدة التلفاز لا تتحسب عند قياس المقدرة على التركيز والانتباه.

### **أسباب حدوث اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه**

ليس هناك سبب واضح وحدد لحدوث الحالة، فليس هناك عيوب واضحة في الجهاز العصبي، ولكن هناك اتفاق بين العلماء ان الحالة تحدث نتيجة لأسباب عضوية غائية للجهاز العصبي لم يتم التوصل لها وتحديدها، ولقد قامت العديد من الدراسات للكشف عن المسببات، ومن هذه الأسباب:

- الأسباب العضوية نتيجة تعرض الدماغ لأصابات خلال الحمل أو عند الولادة، صعوبات الولادة، نقص الاكسجين، اصابة الأم بالمرض وقت الحمل، تناول الأدوية.
- حدوث اضطراب في النشاط الكيميائي للدماغ لم تعرف مسبباته، فاختلاف كيماويات المخ تؤدي إلى تأثيرات على المزاج والسلوك.
- أسباب جينية أو وراثية، حيث وجد لدى الوالدين أو العائلة بعض الأعراض المرضية والسلوكية.
- الأسباب البيئية: التلوث البيئي، تسمم الرصاص.

### **نسبة انتشار فرط الحركة وتشتت الانتباه**

ان اضطراب فرط الحركة وضعف التركيز من الحالات المنتشرة في جميع أنحاء العالم، تصل نسبة الإصابة به إلى 10٪ من الأطفال في المرحلة الابتدائية، لكن على أكثر التقديرات معقولة ما بين 3٪ إلى 6٪ حسب تقديرات الدليل التشخيصي والأحصائي للأمراض النفسية الأمريكية في طبعته الرابعة DSM-VI ، وتأكد أبحاث حديثة على أن نسبة البالغين المصابين به لا تقل عن 3٪ وقد لوحظ أن نسبة الإصابة بالحالة تختلف بحسب عمر المريض، ففي دول أوروبا وبريطانيا يشترط وجود الأعراض الثلاثة مجتمعة للحصول على التشخيص، لذلك تبلغ النسبة 5٪، أما في أمريكا، فلا يشترط وجود الأعراض الثلاثة الرئيسية لذلك تبلغ النسبة 10-20٪ تقريباً، أما في الوطن العربي، فلا توجد إحصائيات تدلنا في هذا الموضوع.

### **الأعمار يحدث لتشتت الانتباه**

الحالة النمائية، أي أن الإصابة حدثت خلال الحمل وقبل الولادة، ولكن الأعراض تظهر في مرحلة الطفولة، وتكون أكثر وضوحاً، وتستரعي انتباه الآخرين عند ترك الطفل المنزل ودخوله المدرسة، وتستمر الحالة طوال العمر بدرجات متفاوتة، قد لا تكون

واضحة لدى البالغين لقدرتهم على التكيف والتصريف، وتبلغ نسبة حدوث الحالة لدى البالغين 0.3%， ومن أهم الأسئلة والأجابة الواردة في هذا المجال:

- هل يصيب الذكور أم الإناث؟

نسبة الاصابة في الاولاد أربع أضعاف الاصابة لدى البنات.

- هل الطفل مصاب بتأخر فكري؟

هؤلاء الأطفال عادة ما يكونون طبيعي الذكاء، وليس لديهم تخلف فكري

- هل الطفل لديه صعوبات في التعلم؟

ان هذه الحالة لا تعتبر من صعوبات التعلم، فهي مشكلة سلوكية عند الطفل، ولكن حيث أن هؤلاء الأطفال عادة ما يكونون لديهم زيادة في الحركة مع الاندفاعية، كما أنهم لا يستطيعون التركيز على أمر ما لأكثر من مدة محدودة، والتعلم يحتاج إلى التركيز للفهم والحفظ والتحصيل العلمي، لذى نلاحظ وجود الفشل الدراسي لديهم، وأغلب تلك الحالات يتم اكتشافها، وتشخيصها نتيجة الفشل الدراسي، وفي نفس الوقت لاحظت بعض الدراسات أن هناك نسبة جيدة من هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات التعلم، اليسيكسيا، مثل الصعوبة في القراءة أو الكتابة وغيرها.

كذلك فإن الأطفال الذين يظهرون نشاطات زائدة كثيراً ما يواجهون صعوبات تعلمية، وبخاصة في القراءة ولكن العلاقة بين النشاط الزائد وصعوبات التعلم ما تزال غير واضحة، هل يسبب النشاط الزائد صعوبات التعلم أم هل تجعل الصعوبات التعليمية الأطفال يظهرون نشاطات زائدة؟ أم هل أن الصعوبات التعليمية والنشاط الزائد يتتجان عن عامل ثالث غير معروف؟ بعضهم اقترح أن التلف الدماغي يكمن وراء كل منهما، ولكن البحوث العلمية لم تدعم هذا الاعتقاد دعماً قاطعاً بعد.

## **أنواع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه**

ان حالة اضطراب فرط الحركة، وتشتت الانتباه حالة سلوكية مرضية، لها قواعد محددة للتشخيص، ومع التطور في المجال النفسي والتربوي تم تقسيم الحالة إلى أنواع متعددة، ولكل منها قواعد التشخيص الخاصة به، وهي:

1- فرط الحركة، النشاط: في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط الحركة،

وتشتت الانتباه موجودة بنسبة متفاوتة، ولكن يغلب عليها علامات وأعراض فرط الحركة.

2- قلة الانتباه، ضعف التركيز : في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط

الحركة، وتشتت الانتباه موجودة بنسبة متفاوتة، ولكن يغلب عليها علامات وأعراض قلة الانتباه.

3- اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه: في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه موجودة لكلا الحالتين، فرط الحركة، وقلة الانتباه.

## **كيف تظهر أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه**

1- ان الطفل لديه حاجة شديدة للحركة، لا يستطيع الاستقرار لفترة طويلة في سكون بل يتحرك، حتى في كرسيه، وهو واقف، وأحتياجه للحركة باستمرار ليس شقاوة فيه، ولكن لأن طبيعة تكوينه لا تتحمل أن يبقى ساكناً لفترة طويلة.

2- ان انتباه هذا الطفل يكون مشتتاً، مضطرباً، ضعيفاً، فالطفل يستقبل كل المثيرات الحسية بنفس احساسية وهذا يلفت نظره كل شيء ولا يستطيع تركيز انتباهه، أو التفريق والتمييز بين المهم وغير المهم، فإذا كان جالساً في الفصل يحاول التركيز على حديث المعلم، فإذا مر أحد المعلمين أمام باب الفصل، أو تحرك أحد الطلاب، أو ظهرت أصوات من بعيد، فإنه لا يستطيع مواصلة الانتباه والتركيز بل يحدث لديه تشتت وتحروا إلى الانتباه

لما يحدث، بينما الطفل العادي يستطيع اهمال هذه الأشياء غير المهمة ومواصلة التركيز على المهم، وهذا يكون ذهن هذا الطفل، كالذي يسمع المذيع الذي يبث 10 محطات في لحظة واحدة، لا يستطيع السامع تمييزاً بينها.

2- الاندفاعية، فهو لاء الأطفال يستقبلون ما يدور حولهم ثم يتصرفون مباشرة قبل أن يفكروا في الفعل أو رد الفعل.

هل يشفي هؤلاء الأطفال من تلك الحالة عندما يكبرون ويتقادمون في السن؟ في الحالات المشخصة تشخيصاً علمياً دقيقاً كان الاعتقاد السائد أنهم يشفون مع التقدم في العمر، ولكن الدراسات الحديثة أثبتت عكس ذلك في أغلب الحالات، ولكن الأطفال المصابين بفرط الحركة وقلة الانتباه تتحسن حالتهم مع التقدم في العمر، ويتعلمون كيفية التصرف والموائمة لحالتهم، فالحركة المفرطة تقل مع البلوغ، ولكن لوحظ أن نصف الحالات يمكن التأثير عليهم ولفت انتباهم بسهولة، تقلب المزاج، الأنفعالية الزائدة، عدم القدرة على إكمال العمل المناط به ان الأطفال الذين يجدون الدعم والحب من الوالدين، والذين يقومون بالتعاون مع المدرسة والطبيب المعالج، يمكن لهم التحسن بدرجة كبيرة، كما يمكنهم التكيف مع حياتهم اليومية.

هل يحدث اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مع حالات أخرى؟ تختلط أعراض الحالة مع حالات سلوكية أخرى، وقد تحدث تلك الأمراض مع الحالة نفسها، ومنها:

- . Learning disabilities – الديسليكسيا . صعوبات التعلم
- Autism . التوحد
- Anxiety disorder – Depression . القلق والاكتئاب
- Elective mutism . الخرس أو الصمم الاختياري
- Conduct Disorder . اضطراب السلوك - التصرف
- Oppositional defiant disorder (ODD) . اضطراب المعارضة والعصيان .

**سمات الطفل المصاب بفرط الحركة**

**أولاً: سماته الحركية:**

**أ- سمات اضطراب نقص الانتباه وقلة التركيز:**

1- الظهور بمظهر من يحلم أحلام اليقظة.

2- الانطوائية والخجل

3- سلبية الطبع والابتعاد عن مواجهة الآخرين (سلبية الطفل).

4- صعوبة متابعة التوجيهات والإرشادات الموجهة له.

5- القلق والاضطراب وشد الأعصاب في الغالب.

6- ضعف الذاكرة.

7- صعوبة التركيز لفترة طويلة، وسهولة تشتت الانتباه بأي مثير خارجي.

8- عدم القدرة على الانتباه للتفاصيل الدقيقة.

**ب- سمات فرط الحركة والاندفاع:**

1- اللعب بالأدوات المدرسية، مثل القلم، كان يكثر من بري الأقلام.

2- كثرة الحركة والتململ أثناء الجلوس على الكرسي.

3- كثرة الكلام والثرثرة.

4- مضايقة التلاميذ الآخرين في الصف.

5- التصرف بسذاجة، فتراه أخرقاً، وفوضوي في تصرفاته.

6- الاندفاع والتهور وسهولة الإثارة والافتقار إلى القدرة على ضبط السلوك.

7- القفز أو التأرجح عند الانتقال من مكان إلى آخر.

8- الانتقال من نشاط إلى آخر قبل الانتهاء من النشاط الأول.

9- عدم القدرة على انتظار الدور في الألعاب أو المجموعات او على الجلوس،  
عندما يكون ذلك إلزامياً أو مطلوباً

10- الانحراف في العاب حركية خطيرة دون تقدير للعواقب، مثل الجري في  
الشارع دون انتباه.

#### **ثانياً: سماته العاطفية:**

- 1- التهور، وسرعة الغضب والهيجان.
- 2- الاستجابة بسرعة ودون تفكير.
- 3- اللامبالاة بعواقب الأمور ونتائج تصرفاته.
- 4- الميل إلى لوم الآخرين على تصرفاتهم الخاطئة.
- 5- الإلحاد وعدم الصبر وعدم انتظار دوره.
- 6- تذبذب المزاج وسرعة تقلبه.
- 7- انخفاض مستوى نضوجه العاطفي وعدم تناصبه مع عمره.
- 8- صعوبة التكيف مع الظروف الجديدة
- 9- عدم القدرة على التعبير عن رأيه الشخصي بوضوح.

#### **ثالثاً: سمات العلاقة مع الآخرين:**

- 1- الافتقار إلى المهارات الاجتماعية، مثل السلام وتبادل التحية.
- 2- فشله في تكوين صداقات مع أقرانه، وتكون صداقاته مع من يكبره سنًا، لأنهم يدركون طبيعة سلوكه المرضي.
- 2- إقحام نفسه فيما لا يعنيه.
- 4- عدم التعاطف مع الآخرين.

#### **رابعاً: سمات الأداء التعليمي :**

- 1- وجود صعوبات تعليمية لديه في النطق، والكتابة والقراءة والحفظ.
- 2- الافتقار إلى مهارة حل المشكلات، واعتماده على الآخرين باستمرار (اتكالي).
- 3- عدم ترتيب الأفكار والعمل، وفقد الأدوات المدرسية في الغالب.
- 4- عدم وجود اهتمام بالوقت، فإما أن يقوم بالعمل ببطء شديد، وإما أن ينهي العمل بسرعة دون تحرير الدقة.
- 5- انخفاض الاستجابة والتفاعل مع الحواجز أو التخويف.
- 6- يكون أداءه أقل من هم في عمره بستة أو ستين.

7- صعوبة إيصال المعلومات التي يعرفها لغيره.

خامساً: سمات هذا الاضطراب في سن المراهقة:

1- ظهور نقص الانتباه على صورة الفوضوية، وعدم التنظيم في الحياة اليومية والمدرسية، ونتيجة لهذا يتصرف أداءه الدراسي بالضعف الشديد مما يؤدي إلى التأخر الدراسي، والرسوب المتكرر أحياناً.

2- قد يفصل من المدرسة بسبب سلوكياته غير السوية، مثل تعاطي المخدرات.

سادساً: سمات هذا الاضطراب في سن الرشد:

1- صعوبة في التركيز، واضطراب المزاج، وضعف الذاكرة والخصائص المعرفية.

2- صعوبة تكوين الصداقات بسبب تداخل سلوكيات هذا الاضطراب مع امراض سلوكية أخرى، مثل الشخصية اللاأخلاقية.

التشخيص غالباً ما يكون من الصعب جداً تشخيص هذه الحالة، حيث أنها تتشابه مع أمراض كثيرة أخرى، ولهذا لا بد من توافر شروط معينة، لكي يمكن تمييز هذا المرض، ومن شروط التشخيص لهذا الاضطراب:

1- استمرارية بداية ظهور الأعراض والسمات ستة أشهر فأكثر.

2- أن تكون بداية ظهور الأعراض قبل سن السابعة من عمر الطفل.

3- تواجد وظهور السمات المرضية على الأقل في بيئتين مختلفتين لهذا الطفل أو أكثر، مثل بيئة المدرسة وبيئة المنزل، أو المدرسة والشارع.

4- يجب أن تكون هذه السمات المرضية قد أثرت على مستوى الاجتماعي والأكاديمي تأثيراً واضحاً وبليغاً.

5- مع تواجد هذه السمات التالية:

أ- أن تكون لدى الطفل ست سمات فأكثر من سمات نقص الانتباه، حتى يتم تشخيصه باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والذي تغلب عليه صفة نقص الانتباه.

ب- أو أن تكون لدى الطفل ست سمات، فأكثر من سمات فرط الحركة والاندفاعية، حتى يتم تشخيصه باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية.

6- يجب التأكد من خلو الطفل من الأمراض الذهانية، مثل، الفصام والاكتتاب، وغيرها. ويجب الاشارة الى انه لا توجد فحوصات تجرى من اجل التشخيص مع العلم ان لدى الطفل المصاب سمات معينة في تحفيظ المخ، وكذلك في الرنين المغناطيسي للمخ لكنها ليست تشخيصية، وهذا غالباً ما يتم التشخيص بدون أي تحاليل أو فحوصات معينة، ولكن عادة ير الطفل على طبيب الأطفال العام للتأكد من عدم وجود أسباب عضوية لهذا الاضطراب.

كما ينبغي التذكير أن هناك مجموعة من المقاييس والاستبيانات، وكذلك بعض الاختبارات النفسية التي يتم من خلالها التشخيص أحياناً، أو قياس شدة تشتت الانتباه أو غيرها من الأعراض أو مدى التحسن بعد العلاج، لكن التشخيص يكون في الأغلب بحسب قصة المرض والشكوى وليس بالضرورة بالمقاييس.

كما يتحسن بعض هؤلاء الأطفال تدريجياً دون الحاجة للعلاج، بينما تستمر المشكلة عند غالبية الأطفال لفترة طويلة، وبعضهم (تقريباً 30٪) تستمر المشكلة لديهم طوال العمر.

## العلاج السلوكي

ان افضل طريقة للتأثير على اي سلوك هي ان توليه اهتماماً، وهذا فإن افضل طريقة لزيادة السلوك المرغوب فيه هي ان تولي الطفل اهتماماً، بينما هو يسلك هذا السلوك، لذلك يعتبر العلاج السلوكي من العلاجات الناجحة والفعالة في علاج اضطراب الانتباه، وفرط الحركة لدى الأطفال.

وعادة يتلقى اطفال تشتت الانتباه، وزيادة النشاط الحركي كمية هائلة من التغذية السلبية، كاللوم والعقاب وربما الاهانة، وهذا له اثر عكسي كبير على سلوك الطفل، ومن هذا المنطلق نشأ بدأ العلاج السلوكي الذي يقوم على نظرية التعلم.

1. يقوم المعالج على تحديد السلوكيات الغير مرغوبة لدى الطفل، وتعديلها

سلوكيات اخرى مرغوبة، من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية.

2. عادة ما يستخدم التعزيز الايجابي مع هذا النوع من العلاج وهو يعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي تدرب عليه، وقد يكون هذا التعزيز الايجابي اما مادي او معنوي، كالتبديل وعبارات المدح والثناء او الهدايا، وبهذا يكون المعالج السلوكي قد استبدل التغذية السلبية التي تؤدي الى نتائج سيئة لا حصر، لها بالاهتمام والتغذية الايجابية التي ترفع من مستوى تعلم الطفل الذي يعاني من مرض تشتت الانتباه، وفرط الحركة، وتضنه رويداً على الطريق الصحيح.

3. يحتاج الطفل الى بعض الوقت لتعلم السلوك الصحيح، ومن ثم سيبداً بإدراك اي السلوك المتوقع منه وما هي العواقب الايجابية ان هو سلك السلوك الصحيح، وما هي العواقب التعليمية ان هو كسر اللوائح وخالف السلوك الصحيح.

4. يفضل منع التعزيز الايجابي مبكراً قدر المستطاع فهذا يسهم في سرعة التصحيح الايجابي لسلوك الطفل، كما يفضل ان يكون الجزء الايجابي والجوائز اكثر من العقاب، فالاطفال الذين يتعرضون للكثير من التغذية السلبية (اللوم، التأنيب) غالباً ما يصبحون معارضين او مكتبيين، فإذا إدارة السلوك بعقلانية دون المزيد من التفاعل المبالغ فيه خصوصاً العقاب والنقد، يساعد في منع التأثيرات الجانبيه لسوء ادارة اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة.

ويعتمد العلاج السلوكي بالأساس على لفت نظر الطفل بشيء يحبه ويغيره على الصبر لتعديل سلوكه، وذلك بشكل تدريجي بحيث يتدرج الطفل على التركيز أولاً لمدة

10 دقائق، ثم بعد نجاحنا في جعله يركّز لمدة 10 دقائق ننتقل إلى زيادتها إلى 15 دقيقة، وهكذا.

- لكن يتشرط لنجاح هذه الإستراتيجية في التعديل أمران:

- 1 الصبر عليه واحتماله إلى أقصى درجة، فلا للعنف معه؛ لأن استخدام العنف معه يمكن أن يتحول إلى عناد، ثم إلى عدوان مضاعف؛ ولهذا يجب أن يكون القائم بهذا التدريب مع الطفل على علاقة جيدة به، ويتصف بدرجة عالية من الصبر، والتحمل، والتفهم لحاليه، فإذا لم تجد في ذلك في نفسك، فيمكن الاستعانة بمدرس لذوي الاحتياجات الخاصة ليقوم بذلك.
- 2 يجب أن يعلم الطفل بالحافز (الجائزة)، وأن توضع أمامه لتذكره كلما نسي، وأن يعطي الجائزة فور تمكنه من أداء العمل، ولا يقبل منه أي تقصير في الأداء، يمعنى يكون هناك ارتباط شرطي بين الجائزة والأداء على الوجه المتفق عليه (التركيز مثلاً حسب المدة المحددة...)، وإلا فلا جائزة وينبئ صراحة بذلك.

### **كيفية التعامل مع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه**

لا يوجد حل سهل للتعامل مع هذا الاضطراب سواء في الصف أو المنزل، وفي نهاية المطاف نجاح وفعالية العلاج تعتمد على تعاون المدرسة وولي الأمر واتباعهم أساليب مشتركة، ومعرفة كل منهم ما يكفي للتصرف بالشكل الصحيح مع الطفل ولذلك فمن المهم ملاحظة ما يأتي:

- التأكد من أن ما عند الطالب هو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه فعلاً، ليس من دور المعلم تشخيص الاضطراب، ولكنه قد يتساءل عن بعض الأمور، مثل هل تم فحص سمع ونظر الطفل؟ هل تم تشخيص الطفل وعرضه على مختص ذي خبرة؟.

- 2 ببناء فريق عمل ومصدر دعم ومساندة، ابحث عن شخص ذي خبرة في هذا المجال للمساعدة عند الحاجة، كشخص متخصص بصعوبات تعلم، أو طبيب أطفال، أو أخصائي نفسي، أو أخصائي اجتماعي.
- 3 اعرف حدودك ليس من المخجل طلب العون والمساعدة.
- 4 اسأل الطفل عما قد يساعدته على التركيز وما الذي يشتت انتباهه: قد يصل الطفل إلى مرحلة يعرف فيها نقاط ضعفه وقوته، ولكنه لن يعطيك هذه المعلومات إن لم تأسله، أو قد لا يجيد التعبير، فينبغي عليك طرح الأسئلة ل تستشرف الإجابة.
- 5 تذكر أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى النظام، ضع قوائم وجداول تساعدهم وتذكّرهم، فهم يحتاجون لمن يذكّرهم مع تكرار التذكير.
- 6 تذكر الجزء العاطفي من التدريس، فهم يحتاجون مساعدة خاصة لإيجاد متعة التعلم، بدلاً من الإحباط.
- 7 ضع التعليمات، اكتبها وضعها في مكان واضح للجميع.
- 8 كرر التوجيهات، اكتبها على ورق، الفظها.
- 9 احرص على التواصل البصري فقد تكفي "نظرة" لجذب انتباه طفل سرحان.
- 10 اجلس الطفل بالقرب منه.
- 11 ضع الجدول اليومي للمواد في مكان واضح ولا تغيره إلا بعد لفت نظر الطالب لذلك، فهو يحتاج وقتاً ليستعد للانتقال من نشاط لآخر أو قبل حدوث أي تغير في النظام المعتاد، وإن كان لا يبدو مهتماً بذلك.
- 12 حدّ من استخدام الامتحانات ذات الوقت المحدد أو أغها، فلا توجد قيمة أكاديمية مهمة قاطعة في تحديد الوقت.
- 13 ليكن المدفوعة نوعية العمل، وليس الكمية خاصة، بما ينحصر الواجبات المتزلية وتقسيمها.

- 14- راقب تطور الطفل عن كثب: اجتمع مع الطفل وعبر عن رأيك بالنسبة لتقدمة مستواه.
- 15- جزئي الأعمال أو المهام الطويلة أو المعقدة إلى أجزاء وخطوات صغيرة.
- 16- استمتع بوقتك في الصف: حاول إدخال ما هو جديد في يومك كمدرس أسلوب جديد، الضحك، الحماس، فهذه مؤثرات تزيد من حماس الطفل وتركيزه.
- 17- احرص على عدم زيادة المؤثرات التي تشتبه انتباها الطفل.
- 18- ابحث وعزز النجاح، وإن كان صغيراً حيث يواجه الطفل الفشل بشكل مستمر، فيحتاج إلى المعاملة الإيجابية، فالطفل يستفيد من المدح والتشجيع بشكل كبير جداً.
- 19- الذاكرة والحفظ قد تشكل مشكلة: علمهم أساليب مختلفة تساعدهم على التذكر والحفظ، مثل استخدام السجع، أو البطاقات، أو القيام بحركات معينة.
- 20- استخدم التلخيص وعلمهم كيف يؤشر على الجمل المهمة في النص أو يبرزها، لاستخلاص النقاط أو المفاهيم المهمة والأساسية.
- 21- بسط التوجيهات، بسط الخيارات، بسط اللغة المستخدمة في الشرح.
- 22- اخبرهم عن تصرفاتهم ففي معظم الأحيان لا يعي الطفل مدى انطباع الآخرين عنه أو أثر تصرفاته وحاول أن يكون ذلك بطريقة إيجابية وأسأله الطفل: "هل تعرف ماذا فعلت لتوك ؟" كيف تعتقد أنه من الممكن صياغة ما قلت بشكل مختلف ؟ لماذا تعتقد أنه قد ظهر على صديقك الحزن- الغضب عندما فعلت / قلت ذلك ؟"
- 23- حدد توقعاتك وأهداف الطفل.
- 24- اعرض المساعدة على الطفل لتعلم المهارات الاجتماعية، فقد تكون عنده صعوبة قراءة تعابير الوجه أو علامات أخرى، وقدم النصائح. مثلاً عند

الحديث انظر إلى الشخص الآخر" و"قبل البدء بالحديث اسمح للشخص الآخر  
بأنهاه حديثه".

- 25- درب الطالب إلى طريقة حل التمارين وكيفية التعامل مع الامتحانات.
- 26- عند الإمكان أجعل الطفل مسؤولاً عن شيء ما.
- 27- لمساعدة التواصل بين المدرسة، وولي الأمر استخدم سجلاً يومياً، وحاول قدر المستطاع تدوين كل تقدم أو ملاحظة عن الطفل.
- 28- مع الأطفال الأكبر سنًا، أجعلهم يدونون ويسجلون بأنفسهم الأسئلة التي تدور في أذهانهم، ضع لهم قوائم تساعدهم على تذكير أنفسهم، وهكذا ليتعلموا الاعتماد على النفس.
- 29- الكتابة والخط تشكل صعوبة أحياناً فاسمح باستخدام البديل مثل الحاسب الآلي، أو تسجيل الإجابات على شريط، أو الإجابات الشفهية.
- 30- في كل مادة ابحث عن طالب لديه القدرة على المساعدة وخاصة عند الطالب الأكبر سنًا فقد يستفيد كثيراً من النقاش مع زميله وهي طريقة جيدة لزيادة عدد الأشخاص الذين يتعامل معهم الطالب.
- 31- لا تجعل من الطالب حالة " خاصة" ، وإنما أجعل التعليمات والتوجيهات عامة وللجميع.
- 32- احرص على التواصل مع ولي الأمر، فلا تكون المقابلة فقط عند مناقشة مشكلة ما.
- 33- احرص على التكرار التكرار التكرار.
- 34- التمارين الرياضية من أفضل الوسائل التي يمكن دمجها في اليوم الدراسي، فهي تتيح الفرصة للتخلص من الطاقة الزائدة لدى الأطفال وتساعد على التركيز، كما تنشط بعض الهرمونات المفيدة وهي ممتعة، فاحرص أن تكون التدريبات ممتعة ليمارس الطفل الرياضة كجزء طبيعي من حياته.

كيف تعامل مع طفل يعاني من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه  
عمل المدرس شاق ومرهق، ويزداد صعوبة عندما يواجه طفلاً يعاني من اضطراب فرط  
الحركة ونقص الانتباه، ونحن نثق بقدراتك على التعامل معه، ولكن لجعل مهمتك أكثر  
سهولة من المهم أن نذكرك بما يأتي:

1- تقييف نفسك:

أ - ما هو اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

ب - ما هي طرق العلاج وما هو المتوفر منها.

ج - ما هو دورك في التشخيص والعلاج كمدرس، كمعلم.

اجعل مطالعاتك تشمل اضطرابات أخرى وصعوبات تعلم واتصل بأقرب  
مجموعة دعم أو مختصين لتبادل الخبرات.

2- التواصل و العلاقة الجيدة مع الأهل أوولي الأمر.

3- الإلادرة الناجحة لهذا الاضطراب هي مهمة جماعية تتطلب فريق عمل وتضامن  
الجهود، ونذكر بعض الأمثلة لما يمكن أن توفره هذه الجهدود:

أ - التقارير الأسبوعية أو اليومية عن تصرفات الطالب، ومستواه.

ب - مراقبة الساحة / الملعب للتأكد من أن الطفل لديه علاقات اجتماعية  
وصداقات في المدرسة.

ج - تبيهولي الأمر حالاً عند حدوث أو ملاحظة أي تغير في المستوى أو  
التصرف لدى الطفل.

3 - تعلم واستخدام طرق لإدارة الفصل وأساليب التوجيه:

- تعلم مبادئ أساسية تساعدك في أسلوبك لتعديل سلوك الطالب في الصف.

- هناك بعض القوانين العامة التي يجب علينا اتباعها عند التعامل مع الطالب في  
المدرسة أو خارجها نذكرك بها، وهي:

أ- استمرارية النظام هو مفتاح مساعدة الطفل:

لا يجيد هؤلاء الأطفال التعامل مع التغيرات وإن كانت إيجابية، ويحتاجون إلى نظام خارجي لإحساسهم بالتشتت والفووضى.

بـ- الأطفال لديهم نوعان من الوقت: الكثير أو لا شيء.

عادةً يكونون ضعفاء في تنظيم وقتهم وتحتاج، لمساعدتهم لتجزئة مهامهم وتدبير وقتهم.

جـ- ضعهم في مقدمة الفصل:

لا تدعهم يجلسون في آخر الفصل أو بجانب نافذة، بل الأقرب إلى السبورة أو مكان تواجد المعلم.

دـ- لا تجلس الطفل في مكان مشترك عندما يحتاج للتركيز.

هـ- استخدم الألوان والأشكال الهندسية لمساعدتهم على التنظيم، مثلًا وضع دائرة بلون معين على كل ما يخص مادة معينة.

وـ- حاول ملاحظة الفترة الزمنية التي يستطيع الطالب التركيز فيها واعمل على التنويع، مثلًا إذا كان الطفل يفقد قدرته على التركيز بعد 7 دقائق، حاول ذكر أهم المعلومات خلال هذه الفترة، ثم غير النشاط، إذا كنت تتحدث إليهم فقط أجعلهم يكتبون شيئاً، ذا علاقة بفكرة محددة أو تلخيص أو اكتب على السبورة أو استخدم أداة توضيح للفترة التي تليها، وهكذا.

زـ- العديد من الأطفال يتعلمون Visual:

اطلب من الطالب تخيل مشهد معين وإعادته (مثل فلم) بدلاً من حفظ كلمات مجردة فقط.

كـ- لا تقلق إن كنت تشعر بالإحباط، كذلكولي الأمر، وكذلك الطفل، لا تأخذ تصرفاته بشكل شخصي أو موجه إليك.

## **الأساليب التي يمكن أن اتبعها في تعديل سلوك الطفل**

فيما يلي بعض الأساليب التي يمكن أن اتبعها في تعديل سلوك الطفل، والتي كانت واردة بأحد الأبحاث العربية المنشورة على الإنترنط:

1- التدعيم الإيجابي اللفظي للسلوك المناسب، وكذلك المادي، وذلك بمنح الطفل مجموعة من النقاط عند التزامه بالتعليمات، تكون مصلحتها النهائية الوصول إلى عدد من النقاط تؤهلة للحصول على مكافأة، أو هدية، أو مشاركة في رحلة، أو غيرها، وهذه الأساليب لتعديل السلوك ناجحة ومحرية في كثير من السلوكيات السلبية، ومن ضمنها النشاط الحركي الزائد، ولكن يجب التعامل معها بجدية ووضوح حتى لا تفقد معناها وقيمتها عند الطفل، مع الأخذ في الاعتبار طبيعة الطفل، وأنه لا يمكنه الاستقرار والهدوء لفترة طويلة، ولذلك فتستخدم في الأمور التي تجاوز حد القبول، إما لضررها أو خطورها، مع توضيح ذلك للطفل وذكر الحدود التي لا يمكنه تجاوزها.

2- جدولة المهام، والأعمال، والواجبات المطلوبة، والاهتمام بالإنجاز على مراحل مجزأة مع التدعيم والمكافأة، وذلك بشرح المطلوب من الطفل له بشكل بسيط ومناسب لسنّه واستيعابه، والاستعانة بوسائل شرح مساعدة لفظية وبصرية، مثل الصور والرسومات التوضيحية والكتابة لمن يستطعون القراءة، وعمل خطوات معينة يجب عملها تبعاً لجدول معين وفي وقت معين، ويتم تطبيق هذا البرنامج بواسطة اختصاصي نفسي واختصاصي تربية خاصة، بالتضافر مع الأهل، والمعلم، والطبيب، إذا كان هناك حاجة مرضية، مثل نقص مواد معينة بالجسم أو وجود ضرورة التحكم في فرط النشاط عن طريق أدوية معينة). وستجدي تفاصيل تطبيق هذه التقنيات في استشارة أخرى سنوردها لك في نهاية الاستشارة.. ويمكن التعامل مع الطفل في مثل هذه الحالة عن طريق وضع برنامج يومي واضح يجب أن يطبقه بدقة، والإصرار على ذلك عن طريق ما

يسمى بـ "تكلفة الاستجابة"، وهي إحدى فنيات تعديل السلوك، وتعني هذه الطريقة (فقدان الطفل لجزء من المعززات التي لديه نتيجة سلوكه غير المقبول، وهو ما سيؤدي إلى تقليل أو إيقاف ذلك السلوك)، ومثل ذلك إلغاء بعض الألعاب، بل وسحبها مقابل كل تجاوز يقوم به الطفل خارج حدود التعليمات.

3- التدريب المتكرر على القيام بنشاطات تزيد من التركيز والثابرة، مثل تجميع الصور، وتصنيف الأشياء (حسب الشكل/ الحجم/ اللون)، والكتابة المتكررة، وألعاب الفك والتركيب، وغيرها.

4- العقود: يعني بذلك عقد اتفاق واضح مع الطفل على أساس قيامه بسلوكيات معينة، ويقابلها جوائز معينة، والهدف هنا تعزيز السلوك الإيجابي وتدريب الطفل عليه، ويمكننا إطالة مدة العقد مع الوقت، ويجب هنا أن تكون الجوائز المقدمة صغيرة و مباشرة، وتقدم على أساس عمل حقيقي متواافق مع الشرط والعقد المتفق عليه، ومثال ذلك العقد:

(سأحصل كل يوم على "ريال، ريالان"، مثلاً حسب الظروف، إضافية إذا التزمت بال التالي:

- الجلوس بشكل هادئ أثناء تناول العشاء.

- ترتيب غرفتي الخاصة قبل خروجي منها.

- إكمال واجباتي اليومية في الوقت المحدد لها.

ويوقع على هذا العقد الأب والابن، ويلتزم الطرفان بما فيه، ويمكن للأب أن يقدم للطفل أو المراهق بعض المفاجآت الأخرى في نهاية الأسبوع، كاصطحابه في نزهة أو رحلة، أو أي عمل آخر محبب للابن، إذا التزم ببنود العقد بشكل كامل، وتكون هذه المفاجآت معززاً آخر يضاف لما اتفق عليه في العقد.

5- نظام النقطة: - من المهم جداً أن تكون هذه اللوحة في مكان واضح ومشاهد للطفل حتى يراها في كل وقت، ونظام النقطة ذلك مفيد للأطفال الذين لا يستجيبون للمدح أو الإطراء، وهي مفيدة لأنها تتبع للسلوك بشكل مباشر،

ولكن يجب فيها المبادرة بتقديم الجوائز المتضمنة عليها على الأقل مكلفة للأسرة، وأن تقدم بشكل واضح ودقيق حسب الاتفاق حتى لا تفقد معناها.

- يعني به أن يضع الأب أو المعلم جدولًا يوميًّا مقسماً إلى خانات مربعة صغيرة أمام كل يوم، ويوضع في هذه المربعات إشارة أو نقطة عن كل عمل إيجابي يقوم به الابن سواء إكماله لعمله أو جلوسه بشكل هادئ أو مشاركته لأقرانه في اللعب بلا مشاكل، ثم تمحاسب له النقاط في نهاية الأسبوع، فإذا وصلت إلى عدد معين متفق عليه مع الطفل فإنه يكافي على ذلك مكافأة رمزية.

- يمكننا إضافة النقطة السلبية التي تسجل في نفس الجدول عن أي سلوك سلبي يقوم به، وكل نقطة سلبية تزيل واحدة إيجابية، وبالتالي تجمع النقاط الإيجابية المتبقية ويحاسب عليها.

6- **وضوح اللغة وإيصال الرسالة:** و المعنى هنا أن يعرف الطفل ما هو متوقع منه بوضوح وبدون غضب، وعلى والده أن يذكر له السلوك اللائق في ذلك الوقت، فيقول الأب مثلاً: إن القفز من مكان إلى آخر يمنعك من إتمام رسمك لهذه اللوحة الجميلة، أو إن استكمالك لهذه الواجبات سيكون أمراً رائعاً.

- المهم هنا هو وضوح العبارة والمدف للطفل، وتهيئه لما يتظر منه، وتشجيعه على القيام والالتزام بذلك.

أما إذا فشلت كل هذه الطرق في تحقيق التحفيظ الأمثلة، فيمكن إعطاء الأطفال بعض الأدوية والأطعمة الخاصة المناسبة، من أجل حدوث الاسترخاء العضلي عندهم، وتدريبهم على التنفس العميق ومارسة بعض التدريبات العضلية التي لها تأثير إيجابي على الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد، ويتم ذلك عن طريق مراجعة إحدى العيادات النفسية المتخصصة.

## **متى يتم التشخيص**

ان أضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه حالة نمائية، أي أن الطفل يصاب بها في مرحلة الحمل وقبل الولادة، ويمكن تشخيصها في أي مرحلة عمرية معتمدة على شدة الأعراض ونوعيتها، ولكن بعض تلك الأعراض تحدث بشكل متكرر لدى الأطفال الطبيعيين خلال مرحلة النمو، لذى يكون من الصعوبة القدرة على التشخيص الكامل، ولكن عند دخول الطفل للمدرسة (خمس - ست سنوات)، فهناك العديد من العوامل التي تساعد على ظهور الأعراض، مثل البيئة المدرسية واحتلافها عن المنزل، الضغوط التي يواجهها الطفل في المدرسة، كما أن الأعراض التي يتم تجاهلها في المنزل كأعراض طبيعية يمكن إبرازها في المدرسة.

## **كيف يتم التشخيص**

يتم التشخيص من خلال الفحص الطبي لأستبعاد الحالات المرضية الأخرى، كما يتم التقييم الطبي والنفسي من خلال معايير مقننة لكل مرحلة عمرية، كما يتم متابعة الطفل وملحوظة التغيرات التي تحدث، والسلوكيات، وتسجيلها من خلال الوالدين والمدرسين، ومن يقوم برعايته.

## **كيف يمكن العلاج**

ليس هناك علاج شاف يزيل الحالة، ولكن الطرق العلاجية، يمكن من خلالها التحكم في الأعراض المرضية، ومنها:

- 1- العلاج الدوائي.
- 2- العلاج الغذائي.
- 3- برامج تعديل السلوك.
- 4- البرامج التربوية.
- 5- برامج الإرشاد الأسري.

## **دور الأسرة والمجتمع في علاج الطفل المصاب بمرض فرط الحركة**

لقد حاولت يوم وضع ابنك تحت مراقبتك الأبوية التربوية أثناء دراسته وتأدية واجباته المدرسية، وهل سالت نفسك لماذا يستجيب هذا الابن لكل ما يحدث حوله حتى لو كان خارج المنزل، في الحديقة مثلاً إن حفيظ الأشجار أو صوت آخ أو أخت كفيلان أن يشتتا انتباذه، فيترك دراسته، ليلعب بإحدى لعبه وفي أثناء عودته للدراسة يداعب أخيه الصغير، لماذا لا يبقى فترة كافية لإنتهاء واجباته؟

كما تبدو مشكلة فترة الانتباه القصير، أنها صعبة الحل، ولكن الخبراء يقولون أن هناك أشياء كثيرة يمكنك القيام بها لمساعدة طفلك، وتحسين تركيزه نوجزها في التالي:

### **1- التشاور والتباحث مع المدرس:**

إذا كانت هذه المشكلة تحدث مع طفلك فقط في المدرسة، فقد يكون هناك مشكلة مع المدرس في أسلوب شرحه للدرس، وفي هذه الحالة لابد من مقابلة المدرس ومشاورته، ومناقشة المشكلة والحلول الممكنة.

### **2- مراقبة الضغوطات داخل المنزل:**

إذا كانت هذه المشكلة تحدث مع طفلك في المنزل فقد يكون ذلك رد فعل لضغوط معينه في المنزل، فإذا لاحظنا تشتيت الانتباه أو النشاط الزائد أو الاندفاع "التهور" الذي طفلك وأنت تمر بظروف انفصال أو طلاق أو أحوال غير مستقرة، فإن هذا السلوك قد يكون مؤقتاً، ويقترح الأخصائيون هنا زيادة الوقت الذي تقضيه مع الطفل، حتى تزيد فرصته في التعبير عن مشاعره.

### **3- فحص حاسة السمع:**

إذا كان طفلك قليل الانتباه وسهل التشتيت ولكن غير مندفع أو كثير الحركة، فعليك فحص حاسة السمع عنده للتأكد من سلامته، وعدم وجود أي مشكلات به وبعمليات الاستماع، ففي بعض الأحيان رغم أنه يسمع جيداً يتحمل أن المعلومات لا تصل كلها بشكل تام للمخ.

#### 4- زيادة التسلية والترفيه:

يجب أن تحتوي أنشطة الطفل على الحركة والإبداع، والتنوع، والألوان والتماس الجسدي والإثارة، فمثلاً عند مساعدة الطفل في هجاء الكلمات يمكن للطفل كتابة الكلمات على بطاقة بقلم ألوان، وهذه البطاقات تستخدم للتكرار والمراجعة والتدريب.

#### 5- تغيير مكان الطفل:

الطفل الذي يتشتت انتباذه بسرعة يستطيع التركيز أكثر في الواجبات ولفترات أطول، إذا كان كرسي المكتب يواجه حائطاً، بدلاً من حجرة مفتوحة أو شبك.

#### 6- تركيز انتباه الطفل.

اقطع قطعة كبيرة من الورق المقوى على شكل صورة ما وضعها على مساحة أو منطقة تركيز الانتباه أمام مكتب الطفل واطلب منه التركيز والنظر داخل الإطار وذلك أثناء عمل الواجبات، وهذا يساعد على زيادة التركيز.

#### 7- لاتصال البصري:

من أجل تحسين التواصل مع طفلك قليل الانتباه عليك دائماً بالاتصال البصري معه قبل الحديث والكلام.

#### 8- ابتعد عن الأسئلة المملة:

تعود على استخدام الجمل والعبارات بدلاً من الأسئلة فالأوامر البسيطة القصيرة أسهل على الطفل في التنفيذ، فلا تقل للطفل (ألا تستطيع أن تجد كتابك) فبدلاً من ذلك قل له اذهب وأحضر كتابك الآن وعد قل له أرني ذلك.

#### 9- حدد كلامك جيداً:

يقول جولد شتاين، الخبر بشؤون الأطفال دائماً أعط تعليمات إيجابية لطفلك، فبدلاً من أن تقول لا تفعل كذا، أخبره أن يفعل كذا وكذا، فلا تقل (ابعد قدك عن الكرسي)، وبدلاً من ذلك قل له (ضع قدمك على الأرض) وإلا سوف يبعد الطفل قدميه عن الكرسي، ويقوم بعمل آخر لأن يضع قدميه على المكتبة.

#### **10- إعداد قائمة الواجبات:**

عليك إعداد قائمة بالأعمال والواجبات التي يجب على الطفل أن يقوم بها ووضع علامة (صح) أمام كل عمل يكمله الطفل، وبهذا لا تكرر نفسك، وتعمل هذه القائمة كمفكرة، والأعمال التي لا تكتمل أخبر الطفل أن يتعرف عليها في القائمة.

#### **11- تقدير وتحفيز الطفل على المحاولة:**

كن صبوراً مع طفلك قليل الانتباه فقد يكون يبذل أقصى ما في وسعه، فكثيراً من الأطفال لديهم صعوبة في البدء بعمل ما والاستمرار به.

#### **12- حدد انجاهك جيداً:**

خبراء نمو الأطفال ينصحون دائماً بتجاهل الطفل عندما يقوم بسلوك غير مرغوب فيه، ومع تكرار ذلك سيتوقف الطفل عن ذلك لأنه لا يلقى أي انتباه، لذلك والمهم هو إعارة الطفل كل انتباه عندما يتوقف عن السلوك الغير مرغوب ويدأ في السلوك الجيد.

#### **13- وضع نظاماً محدداً والتزم به:**

التزم بالأعمال والمواعيد الموضوعة، فالأطفال الذين يعانون من مشكلات الانتباه يستفيدون غالباً من الأعمال المواضب عليها والمنظمة، كأداء الواجبات ومشاهدة التلفاز، وتناول الأكل وغيره ويوصى بتقليل فترات الانقطاع والتوقف، حتى لا يشعر الطفل بتغيير الجدول أو النظام وعدم ثباته.

#### **14- أعط الطفل فرصة للتنفيذ:**

لكي يبقى طفلك مستمراً في عمله فترة أطول يقترح الخبراء السماح بالطفل، ببعض الحركة أثناء العمل، فمثلاً أن يعطي كرة إسفنجية من الخيط الملون أو المطاط يلعب بها أثناء عمله.

#### **15- التقليل من السكر:**

حيث كثير من الأبحاث لا تحذر من السكر كثيراً، ولكن يرى بعض المختصين أنه يجب على الآباء تقليل كمية السكر التي يتناولها الطفل، وبعد تشخيص ما يقرب من 1400 طفل وجد حوالي ثلث الأطفال يتدهور سلوكهم بشكل واضح، عند تناولهم

الأطعمة مرتفعه السكريات، وأثبتت بعض البحوث أيضاً أن الطعام الغني بالبروتين يمكن أن يبطل مفعول السكر لدى الأطفال الحساسين له، لذلك إذا كان طفلك يتناول طعاماً يحتوي على السكر فقدم له مصدر بروتين كاللبن، أو البيض، والجبن.

### العلاج الدوائي

يجب الاشارة الى انه لا توجد فحوصات تجرى من اجل التشخيص مع العلم ان لدى الطفل المصاب سمات معينة في تخطيط المخ، وكذلك في الرنين المغناطيسي للمخ لكنها ليست تشخيصية، ولهذا غالباً ما يتم التشخيص بدون أي تحاليل أو فحوصات معينة، ولكن عادة ير الطفلي على طبيب الأطفال العام للتأكد من عدم وجود أسباب عضوية لهذا الاضطراب.

وينبغي التذكير أن هناك مجموعة من المقاييس والاستبيانات وكذلك بعض الاختبارات النفسية التي يتم من خلالها التشخيص أحياناً أو قياس شدة تشتت الانتباه أو غيرها من الأعراض أو مدى التحسن بعد العلاج، لكن التشخيص، يكون عيادي في الأغلب بحسب قصة المرض والشكوى وليس بالضرورة بالمقاييس.

### كيف تعمل الأدوية العلاجية

- زيادة التركيز، لكي يستطيع القيام بالعمل الموكّل له وانجازه، يستمع للتعليمات المعطاة له من الوالدين وغيرهم، لكي يستطيع التجاوب بشكل أفضل.
- التقليل من فرط الحركة، حيث يبقى الطفل جالساً مدة أطول، يقل لديه الجري والقفز.
- تقليل الاندفاعية، لكي يستطيع التفكير في الأمر قبل التصرف.
- التقليل من فرط الحركة والاندفاعية سيؤدي إلى التقليل من العنف المصاحب.
- تخفيف القلق والاكتئاب.

## ما هي مدة العلاج

نظرأً لأن اضطراب فرط الحركة وضعف التركيز حالة مزمنة فاننا نعطي العلاج، لسنوات حتى ينمو الجهاز العصبي للطفل، ونقوم كل سنة أو سنتين بمحاولة ايقاف الدواء، و اختيار اداء الطفل بدونه وتتكرر هذه المحاولة عدة مرات حسب الحالة ورأي الطبيب المعالج.

## العلاجات الدوائية لهذا الاضطراب

حسناً ان هناك خطوات معينة وخطط علاجية متكاملة مثل هذا الاضطراب، تستخدم فيها الادوية بالتعاون مع الوالدين، وذلك حسب حالة كل طفل، ومن ثم قد يقرر طبيبك اعطاء طفلك دواء محدد دون آخر بسبب بعض الاعراض دون أخرى، وتفيد المبهات العصبية، وعلى عكس المتوقع كثيراً في علاج فرط النشاط الحركي عند الطفل، فهي تؤدي الى هدوء الطفل، وزيادة فترة التركيز عنده، ولا تعطى هذه الادوية، الا للأطفال من هم في سن المدرسة، واهملها:

- ميثيلفينيديت Methylphenidate ولله مستحضرات متعددة من أهمها الريتالين (Ritalin) (هو الدواء الأكثر استخداماً في العالم)، ففعاليته عالية، ويعيب عليه قصر مدة المفعول، يصنف الريتالين ضمن الادوية المنشطة، له علاقة بالناقل العصبي (ادرينالين) والتوازن العصبي الأخرى، كما أن له تأثير على شبكة الاعصاب فيما يسمى المخ المتوسط (Midbrain) ويقوم بتنظيم نشاط هذه الاعصاب بشكل افضل.

- أمفيتامين (أديفال) (Adderall) : هو دواء حديث، مفعوله أقوى من الريتالين ومدة عمله أطول، ومن اضراره الجانبية أقل، وغير متوفر.

- ديكستروأمفيتامين، ديسدرلين Dextroamphetamine Dexedrine : طريقة عمله ومفعوله مشابه للريتالين، ومنبه، ومدة عمله أطول، وغير متوفر.

- دواء التوفانيل وبعض المركبات المقاربة له: تستخدم في الحالات المصحوبة بالقلق والاكتئاب وتغير المزاج والحالات النفسية المشابهة.
  - دواء الستراتيرا: هو دواء جديد واعد وغير متوفّر.
  - دواء الكلونيدين: هو قليل الاستخدام عموماً.
- واهم التأثيرات الجانبية لهذه الادوية هو الصداع والارق وقلة الشهية.
- كيفية العلاج المثبت نجاحه علمياً لهذا الاضطراب

هناك أبحاث كثيرة أجريت على هذا الاضطراب لإيجاد طرق علاجية مختلفة، ومن هذه الدراسات دراسة ضخمة طويلة الأمد أجريت بدعم مباشر من المركز الوطني للصحة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية وهي دراسة اجتمع فيها الخبراء من الأطباء والأخصائيين النفسيين العياديين، وكذلك مختصين في التعليم الخاص، وقد تم إجراؤها بسبب ضغط الآباء والأمهات المعرضين على العلاج الدوائي ودعوى أن الأطباء وشركات الأدوية يستغلون هؤلاء الأطفال، لترويج دواء معين واستغلال هذا الاضطراب لصالحهم، وحظيت الدراسة بجاذبية قوية، وكذلك بمنهجية قوية للغاية، وبعد كبير من الأطفال والأهالي المشاركون، وقد قسم الأطفال المشاركون إلى أربعة فرق:

1- فقط تتبع عن بعد وتحول للعلاج المعتمد في تلك المدينة بدون أي تدخل من الباحثين.

2- مجموعة تتلقى علاج سلوكي مكثف للغاية داخل مدرسة مخصصة لهذا الغرض، وكذلك برامج صيفية خارج المدرسة وتدريب للوالدين لمدة 12 جلسة على الأقل.

3- مجموعة تتلقى علاج دوائي مكثف ومقنن.

4- مجموعة تتلقى العلاج السلوكي والدوائي.

وتم رصد النتائج بشكل دقيق لمدة أثنا عشر شهراً تبين خلالها ان المجموعة الدوائية فقط وبمجموعة الدواء مع العلاج السلوكي كانت الأكثر تحسناً وأستجابة، وتوبعت الحالات لمدة 3 سنوات أخرى فقط بعلاج دوائي، وتبيّن أن العلاج السلوكي اختفى

مفعوله بعد أيقافه، مما خالف المتوقع بأن يدوم مفعول العلاج السلوكي بعد أيقافه. ولهذا ترى الجهات العلمية المعتمدة في طب نفس الأطفال والراهقين عالمياً أن العلاج الدوائي ضروري للطفل، وأنه يساعد على تحسن كثير من المهارات والوظائف المعرفية والأجتماعية عند الطفل، وكذلك تقدم استجابته للعلاجات السلوكية والتأهيلية كبرامج التعليم الخاص.

وكذلك ترى هذه الجهات أن برامح تعديل السلوك وتدريب الوالدين وترتيب البيئة التعليمية، وكذلك العلاجات النفسية المتعلقة ببناء الثقة وتعلم المهارات الاجتماعية أيضاً مهمة، كعلاج تكاملي لكل طفل بحسب اصابته وقدراته وكذلك توفر هذه الخدمات.

### آثار الأضطراب على الأسرة

تعتبر العناية بالطفل المصابة باضطراب فرط الحركة، وضعف التركيز من أصعب المهام التربوية للوالدين وبقية أفراد الأسرة، وكثير من الأحيان ما يؤدي التوتر والقلق المتعلق بالتعامل مع هذا الطفل إلى نزاعات بين الوالدين أو بين الوالدين، وبعض الأطفال الآخرين، وتثبت بعض الأبحاث أن الأداء الوظيفي لأحد الوالدين كثيراً ما يتأثر إما بتغيب مستمر أو بتغيير عمل متكرر، وهناك اسر قللت من نشاطها الاجتماعي وانعزلت بسبب إخراج الطفل المصابة لهم وهناك أمهات قررن عدم إنجاب طفل آخر، بسبب الإشغال الشديد والضغط الذي يسببه لهن هذا الطفل وأمهات يمضين الساعات الطوال في محاولة مساعدة الطفل دراسياً، لأنهن لا يدركن انه مصاب باضطراب يحتاج للعلاج ولرعاية خاصة محددة.

ولهذا تُنصح الأسر التي تعني بمثل هؤلاء الأطفال بالتعاون على تقديم الرعاية لهم، وإدراك أن الطفل ليس شقياً أو سيئاً لكنه يصعب عليه الاستجابة للأسرة لأنه تغلبه فرط حركته أو تشتيت انتباذه، وأن تأخذ الأم بالذات فترات راحة من الطفل بأن تخرج

لزيارة لوحدها أو تذهب بعيداً عن الطفل ولو لبعض ساعات، وكذلك الأب أو من يعنيه بالطفل غير الأم.

كما تظهر لدى بعض الأطفال في المراحل الدراسية المختلفة سلوكيات مزعجة ومشوّشة تؤثر على سير العمل في الفصل الدراسي، ويفسرها المعلمون غالباً على أنها تصرفات غير لائقة من طفل لا يشعر بالمسؤولية أو بعبارة أخرى "طفل مشاغب"، كمقاطعة الطفل لعمل المعلم وعدم إتمام واجباته أو حتى الحملة في أشياء ليست مرتبطة بالدرس.

ويستوجب إن يكون المعلم حذراً في تفسير سلوكيات هؤلاء الأطفال حيث أنها قد تكون مؤشراً في كثير من الأحيان لوجود اضطراب في الانتباه لدى الطفل، والتي قد تبرز بأشكال مختلفة ومتباعدة كمقاطعة عمل المعلم أو عدم القدرة على التركيز أو حتى التركيز أو حتى النشاط الزائد.

### **اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة**

هل تحدثت مع طفل ثم وجدت أنه لم يستوعب شيئاً مما قلت له، فلم تلبث أن قيمته بالغباء أو العته؟

هل رأيت طفلاً مفرطاً في النشاط لا يستقر في مكان مما قد يتسبب في إزعاج من حوله، أو هل رأيت طفلاً آخر يجري مسرعاً، خلف كرة في قارعة طريق مكتظ بالسيارات، فحكمت عليه بالطيش ورميت أهله بإهمال تأديبه وتربيته على رسركم، فالأمر ليس كما ظننت إن هذه علامات قد تدل على ما يعرف بنقص الانتباه (ADHD) والمصحوب أحياناً بفرط النشاط والاندفاعية، وهو اضطراب عصبي سلوكي نمائي (Neuro-developmental disorder)، تبلغ نسبته عالمياً 3-7٪ بين طلاب المدارس للمرحلة الابتدائية، كما أن 30-40٪ منهم يعانون في نفس الوقت من صعوبات التعلم. تدل الدراسات على إن 50٪ من الأطفال المراجعين لعيادات الأطفال النفسية يعانون من ADHD، كما يفوق انتشاره بين الذكور بنسبة 1:3 مقارنة بالإإناث، كذلك

فإن 60% من المصابين بنقص الانتباه وفرد الحركة يعانون من آثاره السلبية بعد سن البلوغ، وقد تستمر إلى مرحلة الرشد.

### كيف يشخص ADHD

إن الأم، أو مربية الحضانة، أو معلم المراحل الابتدائية، أو أخصائيو النطق في كثير من الأحيان هم أول من يتغطّن لضعف تركيز الطفل وسهولة تشتيته أو كثرة حركته في البيت أو المدرسة، ويتم تشخيص ADHD كلينيكيا (سريريا) من قبل الطبيب النفسي، أو طبيب الأطفال، أو الأخصائي النفسي المعالج، أو طبيب العائلة المتخصص، بالاستعانة أحياناً ببعض المقاييس المقننة ك Barkley Rating Scale أو Conner Rating Scale مع أهمية ملاحظة ومعاينة الأضطرابات الأخرى التي قد تسبب نوعاً من تششت الذهن أو فرط الحركة لدى الأطفال، مثل الصرع البسيط (Petit Mal Epilepsy)، ضعف حاسة السمع الناتج عن التهاب الأذن الوسطى المتكرر، الربو الشعبي، اضطرابات الغدة الدرقية، مرض السكر، صعوبات التعلم، اضطرابات القلق، التخلف العقلي، اضطراب التوحد، والاضطرابات المزاجية أو السلوكية عند الأطفال والراهقين،

لعل سائلاً يسأل، كيف لنا أن نتعرف على هذا الإضطراب؟

إنه يتميز بثلاث سمات رئيسية تؤثر سلباً على نمو المعرفي والنفسي والاجتماعي التواصلي قبل سن السابعة وتستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر:

1. نقص الانتباه (Inattention) هو ضعف التركيز أو عدم التركيز لفترات طويلة، أو سهولة تشتن الذهن بالمؤثرات المحيطة، مع كثرة أحلام اليقظة والسرحان وكثرة النسيان المتكرر، مما يؤثر على مستوى العلمي بالرغم من سلامة الطفل عقلياً.

2. فرط الحركة (Hyperactivity) الزائدة عن المعدل الطبيعي الخارجة عن سيطرته المصحوبة بنشاط دائم في البيت أو خارجه، كثرة الكلام والحديث المسترسل أو الأسئلة المتكررة، والتململ بسرعة خاصة من الأشياء المحسوسة

التي لا تستدعي تركيزاً ذهنياً أو غير ممتعة له، أو كثرة جريه في البيت أو لعبه بصوت مرتفع، كما يظهر في عدم استقراره في الفصل أو عدم انتضباطه في الطابور المدرسي.

3. الإنفعاعية (Impulsivity) أو التصرف دون ترير أو حساب لعواقب الأمور، مما قد يعرض الطفل إلى موقف محرجة أو خطيرة، كالجري خلف الكرة في الشارع المزدحم بالسيارات أو تسلق الأماكن المرتفعة.

ربما يؤدي شرود الذهن، وكثرة الغفلة والذهول عما يقوله المعلم إلى التدلي في التحصي الدراسي، وضجر المعلمين منه، وفي سن المراهقة لعل بعض المعلمين لا يبالي إذا رأى مراهقاً على هذه الشاكلة أن يوبخه، وقد يتعرض للعقاب المتكرر أو يهدد بالفصل من المدرسة.

وفي المقابل فإن كثرة الحركة والنشاط المفرط يجعل الطفل طائشاً شرساً لا يألفه أحد من زملائه بل ينفرون منه دائماً، ولا يفضلون اللعب معه إلا من كان على شاكلته، وقد يعيده بعضهم بالطفل المشاغب، كما إن الإنفعاعية خاصة في سن المراهقة قد تفضي إلى انحرافه سلوكياً وجنوحاً عن جادة الطريق، ولا عجب أن تسهم في تعاطيه للمسكرات والمخدرات ولا سيما المبهات.

## أسباب اضطراب ADHD

يعزو كثير من الباحثين أسباب اضطراب ADHD إلى عوامل بيولوجية ونفسية وإجتماعية، فلقد أظهرت بعض الدراسات أن 25٪ من والدي هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من ADHD في طفولتهم، كما إن نسبة توريثه قد تزيد عن 60٪ في كثير من الحالات، وفي دراسات أخرى لوحظ انخفاض في النشاط المخي، خصوصاً الفص الأمامي أو تعرض بعض خلايا المخ لنقص الأكسجين بسبب تعسر الولادة، أو الولادة المبكرة، للأطفال الخدج، كذلك فإن الإكثار من تناول السكريات قد يؤدي إلى النشاط الزائد و

ليس بالضرورة كونه سبباً مباشراً لفرط الحركة، كما إن تفكك الأسرة واضطرابها أو كثرة البناء من دون تربية أو ضعفها قد يسهم في الإصابة به.

## كيفية علاج ADHD

العلاج السلوكي المعرفي حيث يهدف هذا النوع من العلاج إلى:

1. إعانة الطفل على تقوية التركيز، وتقليل التشتت الذهني.
  2. تعديل السلوك الاندفاعي من خلال النظام والتدريب والوضوح والتدعم.
- مثال يضع المربى جدولًا مقسماً حسب أيام الأسبوع إلى خانات، يعلم في هذه الخانات بإشارة أو نقطة لكل عمل إيجابي يقوم به الطفل، كإنهائه الواجب المدرسي أو جلوسه بشكل هادئ أو مشاركته لأقرانه في اللعب بلا مشاكل، ثم تجمع النقاط في نهاية الأسبوع، فإذا بلغت النسبة المتفق عليها مع الطفل مسبقاً يكافأ عليها مكافأة رمزية أو معنوية، كما تضاف النقاط السلبية في نفس الجدول لكل سلوك منحرف يقوم به، وكل نقطة سلبية تزيل واحدة إيجابية أو تقصها، ثم تجمع النقاط السلبية ويحاسب عليها.
1. الإرشاد النفسي التربوي للوالدين والمعلمين والمرشدين الطلابيين في كيفية التعامل مع الطفل المبتلى بـADHD في البيت أو المدرسة.
  2. توفير المناخ التعليمي الخاص للحالات الشديدة، وإعانتهم في تحصيلهم العلمي في البيت وفي المدرسة.
  3. التأكيد على أهمية استمرارية النظام، حيث أن كثيراً منهم يحتاجون إلى نظام خارجي يساعدهم على تنظيم أوقاتهم وإنجاز واجباتهم.
  4. تدريفهم على المهارات الاجتماعية (Social Skills) المفقودة.
  5. العقاقير الطيبة.

قد يحتاج بعض المصابين بـADHD مع التأكيد على أهمية العلاج السلوكي والمعرفي، وتعاون الوالدين والمدرسة إلى الدواء على أنه بمثابة نظارة النظر، كي تساعده على تصحيح الرؤية.

1. المبهات (stimulants) وهي من أشهرها وأكفيتها مثل Concerta و Ritalin، حيث تعمل على تنشيط مراكز التنبه، والحد من الحركة الفرطة، مما يعين الطفل على التركيز والانضباط والقيام بواجباته.
2. من غير المبهات يعمل شبيهاً كسابقه، ولكن يستغرق 3-4 أسابيع حتى يظهر تأثير الدواء. Strattera
3. مضادات الإكتئاب ك Wellbutrin, TCA حيث تساعد في تحسين المزاج ورفع معنويات المصاب بنقص الانتباه و فرط الحركة، وتنمية تركيزه، والتي بدورها تسهم في تحسين الأداء العام.
4. Clonidine، حيث يساعد على تخفيف الاندفاعية والحركة المفرطة.



## **الفصل الرابع**

**الاضطربات والصعوبات التعليمية ونقص الاتباع لدى الطلاب وكيفية حلها**



## الفصل الرابع

# الاضطربات والصعوبات التعليمية

## ونقص الانتباه لدى الطلاب وكيفية حلها

### التعليم

ان مصطلح الصعوبات الخاصة بالتعلم هو مصطلح تربيو حديث، وقد تم تمييز الأفراد الذين يشملهم هذا المصطلح، كفئة من فئات التربية الخاصة، منذ عهد قريب نسبياً. كما ان أفراد هذه الفئة هم في العادة، أناس أسواء من حيث القدرات العقلية، عاديون أو ذو ذكاء مرتفع، ولا يعانون من إعاقات سمعية أو بصرية أو حرKitة أو انفعالية، ومع ذلك يعني هؤلاء الطلبة من صعوبات واضحة في اكتساب مهارات الاستماع أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة واستخدامها أو في أداء العمليات الحسابية. وتعد هذه الاضطرابات أساسية في الفرد، (يعنى أنها غير عارضة)، ويفترض أن تكون ناتجة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، وإذا حدث وظهرت صعوبات التعلم متلازمة مع حالات إعاقة أخرى، مثل (الإعاقة السمعية أو البصرية أو التخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي أو الاجتماعي)، أو متلازمة مع مؤثرات بيئية أخرى كالاختلافات الثقافية أو طرق التدريس غير المناسبة) فإن صعوبات التعلم، لا تكون نتيجة مباشرة لأثر هذه المؤثرات، أو لهذه المؤثرات غير المناسبة.

## **خصائص الطلبة الذين يعانون من صعوبات تعلم**

يمكن تصنيف الخصائص الرئيسية للطلبة الذين يعانون من صعوبات في التعلم، ضمن خمس مجموعات من الخصائص، وذلك كما يلي:

1- صعوبات في التحصيل الدراسي:

التخلف الدراسي هو السمة الرئيسية للطلبة، الذين يعانون من صعوبات في التعلم، فلا وجود لصعوبات التعلم بغير وجود مشكلة دراسية.

بعض الطلبة قد يعانون من قصور في جميع مواضع الدراسة، والبعض الآخر قد يعاني من قصور في موضوع واحد أو في موضوعين.

هذا ويمكن الإشارة إلى أبرز جوانب القصور في المواضيع الدراسية كما يلي:

أ) الصعوبات الخاصة بالقراءة: تعد صعوبات القراءة من أكثر الموضوعات انتشاراً بين الطلبة ذوي الصعوبات التعليمية، وتكمم المشكلة والمسيرات في عدم القدرة على التحكم في العمليات العقلية التالية:

- تركيز الانتباه على الحروف المطبوعة والتتحكم في حركة العينين خلال سطور الصفحة.

- التعرف على الأصوات المرتبطة بتلك الحروف.

- فهم معاني الكلمات وإعرابها في الجملة.

- بناء أفكار جديدة مع الأفكار التي يعرفها من قبل.

- اختزان تلك الأفكار في الذاكرة.

وتلك العمليات العقلية تحتاج إلى شبكة سليمة وقوية من الخلايا العصبية، لكي تربط مراكز البصر واللغة والذاكرة بالمخ، والطفل الذي يعاني من صعوبة القراءة يكون لديه اختلال في واحد أو أكثر من تلك العمليات العقلية التي يقوم بها المخ للوصول إلى القراءة السليمة، حيث تمثل هذه الصعوبات فيما يلي:

- حذف بعض الكلمات أو أجزاء من الكلمة المقررة، فمثلاً عبارة (سافرت بالطائرة) قد يقرأها الطالب (سافر بالطائرة).

- إضافة بعض الكلمات غير الموجودة في النص الأصلي إلى الجملة، أو بعض المقاطع أو الأحرف إلى الكلمة المقررة، فمثلاً كلمة (سافرت بالطائرة) قد يقرأها (سافرت بالطائرة إلى أمريكا).

- إبدال بعض الكلمات بأخرى قد تحمل بعضاً من معناها، فمثلاً قد يقرأ كلمة (العلية)، بدلاً من (المرتفعة) أو (الطلاب) بدلاً من (التلמיד) أو أن يقرأ (حسام ولد شجاع) وهكذا.

- إعادة بعض الكلمات أكثر من مرة بدون أي مبرر، فمثلاً قد يقرأ (غسلت الأم الشياب) فيقول (غسلت الأم، غسلت الأم الشياب).
  - قلب الأحرف وتبدلها، وهي من أهم الأخطاء الشائعة في صعوبات القراءة، حيث يقرأ الطالب الكلمات أو المقاطع معكوسة، وكأنه يراها في المرأة، فقد يقرأ كلمة (برد) فيقول (دربي) ويقرأ كلمة (رز) فيقول (زر)، وأحياناً يخطئ في ترتيب أحرف الكلمة، فقد يقرأ الكلمة (الفت) فيقول (فتل) وهكذا.
  - ضعف في التمييز بين الأحرف المتشابهة رسمياً، والمختلفة لفظاً، مثل (ع وغ) أو (ج وح وخ) أو (ب وث ون) أو (س وش) وهكذا.
  - ضعف في التمييز بين الأحرف المتشابهة لفظاً والمختلفة رسمياً مثل: (ك وق) أو (ت و د و ظ ض) أو (س و ز) وهكذا، وهذا الضعف في تميز الأحرف يعكس بطبيعة الحال على قراءته للكلمات أو الجمل التي تتضمن مثل هذه الأحرف، فهو قد يقرأ (توت) فيقول (دود) مثلاً، وهكذا.
  - قراءة الجملة بطريقة سريعة وغير واضحة.
  - قراءة الجملة بطريقة بطيئة كلمة كلمة.
  - ضعف في التمييز بين أحرف العلة فقد يقرأ الكلمة (فول) فيقول (فيل).
  - صعوبة في تتبع مكان الوصول في القراءة وازدياد حيرته، وارتباكه عند الانتقال من نهاية السطر إلى بداية السطر الذي يليه أثناء القراءة.
- ب) الصعوبات الخاصة بالكتابة، وتمثل هذه الصعوبات فيما يلي:
- يعكس الحروف والأعداد، بحيث تكون كما تبدو له في المرأة فالحرف (خ) مثلاً قد يكتبه، والرقم (3) يكتبه بشكل معقوس، وأحياناً قد يقوم بكتابة المقاطع والكلمات والجمل بأكمتها بصورة معكوسة من اليسار إلى اليمين، فتكون كما تكون في مرآة.

- يخلط في الاتجاهات، فهو قد بدأ كتابة الكلمات والمقطاع من اليسار، بدلًا من كتابتها كالمعتاد من اليمين، والفرق هنا عما سبق أن الكلمات هنا تبدو صحيحة بعد كتابتها، ولا تبدو معكosa كالسابق.
  - ترتيب أحرف الكلمات والمقطاع بصورة غير صحيحة، عند الكتابة، فكلمة (ربيع) قد يكتبها (ربيع) وأحياناً قد يعكس ترتيب الأحرف فكلمة (دار) قد يكتبها (راد) وهكذا.
  - يخلط في الكتابة بين الأحرف المشابهة فقد يرى كلمة (باب)، ولكنه يكتبها (ناب)، وهكذا.
  - يحذف بعض الحروف من الكلمة أو الكلمة من الجملة أثناء الكتابة الإملائية.
  - يضيف حرف إلى الكلمة غير ضرورية أو إضافة الكلمة إلى الجملة غير ضرورية أثناء الكتابة الإملائية.
  - يبدل حرف في الكلمة بحرف آخر، مثلاً (غـع) أو (بـن).
  - قد يجد الطالب صعوبة الالتزام بالكتابة على نفس الخط من الورقة.
  - وأخيراً فإن خط هذا الطالب عادةً ما يكون رديئاً بحيث تصعب قراءته.
- ج) الصعوبة الخاصة بالحساب، وتمثل هذه الصعوبات فيما يلي:
- صعوبة في الربط بين الرقم ورمزه، فقد تطلب منه أن يكتب الرقم ثلاثة فيكتب (4).
  - صعوبة في تمييز الأرقام ذات الاتجاهات المعاكسة مثل (6 - 2)، (7 - 8)، حيث قد يقرأ أو يكتب الرقم (6) على أنه (2) وبالعكس وهكذا بالنسبة للرقمين 7 و 8 وما شابه.
  - صعوبة في كتابة الأرقام التي تحتاج إلى اتجاه معين، إذ يكتب الرقم (3) مثلاً هكذا، وقد يكتب الرقم (4) هكذا، وقد يكتب (9) هكذا.
  - يعكس الأرقام الموجودة في الخانات المختلفة، فالرقم (25) قد يقرأ أو يكتبه (52) وهكذا.

- صعوبة في إتقان بعض المفاهيم الخاصة بالعمليات الحسابية الأساسية كالجمع، والطرح، والضرب، والقسمة، فالطالب هنا قد يكون متمكناً من عملية الجمع أو الضرب البسيط مثلاً، ولكنه مع ذلك يقع في أخطاء تتعلق ببعض المفاهيم الأخرى المتعلقة بالقيمة المكانية للرقم (آحاد - عشرات) مثلاً وما شابه ذلك، وعلى سبيل المثال، فقد قام أحد الطلبة بجمع  $25 + 12 = 01$  وعند الاستفسار منه تبين أنه قام بجمع الأرقام  $5 + 2 + 2 + 1$  فكان الجواب 10 ولكنه قام بكتابة هذا الرقم بالعكس فكتب (1).

فالطالب هنا يقوم بالجمع بطريقة صحيحة، لكنه يخلط بين منزلتي الأحد والعشرات مثلاً.

## 2- صعوبة في الإدراك الحسي والحركة:

تنقسم هذه الصعوبات إلى ثلاثة مجالات رئيسية، هي:

## أ- صعوبات في الإدراك البصري:

بعض الطلبة الذين يعانون من مشكلات في الإدراك البصري يصعب عليهم ترجمة ما يرون، وقد لا يميزون العلاقة بين الأشياء، وعلاقتها بأنفسهم، بطريقة ثابتة، وقابلة للتتبؤ، فالطالب هنا لا يستطيع تقدير المسافة والزمن اللازم لقطع الشار بطريقة آمنة، قبل أن تصدمه سيارة، ويرى الأشياء بصورة مزدوجة ومشوشة، وقد يعاني من مشكلات في الحكم في حجم الأشياء، (حجم الكرة التي يقذفها الرامي نحوه مثلاً).

ويهانِي هؤلاء الطلبة أيضاً من ضعف الذاكرة البصرية، فهم قد لا يستطيعون أن يتذكروا الكلمات التي سبق أن شاهدوها، وعندما ينسخون شيئاً فهُم يكررون النظر إلى النموذج الذي يقومون بنسخه، إضافة إلى ذلك يعانون كثيراً من الطلبة من مشكلات في تمييز الشكل عن الأرضية، أو في أن يرتبوا الصور التي تحكي قصة معينة ترتيباً متسللاً، أو في عقد مقارنة بصرية، أو في إيجاد الشيء المختلف الذي لا ينتمي إلى المجموعة، كما أنهم يستجيرون للتعليمات اللفظية، بصورة أفضل من التعليمات البصرية.

### **ب- صعوبات في الإدراك السمعي:**

في هذا المجال يعاني الطلبة من مشكلات في فهم ما يسمعونه، وفي استيعابه، وبالتالي فإن استجابتهم قد تتأخر، وقد تحدث بطريقة لا تناسب مع موضوع الحديث، أو السؤال، وقد يخلط الطالب بين بعض الكلمات التي لها نفس الأصوات، مثل جبل - جمل - أو لحم لحن، إضافة إلى ذلك، فإنه قد لا يربط بين الأصوات البيئية ومصادرها، وقد يعاني من صعوبات في تعرف الأضداد (عكس الكلمة)، وقد يعاني من مشكلات في تعرف المشكلات المتشابهة، وقد يشتكي كثير من تداخل الأصوات، حيث يقوم بتغطية أذنيه باستمرار، ومن السهل تشتيت انتباذه بالأصوات.

فضلاً عن ذلك، فهو قد لا يستطيع أن يعرف الكلمة إذا سمع جزءاً منها، ويجد صعوبات في فهم ما يقال له همساً أو بسرعة، ويعاني من مشكلات في التذكر السمعي، وإعادة سلسلة من الكلمات أو الأصوات في تتبعها، كما قد يجد صعوبات في تعلم أيام الأسبوع والفصول والشهور والعناوين وأرقام الهواتف وتهجئة الأسماء.

### **ج- صعوبات في الإدراك الحركي والتآزر العام:**

فهو يرتعش بالأشياء ويريق الحليب، ويتعثر بالسجادة، وقد يجد مختل التوزان، ويعاني من صعوبات في المشي، أو ركوب الدراجة، أو لعب الكرة، وقد يجد صعوبة في استخدام أقلام التلوين، أو المقص، أو في (ترزير) ثيابه، من ناحية، أخرى قد يخلط هذا الطالب بين اتجاه اليمين واتجاه اليسار ويعاني من عدم الثبات في استخدام يد معينة، أو قدم معينة، وقد يعاني من الخلافية (تفضيل استخدام اليد اليمنى مع القدم اليسرى أو العكس)، وقد يعاني من ارتعاش بسيط في اليدين، أو الأصابع أو الأقدام، فضلاً عن ذلك، فقد يضطرب الإدراك عند بعض الطلبة، بخصوص الاتجاهات الستة: فوق - تحت - يمين - يسار أمام - خلف.

### **3- اضطرابات اللغة والكلام:**

يعاني كثير من ذوي الصعوبات التعليمية من واحدة أو أكثر من مشكلات الكلام واللغة، فقد يقع هؤلاء الطلبة في أخطاء تركيبية ونحوية، حيث قد تقتصر إجاباتهم على

الأسئلة بكلمة واحدة لعدم قدرتهم على الإجابة بجملة كاملة، وقد يقومون بحذف بعض الكلمات من الجملة، أو إضافة كلمات غير مطلوبة، وقد لا يكون تسلسل الجملة دقيقاً، وقد يجدون صعوبة في بناء جملة مفيدة، على قواعد لغوية سليمة.

من ناحية أخرى، فإنهم قد يكثرون من الإطالة والالتفاف حول الفكرة، عند الحديث، أو رواية القصة، وقد يعانون من التعلم، أو البطء الشديد في الكلام الشفهي، أو القصور في وصف الأشياء، أو الصورة، أو الخبرات، وبالتالي عدم القدرة على الاشتراك في محادثات، حول موضوعات مألوفة، واستخدام الإشارات بصورة متكررة للإشارات على الإجابة الصحيحة، فضلاً عن ذلك، فقد يعاني هؤلاء الطلبة من عدم الكلام، (حذف أو إضافة بعض الأصوات)، وتكرار الأصوات بصورة مشوهة أو محرفه.

#### 4- صعوبات في عمليات التفكير:

لاحظ الباحثون أن الطلبة الذين يعانون من صعوبات في التعلم، تظهر لديهم دلالات، تشير إلى وجود صعوبات، في عمليات التفكير لديهم، فهؤلاء الطلبة قد يحتاجون إلى وقت طويل، لتنظيم أفكارهم قبل أن يقوموا بالاستجابة، وقد يكون لديهم القدرة على التفكير الحسي، في حين قد يعانون من ضعف في التفكير المجرد، وقد يعاني هؤلاء الطلبة من الاعتماد الزائد على المدرس، وعدم القدرة على التركيز، والصلابة، وعدم المرونة، وعدم إعطاء الاهتمام الكافي للتفاصيل، أو لمعانى الكلمات، والقصور في تنظيم أوقات العمل، وعدم اتباع التعليمات، وعدم تذكرها، كما أنهم قد يعانون من صعوبات في تطبيق ما يتعلمونه.

#### 5. خصائص سلوكية:

كثير من الطلبة المصابين بصعوبات في التعلم يعانون من نشاط حركي زائد، فالطالب هنا يبقى متلملماً مشحوناً بالحركة، ويحوم كثيراً، وبالتالي فإن من الصعب السيطرة عليه، هذا الطالب لا يستطيع مقاومة الإثارات الغريبة عن الموقف، فإذا سمع صوتاً خارج الصف كان يكون صوت سيارة، أو صوت طائرة، يهرب إلى النافذة.

والمشكلة هنا أن هذا الطالب يجد صعوبة في التركيز على ما هو مهم من المثيرات، كما أنه يجد صعوبة في المحافظة على تركيز انتباهه لفترة كافية من الوقت، وهذا يحد من قدرته على التعلم، وعلى العكس من هذا الطالب، نجد طلاباً آخرين يعانون من الخمول، وقلة النشاط، وهؤلاء الطلبة يبدون طيبين، ومسايرين، ونادراً ما ينفلت منهم زمام غضبهم، وهؤلاء تجدهم بليدين، فاتري الشعور، ولا يتسمون بالفضول، أو اللهفة، او الاستقلالية: كما أنهم يتسمون بنشاط منخفض بشكل عام، فالدافعية عندهم منخفضة، ومدة انتباهم قصيرة، لأن من العسير شد انتباهم، وهذا النوع من صعوبات التعلم: (الخمول في النشاط) هو شكل أقل شيوعاً من حالت النشاط الحركي الزائد.

- الطلبة الذين يعانون من صعوبات في التعلم، هم في الأساس مجموعة غير متجانسة من الطلبة، ولا يتشابهون تماماً، فليس هناك عرض واحد، وإنما مجموعة من الأعراض، وهذه الأعراض أو الخصائص قد تظهر بصور مختلفة، عند الطلبة المختلفين، يعني أنه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الصعوبات والخصائص، في طالب واحد، وإنما قد يظهر جزء منها في طالب، وجزء منها في طالب آخر.

- مصطلح صعوبات التعلم مختلف عن مفهوم التأخر الدراسي، او بطء التعلم، إذ على الرغم من أن السمة الغالبة على الطلبة الذين يعانون صعوبات في التعلم هي التأخر الدراسي، إلا أن المتأخرین دراسياً قد لا يعانون بالضرورة من صعوبات في التعلم، فأسباب التأخر الدراسي كثيرة، وأحد هذه الأسباب هو صعوبات التعلم.

- هذه الصعوبات والخصائص التي قمت الأشارة إليها سابقاً هي أخطاء شائعة جداً في المراحل المبكرة، من عمر الطفل العادي، وبالتالي فإنها تعد طبيعية في ذلك العمر، وما يميز وجودها لدى الطلبة ذوي الصعوبات التعلمية، هو أنها تستمرة لديهم حتى سن متقدمة، إذا لم تعالج.

- كلما كان التدخل والعلاج التربوي مبكراً أكثر، كان ذلك أفضل.

- هذه قاعدة صحيحة تماماً، في العمل مع ذوي صعوبات التعلم.
- ما يميز الطلبة الذين يعانون صعوبات في التعلم هو التباين الواضح لديهم، بين مستوى تحصيلهم الدراسي الفعلي، واستعداداتهم وقدراتهم العقلية الكامنة.
- هناك تفاوت في تقدير نسبة انتشار صعوبات التعليم، ولكن أفضل التقديرات تشير إلى أن هناك ما بين 1 - 3٪ من طلبة المدارس يعانون من مثل هذه الصعوبات التعليمية، علماً بأن انتشار هذه الصعوبات بين الذكور، أكثر من انتشارها بين الإناث.
- أخيراً فإن الطالب ذا الصعوبات التعليمية طالب ذكي، ويعرف أنه يخطئ فيصاب بالاحباط، وأنه يعيش في بيئة لاتفهم جيداً نفسه مبعداً عما يدور حوله مع قلة الفرص المتاحة للتقدم.

### **إرشادات للمعلمين والأباء**

في حالة اكتشاف طالب يعاني من هذه الصعوبات في صفك حاول:

- 1- التعاون مع معلم التربية الرياضية في المدرسة؛ بحيث يتم التركيز مع هذا الطالب على ألعاب التوازن، والألعاب التي لها قواعد ثابتة، والألعاب التي تقوي العضلات، والحركات الكبيرة كالكرة، والألعاب التي تعتمد على الاتجاهات.
- 2- استخدام طريقة التعليم الفردي قدر الإمكان مع الطالب.
- 3- شرح هذه الصعوبات لأسرة الطالب، لأن تعانون الأسرة وتجاوبيها وفهمها من النسبة الأكبر في نجاح البرامج العلاجية لهذا الطالب.
- 4- تعرف على مختلف مظاهر المقدرة، والعجز عند الطالب، وفي هذا المجال، فإن الأخطاء التي يقع بها الطالب، لها أهمية خاصة، حيث أن تحليل هذه الأخطاء يفيدنا كثيراً في تبيان جوانب الضعف، وفي تعرف نمط الأخطاء التي يقع بها الطالب، وبالتالي تفيدنا في رسم البرنامج العلاجي.

- 5- تجنب أي احتمال يؤدي إلى فشل الطالب، وفي هذا المجال يمكننا العودة إلى المستوى الذي سبق إحساس الطالب بوجود صعوبة لديه، أي حين كان التعلم ما يزال سهلاً بالنسبة له، ومن ثم نبدأ ببطء، مواصلين التشجيع، والإطراء على الأشياء التي يفهمها جيداً، والهدف هو إزالة التوتر عنه.
- 6- أن يكون لديك كمعلم الإمام الكافي بالمهارات الأساسية القبلية الازمة لكل مهارة؛ فالانتباه، ومعرفة الاتجاهات، ومعرفة التشابه والمختلف من الأصوات والأشكال، وما شابه ذلك، كلها مهارات قبلية لازمة، ينبغي أن يتلقنها الطالب، قبل أن نبدأ بتعليمه مهارات أخرى أكثر تعقيداً.
- 7- تزويد الطلاب ببرنامج يومي، أسبوعي شامل يوضح المهام والواجبات، التي على الطالب إنجازها خلال ذلك الأسبوع؛ لأن كثيراً من هؤلاء الطلبة يجدون صعوبة في تنظيم أوقاتهم.
- 8- استغلال حصة النشاط في داخل الصف بإعطائه مسؤوليات محدودة، مثل عمل مشروع معين، أو إعطائه مهمة معينة؛ تساعد على تنمية الاتجاهات، تتضمن المطابقة، ومعرفة أوجه التشابه والاختلاف، ما شابه ذلك.
- 9- تشجيعه ومدحه على الأشياء التي يعملها بصورة صحيحة، ركز دائماً على النقاط الإيجابية في إنجازه، وأشعره بتقديرك له الجهد الذي بذله.
- 10- مساعدته بأن تضع إشارة مميزة على الجهة اليمنى من الصفحة لإرشاده من أين يبدأ، سواء في القراءة أو الكتابة تذكر أن هذا الطالب يعاني من صعوبة في تميز الاتجاهات.
- 11- اعتماد مبدأ المراجعة دائماً للدروس السابقة، فهذا سيساعد على زيادة قدرته على التذكر، وسيساعد كل طلاب الصف أيضاً.
- 12- تشجيعه على العمل ببطء، وإعطاؤه وقتاً إضافياً في الاختبارات.
- 13- تشجيعه على استعمال وسائل ومواد محسوسة، في العمليات الحسابية، كذلك المسجل في حالة إلقاء الدرس.

- 14- تشجيعه على النظر للكلمات بالتفصيل، لمساعدته على تمييز أشكال الأحرف، التي تتكون منها هذه الكلمات.
- 15- إعطاؤه قوانين محددة، وثابتة تتعلق بطريقة الكتابة، وهذا يساعدته على الإملاء.
- 16- قراءة ما يكتب على اللوح بصوت عالي.
- 17- تقليل المشتتات الصحفية قدر الإمكان.
- 18- جربوا كل شئ ما عدا الإزدراء والتوبخ.

### **علاقة صعوبات التعلم النمائية بالأكاديمية**

من أجل لتوضيح علاقة صعوبات التعلم الأكاديمية بالصعوبات النمائية، سيتم عرض المثال التوضيحي التالي:

- رامي طفل عمره 9 سنوات، ويدرس في الصف الرابع الابتدائي، وتم تحويله للتقدير لأنّه لم يتمكن القراءة، فعدم القراءة قد تنتج عن تخلف عقلي أو قصور بصرى واضح أو ضعف سمعي، ولاستبعاد هذه الاحتمالات تم فحص الطالب في هذه المجالات جميعها، وقد كانت حدة إيقاعاته ضمن المعدل الطبيعي، وقد أوضح التخطيط السمعي وجود قدرات سمعية عادية، وقد كان عمره العقلي حسب اختبارات الذكاء مساوً لعشر سنوات، وهو يحضر إلى المدرسة بشكل منتظم منذ كان عمره 6 سنوات، وقد كان تحصيله في العمليات الحسابية في مستوى الصف الرابع الابتدائي، ولكن مستوى درجته في القراءة كان منخفضاً عن مستوى الصف الأول الابتدائي. مما يظهر تبايناً بين ذكائه، وقدراته اللغوية وأدائه في الحساب بشكل عام وبين قدراته على القراءة بشكل غير كاف.

- السؤال المهم هو: ما هي القدرة أو قدرات التعلم النمائية التي يعاني الطفل من تأخير فيها أو ما هي المهارات (المتطلبات السابقة لتعلم القراءة) التي لم تنمو أو

لم تعمل بدرجة مناسبة؟ ما الذي منع الطفل من تعلم القراءة باستخدام طرق التعليم المستخدمة مع العاديين؟

- لقد كشفت عملية التقييم أن الطالب يجد صعوبة في قدرتين من القدرات النمائية، وهما:

- صعوبة في تركيب وجمع الأصوات، حيث قدمت للطالب كلمة مكونة من 3 أحرف ج - ل - س، إلا أنه لم يكن قادرًا على جمع هذه الأصوات الثلاثة في كلمة واحدة.

- صعوبة في الذاكرة البصرية، إذ لم يتمكن الطفل من إعادة الكلمة عرضت عليه بصرياً من الذاكرة، فعلى سبيل المثال كتبت كلمة حصان على السبورة، وقد أخبر الطفل بأن الكلمة هي حصان، ومن ثم مسحت الكلمة، وطلب من الطفل أن يكتب الكلمة التي كانت مكتوبة على السبورة من الذاكرة، وقد كررت العملية 7 مرات قبل أن يتمكن الطفل من كتابة الكلمة من الذاكرة، وفي ضوء ذلك تم افتراض أن صعوبات التعلم النمائية المتمثلة في ضعف توليف الأصوات (إدراك سمعي)، وفي ضعف التصور (ذاكرة بصرية) هي التي تمنع الطفل من تعلم القراءة، ومن خلال التدريب المكثف تم تعليم الطفل استخدام جمع الأصوات، وتشكيلها باستخدام الطريقة الصوتية في تعلم القراءة، وكذلك تطوير التصور في معرفة الكلمات المرئية، وتطوير هاتين القدرتين في مهمة القراءة تعلم الطفل هذه المهمة.

## **الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات الانتباه.**

هناك بعض الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات الانتباه، وسوف نوجزها فيما يلي:

### **أولاً: الاضطرابات السلوكية:**

تنتشر الاضطرابات السلوكية بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه خاصة السلوك العدواني؛ حيث يؤدي هذا السلوك إلى اضطراب في علاقتهم الاجتماعية بالآخرين، وبالتالي فإنهم يعجزون عن التكيف مع البيئة المحيطة بهم.

ولقد أجرى بيدرمان وأخرون دراسة هدفت إلى التعرف على معدل انتشار بعض اضطرابات الانتباه، وقد توصلت الدراسة إلى أن الاضطرابات السلوكية تنتشر بين (50٪) من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه.

كما أجرت ماريا وأخرون دراسة هدفت إلى التعرف على مدى انتشار كل من: اضطرابات الانتباه، والاضطرابات السلوكية والانفعالية بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم، وتوصلت الدراسة إلى أن حوالي (30٪) من هؤلاء الأطفال لديهم اضطرابات في الانتباه، وأن أكثر الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات الانتباه هي الاضطرابات السلوكية.

وتمثل أهم الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها ذوي اضطرابات الانتباه في الآتي:

1. مشكلات في تفاعلاتهم مع أقرانهم.
2. عجز مهارات الاتصال الاجتماعي.
3. الافتقار إلى التنظيم الانفعالي
4. لتحيرات المعرفية والاجتماعية.
5. مشكلات في الذاكرة والعمليات الإجرائي
6. الاندفاعية.
7. الجمود والتصلب السلوكى

## **ثانياً: اضطرابات الانفعالية..**

- كثيراً ما يتلازم اضطراب الانتباه لدى الأطفال بالاضطرابات الانفعالية، خاصة القلق والاكتئاب، ولقد بين بيدرمان وأخرون أن هناك نسبة كبيرة تصل إلى (75٪) من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه لديهم اكتئاب، و(25٪) منهم لديهم قلق عصبي.

- كما توصلت دراسة نوسباوم وآخرون إلى أن السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها الأطفال مفرطيا النشاط الحركي، تؤدي إلى رفضهم الاجتماعي من الأقران، وأن هذا الرفض الاجتماعي يؤدي إلى عزلتهم الاجتماعية، ولذلك فإنهم دائماً يشعرون بالوحدة النفسية، والقلق، والاكتئاب.

- في حاولة للتعرف على إذا كانت اضطرابات الانفعالية سبباً أو نتيجة لاضطراب الانتباه لدى الأطفال، قام بليزكا بدراسة استهدفت معرفة مدى الاستجابة للعلاج لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه، ويلازمهم اضطراب انفعالي آخر، وقد تكونت عينه الدراسة من مجموعتين من الأطفال، الأولى كانت تعاني من اضطراب الانتباه، ويلازمها قلق، والثانية تعاني من اضطراب الانتباه بدون قلق، وقد توصلت التائج إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه والمصحوبة بقلق لا يستجيبون للعلاج، بينما استجاب أطفال المجموعة الثانية للعلاج، وعندما قام الباحث بعلاج القلق لدى أفراد المجموعة الأولى وجد أن أعراض اضطراب تختفي تلقائياً، مما يشير إلى أن اضطراب الانتباه لدى أفراد هذه المجموعة كان عرضاً للقلق.

## **ثالثاً: اضطراب النوم:**

يتشر اضطراب النوم بين الأطفال المصابين باضطرابات الانتباه، مما يجعلهم يشعرون دائما بالإرهاق، ونظراً لأن هذا الإرهاق يؤثر على الكفاءة الانتباهية، لذلك قام بعض الباحثين بدراسة طريقة نوم الأطفال وفحص طبيعة العلاقة بين اضطراب النوم،

وأضطرابات الانتباه، وتوصلت تلك الدراسات في جملها إلى اضطراب النوم ينتشر بنسبة (81٪) بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه.

### **سمات ذوي اضطرابات الانتباه**

من خلال مراجعه أدبيات البحث التربوي والدراسات والبحوث السابقة في إطار اضطرابات الانتباه يمكن تحديد بعض من أهم سمات الأفراد ذوي اضطرابات الانتباه على أنهم ذوي:

1. مركز تحكمهم خارجي: فهم يعزون أسباب النجاح والفشل عند التعامل مع المهام والماضي المختلفة إلى عوامل خارجية تمثل في البيئة الخارجية المحيطة بهم، كما أنهم يعزون فشلهم الأكاديمي، كذلك إلى عوامل ترتبط بنقص القدرة على بذل مزيداً من الجهد وقلة القدرات والإمكانات العقلية، كما أنهم يرون أن إمكاناتهم وقدراتهم محدودة نتيجة لتأثير عامل الوراثة.

2. نمط دافعيتهم خارجي: حيث يتسم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الانتباه بأنهم يفضلون التوجه الدافعي القائم على الأداء- إحجام، أي أنهم يتسمون بنمط دافعي خارجي قائم على التعلم من أجل تحقيق الدرجات التحصيلية دون السعي إلى الفهم أو إتقان المادة المعلمة، فالدرجة لديهم تمثل هدف في حد ذاتها، كما أنهم لا يسعون إلى الدخول في منافسات تظهر قدراتهم المحدودة، ومن ثم فهم يتتجنبون المهام الصعبة التي تظهر قدراتهم أمام الآخرين، كما أنهم يسعون إلى استخدام محركات المقارنة بالآخرين.

3. أسلوب تعلمهم سطحي: حيث يتسمون بأنهم ذوي أسلوب تعلم سطحي قائم على المعالجة السطحية للمعلومات والمهام التي يتعاملون معها، حيث توصلت دراسة براند إلى أن (80٪) التلاميذ ذوي اضطرابات الانتباه مفرطين النشاط يفضلون أسلوب التعلم السطحي طبقاً لنموذج انتوستل.

4. فعالية ذواتهم منخفضة: هم يتسمون بفعالية ذات منخفض، ويظهر صدى ذلك في أنهم يعانون من نقص واضح في بذل الجهد، بالإضافة إلى أنهم ليس لديهم الإصرار والتحدي، للتغلب على العقبات التي تواجههم، كما يظهر تأثير ذلك في توكيدهم المنخفض لذواتهم.

5. قدرتهم التكيفية محدودة: يتصفون كذلك بأن قدرتهم على التكيف مع التغيرات والمثيرات البيئية المحيطة تتسم بالحدودية، ويظهر ذلك بوضوح في أن تصوراتهم لبيئات التعلم على أنها بيئات غير مشجعة على التعلم، بالإضافة إلى أنهم يرفضون أساليب التدريس التقليدية.

6. يشير بروفي إلى أن التلميذ ذوي فرط النشاط تظهر عليه بعض الأعراض منها:

- تصدر منه مستويات من النشاط المرتفع في مواقف لا تتطلب ذلك.
- غير قادر على كبح جماح نشاطه.

## ضعف العلاقات الاجتماعية

أن الأطفال ذوي صعوبات الانتباه مع فرط النشاط يعانون من مجموعة من المشكلات منها أنهم لا يحسنون التعامل مع الآخرين، كما أنهم غير مقبولين من الجماعة، وغير متعاونين وليس لديهم أصدقاء كثيرون، وتؤدي تلك السلوكيات الغير مرغوبة التي يقوم بها مضطرب الانتباه إلى الرفض الاجتماعي من الآخرين، وينعكس ذلك بوضوح في قدرتهم على التكيف الاجتماعي:

### 1- انخفاض مفهوم الذات:

يتصنف ذوى اضطرابات الانتباه بالانخفاض مفهوم الذات لديهم وذلك نتيجة للأحباطات المتكررة التي يتعرضون لها، كما توصلت العديد من الدراسات أن حوالي (70٪) من الطلاب الذين يعانون من صعوبات الانتباه مع الإفراط في النشاط يعانون من نقص مفهوم الذات، أو أنهم ذوى مفهوم ذات سالب.

## 2- السلوك العدوانى:

يتصف ذوى اضطرابات الانتباه وخصوصاً ذوى النشاط الزائد بالسلوك العدوانى بدنياً ولفظياً مع كل من يتعاملون معهم، كما أنهم لا يهتمون بأثر هذا السلوك على الآخرين، ويتمثل السلوك العدوانى في:

- التحدث بصوت مرتفع.
- إحداث ضوضاء داخل حجرات الدراسة.
- الحركات العصبية عشوائية وغير منتظمة.
- صعوبة الاستقرار في مكان واحد لفترات طويلة من الوقت.
- الانشغال بأشياء مزعجة كالسقوط من على المعد.

## 3- المشكلات المعرفية:

يعانى ذوى اضطرابات الانتباه من مشكلات معرفية مختلفة لعل أهمها يتمثل في:

- عدم القدرة على تنظيم السلوك تجاه الحاضر والمستقبل والأهداف، وصعوبة التكيف السلوكي.  
- القدرة على التنظيم الذاتي للمعلومات والمعرف المختلفة التي يتفاعل معها الطفل.  
- ضعف في مهارات حل المشكلات.  
- صعوبة في تمييز المعلومات وتشفيتها داخل الذاكرة.  
- صعوبة التنظيم وتصنيف المعلومات الواردة وصعوبة معالجتها.  
كما يحدد كل من أحمد أحمد عواد و موفق سعيد الخطيب بعض من خصائص الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه وقلة التركيز، فالطفل غالباً ما:

- ينفق في الانتباه إلى التفاصيل أو يقوم بارتكاب أخطاء نتيجة عدم الاتزان.
- يتتجنب أو لا يحب المهام التي تتطلب جهود عقلية متواصلة.
- يواجه صعوبات في تنظيم العمل والنشاط.
- يواجه صعوبة في استمرار الانتباه للمهام المطلوبة.
- يبدو غير مصنف عندما يتم التحدث إليه مباشرة.
- يفقد الأشياء الضرورية التي تتطلبها الأنشطة أو المهام.
- لا يتبع التعليمات وينفق في إنهاء المهام.
- يرتكب عندما يتدخل أي مثير طارئ.

- ينسى الأنشطة اليومية.

وقد سعى العديد من الباحثين والعلماء إلى تحديد الخصائص السلوكية للأطفال ذوي صعوبات الانتباه مع فرط النشاط من مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ على النحو التالي:

1- مرحلة الطفولة المبكرة:

من الخصائص المميزة لاضطرابات الانتباه والحركة المفرطة في مرحلة الطفولة المبكرة ما يلي:

- اضطرابات النوم.

- البكاء والصياح بصوت مرتفع.

- سرعة الاستئارة، والغضب.

- الحركة المفرطة.

- التي سيتم استعراضها لاحقاً بشيء من التفصيل.

2- مرحلة ما قبل المدرسة:

ومن المظاهر السلوكية المصاحبة لاضطرابات الانتباه في مرحلة ما قبل المدرسة ما يلي:

- العنف في التعامل مع الأشياء والآخرين.

- زيادة في اضطرابات النوم.

- سرعة التغيير المزاجي.

- تصلب الرأي وعدم الانصياع للأوامر.

- قصر مدة الانتباه.

- مشكلات في الكلام واللغة، حيث يوصف الكلام في تلك المرحلة بأنه لا

يتلاءم والعمر الزمني والعقلي للطفل، وانه غير متناسق ومفهوم وغير متراوط.

- مشكلات في التكيف مع أقرانه مما يساعد على زيادة السلوك العدواني والعنف.

3- مرحلة المدرسة:

تستمر المظاهر السلوكية لمرحلة ما قبل المدرسة مع الطفل، حتى مرحلة المدرسة،

لكنها تأخذ شكلاً أكثر حدة وأكثر وضوحاً لما تتطلبها تلك المرحلة من الجلوس بهدوء

لفترات زمنية طويلة والتعامل مع الواجبات المترتبة تلك التي تتطلب التركيز والانتباه، إضافة إلى التعاون مع الزملاء والمشاركة في الأنشطة المدرسية وأداء الواجبات والتکليفات المختلفة.

ونتيجة لما يتميز به الطفل من الانشغال وعدم الانتباه وعدم الانصياع للأوامر والتوجيهات، ومقاومة القوانين واللوائح المدرسية، تزداد مشكلاته في المدرسة، ولقد أشار باركلى أن ما بين 30 - 50 % من هؤلاء الأطفال من تراوح أعمارهم ما بين 7 - 10 سنوات تصدر عنهم أشكال مختلفة من اضطرابات التصرف والسلوك المعادي للمجتمع، مثل الكذب والسرقة ومعاداة السلطات، إضافة إلى أن حوالي 25 % منهم يتشاجرون مع أقرانهم بشكل متكرر.

#### 4- مرحلة المراهقة:

تنخفض حدة الحركة المفرطة في مرحلة المراهقة في حين تبقى مشكلات الاندفاع وقصور الانتباه على درجتها من الحدة وتزداد حصيلة المراهق في هذه المرحلة من خبرات الإخفاق والفشلتمثلة في الفشل الدراسي، والفشل في إقامة علاقات اجتماعية سوية، مما يزيد من حدة السلوك المعادي والمضاد للمجتمع، ورغبة من المراهق في أن يكون مقبولاً اجتماعياً فإنه يبحث عن أقران بخصائصه السلوكية، ومن هنا تنشأ الجماعات الإرهابية والإجرامية المختلفة.

ويضيف فتحي الزيات أن هناك أنماط سلوكية مميزة للطفل مفرط النشاط تتمثل في العلاقات مع الآخرين على النحو التالي:

- ينزع إلى السيطرة والاستبداد بمن حوله بشكل زائد.
- يجد رضاً ونبذاً من الآخرين بشكل مستمر.
- لا يستطيع تكوين صداقات.
- يتشارج مع غيره من الأطفال دون تحريض أو استفزاز.
- تصرفاته وعاداته مزعجة وحادة الطبع.

## 5- مرحلة الرشد:

لقد أشار باركلي إلى أن أعراض اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة تبقى خلال مرحلة الرشد لدى أكثر من نصف عدد الذين كانوا يعانون من هذه الاضطرابات خلال مرحلة الطفولة، وأن ما بين 10 - 20٪ منهم فقط يصلون إلى مرحلة الرشد دون أن يعانون من مشكلات أو اضطرابات نفسية، كما أن حوالي 25٪ من الراشدين يظهرون أنهاطاً مختلفة من السلوك المعادي للمجتمع، وأن 50٪ منهم يلجئون إلى المخدرات والكحوليات والمكيفات وشرب السجائر، ومن أهم الصفات التي يتتصف بها مضطرب الانتباه في تلك المرحلة ما يلي:

1. السلوك العدواني.
2. ضعف الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية مع الآخرين.
3. تقلب الحالة المزاجية.
4. مفهوم الذات منخفض.
5. لديهم عجز متعلم.
6. نقص الدافع للإنجاز.
7. إشاعة الفوضى داخل الجماعة التي ينتمون إليها.
8. عدم الاهتمام بالعمل وكثرة الغياب والمشاحنات مع الزملاء والمديرين.

## كيفية علاج اضطراب الانتباه

هناك عدد من الطرق لعلاج اضطراب الانتباه أهمها:

### أولاً: العلاج الطبي:

إن اضطرابات الانتباه تعود في المقام الأول إلى اختلال في التوازن الكيميائي في الوصلات العصبية بالمخ، أو في التنشيط الشبكي لوظائف المخ، لذلك فإن العلاج الكيميائي الذي يستخدم من خلال العقاقير الطبية يهدف إلى إعادة التوازن الكيميائي لهذه الوصلات العصبية، حيث أنه

يزيد من الكفاءة الانتباهية لدى الطفل، كما أنه يؤدي إلى زيادة قدرته على التركيز، ويقلل من مستوى الاندفاعة والعدوان، والنشاط الحركي المفرط.

ولكن العلاج بالعقاقير الطبية لا يكون فعالاً مع جميع الحالات' حيث نجد أن الأطفال المصابون بهذا الاضطراب، لأسباب تتعلق بتلف في المخ لا يستجيبون للعلاج الكيميائي، وعلى الرغم من ذلك فإن العلاج بالعقاقير الطبية يمثل علاجاً فعالاً في بعض حالات اضطرابات الانتباه، إلا أن له بعض الآثار الجانبية التي تظهر على الطفل مثل: الأرق، والخمول، والميل للنوم، فقدان الشهية للطعام والصداع، وألام البطن، والرعشة، وتقلب الحالة المزاجية لدى الطفل، ولكن هذه الأعراض تزول تلقائياً وبالتدريج بعد أسبوع أو أسبوعين من بدء العلاج، كما أن بعضها الآخر يمكن التغلب عليه من خلال تنظيم وقت استخدام هذه العقاقير، فمثلاً الأدوية التي يترتب على استخدامها فقد الشهية للطعام يمكن استخدامها أثناء تناول الطعام أو بعد تناوله، كما أن تناوله يفضل في الفترة المسائية قبل النوم، وخصوصاً الأدوية التي ينتج عنها خمول أو رعشة، أو تؤدي إلى اضطراب في النوم.

كما يجب الإشارة إلى أن اضطراب الانتباه يؤدي إلى تقلص العضلات لدى الأطفال، كما أن هناك بعض العقاقير الطبية المنبهة التي تستخدم في علاج هذا الاضطراب تزيد من تقلص العضلات، مما يجعلها تتحرك لدى الطفل بطريقة لا إرادية، وتظهر في صورة إلزامية يطلق عليها باللوازم العصبية، فإن ظهرت هذه اللوازم العصبية لدى الطفل أثناء تناوله لهذه الأدوية، فيجب في هذه الحالة وقف استخدامها فوراً واستبدالها بعقاقير أخرى لا تؤدي إلى تقلص العضلات.

### ثانياً: العلاج السلوكي:

يعتبر العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج اضطراب الانتباه لدى الأطفال، ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم، حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبية لدى الطفل، وتعديلها بسلوكيات أخرى مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية.

وعادة ما يستخدم التعزيز الإيجابي مع العلاج السلوكي لـهؤلاء الأطفال، وهو يعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يتدرّب عليه، وقد يكون التعزيز الإيجابي مادياً، مثل مكافأة الطفل ببعض التقدّم أو قطع الحلوى، أو معنوياً مثل تقبيل الطفل أو مداعبته، أو مدحه بعبارات الشكر والثناء، ويجب الإشارة إلى أن تقديم التعزيز الإيجابي يجب أن يقدم عقب السلوك المراد تعزيزه مباشرة، لأن تأجيله قد يؤدي إلى نتائج عكسية.

فعلى سبيل المثال إذا ما قام الطفل بسلوك مرغوب فيه وأراد المعالج مكافأته عليه، فيجب في هذه الحالة أن يتم التعزيز عقب قيام الطفل بهذا السلوك مباشرة، لأنّه في حاله تأجيل التعزيز قد يقوم الطفل بسلوك آخر غير مرغوب فيه، وعندما يتم التعزيز بعد ذلك فإنّ الطفل يعتقد بأنّ هذا التعزيز كان للسلوك الأخير، مما يشجّعه على القيام بتكرار هذا السلوك غير المرغوب مرة أخرى، وذلك لاعتقاده الخاطئ بأنّ التعزيز الذي تم قبل ذلك كان موجهاً له، أي أنّ العلاج السلوكي يأتي بنتائج عكسية في هذه الحالة، حيث أنه سوف يعمل على تنمية السلوك غير المرغوب فيه لدى الطفل كما أن المدخل السلوكي يركز في تفسيره لاضطرابات الانتباه على الخصائص السلوكية من خلال خاصيتين هما:

1- عجز الانتباه.

2- الاندفاعة.

وفي ضوء تلك الخصائص يؤكد هذا المدخل على عدد من المحاور هي:

1. إن اضطرابات الانتباه تجعل الطفل ووالديه عرضه لبعض اضطرابات الانفعالية.

2. أن عجز أو قصوراً لانتباه والإفراط في النشاط مكونين مستقلين يعكس الرؤية الأحادية التي تبنتها الجمعية الأمريكية لعلم النفس من خلال الدليل التشخيصي الإحصائي.

3. أن عملية تشخيص اضطرابات الانتباه يجب أن تتم على أساس استمرارية الأعراض والخصائص السلوكية لفترة زمنية معينة.

4. يقوم المدخل السلوكي على الاهتمام بالأعراض الناشئة عن اضطرابات الانتباه، دون الاهتمام بالأسباب المباشرة التي تقف خلف تلك الأعراض.

### ثالثاً: العلاج النفسي:

حيث انه بالنسبة للطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه نجد أن المشكلات التعليمية التي تنجم عن هذا اضطراب تؤدي إلى تأخره دراسياً، كما أن قيامه ببعض السلوكيات غير المقبولة يؤدي إلى اضطراب علاقته الاجتماعية مع المحيطين به خاصة أقرانه ومحصلته كل ذلك أن يشعر الطفل بالفشل وينخفض تقديره لذاته، كما أنه يشعر بالوحدة النفسية والقلق والاكتئاب، وغيرها من اضطرابات الانفعالية الأخرى.

أما بالنسبة للوالدين فالبعض منهم يعتقد أنه هو السبب في إصابة طفلهم باضطرابات الانتباه ولذلك فإنهم يشعرون بالذنب، كما أن السلوكيات غير الاجتماعية التي يقوم بها الطفل المصاب باضطرابات الانتباه تؤدي إلى توترهم وتسبب لهم ضغوطاً نفسية كبيرة تعكس على العلاقة بين الوالدين التي قد تؤدي إلى تصدع أسري، ومن هنا كان التدخل النفسي، والذي إما أن يوجه لوالديه، بهدف تخفيف حدة هذه اضطرابات الانفعالية أو أن يوجه مباشرة إلى الطفل المصاب.

### رابعاً: العلاج التربوي:

إن الأطفال المصابين باضطرابات الانتباه يوجد لديهم بعض صعوبات التعلم متلازمة لهذا اضطراب التي إما ان تكون سبباً أو نتيجة لهذه اضطرابات، كما يوجد لدى بعضهم الآخر هذا اضطراب بدون صعوبات في التعلم.

فإن كان الطفل الذي يعاني من اضطرابات الانتباه لديه صعوبة في التعلم فإنه في هذه الحالة يحتاج إلى خطة تعليمية خاصة، حيث يجب أن تكون حجرة الدراسة العادلة التي يدرس فيها مع أقرانه الأسواء مجهزة بطريقة خاصة، بحيث يكون موقعها بعيداً عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التي تشتبك الانتباه السمعي لدى الطفل، كما يجب أن

تكون حجرات الدراسة جيدة التهوية ومؤثثة بأثاث سليم يريح الطفل في جلسته حيث أن الطفل المكسور أو الصغير الحجم إنما يسبب القلق، ويجعل الطفل يشعر بالملل سريعاً. كذلك يجب أن تكون هناك بالإضافة إلى ذلك حجرات دراسية خاصة بالأطفال ذوى اضطرابات الانتباه يتم فيها التدريس لهم بشكل فردي، كما يجب أن يقوم بالتدريس فيها معلم آخر غير الذي يدرس للطفل في الفصل الدراسي العادي، وذلك بهدف تنوع الموقف التعليمي، وأثراء ذلك أن الطفل مضطرب الانتباه يشعر بالملل سريعاً وخصوصاً من التكرار الذي لا داعي له، لذلك فتغير حجرة الدراسة والاستعانة بمعلم آخر أو ذات المعلم، ولكن بطريقة أخرى للتدريس يؤدى إلى جذب انتباهم نحو المادة المعلمة.

أما إذا كان الطفل الذي يعاني من اضطراب في الانتباه، لا يعاني من صعوبة في التعلم، فيجب في هذه الحالة تقديم الاهتمام والعناية الخاصة في ظل وجودة داخل حجرات الدراسة العادية، مع أقرانه العاديين في ظل مواقف تعليمية تتسم بالإشارة والتشويق والتنوع.

### شروط العلاج التربوي

يحتاج العلاج التربوي إلى بعض الشروط الواجب توافرها، حتى يكتب له النجاح من أهمها:

1. يجب أن يحسن اختيار المعلم الذي سيقوم بالتدريس للأطفال المصابين باضطرابات الانتباه، بحيث يتمتع بالصبر، ويكون لديه استعداد نفسي وبدني للعمل مع هؤلاء الأطفال، وذلك لأن العمل مع هؤلاء الأطفال يحتاج إلى الصبر، وبذل الجهد أكثر مما يحدث مع الأطفال العاديين.
2. أن يتم تدريب المعلم على كيفية التدريس للأطفال المصابين باضطرابات الانتباه، وتزويده بفنينيات العلاج التربوي التي تساعده على نجاحه في عملة معهم.

3. يجب أن يتم تكوين فريق عمل بالمدرسة يتكون من مدير المدرسة والمعلم الذي يتم اختياره ليقوم بالتدريس لهؤلاء الأطفال والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي، والزائرة الصحية أو الممرضة، ويجب تزويدهم بالمعلومات الكافية عن اضطرابات الانتباه من حيث الأسباب والأعراض والمظاهر السلوكية.

4. يجب أن يقوم فريق العمل بوضع خطة علاجية شاملة يشترك فيها أعضاء الفريق كل حسب تخصصه، كما يجب أن يقوم كل عضو بمتابعة الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب كل حسب تخصصه، مع تدوين الملاحظات لمناقشتها مع فريق العمل.

5. يجب أن يكون هناك اتصال مستمر بين فريق العمل وأسرة الطفل، لكي يحصلوا من الوالدين على بعض المعلومات المتعلقة بالتاريخ التطوري للاضطراب، وكذلك أعراضه في البيئة المنزلية

#### **خامساً: الإرشاد الأسري:**

يحتاج آباء وأمهات الأطفال الذي يعانون من اضطرابات الانتباه إلى البرامج الإرشادية المناسبة التي تساعدهم في التعامل مع أبنائهم، وكذلك تساعدهم على تقديم النصيحة والمشورة لهم، وتهدف برامج الإرشاد الأسري إلى:

- مساعدة الآباء على توفير المناخ الأسري المناسب القادر على استيعاب أبنائهم، والمحفز والمشجع لهم.

- مساعد الآباء على التكيف مع أبناءهم وإحداث قدر أكبر من التقبل والتوافق النفسي لهم.

- مساعدة الآباء على خلق بيئة إثرائية مشجعة ومستوعبة ومتقبلة ومعززة للطفل وسلوكياته.

ويقوم الإرشاد الأسري على تقديم الجلسات العلاجية والإرشادية للأباء حول خصائص وسمات الأطفال المضطرب الانتباه وكيفية التعامل معهم، والماضيات النفسية

والاجتماعية والسلوكية للاضطراب، وكيفية تقبل الطفل ومساعدته في التخلص من تلك الاضطرابات.

ومن برامج الإرشاد الأسري المستخدمة في علاج اضطرابات النشاط الزائد برنامج سوانسون وأخرون.

#### **سادساً: التدخل العلاجي بالתغذية:**

يستند هذا التدخل على وجود علاقة موجبة بين الحساسية لأنواع معينة من الغذاء واضطرابات فرط النشاط لدى الأطفال، حيث توصلت الدراسات في هذا المجال إلى أن حوالي (42٪) من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه الخفيف نشاطهم السلوكي الزائد إلى النصف، وذلك حينما تم استبعاد بعض العناصر الغذائية التي تسبب لهم الحساسية من طعامهم، ومن الأطعمة التي تسبب أو تزيد من النشاط الحركي لبعض الأطفال (الأطعمة المحفوظة- المعلبات- الشيكولاتة - الشبيسي بأنواعه، واللحوم الجمدة- والجبن المطبوخ).

#### **سابعاً: العلاج المعرفي:**

يقوم العلاج المركز على أن الانتباه عملية معرفية محورية في نظام تجهيز ومعالجة المعلومات لدى الفرد، ويقوم على مجموعة من المحددات هي إن الانتباه من العمليات المعرفية الأساسية التي تقف خلف عمليات التجهيز التنفيذي أو الإجرائي التي تضم المراحل التالية:

- مرحلة ما قبل التجهيز الأدراكي: فيها يحدد التلميذ الخصائص الرئيسية الأكثر أهمية في المعلومات التي يتعين عليه تركيز الانتباه ومن ثم تلتقطها الحواس، وهي عملية آلية تلقائية تعتمد على كفاءة الحواس ونمط الانتباه ومداه.
- مرحلة التجهيز الأدراكي: وفيها يميز التلميذ المعلومات الواردة إليه، وخصائصها الرمزية والشكلية ولذلك فهي تصبح قابلة للتخزين في الذاكرة طويلة المدى، وجاهزة للاسترجاع والاستخدام.

## **ثامناً: الأساليب والاستراتيجيات المستخدمة للتدخل العلاجي لعملية الانتباه منها:**

ان التدريب على العمليات النفسية، التي ينادي أنصار تلك الاستراتيجية بالأخذ بمفهوم العمليات النفسية عند التخطيط لبرامج تربوية لذوى صعوبات التعلم، ويعتقد أن هذه العمليات تلعب دوراً مهماً للتقدم في الموضوعات الدراسية وأنه يمكن التدريب على هذه العمليات كي يتحسن أداء الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه، ويظهر صدى ذلك بوضوح في الأداء الأكاديمي.

إن سلوك الانتباه كغيره من المهارات النمائية لا يمكن تحسينه بشكل مجرد، لذلك فإن جميع الإجراءات التعليمية المقصودة منها تحسين عملية الانتباه يجب أن يتم تطويرها بشكل يرتبط بمهارة محددة، ولذلك فإننا لا نستطيع أن ندرب الانتباه في حد ذاته ولكننا ندرب على توجيه الانتباه نحو شيء معين وعندما يتم اختيار سلوك الانتباه الذي سيتم التدريب عليه، على المدرب إيجاد الأساليب أو الاستراتيجيات التعليمية التي تساعد على زيادة الدافعية وكذلك سلوك الانتباه في مهارات تعليمية محددة.

ومن هذه الاستراتيجيات:

- 1- أعمل على توجيه الانتباه نحو المثيرات ذات العلاقة بالمهارة التربوية المحددة.
- 2- أخبر الطفل بالمثيرات المهمة أثناء تحليل المهمة.
- 3- قلل من عدد المثيرات الأخرى ذات العلاقة بالمهمة، وكذلك من تعقيقاتها.
- 4- أكثر من حدة المثيرات ذات العلاقة بالمهمة.
- 5- استخدم المثيرات والخبرات الجديدة وغير المألوفة.
- 6- وظف أسلوب اللمس والحركة عن طريق استخدام الحواس.
- 7- اعرض المواد في شكلمجموعات متجانسة.

## **أسلوب التعلم الذاتي**

يعتبر التعلم الذاتي أحد استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي، وهو عبارة عن تصريح ذاتي مباشر في شكل حوار خارجي يستخدمه الأفراد في حل مشاكل الأطفال،

وقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن استخدام فن العلاج القائم على التعلم الذاتي لمدة أربعه شهور إنما يؤدي إلى تحسين المهارات الأكاديمية، وتطوير مهارات التنافس. كما تعرض سحر الخشري لمجموعه من الاستراتيجيات ذات الفعالية في علاج اضطرابات الانتباه هي:

#### 1. إستراتيجية علاج الوظائف التنفيذية:

حيث يعزى الطلاب ذوى اضطرابات الانتباه الفشل الأكاديمي إلى أسباب مرتبطة بوجود اضطراب في الوظائف العملية، وهو ما يؤثر على العمليات العقلية التي تساعد في تنظيم السلوك المعقّد المباشر، وتشمل هذه العمليات وضع الأهداف والتخطيط والسلبية والمرنة والقدرة على تأخير الاستجابة، كذلك فان سعة وكفاءة الذاكرة العاملة تعد من العوامل الهامة ذات التأثير ومن هنا تأتى أهمية إستراتيجية علاج الوظائف التنفيذية في تحسين سعة الذاكرة العاملة وزيادة القدرة على التذكر وكفاءة منظومة عمل الذاكرة.

#### 2. إستراتيجية التركيز البصري:

حيث أظهرت العديد من الدراسات أن الأطفال ذوى صعوبات التعلم المصحوبة باضطرابات في الانتباه يميلون إلى عدم الطاعة وإتباع التعليمات أكثر من غيرهم من الأطفال، وخاصة **الأطفال ذوى السلوك العنادى** Oppositional Defiant Disorder والأآلية التي من خلالها يتزايد هذا السلوك لدى الأطفال غير واضحة تماماً، لكن هناك نظرية تشير إلى أن الأطفال عادة إذا ما واجه لهم أمر من الأوامر مثل أترك لعبتك جانبأً فان الأطفال العاديين غالباً ما ينصاعوا للتعليمات أما الأطفال ذوى اضطرابات الانتباه فإنهم يميلون إلى الاندفاع ويتسمون بردود أفعال سريعة تترجم إلى سلوك يطلق عليه العناد.

#### 3. إستراتيجية الأشراف والمتابعة الفردية:

تقوم تلك الإستراتيجية على الدور الأشرافي الذي يقوم به المعلمون والآباء في متابعة الأبناء ذوى صعوبات التعلم من يعانون من فرط النشاط، حيث أن المتابعة المستمرة لهم مع التوجيه غير المباشر يدفع بهم إلى الاستجابة وردود أفعال أكثر ايجابية.

## **اضطرابات الانتباه وصعوبات التعلم**

تنتشر صعوبات التعلم بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه، حيث أن معظمها قد يرجع إلى إما لعدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقرؤة، أو أنهم يعانون من اضطرابات اللغة، وتتحدد العلاقة بين اضطراب اللغة وصعوبات التعلم لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن اضطراب اللغة ترتبط بعلاقة موجبة مع صعوبات التعلم لدى هؤلاء الأطفال، حيث أن اضطراب اللغة يجعلهم يعجزون عن تقديم الاستجابة الصحيحة، فضلاً عن ذلك فإن اضطراب الحديث لديهم يجعلهم يقفزون من موضوع إلى آخر غير قادرٌون على تقديم الاستجابة الصحيحة في صورة منطقية متسلسلة.

وقد لعبت العلاقة الوثيقة بين اضطرابات الانتباه وصعوبات التعلم دوراً مهماً في تنشيط وتفعيل حركة البحث العلمي في هذا المجال، اعتماداً على الاعتقاد السائد بأن اضطرابات الانتباه توقف، كأسباب رئيسية خلف صعوبات التعلم، وقد تمايزت البحوث في استكشاف هذه القضية في محورين يتناولان نمطي مهام الانتباه هما:

- 1- مهام الانتباه الانتقائي.
  - 2- مهام الانتباه طويل المدى.
- (1) الانتباه الانتقائي:

- يعرف الانتباه الانتقائي بأنه القدرة على الاحتفاظ أو الاستمرار في الانتباه إلى موضوع الانتباه في ظل وجود العديد من المشتتات.

- في هذا الإطار أجريت دراسات عدّة اعتمدت مهام الانتباه الانتقائي، حيث تم اختيار مجموعتين من الأطفال إحداهما تمثل ذوي صعوبات التعلم، والآخر تمثل العاديين من غير ذوي صعوبات التعلم وعرضت على المجموعتين مجموعة من المثيرات (صور لحيوانات) تمثل المثيرات المخورية أو موضوع الانتباه الانتقائي على خلفية تمثل مثيرات عارضة.

- وقد قيل للمفحوصين في كل تجربة أن ترکز على المثير المخوري موضوع الانتباه الانتقائي، ولم يطلب أي شيء بالنسبة للمثيرات العارضة، وكان مؤدي الافتراض التي تقوم عليه هذه الدراسة أن الأطفال ذوى القدرة العالية على الانتباه الانتقائي سيركزون على الفقرات أو المثيرات المخورية موضوع الانتباه، في حين يقوم الأطفال ذوى القدرة أو المهارة المنخفضة على الانتباه الانتقائي، بالانتباه لكل من المثيرات المخورية وكذا المثيرات العارضة معاً.

- وقد طلب من أفراد المجموعتين كتابه ما يتذكرون عقب عرض قائمة من الفقرات، كل منها يحتوى على مثير مركزي يمثل موضوع الانتباه مع مثيرات عارضة تمثل خلقة لهذا المثير.

- وقد كشفت النتائج أن الأطفال العاديين احتفظوا بعدد أكبر من المثيرات المركزية، عندما قورنوا بأقرانهم من ذوى صعوبات التعلم، على حين كان احتفاظ ذوى صعوبات التعلم بالمثيرات العارضة أكبر من أقرانهم العاديين.

- وقد قادت تلك النتائج إلى تقرير أو استنتاج أن ذوى صعوبات التعلم لديهم قصور واضح في الانتباه الانتقائي.

## (2) الانتباه طويل المدى:

يقصد بالانتباه طويلاً المدى أو المتدا لفترة مستمرة أو طويلة أن يظل الانتباه للشيء موضوع الانتباه لفترة من الزمن، والواقع أن مفهوم الانتباه طويلاً المدى أو استمرارية الانتباه لفترة، هو تعبير غير دقيق حيث أن هذه الفترة غير محددة، ومن ثم ينبع لاجتهادات الباحثين، على الرغم من أن معظم الدراسات التي قامت على الأطفال اعتمدت إلا تقل الفقرات الزمنية للمحاولات عن عشر دقائق، بمعنى أن يظل الطفل في أدائه على المهمة، لمدة لا تقل عن عشر دقائق، مع تعرضه لمثيرات تقطع هذه الاستمرارية، كان تظهر أو تقدم بعض المثيرات السمعية أو البصرية خلال ممارسة الأداء أو متابعة الانتباه طويلاً المدى إذا كان بمقدوره أن يكتسب ميله للاستجابة للمثيرات المصاحبة أو التي تقطع أمد الانتباه.

وقد أظهرت الدراسات في جملها التي تناولت مهام الانتباه طويلة الأمد أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم ليس لديهم قصور في أداء مهام الانتباه طويلاً المدى، وعلى النقيض من ذلك أظهر ذو اضطرابات الانتباه المصحوبة بفرط النشاط الكثير من الأخطاء على مهام قياس الانتباه طويلاً المدى.

وتأخذ صعوبات التعلم موقعاً مركزياً بين صعوبات التعلم المختلفة، مما حدا بالكثير من العاملين في مجال التربية الخاصة إلى أن يعتبروا صعوبات الانتباه تقف خلف كثير من أنماط صعوبات التعلم الأخرى، مثل صعوبات القراءة، والفهم القرائي، والصعوبات المتعلقة بالذاكرة، والصعوبات المتعلقة بالحساب، والرياضيات، بالإضافة لصعوبات التأزر الحركي، والصعوبات الإدراكية بشكل عام.

وعلى الرغم من هذه العلاقة الوطيدة بين اضطرابات الانتباه والنشاط الزائد وبين صعوبات التعلم، فما زال هناك غموض يحيط بهذا الموضوع في عالمنا العربي، حيث يتم التعامل مع الأطفال الذين يظهرون صعوبات تعلم ناتجة من ضعف الانتباه والنشاط الزائد، على أنهم من ذوي صعوبات التعلم الأكاديمية.

كما أن مشكلاتهم التعليمية تعالج غالباً باستراتيجيات تقليدية، ولا تتماشي مع طبيعة هذا الاضطراب، ومن الجدير بالذكر أن هناك ثلاثة أسباب على الأقل تعد مدخلاً للتدخل الكبير بين صعوبات التعلم واضطرابات الانتباه المصحوبة بالنشاط الحركي المفرط، تتمثل في:

1. أن صعوبة التعلم تسبق مشكلات الانتباه حيث قد تصدر عن التلاميذ سلوكيات تدل على قصور الانتباه، بسبب ما ينتابهم من إحباط على أثر ما يتعرضون له ويخبرونه من فشل متكرر.

2. أن مشكلات الانتباه قد تسبق صعوبة التعلم، حيث قد يؤدي قصور الانتباه إلى الفشل في التعليم الأكاديمي، مما يكون سبباً في تدني مستوى الأداء الدراسي.

3. أن مشكلات الانتباه وصعوبات التعلم قد تظهران، كحالتين منفصلتين ومستقلتين عن بعضهما البعض، ولكنهما تتزامنان مع بعضهما.

علاوة على ذلك فإن هناك خصائص أخرى شبّهها بما تم تحديدها على أنها قصور في الانتباه مصحوب بنشاط زائد، وهي:

- أن النسبة الأكبر من الحالات يعانون من البنين مقارنة بالبنات.
- أن العديد من هؤلاء الأطفال يعانون من تلف بسيط في الدماغ.
- أن العديد منهم ذوو مستوى ذكاء عادي.
- أن هناك أساساً وراثياً مشتركاً.

ومن الصعوبات الأكاديمية والنمائية التي تظهر لدى ذوى اضطرابات الانتباه ما يلى:

### **أولاً: الصعوبات اللغوية:**

في دراسة قام بها رابنزو وأخرون حول الصعوبات التعليمية التي يمر بها الطلاب في المرحلة الابتدائية، حيث كانت الدراسة تقوم على متابعة التغيرات الأكاديمية لمجموعة من الأطفال الذين كانوا يعانون من مشكلات في الانتباه بمرحلة رياض الأطفال تمت متابعتهم لخمسة سنوات لاحقة، وقد ظهرت مشكلات أكاديمية واضحة لدى الأطفال خاصة في التحصيل القرائي، حيث كان أدائهم منخفضاً في هذا الجانب، مما يشير إلى أن مشكلات الانتباه، قد تكون مؤشراً لحدوث صعوبات القراءة لاحقاً لدى الأطفال في حال ما أهملت متابعتها.

### **ثانياً: صعوبات الرياضيات:**

يعاني الطالب ذوى اضطرابات الانتباه من صعوبات تعلم أكاديمية في المواد الأكاديمية المختلفة، وإن أكثرها شيوعاً هي صعوبات الرياضيات، ومن المشكلات الشائعة في الرياضيات لدى هؤلاء الأطفال ما يلى:

- المشكلات المرتبطة باستيعاب مفاهيم الرياضيات.
- استيعاب الحقائق الأساسية لاستكمال حل المشكلات في الوقت المناسب.
- استخدام الاستراتيجيات المناسبة.
- مشكلات في إجراء العمليات الحسابية المختلفة.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم المصحوبة باضطرابات الانتباه يبدون أداءً أفضل عندما تنظم المهام الرياضية لتناسب مع المستوى الأكاديمي الفردي، وعندما تقدم لهم تغذية راجعة مستمرة حول أدائهم، كذلك عندما تكون نتائج أدائهم ظاهرة ومرتبطة بعملهم، في حين يتم استخدام إجراءات مناسبة لتقديم دروس الرياضيات لهم، كاستخدام القصص والأساليب المثيرة، فإن ذلك يشد انتباه الأطفال، وي العمل على تحسين أدائهم الأكاديمي.

### ثالثاً: الصعوبات النمائية:

من الصعوبات النمائية التي يعاني منها الأطفال ذوي صعوبات الانتباه المصحوبة باضطرابات الانتباه مع فرط النشاط ما يلي:

#### - عدم القدرة على التحكم في الذات :Self-Control

هنا يؤكّد نموذج باركلي على أن أهم الخصائص الأساسية المميزة للأطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوبة باضطرابات الانتباه مع فرط النشاط عدم القدرة على التحكم في الذات، وتكون مصاحبة لصعوبة الانتباه، حيث يرى باركلي أنّه أثناء مرحلة نمو الطفل، فإنّ التأثير والتحكم بسلوك الطفل، يتحول تدريجياً من المصادر الخارجية إلى أن يصبح، ويشكل متزايد مختصاً بقوانين ومعايير داخلية، وهو ما يقصد به التحكم الذاتي:

- فعلى سبيل المثال الطفل الصغير تكون لديه قدرات محدودة للتحكم بسلوكه الأندفاعي، فمن الشائع أن الأطفال الصغار يفعلوا عادةً ما يخطر على بالهم، وأن لم يفعلوا فيكون ذلك على الأغلب نتاج موانع محيطة بهم، كأن يلقي الطفل بالألعاب على الأرض حين يغضب، ويتشعّع عند وجود أشخاص محيظين به يشكلون مصدرًا للتهديد.

- يرى باركلي أن الأطفال الذي يعانون من اضطرابات الانتباه غالباً ما يعانون من ضعف التحكم في الذات، كناتج لخلل في الوظائف والعمليات الأساسية، ومنها:

#### **1- الذاكرة العاملة:**

يعاني الطفل ذوي صعوبات التعلم المصحوبة بنشاط زائد من نقص واضح في كفاءة وسعة الذاكرة العاملة، التي تؤثر بدورها على كفاءة الأداء اليومي والتفاعل مع الآخرين وأداء المهام الأكاديمية المختلفة.

#### **2- الحديث مع الذات:**

حيث يعاني الطفل ذوى صعوبات التعلم المصحوبة باضطرابات في النشاط من عدم القدرة على الحديث الداخلي الموجة، نحو قيادة السلوك والأفعال وحل المشكلات، حيث ان تلك القدرة تتتطور وتنمو في وقت متأخر من مراحل النمو.

#### **3- قيمة الوقت:**

كما يعاني كذلك الطفل ذوى الصعوبة في التعلم المصحوبة باضطراب الانتباه من عدم القدر على تقدير الوقت المناسب، لأداء المهام المختلفة، والزمن اللازم للانتقال من مهمة إلى أخرى.

#### **4- توجهات الأهداف:**

كذلك يتسم الأطفال ذوى اضطرابات الانتباه بأنهم ذوى توجه هدف قائم على الأداء، أي أن الدرجة تمثل لديهم هدف وقيمة في حد ذاتها، فهم لا يتعلمون من أجل التعلم واكتساب المعلومات والمفاهيم الجديدة أو إتقان المادة الدراسية، كما أنهم لا يحبون المهام الصعبة التي تتطلب مزيداً من الوقت والجهد لتنفيذها.

## **الفصل الخامس**

### **الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال وسائل السيطرة عليه**



## **الفصل الخامس**

### **الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال وسائل السيطرة عليه**

#### **مفهوم الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال**

لقد تعددت تعريف كلمة مشكلة أو اضطراب تعدد أيضا تعريف اضطرابات ومشكلات الطفولة، فقد عرفها أحمد عزت راجح بأنها "حالة انفعالية مؤللة تنشأ عن الأحباط الموصول بدافع أو أكثر من الدوافع القوية لدى الفرد"، أو أن المشكلات النفسية هي تلك الصعوبات في علاقات الفرد بغيره أو بالآخرين من حوله، أو في ادراكه للعالم من حوله، أو في إتجاهاته نحو ذاته، أو أنها المواقف والمسائل الحرجية التي تواجه الفرد فتتطلب منه حلّاً، وتضعف من كفاءته وإنجاته وتكيفه مع نفسه ومع الآخرين.

وقد عرفها دليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسي بأنها مجموعة من الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة وتتinxذ شكلاً مستمراً مقاوِماً للعلاج، وتفوق تلك التفاعلات العابرة أو الموقفية التي لا تصل إلى درجة العصاب أو الذهان أو اضطرابات الشخصية، وبيناء على ما سبق يمكن تعريف الاضطرابات النفسية للأطفال بأنها تلك الصعوبات والمعوقات الجسمية والنفسية والاجتماعية التي تقف في طريق تحقيق الطفل ل حاجاته ومتطلباته وتعوقه عن التغلب على تحديات وصراعات مرحلة الطفولة، ومن ثم تجعله غير متكيف مع بيئته، وغير متواافق مع الآخرين سواء في المنزل أو في الصحبة وفي المدرسة، مما يؤدي إلى انعزاليه عن المجتمع، ومن ثم حاجته إلى الرعاية والتوجيه والعلاج.

#### **الطفل الذي يعاني من مشكلة أو اضطراب نفسي معين**

هناك عدة حقائق ترتبط بتحديد مشكلات واضطرابات الطفولة منها:

- 1- السلوك الذي يعتبر عادياً في سن مبكر يصبح من علامات سوء التوافق، إذا لازم الطفل عندما يكبر.

2- إن أعراضًا معينة، كالتبول اللارادي والمخاوف النوعية أقل حدوثاً عند كبار الأطفال على العكس من أعراض ضعف الانتباه وأحلام اليقظة.

ومن ثم هناك عدة معايير للطفل المضطرب أو المشكّل، وهي كما يلي:

1- عدم النضج الانفعالي: تظهر علاماته في عدم الاتزان وعدم تناسب انفعالاته مع الموقف، وعدم استقرارها نحو الأشخاص والأحداث وموضوعات البيئة الخارجية.

2- عدم النضج الاجتماعي: الذي يتبدى في عدم القدرة على إقامة علاقات صداقه ومودة مع أقران سنه، ولا يكون قادرًا على إقامة علاقات صحيحة مع والديه وأخوته ويتم بعواطف من الكراهةية أزاء الآخرين.

3- عدم قدرة الطفل على التغلب على مشكلاته، والاستغراب في المشكلة دون العمل على حلها حتى يصل إلى نقطة الانهيار.

4- عدم القدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية والتهرّب منها كلما تقدم في العمر، كما يتميز بعدم الثقة في النفس والانسحاب من المواقف.

5- عدم ملاءمة السلوك مع عمره ومستوي نضجه: حيث أن الطفل المشكّل لديه من الأفكار والمشاعر والتصورات التي تكون غير مناسبة وتعكس مدركاته، وقد يسعى تفسير المواقف من حوله.

ويجب علينا أن تكون واعين لحقيقة أن الفرق بين الطفل السوي والطفل المشكّل أو المضطرب هو فرق في الدرجة، وليس في نوع الاضطراب، فكثير من الأطفال يشعرون بالخوف عند رؤية شيء ما ولكن هذا الخوف يزول تدريجياً بزوال سبب الخوف، ولا يعوقهم هذا الخوف عن أداء واجباتهم، أما لدى الطفل المشكّل يؤدي به الخوف إلى عزلته وإعاقةه عن أداء واجباته.

6- إن أعراضًا انفعالية معينة تعتبر أمراً عادياً بالنسبة لصغار الأطفال دون الخامسة، ولكنها تعتبر من علامات اضطراب القيم إذا ظهرت عند الأطفال الكبار.

7- إن بعض الأعراض ترجع إلى أسباب أو مواقف صعبة تزول بزوال هذه الأسباب أو المواقف المؤقتة، وسرعان ما يعود الطفل إلى التوافق العادي.

ومن هنا يمكننا القول بأنه إذا ظهر الطفل سلوكاً معيناً وإنخرط فيه بشكل مبالغ، وترتب على ذلك السلوك إعاقة الطفل عن أداء واجباته المطلوبة منه، ومن ثم نال على ذلك عقوبات رادعة من أفراد أسرته أو من مدرسيه أو من المجتمع ككل ولم يمكنه التخلص من ذلك السلوك، هنا نصف هذا الطفل بأن لديه مشكلة أو اضطراب نفسي معين.

### حجم الاضطرابات النفسية للأطفال

اختلف الباحثون حول تحديد نسبة المشكلات والاضطرابات التي يعاني منها الأطفال، وانقسموا إلى فريقين:

فريق ذهب إلى أن نسبة انتشار اضطرابات الأطفال عادية جداً، ولن يستمر مرتدة حيث يستندون إلى أن زيادة التقدم العلمي في ميادين الصحة النفسية والاجتماعية، وخدمات الطب النفسي للأطفال ساعد على التعرف على كثیر من المشكلات التي يعاني منها الأطفال، والتي لم تكن معروفة من قبل، هذا بالإضافة إلى زيادة حرص الآباء على فهم طبيعة مشكلات واضطرابات الأبناء من الناحية النفسية والتعرف على أساليب مواجهتها، مما قلل من حجم المشكلات النفسية التي يعاني منها الأطفال، هذا فضلاً عن تحسن وتطور وسائل وأساليب العلاجات الطبية والنفسية والسلوكية، مما حدا بالآباء إلى أرسال أبنائهم دون خوف أو حرج إلى العيادات والماراكز المتخصصة لعلاج مشكلات الأطفال.

أما الفريق الثاني من العلماء فهم على العكس يرون أن هناك تزايد ملحوظ في نسبة انتشار اضطرابات ومشكلات الطفولة نظراً لعقد المدينة الحديثة وظروف الحياة المعقّدة، وإلى كثرة الأسباب التي تؤدي إلى حدوث اضطرابات لدى الأطفال.

ولكن في النهاية يمكن القول بأن كلا الفريقين على حق، حيث أنه نظراً لضغوط الحياة وصراعاتها يعاني الطفل من اضطرابات ومشكلات لم تكن موجودة من قبل (مثلاً

ذلك، أدمان الكمبيوتر والانترنت)، كما ان حجم هذه المشكلات يزداد يوماً بعد يوم نظراً لأن كل ذلك يؤثر على علاقة الطفل بوالديه وبالمجتمع من حوله مما يزيد اضطرابه، وهنا تظهر الحاجة البالغة للطب النفسي للطفل والتوجيه والإرشاد، لأنه لو استطعنا تحسين علاقة الطفل بالمجتمع، واعتنينا بالرعاية النفسية السوية أثناء الطفولة لنشأ عندنا جيل خال من العصاب والذهان واضطراب الشخصية.

ولكن مع كل هذه الأهمية لتشخيص اضطرابات الطفولة، إلا أن هناك ثمة صعوبات تواجهنا عند فحص الطفل أكلينيكيا بالطرق المعروفة خاصة بالمحادثة، حيث يقاوم أي محاولة للتعرف عليه، ويعترض على تدخل الناس في عالمه الخاص، ومن ثم يكون على الطبيب استعمال طرق أخرى غير المحادثة للوصول إلى بعض المعرفة لصراعات الطفل، ومنها مشاهدته وملحوظته أثناء تأمله واستغراقه في أنواع اللعب المختلفة. هذا بالإضافة إلى عدم نضج شخصية الطفل، حيث أنه ما زال في طور النمو النفسي والاجتماعي، مما يجعلنا نعتمد على تقارير الكبار في تشخيص اضطرابات الطفولة، مثل تقارير الوالدين أو المدرسين أو الأصدقاء أو الأخصائي النفسي أو الاجتماعي.

### **التصنيف التشخيصي للأضطرابات النفسية للأطفال**

لكي يتم تشخيص اضطرابات الطفولة لا بد من وجود قائمة متفق عليها بأسماء الأضطرابات والمشكلات التي يمثل كل منها مرضاً ومن أهم التصنيفات في مجال الطب النفسي هو:

#### **1- التصنيف الدولي:**

لم تشمل أي قائمة من القوائم الخاصة بهذا التصنيف علي فصل خاص بالأضطرابات أو الأمراض العقلية، حتى عام 1948 حيث صدرت القائمة السادسة من هذا التصنيف (ICD-6) وأشتملت لأول مرة علي فصل خاص بالأمراض العقلية، ثم صدرت القائمة السابعة عام (1955)، ولم تضاف جديداً، ثم القائمة الثامنة عام (1965)

متضمنة الوصف الأكلينيكي والتشخيص الفارق والعلاج للأضطرابات العقلية، ثم القائمة التاسعة عام (1979) مشتملة علي إضافات وتحسينات، منها إضافة اضطرابات الأطفال النفسية واضطرابات النمو، ثم القائمة العاشرة عام (1992) بواسطة منظمة الصحة العالمية مشتملة أيضاً علي تحسينات كثيرة وتميز عن القائمة السابقة بوجود قسم خاص بالأمراض النفسية في الطفولة والراهقة.

## 2- التصنيف الأمريكي:

حيث وضعت أساسه الجمعية الأمريكية للطب النفسي في عام 1917، ثم أدخلت علي هذا التصنيف عدة تعديلات في عام 1944 وعام 1954، ثم ظهر الدليل الثاني للجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1968، ثم الإصدار الثالث للدليل الإحصائي التشخيصي للأضطرابات النفسية والعقلية DSM III عام 1980، ثم ظهر الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث المعدل (R. DSM-III. R) عام 1987، وحتى الآن ظهر الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع DSM IV عام 1994.

## 3- التصنيف المصري:

اعتمد هذا التصنيف الذي ظهر عام (1979) علي تلك التصنيفات التي جاءت سواء في التصنيف الدولي الصادر عام 1968 أو التصنيف الأمريكي الثاني الصادر في نفس العام، ولكن يتميز التصنيف الأمريكي عن غيره من التصنيفات بوجود فصل مستقل عن الأضطرابات النفسية التي تظهر لأول مرة في الطفولة مشتملاً علي المحکات التشخيصية لكل منها على حدة، أو اضطراباً معيناً متفقاً عليه بين الأخصائيين، وفق مکحات معروفة، بدون مثل هذه التصنيفات تصبح عملية التشخيص شكل بلا موضوع. وهناك العديد من التصنيفات للأضطرابات والمشكلات التي تحدث في مرحلة الطفولة.

فمثلاً جاء تصنيف أحمد عكاشه للأعراض الأكلينيكية في الطفولة، سواء كانت (أ) اضطرابات سلوكية أو (ب) اضطرابات عصبية و(ج) اضطرابات ذهانية وظيفية أو (د) اضطرابات ذهانية عضوية، على النحو التالي:

## ١- اضطرابات سلوكيّة:

هذه تتضمّن عدّة فئات فرعية من اضطرابات النوم، اضطرابات الطعام، اضطرابات التبول والتبرز، اضطرابات الكلام، اضطرابات الحركة، اضطرابات الجنس، والاضطرابات الاجتماعيّة.

## ٢- اضطرابات عصبية:

هي تتضمّن القلق النفسي، المستيريا، الوسواس القهري، الاكتئاب العصبي.

## ٣- اضطرابات ذهانية وظيفية:

تشتمل على اضطرابات التالية:

### أ- اضطرابات الوجданية في الطفل ومنها:

الاكتئاب المصحوب بالخوف، الاكتئاب المنفرد، الاكتئاب المصحوب بالتبول الليلي الalaradi، الاكتئاب الموسي.

### ب- فصام الطفولة: وتشتمل على:

١- ذهان الطفولة المتأخرة

٢- ذهان الطفولة المتوسطة

٣- ذهان الطفولة المبكرة

### ٤- اضطرابات ذهانية عضوية:

هي تلك الأعراض الذهانية التي يستجيب بها الأطفال للأمراض الجسمية، والتي تراوح بين هذيان حاد، وتحت الحاد، واضطرابات ذاكرة، ونببات مرح واكتئاب واختلاط عقلي، ويصحب ذلك حساسية مفرطة، وتهيج عصبي، وأحياناً ما يحدث ذلك من ارتفاع درجة حرارة الجسم، وبالطبع تعتمد الاستجابة الذهانية على درجة الاستعداد البيولوجي.

ولكن رغم اتساع هذا التصنيف لعدد كبير من اضطرابات، إلا أنه لم يشتمل على العديد من اضطرابات الأخرى التي تميز مرحلة الطفولة مثل اضطرابات وصعوبات التعلم والتخلّف أو الضعف العقلي، واضطرابات السلوك، مثل فرط الحركة

وتشتت الانتباه والجسح والكذب والسرقة وغيرها، وأيضاً اضطرابات اللوازم والاضطرابات النمائية وغيرها.

وقد جاء الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في تعديله الرابع الصادر عام (1994)، وأورد لنا المشكلات والاضطرابات التي تصيب الطفل والصبي أو المراهق في اضطرابات التالية:

**أولاً: التخلف العقلي:**

يشتمل على الأنواع التالية:

تختلف عقلي بسيط أو ضعيف، تخلف عقلي متوسط، تخلف عقلي شديد، تخلف عقلي بالغ الشدة أو جسيم.

**ثانياً: اضطرابات التعلم:**

تضمن اضطرابات التالية:

اضطراب القراءة والكتابة، اضطراب القدرة الحسابية، اضطراب التعبير الكتابي، واضطرابات التعلم التي لم يسبق تصنيفها في فئات أخرى.

**ثالثاً: اضطراب المهارات الحركية:**

ان هذا يشتمل على اضطراب واحد فقط، ألا وهو اضطراب التآزر النمائي.

**رابعاً: اضطرابات التواصل:**

هي تشتمل على عدة اضطرابات فرعية هي اضطراب التعبير اللغوي، اضطراب الاستقبالي المختلط اللغوي التعبيري، اضطراب الصوتي، التائمة أو اللجلجة، وأيضاً تضمن اضطرابات التواصل التي لم يسبق تصنيفها في مكان آخر.

**خامساً: الاضطرابات النمائية السائدة:**

تضمن اضطراب الذاتية أو التوحدية (الأوتزم)، اضطراب ريت RETT، اضطراب عدم التكامل النمائي في الطفولة، اضطراب اسبرجر، بالإضافة إلى اضطرابات النمائية غير المحددة أو النوعية.

**سادساً: اضطرابات قصور الانتباه والسلوك التدميري:**

يشتمل على قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو فرط الحركة والنشاط، واضطراب التصرف أو الجناح، اضطراب التحدى والمعارضة الجريئة، واضطراب السلوك الممزق أو المنحرف.

**سابعاً: اضطرابات التغذية وتناول الطعام في المهد أو الطفولة المبكرة:**

تتضمن فقدان الشهية، الشره العصبي، النهم للأطعمة غير المألوفة (البيكا Pica)، مثل الأوراق والطين، اضطراب اجترار الطعام، واضطرابات التغذية في المهد والطفولة المبكرة غير المحددة.

**ثامناً: اضطرابات اللزمات:**

تشمل يندرج تحت هذه الفئة من اضطرابات اضطراب توريت Tourett، اضطراب الحركي المزمن، اضطراب اللزمات العابرية المتكررة الحدوث دوريًا، اضطراب اللزمات غير المحددة.

**تاسعاً: اضطرابات الارχاج:**

تشتمل على اضطراب الارχاج اللاارادي بالامساك أو بتدفق الارχاج بغزاره، سلس البول أو الغائط، التبول اللاارادي الذي لا يرجع إلى أسباب طبية عامة.

**عاشرأً: اضطرابات أخرى في المهد أو الطفولة والمراهقة:**

يشتمل على عدة اضطرابات مثل اضطراب قلق الانفصال والذي يصنف في الطفولة المبكرة، الصمت الاختياري أو التحولية الاختيارية، اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة المبكرة والمهد، اضطراب الحركة، وعدم الاستقرار المصحوب بإيذاء الذات، بالإضافة لاضطرابات المهد والطفولة المبكرة أو المراهقة غير المحددة، والتي لم تصنف في فئات أخرى.

وهكذا فإن التصنيف الرابع للاضطرابات العقلية والنفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM IV قد اشتمل على العديد من اضطرابات المشكلات النفسية التي يعاني منها الأطفال، والتي لم يشتمل عليها غيره من التصنيفات الأخرى، الأمر الذي

يجعلنا نأخذ في عرضنا هذه الاضطرابات والمشكلات في الكتاب الحالي بالمحكمات التشخيصية التي وضعها لكل اضطراب.

#### خامساً: النماذج النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية لدى الأطفال:

قد ينشأ اضطراب أو خلل الأداء النفسي لدى الطفل نتيجة مرض أو خلل في الجهاز العصبي، أو نتيجة لظروف اجتماعية بيئية سيئة، وخبرات تعلم خاطئة، كما يدعى السلوكيون وبالطبع فقد تكون كل العوامل السابقة متداخلة متشابكة، بحيث ينشأ عنها ما يطلق عليه السلوك المضطرب أو اللاسوسي لدى الطفل وهناك عدة نماذج رئيسية تمثل معظم التوجهات النظرية التي تفسر السلوك واضطراباته هي ما يلي:

- النموذج الفسيولوجي (الطي).
- النموذج السيكودينامي.
- النموذج السلوكي.
- النموذج الثقافي الاجتماعي.
- النموذج الإنساني.

#### أنواع مشكلات الأطفال، ووسائل علاجها.

ان للأطفال مشكلات نفسية كثيرة، قد يقف عندها الآباء حائرين، يعانون منها، ويجهرون قلقين إزاءها، ويصرخون من آثارها، كما ان نقطة الانطلاق للتغلب على هذه المشكلات أن يكون لدى الأبوين قدرٌ كافٍ من المعرفة بهذه المشكلات، وأسبابها، ومظاهرها، ومدى خطورتها من عدمه، ووسائل علاجها، فعلى كل أبوين ألا يتهاونا في معالجة مثل هذه المشكلات؛ لأنها تحفر بمخالبها في شخصية الطفل، فتمسخها وتتطمس فطرتها، وتشوه كمالها:

مشكلة الخوف عند الأطفال ليس غريباً أن يخاف فالخوف أمر طبيعي يشعر به الإنسان في بعض المواقف التي تهدد حياته بالخطر، والخوف الطبيعي المعقول مفيد للإنسان، فإذا كان الفرد منا لا يخاف النار؛ فقد تحرقه أو تقضي عليه، لكن هناك من

الخوف ما هو مرضي، بل إن من الخوف ما هو قاتل، فالخوف المبالغ فيه والمتكرر لأي سبب يكون خوفاً غير طبيعي.

ان الخوف، حالة انسانية طبيعية يشعر بها الإنسان وكل الكائنات الحية في بعض المواقف التي يهدده فيها نوع من الخطر، وقد تظهر هذه المخاوف بصورة واضحة في سن الثالثة من العمر، وتتراوح درجاتها بين الخدر، والهلع، والرعب.

من أين يأتي الخوف للأطفال؟ هناك بعض الأمور التي تسبب الخوف عند الطفل، ومنها:

1- تهديد الآبوين له وتخويفه باستمراره مما يعرضه لمخاوف كثيرة.

2- مشاهدة المناظر العنيفة أو المرعبة، واستماعه إلى القصص المخيفة، وهذا يبين خطورة قصص الجن والعفاريت، وكذلك أفلام الرعب والقصص البوليسية.

3- فقد الحب والرعاية، حيث تكثر مخاوف الأطفال من فقد أمه أو أبيه، أو فقد الأمان بهجر والده له، أو انفصال أمه عن أبيه، وما سيقع عليه من أذى وكراهة وحرمان.

4- الخوف بالعدوى، فحالات الخوف كغيرها من الحالات الانفعالية تتنتقل من فرد إلى آخر بالتأثير، فالكثير من الأمهات يظهرن الخوف والهلع أمام أطفالهن، مثل خوفهن من الحيوانات الأليفة، فينشأ أطفالهن على الخوف من هذه الحيوانات.

5- المبالغة في الخوف والقلق من الآباء على الأبناء، فإذا رأى الصغير على وجه أمه الارتباك وشحوب اللون إذا جرح جرحاً صغيراً، أو وقع على الأرض؛ فإنه سيصاب بالذعر والخوف، وبهذا ينشأ الطفل شديد الخوف على نفسه.

- البيئة العائلية المليئة بالتهديدات والمشاجرات والخلافات، والتي تزعزع اطمئنان الطفل وتجعله ينشأ على الخوف.

وأكثر مخاوف الأطفال شيوعاً تكون من الأشياء المحسوسة؛ مثل الخوف من العسكري أو الطبيب، بينما المخاوف غير المحسوسة تكون أقل شيوعاً، مثل الخوف من الموت والعفاريت... إلخ.

وتلك أمور غالباً ما يكون السبب في تشوئها لدى الأطفال هم الآباء أنفسهم، وينخطأ الأب والأم عندما يخوّفان الطفل من شيء بهدف الضحك والتسلية، فهذه قسوة لا نظير لها، فما أصبح أن يصرخ الطفل خوفاً، والأب والأم يضحكان من خوفه، ويمكن تقسيم الأولاد من حيث الخوف إلى:

(1) أطفال لا يخافون: هذا أمر نادر للغاية، ويرجع عادة لقلة الإدراك، مثل ضعاف العقل، أو الصغير الذي لا يفهم ما حوله، كالذي يمسك الثعبان جهلاً، أو سهواً، أو من عدم الانتباه.

(2) أطفال يخافون خوفاً عادياً: قد يكون الخوف شعوراً طبيعياً يحسه كل من الطفل والبالغ عندما يخاف مما يخاف منه أغلب من في سنه، كالخوف من حيوان مفترس.

(3) أطفال يخافون خوفاً مرضياً: هو خوف شاذ مبالغ فيه ومتكرر أو شبه دائم، مما لا ينفي أغلب من في سن الطفل، وقد يكون وهماً (Phobia)... إلخ.

### علامات الخوف

في سن الطفل الأولى، فزع علي ملامح الوجه وصراخ، وبعد السنة الثانية، صياح، وهروب، ورغبة، وتغيرات في ملامح الوجه، والكلام المتقطع، وقد يصبحه عرق وتبول لا إرادياً، والتعرف على مدى تأثير الخوف عند الأطفال بمقارنته بدرجة مخاوف الآخرين:

- 1- كبح جاح الطفل في التعبير عن الخوف، والضغط عليه لضبط انفعالاته بالتخويف، يجعل دون فهو وجداً نحو حياة غنية بالخبرات، ويؤدي به إلى الضحالة الانفعالية والأنطواء.
- 2- مرحلة الحضانة والطفولة المبكرة مرحلة هامة لزرع الشعور بالأمن والطمأنينة.
- 3- الخوف من الظلام طبيعي لطفل الثالثة، أما إذا نتج عنه فزع شديد، فقد أطفال اتزانه، كان خوفاً شاداً في ضوء التقاليد السائدة.

4- دفع الطفل في المواقف التي تخيفه بهدف مساعدته للتغلب على الخوف لا يجدي معه، وقد يضره بشدة.

5- الطفل الأكثر ذكاءً في البداية يخاف من أشياء كثيرة، بسبب نمو مدركاته واستطلاعه لما حوله، ومع تقدم السن تقل هذه المخاوف غير المنطقية وهناك نوع من الخوف يطلق عليه اسم الفوبيا (Phobia)، وهذه الفوبيا لها عدة صور منها:

أ- الخوف من المجهول.

ب- الخوف من الفشل.

ج- الخوف من الموت المرتبط بالتهديد.

وعموماً الخوف من الأشياء التي لا تمثل تهديداً حقيقياً وفعلياً للإنسان في الحاضر.

#### الأشياء التي يخاف الأطفال

1- السنة الأولى: يخاف الطفل من الأصوات العالية الفجائية بصفة أساسية، ومن 2: 5 سنوات: تزداد تأثيرات الخوف بتنوع أنواعها، والطفل يخاف من الأماكن الغريبة الشاذة، ويخاف الوقع من مكان مرتفع، ويخاف الغرباء، كما يخاف الحيوانات والطيور التي لم يألفها، ويخاف تكرار الخبرات المؤلمة كالعلاج والعمليات الجراحية مما يخاف منه الكبار في بيئته سواء كانت مخاوف واقعية أو وهمية أو خرافية، ويخاف الظلام، والدخان المتتصاعد من النار، ويخاف الغول، ويخاف تصديق الأطفال للتهديدات المحيطة، مثل سأذبحك وسأصل الكهرباء إلي جسمك، العفريت يتذكر في هذا المكان.

2- الخوف والثقة بالنفس: بعض الأطفال يعانون من الخوف مع معظم المواقف، وهؤلاء يعانون من ضعف الثقة بالنفس، وعدم الشعور بالأمن والطمأنينة، وقد يصاحبها ظهور مخاوف غير واقعية، وأعراض أخرى كعدم القدرة على الكلام والتتههه والانطواء والخجل والاكتئاب والتشاؤم وتوقع الخطر.

#### أسباب عدم الثقة بالنفس

(1) التربية الخاطئة في الطفولة الأولى، كالحماية الزائدة، أو التدليل الزائد.

(2) تكرار الفشل والإخفاق.

- (3) النقد والزجر والتوبخ والضرب.
- (4) التنشئة الاعتمادية التي لا تدفع الطفل إلى التعرف بمفرده على مواقف الحياة.
- (5) تسلط الآباء وسيطرتهم.
- (6) اضطراب الجو العائلي و المنازعات الوالدين.
- (7) النقص الجسمني (عرج - حول - طول مفرط - قصر شديد - تشوه - سمنة مفرطة - انخفاض درجة الذكاء - والتأخر الدراسي).
- (8) النشأة في بيئة تعاني من القلق النفسي والخوف وعدم الثقة.
- (9) مقارنة الآباء بين طفل وآخر، بهدف التحفيز والتحميس، مما يأتي بتتائج عكسية.
- الوقاية من الخوف
- (1) عدم الإسراف في حثه على التدين والسلوك القويم بالتخويف من جهنم والشياطين، حتى لا يزيد شعوره بالضيق والخوف).
- (3) تربية روح الاستقلال والاعتماد على النفس في الطفل، بالتقدير، وعدم السخرية وعدم المقارنة.
- (4) توفير جو عائلي هادئ ومستقر يشبع حاجاته النفسية.
- (5) اتزان وهدوء سلوك الآباء (بلا هلع ولا فزع) في المواقف المختلفة، خاصة عند مرضه، أو إصابته بمحظوظ؛ لتفادي الإيحاء والتقليد والمشاركة.
- (6) مساعدته على مواجهة مواقف الخوف، دون إجبار أو نقد، وتفهمه حقيقة الشيء الذي يخاف منه برقة وحنان.
- (7) إبعاده عن مثيرات الخوف (المآتم - الروايات المخيفة - الخرافات - الجن والعفاريت ... إلخ).
- (8) إحاطة الطفل بجو من الدفء العاطفي والحنان والمحبة، مع الحزم المعتدل والمرن.
- (2) إذا صادف الطفل ما يخيفه يجب على الأم لا تساعديه على التسبيح، حتى لا تصبح مخاوف مدفونة، وبالتالي فهم والطمأنينة وإجابة الأسئلة التي تثيره يستطيع التخلص من مخاوفه.

- (9) مساعدته على معرفة الحياة وفهم ما يجهل، وبيث الأمان والطمأنينة في نفسه.
- (10) تنشئته على ممارسة الخبرات السارة، كي يعتاد التعامل بثقة وبلا خوف.
- (11) عدم قلق الآباء على الأبناء، والتقليل من التحذير، وعدم المبالغة والاستهزاء والحمىمة الزائدة.

#### اما علاج الخوف، فهو:

- (1) علاج خاوف الوالدين وتحسين الجو المنزلي.
- (2) العلاج النفسي بالكشف عن مخاوفه ودوافعها المكبوتة، وتصحيح مفاهيمه.
- (3) العلاج الجماعي بتشجيعه على الاندماج مع الأطفال وتفاعله الاجتماعي السليم.
- (4) إزالة خوف الطفل بربط ما يخيفه بانفعال سرور(تطبيق قاعدة الإشتراط تطبيقاً عكسياً).
- (5) تعاون المدرسة مع الآباء في علاج الأطفال وعدم استعمال التخويف والضرب في المدرسة.

(6) على الأم أن تعلم ولدها دائماً الخشية من الله -عز وجل- حتى يرق قلبها، وتصير التقوى صفة لازمة لها، قال تعالى: ﴿وَمَمَّنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ، وَنَهَى النَّفَسُ عَنِ الْهُوَىٰ﴾ فَإِنَّ الْجَنَّةَ هِيَ الْمَأْوَىٰ﴾ [النازعات: 40-41]، وقال: ﴿وَلَمَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ، جَنَّانٌ﴾ [الرحمن: 46]، وتعلمها الخوف من المعاصي: ﴿قُلْ إِنَّمَا أَخَافُ إِنْ عَصَيْتُ رَبِّي عَذَابَ يَوْمٍ عَظِيمٍ﴾ [الأنعام: 15]، ولكن عليها أن تحذر من الإسراف في تهديد طفلها من التخويف والتهديد بالعذاب والنار، وتدرك أن خوف الطفل من الله وحده يمنع عنه الخوف مما سواه.

#### التاخر الدراسي

ان التأخر الدراسي مشكلة تربوية اجتماعية يعاني منها التلاميذ، ويشقى بها الآباء في المنازل، والمعلمون في المدارس، وهي من أهم المشكلات التي تشغل المهتمين بالتربية والتعليم في العالم؛ لأنها تحدد إمكانيات الدول المادية والبشرية، ويتبين حجم المشكلة إذا عرفنا أن (20) تلميذاً من بين كل (100) تلميذ يعانون من هذه المشكلة.

ويقصد بالتأخر الدراسي قلة التحصيل الدراسي للطفل بالمقارنة بمستوى زملائه، فالطفل المتأخر دراسياً هو التلميذ الذي يكون مستوى تحصيله دون مستوى نظرائه، من هم في مثل سنّه، أو يكون مستوى تحصيله أقل من مستوى ذكائه العام.

## **سمات وخصائص المتأخرين دراسياً**

### **أولاً: السمات والخصائص العقلية:**

- نقص الذكاء، ويكون أقل من المتوسط.
- عدم القدرة على التركيز والانتباه، وضعف الذاكرة.
- ضعف التفكير القائم على الاستنتاج، واضطراب الفهم.
- القدرة المحدودة على التفكير الابتكاري والتحصيل.
- عدم القدرة على التفكير المجرد واستخدام الرموز.
- الفشل في الانتقال المنظم من فكرة إلى أخرى.
- التحصيل بصفة عامة دون المتوسط، وفي مواد خاصة ضعيف.

### **ثانياً: السمات والخصائص الجسمية:**

- الإجهاد والتوتر والكسل.
- الحركات العصبية والتوتر.
- ضعف الصحة العامة.
- ضعف الحواس كالسمع والبصر والشم والتذوق.

### **ثانياً: السمات والخصائص الانفعالية:**

- العاطفة المضطربة والقلق والخمول والبلادة.
- الاكتئاب وعدم الثبات الانفعالي.
- الشعور بالذنب والشعور بالنقص والفشل والعجز واليأس.
- الغيرة والحدق والخجل.
- الاستغراق في أحلام اليقظة وشروع الذهن والعدوان.

- الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانطواء.

### ثالثاً: السمات والخصائص الشخصية والاجتماعية:

- القدرة المحدودة في توجيهه الذات، أو التكيف مع المواقف الجديدة أو المتغيرة.

- الانسحاب من المواقف الاجتماعية، ومن ثم الانطواء والعزلة والسلبية والانحراف.

## أسباب التأخر الدراسي

هناك أسباب تتعلق بالتأخر الدراسي منها ما يتعلق بالطفل، ومنها ما يتعلق بالمدرسة أو المترهل، بالإضافة إلى وجود أسباب أخرى مساعدة لهذه المشكلة:

### أولاً: الأسباب التي تتعلق بالطفل:

(1) أسباب عقلية: ان المراد منها هو ضعف الذكاء العام للطفل، والذي يعد من أقوى الأسباب في التأخر الدراسي.

(2) أسباب جسمية: ان المراد منها هو اضطرابات النمو الجسمي، وضعف البنية والصحة العامة، والأمراض الطفيلية المزمنة، واضطرابات إفرازات الغدد والعاهات الجسمية، كطول البصر وقصره وعمي الألوان، بالإضافة إلى حالات الاضطراب التي تصيب اللسان وأجهزة الكلام، مما يسبب صعوبة النطق.

(3) أسباب اجتماعية: كشدة الحياة، والقلق وعدم الاستقرار.

### ثانياً: الأسباب التي تتعلق بالمدرسة:

- الإدارة الدكتاتورية والتنظيم السيئ بالمدرسة.

- عدم الانتظام في الدراسة، وذلك بتكرار الغياب والتأخر.

- كثرة تنقلات المعلمين وعدم استقرارهم.

- سوء توزيع التلاميذ في الفصول وعدم مراعاة التناسق والتجانس أثناء توزيعهم.

- طريقة التدريس والمناهج التي لا تتمشى مع أهداف التربية الحديثة، وعدم إدراك الفروق الفردية بين التلاميذ.

### **ثالثاً: الأسباب التي تتعلق بالمنزل، ومنها:**

- 1- المستوى الاقتصادي: الذي يلعب دوراً خطيراً في عملية التأخر الدراسي أو عدمه.
- 2- المستوى الثقافي كأن يكون الطفل مثلاً في بيئة لا تهتم بالتعليم، مع عدم توفر الجو المناسب له عند المذاكرة.
- 3- الجو المنزلي: ان المقصود منه كثرة المشاحنات والخلافات داخل الحياة المنزليّة، أو استبداد الآباء والتفرق بين الأبناء في المعاملة، أو قسوة زوج الأم أو زوجة الأب، أو التدليل أو الإهمال، أو العقاب المستمر، أو الابتعاد عن غرس القيم الدينية.

ان كل هذا يسبب القلق والاضطرابات للطفل مما يؤثر على حياته، ويكون نتيجة ذلك تأخره الدراسي.

### **رابعاً: العوامل المساعدة للتأخير الدراسي:**

هناك بعض العوامل التي تسهم في تأخر الطفل دراسياً، وذلك:  
ك福德ان التوازن العاطفي، والمحاط بالمستوى الثقافي في المنزل، وعدم المواظبة على الحضور في المدرسة، والفقر المادي في المنزل.

### **كيفية علاج التأخير المدرسي**

- 1- دور المدرسة:  
للمدرسة دور كبير في التغلب على مشكلة التغلب الدراسي، وذلك عن طريق:
  - الاندماج، بانشروع الفردية.
  - محاولة تضييق الفجوة بين الدراسة النظرية وواقع المجتمعات.
  - حذف المواد الدراسية التي لا تتناسب مع عقول الصغار وتصوراتهم.
  - الاهتمام بالتوجيه التربوي والمزيد من الإعداد الجيد للمعلم.
  - التقليل من عدد التلاميذ في الفصول ذات المستوى العلمي الضعيف مع زيادة عدد المعلمين.

- الاهتمام بالنواحي الاجتماعية وحل ما يواجه الأطفال الذين يعانون من التأخر الدراسي من مشكلات.
  - الاهتمام بالمناهج الدراسية، وطرق التدريس، ووسائل الإيضاح التعليمية.
  - الاهتمام بالنواحي الصحية للتلميذ، وعمل فحوص دورية لهم.
  - أن تهيئة المدرسة الجو المدرسي الصالح وفق حاجاتهم ورغباتهم وميولهم وزيادة ألوان النشاط المحبب إليهم.
  - أن يسمح للأطفال بممارسة ألوان النشاط والحركة داخل الفصل، وبفناء المدرسة، وسط الهواء الطلق والشمس الساطعة في بعض الأوقات، مع تزويدهم ببعض الألعاب التعليمية الهدفة.
  - يختلف علاج التأخر الدراسي باختلاف السبب، فإذا كان السبب ضعف حيوية الطفل فإنه يعرض علي طبيب المدرسة أو الوحدة العلاجية.
- وإذا كان السبب هو ضعف البصر، يعرض علي الطبيب المختص، ويجلس الطفل قريبا من السبورة.
- أما إذا كان التأخر بسبب انحرافات مزاجية وعوامل نفسية، فيستعان بالعيادات النفسية، ويفضل وجود مرشد ومحظه نفسي في كل مدرسة يعاون المعلمين. وهناك حالات يكون سببها المعلم، نتيجة طريقة في التدريس، أو قسوته، أو الازدحام في الفصل، مما يؤدي إلى عدم استفادة الأطفال منه، لذلك عليه أن يطور من طرق تدريسه، وأن يفهم نفسيات ومشكلات التلاميذ، وأن يعد لكل منهم بطاقات تبين حالاتهم ومشاكلهم، وبين العلاج الذي يناسبهم، وفي بعض الحالات يفضل عمل مجموعات دراسية لهؤلاء التلاميذ لتعويض ما فاتهم بسبب المرض أو الغياب.

## 2- دور الأسرة:

- أما عن دور الأم والأسرة في علاج التأخر الدراسي فيجب مراعاة ما يلي:
- العمل على تنمية ذكاء الطفل.
  - الاهتمام بالطفل صحياً.

- الاهتمام بتغذيته جيداً.
- العمل على تخلص الطفل مما يعانيه من اضطرابات نفسية، وتصحيح علاقته بالمجتمع والناس من حوله.
- العمل على تنقية الجو الأسري الذي يعيش فيه من الخلافات والمشاحنات، وتنمية إحساسه بالأمان والاستقرار.
- متابعة الطفل من خلال زيارته بالمدرسة، والاطلاع على كتبه وكراساته، والوقوف على مستوى الدراسة.
- العمل على ترغيب الطفل في المدرسة والدراسة.

### **العدوان:**

العدوان قد يكون في إحدى صوره ضرورة لحياة الإنسان وبقائه، فهو بمثابة سلاح يدافع به عن نفسه ضد الطبيعة والأفراد.

والعدوان هو القيام بأفعال عدوانية نحو الآخرين، وما يعادلها من عداء معنوي، وهو حاولة تخريب ممتلكات الآخرين، كما أنه ضرب من السلوك الاجتماعي غير السوي، يهدف إلى تحقيق رغبة صاحبه في السيطرة.

فالعدوان سلوك مرضي موجه للإيذاء والإيلام والحاقد الضرر، وإذا نظرنا إليه من الجانب الإيجابي نجده وسيلة لأن يثبت الطفل فيه ذاته، ويعتبر تعويضاً عن الإحباط الذي يعانيه الشخص المعتمدي.

والعدوان يأخذ أشكالاً شتى، وتأثيره قد يكون سلبياً، وقد يكون إيجابياً، فالعدوان السلي يكون موجهاً نحو الذات (نحو الطفل نفسه)، ويكون الطفل عندئذ عنيداً، وغير متعاون، بخلاف العدوان الإيجابي، فهو يتمثل في الاعتداء على الآخرين أو تدمير ممتلكاتهم.

أما العدوان من حيث القوة، فقد يكون سافراً أو مكبوتاً، فالسافر ينصب مباشرة على المنافس، ويتخذ أشكالاً متفاوتة الخطورة (الاعتداء، والمساجرة، وكلمات

التحقيق... إلخ)، أما العدوان المكتوب فتختفي فيه الترعة العدوانية في اللاشعور، وقد يعبر عنها بأساليب غير مباشرة.

والعدوان من حيث شكل التعبير قد يكون مادياً، وقد يكون لفظياً، فالمادي هو الاعتداء على الآخرين باليد وما شابه ذلك، أو بدمير ممتلكاتهم، أما العدوان اللفظي فيكون بتوجيهه الألفاظ الخارجة، مثل السباب، والتهكم، والسخرية والشاجرة. وتبدو ملامح هذه الشاجرة بين الأطفال عندما يقوم أحدهم بتعطيل أو تخريب لعبة زميله، أو السيطرة عليها، وهي تكثر بين الذكور، بينما تتسم شاجرة الطفلة مع الطفل بالشكل اللفظي والاعتراض الكلامي، وذلك لنمو قدرتها اللغوية في التعبير عن مشاعر غضبها وقلقها.

### **العوامل التي تسبب العدوان**

هناك عوامل عديدة تؤدي إلى العدوان منها:

- 1- فقدان الشعور بالأمن نتيجة الحرمان والإحباط.
- 2- تهديد وامتهان الذات وفقدان الاعتبار.
- 3- المشكلات الأسرية.
- 4- التشوّهات الخُلُقية.
- 5- الحماية الزائدة والتدليل الزائد.
- 6- ثورة وعصبية الأب لأنفه الأسباب.
- 7- غياب أو ندرة فرص التعبير.
- 8- غياب الحرية أو تقييدها.
- 9- غياب السلطة الضابطة أو اضطرابها.
- 10- تغير السلطة الضابطة أو تعددتها.
- 11- تنمية البوادر العدوانية بإيمانها؛ أو التكاسل عن علاجها.
- 12- الكراهيّة الشديدة أو الغيرة.

## 13- التربية الخاطئة والتعليم المغلوط.

### أساليب الكشف عن العدوان

يُكَن التعرُّف على الميل العدواني عند الطفل من خلال الأساليب التالية:

- ملاحظة الطفل أثناء لعبه بالعرائس والدمى، ومن خلال رسوماته.
- من خلال القصص التي يقصها الطفل استجابةً لسلسلة من الصور التي تعرض عليه.
- صور التعبير عن العدوان وهي كثيرة منها ما يكون بالوجه، أو باليد، أو بالقدم، أو باللسان، أو بالتمرد والعصيان، أو بالعناد والتحدي، أو بالفشل في الدراسة، أو بالخيانة.

### العوامل المؤثرة في السلوك العدواني

هناك عوامل كثيرة تؤثر في السلوك العدواني، منها: ما يعود إلى الطفل نفسه وذلك من خلال سنه، أو أصدقائه، أو ذكائه، أو تعليمه، أو مستوى المعيشي وتكوينه النفسي والاجتماعي، ومنها ما يعود إلى الأسرة من خلال عمل الوالدين وانشغالهما، بالإضافة إلى العلاقات الأسرية المُهشمة، ومنها عوامل خارجية كوسائل الإعلام المختلفة. وقد يظهر العدوان إذا غابت الأم، وخفاف الطفل، فيصبح ليعبر عن ذاته وجوده، والطفل يكثر الكلام ليعلن عن وجوده، ويلفت النظر إليه، كما أن العدوان نوع من تحقيق القدرة وتأكيد الذات، وهي خاصية إنسانية يحتاج إليها الإنسان، وعدمها يعرضه للفشل في تحقيق وجوده وإمكانياته.

وقد يكون العدوان تدريجياً للتعلم ليكون مستعداً في الوقت المناسب للدفاع عن بقائه وجوده، وتأكيد ذاته، وقد يكون العدوان كنوع من المقاومة للحقيقة، مثل مقاومة الشخص لكشف حقيقة نزعاته وموافقه السلبية، وتكون المقاومة في شكل عدواني سافر، وقد يرجع العدوان إلى الحاجة إلى الحرية، فالصغار يثورون طلباً للحرية، ويستخدمون في ذلك العناد والمخالفة ورفض الطعام والتخييب... إلخ.

كما يلاحظ أيضاً أن مشاهدة الأطفال للعنف في وسائل الإعلام يؤثر بشكل كبير على سلوك الأطفال.

والطفل الذي يشعر بتقبيل والديه له ينبع في التكيف مع بيئته، بخلاف الطفل الذي لا يشعر بتقبيل والديه له، فإنه يميل إلى العدوانية، أي أن اتجاه التقبيل الوالدي يرتبط بالعدوانية ارتباطاً سالباً، كما أن اتجاه التفرقة الوالدي يرتبط بالعدوانية ارتباطاً موجباً.

### علاج مشكلة العداون

ان على الأم معرفة الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى خلق السلوك العدوانى لدى الأطفال، وعليها تعليمهم موقف الإسلام من هذا السلوك المرفوض، فالإسلام يحرم العداون بجميع أشكاله، وليس أدل على ذلك من قوله تعالى: ﴿وَلَا تَعْتَدُوا إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ الْمُعْتَدِينَ﴾ [البقرة: 190]. كما حرم كل أشكال التعاون في هذا الأمر الأثيم، قال تعالى: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْإِلَزَامِ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْمُدْوَنِ﴾ [المائدة: 2]، وعليها أن تعلم أولادها حب الآخرين، لقوله: (لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه) [متفق عليه]. وتدريبهم على العطاء وتساعدهم على منح المدحايا، قال (تهادوا تحابوا) [أبو يعلى]، وغير ذلك من الأخلاق التي تضاد السلوك العدوانى لدى الصغار وتبغضهم فيه:

#### 1- الكذب:

الكذب داء خطير إذا استشرى في المجتمع، ترك أثراً مدمرأً عليه، لذلك اعتبره الإسلام من صفات المنافقين، قال رسول الله: أربع من كن فيه كان منافقاً خالصاً، ومن كانت فيه خصلة منه؛ كانت فيه خصلة من النفاق حتى يدعها، إذا ائتمن خان، وإذا حدث كذب، وإذا عاهد غدر، وإذا خاصل فجر [متفق عليه].

والطفل يتعلم الصدق من المحظيين به إذا كانوا يراعون الصدق في أقوالهم وأعمالهم ووعودهم، والطفل الذي يعيش في بيت يكثر فيه الكذب لا شك أنه يتعلم بسهولة، خصوصاً إذا كان يتمتع بالقدرة الكلامية واللباقة وخصوصية الخيال؛ لأن الطفل

يقلد من حوله، فيتعود منذ طفولته على الكذب، والكذب سلوك مكتسب، وليس سلوكاً موروثاً، وهو عند الأطفال أنواع مختلفة تختلف باختلاف الأسباب الدافعة إليه، ومن هذه الأنواع:

#### أ- الكذب الخيالي:

ان الطفل الصغير لا يميز بين الحقيقة والخيال، ومن هنا فإن كلامه يكون قريباً من اللعب، فيتحدث وكأنه يلعب ويتسلى، ويكون حديثه نوعاً من التعبير عن أحلام طفولته أو ما يطلق عليه (أحلام اليقظة) التي تعبّر عن رغباته، وأمنياته التي يصعب التعبير عنها في الواقع.

وهذا النوع من الخيال لا يعتبر كذباً، ولا ينذر بالحراف سلوكي أو اضطراب نفسي، وقد يلفق طفل عمره أربع سنوات قصة خيالية، حيث تختلط الأفكار عنده، فلا يفرق بين الصواب والخطأ، أو الحقيقة والخيال، هذه القصة يجب ألا ينظر إليها على أنها كذب مما نتعارف عليه، حيث إن خياله قادر على أن يجعل من الأوهام حقيقة واقعة.

#### ب- الكذب الادعائي:

قد يعاني الطفل من الشعور بالنقص مما يدفعه إلى محاولة التغلب على ذلك بالكذب، فيبالغ في حديثه عن الأشياء التي يملكتها، وفي حديثه عن صفاته وصفات أفراد أسرته، وذلك قد يتحقق له مكانة وقيمة وسط زملائه، مثل ذلك أن يدعى الطفل أن عنده لعبة كبيرة، ويأخذ في وصفها وحجمها بشيء من التهويل، كما أنه يلجأ إلى الادعاء والمبالغة بما يملك من اللعب، وهذا النوع من الكذب لا ضرر منه، وقد تراه الأم بشكل متكرر في حديث طفلها، كما يلجأ إليه لجذب انتباه الأم وأفراد الأسرة، فيدعى المرض، ليحصل على درجة كافية من عطف أبيه.

ومن الأشكال الأخرى لهذا النوع من الكذب، أن ترى الأم طفلها يتهم غيره بضربه وإيذائه، وهنا يجب على الأم أن تسرع بمعالجة الأسباب النفسية التي أدت إليه.

#### ج- الكذب خوفاً من العقاب:

هذا أكثر أنواع الكذب انتشاراً، وقد يلجأ إليه الأطفال من وقت لآخر خوفاً من العقاب، فقد يكسر الطفل لعبة أخيته بطريق الخطأ، فإذا ما سئل عن ذلك أنكر وقوع الحادثة بأكملها، ومن الخطأ في مثل هذه الحالات أن نقصو على الطفل؛ لأن ذلك لن يحمله على الاعتراف بخطئه، أما إذا أردنا أن يعترف الطفل بخطئه فيجب أن نساعده على ذلك، فيمكن أن تقول له الأم مثلاً لقد كسرت اللعبة، تري ماذا حدث لها؟ مثل هذه العبارة تساعد الطفل أن يعترف ببساطة: أنا كسرتها، إني آسف، وذلك بدلاً من أن تغطيه فتقول له عبارة أنت الذي كسرت هذه اللعبة، اعترف أيها الشقي، وعندما يعترف الطفل بقيامه بخطأً ما، فلا ينبغي أن يُعاقب عقاباً قاسياً، حتى لا ندفعه إلى الكذب في المرة القادمة.

#### د- كذب الانتقام والكراءية:

يكذب الطفل في هذه الحالة لإسقاط اللوم على شخص ما يكرهه أو يغار منه، ويكون الكذب في هذه الحالة تنفيساً عن الكراءية المكتوبة في نفس الطفل ضد من يكرهه، مثلاً الطفل الذي يغار من أخيه غيره شديدة، قد تدفعه الغيرة إلى تصور أن ضرراً كبيراً قد حدث لأخيه مجرد أنه وقع، وهو يجري مثلاً، عندئذ قد يجري إلى أمه وهو يحمل إليها قصة خيالية، بأن أخيه قد جرح جرحًا شديداً وسال دمه وأغمى عليه.

وعندما تكتشف الأم مثل هذه المبالغات، فلا ثياب الطفل أو تصفه بالكذب، بل يكفي أن تقول له: أنت تخشى عليه إلى هذه الدرجة؟ الحمد لله أنه لم يصب بالشكل الذي وصفته، إنه مجرد جرح بسيط، والآن ساعدني علي تنظيف مكان الإصابة وتطهيره، وهذا النوع من الكذب خطير على الصحة النفسية للطفل، وقد يكون أحد أعراض حالة نفسية مرضية.

#### هـ الكذب التقليدي:

يتعلم الأطفال الكثير من الأشياء عن طريق ملاحظتهم للكبار وخاصة الوالدين، فالقدوة وسيلة تربوية مؤثرة، وعلى الأم لا تكذب على أطفالها بمحنة إسكاتهم عن البكاء، ولقد حذر الرسول المريين من الكذب أمام أطفالهم ولو بقصد الإهانة أو

الترغيب، فعن عبد الله بن عامر -رضي الله عنه- قال دعوني أمي يوماً، ورسول الله (قاعد في بيته)، فقالت: ها تعال أعطيك، فقال لها رسول الله، وما أردت أن تعطيه؟ قالت أعطيه تمراً، فقال لها رسول الله: (أما إنك لو لم تعطيه شيئاً كُتبت عليك كذبة) [أبو داود].

وكثيراً ما يخدع الآباء الأطفال فيكذبون عليهم في كثير من الأمور، ومن ثم يقلد الأطفال الآباء، ويلجئون إلى نفس السلوك في حياتهم، مثال ذلك أن تُعِد الأم الطفل بأنها ستأخذه ليزور أخواه ثم يخرج معها، فيفاجأ بأنها ذهبت إلى الطبيب، أو أن يأتي شخص ما ليسأل عن الوالد فتقول الأم بأنه غير موجود، بينما هو جالس أمام طفله ولذا يعرف بالكذب الإيجابي).

#### و- الكذب المزمن:

هنا يندفع الطفل إليه بطريقة غير شعورية، ويكون الكذب عادة تلازمه في أغلب مواقفه. والطفل الذي يلجأ إلى هذا النوع من الكذب غالباً ما يكون فاشلاً في حياته المدرسية، يعاني من عدم القبول من الأسرة والزملاء، لاتصافه بالكذب، ورغبة منه في تحقيق ذاته وسد الشعور بالنقص الذي يعاني منه، فقد يلجأ إلى السرقة، لتحقيق نوعاً من النجاح.

### كيفية علاج الكذب

إذاً أن نتائج حدب الأطفال، فيجب دراسة كل حالة على حدة، ومعرفة الدافع إلى الكذب، ومن الأهمية أن يكون عمر الطفل موضوعاً في الاعتبار، فإذا كان عمره أقل من أربع سنوات، فعلي الأم ألا تنزعج، مما يصوره له خياله، وتسارع إلى مساعدته ليدرك الفرق بين الواقع والخيال، ويجب على الأم أن تكون قدوة يحتذى بها الطفل، فلا تترنّأ إلَّا إِيمانٌ، ولا تكذب عليه حتى لا يتعلم الكذب فيكون كذاباً، ويجب أن تدرك الأم أنه لا فائدة من علاج الكذب بالتهديد والسخرية والعقاب؛ لأن ذلك لن يجدي مع الطفل، ولن يمنعه من الكذب، بل إن الطفل سيعاند ويستمر في كذبه. وعلى الأم وأفراد الأسرة إشباع حاجات الطفل النفسية، وتبصرته بأهمية الأمانة

والصدق فيما نقوله ونفعله، وتشجعه على ذلك، وعلى الأم قبل أي شيء خلق جو من الطمأنينة والثقة بينها وبين طفلها، وأن تشجعه على الصدق، بل وتكافئه على ذلك، ولا شك أن الكذب لا يمكن أن يتسلل إلى أسرة تتسم كلها بالصدق، والخطر كل الخطر أن يقوم الكبار بصفة مستمرة، ويومياً يقول الأكاذيب على مسمع من الأطفال. وعلى الأم أن تراعي بعض الأمور التي تساعدها في غرس قيمة الصدق عند طفلها، فمثلاً عليها ألا تأمر طفلها بإخفاء شيء ما عن أبيه؛ بحجة أن الأب عصبي، وأن عقابه سيكون شديداً، ألا تعود ابنها على الكذب، كأن تقول له: إذا اتصلت السيدة فلانة بي، فقل لها أنا لست موجودة، فليس لدى الوقت لمحادثتها، ألا تعلم طفلها الكذب على مدرسيه، كأن تصحبه لتهلة، وتطلب منه أن يخبر المدرس أنه كان مريضاً.

### اضطرابات النوم

تعتبر حاجة الطفل إلى النوم حاجة طبيعية؛ ففي الشهر الأول ينام الطفل عشرين ساعة تقريباً، ثم ينخفض ما يحتاجه من ساعات النوم، فتصل إلى (16) ساعة أو أقل في نهاية الشهور الستة الأولى، ثم تنقص تدريجياً إلى (12) ساعة في سن الرابعة، وإلى ما يقرب من تسع أو عشر ساعات في دور المراهقة ثم إلى ما يقرب من ثمانية ساعات فيما بعد.

ويتوقف عدد ساعات النوم عند الإنسان على حالته الجسمية من حيث الصحة العامة والتغذية، وحالته النفسية من حيث المدوس والاضطراب، وكذلك الظروف التي ينام فيها الفرد من تهوية ورطوبة شديدة، وما إلى ذلك، وفي أحياناً كثيرة يضطرب نوم الطفل ويقل، ومن مظاهر قلة النوم الانقباض، ونببات الغضب، والكسيل، وضعف القدرة على التركيز، وانعدام الاستقرار، فقدان التوازن الحركي، وازدياد الحالات العصبية لدى الأطفال في الأيام التي لا ينامون فيها نوماً كافياً؛ كالتهتهة، ومص الأصابع، وقرص الأظافر.

## **أسباب عدم النوم عند الأطفال**

- 1- أسباب غير مرضية: تشمل وجود حشرات بالغرفة، كالبعوض والبراغيث، أو إضاءة الغرفة بنور وهاج ينبعه أعصاب الطفل، فيمنع نومه، أو يكون الغطاء ثقيلاً في الصيف أو خفيفاً في الشتاء، أو أن تكون الملابس ضاغطة على جسم الطفل، وخاصة حزام البطن واللفة، أو أن يكون الطفل جوعان، أو أن يكون قد تبول أو تبرز، ولم يتم تغيير ملابسه.
- 2- أسباب انفعالية: كفقدان الطفل للشعور بالأمن، أو اختفاء شخص عزيز عليه، أو إجبار الطفل على النوم، والإسراع في قطع حالات سرور الطفل إذا حانت ساعة النوم.
- 3- أسباب مرضية: كسوء الهضم أو الإمساك أو الإفراط في الأكل قبل النوم، أو اضطراب الغدة الدرقية أو وجود ديدان.  
وهنالك مشكلات أخرى عديدة تتعلق بنوم الطفل، ومن أبرزها:
  - 1- نقص قدرة الطفل على الانتقال من حالة اليقظة إلى حالة النوم إلا بمساعدة خارجية، كأن تحمله الأم على كتفها، أو تهزه، أو نائم بجانبه، حتى يستسلم للنوم، أو أن يضع الطفل أصابعه في فمه.
  - 2- إقلال الطفل أثناء نومه لأسباب تافهة كمداعبته، أو لكي يراه الضيوف.
  - 3- كثرة طلبات الطفل عند النوم كالأكل، أو اللعب، أو التدليل.

## **الأم وعلاج اضطرابات النوم**

- 1- أن تتجنب جعل النوم نوعاً من العقاب، فالتهديد بالنوم مبكراً يخلق مشاعر سلبية لدى الطفل.
- 2- أن يكون موقف الأم نحو نوم الطفل موقفاً طبيعياً هادئاً.
- 3- أن لا تقلق ولا تتوتر إذا رفض الطفل الذهاب إلى النوم.

- 4- أن تراعي حالة الطفل قبل نومه؛ فيكون هادئاً مسروراً، وليس من الحكمة مفاجأة الطفل بمنعه من اللعب ثم إرساله إلى النوم، بل يحسن إنذار الطفل وإعطاؤه مهلة كافية لذلك.
- 5- أن تلتزم بنظام معين للنوم، حتى يعتاد الطفل عليه.
- 6- أن تحرص على أن يتعود الطفل في سرير مستقل، وبصفة عامة يجب ألا ينام الطفل في غرفة والديه بعد عمر السنة والنصف، لأن ذلك قد يسبب له حالة من الاضطراب النفسي.
- 7- أن تحرص على قراءة قصة لطفلها قبل النوم، وأن تكون القصة خفيفة وأحداثها هادئة، و بعيدة كل البعد عن الإثارة والخوف، بحيث تساعد الطفل علي الاستسلام للنوم.
- 8- أن تستوثق من أن الطفل لا يعاني من أية صعوبات في المضم أو أصيب بأية حالة مرضية.
- 9- عدم تخويف الطفل لإجباره على النوم أو لمواصلة النوم إذا استيقظ ليلاً، حيث تجد بعض الأمهات يخونن أطفالهن في هذا الصدد بالعفاريت أو القطط أو غير ذلك.

### **التبول اللاإرادي**

حيث يقلق كثير من الأمهات عندما يجدن أولادهن قد تجاوزوا الرابعة ولا يستطيعون السيطرة علي عملية التبول، ويستطيع الطفل التحكم في عملية التبول النهاري في الشهر الثامن عشر، أما التحكم في عملية التبول الليلي فيستطيع الطفل السيطرة عليها عادة في المدة التي تقع بين متتصف العام الثالث ونهايته (2.5 - 3 سنوات)، وتعتبر عملية التبول اللاإرادي عند الطفل شيئاً طبيعياً حتى سن الثالثة من عمره، وعندما يتتجاوز الطفل هذه السن فإنها تصبح مشكلة يجب معالجتها.

## **أسباب التبول اللاإرادي**

هي أسباب عضوية، وأسباب نفسية:

### **1- الأسباب العضوية، ومنها:**

- الإمساك المزمن وسوء الهضم.

- أمراض الجهاز البولي: مثل التهاب المثانة البولية، أو التهاب قناة مجرى البول الخارجية.

- تضخم اللوزتين ووجود زوائد خلف الأنف.

- الضعف العقلي أو البلة الشديد عند الطفل.

- اضطراب الجهاز العصبي أو حساسيته.

- نقص كمية السوائل بالجسم، مما يؤدي إلى تركيز البول وارتفاع نسبة الحموضة فيه.

### **2- الأسباب النفسية، ومنها:**

- عدم إحساس الطفل بالأمن بسبب معاملته في البيت أو المدرسة، أو نتيجة لظروف بيئية مضطربة يعيشها الطفل، أو إحساسه بالخوف من الحيوانات، أو من الحكايات والقصص المزعجة.

- شعور الطفل بالغيرة الشديدة، فيلجأ إلى هذه العملية كوسيلة لجذب الانتباه.

- القسوة الشديدة في معاملة الطفل.

- حرمان الطفل من العطف والحنان، فيجعل من التبول حيلة لا شعورية تساعده على تحقيق ما تعوده من الأم من الاهتمام الشديد بجميع طلباته.

- تقصير الأمهات في إكساب أطفالهن العادات الحسنة، وإبعادهم عن العادات السيئة، وعدم اكتراهن بالتبول اللاإرادي للطفل.

## **علاج التبول اللاإرادي:**

- يمكن علاج التبول اللاإرادي بعض الأمور، منها:

- فحص الطفل فحصاً طيباً شاملًا، فإذا كان السبب عضوياً، فيجب علاجه على الفور.

- استبعاد السوائل من طعام الطفل في المساء، ومنع الأطعمة كثيرة التوابير.
- تدريب الطفل على العادات السليمة وكيفية التحكم في عملية التبول.
- عدم توبیخ الطفل أو السخرية منه أمام أقرانه وزملائه، لأن ذلك يسبب للطفل إحباطاً نفسياً، وألا تلجم الأم والمربى في المنزل والمعلم في المدرسة إلى أي عقاب أو تقرير أدبي، بل يجب ألا يجعل الطفل يشعر بأن ما يفعله جريمة أو غلطة كبيرة، لأن ذلك سوف يؤدي إلى تدهور حالته.
- أن تقوم الأمهات بجهolas تفتيشية خلال الليل حتى يستطيعون الوقوف على الميعاد الذي يقع فيه التبول، فإذا وقفت على الميعاد، وجب عليهن أن يوقظن الطفل، وينبهنه للذهاب إلى دورة المياه.
- تشجيع الطفل بكافة الوسائل على الامتناع عن التبول اللاإرادي. وعموماً على الأمهات أن يسرعن بمعالجة التبول اللاإرادي؛ لأن هناك مشكلات أخرى تتعلق به، وتصاحبه العديد من الأعراض النفسية والتي تنتج عن الشعور بالنقص وضعف الثقة بالنفس، وهذه الأعراض تظهر بصور مختلفة منها، الفشل الدراسي، والخجل، والشعور بالذلة، والميل إلى الانزواء، أو التهتهة، أو أن تكون الأعراض تعويضية، كالعناد والتخاريب، والميل إلى الانتقام، وكثرة النقد، وسرعة الغضب، كما يصاحب التبول اللاإرادي في كثير من الحالات: النوم المضطرب أو الأحلام المزعجة، أو الفزع الليلي.

### **مشكلات الكلام**

- من الأشياء التي تؤرق الأم أمراض الكلام التي قد تصيب طفلها، والتي يمكن أن تؤثر على شخصيته وتهدد مستقبله، ومن أهم أمراض الكلام عند الأطفال:
- عيوب طلاقة اللسان والتعبير، مثل الجلجة والتهتهة.
  - تأخر الطفل في الكلام وقلة عدد الكلمات التي ينطق بها.
  - الحبسة (أي احتباس الكلام)، وعدم القدرة على التكلم.

- الكلام الطفولي والكلام التشنجي.
- الإبدال، مثل الثناء، والعيوب الصوتية.
- السرعة الزائدة في الكلام، وما يصاحبها من إدغام وخلط وحذف.
- عيوب النطق والكلام، مثل الخمخمة (الخف) كنتيجة لتشوه خلقي في سقف الحلق.
- فقدان المهستيري للصوت وفقدان القدرة على الكلام نتيجة الخوف من بعض المواقف الصعبة.

وهذه الأعراض كلها قد يصاحبها أعراض حركية، مثل تحريك الكتفين أو اليدين أو الضغط بالقدمين على الأرض وارتعاش رموش العينين والجفون، وإخراج اللسان والميل بالرأس إلى الأمام أو إلى أي اتجاه، كما قد يصاحبها الأعراض النفسية، مثل القلق وعدم الثقة في النفس والخجل والانطواء وسوء التوافق.

وهناك مجموعة من العوامل تمهد لظهور صعوبات النطق ببعضها عضوي، وببعضها نفسي، وببعضها يرجع إلى الوراثة، وببعضها يرجع إلى التقليد والبيئة:

**أولاً: الأسباب العضوية:**

- 1- اضطراب الأعصاب المتحكمة في الكلام.
- 2- إصابة المراكز الكلامية في المخ بتلف أو نزيف أو ورم.
- 3- اختلال الجهاز العصبي المركزي المتحكم في عملية الكلام.
- 4- عيوب الجهاز الكلامي (الحنك واللسان والأسنان والشفتين والفكين).
- 5- عيوب الجهاز السمعي حيث تجعل الطفل عاجزاً عن التقاط الأصوات الصحيحة للكلمات، مما يؤثر وبالتالي على طريقة نطقها فيما بعد.

**ثانياً: الأسباب النفسية:**

هي من أكثر العوامل التي تسبب مشكلات الكلام، وتتركز في:

- 1- قلق الآباء على قدرة الطفل علي الكلام.
- 2- التوتر النفسي المصاحب للقلق وعدم الشعور بالأمن والطمأنينة.
- 3- الصراع، والقلق، والخوف المكتوب، والصدمات الانفعالية.

- الشعور بالنقص وعدم الكفاءة.
- الرعاية الزائدة أو التدليل الزائد.
- المبالغة في حرمان الطفل من الحنان وجوعه العاطفي يؤديان إلى التبيئة نفسها.

### **ثالثاً: الأسباب البيئية:**

ترجع عيوب النطق إلى ظروف بيئية، مثل:

- تقليد الطفل للكلام المضطرب والنطق غير السليم من قبل الآباء والأمهات.
- تأخر نمو الطفل بصفة عامة أو ضعفه عقلياً.
- تعدد اللغات التي يتعلمها الطفل في وقت واحد.
- الكسل والاعتماد الزائد على الآخرين.
- المشاكل العائلية وتصدع الأسرة.
- سوء التوافق المدرسي أو الاجتماعي.
- التغير المفاجئ في بيئة الطفل؛ كولادة أخ له، أو الالتحاق برياض الأطفال.

### **أمراض الكلام.**

1) **اللجلجة:** هي من العيوب الكلامية الشائعة عند الأطفال والكبار على السواء، وأسبابها معقدة، ولكن يعد الشعور بالقلق النفسي من أكثر العوامل التي تؤدي إلى ظهور هذا العيب، فالطفل القلق نفسياً يكون متواتراً في المواقف المختلفة، ولذلك قد يتبعش ويتكلّماً في إخراج الكلام بالصورة التامة المطلوبة، وذلك كنتيجة لشدة تحفه من الموقف الذي يخشى مواجهتها.

2) **اللثغ (التكلم بأسلوب غير ناضج):** قد يستمر الطفل في التكلم بأسلوب طفولي <sup>ك النوع من المحاكاة في تقليد أخيه أو أميه</sup> وكذلك قد تحدث هذه الظاهرة عندما يفقد الطفل أسنان الفك قبل ظهور الأسنان الدائمة.

وهذا العيب أكثر العيوب انتشاراً في أطفال ما قبل المدرسة، وغالبية الحالات التي تعاني من اللثغ ترجع إلى أن الكبار ينطقون الكلمات أمام أطفالهم

بصورة غير سلية على سبيل المداعبة، فيواصل الطفل الكلام بهذه الطريقة الطفولية، معتقداً أن يلقي استحساناً من الآخرين، لأنه خفيف الظل.

ولما كان الأطفال الذين يظهر لديهم هذا العيب يتعرضون إلى قدر كبير من السخرية، فإن من يعانون منه لأسباب غير عضوية يتغلبون عليه مبكراً قبل دخول المدرسة، أما اللثغ المستمر وعدم المقدرة على نطق حروف الكلمات بصورة صحيحة، فقد يكون نتيجة للإصابة بضم جزئي، أو خطأ خلقي، وإذا حدث ذلك فإن الطفل يصبح في حاجة للعلاج الطبي قبل بدء حياته.

(3) العي: التي يعجز فيها الطفل عن النطق بأول كلمة، والسبب يرجع إلى توتر العضلات الصوتية وجمودها، والطفل يبذل مجهوداً كبيراً حتى يتمكن من نطق أول كلمة في الجملة، لكنه بعد أن يتمكن من ذلك يندفع في كلامه، كالسيل حتى تنتهي الجملة، ثم يعود إلى نفس الصعوبة عند بدء الجملة الثانية، وأغلب حالات العي سببها نفسي، وإن كان بعضها تصاحبه أمراض جسمية، كاضطرابات الجهاز التنفسي، أو تضخم اللوزتين وغير ذلك.

وتبدأ الحالة في البداية على شكل لجلجة وحركات ارتعاشية متكررة تدل على معاناة الطفل من اضطرابات انفعالية واضحة، والطفل الذي يصاب بالعي تظهر عليه المعاناة والضغط على الشفتين وتحريك الكفين أو اليدين أو الضغط بالقدمين على الأرض أو التحرك يميناً ويساراً، أو القيام بحركات هستيرية في رموش وجفون العينين.

(4) مضخ الكلام: يرجع لقلة نشاط الشفتين أو اللسان أو الفك لسبب أو آخر، فقد يكون السبب عضوياً، كعدم نضج وتطور جهاز النطق، أو شلل في أعضاء الصوت أو بعض العضلات خاصة عضلات اللسان.

وقد يرجع هذا العيب لأسباب انفعالية حيث يندفع الطفل في نطق الكلمات بدون وضوح.

5) عدم الترتيب والتشوش: ذلك بأن يكون كلام الطفل سريعاً مشوشًا وغير مرتب، وكثيراً ما يخلط بينه وبين التهتهة، والفرق بينهما أن هذا العيب يمكن التغلب عليه إذا انتبه الطفل لكلامه، وكان يقتضي ما يقول، أما التهتهة فإن الطفل تسوء حاليه أكثر إذا اهتم الطفل بكلامه، ويوجد هذا العيب أساساً لدى الأطفال الذين تأخر تطورهم اللغوي.

## العلاج

ينبغي على الأم أن تبحث عن السبب وراء اضطرابات النطق عند الطفل، وعليها أن تتحلى بالصبر، وتتخلى عن القلق، فإن هي تعجلت شفاء طفلها، فإن المرض قد يستمر طويلاً، أو قد يفشل العلاج.

وفي البداية عليها أن تتأكد من أن طفلها لا يعاني من أمراض عضوية، وذلك بأن تذهب به إلى طبيب متخصص ليقوم بفحص الطفل، وتصحيح ما قد يوجد من خلل في الجهاز العصبي، وجهاز الكلام والجهاز السمعي، وكل النواحي العضوية التي تتصل بإخراج الصوت.

كذلك فحص الطفل نفسياً، أو العلاج النفسي للكشف عن الصراعات الانفعالية، وإعادة الاتزان الانفعالي والعاطفي للطفل، وتقليل اتجاه الخجل والارتباك والانسحاب عنده، والتي تؤثر على شخصيته، وتزيد من أخطائه وأضطراباته الكلامية. وإحاطة الطفل بجو من الدفء العاطفي والمحبة وتحقيق أمن الطفل بكافة الوسائل، والعلاج الجماعي، والعلاج باللعبة وتشجيع النشاط الجسماني والعقلي، وعلاج الطفل عن طريق الاسترخاء الكلامي والتمرينات الإيقاعية في الكلام والتدرج من الكلمات والمواقف السهلة إلى الصعبة، وتدريب اللسان والشفتين والحلق، وتمرينات البلع؛ وذلك لتنمية عضلات الجهاز الكلامي، وتمرينات التنفس، وبصفة عامة تدريب الطفل المريض لتنمية عضلات النطق والجهاز الكلامي.

## **أسئلة الأطفال المراجعة**

فجأة وبدون سابق إنذار، قد يأتي الطفل إلى أمه ليأسماها: أين الله؟ ما هو الموت؟ من أين جئت؟، وأسئلة كثيرة قد يصعب على الأم الإجابة عنها بشكل مناسب، وقد تعتبر الأم أن مثل هذه الأسئلة غير هامة، وتتهرب من الإجابة عنها أو تجيب بكلام مبهم لا يمت للحقيقة بصلة، وهذا خطأ كبير؛ فالطفل من حقه أن يعرف ويسأل، وإذا لم يعرف الإجابة سوف يشعر بالخيبة والقلق والتوتر النفسي، بل والخوف أحياً. وتخطئ الأم إذا جأت إلى الصمت تجاه أسئلة طفلها، لأن الطفل سيحاول معرفة الإجابة من زملائه، أو بأي أسلوب آخر، مما قد يضره نفسياً، ويضللله علمياً، بالإضافة إلى أنه سوف يشعر بالذنب، مما قد يؤدي لانطواره عن الحياة الاجتماعية.

## **أسباب أسئلة الأطفال المراجعة ودوافعها**

تكثر أسئلة الطفل في السنوات الأولى من عمره من سن عامين إلى خمسة أعوام بسبب خواوفه، وعدم وجود خبرة سابقة مباشرة، ومن الأسباب العديدة لأسئلة الطفل:

(1) الخوف والقلق: فالأطفال يسألون كثيراً عما يخافون منه؛ طلباً للشعور بالأمن والطمأنينة من خطر المجهول، فهم يخافون حتى ولو لم يهاجمهم في حياتهم حيوان ما كالكلب أو الذئب أو خلافه، وهم يخافون اللصوص وال مجرمين والمتسللين.

(2) حب الاستطلاع: فهو يجهل ما حوله وما يحدث، ويريد أن يعرفه.

(3) الاستحواذ على الانتباه، والحصول على الاهتمام.

(4) المقاومة والتمرد على الكبار، أو السخط على سلطة الأب والأم أو غيرهما.

(5) ممارسة اللغة والمباهة بها، لإدراكه أنه أصبح يتقن لغة الكلام والمخاطبة والتفاهم.

كما ان تصرفات الأم تجاه أسئلة أطفالها، وتأخذ صوراً متعددة منها:

(1) الإجابة الصحيحة وبشكل علمي.

(2) تجاهل الأمر، وتغيير موضوع الحديث.

(3) الإجابة بردود غير مقنعة وغير صحيحة، أو بإجابات عشوائية.

(4) التهرب من الإجابة بالصمت.

وتصرف الأم الصحيح تجاه أسئلة طفلها أن تهتم بتساؤلاته، وأن تحببه بإجابة مناسبة، وأن تكون الإجابات محددة، مبسطة، قصيرة، وبطريقة ذكية لا تتطلب التدقيق والتفاصيل، ولا تثير لدى الطفل أسئلة أخرى، وأن تكون مناسبة مع مداركه ومزاجه الشخصي.

وترجع أهمية إجابة الأم عن أسئلة طفلها إلى:

(1) زيادة الثقة بالنفس، وتحقق المهدى الذي سأله من أجله.

(2) مساعدته على النمو نفسياً بشكل سوي، وعلى التكيف الاجتماعي.

(3) تنمية مقدرته اللغوية.

(4) إكسابه الأخذ والعطاء.

(5) تعليمه الإصغاء والاستماع.

(6) استمتاعه بمشاركة والديه وجدانيّاً.

وعلى الأم والأب أن يعلما أنه من الأفضل أن يتعلم طفلهما من خلال أسئلته ما يتعلق بالتربية الجنسية السليمة، بدلاً من تلقيه بعض المعلومات الخاطئة غير الصحيحة من أصدقاء السوء أو من مصادر أخرى مشبوهة.

ولذا وجه الطفل أسئلة لا تعرف الأم الإجابة عنها، فيُمكنها أن تقول له هذا سؤال جيد، ولكن لا تستطيع الإجابة عنه، فسوف نسأل والدك أو نبحث عن الإجابة في أحد الكتب، وعندما تشجع الأم طفلها على توجيه الأسئلة، وتعطيه إجابات وافية، تجعله سعيداً سوياً، ويشعر أنه ذو قيمة عند أبيه، وأن له شأنًا، وأن لديهما ما يحتاج إليه وما يفيده.

ومن حق الطفل على المحيطين به الإجابة عن كل تساؤلاته، وذلك لأنّه فطر على حب الاستطلاع لمعرفة ما يدور حوله، وهذه المعرفة التي يحصل عليها تدفعه لمعرفة ذاته، ومعرفة الكون المحيط به، وإلى المعرفة الحقيقة بالإله الخالق، فمتي عرف الولد ربّه، استطاع أن يعبده حق عبادته.

وقد أودع الله روح البحث والتساؤل في الإنسان منذ بداية حياته، غير أن معظم المربين (آباء وأمهات وغيرهم) يرتكبون أخطر الأخطاء حينما يقتلون هذه الروح، وذلك عندما يتجاهلون تساؤلات الأطفال واستفساراتهم، بل يضيقون ذرعاً بها وبهم، فيهربون من الإجابة عن تساؤلاتهم، ويصدونهم بطريقة خاطئة، وقد يكون من المفید أيضاً أن لا تنتظر الأم حتى يسألها ولدها، بل عليها أن تبدأ هي بالتعليم والإرشاد، وتوجيهه إلى ما يجهله، وما يجب عليه معرفته، مراعية في ذلك سنه وقدراته، وقد يصير هذا الأمر واجباً عليها إذا أحست أن ابنها لا يسأل، ولا يجب أن يعرف، فإن سلوكها هذا سيلفت نظره إلى ضرورة المعرفة واستكشاف العالم من حوله.

### ظاهرة السرقة

يمکي أن قاضياً في إحدى المحاكم الشرعية حاكم لصاً، وبعد المداولة أعلن حكمه بقطع يده، فقال اللص، (قبل أن تقطعوا يدي اقطعوا لسان أمي). لماذا قال اللص ذلك؟، لأنه عندما سرق بيضة من جيرانه، ذهب بها إلى أمه، فلم تغضب، ولم تعترض، ولم تتصحّه بإعادتها إلى الجيران، بل فرحت به وبما فعله. وصدق اللص حين قال: لو لا لسان أمي الذي زغرد للجريدة لما كنت في المجتمع سارقاً، فالأم مسؤليتها خطيرة، وعليها أن تنشئ طفليها على مراقبة الله والخشية منه، وأن تعوده الأمانة، وأن يحافظ على حقوق الآخرين.

ويهمل كثير من الآباء والأمهات التمييز بين ما يملكه الطفل وما لا يملكه، فيتركونه بلا ملكية معاً، لا ينحر الطفل أنه يملك شيئاً، حيث إن أبويه يشتريان له والإخوه دون تمييز على أساس أن هذا يفيد في تعليم التعاون، لكن ذلك قد يؤدي إلى أن الطفل لا يفصل بين ممتلكاته وممتلكات غيره، ويستمر ذلك معه في كبره.

أسباب السرقة ودوافعها ان للسرقة لها دافع، ومعرفة الدافع وتحديده بدقة ضرورة؛ لأنها طريق العلاج، وهذه الدافع كثيرة، ومنها:

1- الانتقام: قد يسرق الطفل لأن والده يعامله بقسوة، فيغيظه أو يضايقه باللجوء إلى السرقة.

- 2- الجهل وعدم الإدراك الكافي: الطفل قد يسرق قلماً من أخيه أو زميله؛ لأنه لا يدرك معنى الملكية واحترام خصوصيات الآخرين، وذلك لنقص إدراكه، وعدم تمييزه بين ما له وما ليس له.
- 3- إثبات الذات: فالطفل الذي يتسمى إلى طبقة اجتماعية متوسطة، وينغالط أقراناً من طبقات اجتماعية علياً، قد يلجأ إلى السرقة، ليثبت لهم أنه في مستوىهم.
- 4- نشأته الإجرامية: قد ينشأ الطفل في بيئة إجرامية تعوده على السرقة والإعتداء على ملكية الغير، قال الشاعر، وينشا ناشيء الفتى منا، على ما كان عوده أبوه
- 5- انخفاض الذكاء: قد يكون سبب السرقة الضعف العقلي أو انخفاض الذكاء، والوقوع تحت سيطرة أولاد يفوقونه ذكاءً فيوجهونه إلى السرقة.
- 6- التدليل الزائد: الطفل الذي تعود أن تلبى كل رغباته، ولا يطيق أن يقف أمامه ما يحول دون تنفيذ ما يريد، ثم يفاجأ بامتناع والده عما يطلبه من رغبات يلجأ إلى السرقة.
- 7- الرغبة في الحصول على مركز مرموق: قد يسرق الطفل للتفاخر بما لديه من حاجيات ليست عند أحد من رفاته، أو يعطي زملاءه؛ ليكون مقبولاً لديهم.
- 8- التخلص من مأذق معين: فقد يفقد الطفل النقود التي أعطاها له والده ليشتري بها شيئاً ما، ويخاف من العقاب، فيهديه تفكيره للسرقة.
- 9- الحرمان: فقد يسرق الطفل لأنه محروم من المتطلبات الضرورية للمعيشة، كأن يسرق الطعام لأنه جائع.
- 10- إشباع ميل أو عاطفة أو هواية: يميل بعض الأطفال أحياناً إلى ركوب الدراجات، أو الذهاب إلى السرك، ولا يملكون المال اللازم لذلك، فيسرقون لإشباع هذه الهوايات.
- 11- الإصابة بمرض نفسي: الطفل المصاب بمرض نفسي قد يدفعه هذا المرض إلى السرقة الغير إرادية أو ما يسمى بالقهريّة، والتي تعرف بحالة (الكلبتومانيا).
- كيفية علاج السرقة

لا شك أن الملوك قد نشأ على خشية الله ومراقبته، وتعود على الأمانة، لذلك لم يمد يده إلى أموال سيده، وهكذا فإن الأم عندما تعود طفلها على التقوى والعمل الصالح، فإنه ينشأ أميناً لا يمد يده إلى ممتلكات الآخرين، وعند علاج السرقة يجب أن ندرس كل حالة على حدة، حتى نعرف الدوافع التي أدت إليها، وبالتالي يسهل أسلوب علاجها.

وعلى كل أم أن توضح لطفلها قبح السرقة، كما ينبغي عليها أن تضرب لطفلها المثل الأسمى في احترام ملكية الآخرين، وعلى الأم أن تراعي إشباع رغبة الطفل في الدفء العاطفي والحنان، حتى يشعر بالثقة في النفس، ولا يشعر بأي نقص قد يدفعه إلى السرقة، وتعتبر تربية الطفل على مبادئ الإسلام، ومحنة الله، كفيلة بإبعاده عن أي سلوك منحرف، مثل السرقة.

### الخجل

ان الطفل الخجول هو الذي ليس لديه القدرة على التجاوب مع زملائه في المدرسة، أو الأشخاص الذين يراهم لأول مرة، سواء كان في البيت أو خارجه، وهو لا يندمج معهم، ولا يستطيع مواجهتهم بجرأة، لذلك فإن تجاربه في الحياة تكون محدودة، كما تكون صداقاته قصيرة الأجل غير مستديمة، وكذا لا يتحمل نقد الآخرين له، أو «لا يستثنون»، «البسطة نحوه».

كل هذه الصفات تجعل منه شخصاً انعزاليًا غير نافع لنفسه أو مجتمعه. والحياة شيء والخجل شيء آخر، والفرق بينهما كبير؛ لأن الخجل هو انطواء الولد وابتعاده عن معاملة الآخرين والتعامل معهم، أما الحياة فهو خلق وفضيلة من أخلاق الإسلام، يمنع من ارتكاب الخطأ والمحرمات، ولقد أوصي به رسول الله حين قال: (استحيوا من الله حق الحياة). قلنا يا رسول الله إننا نستحيي والحمد لله، قال ليس ذاك، ولكن الاستحياء من الله حق الحياة أن تحفظ الرأس وما وعي، والبطن وما حوي،

ولتذكر الموت والبُلْيَ، ومن أراد الآخرة، ترك زينة الحياة، فمن فعل ذلك؛ فقد استحى من الله حق الحياة) [الترمذى].

### أسباب الخجل

ان أسلوب تربية الطفل قد يجعله خجولاً؛ حيث إن زيادة التدليل قد تسبب الخجل، كما أن التشدد في المعاملة وتكرار التوبيخ، والزجر والتأنيب بغير سبب، واستخدام القسوة في تصحيح الأخطاء خاصة أثناء وجود الغير، كل ذلك قد يؤدي إلى فقدان الثقة في النفس والشعور بالنقص، وبالتالي يؤدي إلى الخجل والانطواء عن الناس والمجتمع، وقد كان رسول الله يلطف الصغار، حتى يشعرهم بالثقة في أنفسهم، وقد يكون من أسباب الخجل، الشعور بالنقص لدى بعض الأطفال الذين يعانون من عاهات وعيوب خلقية، مما يجعلهم يميلون للعزلة.

كما أن التأخر في الدراسة قد يكون سبباً في الشعور بالنقص، وضعف الثقة في النفس، مما يؤدي لأن يصبح الطفل خجولاً، والطفل الوحيد غالباً ما يعاني من الخجل نظراً للاهتمام الزائد به، والخوف الشديد، واللهفة عليه أكثر مما يعامل الآباء الأطفال الذين في مثل سنّه، وقد يؤدي ذلك للسخرية منه من قبل بعض زملائه مما يزيد من حدة المشكلة.

### كيفية علاج الخجل

عن أبي هريرة - رضي الله عنه - أن الأقرع بن حابس - رضي الله عنه - أبصر النبي ( وهو يقبل حسيئاً فقال: إن لي عشرةً من الولد ما فعلت هذا بواحد منهم. فقال رسول الله: (من لا يرحم لا يرحم) [أبو داود].

وكان رسول الله ( يتلطف مع أبناء الصحابة ويسلم عليهم، ويهتم بهم ويرحمهم، وروي لنا ذلك أنس بن مالك فقال: إنه كان له أخ صغير اسمه عمير، وكان له طائر يلعب معه، فلما مات حزن عليه حزناً شديداً، فكان رسول الله إذا رأه داعبه ولاطفه وسرّي عنه بقوله (يا أبا عمير ما صنع النغير) [متفق عليه]، وكثيراً ما كان يركب الحسن

والحسين علي ظهره، ويقول: (اللهم إني أحبهما، فأحبهما، وأحب من يحبهما) [الطبراني]، فالرحمة والحنان الغير زائد़ين عن الحد المعقول من العوامل المؤثرة التي تقي الأطفال من الخجل.

ويمكن للأم علاج طفلها من الخجل والانطواء، وذلك بتربية على الجرأة، وأن يصطحبه أبوه في المجالس العامة، لأن هذه المخالطة تجعله أقل خجلاً من الأطفال الذين لا يخالطون الناس، وعلى الأم أن توفر لطفلها قدرًا كافياً من العطف والرعاية والمحبة، وإشعاره بالأمن والطمأنينة، وأن تحذر من التفرقة في المعاملة بين أبنائها، حتى لا تحدث الغيرة لدى الطفل، فيشعر بعدم القبول، فينتزع عن ذلك انطواوه وخجله، فالأطفال يكونون في غاية الحساسية، ولقد نهى النبي عن ذلك فقال: (اعدلوا بين أولادكم في النحل، كما تحبون أن يعدلوا بينكم في البر) [الطبراني]، والتربية الاستقلالية في شخصية الطفل خير وسيلة للوقاية والعلاج من الخجل، لذلك كان رسول الله قدوة صالحة في تربية السلف الصالح على الجرأة.

وعن سهل بن سعد الساعدي - رضي الله عنه - أن رسول الله أتى بشراب، فشرب منه، وعن يمينه غلام، وعن يساره الأشياخ (أي المسنين) - فقال للغلام: (أتاذن لي أن أعطي هؤلاء؟) فقال الغلام: لا والله يا رسول الله، لا أوثر بنصبي منك أحداً) [متفق عليه].

وعلى الأم أن تعيد لطفلها ثقته بنفسه، فإذا كان متفوقاً في دراسته، أو ماهراً في موهبة كالرسم مثلاً وجب عليها أن تشجع فيه هذه الموهبة، وأن تعلّي من قيمتها عنده، وأن تمدحه وتشعره أنه متفوق.

وعلى الأم أن تكون صبوراً في علاج الخجل عند طفلها؛ لأنَّه يحتاج إلى وقت طويٍّ، ويتم على مراحل، وعليها أن تبدي سعادتها كلما تخلص من بعض خجله، ولكن إذا فشلت؛ فعليها أن تحاول معه مرة أخرى حتى يتحقق هدفها الذي تتطلع إليه، وعلى الأم الاهتمام بطفلها والإنصات له عندما يتكلّم، وعدم السخرية من حديثه أو أفعاله،

لأن هذا يكسبه الثقة في نفسه، بل يشجعه على التحدث مع الآخرين بلا خوف أو خجل.

## الغضب

حيث كثيراً ما تشتكي الأم فتقول: ابني سريع الغضب، كما ان الغضب حالة انفعالية يشعر بها الطفل في الأيام الأولى من حياته، وتصبحه في جميع مراحل عمره. والغضب غريزة إنسانية قد تكون مفيدة في بعض الأحيان، لأن يشحد العزائم للمحافظة على النفس، والمحافظة على الدين، والعرض، والوطن، أمّا الغضب المذموم فهو الغضب من غير مبرر معقول، وفي غير حق، لذلك أوصي رسول الله (بعدم الغضب. روي أبو هريرة -رضي الله عنه- أنَّ رجلاً قال للنبي (أوصني؛ قال (لا تغضب) فرددتها مراراً، قال (لا تغضب) [البخاري].

وعن بن عمر -رضي الله عنهم- أنه سأله رسول الله فقال له: ما يباعدني من غضب الله؟ قال: (لا تغضب) [أحمد والبخاري]، وامتدح القرآن الكريم الذين يملكون أنفسهم عند الغضب، فقال: {الذين ينفرون في السراء والضراء والكاظمين الغيظ والعافين عن الناس والله يحب المحسنين} [آل عمران: 134].

وقال: (ليس الشديد بالصُّرْعَةِ، وإنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب) [متفق عليه]. ونظهر بوضوح نوبات الغضب لدى الأطفال في الفترة ما بين الشهر السادس والسنة الثالثة من حياة الطفل، وهناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى غضب الطفل منها:

- 1- عدم تحقيق رغباته خصوصاً الفسيولوجية (الطعام - الإخراج).
- 2- إذا ترك وحيداً في الحجرة، كما أنه قد يثور أيضاً عندما نغسل له وجهه أثناء الاستحمام، أو عند خلع ملابسه.
- 3- تقييد حرية الطفل الحركية في لعبه وتحركاته، خاصة وأنَّ الطفل مفطور على حب الحركة واللعب والانطلاق؛ لأن في ذلك وسيلة للتغيير عما بداخله من طاقات متوقدة.
- 4- تذبذب المعاملة بين أساليب الشدة والترانبي.

5- تقييد حرية الطفل في التعبير عن رأيه أيضاً يؤدي إلى غضبه، لأن الطفل وإن كان صغيراً، إلا أنه يشعر بالرغبة في أن يكون له شخصية مستقلة، ورأي خاص به يعبر عنه حتى يشعر بذاته.

6- قسوة الوالدين ونزعهم إلى الشدة والنقد اللاذع، كل ذلك يؤدي إلى تغيير ثورة غضب الطفل، وإن كان بعض الأطفال لا تبدو عليهم ثوراتهم وانفعالاتهم، ولكن لها آثارها السلبية أيضاً، كالاكتئاب والانطواء.

7- زيادة تدليل الآبوين للطفل يؤدي إلى نوبات الغضب المرضية، حيث تجاذب كل رغباته في صغره، مما يجعله يتوقع من حوله أن ينفذوا كل رغباته، حتى في كبره.

8- عصبية بعض الآباء والأمهات وثورتهم لأتفه الأسباب تؤدي إلى عصبية الأطفال وثورتهم وغضبهم، لذلك فإن على الآبوين أن يحرصاً على أن يكونا نموذجاً للهدوء وعدم العصبية الزائدة عن الحد.

9- النقص العام أو ضعف صحة الطفل، والتي تؤدي إلى ضعف مقدراته على السيطرة على موقف ما قد يجعل الطفل هائجاً غاضباً، فبعض الأطفال لعدم قدرتهم على المشي أو الكلام أو الرؤية أو اللعب، مثل سائر أقرانهم يجعلهم في حالة تczزز واستعداد للغضب.

## العلاج

ان الخطوة الأولى لعلاج، أي مشكلة هو دفع وإزالة أسبابها، لذلك فإن على المربيين مساعدة الطفل على الهدوء والتحكم في انفعالاته، ويزيل دور الآباء والأمهات في تقديم صورة صالحة لأطفالهم، فعليهم لا يغضبوا ويثوروا لأتفه الأسباب، بل الواجب أن يتزهوا أستثمهم عن كلمات التحقيق والإهانة، حتى لا تترسخ في نفس الولد الآفات النفسية، وانفعالات الغضب، وبذلك يكون الآباء والأمهات قدوة صالحة في الحلم والأناة وضبط النفس عند الغضب.

ويجب أن يكون تدخل الأبوين في أعمال الطفل بصورة تربوية، لا تجعله يشعر بتقييد حركته أو إرغامه على الطاعة بدون إفهامه أو إقناعه، فالطفل بطبيعته تكمن بداخله طاقات هائلة متقدة، إلا أن قدراته الإدراكية لا تمكنه من توجيه هذه الطاقات بصورة إيجابية في مكانها المناسب، وهنا يبرز دور المربى في توجيه هذا النشاط الزائد إلى بعض الأشغال والموايات اليدوية المفيدة التي تنفس عن مشاعر الطفل المكتوبة، فضلاً عن أنها تشعر الطفل بقيمة الذاتية.

ويجب على المربين ألا يبالغوا في تدليل الطفل أو تلبية كل رغباته، فإنه عندما يتعامل مع الآخرين، فإنه يتوقع منهم نفس المعاملة، لكنه يرى معاملة قاسية فتشور في نفسه مشاعر الغضب، ومن عظمة ديننا الإسلامي أنه لم يترك شيئاً إلا وقد أحاط به، فهناك علاج ناجح أرشدنا إليه النبوي في تسكين الغضب، وعلى الآباء والأمهات أن يعودوا أبناءهم عليه قدر المستطاع، وللمنهج النبوي في ذلك عدة مراحل:

1- تغيير الوضع الذي يكون عليه الغاضب، فعن رسول الله (أنه قال: (إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب.. وإنما غضب) [أبو داود وأحمد].

2- اللجوء إلى الوضوء في حالة الغضب؛ عن رسول الله (أنه قال: (إن الغضب من الشيطان، وإن الشيطان خلق من النار، وإنما ظفّ النار بالماء، فإذا غضب أحدكم فليتووضأ) [أبو داود].

3- التعوذ بالله من الشيطان الرجيم فقد استبَّ رجلان عند النبي (وأحدهما يسب صاحبه مغضباً قد احمر وجهه، فقال النبي إني لأعلم كلمة لو قالها، لذهب عنه ما يجد، لو قال: أَعُوذ بالله من الشيطان الرجيم)، [متفق عليه].

4- مغادرة المكان الذي حدث فيه الغضب، فقد حدثت مشادة بين علي كرم الله وجهه وفاطمة الزهراء -رضي الله عنها- فغضب كل منهما من الآخر، فخرج الإمام علي إلى المسجد، فمكث فيه، فلما علم رسول الله (بذلك ذهب إلى

على، وقد وقع عليه بعض التراب، فأخذ ينفضه عنه، ويقول (قم يا أبا تراب)  
[الطبراني].

5- والأشياء التي تفيد في معالجة الغضب: التخلق بالخلق المضاد له، وهو الحلم  
والأنة، فعلى الأم أن تبني في أولادها الصبر والأناء بذاتهما، فإن الإنسان  
الخليم، لا يعرف الغضب إلا الله.

6- كما عليها أن توظف ملكرة الغضب في ابنائها التوظيف المناسب الذي يتلائم  
مع طبيعة الموقف، فإذا كان هناك موقف يقتضي الغضب، فعلى الأم أن تنبه  
ابنها عليه، وتعلمه أن الغضب هنا من الصفات المحمودة، وإذا كان الحلم في  
موقف ما أولى وأحسن، فعليها أن تذكر ابناءها بذلك وتحملهم عليه، فما ليس  
بخلق في الأصل يسهل الوصول إليه وجعله خلقاً بالتخلق به، والتطبع عليه  
حتى يصير خلقاً وطبيعاً.

7- اكتساب عادة الحلم، فإن الحلم من أعظم الفضائل النفسية التي يجب أن  
يتاحلي بها الإنسان.

فالتدريب على ضبط انفعالات الغضب عنصر جوهري من عناصر النمو  
الانفعالي الصحيح، ومن الأحاديث المأثورة عن الرسول أنه قال: (إن من أحبكم إلى  
وأقربكم مني مجلساً يوم القيمة، أحسنكم أخلاقاً) [الترمذى].



## **الفصل السادس**

**التربية الحركية للمعوقين والسيطرة عليها**



## **الفصل السادس**

### **التربية الحركية للمعاقين والسيطرة عليها**

#### **الأهمية الأساسية والبدنية للممارسة الرياضة للمعاقين**

- 1- تنمية المهارات الحركية، وتطوير الشعور بالإنتماء والمشاركة في مجموعات.
- 2- تعمل على زيادة الإدراك العام وتمد النواحي المعرفية والقدرات العقلية.
- 3- مساعدة المعاقين أن يمارسوا حياتهم اليومية، مثل أقرانهم العاديين، فيعيشون معهم حياة طبيعية بأقصى ما تسمح به قدراتهم وظروفهم الاجتماعية.
- 4- تكسب المعاقين احترام الآخرين، وتقديرهم على الممارسة الرياضة، بغض النظر عن نوع الإعاقة وتقوية الإحساس بالذات لدى المعاق.

اما أهمية التربية البدنية للمعاقين، فقد يعتقد البعض عدم أهمية التربية البدنية للمعاقين او كونها ضارة لهم بدنياً او نفسياً او اجتماعياً، لكن الدراسات والابحاث العلمية والتجريبية اثبتت عكس ذلك فالرتبة البدنية وانشطتها المختلفة لها اهمية للمعاقين، قد تفوق في اغلب الاحيان اهميتها بالنسبة لمن يسمون بغير تلمعاقين من جميع النواحي البدنية والنفسية والاجتماعية، فمن الناحية البدنية وجد ان ممارسة غير المعاقين للانشطة البدنية في اغلب الاحيان مفيدة، ولكنها بالنسبة للمعاقين علاجية حيث تعتبر قلة الحركة من الصفات المصاحبة ل معظم الاعاقات والتي تكون بسبب الاعاقة ذاتها كما في الاعاقات الحركية، او بسبب ظروف المعاق النفسية او الاجتماعية كالانطوائية مثلاً.

وقد تؤدي قلة الحركة الى بعض التغيرات الفسيولوجية السلبية التي تجعل المعاقين اكثر عرضة، لما يعرف بامراض نقص الحركة، والتي تتضمن ارتفاع ضغط الدم، وامراض القلب التاجية ومرض هشاشة العظام وغيرها، وقد أكدت الدراسات العلمية ان ممارسة المعاقين للانشطة البدنية تساهم بفعالية في رفع مستوى لياقتهم البدنية، وبالتالي التقليل

من الاعراض الناجمة عن قلة الحركة، اما من الناحية النفسية والاجتماعية، فأن المعاقين غالباً ما يعانون من المشكلات النفسية والاجتماعية، فأن المعوقين غالباً سهلاً وتلقائياً بالنسبة لغير المعوقين، وقد يؤدي ذلك للشعور بالدونية التي يزيدها سوءاً معاملة افراد العائلة والاصدقاء للمعاق على انه عديم الفائدة.

كما قد يصاحب هذا الشعور ارتفاعاً في مستوى القلق، وقصوراً في تقدير الذات، وفقداناً للثقة بالنفس مما يتبع عنه الانطواء والعزلة وتنمية الاتجاهات السلبية ضد المجتمع، وتعيد المشاركة في الانشطة البدنية التوازن النفسي المعاقين في اغلب الاحيان، وتنمي الثقة بالنفس وتقدير الذات، خصوصاً عندما تكون خبرات المشاركة ناجحة، كما توفر مشاركتهم في الانشطة البدنية الفرص المناسبة لتفاعلهم مع اقرانهم من المعاقين وغير المعاقين، مما يؤدي تقبل الاخرين بعد تغيير مفاهيمهم باكتشاف قدرات المعاقين، بدلاً من التركيز على اعاقتهم.

### **النوع التربوية الحركية للمعوقين**

- مهارات لفظية:

- أ- يذكر عمره بالأرقام.
- ب- يذكر اسمه والحرف الذي يبدأ به.
- ت- يشارك في الاعمال المنزلية.
- ث- يلعب مع الاطفال في جماعة.

-2 مهارات سمعية:

- أ- يعبر بالحركة عن الصوت المسموع.
- ب- يمشي مع الموسيقى البطئه.
- ج- يتوقف عند توقف الموسيقى.
- د- يحرك يديه على انغام الموسيقى.
- ه- يعبر انتكارات بالحركة.

### 3- مهارات بصرية:

- أ. يجمع اجزاء الصورة المقطوعة.
- ب. يمارس مهارات تفكير مختلفه.
- ج. يستخدم حركة العين واليد في تناسق.
- د. يكون اشكال الحروف الهجائية.
- هـ. يجمع بين جزأى الحروف المتشابه لتنمية الادراك البصري.

### الأهداف العامة للتربية الرياضية للمعوقين

- 1- تثبيت المبادئ الدينية والقومية وإذكاء الحماس، وتجيئ الاندفاع أثناء ممارسة الأنشطة الرياضية لحب الوطن والتعریف بمكتسباته والحافظة عليها.
- 2- تنمية العلاقات الاجتماعية، من خلال العمل الجماعي المنظم في أثناء الممارسة الرياضية التي تنطوي على المحبة والتعاون، وتحمل المسؤولية، والإخلاص للجماعة لتحقيق الانتفاء للوطن.
- 3- اكتساب الخبرات الأساسية للأنشطة الرياضية المتنوعة، وتنمية وتطوير اللياقة البدنية، في ضوء الحقائق العمرية البيئية، لمواجهة ظروف الحياة المختلفة.
- 4- التمتع الكامل بالنشاط البدني الترويجي وفق الميل والقدرات والرغبات البدنية، من الإمكانات المتأحة والتزود بالخبرات التربوية النافعة في الحياة.
- 5- تنمية القدرة الإبداعية في إطار ديمقراطي، يضمن حرية التفكير والتعبير، لاكتساب القدرة على حل المشكلات اليومية وإثارة الدافعية للاستجابات البناءة.
- 6- معرفة حاجات النمو الجسمي عن طريق ممارسة الحياة الصحية السليمة، والوصول إلى قوام بدني معتدل.
- 7- ترقية النمو الانفعالي والتحكم في الانفعالات والتعبير وتعزيز الثقة في النفس.

8- تشجيع وتنمية القدرات والمواهب الرياضية العالية، وإتاحة المجال لها للوصول إلى مستويات البطولة.

9- التدريب على اكتساب صفات القيادة والتبعية السليمة، من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية المتنوعة.

### **تصنيف الرياضة للمعاقين**

يوجد العديد من الآراء في تصنیفات الرياضة للمعاقين، وفيما يلي تصنیف شامل لعدد من وجهات النظر:

**أولاً: الرياضة العلاجية:**

تعد ممارسة الرياضة للمعاقين إحدى وسائل العلاج، حيث تؤدي على هيئة تمرينات علاجية، كإحدى طرق العلاج الطبيعي التي تسهم في تأهيل المعاقين، بالإضافة إلى امتدادها ما بعد الجراحة والجبس، وخاصة في الكسور، وتأهيل مصابي العمود الفقري والنخاع الشوكي كالشلل النصفي والرباعي، ويستمر هذا الأثر الإيجابي للتمرينات في تأهيل المعاقين ومساعدتهم على استعادة اللياقة البدنية من قوة ومرنة وتحمل وتوافق عضلي عصبي، واستعادة لياقة الفرد للحياة الهامة، وما يصادفه فيها إلى ما بعد خروجه من المستشفى، ومراكز التأهيل حيث تلعب الرياضة التأهيلية دوراً هاماً في هذا المجال.

**ثانياً: الرياضة الترويحية:**

من الآثار الإيجابية لرياضة المعاقين تنمية الجانب الترويحي، حيث تعد وسيلة ناجحة للترويح النفسي للمعاق، فهو يكتسب خبرات تساعدته على التمتع بالحياة، فمن المعلوم أن الرياضة الترويحية تدرج من ألعاب هادئة، كألعاب التسلية إلى ألعاب عنيفة تسلق الجبال، كما يختلف المجهود المبذول في الرياضة الترويحية كالشطرنج والبلياردو والكروكية، عن المجهود المبذول في رياضة تنافسية، كالسباحة أو كرة السلة أو ألعاب

المضمار، ويتعدى أثر المهارات الترويحية الاستمتاع بوقت الفراغ إلى تنمية الثقة بالنفس، والاعتماد على ذاته والروح الراضية، وعمل صداقات تخرجه من عزلته وتدفعه في المجتمع.

### ثالثاً: الرياضة التنافسية:

حيث يهدف هذا النوع من النشاط الرياضي إلى الارتقاء بمستوى اللياقة والكفاءة البدنية، كما تتضمن رياضة المستويات العليا، والواقع أن الرياضة التنافسية تعتمد على التدريب العلمي السليم والتطوير في الأدوات والإمكانات والطبع الرياضي، ويجب الالتزام في تلك الرياضة التنافسية بالقواعد والقوانين الخاصة بالأداء، كما يجب الالتزام بالتقسيمات الفنية والطبية التي تعتمد على درجة اللياقة البدنية أو النفسية والعصبية للمعاق ومستوى الإصابة، وبذلك قبل المشاركة في الأنشطة التنافسية حتى يتحقق مبدأ العدالة، بالإضافة إلى الاستفادة الكاملة من المشاركة، وتجنب حدوث أي مضاعفات طبية تؤثر على حياة المعاق.

### رابعاً: رياضات المخاطرة:

يشير هذا النوع من الرياضات إلى الأنشطة التي تزداد فيها المخاطرة بدرجة كبيرة، وقد تمارس فردية أو جماعية مثل الترجل على الجليد، وسباق السيارات والدرجات، كما أن الغطس في المياه الضحلة يسبب الكسور في الفقرات العنقية أو الشلل الرياعي، لذلك لابد من إتباع تعليمات الأمان والسلامة وخاصة في الرياضات التي تحتاج إلى درجة -<sup>١١</sup>- في الأداء التي

### خامساً: الرياضة الاجتماعية:

حيث يرتبط بالتأهل المهني الذي يساعد المعاق على إعادة تكيفه مع المجتمع، وذلك بتدريب المعاق على ممارسة مهنة سابقة أو جديدة تبعاً لنوع إعاقته ودرجتها وميوله، كما يمكن اشتراك المعاقين مع الأسيوبياء في الممارسة حتى يعتادوا الاندماج بالمجتمع، ونذكر بعضًا من تلك المنافسات المشتركة كرمادية السهم، تنس الطاولة (الشلل والبتر) (البلياردو،

السباحة للمعاقين) البتر، المكفوفين الصم)، فيندمج المعاق بفأعليه في الممارسة مع الأصحاء كما يتحتم أن أصحاب الأعمال يقومون بتشغيل الرياضيين المعاقين.

### سادساً: المشاركة السلبية:

من المعلوم أن هذا النوع يقوم على المشاركة المعتمدة على المشاهدة الرياضية سواء أمام التلفزيون، أو حضور المباريات في الملاعب، مثل مباريات كرة القدم والتنس والسلة واليد، ويشترك الأسواء مع المعاقين في هذا النوع، حيث تساهم في إزالة القلق والتوتر النفسي والحد من العدوان، وما لاشك فيه، ذلك يؤدي إلى التغلب على روتين الحياة وقطع الملل بالاندماج في المشاهدة.

### الألعاب الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة

تعد الألعاب الأولمبية المعاذية حالياً 23 رياضة معروفة بها رسمياً 19 لعبة صيفية و4 لعبات في فصل الشتاء، وتختلف اللعبات بحسب فئات المعوقين، ومن الألعاب ما يلي:

- 1- العاب القوى.
- 2- كرة السلة على الكراسي المتحركة.
- 3- سباق الدراجات.
- 4- ركوب الخيل.
- 5- المبارزة بالسيف.
- 6- رفع الأثقال.
- 7- السباحة.
- 8- كرة المضرب.
- 9- كرة الطاولة.
- 10- كرة الهدف (الجرس).
- 11- رمي القوس.
- 12- الرماية.

13- كرة القدم.

14- الركيبي على الكراسي المتحركة.

15- الكرة الطائرة.

16- الرياضات الشراعية.

17- الجودو.

18- التزلج على الالبي.

19- التزلج الشمالي.

20- سباق على عربات التزلج.

21- الموكبي على عربات التزلج.

22- الرقص على الكراسي.

23- البوشيا.

### **طرق التدريب والتعلم الرياضي للمعوقين**

#### **1- طريقة التدريب المستمر:**

تتميز هذه الطريقة بالاستمرار بالعمل او التدريب وعدم وجود فترات راحة خلال الوحدة التدريبية، ويتاز حجمها بالاسراع، كطول فترة الاداء او زيادة عدد مرات التكرار، وتستخدم هذه الطريقة في الحركات المتشابهة (المكررة) كامهولة والركض والسباحة والتجديف.

اما اهدافها فتعمل على تطوير التحمل العام، والتحمل الخاص، والتحمل العضلي، اما تأثيراتها على اجهزة الجسم فتعمل على تطوير جهازي الدوران والتنفس، وزيادة قدرة الدم على حمل كمية اكبر من الاوكسجين والوقود (الغذاء) الذي يساعد على زيادة قدرة اجهزة الجسم على التكيف للمجهود البدني المستمر، اي تحسين الحد الاقصى لاستهلاك الاوكسجين.

اما مكونات الحمل بطريقة التدريب المستمر فتكون شدة التمرين من (40-60٪) من اقصى جهد للفرد، ويكون العمل بصورة مستمرة لفترة طويلة ولا توجد فترات راحة، اما عدد مرات تكرار التمرين فيكون قليلاً اذا كان الاداء مستمراً لفترة طويلة، وكثيراً اذا كان الاداء مستمراً لفترة متوسطة، اما الاساليب المستخدمة في هذه الطريقة هي:

أ. ثبات شدة الاداء: أي محافظة الرياضي على سرعة واحدة طول فترة العمل العضلي، ويصل النبض هنا الى 150 نبضة دقيقة.

ب. تغير شدة الاداء: تقسم مسافة الاداء الى مسافات او فترات زمنية تزيد وتنخفض في الشدة وحسب تقسيم المدرب.

ج. طريقة الجري المتنوع (الفارتلوك): تتغير فيه سرعة التمرين طبقاً لمقدرة اللاعب، وطبقاً لحالته خلال مسافة الاداء او خلال الفترة الزمنية المحدد له مثل (الجري 100م والمشي 100م) او (الجري لمدة دقيقة والمشي لمدة دقيقة)، ويفضل استخدام الفترات الزمنية عند تنفيذ هذا الاسلوب مع الناشئين لأنهم سيقطعون المسافة بسرعة اذا حددت المسافة وفي غير الشدة المطلوبة.

## 2. طريقة التدريب التكراري:

تزداد الشدة في هذه الطريقة عن طريقة التدريب الفوري مرتفع الشدة فتصل الى الشدة القصوى، وبالتالي يقل خلاها الحجم كما تزداد الراحة الایجابية الطويلة، وتهدف هذه الطريقة الى تطوير القوة القصوى والسرعة والقوة المميزة بالسرعة، اما تأثيرها الفسيولوجي فتسهم في تحسين رفع كفاءة انتاج الطاقة بالنظام الاهوائي كما تؤثر في الجهاز العصبي، نظراً لان الاداء يكون باقصى جهد، مما يتسبب بالتعب، اما مكونات الحمل بطريقة التدريب التكراري ف تكون الشدة (90٪) للركض، (90-100٪) للقوة من اقصى جهد للفرد، وتكون فترات الراحة طويلة (3-4) دقائق مع مراعاة ان تكون ايجابية، ويكون عدد تكرارات التمرين (20-30) رفعه للقوة، (1-3) مرات للركض.

### 3. طريقة التدريب الدائري:

هي عبارة عن اسلوب تنظيمي بطريقة التدريب المستمر او الفتري او التكراري، وان تمرينات التدريب الدائري على شكل دائرة يمارسها المتدرب من التمرين الاول حتى يكمل الدائرة، عموماً تكون تمرينات الدائرة الواحدة من (10-11) تمرين يؤدي في دورة واحدة و(2-3) دورة في الوحدة التدريبية، يهدف التدريب الدائري الى تنمية جهازي الدوري التنفسي، والتكيف على مقاومة التعب، ويساهم في تنمية الصفات البدنية.

وفي حالة استخدام التدريب التكراري تستخدم اثقال اضافية الى ثقل الجسم بحيث تصل الى (80-90٪) واحياناً (100٪) من قدرة الرياضي، وفي هذه الحالة يتطلب زيادة فترة الراحة بين تمرين واخر من (2-3) دقيقة وقد تصل الى (5) دقائق عندما تكون الشدة (90-100٪) من الحد الاقصى للمتدرب.

### 4- طريقة التدريب الفتري:

يقصد بها تقديم حمل تدريبي يعقبه راحة بصورة متكررة، وتنقسم الى (6):

#### أ. طريقة التدريب الفتري منخفض الشدة:

تزداد شدة التمرين في هذه الطريقة عن طريقة التدريب المستمر، كما يقل الحجم وتظهر الراحة الايجابية بين التكرارات لكنها غير كاملة، اما اهدافها فتعمل على تطوير التحمل العام والتحمل الخاص وتحمل القوة، اما تأثيرها على اجهزة الجسم الداخلية فتسهم في تحسين كفاءة انتاج الطاقة لعبور العتبة اللاهوائية ( وهي الحالة التي يكون فيها نسبة تراكم حامض اللبنيك في العضلة اكثـر من نسبة التخلص منه الذي يؤدي الى التعب العضلي).

اما مكونات الحمل فتكون شدة الاداء (60-80٪) من اقصى جهد للفرد في تمرينات الركض اما تمرينات القوة فتكون شدتها (50-60٪)، وتكون عدد مرات أداء التمرين او زمن التمرين (15-30ثانية) للقوة، (14-90ثانية) للركض، اما فترات الراحة ف تكون ايجابية غير كاملة تسمح للقلب بالرجوع الى جزء من حالته الطبيعية حيث تبلغ للمتقدمين (45-90ثانية) ومعدل نبض (120-130 نبضة/ دقيقة)، وللناثئين (60-120

ثانية) ومعدل نبض (90-120نبضة/ دقيقة) ويكون عدد مرات تكرار التمرين (20-30مرة للقوة)، (10-15مرة للركض).

#### ب. طريقة التدريب الفوري مرتفع الشدة:

تزداد شدة اداء التمرين خالما عن طريقة التدريب الفوري منخفض الشدة، وبالتالي يقل الحجم وتزداد الراحة الايجابية لكنها تظل غير كاملة.

اما اهدافها فهي تعمل على تطوير التحمل الخاص والتحمل اللاهوائي والسرعة والقوة المميزة بالسرعة، ويكون تأثيرها على اجهزة الجسم الداخلية في تحسين انتاج الطاقة اللاهوائية (تحت ظروف نقص الاوكسجين)، اما مكونات الحمل فيها فتكون الشدة (80-90٪) من اقصى جهد للفرد في تمرينات الركض، (60-75٪) من اقصى جهد للفرد في تمرينات القوة، ويكون زمن التمرين (10-30 ثانية) لكل من تمرينات الجري والقوة، اما فترات الراحة البينية فتزداد نسبياً، ولكنها راحة ايجابية غير كاملة تسمح للقلب بالرجوع الى جزء من حالته الطبيعية حيث تراوح للمتقدمين (90-180 ثانية) وللناشئين (120-240 ثانية)، وعدم هبوط النبض اقل من (100-120نبضة/ دقيقة)، اما عدد مرات تكرار التمرين (المجموعات) ف تكون (8-10) مرات للقوة، (6-12) مرات للركض.

**الاستراتيجيات العلاجية لمواجهة صعوبات التعلم عند الطلاب الذين لديهم ضعف انتباه ونشاط زائد.**

يظهر اضطراب (ADHD) بدرجات مختلفة، فقد تكون حالة الطفل بسيطة ويمكن التعامل بسهولة معها او قد تكون اعراض اضطراب شديدة وتحتاج إلى جهد كبير للتحكم بها، كما أن هذا اضطراب تباين اعراضه يوماً بعد يوم ومن مكان لأخر، فهو غير ثابت في مظاهره وتحتفل هذه المظاهر حسب المزاج والمواقف، وقد تؤثر عوامل أخرى في تلك التقلبات التي تظهر على الأطفال المصابين به، وحسب ما جاء في رأي باركلي (Barkly) فإن 80٪ من أطفال المدارس المصابين به ستستمر لديهم اعراض اضطراب حتى في سن المراهقة و 30-65٪ سوف تبقى الاعراض لديهم حتى سن الرشد.

## **مظاهر الاضطراب في سن ما قبل المدرسة**

يُبَدِّي العَدِيدُ مِنَ الْأَطْفَالِ الَّذِينَ لَدِيهِمْ ADHD فِي سنِ ما قَبْلِ المَدْرَسَةِ سُلُوكِيَّاتٍ حَرْكِيَّة نَشِطة تَخْلُو مِنِ الرَّاحَةِ، وَتَغِيرَاتٌ كَبِيرَةٌ فِي المَزَاجِ وَنَوبَاتٌ مِنِ الغَضَبِ، وَإِرْهَاقٌ نَاتِجٌ عَنْ نَقْصِ النَّوْمِ، كَمَا يَبَدِّونَ مَعْرِضِينَ لِلْإِحْبَاطِ أَكْثَرَ مِنْ غَيْرِهِمْ، وَزَمْنَ الْإِنْتِبَاهِ لَدِيهِمْ قَصِيرٌ جَدًّا كَمَا يَظْهُرُ الْعَدِيدُ مِنَ الْأَطْفَالِ فِي هَذِهِ الْمَرْحَلَةِ الْعُمُرِيَّةِ مُشَكِّلَاتٍ فِي الْلُّغَةِ وَالْكَلَامِ وَيَصْفُونَ عَادَةً بِأَنَّ تَصْرِيفَهُمْ خَرْقَاءَ، وَتَبَدُّلُ مُشَكِّلَاتِهِمْ أَكْثَرَ وَضُوحاً حِينَ يَكُونُونَ فِي مَوَاقِفٍ ضَمِّنَ مَجَمُوعَاتٍ، وَقَدْ يَبَدِّونَ سُلُوكِيَّاتٍ عَدَوَانِيَّةٍ وَكَثِيرٌ مِنْ هُؤُلَاءِ الْأَطْفَالِ، لَا يَسْتَمِرُونَ فِي رِياضِ الْأَطْفَالِ وَيَخْرُجُونَ مِنِ الْمَدَارِسِ.

## **مظاهر الاضطراب في سن المدرسة**

تَزَايِدُ مُشَكِّلَاتِ هُؤُلَاءِ الْأَطْفَالِ فِي سنِ الْمَدْرَسَةِ، حِيثُ يَتَوَقَّعُ مِنْهُمُ الْبَقاءُ هَادِئِينَ فِي أَماَنِهِمْ، وَالْتَّرْكِيزُ عَلَى الْمَهَامِ الْمُعْرَوَضَةِ أَوِ الْانْدِمَاجُ مَعَ الْآخَرِينَ فِي الْفَصْلِ الْدَّرَاسِيِّ، وَتَبَدُّلُ تَأْثِيرِ الْمُشَكِّلَاتِ الْدَّرَاسِيَّةِ لِلْطَّفَلِ فِي الْظَّهُورِ فِي الْمَنْزِلِ، حِيثُ تَوَكِّلُ لَهُ وَاجِبَاتُ مَنْزِلِيَّةِ تَدْخُلِ الْطَّفَلِ وَالْأُسْرَةِ مَعًا فِي مَعْانَةٍ حَقِيقِيَّةٍ لِإِنْهَاءِ تَلْكَ الْوَاجِبَاتِ، كَمَا أَنَّ هُؤُلَاءِ الْأَطْفَالِ يَعْانُونَ مِنْ مُشَكِّلَةِ دُمُّ الْقَدْرَةِ عَلَى إِتَّبَاعِ الْتَّعْلِيمَاتِ سَوَاءً فِي الْمَنْزِلِ أَوِ الْمَدَرِسَةِ وَصَعُوبَةِ أَدَاءِ الْمَهَامِ الْيَوْمِيَّةِ الْمُوْكَلَةِ لَهُمْ أَوِ إِكْمَالِ الْأَعْمَالِ الَّتِيْ أَوْكَلَتْ لَهُمْ. كَمَا يَعْانُونَ مِنْ رَفْضِ الْآخَرِينَ لَهُمْ مِنِ الْأَقْرَانِ بِنَاءً عَلَى نَتْاجِ سُلُوكِيَّاتِهِمِ الْاجْتِمَاعِيَّةِ الْغَيْرِ مَنْاسِبَةٍ، وَالَّتِي تَزَايِدُ مَعِ الْوَقْتِ، وَفِي نَهَايَةِ مَرْحَلَةِ الطَّفُولَةِ تَبَدُّلُ السُّلُوكِيَّاتِ الْاجْتِمَاعِيَّةِ بِالْتَّحْسِنِ وَالْاسْتِقْرَارِ، إِلَّا أَنَّ الْمُشَكِّلَاتِ الْأَكَادِيمِيَّةِ تَسْتَمِرُ، وَيُشَيرُ بَارْكَلِي (Barkley) إِلَى أَنَّ مَا بَيْنَ عَمَرِ 7-10 سَنَوَاتٍ فَانِ عَلَى الْأَقْلَ 30-50% مِنَ الْأَطْفَالِ الَّذِينَ لَدِيهِمْ تَشْتِتٌ أَوْ ضَعْفٌ لِإِنْتِبَاهِ (ADD) أَوْ لَدِيهِمْ ضَعْفٌ لِإِنْتِبَاهِ مَصْحُوبٌ بِبَنْشَاطٍ زَائِدٍ وَانْدِفَاعٍ (ADHD) قَدْ تَطَوَّرُ لَدِيهِمْ أَعْرَاضُ السُّلُوكِ الْمَعَارِضِ (Conduct Behavior) أَوْ سُلُوكِيَّاتٍ أُخْرَى كَالْكَذْبِ، أَوِ مَقاوِمَةِ السُّلْطَةِ، وَ25% مِنْهُمْ قَدْ يَبَادِرُونَ بِالْقَتَالِ مَعَ الْآخَرِينَ.

## **مظاهر الاضطراب في سن المراهقة**

خلال هذه الفترة النمائية فمن غير المستغرب أن تتغير مظاهر الاضطراب، حيث يقل النشاط الزائد، إلا أن ضعف الانتباه والاندفاعية قد يستمران، وتظهر في هذا العمر مظاهر الفشل الدراسي عند نحو 58٪ من الطلاب، كما أن 25٪-30٪ منهم يواجهون صعوبات واضحة في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، من مثل السلوك المنحرف، وفي محاولة من هؤلاء المراهقين للحصول على قبول الآخرين لهم، فقد يتجهون للارتباط مع أقران لديهم مشكلات مشابهة، مما قد يقود إلى انحرافهم في سلوكيات تهدد حياتهم أو حياة غيرهم، فقد ينساقون لتعاطي المخدرات أو الكحول أو أي سلوكيات معارضة أخرى.

ومع الأسف فإن 35٪ من المراهقين الذين لديهم ADHD يتذرون المدرسة قبل الانتهاء من المرحلة الدراسية التي هم بها، وتظهر مظاهر الاكتئاب عند العديد من هؤلاء المراهقين كذلك ضعف الثقة بالذات، والصورة الغير مناسبة عن الذات، مؤكدة بذلك ضعف إمكانية النجاح المستقبلي أو استمرار الدافعية للعودة للدراسة أو حتى كسب قبول الآخرين لهم اجتماعياً.

### **طبيعة الصعوبات التعليمية المرتبطة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد**

تبدي مشكلة عدم الانتباه للتعليمات الصعبة وللأعمال المدرسية المطلوبة شائعة بشكل كبير بين طلاب المراحل الابتدائية، فقد بلغت في العديد من الدراسات ما يقارب 16٪، مما تشير إلى أن العديد من تلاميذ هذه المرحلة يواجهون صعوبة في التركيز أو التشتت المتواصل عن القيام بالأعمال الصعبة، مما قد يقود بدوره إلى الفشل التعليمي والإخفاق في المواد الدراسية.

وقد أشارت الدراسات إلى أن 80٪ من التلاميذ الذين لديهم ADHD تظهر لديهم مشكلات الإخفاق في الأداء الأكاديمي وإعادة الصنوف الدراسية والتحويل إلى فصول التربية الخاصة أو الانسحاب والفصل من المدرسة، وحتى الدراسات التي أجريت على عينة من الطلاب الذين لديهم مشكلات في الانتباه لكنهم لم يشخصوا رسمياً بـ

لديهم هذا الاضطراب، أشارت إلى أن هؤلاء الطلاب واجهوا مشكلات وصعوبات تعليمية على مدى السنوات الدراسية اللاحقة لهم في المدرسة، كصعوبات القراءة أو الرياضيات أو صعوبة الاستيعاب والفهم، أو صعوبة استخدام الوقت أو غيرها من صعوبات التعلم النمائية، وسيتم في هذا الجزء من البحث استعراض للصعوبات الأكاديمية والنمائية التي يمكن أن تظهر لدى الطلاب الذين لديهم ADHD:

### **أولاً: الصعوبات اللغوية:**

في دراسة قام بها رابنزو و زملاء حول الصعوبات التعليمية التي يمر بها الطلاب في المرحلة الابتدائية، حيث كانت تقوم الدراسة على متابعة التغيرات الأكاديمية، لمجموعة من الأطفال الذين كانوا يعانون من مشكلات في الانتباه في مرحلة رياض الأطفال ثم متابعتهم لخمسة سنوات لاحقة من السنوات الدراسية في المرحلة الابتدائية، وقد ظهرت مشكلات أكاديمية واضحة لدى الأطفال، خاصة في التحصيل القرائي، حيث كان أدائهم منخفضاً في هذا الجانب، مما يشير إلى أن مشكلات الانتباه قد تكون مؤشر لحدوث صعوبات في القراءة لاحقاً لدى الأطفال في حال ما أهملت متابعتها.

كما أن نفس الباحثين أجروا دراسة أخرى عام 2000 على 620 طالب وطالبة من طلاب المرحلة الابتدائية في 8 مدارس في الولايات المتحدة، حيث تم تقييم تحصيلهم الأكاديمي 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 الطالب الذي ظهرت لديهم أعراض ضعف الانتباه مقارنة بمن لم تظهر لديهم الأعراض كذلك بالنسبة للغة المكتوبة، فإن أداء الطلاب الذين ظهر لديهم ضعف انتباه كان منخفضاً بنسبة 92٪ عن الأقران العاديين، وقد أكدت هذه الدراسة على ضرورة التدخل المبكر لعلاج جوانب الضعف في الانتباه لدى الأطفال الذين ظهر لديهم أعراض هذا الضعف في سن مبكرة.

كما أكدت الدراسة على أهمية التركيز في حالة الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه على الأسباب التي تقود للصعوبات الأكاديمية وليس على الصعوبات الأكاديمية

ذاتها، وشدد أيضاً تايروش وكوهين (Tirosh & Cohen, 1998) على أهمية التدخل المبكر لعلاج المشكلات والمسيرات التي تقود لصعوبات التعلم في الدراسة التي أجرياها على عينة من 3208 طالب وطالبة من تم تشخيصهم باستخدام مقياس لضعف الانتباه والنشاط الزائد.

وذلك بهدف فرز الطلاب الذين يعانون من أعراض هذا الاضطراب، حيث ظهر أن 5% من أفراد العينة لديهم أعراض هذا الاضطراب، ويتطبق مقياس لتقييم اللغة لدى الأطفال الذين لديهم ADHD مقارنة بالأطفال الذين لا يوجد لديهم مشكلات في القراءة، فقد ظهر بأن 45% من لديهم ADHD لديهم صعوبات لغوية، كما تبين بأنها تظهر لدى البنات أكثر من البنين، وقد أشار الباحث إلى أن الصعوبات اللغوية الغير معالجة ترتبط بشكل كبيرة بالصعوبات الأكاديمية في الجوانب اللغوية، لذا فإن التقييم المستمر للجوانب اللغوية للأطفال الذين يعانون من ADHD يشكل جزءاً هاماً بالنسبة لتعليم هؤلاء الأطفال، خاصة وإن الصعوبات اللغوية ترتبط بالصعوبات الأكاديمية في جانب الوظائف الأكاديمية،

ويبدو بأن الارتباط بين الصعوبات اللغوية للطلاب الذين لديهم ADHD قد ورد في العديد من الدراسات حيث لفتت بعض الدراسات الانتباه إلى أن ضعف المهارات اللغوية، كضعف اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية وكذلك الذكاء اللغوي المنخفض يترافق غالباً مع هذا الاضطراب.

وقد أكد هذه النتائج ماكلينس ورفاقه (McInnes et al, 2003) في دراسة أجروها على 77 طالب تتراوح أعمارهم بين 9-12 سنة من تم تشخيصهم على أن لديهم ADHD فقط و 18 يعانون من ADHD مصحوب بصعوبات لغوية و 19 لديهم صعوبات لغوية فقط بدون ADHD، و 19 آخرون لا توجد لديهم أية مشكلات حيث تم تقييمهم من خلال اختبارين أحدهم للاستماع مع الفهم، والآخر لاكتشاف الأخطاء في 8 قطع للقراءة، فقد أشارت نتائج اختبار الاستماع مع الفهم إلى أن جميع الأطفال الذين لديهم ADHD في عينة الدراسة كان أدائهم أقل بكثير من بقية الأطفال في العينة الضابطة

في شرح ما تم فهمه من القطعة المستمعة، إلا أنهم كانوا يظهرون أداء مقارب للعاديين، وأفضل من الطلاب الذين لديهم مشكلات لغوية فقط أو ADHD مصحوب بمشكلات لغوية حين توجه لهم أسئلة محددة حول ما تم الاستماع له.

كذلك بالنسبة لاكتشاف الأخطاء في القطع القرائية، فإن الطلاب الذين لديهم ADHD كان أدائهم أضعف بكثير من أداء الطلاب في العينة الضابطة، وأفضل من الطلاب العاديين الذين لديهم مشكلات لغوية، ويعتقد الباحثون بأن هنالك علاقة بين أداء الطلاب الذين لديهم مشكلات في إكمال المهام الدراسية وبين ضعف مهارات الاستيعاب للمعلومات المقدمة التي قد تقدم في التعليمات الصحفية والدروس أو القطع القرائية.

وتؤكد هذه الدراسة العلاقة الطردية بين ضعف مهارات الاستيعاب في المراحل الدراسية الأولى وتأثيرها على التحصيل الأكاديمي المتدني في المراحل الدراسية اللاحقة، وتؤكد أيضاً على ضرورة الانتباه إلى جانب الفهم والاستيعاب لدى الطلاب في التعليمات الصحفية والمعلومات المعروضة من المعلم لتلافي حدوث عجز في الاستيعاب يقود إلى خرجات تعليمية ضعيفة.

### ثانياً: صعوبات الرياضيات:

العديد من الطلاب الذين لديهم ADHD لديهم صعوبة في التحصيل بالمستوى المناسب لعمرهم في العديد من المجالات الأكادémie، بما فيها مادة الرياضيات.

ومن المشكلات الشائعة في الرياضيات لدى هؤلاء الأطفال المشكلات المرتبطة باستيعاب مفاهيم الرياضيات، واستيعاب الحقائق الأساسية لاستكمال حل المشكلات بالوقت المناسب، كذلك استخدام الاستراتيجيات المناسبة لحل المشكلات الرياضية بفعالية، كما أن تطبيق الحقائق الخاصة بالجمع والطرح وجداول الضرب تأخذ وقت أطول مما يستهلك الطفل الذي لا يعاني من ADHD، وهذا بدوره يؤثر على التعلم اللاحق للمستويات الأعلى من الرياضيات والمهارات التقنية.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الطلاب الذين لديهم ADHD يبدون أداء أفضل عندما تنظم المهام الرياضية لتناسب مع المستوى الأكاديمي الفردي المناسب

للطالب، وعندما تقدم لهم تغذية راجعة مستمرة حول أدائهم، كذلك عندما تكون نتائج أدائهم ظاهرة ومرتبطة بعملهم، وحين يتم استخدام إجراءات مناسبة لتقديم دروس الرياضيات لهم كاستخدام القصص والأساليب المثيرة، فإن ذلك يشد انتباه الأطفال ويعمل على تحسين أدائهم الأكاديمي.

ففي الدراسة التي أجرتها بينيديتو وتانوك (Benedetto & Tannock) لتقدير مهارة القيام بالحسابات الرياضية للأطفال الذين لديهم ADHD مقارنة مع الطلاب الذين لا يوجد لديهم أعراض ADHD، حيث أجريت الدراسة على 15 طفل تم تشخيصهم على أن لديهم ADHD، 13 منهم ذكور و2 إناث، إضافة إلى 15 طالب وطالبة لا يوجد لديهم ADHD وكانت تترواح أعمارهم جميعاً من 7-11 سنة ونسبة الذكاء متقاربة بين المجموعتين، حيث قدمت مهارات حسابية للطلاب في العينة التجريبية والضابطة خلال 10 دقائق، مرة قبل استخدام، أي علاج دوائي مع المجموعة التجريبية، ومرة أخرى باستخدام علاج دوائي كالريتالين مع المجموعة التجريبية، وقد حسبت مهارات الأطفال في الاستجابة الصحيحة على مسائل متعددة تشمل جمع وطرح، كما حسب مستوى الدقة في الاستجابة، وعدد الأخطاء والسلوك المصاحب، وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

1. استخدام العلاج الدوائي يقلل من استخدام أصابع اليد في إجراء العمليات الحسابية، ويساعد في استخدام الذاكرة، كذلك يقلل من أخطاء عمليات الطرح، إلا أن الدواء لا يحسن مشكلة عدم فهم مفهوم الاستلاف.
2. العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD كان أدائهم أقل من أقرانهم العاديين في مادة الرياضيات، حتى وإن كانوا في نفس مستوى الذكاء.
3. يعتمد الأطفال الذين لديهم ADHD على إجراء عمليات الحساب باستخدام أصابع اليد، وليس على الذاكرة.
4. يعني العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD من مشكلات في فهم مفهوم الاستلاف بشكل مناسب، وهي مهارة تتطلب مهارات أساسية، مثل تشغيل

الذاكرة والانتباه والذي يشكل جانب ضعف لدى هؤلاء الأطفال، لذا يقترح الباحثان تدريب المعلمين على كيفية توجيهه وتحسين تلك الجوانب لدى الأطفال.

5. يحتاج الأطفال الذين يعانون من ADHD إلى وقت أطول من الأطفال الذين لا يعانون من هذا الاضطراب لحل المشكلات الرياضية، خاصة في الاستلاف، كذلك تقليل عدد المسائل التي تقدم لهم في الواجبات والاختبارات مقارنة مع الأقران الآخرين في الفصل الدراسي، ويقترح الباحثان تحديد ذلك في البرنامج التربوي الفردي للأطفال.

6. على الرغم من أن استخدام الدواء قد حسن من أداء الأطفال الذين لديهم ADHD في الاستجابة بالانتباه لاختبار الرياضيات، إلا أن الدواء لم يعالج صعوبات الرياضيات التي يعني منها الأطفال، فتلك الصعوبات ينبغي تحديدها في برنامج الطفل الفردي واستخدام أسلوب علاجي تدربي مناسب معها.

وفي دراسة أخرى أجريت لهذا目的 مقارنة الأداء الأكاديمي للأطفال الذين لديهم ADHD (النوع المزدوج) أي الأطفال الذين لديهم أعراض نشاط زائد واندفاعية إضافة إلى عدم الانتباه. مع أداء الأطفال الذي شخصوا على أن لديهم ADHD من نوع عدم الانتباه فقط. أشارت الدراسة إلى أن الصعوبات المرتبطة بالنوع المزدوج كانت أكثر من تلك التي تتوارد لدى طلاب الذين لديهم مشكلات انتباه فقط، وذلك فيما يتعلق بالمشكلات السلوكية، إلا أن الأطفال الذين لديهم مشكلات انتباه فقط كانوا أكثر عرضة للمشكلات المرتبطة بالوظائف الأكاديمية.

فالأطفال الذين يعانون من مشكلات انتباه فقط ADD يبدون مستويات منخفضة في التحصيل في مادة الرياضيات، ويرى الباحثون بأن صعوبات الانتباه لدى هؤلاء الطلاب تتعارض مع قدراتهم على تكوين أنظمة رمزية مختصرة خاصة لاكتساب مهارات الرياضيات الأساسية في الصفوف الابتدائية، ويبدو بأن الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الانتباه فقط، حين يكونون في سن مبكر، لا تظهر عادة هذه المشكلة واضحة لديهم لعدم ارتباطها بمشكلات سلوكية، مما قد لا يسترعى الاهتمام لتقديم

متابعة خاصة لهم، لذا فإن هؤلاء الأطفال قد لا يتمكنوا من اكتساب المهارات الأساسية اللازمة لمادة الرياضيات والتي يحتاجونها لراحتهم لاحقة، وتقترح هذه الدراسة توجيه الانتباه للأطفال الذين يبدون أداءً أكاديميًّا منخفضً في مهارات الرياضيات وإجراء اختبارات مبكرة للوظائف الأكاديمية لتلك المهارات، لتجنب الصعوبات الأكاديمية التي قد تواجهه لاحقاً.

### ثالثاً: الصعوبات النمائية:

لقد بُرِزَ الاهتمام بهذا الجانب ضمن الدراسات التي تناولت الصعوبات التعليمية عند الأطفال الذين لديهم ADHD من عدة زوايا، كالتالي:

#### 1. القدرة على التحكم بالذات: Self Control

باركلي (Barkley) اعتبر أحد أهم الخصائص الأساسية عند الأفراد الذين لديهم ADHD، في غضون ضعف الانتباه فقط، هو عدم القدرة على التحكم بالذات، تليها مشكلة عدم الانتباه، كما أنه يعتقد بأن اضطراب الانتباه مختلف في خصائصه ومشكلاته عن اضطراب ADHD بشكله المزدوج (اضطراب انتباه مع نشاط زائد واندفاعي).

وتشمل النظريات التي يصفها باركلي، والتي يمكن تلخيصها كالتالي:

يرى باركلي بأنه أثناء مرحلة نمو الطفل، فإن التأثير والتحكم بسلوك الطفل يتحول تدريجياً من المصادر الخارجية إلى أن يصبح وبشكل متزايد محضناً بقوانين ومعايير داخلية، والتحكم بسلوك الفرد بقوانين، ومعايير داخلية هو ما يقصد به التحكم الذاتي: فعلى سبيل المثال الطفل الصغير تكون لديه قدرات محدودة للتحكم بسلوكه الاندفاعي، فمن الشائع أن الأطفال الصغار يفعلوا عادةً ما يخطر على بالهم، وإن لم يفعلوا فيكون ذلك على الأغلب نتاج موانع محطة بالموقف، كأن يلقي الطفل بالألعاب على الأرض حين يغضب ويتنزع عند وجود أشخاص محبيطين يشكلوا مصدر تهديد، كالأم مثلاً، وهذا مختلف عن موقف طفل أكبر لديه نفس الدافع لتحطيم لعبة، ولكنه لا يفعل لأنه يأخذ بالاعتبار النتائج التالية:

1. أنه سيشعر بالانزعاج لأنه خذل والديه.

2. أن والديه قد يغضبان لأنه حطم لعبة الجديدة.
3. انه لن يتمكن من الحصول على نفس اللعبة لاحقاً للعب بها لأنه حطمها.
4. أنه سيشعر بالانزعاج لأنه ترك غضبه يخرج خارج السيطرة وسيشعر بالإحباط.
- وبحسب هذا المثال، فالطالب يتعلم أن يتحكم وينظم سلوكه على ضوء معايير وقوانين داخلية، وليس بناءاً على تهديدات وموافقات خارجية.

ويرى باركلي بأن الأطفال الذين لديهم ADD هم غالباً يعانون من ضعف التحكم بالذات ناتج عن أسباب بيولوجية وليس لأسباب تربوية، وكتجاج لعدم القدرة على التحكم بالذات فإن بعض من الوظائف والعمليات الأساسية المحددة وأهمها قد لا تنمو بشكل مناسب، وقد تشمل ما يلي:

## 2. تشغيل الذاكرة: Working Memory

ويقصد به القدرة على استدعاء عناصر الماضي والتحكم بها في عقل الإنسان حتى تتمكن من توقع ما سيحدث مستقبلاً، وهذا إجراء هام للتعامل مع مواقف الحياة اليومية، والتي يعتقد باركلي بأنها لا تعمل بشكل جيد عند من يعانون من ADD.

## 3. الكلام مع الذات:

القدرة على استخدام الكلام الداخلي الموجه ليقود سلوك وأفعال الإنسان، كالتحدث مع الذات الذي يساعد على التحكم بالسلوك وحل المشكلات التي تواجه الإنسان، باركلي يعتقد بأن هذه القدرة تتطور في وقت متأخر، وبشكل غير مكتمل لدى الأطفال الذين لديهم ADD.

## 4. الإحساس بالوقت: Sense of Time

ويشير إلى القدرة على تقدير الوقت المحدد لأداء المهمة والتحكم بسلوك الفرد على ضوء معرفته بذلك الوقت، كأن يتمكن الطفل من إنهاء مهمة محددة بوقت مناسب لكي يتمكن من الانتقال لمهمة أخرى، ويعتقد باركلي بأن الأطفال الذين لديهم اضطراب في جانب الانتباه يكون لديهم الإحساس الذاتي بالوقت معطل، مما يعيق أدائهم للأفعال المطلوبة في الوقت المناسب، وقد توصل باركلي (Barkley) في دراساته إلى أن صعوبة

التحكم في الوقت قد تكون أيضاً عنصر أساسى للمشكلات التعليمية للطلاب الذين لديهم ADHD.

ففي دراسته التي أجرتها على 12 طفل لديهم ADHD و26 طفلاً لا يوجد لديهم هذا الاضطراب من تراوحت أعمارهم بين 6-14 سنة، وتم اختبارهم في استخدام مهام تنظيم الوقت، حيث قدمت لهم مهام يتم فيها استجابتهم كل 12، 24، 36، 48، 60 ثانية، وأثناء نصف هذه الفترة كانت تقدم مثيرات مشوّشة، للتأكد من مدى تأثيرها على أدائهم، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الطلاب الذين لا توجد لديهم أعراض ADHD استطاعوا الاستجابة في الوقت المناسب في الفترات التي تمت مقاطعتهم فيها عن الاستجابة، كما أنهم لم يتأثروا بالمشتتات التي تم عرضها عليهم أثناء العمل، وهو عكس ما ظهر مع الطلاب الذين لديهم ADHD.

فحتى عندما قدمت لهم أدوية خاصة لتحسين الانتباه، لم تتحسن قدرتهم على تقدير الوقت والاستجابة في الوقت المناسب، مما يشير إلى أن هنالك مشكلة أساسية لدى هؤلاء الأطفال في تقدير الوقت قد تكون هي أساس عدم انجازهم للمهام المطلوبة في الوقت المناسب، ويفكّد هذا البحث على أهمية تدريب مهارة الإحساس بالوقت وتقديره من خلال استخدام ساعات التوقيت الرقمية والرملية وبطاقات لفت الانتباه وغيرها من المنبهات التي يلفت انتباه الأطفال لها من خلال المعلمين والأسرة.

## 5. سلوك توجيه الأهداف:

أي القدرة على تحديد أهداف في ذهن الفرد واستخدام الصور الداخلية لتلك الأهداف لتشكيلها وتوجيئها والتحكم بسلوك الفرد وتوجيهه، وهي خاصية مهمة للإنسان لتحديد ما يريد عمله وتحديد الجهد المبذول والمطلوب للاستمرارية في العمل لتحقيق الأهداف، فقد يكون محبطاً وصعباً على الإنسان أن لا يتمكن من الاحتفاظ بأهدافه لفترة طويلة في ذهنه، والأطفال الذين لديهم تشّتت انتباه يواجهون صعوبة في الحفاظ على الرغبة بالاستمرار بالجهد المطلوب لتحقيق أهداف طويلة المدى.

وبحسب نظرية باركلي فإن اضطراب ضعف الانتباه هو نتاج لضعف التحكم بالذات وليس لعدم الانتباه وهذا يعني بأنه: أولاً: أن الأشخاص الذين لديهم ADHD بنمط ضعف الانتباه، قد لا تقصهم المهارات والمعرفة لكي ينجحوا، ولكن مشكلتهم في التحكم بالذات، والتي تمنع استفادتهم من المعرفة والمهارات التي يتلذونها في الوقت المناسب. فمشكلة ضعف الانتباه كما صورها باركلي تكمن في أن يفعل الفرد ما يعرف في الوقت المناسب وليس في أن يعرف ما سيفعل Doing what one knows rather than Knowing what to do فقد يعرف الطفل الخطوات التي يجب أن يتبعها للنجاح بعمل مدرسي مثلًا، ولكنه يفشل في أداء العمل لأن تحكمه في الوقت كان غير مناسب أو أن استخدامه للأهداف طويلة المدى لتقويد سلوكه كان محدوداً، ويقترح باركلي لعلاج هذه المشكلات بأن يتم التركيز على مساعدة الأفراد الذين لديهم ضعف انتباه على تطبيق المعرفة التي لديهم في الوقت المناسب، بدلاً من تعليمهم كيف يكتسبوا المهارات الالزمة لتلك المعرفة، كما يقترح متابعة الأطفال من المعلمين وتركيزهم على المهام المطلوبة والقوانين، والتي تحكم العمل أو السلوكيات من وقت آخر، كذلك استخدام إشارات ولوحات في الفصل لتحقيق ذلك.

### **اضطراب الوظائف التنفيذية**

يقصد بهذا الجانب القدرة على اتخاذ القرار والتخطيط للخطوات التي تساعد للتحكم بالسلوك، كأن يقوم الطفل الذي لديه مهام وواجبات دراسية طويلة المدى بتنقيمهها إلى أجزاء، ومن ثم عمل خطة لاستكمال كل جزء، ومتابعة الأداء طوال فترة إنجاز العمل، وعلى الرغم من أنه لا توجد قوائم محددة عالمياً لهذه الوظائف إلا أن معظم الخبراء يتفقون على أن أهم هذه الوظائف هي:

1. التخطيط: Planning
2. السبيبية: Reasoning
3. تشغيل الذاكرة: Working memory

4. التحكم في السلوك .Inhibiting behavior  
5. الانتباه وتحويل مجموعات المعرفة .Attention & Shifting Cognitive Sets  
6. المرونة في التفكير .Flexibility in thinking

وتعتبر المهارات المرتبطة بالوظائف التنفيذية هامة جداً للسلوكيات الإنسانية المعقّدة، لأنها تساعد في تنظم وتوجيه السلوك بطريقة معدلة ومرنة، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأطفال الذين لديهم ADHD يظهرون مهارات الوظائف التنفيذية بصورة مقاربة لتلك التي يظهرها الأطفال الذين لا توجد لديهم أعراض هذا الاضطراب، ولكن المفاهيم الحديثة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، تؤكد على أن هذه الوظائف التنفيذية، قد تكون تمثل جوهر الاضطراب لدى الأطفال وقد تكون الأعراض التي يتتصف بها هذا الاضطراب ليصف سلوكيات عدم الانتباه أو النشاط الزائد أو الإنفعالية، ما هي إلا نتاج للخلل في الوظائف التنفيذية في كثير من الحالات.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الوظائف التنفيذية الغير مناسبة والتي تقود إلى أعراض ADHD قد تكون هي الأساس في الصعوبات التعليمية التي تظهر لدى هؤلاء الأطفال، حتى أن بعض الدراسات تؤكد على أنه في حال عدم وجود اضطرابات في الوظائف التنفيذية، لدى هؤلاء الأطفال فمن الأرجح أن لا يعانون على الإطلاق من مشكلات تعليمية.

ففي دراسة أجريت حديثاً أعدها بايدرمان (Piederman)، 2004) حول تأثير اضطراب الوظائف التنفيذية على الإنتاج الأكاديمي للطلاب الذين لديهم ADHD في عينة شكلت من 259 طالب وطالبة من الأطفال والراهقين من لديهم ADHD، و222 طالب وطالبة لا يوجد لديهم ADHD، وقد تراوحت أعمار أفراد العينة من 6-17 سنة، وأجريت العديد من الاختبارات على هؤلاء الطلاب كاختبارات للجوانب الأكادémية والوظائف التنفيذية وغيرها، وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي:

1. الطلاب الذين لديهم ADHD أظهروا أداءً أكاديميًّاً أضعف من العاديين في العديد من المجالات، وقد ارتبط هذا الضعف بالحالات التي ظهر لديهم اضطراب في الوظائف التنفيذية.

2. بمقارنة الطلاب العاديين والطلاب الذين لديهم ADHD، لا يوجد لدىهم اضطرابات في العمليات التنفيذية، مع الحالات التي يوجد لدىهم ADHD ولديهم اضطرابات في العمليات التنفيذية، فإن الأطفال الذين كان لديهم ADHD مع اضطرابات الوظائف التنفيذية كانوا أكثر رسوب وإعادة للصفوف، وأن 44٪ منهم كان 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 التغير الأساسي الذي على ضوءه 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.

**رابعاً: نقص خبرة المعلمين في التعامل مع الطلاب الذين لديهم ADHD:**

هنا تتبادر قدرات المعلمين في التعامل بشكل فعال مع الطلاب الذين لديهم ADHD، فبعض المعلمين لديهم خبرة متميزة في هذا المجال وكيفية التعامل مع الصعوبات التي قد تواجه الطفل، وكذلك أهم الاستراتيجيات التي يمكن توظيفها لمساعدة الطفل الذي لديه هذا الاضطراب على النجاح، إلا أن العديد أيضاً من المعلمين، وقد يشكلوا الأغلبية، لديهم فقر كبير في الخبرة العملية للتعامل مع الصعوبات التعليمية والسلوكية الحالات ضعف الانتباه والنشاط الزائد، و كنتيجة لذلك فإن الطفل قد لا يتلقى الخدمات المناسبة التي يحتاجها للنجاح في المدرسة، مما يشكل مصدر إحباط للطفل والأسرة معاً.

ولهذا السبب فإن التعرف على خبرات المعلمين وفهم حاجاتهم للتعامل مع هذه الفئة يعتبر عاملاً مهماً يساعد في التوصل إلى الحلول المناسبة لتزويد المعلمين بما يحتاجوا

من خبرات وتدريب، والتي يمكن أن تساهم بدورها في علاج مشكلات صعوبات التعلم لدى التلاميذ الذين لديهم ADHD.

والدراسة التي قام بها فرانك ورفاقه (Frank et al)، على 21 معلماً من 3 مناطق في الولايات المتحدة للتعرف على مستوى خبرات ومعرفة المعلمين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، والاستراتيجيات التعليمية المناسبة لمساعدة الأطفال على النجاح، حيث تم اختبار هذه الجوانب لدى المعلمين والذين كانوا يعملون في المرحلة الابتدائية في الصفوف الثالث الابتدائي، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي:

1- يظهر لدى المعلمين فهم خاطئ لأعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد، فالأطفال الذين لديهم أعراض عدم انتباه فقط لا يتم ربطهم باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، فحسب ما جاء في رأي المعلمين بأن الأطفال الذين يتحركوا بكثرة ويقطّعوا المعلمين ويدونون متذمرين هم الذين لديهم هذا الاضطراب، وهذا الفهم الخاطئ لطبيعة الاضطراب وخصائصه، قد يقود إلى إهمال هؤلاء الأطفال من قبل المعلمين مما يقود إلى تفاقم مشكلاتهم التعليمية لاحقاً.

2- يحاول المعلمون غالباً إلصاق مشكلات الطلاب السلوكية والتعليمية التي تحدث في الفصل الدراسي بعوامل بيئية خارج المدرسة، مما يعيق فرص تحسين قدراتهم وخبراتهم.

3- معظم المعلمين لم تكن لديهم خطة واضحة للتعامل مع الأطفال الذين لديهم أعراض ADHD، ويبدو بأن المعلمين يتذمرون غالباً لاختيار الاستراتيجيات التعليمية التي لا تتطلب وقت وجهد كبير منهم، والتي كما بدا غير مفيدة لهؤلاء الأطفال.

أما عن توظيف الاستراتيجيات التعليمية الفعالة مثل أسلوب التعليم الفردي (واحد مقابل واحد) واستخدام التعلم عن طريق الأقران، فلم تكن ضمن الاستراتيجيات المدرجة، كذلك بالنسبة لتعديل البيئة التعليمية (تعديل المقاعد والجلسة)

لم تكن استراتيجياتهم تتوافق مع الأساليب الحديثة في تعديل البيئة الصحفية الملائمة للأطفال كثيري الحركة أو الأكثر عرضة للتشتت، مما يدل على نقص الخبرة ليس فقط في فهم الأعراض، بل أيضاً في استراتيجيات التعامل مع أعراض هذا الاضطراب.

الاستراتيجيات التربوية العلاجية المقترنة لصعوبات التعلم عند الطلاب الذين

لديهم ضعف انتباه ونشاط زائد

هنا يلعب المعلمين دوراً هاماً وبارزاً، كما سبق وأن أشير لنجاح الطلاب الذين لديهم اضطراب ضعف انتباه ونشاط زائد، فمن خلال تعديل البيئة التعليمية وطرق التدريس، وتطبيق استراتيجيات التدخل السلوكي المناسبة لعلاج مشكلات الأطفال، يساهم هؤلاء المعلمين مع غيرهم من الأخصائيين في تطوير هذه الاستراتيجيات وتعديلها لتتلاءم مع حاجات الطلاب، وبدون تعاون المعلمين في تنفيذ تلك البرامج فإن نجاح الأطفال في المدرسة قد يكون شبه مستحيل، ومن هذا المنطلق فإن تأهيل المعلمين، وتزويدهم بالمهارات الازمة يعدان من العناصر الهامة التي تساهمن وبشكل فعال في نجاح الطفل في المدرسة، ومن أهم الاستراتيجيات التي يستوجب على معلمي الأطفال الذين لديهم ADHD اكتسابها ما يلي:

### أولاً: إستراتيجية التدخل السلوكي:

تعبر <sup>١</sup> تراثياً.. التدخل السلوكي من أهم الاستراتيجيات المستخدمة مع الطلاب الذين يعانون من ADHD للسيطرة على سلوكياتهم غير المناسبة، مما يقود بدوره لتحسين أدائهم الأكاديمي، ففي دراسة لبيسکو ورفاقه (Pisecco) أجراها على 59 معلماً في المرحلة الابتدائية حيث طلب منهم وصف السلوك الصفي الذي يؤثر على الأداء الأكاديمي للطلاب الذين لديهم ADHD، وكذلك الإستراتيجية المستخدمة أو المقترنة لعلاج تلك المشكلات، كانت استجابة نصف المعلمين تشير إلى تركيزهم فقط، وبشكل مستمر على وصف سلوكيات الطلاب الذكور السلبية، كالحركة والعناد وعدم إتباع التعليمات، أما عن الاستراتيجيات المفضلة التي يمكن استخدامها مع هؤلاء الأطفال

لعلاج مشكلاتهم السلوكية، فقد كانت تميل نحو الطرق التعاونية بين الأسرة والمعلم، حيث عرضت عليهم عدد من الاستراتيجيات كالتالي:

1. بطاقة المتابعة اليومية (DRC): هو نوع من التدخل يستدعي إشراك الأسرة والمعلمين معاً لتحديد 3-5 مشكلات عند الطفل للعمل على التعامل معها، ثم يتم تحويل هذه السلوكيات المحددة إلى أهداف يومية خاصة بالطفل كأن تكون الأهداف اليومية للطالب الذي لديه ADHD كالتالي:
  1. التعامل مع الأقران بشكل مناسب.
  2. إتباع قوانين الفصل.
  3. استكمال العمل المحدد للطالب.

ومع نهاية كل يوم دراسي فإن المعلم يعطي الطالب بطاقة درجات لتوضيح كيف كان أدائه على هذه الأنشطة خلال اليوم ليقوم بتسليمها لأسرته، حيث يحصل الطالب على الحواجز أو يحرم منها يومياً من خلال متابعة الأسرة لما جاء في التقرير، وهذا الإجراء يجعل الأهل متابعين لأداء أولائهم، كذلك يتيح لهم فرصة مكافأة أولائهم على ضوء ما يقدموا من أعمال.

2. أسلوب تكلفة الاستجابة (RCT): في هذا الإجراء يحصل الطالب على نقاط في الصف عندما يظهر السلوك الإيجابي المناسب مثل (تكاملة العمل المطلوب)، وينسخ نقاط حين يظهر سلوكيات سلبية غير مناسبة مثل (الاندفاع في الإجابة)، ويقوم المعلم بمتابعة سلوك الطالب طوال اليوم وتسجيل النقاط على ضوء سلوكياته، ويمكن للطالب استبدال النقاط التي حصل عليها من خلال جدول بقيمة المعززات التي يمكن الحصول عليها حسب قيمة كل معزز، وما يملك الطالب من نقاط.

3. مسابقة الكسب الصافية (CL): إن هذا نوع من التدخل يعمل على إشراك كل الطلاب في الصف، حيث يحصل أي طالب على نقاط على ضوء سلوكه، ويوضع المعلم قائمة مختصرة بالقوانين الصافية ويشرحها ثم

يُخبر الأطفال بأنهم قد يكسبوا فرصة للقيام بأعمال صافية أو مدرسية حسب النقاط التي يكسبوها، ثم يتبع نقاط الطلاب من خلال جدول، والطلاب الذين يتأهلون يضع أسمائهم في سلة و يضع قائمة بالأعمال الصافية في سلة أخرى، ثم يسحب اسم طالب بالقرعة ويختار الطالب الذي يذكر أسمه عمل صفي من الأعمال المتاحة، إلى أن يحصل كل طالب من الذين تأهلوا على عمل صفي.

#### 4. استخدام أدوية خاصة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

ثم طلب من المعلمين بعد عرض الاستراتيجيات الأربع الاستجابة لثلاث أسئلة:

1. كيف تقبلوا الطرق الأربع السابقة من الأساليب العلاجية؟

2. إلى أي حد يعتقدوا بأنها ستكون مؤثرة في نجاح الطفل؟

3. إلى أي مستوى من السرعة يعتقدوا بأنها ستكون مؤثرة؟

بالنسبة للسؤال الأول: فإن معظم المعلمين أجابوا بأن أسلوب المتابعة اليومية يعتبر الأسلوب الأفضل، بالنسبة للأكثر تأثيراً وأكثر سرعة فإن غالبية المعلمين يعتقدون أيضاً بأن بطاقة المتابعة اليومية ستكون فعالة بنفس مستوى الأدوية الخاصة بضعف الانتباه أو النشاط الزائد، وهو الأسلوب الذي يعمل على إشراك الأهل مع المعلم في عملية متابعة وتعزيز أبنائهم، مما يشعر الطفل بالأهمية ويجرس على الانضباط في سلوكياته في بيئات مختلفة.

وفي دراسة أخرى قام بها كارلسون وتام (Carlson & Tamm) حول استخدام الثواب وكلفة الاستجابة، في تحسين أداء ودافعية الطلاب الذين لديهم ADHD مقارنة بالأطفال الذين لا يوجد لديهم ADHD، حيث استجابت الدراسة على عدد من الأسئلة، كالتالي:

1. هل يؤثر استخدام أسلوب الحوافز، وثمن الاستجابة على دافعية الأطفال الذين لديهم ADHD لاستكمال الأعمال المطلوبة؟

2. هل يتغير تأثير استخدام الحوافز، وتكلفة الاستجابة مع الأطفال الذين لديهم ADHD اعتماداً على طبيعة المهام التي يقومون بها؟

3. كيف يتأثر أداء الأطفال الذين لديهم ADHD باستخدام أسلوب الشواب وتكلفة الاستجابة.

وقد شملت عينة الدراسة 44 طفلاً من أعمارهم بين 8-10 سنوات، منهم (22) طالباً تم تشخيصهم على أن لديهم ADHD النمط المزدوج و (22) من الطلاب الذين ليس لديهم ADHD، وقد أشرك الطلاب في أداء مهمن باستخدام الكمبيوتر، وقد شرح للأطفال كيفية كسب أو خسارة النقاط على ضوء انجازاتهم على الكمبيوتر.

وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

- تحسن أداء الطلاب الذين لديهم ADHD باستخدام أسلوب الشواب وتكلفة الاستجابة، في حين لم يتأثر كثيراً أداء الطلاب العاديين.

- استخدام أسلوب الشواب وتكلفة الاستجابة لم يترك أثراً على دافعية الطلاب في كل المجموعتين، وقد يكون السبب في ذلك كما حمله الباحثان في الدراسة، بأن استخدام الحواجز لوحدها لا يزيد من الدافعية تجاه استكمال المهام، بل لا بد من أن تكون المهام التي يقوم الطفل بأدائها مشوقة وممتعة، حتى تزداد دافعيته للانخراط بها.

## ثانياً: إستراتيجية علاج الوظائف التنفيذية:

حيث سبق الإشارة له في المشكلات المرتبطة بالصعوبات التعلم لدى الأطفال الذين لديهم ADHD، فإن كثير من الباحثين أعزوا فشل الطلاب تعليمياً في بعض المواد لأسباب مرتبطة بوجود اضطراب في الوظائف العملية، لدى هؤلاء الأطفال، وهو ما يؤثر على العمليات العقلية التي تساعد في تنظيم السلوك المعقد المباشر، وتشمل هذه العمليات وضع الأهداف والتخطيط والسببية والمرنة والقدرة على تأخير الاستجابة، كذلك فإن تشغيل الذاكرة يعتبر من العناصر الهامة في هذه العمليات، حيث يمكن للفرد إبقاء المعلومات وحفظها في عقله للاستخدام اللاحق، وبعد هذا البعد من العمليات هاماً جداً لأنه يؤثر بدوره على الجوانب العقلية الأخرى، كالسببية وغيرها.

قد تم التوصل في العديد من الأبحاث إلى أن اضطراب تشغيل الذاكرة لدى الطلاب الذين لديهم ADHD، قد يكون عاملاً مؤثراً في حدوث الصعوبات الأكاديمية التي قد يواجهها الطلاب، لذا فإن التدخل في هذا الجانب بهدف تخفيف الذاكرة لدى الطلاب الذين لديهم هذا الاضطراب قد يكون له تأثير فاعل في تحسين فرص نجاحهم الأكاديمي.

كما يبدو بأن برامج الكمبيوتر التي تكون معدة ومهيأة بشكل جيد لتتلازم مع حاجات وقدرات الطلاب الذين لديهم ADHD قد تكون بدورها علاجاً لبعض مشكلاتهم الأكاديمية التي يعانون منها، فالدراسة التي قام بها كل من كلينجبرج (Kleinberg) والتي استخدمو فيها برنامج تدريسي على الكمبيوتر لتشغيل الذاكرة لدى الأطفال الذين لديهم ADHD ويعانون من اضطراب الوظائف العاملية، كانت عاملاً مؤثراً في نجاح وفشل الطلاب الذين لديهم هذا الاضطراب.

فقد عملت هذه الدراسة والتي تم تطبيقها لمدة 5 أسابيع على عينة من الطلاب عددهم 50 طالباً وطالبة في عمر 7-12 سنة، حيث تم استخدام برنامج كمبيوتر من مستويين، مستوى مركز ومستوى بسيط، كلاهما يشمل نفس المحتويات ولكن بصعوبة مختلفة حيث تم توزيع الطلاب على البرنامجين، والتي احتوت على أداء يرتبط بتشغيل الذاكرة البصرية والسمعية من خلال 20 جلسة كل جلسة محددة بزمن 45 دقيقة لاستكمال المهام المطلوبة كحد أدنى، ويتم قيام الطفل بأدائها أما في المدرسة أو المنزل بالتعاون مع الأسرة، وفي نهاية التدريب، قمت مقارنة أداء المجموعتين في المستوى الأقل والمستوى الأصعب لتشغيل الذاكرة، وكذلك قمت مقارنة أدائهم مرة أخرى بعد 3 أشهر بدون تدريب، للتأكد من استمرار النتائج. وقد توصل الباحثون لما يلي:

1. كان أداء الطلاب الذين تعرضوا لتدريب أكثر كثافة أفضل من الطلاب الآخرين، حتى على بقية الوظائف العاملية بعد التدريب، وحتى بعد 3 أشهر من التدريب.

2. أظهر الطلاب الذين تعرضوا للتدريب على برنامج أكثر كثافة لتشغيل الذاكرة تحسن أكبر من الأطفال في التجربة التي حصلت على برنامج أقل كثافة.

3. كانت انطباعات الأهل تشير إلى أن أعراض الاندفاعة والنشاط الزائد، وعدم الانتباه، لدى الأبناء الذين تعرضوا لبرنامج مكثف لتشغيل الذاكرة، انخفضت بما كانت عليه قبل التدريب، وأستمر ذلك بعد 3 أشهر من التدريب، خاصة في جانب الانتباه.

4. الفروق بين أداء المجموعتين من الطلاب في الأعراض حسب أراء المعلمين بعد التدريب لم تكن تشير إلى أي اختلاف.

وعموماً تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن استخدام برامج الكمبيوتر المعدة لتشغيل الذاكرة عند الأطفال، تساهم في تحسين أداء الأطفال الذين لديهم ADHD إذا ما وظفت بالشكل المناسب، مما قد يساهم في تقليل مشكلاتهم التعليمية.

### ثالثاً: إستراتيجية تشغيل الانتباه:

إضافة إلى الدراسات التي اهتمت بعلاج صعوبات التعلم لدى الطلاب الذين لديهم ADHD من خلال التركيز على علاج اضطراب العمليات العقلية، فقد خرجت أيضاً بعض الدراسات المحدودة التي اهتمت بدراسة أثر استخدام إجراءات تقوم على برامج وأنظمة لعلاج مشكلة الانتباه لدى الطلاب، ومن هذه الدراسات، الدراسة التي قام بها سيمور كليكمان (Semrud Clikeman)، والتي عمل بها على توظيف إستراتيجية تدخل مع الأطفال الذين صنفهم معلميهم وأباءهم على أن لديهم صعوبات في الانتباه، فقد اشترك في هذه الدراسة 33 طفلاً وطفلة في الصفوف 2-6 والذين تم تشخيصهم على أن لديهم ADHD وكذلك 21 طفلاً وطفلة، من لا يعانون من ADHD، بالإضافة إلى 21 من الطلاب من لا يوجد لديهم ADHD والذين يمثلون العينة الضابطة، وقد تم ترشيح الطلاب لهذه الدراسة على ضوء اختيار المعلمين لهم على اعتبار أن:

- لديهم صعوبات في استكمال الواجبات والانتباه في الصد.

- موافقة الأهالي للاشتراك في البرنامج ليتم تدريب أبنائهم على مهارات الانتباه.

وقد قدم برنامج تدريبي للانتباه للطلاب، بعد انتهاء دوام المدرسة، حيث تلتقي مجموعات من 4-5 طلاب مرتين في الأسبوع لمدة 60 دقيقة في كل مرة ولمدة 18 أسبوع، واستخدم معهم، برنامج Attention Process Training (APT) تدريب عمليات الانتباه، والذي يحتوي على مستويين للانتباه، المستوى الأقل، المقدرة على التركيز والبقاء في نفس المكان لفترة زمنية محددة.

### القدرة على نقل الانتباه من مهمة لأخرى

وقد شمل برنامج التدريب مهارات لتدريب الانتباه السمعي والانتباه البصري، وقد استخدمت أدوات تعليمية مجسمة للأحرف والأرقام وغيرها، وكذلك أشرطة كاسيت صوتية لبعض الأصوات المختلفة للأحرف والأرقام، والمطلوب من الطفل أن يركز على كم عدد مرات سماعه لصوت حرف أو رقم معين، (وحساب دقة الإجابات الصحيحة وسرعة الاستجابة)، وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

1. قبل تطبيق التدريب، كان أداء الطلاب الذين لديهم ADHD في المجموعة التجريبية والضابطة، أقل من أداء الأقران العاديين في مستوى الانتباه السمعي والبصري.
2. بعد التدريب أظهرت المجموعة الضابطة التي تضم أطفال لديهم ADHD، ولم يطبق عليهم البرنامج، أداء ضعيف في مهارات الانتباه مقارنة بـأقرانهم الذين لديهم ADHD وكانوا في المجموعة التجريبية، حيث كان أداء المجموعة التجريبية أفضل بفارق كبير.

كذلك فان أداء الطلاب في المجموعة التجريبية كان مائلاً لأداء الطلاب الذين لا يوجد لديهم ADHD، بل أن أدائهم كان أفضل في جانب الانتباه السمعي من الأقران الذين لا يوجد عندهم ADHD في العينة الضابطة.

وهذه النتائج المشجعة تؤكد أهمية تفعيل التدريب للمهارات الأساسية التي يعاني منها الطلاب الذين لديهم صعوبات تعليمية مرتبطة بجوانب ثانوية كمشكلة الانتباه،

وتؤكد على دور المعلم في الاستفادة من الاستراتيجيات التطبيقية الأفضل لتحسين أداء الطلاب في تلك الجوانب.

#### رابعاً: إستراتيجية التركيز البصري :Technique of staring

لقد أظهرت العديد من الدراسات بأن الأطفال الذين لديهم ADHD يميلون إلى عدم الطاعة وإتباع التعليمات أكثر من غيرهم من الأطفال، وخاصة الأطفال الذين لديهم (Oppositional Defiant Disorder) ODD، أي اضطراب السلوك العنادي، والآلية التي من خلالها يتزايد هذا السلوك لدى الأطفال غير واضحة تماماً، لكن هنالك نظرية تشير إلى أن الأطفال عادة إذا ما واجه لهم أمر من الأوامر مثل ترك لعبتك جانبأً، فإن العديد من الأطفال حتى الذين لا يوجد لديهم ADHD يقومون برد فعل سلبي فوري للأوامر، والأطفال الذين لديهم ADHD، قد تكون لديهم أعراض اندفاعية وصعوبات أكبر تحول دون قدرتهم على احتواء ردود أفعالهم السلبية، و كنتيجة لذلك فإن رد فعلهم السريع يترجم فوراً إلى سلوك عنادي، وهذا قد يقود بدوره إلى مشكلات ما بين الأسرة والأبناء، لذا فإن تعلم كيفية الحصول على سلوك ايجابي من الأبناء الذين لديهم ADHD يعتبر تحدي كبير للوالدين، ولكنه يعتبر مهماً أيضاً لنجاح الطفل والاستفادة، مما يطلب منه لتحسين علاقاته وأدائه في الجوانب الاجتماعية والتعليمية، وقد استخدمت إجراءات عديدة لعلاج هذه المشكلة منها:

1. التواصل البصري مع الطفل لجعل التعليمات أو الأوامر أكثر فعالية، والذي يتم التدريب عليه عادة في برامج توجيه السلوك؛ وقد أوصت العديد من برامج تدريب الأسرة على ضرورة التواصل والتركيز البصري مع الأطفال أثناء إعطاء التعليمات.
2. تدريب الأسر على برامج تعديل السلوك، مثل استخدام صوت منخفض وحازم، تقديم أمر واحد في كل مرة، عدم الدخول في تفاصيل والتركيز على الاختصار في التعليمات.

3. استخدام الأدوية التي تحد من الاندفاعية عند الأطفال، إلا أن هذه الأدوية لم تكن فعالة مع جميع الأطفال.

وفي الدراسة التي قام بها كابلكا (Kapalka) ليختبر إمكانية تحسين استجابة وطاعة الأطفال الذين لديهم ADHD للأوامر والتعليمات عندما تستخدم إستراتيجية التركيز البصري مع الطفل، حيث اشتركت 76 عائلة في هذه الدراسة من لديهم أطفال يعانون من ADHD وأعمارهم تراوح بين 5-10 سنوات، وقد تم تقسيم العائلات بشكل عشوائي على مجموعتين من العلاج، وكلا المجموعتين يتلقوا تعليمات حول كيفية إعطاء أوامر للأطفال بشكل فعال كالتالي:

1. تقديم التعليمات كعبارة مباشرة مثل "ضع القلم على الطاولة الآن، بدلاً من

تقديمها على شكل سؤال يمكن أن تضع القلم على الطاولة الآن.

2. استخدام نبرة صوت هادئة عند إعطاء الأوامر أو التعليمات.

3. أن يتم إعطاء التعليمات بعد تركيز البصر على الطفل.

4. إعطاء نوع واحد من التعليمات فقط في كل مرة.

5. تعزيز الطفل على إتباع التعليمات واستخدام عقاب بسيط عندما لا يتبع التعليمات، مثل (الإقصاء- الحرمان).

6. تقليل المشتتات التي يمكن أن تكون موجودة، مثلاً إطفاء التلفزيون عند إعطاء التعليمات.

ومجموعة الأسرة التي كانت تستخدم إجراء التركيز البصري يتلقوا تعليمات إضافية بأن ينظروا إلى الطفل من 20-30 ثانية بعد إعطاء التعليمات، حتى لو لم يكن الطفل مهتماً منذ البداية، كما تم إعلامهم بأن لا يكرروا التعليمات حتى تنتهي فترة 20-30 ثانية، والمدف من أسلوب التركيز البصري هو إشعار الطفل بمجدية الأسرة مع عدم تشكيل تهديد على الطفل، كما يحدث عادة حين يرفع الأهل أصواتهم ويهددوا الأطفال عند تقديم تعليمات لهم، وقد تم تدريب الأهل على تحاشي نظرات الغضب أثناء النظر للطفل واستبدالها بنظرات جادة حريصة على استجابة الطفل.

وقد استجابت الأسر لاستماراة حول سلوك الأبناء قبل البدء في التدريب أعدها باركلي Barkley حيث يصف الأهل المشكلات التي يمرروا بها مع أبنائهم الذين لديهم ADHD في 16 موقف مختلف، كما تمت إعادة الاستجابة للاستماراة بعد أسبوعين من تطبيق التجربة على الأسر في المجموعة التجريبية وتأخير المجموعة الضابطة، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي:

1. كانت نتائج المجموعتين قبل التدريب متقاربة، حيث تعاني الأسر من العديد من المشكلات في إتباع الأبناء للأوامر.
2. بعد أسبوعين من التدريب للمجموعة التجريبية على كيفية تقديم التعليمات للأبناء، بالإضافة لإجراء التركيز البصري، فقد كانت استجابات الأسر التي تدربت تدل على تحسن كبير في سلوك الأبناء وإتباع التعليمات، مقارنة مع أسر المجموعة الضابطة التي لم تبدأ بعد إتباع أي إجراء تدريسي مع أبنائهم وبنسبة 44٪.
3. بعد بدء الأسر في المجموعة الضابطة على تطبيق إجراء كيفية تقديم التعليمات فقط مع الأبناء بدون إجراء التركيز البصري، فقد تحسن أداء الأبناء بنسبة 32٪، مما يشير إلى أن استخدام الإجراءين معاً تقديم التعليمات بشكل مناسب "إجراء" التركيز البصري يقود إلى إتباع أفضل للتعليمات.  
وهو جانب هام يساهم بشكل كبير في استفادة الطفل مما يقدم له من معلومات ويسهل فرصة اكتسابه للتعليم في حال تم تعليميه على المدرسة والمنزل، حيث يمكن أيضاً الاستعانة بهذه الإستراتيجية ليسهل إتباع الطلاب للتعليمات الصحفية والتعليمية.

#### **خامساً: إستراتيجية الأشراف والمتابعة الفردية Tutoring :**

بالنسبة للأطفال الذين لديهم ADHD، فإن النجاح الأكاديمي يشكل عادة مشكلة، وقد أشارت العديد من الدراسات، أن التحصيل الأكاديمي المتدني يعد واحداً من أبرز النتائج لهذا الاضطراب، وقد تكون هنالك العديد من الأسباب التي ترجع عنها ذلك منها:

1. العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD لديهم أيضاً صعوبات تعلم، وظهور هذه الصعوبات يجعل تعليم هؤلاء الأطفال وإكسابهم للمهارات الأكاديمية الأساسية والمطلوبة للنجاح المدرسي مهمة صعبة.

2. طرق التعليم التقليدية في المدارس الابتدائية، قد لا تحفز التعليم لدى العديد من الطلاب الذين لديهم ADHD.

3. كذلك حتى لو لم يكن لدى الطفل صعوبات تعلم، فإن المشكلات الصافية يمكن أن تسبب في التشويش على اكتساب الطفل للمهارات والخبرات الأكاديمية، وهذا ما تم تداوله في العديد من الدراسات، لذا فإن الطفل الذي لديه ADHD ولا يتمكن من اكتساب المهارات الأكاديمية المطلوبة منه، كبقية زملائه في الفصل، نظراً لمشكلة الانتباه لديه أو النشاط الزائد والاندفاعية (وليس لأنه أقل ذكاءً)، فإن هذا الطفل سيصبح أقل استعداداً للنجاح في متطلبات الفصل الدراسي الذي يلتحق به وقد تبدأ مشكلات أخرى لديه.

ان أحد المدخل الهامة للوقاية من هذا الوضع من الظهور، قد يكون تحديد الطفل الذي لديه صعوبات انتباه في الصف الأول الابتدائي، ومن ثم تقديم المساعدة المكافحة له، حتى يتمكن من اكتساب المهارات الضرورية للنجاح الأكاديمي، فقد تؤثر مشكلات الانتباه لدى الأطفال في إمكانية اكتسابهم لمهارات القراءة المبكرة لذا فإن الإشراف والتعليم الموجه والخاص للطفل قد يساعد في تعلم أشياء قد لا يكتسبها لوحده في حالة التعليم الجماعي، مما يعمل على توفير قاعدة مهمة تساعد الطفل في النجاح الأكاديمي اللاحق.

وقد ناقشت ذلك دراسة رابنرز ومالون Rabiner & malone، والتي هدفت إلى التعرف على أثر الإشراف الخاص والفردي للطفل الذي يعاني من مشكلات في الانتباه على تحصيله في مادة القراءة، حيث أشرك 581 طفلاً وطفلاً، تم اختيارهم لدراسة أعدت، بهدف وقاية هؤلاء الأطفال من الإصابة باضطراب السلوك المعارض.

وقد تم توزيع الأطفال في جموعتين تجريبية وضابطة، بحيث أن الأطفال في المجموعة التجريبية يتلقوا مجموعة شاملة من التدخلات صممت للوقاية من تطور السلوك المعارض، فيحصل كل طفل على 90 دقيقة في الأسبوع من التعليمات الخاصة بـ مادة القراءة، من خلال 3 جلسات، وقد تم تطبيق مقياس القدرة على القراءة قبل بداية العام وبعد نهاية العام لكل طفل، والذي يشمل قياس قدرة الأطفال على التعرف على الأحرف والوعي بأصوات الأحرف وقراءة كلمات بسيطة.

كذلك فقد استجاب المعلمين على مقياس تقديرى للسلوكيات حول كل طفل في نهاية العام، من ضمنها سلوك عدم الانتباه، وقد كان اهتمام الباحثين في هذه الدراسة على مدى تأثير الإشراف الموجه والخاص للطفل الذي لديه مشكلات في الانتباه، في زيادة تحصيله في مادة القراءة، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة لما يلى:

1. الأطفال الذين لديهم مشكلات مبكرة في القراءة ومشكلات كبيرة في الانتباه وقدم لهم إشراف وتوجيه خاص، لم يستفيدوا على الإطلاق من الإشراف الخاص، بل استمر أدائهم في مادة القراءة منخفضاً ومشابها تماماً لمن لم يتلقى إشراف خاص.
2. مع نهاية العام الدراسي، فإن الأطفال الذين لم تظهر لديهم مشكلات في القراءة في الاختبار القبلي ولم يقدم لهم إشراف خاص على الرغم من وجود مشكلات انتباه لديهم خلال العام الدراسي أظهروا تحصيلاً منخفضاً عن بقية القرآن.
3. الأطفال الذين لم تظهر لديهم مشكلات قراءة مبكرة ولديهم مشكلات في الانتباه وتلقوا إشراف وتوجيه خاص لم يظهروا أي اختلافات بعد الإشراف، مقارنة بمن لم يقدم لهم إشراف.

4. الأطفال الذين لديهم مشكلات مبكرة في القراءة ولم تكن لديهم مشكلات انتباه وتلقوا إشراف وتوجيه خاص تحسنوا إلى حد كبير في مادة القراءة مقارنة ببقية المجموعات.

ما تشير له هذه النتائج لا يجب أن يفسر على أن الوالدين والمعلمون يجب أن يتوقفوا عن تقديم الدعم الأكاديمي الفردي للطفل، بل يمكن أن تقود هذه النتائج إلى أنه ليس التعليم الموجه أو الخاص للطفل الذي لديه مشكلات في الانتباه ومشكلات أكاديمية وحده هو الذي سيقود إلى تحسين قدرات الطالب الأكاديمية، وإنما علاج مشكلات الانتباه باستخدام استراتيجيات مناسبة أثناء التعليم الموجه أو الخاص للطفل هو الذي سيحسن من مستوى تحصيله الأكاديمي.

وكمدخل آخر للعلاج من خلال الإشراف والمتابعة والتعليم الموجه للطفل، فقد أجريت دراسة أخرى ثمت من خلالها مقارنة طرق التدريس التقليدية الجماعية في الفصل الدراسي، بالتدريس عن طريق الأقران WPT Classroom wide peer tutoring عشر طفل (18) لديهم ADHD في الصفوف من 1-5، حيث يقوم الطلاب بالمبادرة في مرحلة جديدة إلى رفيق آخر في الفصل الدراسي. ويتم تقسيم الأطفال بشكل عشوائي إلى مجموعات ثنائية، وكل طفل يبادر بتعليم الآخر يعتبر معلم خاص (Tutor) والأخر متعلم (tutee)، ويزود المعلم الطالب الذي يقوم بالتعليم بقائمة من المهام التعليمية الخاصة بحل 10 مسائل في الرياضيات، وتكون مرتبطة بما يدور من تعليمات في الفصل، ويعمل المعلم الطالب على إملاء النقاط أو المسائل لفظياً للمتعلم، والذي يجب أن يستجيب أيضاً لفظياً، ويحصل المتعلم على نقطتين مقابل كل إجابة صحيحة ويصحح المعلم الصغير أخطاء المتعلم، وينحه الفرصة للتدريب على الإجابة الصحيحة.

وفي نهاية الفترة المحددة للطالب للاستجابة، يتم تبديل الأدوار بين الطلاب، ويكون دور معلم الفصل هو المتابعة لسلوكيات الطلاب في المجموعات الثنائية أثناء العمل ويقدم المساعدة فقط عند الضرورة، ويوضع المعلم نقاط تعزيز للمجموعات الثنائية التي تتبع التعليمات بشكل مناسب، وفي نهاية الجلسة يقوم المعلم باحتساب عدد النقاط التي حصلت عليها كل مجموعة، ويتم وضعها في جدول ليحصلوا على مكافأة في نهاية الأسبوع باستبدال النقاط.

وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن 50٪ من الأطفال الذين لديهم ADHD اظهروا تحسن في الأداء الأكاديمي في الرياضيات وكذلك في التهجدنة عند استخدام أسلوب التعليم عن طريق القرآن مقارنة بالطريقة التقليدية للتعليم عن طريق معلم الفصل، كذلك ازداد حماس ونشاط الطلاب في المشاركة بالأنشطة والمهام الأكاديمية، وتقلص الانشغال عن أداء المهام عند كافة المشاركين.

## **قائمة المراجع والمصادر**

- الجبار، ماجدة حسن، (2001). تأثير برنامج مقترن من الحركات الأساسية للرقص الحديث على الإدراك الحركي ومفهوم الذات للمعاقين ذهنياً (قابلية التعلم)، مجلة فنون الرياضة، جامعة حلوان. التربية الرياضية للبنات، القاهرة.
- حصة بنت، محمد العندس، (2000). اضطرابات عجز الانتباه وفرط الحركة. دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض.
- الروسان، فاروق، (2001). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. دار الفكر، عمان-الأردن.
- الزيات، فتحي، (1998). صعوبات التعليم "الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية، (ط1). سلسلة علم النفس المعرفي، القاهرة.
- حسن، عبد الحميد سعيد، (2006). التنبؤ بصعبيات التعلم في القراءة من صعوبات التعلم النمائية الأولى لدى تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي في سلطنة عمان، مجلة الأكاديمية العربية للتربية الخاصة، سلطنة عمان.
- السرور، ناديا هائل، (2003). مدخل إلى تربية التمييز والموهوبين، (ط4). دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان-الأردن.
- سامي، محمد ملحم، (2002). صعوبات التعلم. دار المسيرة للطباعة والنشر، عمان-الأردن.
- الزيات، فتحي، (1998)، صعوبات التعلم الأسس النظرية والشخصية والعلاجية، (ط1). دار النشر للجامعات، القاهرة- مصر.
- قحطان، أحمد الظاهر، (2004). صعوبات التعلم. دار وائل للنشر والتوزيع، عمان-الأردن.
- سماح، خالد زهران، (2005). قياس الخصائص النفسية لطفل ما قبل المدرسة. دار الفكر العربي، القاهرة.

- ADHD2 ,(2004). An Introduction To AD/HD: The History and the Characteristics of AD/HD. <http://users2.ev1.net>.
- Nourbakhsh ,P ,(2006). Perceptual-motor Abilities and Their Relationships with Academic Performance of Fifth Grade Pupils in Comparison with Oseretsky Scale. Kinesiology.
- Mohammed M. Alqahtani ,(2009). The Comorbidity of ADHD in the General Population of Saudi Arabian School-Age Children. J Atten Disord.
- Sayre ,N. & Gallagher ,J ,(2001). The young child and the environment , Issues related to health ,nutrition ,safety ,and physical education activity. Allyn and Bacon ,Boston.
- Smrud- Clikeman ,M ,(1999). An Intervention Approach for Children with Teacher and Parents Identified Intentional Difficulties ,Journal of Learning Disabilities
- Carlson,C & Tumm ,L ,(2000). The Effect of Reward and Punishment on the Performance and Motivation of Children with ADHD ,Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- Muijs ,D ,and Reynolds ,D ,(2001). Effective Teaching: Evidence and Practice. London: **Paul Chapman.** □
- Klingberg,et al ,(2005). Computerized Training of Working Memory in Children with ADHD ,A Randomized Control Trial ,Journal of the American Academy of Child and Adolescent of Psychiatry.
- [www.jewar.com](http://www.jewar.com)
- <http://www.adhdarabia.org.sa/articles1.htm>
- [www.t7di.net/vb/attachment.php](http://www.t7di.net/vb/attachment.php)
- <http://www.adhdarabia.org.sa/articles5.htm>
- [www.palwho93.org/slouk](http://www.palwho93.org/slouk)

- <http://www.arabnet.ws/vb/>
- [www.egyptiantalks.org](http://www.egyptiantalks.org)
- [www.werathah.com](http://www.werathah.com)
- [www.childclinic.net](http://www.childclinic.net)
- [muhmmdkalo.arabblogs.com](http://muhmmdkalo.arabblogs.com)











## فهم اضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال والسيطرة عليه



**دار المعتز للنشر والتوزيع**

الأردن - عمان - شارع الملكة رانيا العبدالله الجامعية الأردنية  
مقابل كلية الزراعة عمارة رقم ٢٣٣ الطابق الأرضي  
تلفاكس: ٠٩٦٢ ٦ ٥٣٧٣ - ٣٥ - من بيـد ١٨٤٣٦ - عمان ١١١١٨ الأردن  
e-mail: daralmuotaz.pup@gmail.com