

آليات التدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه
مع فرط الحركة والنشاط

إعداد

أ.د. فتحي مصطفى الزيات

أستاذ علم النفس المعرفي وصعوبات التعلم
كلية التربية جامعة المنصورة
مدير برنامج صعوبات التعلم
كلية الدراسات العليا
جامعة الخليج العربي
مملكة البحرين

مقدم

للمؤتمر الدولي لصعوبات التعلم
الرياض - المملكة العربية السعودية
28 شوال - 2 ذى القعدة 1427
الموافق 19-22/11/2006

ورشة آليات التدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه

مع فرط الحركة والنشاط

- أهداف الورشة:

®أولاً: إكساب الدارس الأسس النظرية للتدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط المتمثلة في:

- تعريف اضطراب أو صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط
- حجم المشكلة وتداعياتها
- العوامل السببية (الإتيولوجية)
- أ-العوامل الوراثية
- ب-العوامل العصبية
- ج-اضطرابات النظام الحاسي

®ثانياً: إكساب الدارس آليات تشخيص ذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط المتمثلة في:

- تشخيص اضطرابات أو صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط، من خلال:
- 1. الخصائص السلوكية لذوي قصور أو صعوبات الانتباه
- 2. الخصائص السلوكية لذوي فرط الحركة والنشاط
- 3. الخصائص السلوكية لذوي الاندفاعية

®ثالثاً: تعريف الدارس بالأنماط الفرعية لاضطرابات أو صعوبات الانتباه، المتمثلة في:

- 1-اضطراب الانتباه/ النشاط الزائد، من النمط المشترك
 - 2-اضطراب الانتباه/ النشاط الزائد، من نمط سيطرة قصور الانتباه
 - 3-اضطراب الانتباه/النشاط الزائد من نمط سيطرة النشاط الزائد-الاندفاعية
- محك الدليل التشخيصي الإحصائي-الطبعة الرابعة
- ®رابعاً: تعريف الدارس بالمحددات السلوكية لفرط الحركة والنشاط الزائد
- الصفحة السلوكية (البروفيل السلوكي) للطفل زائد النشاط
 - أ- في المنزل ب- في المدرسة ج- في العلاقات مع الأطفال الآخرين
 - مقاييس التقدير التشخيصية لصعوبات الانتباه

®خامساً: تدريب الدارس على استراتيجيات التدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه مع أو بدون فرط الحركة والنشاط، من خلال:

- نماذج تطبيقية لآليات التدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة

1. نموذج متابعة السلوك بين البيت والمدرسة
2. الدلالات الإكلينيكية للأعراض التشخيصية، ومقترحات علاجها، وآليات تفعيلها.
3. أسس إعداد الخطة التربوية الفردية العلاجية لذوي صعوبات الانتباه مع فرط النشاط

4. دليل تطبيق آليات الخطة الفردية لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط
5. دليل التدريس العلاجي للتلاميذ ذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط

آليات التدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط أ.د. فتحي الزيات

مقدمة

يرى العديد من الباحثين أن صعوبات الانتباه تقف خلف الكثير من أنماط صعوبات التعلم الأخرى مثل: صعوبات الإدراك، وصعوبات الذاكرة، وصعوبات القراءة، بشقيها: التعرف على الكلمة، والفهم القرائي، وصعوبات الكتابة، وصعوبات الرياضيات، وحتى صعوبات التأزر الحركي، والصعوبات الإدراكية عموماً، وصعوبات السلوك الاجتماعي والانفعالي، حيث تحتل صعوبات الانتباه موقعاً مركزياً بين أنماط صعوبات التعلم. (Fletcher K,E; Fischer, M; Barkley R,A; Smallish L. A 1996)

ويمكن تناول اضطرابات الانتباه من خلال مدخلين مختلفين يعكسان اختلافاً بين كل منهما إلى حد ما في النظرة إلى الانتباه:

• حيث تقوم التوجهات البحثية لأحد هذين المدخلين على افتراض أن صعوبات التعلم هي نتيجة لقصور أو اضطراب في واحد أو أكثر من مكونات الانتباه: اليقظة العقلية، أو الانتقاء، أو الجهد، أو السعة، أو المدى، أو الديمومة.

وفي هذا الإطار أكدت العديد من الدراسات إلى وجود فروق جوهرية دالة في الأداء بين ذوي أنماط صعوبات التعلم المختلفة (النمائية والأكاديمية) وبين أقرانهم من العاديين على مختلف مقاييس الانتباه الانتقائي.

• أما التوجهات البحثية للمدخل الثاني في دراسة الانتباه فكانت متعلقة بالأطفال ذوي اضطراب الانتباه مع فرط في النشاط. Attention – Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

والأعراض الأولية لاضطراب الانتباه مع فرط النشاط (ADHD) تتمثل في:

- عجز الانتباه inattention،
- الاندفاعية impulsivity،
- فرط النشاط hyperactivity.

وقد ارتبطت هذه الاضطرابات بصعوبات التعلم إلى حد أن العديد من الدراسات تنظر إليهما كوجهين لعملة واحدة (Ross,1976; Dykman, et al,1971; Tarnowski, et al,1986) على الرغم من أن كلاهما نشأ في ظل نظم تصنيفية مختلفة.

*أستاذ علم النفس المعرفي وصعوبات التعلم ، مدير برنامج صعوبات التعلم ، جامعة الخليج العربي ، مملكة البحرين

فاضطراب الانتباه مع فرط النشاط وجد في الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات
الطبعة الثالثة Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders العقلية"
المنقحة بمعرفة رابطة الصحة النفسية (DSM-IV)، والطبعة الرابعة (DSM-III-R)
الأمريكية عامي 1987، 1994 .

بينما ظهر مفهوم صعوبات التعلم على المستوى الرسمي بموجب القانون العام (94 -
142). ولم يظهر ضمن فئات هذا القانون اضطراب الانتباه مع فرط النشاط.
ومع ذلك فقد كشفت الممارسة الفعلية ونتائج الدراسات والبحوث عن الارتباط الوثيق بين
صعوبات التعلم واضطرابات عمليات الانتباه مع فرط النشاط.

تعريف اضطراب أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط

تعرف اضطراب أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي
للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة، 1994 بأنها: "نمط دائم لعجز أو قصور أو صعوبة في
الانتباه و/ أو فرط النشاط-الاندفاعية، يوجد لدى بعض الأطفال يكون أكثر تكراراً، وتواتراً،
وحدة، عما يلاحظ لدى الأفراد العاديين من أقرانهم في نفس مستوى النمو "

وهذا الاضطراب يشكل زملة أعراض تعبر عن نفسها من خلال:

- العجز عن تركيز الانتباه ومواصلته وتنظيمه،
- العجز عن كفا الاستجابات الاندفاعية،
- يظهر هذا الاضطراب في مدى عمري مبكر، قبل سن سبع سنوات؛
- قد يكون مصحوب بنوع من النشاط الزائد الذي يتصف ب: العفوية، والعشوائية،
والافتقار للهدف والتنظيم.
- وينطوي على خصائص سلوكية حقيقية تشمل المجالات النوعية الثلاثة التالية :

1. سعة الانتباه Attention Span.

2. ضعف الضبط أو التحكم أي الاندفاعية Impulsivity .

3. الإفراط في النشاط Hyperactivity.

حجم المشكلة وتدايعياتها

§ تقدر العديد من الدراسات نسبة ذوي اضطراب الانتباه مع فرط النشاط من 3-5 % من
أطفال المدى العمري من الطفولة المبكرة حتى عمر 18 سنة.

§ تشير أحدث التقارير إلى أن هذه الاضطرابات أو الصعوبات تصيب من 8-17% من
الأطفال والمراهقين في الولايات المتحدة الأمريكية اليوم. (Rowland, et al,2002;
Sandier, 2002).

كما تشير دراسات: Faraone,et al,1996;Biederman,Milberger&Faraone,1995;
Sandier, Fergusson,Lynskey&Horwood,1996;Fletcher,et al,1996;2002
إلى ما يلي:

§ تستمر هذه الاضطرابات لدى 30-50% من هؤلاء الأطفال حتى نهاية مرحلة المراهقة
المتأخرة.

§ يكتسب 70% من أفراد هذه الفئة أنماطاً متباينة من السلوك المشكل المزمن.

§ يصبح 25% من البالغين من أفراد هذه الفئة متأخرون دراسياً، ومضطربون اجتماعياً وانفعالياً .

العوامل السببية (الإتيولوجية)

تشير الدراسات إلى أن أسباب هذه الاضطرابات تتميز في ثلاثة عوامل هي:

أولاً : العوامل الوراثية

ثانياً : العوامل العصبية

الثالث : اضطرابات النظام الحاسي

أ-العوامل الوراثية

تكشف العديد من الدراسات عن أن اضطرابات الانتباه مع فرط النشاط ذات جذور وراثية ، بمعنى انتقال الخصائص الوراثية من خلال الأسرة، كما تظهر من المعدلات العالية لانتشار زملة أعراض هذا الاضطراب بين الأقارب من الدرجتين الأولى والثانية، وبين الأقارب البيولوجيين.

وتظهر دراسات التوائم أن هناك اتفاق في حدوث هذه الزملة من الأعراض بين التوائم المتطابقة (الذين يشتركون في بويضة واحدة (monozygotic twins)).

ب-العوامل العصبية

• تشير بعض الدراسات التي أجريت على مقارنة الأطفال مفرطي النشاط بالأطفال العاديين عن وجود دلائل على اضطرابات عصبية تظهر في تسجيلات جهاز رسم المخ EEG لدى أطفال المجموعة الأولى تفسر بأنها اختلالات في وظائف الدماغ، كسبب أساسي لزملة اضطراب الانتباه مع فرط النشاط.

ولكن تفسير هذه الاختلالات يأخذ موقفين متناقضين هما:

الأول : أن هذه الاضطرابات تنشأ نتيجة زيادة الاستثارة Cortical over arousal

الثاني: أنها تنشأ نتيجة نقص الاستثارة في لحاء المخ Cortical under arousal.

• فبعض التفسيرات تذهب إلى أن هذه الاضطرابات هي نتاج الحساسية الزائدة لمناطق الاستثارة في الجهاز العصبي المركزي للمنبهات الخارجية والداخلية، في المنطقة الخلفية من "الدماغ الأمامي" (Forebrain) والمعروفة بمنطقة "الدماغ المتوسط" (Diencephalons) التي تنقل (Cortex) قدراً كبيراً وغير عادي من الاستثارة إلى لحاء المخ.

• وهناك دراسات أخرى توصلت إلى نتائج مماثلة مؤداها أن هذا الاضطراب هو نتاج الاستثارة الزائدة للحاء المخ، وأن الاختلال الوظيفي يتمركز في "منظومة التكوين الشبكي" (Reticular Formation System) بالدماغ، حيث تخفق في كف الدفعات العصبية الزائدة.

• تدعم بعض الدراسات وجود علاقة دالة بين فرط النشاط وبين "بطء نشاط الموجات المخية" (Slow Brain Wave Activity) أو النشاط اللحائي البطيء (Slow Cortical Activity).

• بينما تشير دراسات أخرى إلى أن لدى هؤلاء الأطفال مستوى منخفضاً من الاستثارة في وظيفة المنظومة الشبكية، وأن فرط النشاط والاندفاعية، هما محاولة لتيسير المدخلات الحسية وزيادتها بحيث تصل إلى المستوى الأمثل للاستثارة.

ج- اضطرابات النظام الحاسي

- تشير بعض الدراسات إلى أن الأطفال ذوي اضطراب الانتباه مع فرط النشاط أظهروا دلائل عن انخفاض "التوصيل الجلدي الأساسي" ("SCL" Basal Skin Conductance) وضالة "مقدار الاستجابة الجلدية" ("GSR" Magnitude of Skin Response).
- ويستجيب هؤلاء الأطفال للعلاج باستخدام المنبهات مثل الـ "دكستروأمفيتامين سولفيت" (Dextroamphetamine Sulfate) والـ "ميثيلفينيديت" (Methylphenidate)، حيث تحسنت استجاباتهم على المقاييس العصبية في اتجاه مستويات الأطفال العاديين نتيجة استخدام هذه المنبهات.
- أما تأثيرات عقاقير الأمفيتامين فهذه العقاقير تعمل في الواقع كمنبهات لرفع مستوى الاستثارة عند هؤلاء الأطفال إلى المستوى المناسب.
- ومن ثم فإن اضطراب الانتباه مع فرط النشاط هو نتيجة لنقص في مستوى الاستثارة، ويلقى هذا المنحى تأييداً أكبر بين العلماء والباحثين في هذا الميدان، يقدم تفسيراً معقولاً لفاعلية العقاقير المنبهة، كما يفتح آفاقاً جديدة في التدخل العلاجي لدى الأطفال من ذوي اضطرابات الانتباه مع فرط النشاط.

تشخيص اضطرابات أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط

يمكن تشخيص اضطرابات أو صعوبات الانتباه مع أو بدون الإفراط في النشاط وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية "الطبعة الرابعة"، Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) ورابطة الصحة النفسية الأمريكية. APA من خلال ملاحظة وجود ست على الأقل من الخصائص السلوكية المحكية التالية، المتعلقة بما يلي :

قصور الانتباه/ و أو من النشاط الزائد (فرط النشاط) و أو الاندفاعية على النحو

التالي:

- أ- كون أكثر تكراراً و تواتراً وشدة مما يلاحظ عند أقرانهم (المحك "أ").
 - ب- ضرورة ظهور هذه الأعراض، قبل سن السابعة من العمر، على الرغم من أن كثيراً من الأفراد يتم تشخيصهم بعد وجود الأعراض عندهم لعدد من السنوات (المحك "ب").
 - ج- تواتر الاضطرابات المرتبطة بهذه الأعراض في موقعين على الأقل (في المنزل أو المدرسة أو العمل مثلاً) (المحك "ج").
 - د- وجود دلائل واضحة من الإخلال بالتفاعل الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني المتناسب نمائياً مع عمر الفرد (المحك "د").
 - هـ- تمييز هذا الاضطراب عن الاضطرابات النفسية الأخرى (مثل اضطراب المزاج، أو اضطراب القلق، أو الاضطراب التفككي أو الانشقاقي، أو اضطراب الشخصية) (المحك "هـ").
- أ- الخصائص السلوكية لذوي قصور أو صعوبات الانتباه
- تظهر هذه الأعراض في مختلف المواقف الأكاديمية أو المهنية أو الاجتماعية على النحو التالي.

1. يفشل الأفراد ذوو هذه الاضطرابات في الانتباه الدقيق إلى التفاصيل،

2. يرتكبون أخطاء الإهمال في العمل المدرسي وغيره من المهام والأنشطة (المحك "أ1")،
3. أداءاتهم مرتبكة وغير مرتبة ومتسمة بالفوضى، وتؤدي بإهمال، وبدون تفكير.
4. يجدون صعوبة في الاحتفاظ بالانتباه في المهام والأنشطة .
5. يضيعون ذراعاً بأداء المهام واستكمالهم لها والانتهاه منها (المحك "أ1ب").
6. يتجاهلون ما يقال لهم كما لو أنهم لا يسمعون (المحك "أ1ج").
7. يغفلون متابعة ما هو مطلوب منهم من واجبات أو ما هو موجه إليهم من تعليمات،
8. يخفقون في إكمال العمل المدرسي، والواجبات والأعمال العادية، (المحك "أ1د").
9. يجدون صعوبات في تنظيم ما يقومون به من مهام ونشاطات (المحك "أ1هـ").
10. يرفضون المهام التي تتطلب جهداً عقلياً مستديماً ويعتبرونها مهام غير بغیضة.
11. يتجنبون أداء الواجبات المدرسية أو العمل الكتابي (المحك "أ1و").
12. يتعاملون مع المواد اللازمة لأداء الأنشطة بإهمال، و الباء تكون مفقودة، أو تالفة (المحك "أ1ر").
13. يبدون تشتتاً بسهولة إزاء المنبهات التي ليس لها علاقة بالموضوع أو المهمة؛
14. تشتتهم الأصوات التي يتجاهلها الآخرون (مثل أصوات السيارات، والآخريين) (المحك "أ1س").
15. ينسون النشاطات اليومية (مثل نسيان المواعيد، أو الأدوات والكتب والحاجيات) (المحك "أ1ز").
16. ينتقلون من محادثة إلى أخرى، ولا يصغون للآخرين، ويتجاهلون قواعد الألعاب أو النشاطات.

ب- الخصائص السلوكية لذوي فرط الحركة والنشاط

يظهر فرط الحركة والنشاط الزائد أو فرط النشاط في الخصائص السلوكية التالية:

1. التملل العصبي أو التلوي في المقاعد (المحك "أ2")،
 2. لا يستقرون في مقاعدهم (المحك "أ2ب")،
 3. يمارسون الجري أو التسلق المتواصل في مواقف غير مناسبة لهذه الأفعال (المحك "أ2ج")،
 4. يبدون صعوبة في اللعب بهدوء في نشاطات وقت الفراغ (المحك "أ2د")،
 5. يبدون غالباً كما لو أنهم "ناشطون في غير كلل" أو "مدفوعين بعجلة كالمكينه" (المحك "أ2هـ")،
 6. يفرطون في التحدث (المحك "أ2و"). ويختلف هذا وفقاً لعمر الفرد ومستواه النمائي.
- ويختلف أطفال ما قبل المدرسة المصابون بهذا الاضطراب عن ذوي النشاط العادي، فيما يلي:
1. النشاط دون كلل وباستمرار والاندفاع في حركة سريعة جيئة وذهابا،
 2. يقفزون فوق الأثاث أو يتسلقونه، ويجرون في جنبات المنزل،
 3. يواجهون صعوبة في الأنشطة الجماعية التي تتطلب الانتظار أو الإصغاء والاستقرار في مقاعدهم (على سبيل المثال، الإصغاء والانتظار).
- ويبدي الأطفال في سن المدرسة سلوكيات مماثلة ولكن بمعدلات أقل في تواترها أو شدتها عن الأطفال في سنوات المهد وما قبل المدرسة على النحو التالي:

1. يقرعون بأيديهم، ويهزون أقدامهم أو أرجلهم بشكل زائد.
 2. ينهضون ويقفزون ويتركون تناول طعامهم،
 3. ينصرفون فجأة من مكانهم أثناء مشاهدة التلفزيون، أو أثناء عمل الواجبات المدرسية،
 4. يتكلمون بشكل مفرط، ويأتون بصوضاء زائدة أثناء الأنشطة الهادئة.
- أما عند المراهقين والكبار، فإن أعراض النشاط الزائد تأخذ شكل مظاهر عدم الاستقرار، وصعوبة الاشتراك في أنشطة تتطلب الجلوس في أماكنهم أو مقاعدهم لفترات عادية.

ج- الخصائص السلوكية لذوي الاندفاعية

تظهر الاندفاعية في الخصائص السلوكية التالية

1. صعوبة إرجاء استجاباته، والتعجل بالإجابة قبل أن يكتمل توجيه السؤال (المحك "2ر")،
2. صعوبة انتظار الآخرين أو انتظار دوره (المحك "2أ")،
3. مقاطعة الآخرين وإحداث مشكلات المواقف الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية (المحك "2أ").
4. التحدث باستمرار وبشكل زائد، وصعوبة التواصل، وعدم السماح للآخرين بالكلام.
5. صعوبة الإصغاء إلى التوجيهات، والتحدث بلا مناسبة، ومقاطعة الآخرين .
6. اقتحام الآخرين بكلامهم، وانتزاع الأشياء منهم.
7. التصرف بفظاظة ودون مراعاة لمشاعر الآخرين.

وقد تؤدي الاندفاعية إلى وقوع حوادث، والتورط في نشاطات تنطوي على احتمالات خطرة دون اعتبار للنتائج أو العواقب. وتتضح المظاهر السلوكية عادة في سياقات متعددة، تشمل: المنزل، والمدرسة، والعمل، والمواقف الاجتماعية. ولتشخيص هذه الفئة من الاضطراب، ينبغي توفر الاضطراب في مجالين على الأقل من هذه المجالات (المحك "ج").

ومن المحتمل أن تحدث الأعراض بشكل أكبر في المواقف الجماعية (في جماعات اللعب، أو الفصول المدرسية، أو بيئات العمل). ولذا فإن الاختصاصي النفسي أو الإكلينيكي مطالب بأن يجمع معلومات عن السلوك في عديد من المواقف داخل مجالات حياة الفرد ونشاطه.

الأنماط الفرعية لاضطرابات أو صعوبات الانتباه

على الرغم من أن لدى الأفراد أعراض كل من ضعف الانتباه والنشاط الزائد – الاندفاعية، فإن هناك بعضاً من الأفراد ممن يسود عندهم نمط أو آخر من هذه الأعراض. ولهذا ينبغي تحديد النمط الفرعي المناسب وتشخيصه تأسيساً على نمط الأعراض المسيطرة في فترة الستة أشهر الأخيرة. وهذه الأنماط الفرعية، هي:

1- اضطراب الانتباه/ النشاط الزائد، من النمط المشترك. ADHD, Combined Type.

- يشخص هذا النمط الفرعي إذا استمرت ستة أعراض (أو أكثر) من ضعف الانتباه وستة أعراض (أو أكثر) من فرط النشاط – الاندفاعية مدة ستة أشهر على الأقل.
- يوجد هذا النمط المشترك لدى معظم الأطفال والمراهقين الذين يعانون هذا الاضطراب، وليس من المعروف مدى مصداقية هذا النمط بالنسبة للكبار من ذوي هذا الاضطراب.

2- اضطراب الانتباه/ النشاط الزائد، من نمط سيطرة عدم الانتباه

يشخص هذا النمط الفرعي إذا استمرت ستة أعراض (أو أكثر) من قصور الانتباه (و أقل من ستة أعراض من النشاط الزائد- الاندفاعية) لمدة ستة أشهر على الأقل.

3- اضطراب الانتباه/النشاط الزائد من نمط سيطرة النشاط الزائد-الاندفاعية Predominantly Hyperactive- Impulsive Type. يشخص هذا النمط الفرعي إذا استمرت ستة أعراض (أو أكثر) من النشاط الزائد - الاندفاعية (مع أقل من ستة أعراض من ضعف الانتباه) لمدة ستة أشهر على الأقل.

• وغالباً ما يظل قصور الانتباه واحداً من المعالم ذات الدلالة الإكلينيكية في معظم الحالات.

محك الدليل التشخيصي الإحصائي-الطبعة الرابعة

- قامت الجمعية الأمريكية للصحة النفسية عام 1994 بمراجعة الدليل التشخيص الإحصائي لأعراض مختلف الاضطرابات، وأصدرت الدليل الرابع DSM-IV، ألغت فيه التمييز بين اضطراب قصور الانتباه مع فرط النشاط، واضطراب قصور الانتباه فقط دون فرط النشاط.
- بسبب عدم وجود أدلة تطبيقية تدعم هذا التمييز أو تقف خلفه، فقد قررت- الجمعية الأمريكية للصحة النفسية التعامل مع اضطراب الانتباه كمكون أحادي واحد، أطلقت عليه اضطراب قصور الانتباه مع فرط النشاط (ADHD).
- حتى يمكننا الحكم على الطفل بأنه داخل نطاق هذا التصنيف أو هذه الاضطرابات، يتعين أن تنطبق عليه عدة فقرات من هذه التصنيفات المختلفة.
- ويشمل الجدول التالي (1)، (8)، (14) عرضاً لاضطراب قصور الانتباه مع فرط النشاط (ADHD).
- وبعض هذه الأعراض يتعلق بقصور الانتباه، وبعضها يتعلق بالسلوك الاندفاعي، والبعض الآخر بالإفراط في النشاط، ولكي نضمن إلى المحك التشخيصي باعتبار الطفل من ذوى اضطراب قصور الانتباه مع فرط النشاط، يجب أن ينطبق عليه ثمان من هذه الأعراض.

جدول (1) يوضح أعراض اضطرابات عجز الانتباه مع فرط النشاط.

<p>أ- <u>يجب أن تكون ثمان من هذا الأعراض قائمة لدى الطفل ومستمرة لمدة (6) ستة أشهر أو أكثر</u></p> <p>1- يجد صعوبة في أن يظل جالساً.</p> <p>2- غالباً يعبر عن تملله أو عصبيته من خلال يديه أو قدميه أو يتلوى في مقعده.</p> <p>3- يجد صعوبة في أن يلعب بهدوء.</p> <p>4- يتحدث كثيراً وبصورة مفرطة.</p> <p>5- غالباً يتحول من نشاط إلى آخر قبل اكتمال أي منها.</p>	<p>-أ</p>
<p>6- لديه صعوبة في أن يظل محتفظاً بانتباهه خلال الأداء على المهام أو أنشطة اللعب.</p> <p>7- يجد صعوبة في متابعة ما يصدر عن الآخرين (ليس اعتراضاً أو فشلاً في الفهم)</p> <p>8- يسهل تشتيته من خلال أية مثيرات خارجية.</p> <p>9- غالباً يقاطع أو يتطفل أو يقتحم الآخرين.</p> <p>10- غالباً يجيب على الأسئلة باندفاع، وبلا تفكير وحتى قبل اكتمالها.</p> <p>11- لديه صعوبة في انتظار دوره في الألعاب أو المواقف الجماعية.</p> <p>12- ينشغل أو يقحم نفسه بدنياً في أنشطة خطيرة دون اعتبار لنتائجها أو ما يترتب عليها، كأن يجري مندفعاً دون النظر حوله أو يقفز من أماكن مرتفعة دون اعتبار للنتائج.</p>	<p>-6</p> <p>-7</p> <p>-8</p> <p>-9</p> <p>-10</p> <p>-11</p> <p>-12</p>
<p>13- غالباً يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام أو الأنشطة في المدرسة أو في البيت.</p>	<p>-13</p>
<p>14- غالباً يبدو غير منصت لما يقال له أولها.</p>	<p>-14</p>
<p>ب- ظهور هذه الأعراض قبل سن السابعة</p>	<p>-ب-</p>
<p>ج- لا يحقق الطفل المستوى المطلوب على محك الاضطرابات النمائية</p>	<p>-ج-</p>

محك سعة الانتباه

الخاصية				مدى تواترها
				نادراً
				أحياناً
				البأ
				دائماً
1. لديه قصور واضح في الانتباه إلى التفاصيل، يرتكب أخطاء إهمال.				
2. لديه سعة انتباهية قصيرة أو محدودة.				
3. لا يصغي إليك عندما تتحدث إليه بشكل مباشر.				
4. لديه قصور في اتباع ومتابعة التعليمات.				
5. يفشل في إنهاء المهام أو الواجبات أو التكاليفات.				
6. يجد صعوبة في تنظيم المهام أو الأعمال المطلوبة منه.				
7. يتجنب المهام التي تتطلب جهد عقلي مستمر لفترات طويلة سبباً.				
8. يتكرر فقده أو نسيانه لأشيائه أو أدواته.				
9. ينشئت انتباهه بسهولة ولأبسط المشتتات.				
10. ينسى الأنشطة اليومية المطلوب منه القيام بها.				
محك الإفراط في النشاط : Hyperactivity Criteria				
1. لا يهدأ : لا يستقر أو يسكن في مقعده - دائم التحرك.				
2. بترك مقعده كثيراً في الفصل عندما يكون من المتوقع منه البقاء فيه.				
3. يفقر أو يجري بصورة مندفعة في ظروف غير ملائمة ودون إدراك للعواقب.				
4. يجد صعوبة في اللعب بهدوء أو بدون إزعاج.				
5. يتحدث بصورة مكثفة ومتدفقة وسريعة.				
محك الاندفاعية : Impulsivity Criteria				
1. يندفع في الإجابة على الأسئلة قبل اكتمال سماعها.				
2. يجد صعوبة في انتظار دوره في أي أنشطة جماعية.				
3. دائماً يقاطع الآخرين - لا يعطي للآخرين الفرصة الواجبة.				
المحكات المرجعية:				
1. ظهور أعراض ضعف الانتباه، النشاط الزائد - الاندفاعية قبل سن السابعة.				
2. ظهور الأعراض موقعين أو أكثر (، في المدرسة [أو العمل] وفي المنزل).				
3. وجود دلالة كلينيكية في مجالات الاجتماعية، أو الأكاديمية، أو المهنية.				
4. أن لا تحدث الأعراض خلال النسق الارتقائي الشامل، أو للفصام، أو اضطراب آخر.				

فرط الحركة والنشاط الزائد Hyperactivity

يطلق أيضاً على حالات النشاط الزائد "زملة فرط النشاط الحركي" Hyperkinetic Syndrome). وقد استخدم مصطلح "النشاط الزائد" ليشير إما إلى عرض يصف مستوى النشاط المتزايد في شدته وارتفاعه، أو إلى زملة من الأعراض تعكس بطريقة شمولية مرضاً نوعياً.

والمواقع أن تعريف النشاط الزائد قد يشوبه بعض الخلط ومن ثم سوء التشخيص إذا

● اعتمدنا فقط على مجرد المقاييس الكمية للسلوك؛ ذلك أن معايير مستوى النشاط عند الأطفال غير متوفرة بالفعل، كما أن الأطفال يختلفون بشكل هائل فيما يصدر عنهم أنفسهم من مظاهر النشاط عبر المواقع المختلفة، وكذلك بينهم وبين نظرائهم في مواقف معينة.

ومن ناحية البحث في العوامل السببية (الإيتولوجية) فإن النشاط الزائد كزملة عُرّف بمصطلحات مختلفة ومتداخلة مثل: النشاط الحركي الزائد (Hyperkinesias)، والخلل الدماغي البسيط (Minimal Brain Dysfunction) والإصابة الدماغية البسيطة (Minimal Brain Damage) وحتى صعوبات التعلم (Learning Disabilities). وهذه المصطلحات لا

تعكس عوامل إتيولوجية نوعية؛ بل إن النمط السلوكي الدال على أي من هذه الاضطرابات يمكن عزوه عديد من العوامل السببية.

ولهذا ودراءً للخلط وسوء التشخيص، يمكننا التركيز على الأطفال الذين يظهرون أنماطاً سلوكية من النشاط الزائد، ولكنهم أطفال عاديون من الناحية الفسيولوجية والعقلية، وبهذا نكون قد تناولنا النشاط الزائد كزملة متجانسة.

وتقدر بعض البيانات الإحصائية معدلات شيوع النشاط الزائد بحوالي 3% إلى 10% بين الأطفال. وتبين بعض الدراسات المسحية أن هذه النسبة تصل إلى 20% من الأطفال. كما تبين التقديرات أن النشاط الزائد يحدث بنسبة أكبر عند الأولاد منه عند البنات وذلك بمعدلات تتراوح ما بين 1:5 - إلى 1:9، إذا اعتبرنا نوع الجنس (ذكور، إناث) كمتغير في حدوث النشاط الزائد.

الصفحة السلوكية (البروفيل السلوكي) للطفل زائد النشاط

استعرضت بعض الدراسات البحوث التي أجريت على الأطفال زائدي النشاط، حيث خلصت إلى أن هناك صورة سلوكية متنسقة فيما بينها بدرجة كبيرة ترتبط بزملة النشاط الحركي الزائد. فقد قام بعض الباحثين بمسح للمحكات التي تستخدمها خمس مجموعات من الاختصاصيين المهنيين هي:

- الاختصاصيون النفسيون،
- الأطباء النفسيون،
- الاختصاصيون في طب الأطفال،
- الاختصاصيون الاجتماعيون،
- والمعلمون

في تشخيص النشاط الحركي الزائد أو فرط النشاط، حيث قدم لهؤلاء الاختصاصيين المهنيين قائمة سلوكية تتألف من خمسة وخمسين بنداً، وطُلب إليهم أن يختاروا ستة أنماط سلوكية يعتبرونها أكثر الأنماط السلوكية دلالة في تحديد زملة النشاط الحركي الزائد وتعرفها. وقد جرى تقدير هذه الأنماط السلوكية الستة على أساس تكرارها عند كل مجموعة بنسبة 75% أو أكثر كمؤشر على النشاط الحركي الزائد عند الأطفال. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن المحكات التي يستخدمها هؤلاء الاختصاصيون المهنيون في تشخيص النشاط الزائد عند الأطفال هي:

- 1- التملل بعصبية.
- 2- ضعف الانتباه.
- 3- صعوبة التحكم في الذات.
- 4- التشتت بسهولة.
- 5- العجز عن الجلوس مستقراً في مكانه.
- 6- قدرة ضعيفة على تحمل الإحباط.

وقد استخدم بعض الباحثين طريقة المقابلة المقننة مع أمهات مجموعتين من الأطفال بالمدرسة الابتدائية (أطفال زائدي النشاط، وأطفال عاديون). وأظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق دالة بين هاتين المجموعتين من الأطفال في الخصائص السلوكية التالية المميزة للأطفال زائدي النشاط:

1. الحركة الزائدة.
2. العجز عن الجلوس مستقراً في مكانه.
3. يرفض تصحيح ما يصدر عنه من أفعال وتصرفات.
4. ثورات الغضب.
5. التهيجية وسرعة الاستثارة.
6. النزعة التدميرية.
7. عدم الاستجابة للنظام.
8. التحدي والمعارضة.
9. يخفق في إكمال عمل أو مهمة أو نشاط.
10. يفتقر إلى القدرة على الإنصات، ومتابعة التعليمات والتوجيهات.
11. الطيش والتهور.
12. الإهمال.
13. ضعف شعبيته بين أقرانه.

ويتوجه بعض الباحثين إلى تحديد الصفحة السلوكية للطفل زائد النشاط في المواقف الفعلية من مجالات حياة الأطفال وهي: الأسرة والمدرسة والأقران، حيث تأخذ الأنماط السلوكية المميزة للأطفال زائدي النشاط طابعاً إجرائياً في هذه المجالات، وذلك على النحو التالي:

أ- في المنزل:

1. لا يستطيع أن يظل ساكناً أو هادئاً .
2. لا يستطيع مسابرة أو مطاوعة ما هو مفروض من حدود أو محاذير أو قيود.
3. يفرض مطالب زائدة على الآخرين.
4. يبدي مشكلات في النوم.
5. يبدي عدواناً لا مبرر له.
6. وهو بصفة عامة شخص "مزعج".

ب- في المدرسة:

1. كثير الكلام.
2. يتلملل بعصبية وبشكل مستمر.
3. يفتقر إلى التركيز.
4. سعة الانتباه قصيرة.
5. يثور على ما هو مفروض من حدود أو محاذير أو قيود.
6. انخفاض مستوى التحصيل الدراسي.

ج- في العلاقات مع الأطفال الآخرين:

1. يفشل في تكوين أصدقاء.
2. يتشاجر مع غيره من الأطفال دون تحريض أو استفزاز.
3. يرتكب حماقات، تصرفاته وعاداته غير حميدة وحادة الطبع.
4. ينزع إلى السيطرة والاستبداد بمن حوله بشكل زائد.
5. يتجاهل حقوق الآخرين ومشاعرهم.
6. يجدرفضاً ونبذاً من أقرانه أو الآخرين بشكل مستمر.

مقاييس التقدير الشخصية

لصعوبات الانتباه

عزيزي الأب / عزيزتي الأم / عزيزي المدرس / عزيزتي المدرسة
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

- تهدف هذه المقاييس إلى الكشف عن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الذين يتواتر لديهم ظهور بعض أو كل الخصائص السلوكية المتعلقة بصعوبات التعلم الموضحة بعد.
- وقد أعدت هذه المقاييس بهدف الحصول على تقديراتكم لمدى تواتر هذه الخصائص السلوكية لدى بعض أبنائكم أو بعض تلاميذكم.
- ولذا فإن معرفتك الجيدة بالطفل أو بالتلميذ موضوع التقدير وتكرار ملاحظتك له ضرورية للاستخدام الصحيح لهذه المقاييس والحكم الصادق من خلالها.
- ومن ثم فإن الاهتمام بقراءة كل فقرة تمثل خاصية سلوكية وتقدير مدى تواتر ظهورها لدى الابن أو التلميذ موضوع التقدير، يعد أمراً أساسياً عند الاستجابة على هذه المقاييس، وفي التشخيص الجيد لهذه الصعوبات.

- تتمايز الاستجابة على هذه المقاييس في مدى خماسي بين:

دائماً (4) ، غالباً (3) ، أحياناً (2) ، نادراً (1) أو لا تنطبق (صفر) .

- والمطلوب منك أخي الأب / أختي الأم / أخي الزميل / أختي الزميلة:

قراءة الفقرات بعناية ثم وضع علامة ن أمام الفقرة وفي خانة التقدير الذي تراه أكثر انطباقاً على ابنكم أو طفلكم أو تلميذكم موضوع التقدير على النحو التالي:

تحت دائماً	إذا كان تقديرك بتواتر هذه الخاصية لدى التلميذ	دائماً
أو تحت غالباً	" " " " " " " "	البأ
أو تحت أحياناً	" " " " " " " "	أحياناً
أو تحت نادراً	" " " " " " " "	نادراً
أو تحت لا تنطبق	إذا كان تقديرك أن هذه الخاصية بالنسبة للتلميذ	لا تنطبق

تستغرق الاستجابة على فقرات هذه المقاييس من خمسة عشر إلى عشرين دقيقة في المتوسط لكل تلميذ، ولضمان سلامة التقدير يرجى عدم الاستمرار في الاستجابة لأكثر من ستة تلاميذ في الجلسة الواحدة. والآن إلى فقرات المقاييس.

مقاييس التقدير الشخصية		(1) مقياس التقدير التشخيصي		أ.د. فتحي الزيات لصعوبات التعلم	
لاضطرابات أو صعوبات الانتباه					
اسم القائم بالتقدير:-----			الوظيفة:----- تاريخ التقدير: / / 2005		
المدرسة-----			الجنس:----- جهة العمل:-----		
<p>يقصد باضطرابات أو صعوبات الانتباه: ضعف أو قصور في القدرة على تركيز الجهد العقلي والوعي الشعوري للفرد على موضوع الانتباه، مع أو بدون الإفراط في النشاط ، ومع أو بدون الاندفاعية.</p> <p>صعوبات الانتباه من أكثر الصعوبات النمائية التي تثير الكثير من الإزعاج نظراً لاعتماد التدريس على العرض الشفوي للمعلومات، ومن ثم تؤثر كفاءة الانتباه تأثيراً جوهرياً على كافة الأنشطة المتعلمة.</p> <p>التعليمات: في رأيك الشخصي، إلى أي حد يُظهر التلميذ موضوع التقدير أنماط السلوك المذكورة فيما يلي. ضع علامة (P) تحت التقدير الذي تراه منطبقاً على التلميذ موضوع التقدير.</p> <p>اسم التلميذ موضوع التقدير: :-----الصف-----المدرسة-----</p>					
الخاصية/ السلوك	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا تنطبق
1- يصعب عليه إتمام الأعمال التي يبدوها، ولا يستمر فيها حتى يتمها.					
2- يبدو شاردأ أو غير منصت لما يسمع أو يقرأ أو يرى.					
3- سهل تشتيته "يتشتت بسهولة".					
4- يجد صعوبة في أن يظل منتبهاً في المهام التي تتطلب التركيز.					
5- يجد صعوبة في التوقف عن النشاط الحركي غير الهادف.					
6- يجد صعوبة في أن يظل هادناً لبعض الوقت.					
7- يبدي تملله أو عصبيته خلال الأداء على المهام الأكاديمية.					
8- يجد صعوبة في أن يظل منشغلاً بالعمل أو اللعب في هدوء.					
9- يتحدث كثيراً وبصورة مفرطة وبلا ضوابط أو هدف.					
10- يتحول من نشاط إلى آخر قبل اكتمال النشاط الذي يبدوه.					
12- يجد صعوبة في متابعة دروس أو توجيهات المعلمين.					
13- يتشتت انتباهه لأي مثيرات خارجية.					
13- يبدو مشوشاً تتداخل لديه المثيرات و تختلط عليه المعلومات.					
14- يقاطع أو يتطفل أو يقتحم الآخرين دون مبرر أو استئذان.					
15- يجيب على الأسئلة باتدفاع، وبلا تفكير، و قبل اكتمال سماعها.					
16- يجد صعوبة في انتظار دوره في الألعاب أو المواقف.					
17- يقحم نفسه بدنياً في أنشطة خطيرة دون اعتبار لنتائج.					
18- يخاطر مندفعاً دون النظر حوله ودون اعتبار للنتائج .					
19- يفقد أو ينسى أدواته اللازمة لأداء مختلف الأنشطة المدرسية.					
20- يبدو غير منصت أو مهتم أو مكترث لما يقال له أو لها.					

استراتيجيات التدريس العلاجي لذوي اضطرابات أو صعوبات الانتباه
مع أو بدون الإفراط في النشاط ADHD

أولاً: تأسيس أو تهيئة بيئة تعلم ملائمة Proper Learning Environment

1. أجلس الطلاب ذوي اضطرابات أو صعوبات الانتباه ADHD قرب منضدة المدرس مع ترتيب مقاعدهم لتكون ضمن نظام ترتيب مقاعد باقي الطلاب.

2. أجلس هؤلاء الطلاب بحيث لا يكون أمامهم في المقاعد طلاب آخرين حتى لا يتشتت انتباههم أو ينشغلون بما يحدث من الآخرين من زملائهم.
3. أحط هؤلاء الطلاب بنماذج جيدة من ذوي الخصائص المرغوبة من أقرانهم.
4. شجع وجود الأقران المعلمين أو المرشدين من الطلاب والتعلم التعاوني.
5. تجنب إجلاس هؤلاء الطلاب قرب المكيفات أو المدافئ أو الأبواب أو النوافذ أو أماكن الطرقات أو دورات المياه. الخ.
6. تجنب التغيير في الأماكن أو الجداول أو الأساليب والطرق.
7. شجع الآباء على تهيئة بيئة أو مكان ملائم للمذاكرة في البيت بعيداً عن أي مشتتات أو مثيرات غير مرغوبة، مع تحديد أوقات ثابتة وإجراءات روتينية يومية يسهل تعود الطفل عليها.
8. شجع الآباء على مراجعة عمل الطفل للواجبات اليومية الواردة في دفتر المتابعة، ومدى إكماله لها ومستوى أدائه فيها.
9. شجع الآباء على مراجعة تنظيم الطفل لحقيبته، ومتطلبات جدولته اليومي من الكتب والكراسات والأدوات وغيرها.

ثانياً التدريس العلاجي:

1. حافظ على اتصال الأعين بينك وبين هؤلاء الطلاب خلال عمليات التدريس اللفظي
Maintain eye contact during verbal instruction.
2. اجعل التعليمات واضحة ومركزة ومنطقية ومتسقة مع المتطلبات اليومية Make directions clear, concise, logic and consistent.
3. تأكد من فهم الطلاب للتعليمات أو التوجيهات قبل بدئهم العمل اليومي على المهام.

Make sure students comprehend the instructions before beginning.

4. بسّط التعليمات الصعبة أو المعقدة مع تجنب الأوامر المتعددة.
Simplify complex directions and avoid multiple commands.
5. كرر التعليمات بصورة هادئة وواضحة وإيجابية عند الحاجة إلى ذلك.
Repeat instructions in a calm, positive manner, if needed.
6. أشعر الطلاب بالراحة، والترحيب بتقديم المساعدة لهم، حيث أن معظم الطلاب ذوي اضطرابات أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط يقاومون حاجاتهم للمساعدة. Help students feel comfortable with seeking assistance (most children with ADD will not ask for help).

7. خفّض تدريجياً من حجم المساعدات التي تقدمها لهؤلاء الطلاب، مع الأخذ في الاعتبار أنهم يحتاجون إلى مساعدات تفوق في المتوسط ما يحتاجه أقرانهم العاديين.
8. أحرص على وجود دفتر أو مذكرة يومية للواجبات، على أن يراعى فيها ما يلي :
 - § تأكد من أن كل طالب من الطلاب ذوي اضطرابات أو صعوبات الانتباه قد كتب على نحو صحيح جميع الواجبات اليومية المتعلقة باليوم، مع مساعدته على ذلك عند الحاجة.
 - § وقع مذكرة الواجبات اليومية للتأكد من أداء التلميذ للواجبات اليومية المطلوبة منه يومياً، كما يجب أن يوقع الآباء هذه المذكرات يومياً أيضاً .

الثأ : إعطاء الواجبات Giving Assignments

1. أعط واجب واحد أو مهمة محددة في المرة الواحدة.
2. أحرص دائماً على استثارة أو تفعيل الدافعية واحتفظ دائماً باتجاه داعم لهؤلاء الطلاب.
3. عدّل الواجبات أو التكاليف المطلوبة من أي من هؤلاء الطلاب عند الحاجة إلى ذلك.
4. استشر متخصص في التربية الخاصة – صعوبات التعلم – لتحديد جوانب القوة والضعف لدى كل طالب من هؤلاء الطلاب ذوي اضطرابات أو صعوبات الانتباه.
5. قم بإعداد أو تطوير برنامج تربوي/ تعليمي فردي Individualized Program.
6. تأكد عند إعداد الاختبارات أنك تختبر مدى إلمام الطالب بالمعرفة والمعلومات لا سعة انتباهه.
7. أعط وقتاً إضافياً لهؤلاء الطلاب عند أدائهم لبعض المهام المعينة، ولا تعاقبهم على بطئهم.
8. يتعين المحافظة على دافعية وحماس هؤلاء الطلاب موصولين.
9. ضع في اعتبارك أن هؤلاء الطلاب يتأثرون سلباً بالضغط والتعب، كما يتأثر الضبط أو التحكم الذاتي لديهم Self-Control، وربما يقود ذلك إلى أنماط سلوكية غير مرغوبة.
10. تجنب عقد مقارنات في مستوى أداء الواجبات بين الطلاب ذوي اضطرابات أو صعوبات الانتباه وأقرانهم العاديين، حيث يجب أن يتم تقييم أداء أو تقدم كل طالب بالنسبة لنفسه لا بالنسبة لأقرانه.

رابعاً : تعديل السلوك وتعظيم تقدير الذات

1. كن هادئاً دائماً وأوجد ظروف مواتية للتفاعل، وتجنب التشكيك في قدرات وإمكانيات الطالب.
2. أوجد نوع من القواعد المحددة للسلوك السوي والآثار التعزيزية المترتبة عليه.
3. طبق مترتبات السلوك بصورة فورية، واستشر قواعد السلوك المرغوب.
4. عزز انضباط واتساق قواعد السلوك الإيجابية المرغوبة، داخل الفصل.
5. ليكن العقاب مرتبطاً تماماً بالسلوك المعاقب، دون تهوين أو تهويل.
6. تجنب التأنيب أو التوبيخ، وتذكر أنهم يجدون صعوبة في الضبط الذاتي للسلوك أو التحكم فيه.

7. تجنب إجبار الطلاب على أخذ أدويتهم، أو أخذها أمام أقرانهم، أو التحدث عنها أمام الآخرين.

خامساً: قدم التعزيزات و عبارات التشجيع Providing Encouragement

1. كافي أكثر مما تعاقب، كي تبني مفهوم وتقدير ذات إيجابي.
2. امنح جائزة أو تعزيزات فورية لكل سلوك أو أداء جيد أو مرغوب.
3. عدّل نوع التعزيز أو المكافآت إذا رأيت أنها غير مؤثرة في تفعيل أو استثارة الدافعية لدى الطلاب لتغيير أو تعديل السلوك غير المرغوب.
4. أوجد أساليب متعددة ومتنوعة كي تشجع الطلاب، وتعزز تقدمهم وسلوكياتهم المرغوبة.
5. درب الطفل على مكافأة نفسه، مع تشجيع التحدث الذاتي الإيجابي مثل: (كان أداؤك رائعاً اليوم وأنت جالس في مقعدك. حيث يشجع هذا الأطفال على التفكير إيجابياً حول ذواتهم أو ذواتهن).

سادساً : توصيات تربوية عامة

1. **الصعوبات المصاحبة**
قم بإجراء أو تطبيق اختبارات : تربوية ونفسية و/ أو عصبية لتحديد أسلوب التعلم والقدرات المعرفية، لتحديد أية أنماط أخرى لصعوبات التعلم، حيث تشجع أنماط أخرى من الصعوبات لدى 30% من الطلاب ذوي اضطرابات الانتباه.
2. **إرشاد الأقران**
يمكن قبول مربى أو مربية خاص، وتشجيع وتقبل إرشاد الأقران بالنسبة للطفل.
3. **نسبة الطلاب إلى المدرس**
يجب أن تكون نسبة الطلاب إلى المدرس في الفصل منخفضة، حتى يتم تفعيل رعاية هؤلاء الطلاب.
4. **التدريب على المهارات الاجتماعية، التنظيمية**
يجب تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية، والمهارات التنظيمية، حيث يعاني هؤلاء الطلاب من الافتقار لهذين النمطين من المهارات.
5. **إعادة تشكيل بناءات معرفية ذاتية جيدة**
يجب تدريب هؤلاء الطلاب على إعادة تشكيل بناءات معرفية ذاتية جيدة.
- تعزيز وتشجيع استخدام الحاسبات الآلية**
عزز وشجع استخدام الحاسبات الآلية في المهام التي يجد هؤلاء صعوبة في أدائها على نحو تقليدي.
6. **تفريد Individualized الأنشطة**
يجب تفريد Individualized الأنشطة التي تنطوي على قدر متوسط من المنافسة مثل: المشي، السباحة، لعبة البولونج. الخ، (لاحظ أن أداؤهم في العادة أقل من أداء أقرانهم العاديين).
7. **تهيئة الظروف للتفاعل الاجتماعي**

يجب تهيئة الظروف للتفاعل الاجتماعي لهؤلاء الطلاب وإكسابهم المهارات والأنشطة الاجتماعية، كاللعب الجماعي، والرحلات، والتفاعلات التي تدعم بناء مفهوم وتقدير ذات إيجابيين.

8. اللعب مع أطفال ذوي مستوى مهاري مناسب

اسمح للطلاب ذوي صعوبات الانتباه باللعب مع أطفال أصغر منهم، إذا كانت مهاراتهم في الأنشطة المستهدفة ما زالت في مستوى مهارات هؤلاء الأطفال.

إعطاء أدوار في المهام الصفية، والأكاديمية، والاجتماعية والمهارية

يجب إعطاء الطلاب ذوي اضطرابات أو صعوبات الانتباه أدواراً في المهام الصفية، والمدرسية الأكاديمية، والاجتماعية والمهارية، في ظل تشكيل جماعات من الأقران تنطوي على درجة منخفضة من النزعة التنافسية، حتى يكتسبوا مهارات هؤلاء الأقران على النحو المرجو في إطار طبيعي.

الدراسات والبحوث التي تناولت التدخلات العلاجية التربوية Educational Interventions
لم تحظ التدخلات العلاجية التربوية بالقدر الكافي من اهتمام الدراسات والبحوث، وخاصة في المواقف المدرسية، والفصل المدرسي، وتعتمد هذه التدخلات بالدرجة الأولى على الإدارة أو المعالجة الأكاديمية للسلوكيات غير المرغوبة، للتلاميذ ذوي صعوبات الانتباه مع فرط النشاط، وترتيب أو تنظيم بيئة للتعليم على نحو يخدم المتطلبات الملائمة سلوكياً وأكاديمياً ومعرفياً لهؤلاء التلاميذ مثل:

1. تخفيض مستوى الضوضاء ومشتتات الانتباه داخل الفصل.
2. توزيع التلاميذ داخل الفصل على نحو يثير الألفة والهدوء والانسجام بين التلاميذ.
3. إجلال التلاميذ ذوي قصور الانتباه مع فرط النشاط في المقاعد الأمامية.
4. توفير فترات راحة بين المهام الأكاديمية ومهام التعلم التي يكلف بها هؤلاء التلاميذ.

وقد قدم (McMullen, et al, 1994) تلخيصاً ممتازاً للتدخلات العلاجية التربوية القائمة على إدارة الفصل المدرسي لهؤلاء التلاميذ، حيث تناول الخدمات التي تقدم للتلاميذ ذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط، من حيث:

1. نظام الضبط المدرسي والإجراءات التي يتعين على المدرسين الالتزام بها.
2. نظام دمج هؤلاء الأطفال في المجتمع المدرسي العام.
3. آليات التدخلات
4. خطط الخدمات المدرسية والفصلية
5. الدور الأسري
6. التقويم المستمر لمدى التقدم الذي يحرزه هؤلاء التلاميذ
7. الأساليب المدرسية لإدارة ومعالجة السلوك والتعليم الذاتي والتدريب على المهارات الاجتماعية والتعلم التعاوني ومساعدات الأقران.

ومع ضآلة الدراسات والبحوث التي تناولت التدخلات التربوية فقد أشارت دراسة Du Paul & Eckert, (1997) أنه ليس هناك أدلة واضحة على دور هذه التدخلات الأكاديمية أو التربوية في تحسين أو رفع المستوى الأكاديمي للتلاميذ ذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط (ADHD) لكن أثر هذه التدخلات على ضبط السلوك الصفي والتفاعل الاجتماعي كان ملموساً. لكن هذه الآثار الإيجابية في مجال ضبط السلوك لم تعزز أثر إيجابياً على الأداء المعرفي والأكاديمي والمهاري بوجه عام.

ومع ذلك تظل أهمية التدخلات التربوية قائمة كعوامل مهينة لإمكانية حدوث أي تغييرات نتيجة للتدخلات الأخرى المصاحبة لها (Burcham, Carlson & Milich, 1993). ويرى هؤلاء الباحثون أنه من الضروري تقرير ما إذا كانت استراتيجيات معينة ذات تأثير إيجابي على التغييرات التي تحدثها التدخلات العلاجية داخل العيادات، ومواقف الضبط العملية التي تقبل التعميم داخل الفصول المدرسية والبيئات الأسرية، وعلاقة هذه التدخلات بالمكونات الرئيسية الثلاثية لقصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط وهي:

1. قصور الانتباه
2. الاندفاعية
3. فرط النشاط

حيث تمثل معالجة هذه الأنماط متطلبات سابقة لإحراز أي تحسن في الأداء المعرفي والأكاديمي والمهاري وبصورة عامة للتعلم الناجح لدى هؤلاء التلاميذ.

حجم أثر أنماط التدخلات العلاجية لقصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط

تشير الدراسات والبحوث التي أجريت حول أثر أنماط التدخلات العلاجية لدى ذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط إلى تباين واضح في حجم آثار هذه التدخلات من ناحية، وفي الأبعاد التي شملتها هذه التأثيرات من ناحية أخرى.

ففي دراسة (Du Paul & Eckert, 1997) التي قامت على تحليل مسحي للدراسات والبحوث التي أجريت ونشرت في الفترة من 1966 إلى 1995 أي على مدى العقود الثلاث الأخيرة من القرن العشرين والبالغ عددها (63) دراسة تناولت ذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع أو بدون فرط النشاط من الناحيتين التشخيصية والعلاجية، والذين تم تشخيصهم بالفعل باعتبارهم من الفئات التالية:

1. ذوي قصور أو صعوبات الانتباه
2. ذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط
3. ذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع الاندفاعية

وقد شملت استراتيجيات التدخل الأنماط التالية:

1. التدخلات التربوية
 2. تدخلات إدارة أو معالجة السلوك
 3. التدخلات المعرفية للسلوك
- وقد تميزت تصميمات هذه التدخلات إلى داخل الأفراد، وبين الأفراد، وداخل الفرد الواحد. وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:
1. كان حجم الأثر العام أو الغالب أو المتوسط العام 0.64
 2. كان حجم أثر التدخلات التربوية 0.69
 3. كان حجم أثر إدارة السلوك 0.94
 4. كان حجم أثر التدخلات المعرفية للسلوك 0.19
 5. لم تكن هناك فروق في حجم الأثر بين تلاميذ المدارس العامة، وتلاميذ المدارس الخاصة، فكلاهما بلغ في المتوسط 0.77
 6. كانت التدخلات التي شملت فصول التربية الخاصة أعلى بفروق ملموسة من التربية العامة، حيث بلغت الأولى (1.24) بينما بلغت الثانية 0.94
 7. كان تأثير هذه التدخلات على المقاييس الأكاديمية في المتوسط (0.31) ولكنها تباينت في المتوسط بتباين نمط هذه التدخلات على النحو التالي:
 - أ- التدخلات المعرفية السلوكية (0.64).
 - ب- التدخلات التربوية (0.20).
 - ت- إدارة السلوك (0.11).

ولم يوضح الباحثون نمط النواتج أو المخرجات الأكاديمية التي شملها التأثير، ومدى ارتباطها بالنشاط العقلي أو الأداء المعرفي مثل الذاكرة أو مهام أكاديمية أو مهارية معينة.

كما توصلت هذه الدراسة إلى نتائج أخرى منها.

أن التدخلات القائمة على تناول السلوك داخل الفصل لذوي قصور أو صعوبات الانتباه كان لها تأثيرات مباشرة على هذا السلوك بغض النظر عن نمط هذه التدخلات، وتصميماتها التجريبية، كما كان تأثير التدخلات التربوية وإدارة السلوك أكثر فعالية من التدخلات المعرفية في تحسين السلوك داخل الفصل. ومع أن منظور دراسة DuPaul & Eckert المشار إليها كان شاملاً أي أنه لم يتناول المقارنة بين أنماط التدخلات السلوكية والتربوية والمعرفية من ناحية، والتدخلات الطبية القائمة على استخدام العقاقير الطبية في التدخل العلاجي من ناحية أخرى. ولذا نعرض للدراسات التي تناولت حجم أثر التدخلات الطبية على ذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط.

دراسة Kavale, 1982 وموضوعها: كفاءة المعالجة باستخدام العقاقير الطبية لذوي قصور الانتباه مع فرط النشاط – دراسة تحليلية مسحية

قامت هذه الدراسة على تحليل ومسح (135) دراسة استخدمت العقاقير الطبية في علاج قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط إلى جانب التدخلات التربوية والسلوكية والمعرفية الأخرى. وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

1. كان التأثير العام في المتوسط لاستخدام العقاقير الطبية على قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط يصل إلى (0.58).
2. كان تأثير هذه العقاقير على المخرجات أو النواتج السلوكية عالياً حيث بلغ (0.80) مقارنة بالمخرجات أو النواتج المعرفية (0.50) بينما كان هذا التأثير على النواحي الفسيولوجية (-0.25).
3. كان تأثير استخدام هذه العقاقير على الذاكرة والتكيف (0.41) كما كان تأثيرها على الرسم والكتابة (0.47)، والذكاء (0.39)، والتحصيل (0.38) والقراءة (0.32) والحساب (0.09).
4. لاحظ Kavale ارتفاع حجم الأثر بصورة عامة في الدراسات والبحوث التي أجريت بمعرفة باحثون أطباء.
5. كانت هذه التأثيرات تتضاءل إلى حد العدم عند انتهاء مفعول الجرعات الطبية القائمة على استخدام هذه العقاقير.

مدى استمرارية آثار التدخلات العلاجية لقصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط

تشير الدراسات والبحوث التي أجريت حول مدى استمرارية آثار التدخلات العلاجية صعوبات الانتباه مع فرط النشاط على اختلاف أنماطها إلى تباين مدى استمرارية تأثير هذه التدخلات. (Hattie, 1992; Hattie, Biggs and Purdic, 1996; Du Paul & Barkley, 1998; Williams et al 1999; Willett, Singer and Martin, 1998; Jadad et al, 1999) على النحو التالي:

1. على الرغم من التسليم بأن استخدام العقاقير الطبية في التدخلات العلاجية للتلاميذ ذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط ذات تأثيرات ملموسة على سلوك هؤلاء التلاميذ، وافترض إحداث تحسين ملموس للسلوكيات المصاحبة أو التي تعد متطلبات سابقة للتعلم مثل

تقليل الاندفاعية وفرط النشاط وزيادة سعة الانتباه ومداه decreases pathological learning behaviors and increases attention span إليها أنفا لم تؤكد أو على الأقل لم تشر إلى أية آثار ايجابية مستمرة أو ممتدة على التعليم أو التحصيل الأكاديمي لدى هؤلاء الخاضعين للعلاج باستخدام العقاقير الطبية.

2. أن أثر التدخلات الطبية للعلاج بالعقاقير على الأداء المعرفي والأكاديمي لدى هؤلاء التلاميذ أقل من التدخلات التربوية المدرسية Educational school-based.

3. أن أثر التدخلات الطبية للعلاج بالعقاقير على سلوك هؤلاء الأطفال تبدو ايجابية بالنسبة لكل من المدرسين والآباء والمحيطين بهؤلاء الأطفال والمتعاملين معهم، أكثر منا بالنسبة للطفل ذاته، بل إن هناك من الباحثين من يرى أن استخدام العقاقير الطبية في التدخلات العلاجية لدى هؤلاء الأطفال لها تأثيرات سلبية على النواحي المعرفية والأكاديمية والمهارية والعصبية والسيولوجية في المدى البعيد، قد يتغير علاجها أو تدارك آثارها.

4. أن أثر استخدام العقاقير الطبية في التدخلات العلاجية لذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط على الجوانب الاجتماعية والانفعالية يبدو محدوداً للعناية إن لم يكن سالباً، بسبب موقفه تأثير هذه العقاقير فسيولوجياً وعصبياً، مما يشير إلى صعوبة انتقال تأثيراتها إلى المواقف الاجتماعية والانفعالية.

دراسات Heds, Frederick, Reimgerr, Rogers, Strong and Wender, 1995 تشير دراسات Heds, Frederick, Reimgerr, Rogers, Strong and Wender, (1996) (In Hattie, Biggs & Purdic, 1995) إلى أن الآثار الجانبية لاستخدام العقاقير الطبية في التدخلات العلاجية لذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط تدعم تجنب استخدام هذه العقاقير خاصة بالنسبة للأطفال الأقل من العمر الزمني (4-6) سنوات، ويرى هؤلاء الباحثون أن العلاج باستخدام هذه العقاقير لا يمكن أن يكون جذاباً بالنسبة لكل من التلاميذ ومدرسيهم وأبائهم .

وتتمثل هذه الآثار الجانبية - كما أشارت هذه الدراسات - فيما يلي:

1. 39% من التلاميذ ذوي صعوبات الانتباه الذين يعالجون بالعقاقير الطبية يعانون من مشكلات جوهرية ملموسة ناشئة عن الآثار الجانبية لهذه العقاقير مثل التعب العام والتشويش.

2. 50% يعانون من الغثيان أو دوار البحر nausea.

3. 17% يعانون من الخمول وضعف الطاقة، والإسهال والانتفاخ، والتوتر العضلي واضطراب المزاج، والميل إلى التقيؤ، وفقد الشهية، وتقويم الأسنان، والتقلصات المعوية والمعوية، وغيرها.

4. هناك تقارير تشير إلى أن تأثير استخدام العقاقير الطبية في العلاج لدى هؤلاء التلاميذ يصل إلى حد الموت (Varley & McClellan, 1997).

تشير العديد من الدراسات إلى وجود العديد من الآثار الجانبية الجسمية أو العضوية لاستمرار استخدام العقاقير الطبية في التدخلات العلاجية لذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط مثل:

أ- تأثير سالب على المهارات الحركية الدقيقة fine motor skills

ب- تناقص الوزن واضطراب النوم

ت- اضطراب الهضم وعسره

ث- ارتفاع ضغط الدم وزيادة معد ضربات القلب

ج- تراوحت معدلات الآثار الجانبية السلبية للعلاج باستخدام العقاقير الطبية بين (-0.1، -4.08) وأن هذه المعدلات ارتبطت على نحو موجب بأنماط مختلفة من التأثيرات السلبية على مختلف الجوانب السلوكية والاجتماعية والانفعالية من ناحية، والجوانب المعرفية والأكاديمية والمهارية، والجسمية أو العضوية من ناحية أخرى، مما يجعلها نتحفظ بقوة على استخدامات هذه العقاقير في التدخلات العلاجية لدى ذوي قصور أو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط.

حجم أثر أنماط التدخلات العلاجية لصعوبات الانتباه مع فرط النشاط للدراسات التحليلية المسحية:

. التدخل العلاجي الطبي باستخدام العقاقير،

. والتدخل العلاجي المعرفي السلوكي

وفقاً لما يوضحه الجدول التالي:

جدول () يلخص حجم الأثر لأنماط التدخلات العلاجية لصعوبات الانتباه مع فرط النشاط للدراسات التحليلية المسحية: التدخل الطبي باستخدام العقاقير، والتدخل المعرفي السلوكي

نماذج التدخل	عدد وعمر المشاركين	بيئة التدخل	المتغيرات التابعة لموضوع المعالجة	نتائج المعالجة
SRF التعزيز الذاتي	ن=6 9-12	مصادر التعلم	قصور الانتباه - الاندفاعية - فرط النشاط - ضبط السلوك - التعزيز - الدقة والإنتاجية الأكاديمية -	زيادة الإنتاجية الأكاديمية كان التوليف بين المعالجة الطبية والتدعيم أو التعزيز الذاتي هو التكنيك أو التدخل الأكثر فعالية.
SM+R الاستثارة الذاتية + التعزيز الذاتي	ن=6 7-10	فصل تجريبي	- السلوكيات غير المرغوبة في مجموعة من الأنشطة. - عدد السلوكيات غير المرغوبة. - النسبة المئوية للتركيز على المهمة مع العمل الفردي. - عدد أنماط السلوكيات غير المرغوبة خلال اليوم المدرسي.	- تناقص عدد السلوكيات غير المرغوبة في العمل الفردي. - لم تتغير هذه السلوكيات خلال العمل الفردي. - لم تتغير هذه السلوكيات خلال العمل الجماعي. - تزايد متوسط معدل التركيز على المهمة بالنسبة لـ 5 من 6 طلاب، لم يحدث تغير في عدد أنماط السلوكيات غير المرغوبة خلال اليوم المدرسي.
SM+R SRF الاستثارة الذاتية + التعزيز الذاتي	ن=6 8-11	غرفة المصادر فصل تجريبي	- الدقة. - دقة تحديد المعزز. - التركيز على المهمة. - زيادة الإنتاجية الأكاديمية والدقة.	- زيادة دقة استخدام المدرس للمعززات والتعزيز الذاتي، والتركيز على المهمة. - زادت الإنتاجية الأكاديمية والدقة. - التوليف بين المعالجة الطبية والتعزيز الذاتي هو التدخل الفعال.
SRF	ن=3	فصل	سلوك الأداء على المهمة	حدوث تحسن في التركيز على

المهمة وارتفاع النسبة المنوية للفهم	والنسبة المنوية للفهم القراني	التربية العامة	9-7	التعزيز الذاتي
تحسنت الدقة الأكاديمية. زادت الإنتاجية الأكاديمية. زاد معدل التركيز على المهام. الأكاديمية الثلاث: القراءة والتعبير الكتابي والرياضيات.	الدقة والإنتاجية الأكاديمية التركيز أثناء القراءة التركيز أثناء حل المسائل التركيز أثناء التعبير الكتابي	مدرسة خاصة	ن=3 13-12	SM الاستثارة الذاتية

نماذج إجرائية يمكن استخدامها في التدريس العلاجي:

1. نموذج متابعة السلوك بين البيت والمدرسة
2. دليل التدريس العلاجي للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم
3. أسس إعداد الخطة الفردية العلاجية لذوي صعوبات التعلم اعتماداً على التقرير التشخيصي ودلالاته الإكلينيكية
4. الدلالات الإكلينيكية للأعراض التشخيصية ومقترحات علاجها وآليات تفعيلها
5. عناصر الخطة الفردية العلاجية
6. دليل تطبيق آليات الخطة الفردية

أ.د. فتحي الزيات

(1) نموذج متابعة السلوك بين البيت والمدرسة

اسم الطالب : _____
تاريخ بداية الأسبوع : _____

المدرس : _____
المتابعة : _____

- استخدم (م) عندما يكون أداء الطالب مرضياً/مرغوباً
- استخدم (ص) عندما يكون أداء الطالب غير مرضي/ غير مرغوب
- استخدم (غ) عندما تكون الفقرة غير منطبقة

الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	السبت	
						1 أداء الواجبات المنزلية
						2 مدى اتباعه للتعليمات
						3 مدى اتباعه لقواعد السلوك
						4 مدى اهتمامه وانتباهه للمدرس في الفصل
						5 مدى التزامه باحترام حقوق الآخرين
						6 مدى تقدمه في برامج تعديل السلوك
						7 مستوى دافعية الإنجاز لديه
						8 مدى إقباله على أداء التكاليفات المدرسية
						9 مدى أدائه للأعمال والواجبات الفصلية
						10 أخرى

- إذا حقق الطالب 80% من هذه الفقرات السابقة ، يمنح 30 دقيقة حرة :
غرفة الموسيقى/ الألعاب الرياضية/ استخدام الكمبيوتر/ غرفة الرسم. . الخ.

المدرس
الأم/ الأب

السبت
الأحد
الاثنين
الثلاثاء
الأربعاء
الخميس

- ملحوظة : يوقع الآباء يومياً .
- يأخذ الطفل هذا النموذج ويعيده يومياً .
- يحصل الطفل على مكافأة يومياً .

أ.د. فتحي الزيات		(2) دليل التدريس العلاجي للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم	
الأهداف		آليات تحقيق الأهداف	
تقليص / تخفيض المشتتات (5)	●	اجعل عينك تلتقي بعيني الطفل على نحو متكرر.	
	●	أجلس الطفل قريب من المدرس.	
	●	اجذب انتباه واهتمام الطفل بمتابعة استجاباته.	
	●	أجلس الطفل بعيداً عن أماكن الضوضاء (المكيف/ الباب/ النافذة).	
رفع مستوى الدافعية (5)	●	أجلس الطفل بجانب زملائه ذوي السلوك المرغوب.	
	●	لتكن المهام قصيرة مع تقسيمها إلى أجزاء صغيرة.	
	●	لتكن الواجبات المنزلية قصيرة وبسيطة ومباشرة ومثيرة للاهتمام.	
	●	استخدم أسلوب الممارسة الموزعة (العديد من الجلسات القصيرة).	
تحسين التنظيم (7)	●	اختر واجبات أو مهام أو أعمال تستثير دافعية الطفل واهتمامه.	
	●	أرفع معدل المهام الجديدة المثيرة لفضول الطفل.	
	●	قدم قواعد وضوابط واضحة للسلوك المقبول داخل الفصل.	
	●	حدد على نحو دقيق توقعاتك كمدرس من التلاميذ.	
	●	أنشئ أماكن روتينية محددة للأشياء في الغرفة.	
	●	قدم قوائم كاملة بالمواد (الخامات) اللازمة لكل مهمة.	
	●	راجع يومياً أداء التلميذ للواجبات قبل نهاية اليوم الدراسي.	
تحسين مهارات الاستماع (4)	●	استخدم ملفات Folders لتنظيم العمل لكل تلميذ.	
	●	استخدم ألوان مختلفة لملفات الموضوعات المختلفة.	
	●	لتكن التعليمات بسيطة ومختصرة.	
	●	اجعل التلميذ يردد تسميع التعليمات لنفسه بصوت مسموع.	
إدارة الوقت (3)	●	اجذب انتباه التلاميذ باستخدام كلمات "خد بالك"، "خليك معيا"، الخ.	
	●	استخدم المعينات البصرية مثل : الخرائط والشفافيات، الرسوم.	
	●	قسم زمن الحصة على نحو محدد ثم ثبت هذه التقسيمات.	
فرض الحركة والانتقال (6)	●	أعد قائمة تساعد التلاميذ على تنظيم تكليفاتهم.	
	●	استخدم عقود السلوك التي تشمل إنجاز المهام خلال زمن محدد.	
	●	اسمح للتلاميذ بالحركة والانتقال داخل الفصل لأغراض إنجاز المهام.	
	●	أعط بدائل للأنشطة والحركة كالوقوف والجلوس والانتقال.	
	●	اسمح للتلاميذ بترك مقاعدهم لتحديد المواقع على الخرائط أو الأشكال	
	●	اسمح للتلاميذ بالعمل وهم واقفون أو مانولون إلى الدرج.	
	●	اجعل بيئة الفصل متركزة حول العمل أو الأنشطة.	
	●	استخدم الكمبيوتر واسمح للتلاميذ بالذهاب للكمبيوتر أثناء وقت العمل.	

(3) أسس إعداد الخطة الفردية العلاجية
لحالات ذوي صعوبات التعلم اعتماداً على التقرير الشخصي ودلالاته الإكلينيكية

بيانات أولية	
الاسم :	
السن :	
الصف الدراسي :	
العمر الزمني :	
العمر العقلي :	
التحصيل الدراسي العام :	اللغة عربية () الرياضيات ()
مصدر التقرير :	()
تاريخه :	2004 / /

أهم نقاط محتوى التقرير التشخيصي	
اسم التلميذ :	أ. س. م.
العمر الزمني :	10 سنوات.
العمر العقلي :	12 سنة
<ul style="list-style-type: none"> • تلميذ يبدو عليه نوع من القلق والتوتر، كثير الحركة، ضعيف التركيز، يبدو منشغلاً بما حوله، يسلك ويتصرف بلا وعي، تذكر والدته أن لا ينام أكثر من 4-5 ساعات في اليوم، نحيل، لا يأكل ما يكفي. ينهمك فيما يجذب اهتمامه. • يذكر مدرسه ووالديه أنه عليه أن يكرر حفظ المعلومات مرات عديدة حتى يحتفظ ببعضها. معلوماته فقيرة ودون المستوى. • يصعب عليه إجراء العمليات الحسابية، يستجيب للسلوكيات التي يعرف أنه تتيح له الحصول على مكافآت خارجية، دفاثره ممزقة وغير مرتبة، وناقصة عادة. • سلوكياته عادية في الأمور والمواقف غير الدراسية. • تجتذبه المثيرات البصرية، يجد صعوبة في متابعة المعلومات الشفهية أو المسموعة. • يسقط بعض الحروف عند القراءة، يتعرف على الكلمات دون فهمها. • كتاباته غير دقيقة، تعبيراته مفككة. • حزين/ مكتئب/ عدواني. 	

أ.د. فتحي الزيات (6) دليل تطبيق آليات الخطة التربوية الفردية	
محاور الخطة	الآليات
التشخيص والتقييم (5)	1. طبق أحد اختبارات الذكاء الفردية أو الجمعية.
	2. طبق اختباراً تحصيلياً أو احصل على درجاته في المادة موضوع الصعوبة.
	3. طبق محكي التباعد والاستبعاد (ذكاء < المتوسط + تحصيل > المتوسط).
	4. طبق مقاييس تقدير الخصائص السلوكية لذوي صعوبات التعلم.
	5. طبق مقاييس التقدير التشخيصية، اعرض على فريق التشخيص، حدد نمط الصعوبة
تحليل السلوك (5)	1. حدد أسلوب التعلم والوسيط الإدراكي المفضل لدى الطفل.
	2. حدد المعززات الإيجابية والمعززات السلبية المفضلة لدى الطفل.
	3. حدد نمط الدافعية الذي يستثير الطفل إلى المستوى الأمثل للاستثارة.
	4. حدد البيئة الفصلية المدعمة لتعلم الطفل (زمن الانتباه وديمومته وبواعثه)
	5. حدد المهارات التي يملكها الطفل وتلك التي لا يملكها وتلك المثيرة لفضول الطفل.
إعداد الخطة الفردية (7)	1. ضع الأهداف المباشرة وغير المباشرة المطلوب تحقيقها.
	2. قدم شرحاً تفصيلياً للمهارة أو المهارات المطلوب لإكسابها للطفل مدعمة بالأمثلة.
	3. حدد الفرص للممارسة الفعالة لأداء مهام المهارات المستهدفة لإكسابها للتمييز.
	4. حدد قوائم كاملة بالمواد (الخامات) اللازمة لكل مهمة.
	5. حدد الأنشطة والممارسات التي يتعين قيام التلميذ بها لاكتساب هذه المهارات.
	6. حدد أسس تقويم أداء التلميذ للمهام والمهارات المستهدفة اكتسابه لها.
	7. حدد أنماط التعزيزات التي يتم تقديمها للتلميذ من حيث النوع والتوقيت.
استثارة الدافعية (4)	1. لتكن المهام المستهدفة أداء التلميذ بسيطة ومختصرة وفي مستوى قدراته.
	2. لتكن المهام المستهدفة أداء التلميذ لها مثيرة لاهتماماته وميوله.
	3. لتكن المهام المستهدفة أداء التلميذ لها مثيرة لشعوره بالنجاح والإنجاز.
	4. لتكن المهام المستهدفة أداء التلميذ لها تعتمد بدرجة ملموسة على الجهد.
تفعيل الأنشطة (6)	1. ساعد التلميذ على إدراك العلاقة السببية بين السلوك المستهدف ومرتباته.
	2. استخدم التسلسل والتشكيل للمهام المستهدفة أداء التلميذ لها.
	3. أعد قائمة تساعد التلاميذ على تنظيم وتنفيذ تكليفاتهم.
	4. استخدم عقود السلوك التي تشمل إنجاز المهام خلال زمن محدد.
	5. قدم تغذية فورية تصحيحية لأداءات التلميذ على هذه المهام.
	6. استخدم المعززات الإيجابية والسلبية.
مناقشة ثبات الاكساب (5)	1. قارن مدى تحقق الأهداف الموضوعة من حيث المستوى والمحتوى.
	2. حدد مدى ثبات اكتساب التلميذ للمهارات الجديدة المستهدفة في المواقف الحياتية.
	3. حدد مدى انحراف الأداء الفعلي عن الأداء المتوقع أو المستهدف
	4. حدد عوامل هذا الانحراف : التلميذ أو المهام أو الظروف أو المعلم ؟.
	5. حدد آليات التصحيح.

المراجع

أولاً : المراجع العربية

1. فتحي مصطفى الزييات " دراسة لبعض الخصائص الانفعالية لدى ذوي صعوبات التعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية " مجلة جامعة أم القرى للبحوث العلمية ، العدد الثاني ، 1989م .
2. فتحي مصطفى الزييات " الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات " سلسلة علم النفس المعرفي (1) الطبعة الأولى، دار الوفاء للطبع والنشر التوزيع، المنصورة، 1995م .
3. فتحي مصطفى الزييات " سيكولوجية التعلم بين المنظور الارتباطي والمنظور المعرفي " سلسلة علم النفس المعرفي (2) دار النشر للجامعات - الطبعة الأولى - القاهرة 1996م .
4. فتحي مصطفى الزييات " الأسس البيولوجية والنفسية للنشاط العقلي المعرفي " سلسلة علم النفس المعرفي(3) القاهرة، دار النشر للجامعات، 1998 أ.
5. فتحي مصطفى الزييات " صعوبات التعلم : الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية " سلسلة علم النفس المعرفي (4) القاهرة، دار النشر للجامعات 1998 ب.
6. فتحي مصطفى الزييات " مدخل معرفي مقترح لتفسير صعوبات التعلم " القاهرة ، المؤتمر الدولي الخامس، مركز الإرشاد النفسي، بجامعة عين شمس 1-3/ 12/ 1998.
7. فتحي مصطفى الزييات " البنية العملية للكفاءة الذاتية الأكاديمية ومحدداتها " القاهرة ، المؤتمر الدولي السادس، مركز الإرشاد النفسي كلية تربية عين شمس (10-12) نوفمبر ، 1999.
8. فتحي مصطفى الزييات " المتفوقون عقلياً ذوو صعوبات التعلم : قضايا التعريف والكشف والتشخيص ، المؤتمر السنوي لكلية التربية - جامعة المنصورة : نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة ، 4 - 2000/4/5.
9. فتحي مصطفى الزييات " صعوبات التعلم لدى طلاب المرحلة الجامعية " القاهرة، المؤتمر الدولي السابع، مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس (5-7/ 11/ 2000).
10. فتحي مصطفى الزييات "نظرية الكفاءة المعرفية" نحو نموذج تعليمي معرفي معاصر منتج للكفاءة المعرفية، المؤتمر السابع عشر، جامعة 6 أكتوبر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، يناير 2001.
11. فتحي مصطفى الزييات " علم النفس المعرفي، الجزء الأول: دراسات وبحوث، سلسلة علم النفس المعرفي(5) القاهرة ، دار النشر للجامعات، الطبعة الأولى، 2001 .
12. فتحي مصطفى الزييات " علم النفس المعرفي، الجزء الثاني: مداخل ونماذج ونظريات، سلسلة علم النفس المعرفي(6) القاهرة، دار النشر للجامعات، 2001 .
13. فتحي مصطفى الزييات " أثر إدمان الأطفال للتلفزيون على نموهم العقلي المعرفي " مؤتمر دور تربية الطفل في الإصلاح الحضاري، القاهرة مركز دراسات الطفولة جامعة عين شمس، 2001.
14. فتحي مصطفى الزييات "تشخيص صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط" المؤتمر الدولي الأول لاضطراب الانتباه مع فرط الحركة والنشاط، مستشفى الملك فيصل التخصصي، الرياض، السعودية، 2004
15. فتحي مصطفى الزييات "المتفوقون عقلياً ذوو صعوبات التعلم: قضايا التعريف والتشخيص والعلاج" سلسلة علم النفس المعرفي، العدد7، القاهرة ، دار النشر للجامعات ، الطبعة الأولى، 2002.
16. مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، الكويت، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، الطبعة الأولى، 2000 الكويت

ثانياً : المراجع الأجنبية

25. Bender, W.N., & Smith, J.K. (1990): Classroom behavior of children and adolescents with learning disabilities:A meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 298-305.
26. **Biederman J, Milberger S, Faraone SV, et al. Family environment risk factors for attention – deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen psychiatry*.1995; 52: 464 – 470.**
27. Black, F.W. (1974): Self-concept as related to achievement and age in learning disabled children. *Child Development*, 45, 1137-1140.
28. Bos, C.S., & Vaughn, S. (1994): Strategies for teaching students with learning and behavior problems. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
29. **Faraone S, Biederman J, Mennin D, Gershon J, Tsuang M. A prospective four – year follow – up study of children at risk for ADHD: psychiatric, neuropsychological, and psychosocial outcome. *J Amacad Child Adolesc Psychiatry*.1996; 35: 1449 – 1459.**
30. **Fergusson D, Lynskey M, Horwood L. Factors associated with continuity and changes in disruptive behavior patterns between childhood and adolescence. *Jabnorm Child Psychol*. 1996; 25(5): 533 – 551.**
31. **Flether K,E; Fischer, M; Barkley RA, Smallish L. A sequential analysis of the mother – adolescent interactions of ADHD,ADHD/ ODD, and normal teenagers during neutral and conflict discussions. *J Abnorm Child Psychol*. 1996; 24: 271 – 297.**
32. Hallahan, D., and Reeve, R. E. (1980): Selective attention and distractibility. In "Advances in Special Education," Vol. 1 (B. Keogh, ed.), pp. 141-181. JAI Press, Greenwich, Connecticut.
33. Kirk,S.A. (1987): The learning-disabled preschool child. *Teaching Exceptional Children*, 19 (2), 78-80.
34. Leigh, J. (1987): Adaptive behavior of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 20, 557-562.
35. Lowenthal, B. (1996): Precursors of learning disabilities at preschool age. *LDA Newsbriefs*, 31 (2), 3-4.
36. McKinney, J. D. (1984):.The search for subtypes of specific learning disability. *J. Learning. Disabilities*. 17, 43-50.
37. **Seidman LJ, Biederman J, Faraone SV, et al. Effects of family history and co morbidity on the neuropsychiatry logical performance of children with ADHD: preliminary findings. *jam Acad Child Adolescent Psychiatry*. 1995; 34: 1015 – 1024.**
38. Swanson,H.L., and Rathgeber, A. (1986): The effects of organizational dimensions on learning disabled readers' recall . *J. Educ. Res*. 79, 155-162.
39. Voeller, K.K.(1994):Techniques for measuring social competence in children. In G.R.Lyon (Ed.),*Frames of reference for the assessment of learning disabilities: New views of measurement issues* (pp. 525-554). Baltimore: Paul Brookes.
40. Zametkin, A. J., and Rapport, J. L. (1987): Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: Where have we come in 50 years? *J. Am. Acad. Child Adol. Psych*. 26, 676-686.

41. Zametkin, A., et al. (1990, November 15). Cerebral glucose metabolism of adults with hyperactivity of childhood onset. *New England Journal of Medicine*, 323, 1361-1364.