فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوى الاعاقة الفكرية في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى هؤلاء الأطفال

د. أحمد رجب محمد السيد
أستاذ التربية الخاصة المشارك
كلية التربية – جامعة الملك فيصل

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى هؤلاء الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من ١٢ أم بالإضافة إلى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم من ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد، والبالغ عددهم ١٢ طفلاً، بواقع ثمانية أطفال من الذكور وأربعة من الإناث، ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ – ٧٥، وممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ – ١٤ عام، بجمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة، طبق عليهم استمارة البيانات الأولية عن الطفل المعاق فكرياً، ومقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد والبرنامج الإرشادي من إعداد الباحث، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي وكان انخفاض الدرجات لصالح القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي وكان الانخفاض في متوسطات رتب الدرجات لصالح أفراد المجموعة التجريبية، ولم توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي، مما يعني نجاح البرنامج الإرشادي للأمهات واستمرار فاعليته في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

الكلمات المفتاحية: البرنامج الإرشادي، أمهات الأطفال المعاقين فكرياً، اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، الأطفال المعاقين فكرياً.

فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوى الاعاقة الفكرية في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى هؤلاء الأطفال

د. أحمد رجب محمد السيد
أستاذ التربية الخاصة المشارك
كلية التربية – جامعة الملك فيصل

مقدمة:

يعد اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) من أكثر الاضطرابات شيوعاً بين الأطفال، وينتشر هذا الاضطراب بين الأطفال الذكور بضعف انتشاره بين الإناث (Coghill et al., 2019). ويؤثر هذا الاضطراب على ما يقرب من ٥% من الأفراد حول العالم، والذي يؤثر بدوره على الجوانب الأكاديمية والاجتماعية للطفل وعلى أدائه الوظيفي، ويجب تشخيص هذا الاضطراب في وقت مبكر من ظهوره، وتقديم التدخلات الفعالة سواء من جانب الأسرة أو المدرسة أو المجتمع ككل (DuPaul et al., 2017)، ويمكن أن يكون اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) واضحاً بشكل كبير من حيث قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد والاندفاعية، وتظهر أعراض قصور الانتباه بأعراض مثل صعوبة الحفاظ على الانتباه في الدراسة أو العمل أو في اللعب، وصعوبة متابعة التوجيهات، وعدم التنظيم والتشتت والإهمال والنسيان، كما تشمل أعراض النشاط الحركي الزائد والاندفاعية، الحركة الزائدة وصعوبة التركيز المستمر في نشاط واحد، والحديث المفرط والمقاطعة، والركض أو القفز في أوقات غير مناسبة (Ali et al., 2019).

ويؤثر اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) على الجوانب الأكاديمية للطفل وعلى تفاعلاته الاجتماعية بدءً من الأسرة والأقران، نتيجة لما يبدر عنه من بعض السلوكيات والتصرفات التي تزعج الآخرين (Tresco et al., 2017)، ويسبب هذا الاضطراب بعض المشكلات لدى الأسرة والطفل ذاته، التي تزيد من العبء النفسي والبدني على الأسرة (Nabors, 2016). ونتيجة لذلك عادة ما ينتاب أسر الأطفال ذوي

اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) مجموعة من المخاوف بسبب تأثير هذا الاضطراب على التحصيل الأكاديمي لدى ابنائهم، بالإضافة إلى المستوى المرتفع من الاندفاعية الذي قد تعرض الطفل للمخاطر، مما يزيد من مخاوف الوالدين، هذا بالإضافة أيضاً إلى بعض السلوكيات والتصرفات غير المقبولة التي تصاحب هذا الاضطراب مثل السلوك العدواني وسلوك إيذاء الذات (Baharanyi, 2018)، وفي ضوء ذلك يشير Jones et al. (2016) إلى تأثير اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) على الأسرة من حيث العبء النفسي والتعرض للعديد من المشكلات التي يسببها الاضطراب للأسرة بسبب بعض السلوكيات والتصرفات التي تبدر عن الطفل، والتي من شأنها أن تثير التوتر بين الوالدين مما يوتر العلاقة بينهم، بالإضافة إلى توتر العلاقة بين الوالدين والطفل ذاته.

وعندما يتلازم اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) مع الإعاقة الفكرية للطفل Intellectual Disability، فإن ذلك من شأنه أن يزيد من حجم الضغوط الملقاة على عاتق الأسرة، وصعوبة التدخلات العلاجية؛ الأمر الذي يوضح ضرورة تفعيل دور الأسرة في علاج هذا الاضطراب لدى طفلها، وتدريبها على كيفية علاج الاضطراب والتعامل مع سلوكيات الطفل بالطرق السليمة.

الأمر الذي يوضح الحاجة الماسة لأسر هؤلاء الأطفال إلى المعلومات حول خصائص الطفل وكيفية التعامل معه، بالإضافة إلى تدريبهم على كيفية إدارة سلوك الطفل (Nabors, 2016)، وفي ضوء ذلك توصلت دراسة Mohangi and Archer (2015)إلى أن أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد عانين من الضغوط بسبب هذا الاضطراب لدى أطفالهن، كما أنهن في حاجة ماسة إلى الدعم النفسي والإرشاد الأسري حول كيفية التعامل مع هذا الاضطراب، كما توصلت دراسة Jafari et al. (2017) إلى أن جودة العلاقة بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد وبين أطفالهن أقل منها لدى أمهات الأطفال العاديين، ومن جانب آخر أشارت دراسة Perrin (2017) إلى التأكيد على وجود استراتيجيات وأسس علمية نظامية بين الأسرة والمدرسة لتعزيز دورهما في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال، وتعزيز دور الأسرة في ذلك ومن جانب آخر تؤكد

دراسة Danforth (2016) على فاعلية برامج تدريب الوالدين في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى أطفالهم، من خلال تدريبهم على بعض الفنيات مثل النمذجة ولعب الدور.

وعلى الرغم من الجهود الكبيرة التي تبذل في مجال التدخلات العلاجية والإرشادية لعلاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال، إلا أن غالبيتها تركز على التدخل أو العلاج المباشر مع الطفل ذاته، وإهمال دور الأسرة في التدخل والعلاج، على الرغم من أهمية دورها في علاج هذا الاضطراب لدى الطفل، ولذا فإن إشراك الأسرة في البرامج العلاجية والتدخلية الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) من الطرق العلاجية التي أثبتت فاعليتها في علاج هذا الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال، وفى ضوء ذلك تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في خفض النشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

مشكلة الدراسة:

تحددت مشكلة الدراسة الحالية من خلال ما توصلت إليه نتائج العديد من الدراسات والبحوث العلمية، والتي توصلت إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يعاني عدد كبير منهم من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD)، والذي يتسبب في ظهور العديد من المشكلات المرتبطة بهذا الاضطراب، سواء كانت في المنزل أو المدرسة نتيجة كثرة الحركة والنشاط لدى الأطفال، ولاسيما في المنزل وما يسببونه من مشكلات ومتاعب نفسية وبدنية لأسرهم وعلى وجه الخصوص الأم، حيث أشارت نتائج بعض البحوث والدراسات أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يعاني عدد كبير منهم من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وأن أعراض هذا الاضطراب لديهم لا تختلف عن أعراضه لدى أقرانهم من الأطفال العاديين، ومن بين هذه الدراسات نذكر نتائج كلاً من دراسة (Víctor et al., 2019، McClain et al., 2017، Bigham et al., 2013، Neece et al., 2011، Emily et al., 2007)، التي أشارت إلى معاناة العديد من

الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، بالإضافة إلى تشابه أعراض الاضطراب بين الأطفال العاديين وذوي الإعاقة الفكرية.

ومن جانب آخر نجد أن غالبية البحوث والدراسات التي اهتمت بعلاج وخفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، ركزت اهتمامها على التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مباشر، وإهمال دور الأسرة وتدريبها على كيفية علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهم ذوي الإعاقة الفكرية، وكيفية التعامل مع السلوكيات التي تبدر عن أطفالهم المرتبطة بهذا الاضطراب، مما قد يسبب معاناة الأسر من الضغوط النفسية والبدنية، وفي ضوء ذلك أشارت نتائج كلاً من دراسة (العود، ٢٠١٩، Jafari, et al. 2017، & Mohangi, Archer, 2015) إلى معاناة أسر الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) من العاديين وذوي الإعاقة الفكرية من الضغوط النفسية نتيجة وجود هذا الاضطراب لدى أطفالهم، هذا بالإضافة إلى حاجة هذه الأسر إلى المعلومات والإرشاد والتدريب على كيفية التعامل مع أطفالهم وعلاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لديهم، الأمر الذي يمثل مشكلة وعائق أمام التعامل مع هؤلاء الأطفال بالطرق السليمة، مما قد يؤدي بهم إلى أن يسلكوا بعض الطرق غير الصحيحة في التعامل مع أطفالهم، مما يزيد من المشكلة والضغوط النفسية لديهم، وسوء العلاقة بين الطفل وأسرته، نتيجة عدم معرفتهم بالطرق الصحيحة للتعامل مع سلوكيات هؤلاء الأطفال.

وانطلاقاً مما سبق تسعى الدراسة الحالية إلى إعداد برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى هؤلاء الأطفال (المعاقين فكرياً).

ولتحقيق ذلك تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن السؤال الرئيس التالي:

إلى أي مدى يسهم البرنامج الإرشادي المقترح لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى هؤلاء الأطفال؟

وينبثق من هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

١- إلى أي مدى توجد فروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد؟

٢- إلى أي مدى توجد فروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد في القياس البعدي.

٣- إلى أي مدى تستمر فاعلية البرنامج الإرشادي فى خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة؟

أهمية الدراسة:

أ- الأهمية النظرية:

تتضح أهمية الدراسة الحالية من الناحية النظرية من حيث أهمية موضوع الدراسة "فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في خفض النشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية" ومن حيث طبيعة عينة الدراسة وهي أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بالإضافة إلى طبيعة أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD)، وما يتصفوا به من صفات وخصائص تحتاج منا إلى إجراء المزيد من البحوث والدراسات التي تسهم في حل العديد من المشكلات التي تلبي العديد من الحاجات الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وأسرهم وعلى وجه الخصوص الأمهات، نتيجة لافتقار الأمهات للطرق الصحيحة للتعامل مع المشكلات والاضطرابات السلوكية التي تبدر عن أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي، مما قد يؤدي بهم إلى اتباع طرق وأساليب غير صحيحة للتعامل مع تلك المشكلات والاضطرابات السلوكية التي تبدر عن أطفالهن، الأمر الذي قد يتسبب في تفاقم هذه المشكلات والاضطرابات، مما يسبب عبء نفسي وبدني على الأسر وعلى الأمهات على وجه الخصوص، نتيجة لأن الأم هي من يقع عليها العبء الأكبر من حيث رعاية وتربية أبنائها.

الأمر الذي يترتب عليه ضرورة إرشاد وتدريب الأسر على كيفية خفض هذا الاضطراب، بما يسهم في علاج الكثير من المشكلات المتعلقة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهم ذوي الإعاقة الفكرية، وعدم الاكتفاء بتدريب وإرشاد

الأطفال أنفسهم فقط، والعمل على تفعيل دور الأسرة ولاسيما الأمهات في رعاية وتدريب أطفالهن بالطرق العلمية السليمة.

ب- الأهمية التطبيقية:

تتضح الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة فى كونها تسعى إلى إرشاد وتدريب أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية التي تسهم في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية، وتفعيل دور الأسرة ولاسيما الأمهات من حيث رعاية وتدريب أطفالهن على السلوكيات الصحيحة، وذلك من خلال البرنامج الذي يعد خصيصاً لذلك والذي يحتوي على بعض الفينات السلوكية والأنشطة الحركية التي تسهم في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى هؤلاء الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، بالإضافة إلى تصميم مقياس لقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال المعاقين فكرياً، وتفعيل دور أسر الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ممثلة في الأمهات لمواجهة وعلاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن، والتحول من الشكوى من هذه المشكلات والاضطرابات إلى اكتساب دور المعالج لها، وذلك من خلال تدريبهن على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية التي تسهم في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

كما تكمن أيضاً الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة فى أنها تسعى إلى تقديم بعض التوصيات والمقترحات والمعلومات التي تفيد العاملين فى مجال التربية الخاصة، والجهات المختصة بالأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وأسرهم في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى هؤلاء الأطفال، وذلك فى ضوء ما تسفر عنه نتائج الدراسة الحالية.

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من الأهداف التالية:

١- إرشاد وتدريب أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية التي تسهم في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

٢- التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

مصطلحات الدراسة:

١-البرنامج الإرشادي Counseling Program:

يعرف البرنامج الإرشادي إجرائياً في الدراسة الحالية على أنه برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية، يهدف إلى إرشاد وتدريب أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية التي تساعدهم في خفض هذا الاضطراب لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

٢-اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD):

يعرف اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) إجرائياً في الدراسة الحالية على أنه أحد اضطرابات الطفولة الأكثر شيوعاً الذي يتميز بعرضين أساسيين (ضعف الانتباه، والنشاط الحركي الزائد والاندفاعية)، مسبباً قصور في الأداء الوظيفي للطفل، بحيث تظهر ستة أعراض على الأقل لكلاً من البعد الأول والثاني للاضطراب (ضعف الانتباه)، (النشاط الحركي الزائد والاندفاعية) وتستمر لفترة لا تقل عن ستة أشهر، على أن تظهر هذه الأعراض قبل عمر ١٢ عام، مع ظهور الاضطراب في موقفين مختلفين على الأقل مثل المنزل والمدرسة.

٣-أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية Mothers of Children with Intellectual Disability:

يقصد بأمهات الأطفال المعاقين فكرياً إجرائياً في الدراسة الحالية بأنهن أمهات الأطفال المعاقين فكرياً من ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد الملتحق أطفالهن بجمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة.

٤-الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية Children with Intellectual Disability:

يعرف الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية إجرائياً في الدراسة الحالية على أنهم هؤلاء الأطفال من ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم ممن يعانون من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، والملتحقين بجمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة ممن يتراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ – ٧٥، وممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٨ – ١٤ عام.

حدود الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية تبعاً للحدود الموضوعية والبشرية والجغرافية والزمنية والتي يمكن عرضها على النحو التالي:

١- الحدود الموضوعية:

تتمثل الحدود الموضوعية للدراسة الحالية من خلال موضوع الدراسة وهو فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى هؤلاء الأطفال.

٢- الحدود البشرية:

تتمثل الحدود البشرية للدراسة الحالية بمجتمع الدراسة والذي يشمل جميع أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بجمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة والبالغ عددهن ٤٧ أم بالإضافة إلى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم، البالغ عددهم ٤٧ طفلاً وطفلة بواقع ٢٨ طفلاً، و١٩ طفلة، ممن يتراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠-٧٥، وممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٨ – ١٤ عام.

٣- الحدود الجغرافية (المكانية):

تتمثل الحدود الجغرافية للدراسة الحالية في جمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة بجمهورية مصر العربية.

٤- الحدود الزمنية:

تم تطبيق الدراسة الحالية فى نهاية العام الدراسي ٢٠١٨ – ٢٠١٩ م.

تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من الأهداف التالية:

٣- إرشاد وتدريب أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية التي تسهم في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

٤- التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

مصطلحات الدراسة:

١-البرنامج الإرشادي Counseling Program:

يعرف البرنامج الإرشادي إجرائياً في الدراسة الحالية على أنه برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية، يهدف إلى إرشاد وتدريب أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية التي تساعدهم في خفض هذا الاضطراب لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

٢-اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD):

يعرف اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) إجرائياً في الدراسة الحالية على أنه أحد اضطرابات الطفولة الأكثر شيوعاً الذي يتميز بعرضين أساسيين (ضعف الانتباه، والنشاط الحركي الزائد والاندفاعية)، مسبباً قصور في الأداء الوظيفي للطفل، بحيث تظهر ستة أعراض على الأقل لكلاً من البعد الأول والثاني للاضطراب (ضعف الانتباه)، (النشاط الحركي الزائد والاندفاعية) وتستمر لفترة لا تقل عن ستة أشهر، على أن تظهر هذه الأعراض قبل عمر ١٢ عام، مع ظهور الاضطراب في موقفين مختلفين على الأقل مثل المنزل والمدرسة.

٣-أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية Mothers of Children with Intellectual Disability:

يقصد بأمهات الأطفال المعاقين فكرياً إجرائياً في الدراسة الحالية بأنهن أمهات الأطفال المعاقين فكرياً من ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد الملتحق أطفالهن بجمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة.

٤-الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية Children with Intellectual Disability:

يعرف الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية إجرائياً في الدراسة الحالية على أنهم هؤلاء الأطفال من ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم ممن يعانون من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، والملتحقين بجمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة ممن يتراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ – ٧٥، وممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٨ – ١٤ عام.

حدود الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية تبعاً للحدود الموضوعية والبشرية والجغرافية والزمنية والتي يمكن عرضها على النحو التالي:

١- الحدود الموضوعية:

تتمثل الحدود الموضوعية للدراسة الحالية من خلال موضوع الدراسة وهو فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى هؤلاء الأطفال.

٢- الحدود البشرية:

تتمثل الحدود البشرية للدراسة الحالية بمجتمع الدراسة والذي يشمل جميع أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بجمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة والبالغ عددهن ٤٧ أم بالإضافة إلى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم، البالغ عددهم ٤٧ طفلاً وطفلة بواقع ٢٨ طفلاً، و١٩ طفلة، ممن يتراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠-٧٥، وممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٨ – ١٤ عام.

٣- الحدود الجغرافية (المكانية):

تتمثل الحدود الجغرافية للدراسة الحالية في جمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة بجمهورية مصر العربية.

٤- الحدود الزمنية:

تم تطبيق الدراسة الحالية فى نهاية العام الدراسي ٢٠١٨ – ٢٠١٩ م.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

يشمل الإطار النظري للدراسة عرض لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد من حيث التعريف والأسباب، وانتشار الاضطراب بين ذوي الإعاقة الفكرية، ومعايير تشخيص الاضطراب وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders، والتدخل العلاجي مع التركيز على العلاج (الإرشاد) الأسري، بالإضافة إلى مجموعة من البحوث والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، ويتضح ذلك فيما يلي:

١- تعريف اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD):

يعد اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد-Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) أحد اضطرابات الطفولة الأكثر شيوعاً، ويتطور هذا الاضطراب (ADHD) خلال فترة النمو العصبي بمرحلة الطفولة، وقد يستمر هذا الاضطراب لسنوات طويلة أو قد يكون مدى الحياة، وينتشر اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) بنسبة ٥٪ بين الأطفال، وبنسبة ٢,٥٪ بين البالغين حول العالم، وقدرت دراسات أخرى أن حوالي ثلثي (٦٧ ٪) من الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) يصلون إلى مرحلة البلوغ مع أعراض هذا الاضطراب، وأن أعراض النشاط الحركي الزائد تميل إلى الانخفاض، في حين أن أعراض قصور الانتباه تميل إلى الزيادة عندما ينمو طفل ذوو اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) نحو مرحلة البلوغ، وفي مرحلة البلوغ يُظهر الأفراد المصابون باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) أعراض الاندفاعية وقصور الانتباه التي تتجلى في المشكلات السلوكية مثل اتخاذ القرارات، والاندفاعية، والمشاكلات المتعلقة باتباع التوجيهات، والتشتت الشديد، وصعوبة إدارة الوقت، والصعوبات المتعلقة بالذاكرة أثناء العمل أو الدراسة، وضعف المشاركة في الأنشطة الترفيهية (Shameem, 2019).

وتعددت تعريفات اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) تبعاً لتعدد المجالات البحثية لهذا الاضطراب، وفيما يلي نعرض لأهم هذه التعريفات: حيث يعرف Little et al. (2018: p. 41) اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) على أنه "اضطراب نمو عصبي يظهر لدى الأطفال والكبار ويظهر مع وجود نمط من ضعف الانتباه أو النشاط الحركي الزائد والاندفاعية، الذي يعيق الحياة اليومية للفرد". في حين يعرفه Dunn and Kronenberger (2016: p. 214) على أنه "أحد اضطرابات الطفولة الأكثر شيوعاً وهو اضطراب نمو عصبي يتميز بضعف الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية، الذي يعيق الأداء الأكاديمي والمهني والاجتماعي للفرد". كما يعرفه Stein et al. (2016: p. 42) على أنه "اضطراب يتميز بقصور واضح في الانتباه مع فرط الحركة أو النشاط بالإضافة إلى الاندفاعية، على أن تظهر هذه الأعراض في موقفين مختلفتين على الأقل مثل المنزل والمدرسة، والعمل، وأن تظهر هذه الأعراض قبل عمر ١٢ عام".

كما يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) على أنه "أحد اضطرابات الطفولة الشائعة والذي يتعرف عليه حسب الدليل التشخيصي والإحصائي من خلال وجود ستة أعراض من أصل تسعة في قصور الانتباه، بالإضافة إلى وجود ستة أعراض النشاط الحركي الزائد والاندفاعية، على أن تظهر هذه الأعراض قبل عمر ١٢ عام، والذي يسبب قصور في الأداء الوظيفي للطفل، على أن يظهر الاضطراب في موقفين مختلفتين على الأقل مثل المنزل والمدرسة والعمل، وينتشر الاضطراب بسنة ٥-١٠% بين الأطفال حول العالم، وبنسبة ٣-٥% بين الراشدين حول العالم كما أن نسبة انتشاره لدى الذكور ضعف انتشاره لدى الإناث".

ووقفاً لهذه الأعراض يمكن تصنيف الاضطراب على أنه خفيف أو متوسط أو شديد، ويجب أن تتداخل أعراض الاضطراب مع الأداء الوظيفي للفرد، ويجب أن تكون هذه الأعراض موجودة قبل سن ١٢ عاماً، كي يشخص الطفل على أنه مصاباً باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) (Hunt et al., 2019).

٢- أسباب اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD):

ترجع أسباب اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) نتيجة لعدة عوامل مثل العوامل الوراثية والبيولوجية والعوامل البيئية والاجتماعية (Nissley-Tsiopinis et al., 2015). ويشير Loukusa (2017) إلى وجود مزيج معقد بين هذه العوامل الوراثية والبيئية المسببة لهذا الاضطراب. ويمكن تقسيم العوامل المسببة لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد إلى عوامل وراثية جينية، وعوامل بيولوجية، وعوامل بيئية، وعوامل اجتماعية نفسية، والتي نوضحها على الوجه التالي:

أولاً العوامل الوراثية Genetics Factors:

تلعب العوامل الوراثية دوراً مهماً في إصابة الأطفال باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD)، وذلك قد يحدث إما بطريقة مباشرة من خلال نقل الموروثات للعوامل الوراثية الخاصة بتلف أو ضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه بالمخ، وإما بطريقة غير مباشرة من خلال نقل الموروثات للتشوهات التكوينية التي تؤدي إلى ضعف نموه، بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه كما أظهرت نتائج بعض الدراسات الحديثة أن ٥٠% من الأطفال المصابين باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد يوجد في أسرهم من يعاني أيضاً من هذا الاضطراب (سليمان، ٢٠١٤).

وتُقدر نسبة العوامل الوراثية التي تؤدي إلى الإصابة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) بحوالي ٧٦% من العوامل المسببة لهذا الاضطراب، والتي تظهر من خلال وجود تشوهات في الناقلات العصبية التي تؤدي إلى الإصابة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال (Elmaghrabi, & Castellanos, 2019).

ثانياً العوامل البيولوجية العصبية Neurobiological Factors :

يذكر سليمان (٢٠١٤) أن أسباب اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد المتعلقة بالمخ قد ترجع: إما لوجود خلل في وظائف المخ، وإما لاختلال التوازن الكيميائي في القواعد الكيميائية للناقلات العصبية ولنظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ، وإما لضعف النمو العقلي. كما يشير (موسى وآخرون، ٢٠١٧) إلى أن أسباب اضطراب قصور الانتباه

والنشاط الحركي الزائد المتعلقة بالمخ ترجع إلى وجود خلل في وظائف المخ، والخلل الكيميائي للناقلات العصبية، وضعف النمو العقلي، وتلف المخ، وتأخر نضج.

ثالثاً العوامل البيئية Environmental Factors:

تلعب العوامل البيئية دوراً فعالاً مع العوامل الوراثية المسببة لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) ، ويبدأ تأثير تلك العوامل البيئية في فترة ما قبل الولادة من خلال بعض الحالات مثل تعرض الأم الحامل لمركبات الرصاص وتعاطي الكحوليات والمواد المخدرة، والأطفال الخدج وانخفاض وزن الأطفال عند الولادة، بالإضافة إلى الحرمان الاجتماعي للأطفال الصغار وسوء الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، والأسر المتنافرة (Elmaghrabi, & Castellanos, 2019). وفي ضوء ذلك تشير شهاوي (٢٠١٧) إلى أن البيئة بعناصرها المتعددة تؤثر بطريقة أو بأخرى في إصابة الأطفال باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، ويبدأ تأثير تلك العوامل البيئية منذ لحظة الإخصاب وتستمر أثناء وبعد عملية الولادة، حيث قد تتعرض الأم في فترة الحمل لبعض العوامل التي تؤثر على الجنين مثل تعرضها لأشعة أكس (X) وتناول الأدوية وبالأخص المضادات الحيوية وخصوصاً في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، لأنها فترة تكوين الجهاز العصبي، أو تعاطيها للمخدرات أو الكحوليات أو التدخين، أو إصابتها ببعض الأمراض المعدية مثل الزهري أو الحصبة الألمانية. الأمر الذي قد يؤثر على الجهاز العصبي للجنين بما في ذلك المراكز المسؤولة عن الانتباه لديه (موسى، وآخرون، ٢٠١٧)، وفي هذا الصدد يشير Baharanyi (2018) إلى أن اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) يرتبط بعوامل الخطر في مرحلة ما قبل الولادة التي تتعرض لها الأم الحامل، مثل تعرض الأم الحامل للإجهاد، والتدخين، وتعاطي الكحول، وانخفاض الوزن عند الولادة، والأطفال الخدج، والتعرض للسموم البيئية مثل مركبات الرصاص.

ومن جانب آخر فإن تعرض الجنين في مرحلة الولادة لبعض العوامل مثل تلك العوامل التي تصيب المخ أو تُحدث تلف في خلايا المخ نتيجة لبعض العوامل مثل ضغط الجفت، أو التفاف الحبل السري حول عنق الجنين؛ يعمل على عدم وصول الأكسجين لمخ الجنين (شهاوي، ٢٠١٧). وفي مرحلة ما بعد الولادة فقد تتسبب بعض العوامل التي يتعرض لها الطفل في الإصابة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، مثل التعرض

للحوادث، والأمراض المعدية، والتعرض للإشعاعات، بالإضافة إلى التسمم بمركبات الرصاص، وسوء التغذية وبالأخص خلال السنة الأولى من حياة الطفل، مثل تناول كميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة والخضروات والفاكهة الملوثة بالمبيدات الحشرية، والأطعمة ذات الألوان الصناعية والمواد الحافظة، وتناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوة والسكريات التي من شأنها أن تؤدي إلى زيادة النشاط لدى الطفل (موسى وآخرون، ٢٠١٧).

رابعاً العوامل النفسية والاجتماعية Psychosocial Factors:

تتعد العوامل النفسية والاجتماعية المسببة لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال، فمنها ما يتصل بعلاقة الطفل بوالديه مثل أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة مع الأبناء، وفقدان المناخ الأسري السوي. فالأسر غير المستقرة من حيث الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والنفسية تتسبب في وجود مناخ أسري غير سوي يؤثر على تنشئة أبنائها، مما يجعلهم عرضة للإصابة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD)، ومن جانب آخر فإن المدرسة أيضاً تُعد من العوامل الاجتماعية والنفسية المؤثرة على الأطفال، وبالتالي فإن المناخ المدرسي الذي لا يوفر للأطفال النمو النفسي والاجتماعي السوي من حيث المعاملة السوية لهم وتوفير فرص التفاعل الاجتماعي والأنشطة الاجتماعية والثقافية المتعددة لهم من شأنه أن يساعد على ظهور أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال (عبد ربه، ٢٠١٤). كما أن الصراعات النفسية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال وبصفة خاصة في المرحلة الابتدائية قد تزيد من ظهور أعراض الاضطراب لديهم ((شهاوي، ٢٠١٧)، مثل الصراع بين الوالدين والطفل الذي قد يكون أحد الأسباب التي تزيد من هذا الاضطراب لدى الأطفال (Carlson et al., 2018) بالإضافة إلى الظروف النفسية والاجتماعية غير الإيجابية، والحرمان الشديد في مرحلة الطفولة المبكرة، والاتجاهات السلبية من الأسر تجاه أطفالها (Baharanyi, 2018).

٣- اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى ذوي الإعاقة الفكرية:

توصلت نتائج العديد من الدراسات إلى أن انتشار اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية Children with Intellectual Disability بنسبة ليست بالقليلة، مع تشابه أعراض الاضطراب بين الأطفال العاديين وبين ذوي الإعاقة الفكرية، حيث توصلت دراسة Emily et al. (2007) إلى

عدم وجود اختلاف في أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد ADHD بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وبين العاديين، بينما توصلت دراسة Neece et al. (2011) إلى أن معدل انتشار اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى المعاقين فكرياً ثلاثة أضعاف انتشاره لدى العاديين من عينة الدراسة، كما أن أعراض الاضطراب متشابهة بين ذوي الإعاقة الفكرية والعاديين، في حين أشارت نتائج دراسة Bigham et al. (2013) إلى وجود بعض السلوكيات الخطرة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) من وجهة نظر الوالدين، كما توصلت دراسة McClain et al. (2017) إلى أن أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال العاديين لا تختلف عنها لدى ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب طيف التوحد، وأشارت دراسة Víctor et al. (2019) إلى أن معدل انتشار اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ١٨% من أفراد عينة الدراسة، بينما كانت نسبة انتشاره بين عينة الأطفال العاديين ٧,٤%، مما يوضح انتشار اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بنسبة كبيرة، بالإضافة إلى تشابه أعراض هذا اضطراب بين كلاً من الأطفال العاديين وذوي الإعاقة الفكرية، ومن ثم إمكانية استخدام معايير تشخيص اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

٤- معايير تشخيص اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD):

إن أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد قد تكون موجودة لدى الكثير من الأطفال، ولكن هذه الأعراض مع الأطفال الذين يشخصون باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) تكون تلك الأعراض موجودة لديهم بصورة أكثر حدة، كما أنها تحدث لديهم بشكل مستمر(Prelock, & Hutchins, 2018). وتمر عملية تشخيص الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) بعدة مراحل، والتي يمكن أن نجملها على الوجه التالي:

المرحلة الأولى: الملاحظة الأولية من قبل الوالدين أو المعلم.

المرحلة الثانية: المسح الأولى والذي يتم فيه جمع معلومات أولية وقياس الذكاء والتحصيل والمسح الطبي.

المرحلة الثالثة: وهي مرحلة ما قبل التحويل للتشخيص الشامل، والتي يتم فيها تطبيق توصيات المرحلة الثانية على أمل أن يتم التعامل مع المشكلة بدون تحويل.

المرحلة الرابعة: وهي مرحلة التحويل الشامل، وفيها يتم إجراء تقييم نفسي، وتطبيق اختبارات الذكاء والتحصيل الفردية، وتطبيق قوائم تقدير السلوك والملاحظة المقننة (العريفي، والتهامي، ٢٠١٨).

وقبل الوصول إلى تشخيص الاضطراب، توجد بعض النقاط الهامة أو الأسئلة التي يجب على الوالدين الإجابة عنها، وهذه الأسئلة هي على النحو التالي:

- هل يتكرر خروج طفلك عن المسار الصحيح؟
- هل يُصرف انتباه طفلك بسهولة؟
- هل طفلك غالباً ما ينسى؟
- هل طفلك كثير الحركة؟
- هل يتجنب طفلك العمل الذي يتطلب مجهوداً ذهنياً؟
- هل طفلك بحاجة إلى إشراف مستمر لاستكمال العمل المطلوب منه؟
- هل يمكن لطفلك انتظار دوره؟
- هل طفلك يتململ في الكثير من الأحيان؟
- هل طفلك ثرثار جداً؟
- هل يمل طفلك بسهولة؟
- هل يفقد طفلك أغراضه في الكثير من الأحيان؟
- هل يخطئ طفلك في أداء المهمات المطلوبة منه بشكل كبير؟

ويمكن طرح بعض الأسئلة على الأطفال أنفسهم أيضاً عندما تسمح قدراتهم بذلك مثل:

- هل يُصرف انتباهك بسهولة؟
- هل تشعر بالملل بسهولة؟
- هل يُمكنك عادة الانتهاء من الأعمال التي بدأتها؟

- هل من الصعب عليك الانتباه في الفصل؟ (Baharanyi, 2018).

تشخيص اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5):

يضع الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) معايير تشخيص اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) بحيث تظهر في أثنين على الأقل من الأماكن التي يتواجد بها الطفل بشكل أساسي مثل المنزل والمدرسة أو العمل ومع الأقران من خلال ضعف الانتباه و/ أو النشاط الحركي الزائد والاندفاعية وهذه المعايير هي على الوجه التالي:

أ- نمط مستمر من نقص الانتباه و/ أو النشاط الحركي الزائد والاندفاعية الذي يتداخل مع الأداء الوظيفي أو النمو من خلال مجموعة الأعراض (١) (أعراض قصور الانتباه) و/ أو مجموعة الأعراض (٢) (أعراض النشاط الحركي الزائد والاندفاعية) التاليتين:

١- أعراض قصور الانتباه:

يجب أن تظهر ستة أعراض على الأقل مما يلي لمدة ستة أشهر على الأقل أو أكثر بدرجة لا تتوافق مع المرحلة النمائية للطفل، والتي تؤثر بشكل سلبي على الأداء الاجتماعي والأكاديمي والمهني له، وبالنسبة للبالغين من سن ١٧ عاماً فأكثر يلزم ظهور خمسة أعراض فقط للتشخيص بالاضطراب.

- لديه صعوبة في تركيز انتباهه في تفاصيل الأشياء، (مثل ارتكاب الأخطاء في الواجبات المنزلية والأعمال التي يكلف بها دون مبالاة بها).
- غالباً ما يبدو غير منصت عند توجيه الحديث إليه مباشرة.
- لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة المطلوبة منه، وإدارة المهام المتتابعة (مثال صعوبة الاستمرار في ترتيب أغراضه الشخصية، وفوضوي).
- لديه صعوبة في استمرار تركيز انتباهه تجاه المهام والأنشطة المطلوبة منه (مثل المحافظة على تركيز انتباهه أثناء الدروس والمحاضرات، والقراءة).
- لديه صعوبة في اتباع التعليمات، وغالباً ما يخفق في إنهاء الواجبات والأعمال المطلوبة منه بسهولة (لديه صعوبة في انهاء الأعمال التي يبدأها).

- عادة ما يفقد الأغراض والأدوات الضرورية لممارسة المهام والأنشطة الخاصة به (مثل أدواته المدرسية وألعابه وأغراضه الشخصية).
- كثير النسيان في الأنشطة والمهام اليومية.
- يتجنب المهام والأنشطة التي تتطلب مجهود ذهني أو التركيز فيها (مثل الأعمال المدرسية، والواجبات المنزلية، وبالنسبة للأكبر سناً إعداد التقارير، ومراجعة الأعمال الكتابية المطلوبة منهم).
- يتشتت انتباهه بسهولة تبعاً للمثيرات الخارجية (بالنسبة للأكبر سناً والبالغين يتصفون بأفكار غير مترابطة).

٢- أعراض النشاط الحركي الزائد والاندفاعية:

يجب أن تتوفر ستة أو أكثر من الأعراض التالية لمدة ستة أشهر أو أكثر بدرجة لا تتوافق مع مرحلة النمو الخاصة بالطفل، والتي تؤثر بشكل سلبي على الأداء الوظيفي له، وبالنسبة للأكبر سناً والبالغين (١٧ عاماً فما فوق)، يلزم توفر خمسة أعراض على الأقل لتشخيص الفرد بالاضطراب.

- يتحدث بإفراط سواء داخل المنزل أو المدرسة أو العمل.
- لديه صعوبة في البقاء جالساً في المواقف التي لا ينتظر منه ترك مقعده.
- يركض أو يقفز بشكل غير لائق في المواقف غير المناسبة.
- كثير التململ والحركة.
- لديه صعوبة في اللعب بهدوء.
- دائماً متحفز للحركة ومندفع كما لو أنه يتحرك بمحرك، ولا يستطيع البقاء ساكناً لفترات طولية.
- لديه صعوبة في انتظار دوره (مثال انتظار دوره في اللعب).
- يقاطع حديث أو ألعاب الآخرين.
- يندفع في الإجابة قبل اكتمال السؤال.

ب- يجب ظهور أعراض قصور الانتباه أو أعراض النشاط الحركي الزائد والاندفاعية قبل عمر ١٢ عام.

ج- وجود أعراض قصور الانتباه أو أعراض النشاط الحركي الزائد والاندفاعية في بيئتين أو أكثر (مثال المنزل والمدرسة أو العمل، أو غيرها)

د- وجود تداخل واضح وصريح لأعراض الاضطراب مع التأثير السلبي على الأداء الوظيفي للفرد (الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني).

هـ- لا تنحصر الأعراض في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني، واضطرابات القلق أو اضطرابات الشخصية).

٥- التدخل العلاجي لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD):

تعددت أنواع العلاجات الخاصة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد ما بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي والسلوكي والأسري والتربوي، وتشير (2019) Shameem إلى أنه بجانب العلاج الطبي، يمكن أن تكون العلاجات النفسية الأخرى مفيدة في خفض أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال (ADHD) ومن بين هذه العلاجات: العلاج النفسي، والعلاج السلوكي المعرفي، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وتدريب الوالدين، والتي أثبتت فاعليتها في خفض أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال بما في ذلك تدريب الوالدين في البيئة المنزلية والمدرسية، حيث أثبتت فاعليتها مع العلاج الطبي، وأن العلاج الطبي وحده كانت فاعليته أقل، ويؤكد على ذلك (2019) Blader بأن التدخلات النفسية والسلوكية مثل العلاج السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية وتدريب الوالدين مع العلاج الدوائي لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) من الإجراءات العلاجية المهمة، والتي أثبتت فاعليتها في خفض هذا الاضطراب، بالمقارنة في حالة الاكتفاء بالعلاج الدوائي فقط، وفيما يلي نعرض لهذه الأنواع من العلاجات:

أولاً العلاج الطبي الدوائي:

نتيجة للأسباب العضوية التي تتسبب في اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) والتي أكدت على أن هذا الاضطراب يرجع إلى اختلال التوازن في القواعد الكيميائية الموجودة في الناقلات العصبية بالمخ، وفي نظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ، فإن العلاج الدوائي في هذه الحالة يهدف إلى إعادة التوازن الكيميائي للقواعد الكيميائية، كما أن تأثيره يؤدي إلى رفع كفاءة الانتباه لدى الطفل، مما يؤدي إلى زيادة قدرته على التركيز،

ويقلل من مستوى الاندفاعية، والسلوك العدواني، والنشاط المفرط لديه (سليمان، ٢٠١٤)، ومن بين هذه الأدوية المستخدمة في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد الأدوية المنبهة، والأدوية المضادة للاكتئاب، وقد أكدت نتائج الدراسات السابقة على فاعلية تلك الأدوية في علاج حوالي ٧٠% من مجموع الأطفال المشخصين باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (العريفي والتهامي، ٢٠١٨).

ثانياً العلاج السلوكي:

كما هو الحال مع العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى، ينطوي علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD)، على كل من الأساليب الدوائية وغير الدوائية، مثل التدخلات السلوكية وهي طريقة مهمة في إدارة اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وعادةً ما تشمل القائمين على الرعاية بالتدريب على أفضل السبل لاستخدام التعزيز والعقاب لدعم تغيير السلوك، والتدريب السلوكي للوالدين (Elmaghrabi, & Castellanos, 2019)، وفي ضوء ذلك توصلت دراسة القحطاني (٢٠٠٩) إلى فاعلية برنامج سلوكي في خفض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المعاقين فكرياً القابلين للتعلم.

ويعتبر العلاج السلوكي من العلاجات الفعالة في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وتقوم برامج العلاج السلوكي على خفض أو إزالة السلوكيات غير المرغوبة، والعمل على زيادة احتمال عدد مرات ظهور السلوكيات المرغوبة والملائمة،، كما أنه يساعد الطفل على التدريب على المهارات الاجتماعية اللازمة للتعامل مع الآخرين في المواقف المختلفة (المدرسة والمنزل والمجتمع ككل) مما يؤدي إلى زيادة قدرته على التفاعل الاجتماعي من خلال الفنيات السلوكية المتضمنة بالعلاج السلوكي (عبد ربه، ٢٠١٤).

ثالثاً العلاج النفسي:

نتيجة لبعض السلوكيات غير المقبولة المرتبطة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الطفل فإن ذلك من شأنه أن يؤثر على علاقة الطفل بالمحيطين به، خاصة الأسرة والأقران، مما يجعله يعاني سوء التكيف الاجتماعي، والشعور بالفشل وانخفاض تقديره لذاته، والشعور بالوحدة النفسية والقلق والاكتئاب، وغيرها من الاضطرابات النفسية (عبد ربه، ٢٠١٤)، ومن ثم فإن العلاج النفسي يسمح للفرد بإقامة

علاقة إيجابية مع المعالج تساعده في تفهم صعوباته، والوصول إلى الحلول الصحيحة لها، ويشمل العلاج النفسي علاجا تحليلياً يُبنى على فهم شخصية الفرد، وصراعاته الداخلية التي توجد داخل شخصيته، أو بين شخصيته وبين العالم الخارجي المتمثل في الأسرة والمدرسة والمجتمع ككل، والحيل الدفاعية التي يستخدمها في سلوكه، وتوضيح ذلك خلال الجلسات العلاجية التي تعقد مع الفرد المصاب باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD)، وتظهر أهمية العلاج النفسي في مساعدة الوالدين والمعلمين في ضوء نظام محدد للثواب والعقاب لتعديل الجوانب المزاجية والانفعالية للفرد، والعمل على إشباع الحاجات النفسية له (موسى وآخرون، ٢٠١٧)

رابعاً العلاج الأسري وتدريب الوالدين:

يعد التدريب الوالدي من العلاجات المهمة للأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) من خلال تدريبهم على استراتيجيات إدارة سلوك أطفالهم، وكيفية تحديد السلوكيات السلبية، وتعزيز السلوكيات الإيجابية، والحد من الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب(Walton et al., 2017) ، وذلك على الرغم من وجود العديد من الصعوبات التي تواجه تدريب الوالدين مثل عزوف بعض الأسر عن جلسات التدريب، والبعض الآخر لا يواظب على حضور جلسات الإرشاد والتدريب بصورة منتظمة، فضلاً عن حضور بعض الأسر جلسات التدريب في وقت متأخر من بدء الجلسات، بالإضافة إلى عدم التزام البعض الآخر بعمل الواجبات المنزلية (Jones et al., 2016)، وفي هذا الصدد يشير Little et al. (2018) إلى أن للوالدين دور هام وفعال في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال من خلال برامج تدريب وتعليم الوالدين، والتي أثبتت فعاليتها في علاج هذا الاضطراب لدى أطفالهم.

ولذلك فإن دمج العلاجات النفسية والسلوكية وتدريب الوالدين مع العلاج الدوائي لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) من الأمور المهمة التي أثبتت فاعليتها في علاج هذا الاضطراب، وفي ضوء ذلك يشير Baharanyi (2018) إلى أنه من الضروري أن يعرف أفراد الأسرة أن اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) اضطراب نفسي يرجع لعوامل بيولوجية، وليس للطفل دخل فيها، مما يستلزم التدخل بالطرق السليمة للتعامل مع الطفل.

وفي ضوء ذلك يشير Sood and Sood (2016) إلى أهمية تدريب الوالدين على التعامل مع الطفل ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) بجانب العلاج الدوائي، والذي يسهم في تدريب الوالدين على كيفية إدارة سلوك طفلهم، واستخدام الإجراءات الإيجابية مع الطفل، وتعليمهم الاستراتيجيات التي تزيد من الانتباه لديه، وتعليمه المهارات الاجتماعية، ويؤكد Walton et, al. (2017) على أن الدمج بين العلاج الدوائي والعلاج السلوكي للطفل أو تدريب الوالدين من الأمور التي أثبتت فاعليتها في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD)، مما يوضح أهمية تدريب الوالدين على إدارة سلوك أطفالهم ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد. وفي ضوء ذلك يشير DuPaul et al. (2017) إلى أن العلاج القائم على تدريب الوالدين من الأمور المهمة في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال من خلال تدريب الوالدين على معرفة أسباب الاضطراب، وتعليمهم وتدريبهم على استراتيجيات جديدة وصحيحة لإدارة سلوك أطفالهم، والتخلي عن الطرق غير الصحيحة التي من الممكن أن تزيد من صعوبة علاج الاضطراب، بما يسهم في تحسين الأداء الوظيفي للأطفال، وتقوية العلاقة بين الطفل ووالديه.

ويعتمد تدريب الوالدين على استغلال طاقة الطفل الزائدة في تدريبه على بعض الأمور الإيجابية، مثل المشاركة في ترتيب المنزل أو استغلالها في بعض التمرينات الرياضية، مما يسمح بتفريغ هذه الطاقة في أمور إيجابية بعيداً عن استخدمها في بعض الأمور السلبية التي تزعج الوالدين وتعرض الطفل للخطر (Baharanyi, 2018)، وفي ضوء ذلك يتضح لنا أن العلاج السلوكي للطفل القائم على إرشاد وتدريب الوالدين من الأمور المهمة في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال، من خلال إرشاد وتدريب الوالدين على استراتيجيات التعامل مع الطفل، وتعديل سلوكياته غير المرغوبة، وتعليمه المهارات الاجتماعية، عن طريق استخدام بعض الفنيات السلوكية مثل التعزيز والنمذجة (Jones et al., 2016)، وهو ما يؤكده Booster et al. (2016) من حيث أهمية الدور الذي يؤديه الإرشاد والتدريب الوالدي في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال (ADHD).

وفي ضوء ما سبق تركز الدراسة الحالية على استخدام الإرشاد الأسري (إرشاد الأمهات) في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية، من خلال البرنامج الإرشادي الذي يحتوي على مجموعة من الفنيات السلوكية مثل (التعزيز والنمذجة وتكلفة الاستجابة والتعاقد السلوكي، بالإضافة إلى الواجبات المنزلية)، والأنشطة الحركية مثل (الجري من وضع الثبات، والمشي على الشريط اللاصق، وترتيب المنزل والأغراض الشخصية).

دراسات سابقة:

تنقسم البحوث والدراسات التي تم الاستعانة بها في الدراسة الحالية إلى: مجموعة بحوث ودراسات تناولت اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، والمجموعة الثانية من البحوث والدراسات: تناولت معاناة أسر الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) من حيث الضغوط النفسية والاجتماعية، والمجموعة الثالثة من البحوث والدراسات تناولت: علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وأما المجموعة الرابعة والأخيرة من البحوث والدراسات: فتناولت العلاج (الإرشاد) الأسري لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال (الأبناء).

أولاً دراسات تناولت اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية:

هدفت دراسة Víctor et al. (2019) إلى التحقق من ثبات معايير تشخيص اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والعاديين من وجهة نظر الوالدين، وتكونت عينة الدراسة من ١٨٩ طفلاً من ذوي الإعاقة الفكرية، و٤٧٤ طفلاً من العاديين، وتوصلت النتائج إلى أن انتشار اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ١٨% من أفراد عينة الدراسة، بينما كانت نسبة انتشاره بين عينة الأطفال العاديين ٧,٤%.

كما هدفت الدراسة McClain et al. (2017) إلى مقارنة أعرض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال العاديين وذوي الإعاقة الفكرية

وذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من ١١٣ طفلاً، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستويات أعراض قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد والاندفاع في كل المجموعات.

بينما هدفت دراسة Neece et al. (2011) إلى مقارنة أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد ADHD لدى المعاقين فكرياً والعاديين، وتكونت عينة الدراسة من ٢٢٨ طفلاً ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٥–٨ سنوات بواقع ٨٧ من ذوي الإعاقة الفكرية، و١٤١ من العاديين، واستخدمت الدراسة المقابلات عبر الزمن مع أمهات الأطفال في المجوعتين على مدار ثلاثة سنوات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن معدل انتشار اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى المعاقين فكرياً ثلاثة أضعاف انتشاره لدى العاديين، كما أن أعرض الاضطراب متشابهة بين أفراد المجموعتين عبر الزمن.

وهدفت دراسة Emily et al. (2007) إلى تقييم أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ١٢–١٥ سنة، طبق عليهم مقياس أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد صورة للوالدين وأخرى للمعلم، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن عدم وجود اختلاف في أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والعاديين، كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن هذه الأعراض تزداد مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

ثانياً دراسات تناولت أمهات وأسر الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD):

هدفت دراسة العود (٢٠١٩) إلى التعرف على المشكلات التي تواجه أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وتكونت عينة الدراسة من ٨٥ من أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) بمدنية الرياض، واستخدمت الدراسة استبانة لقياس تلك المشكلات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المشكلات التي تواجه الأمهات هي: حاجة الطفل إلى المراقبة والتوجيه، والشعور بالحزن

نتيجة التفكير بمستقبل الطفل، وصعوبة التواصل مع المختصين، وندرة المختصين في مجال التدريب والتأهيل.

كما هدفت دراسة الناجم والحنو (٢٠١٩) إلى التعرف على رضا أولياء الأمور عن خدمات التربية الخاصة المقدمة لأطفالهم ببرامج قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD)، وتكونت عينة الدراسة من ٢٥٧ من آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد بالمملكة العربية السعودية، طبق عليهم استبانة لقياس مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة لأطفالهم، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى أعلى من المتوسط لرضا أولياء الأمور عن خدمات التربية الخاصة المقدمة لأطفالهم ببرامج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

وهدفت دراسة Mohangi and Archer (2015) إلى التعرف على احتياجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD)، وتكونت عينة الدراسة من خمسة أمهات، ممن شُخص أطفالهن باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد عانين من الضغوط والإجهاد بسبب هذا الاضطراب لدى أطفالهن، كما أنهن في حاجة إلى الدعم النفسي والإرشاد الأسري حول كيفية التعامل مع اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن، وأوصت الدراسة على أهمية تفعيل دور الإرشاد الأسري في الحد من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال.

بينما هدفت دراسة Bigham et al. (2013) إلى التعرف على السلوكيات الخطرة لدى الأطفال المعاقين فكرياً ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) من وجهة نظر الوالدين، وتكونت عينة الدراسة من ٢٨ من والدي الأطفال المعاقين فكرياً ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD)، واستخدم معهم المقابلات الكلينيكية ومقياس تصنيف السلوك، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود اتفاق بين نتائج الوالدين على الاستبيان وبين نتائجهم في المقابلات الكلينيكية.

ثالثاً دراسات تناولت علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية:

هدفت دراسة العريفي والتهامي (٢٠١٨) إلى التحقق من فاعلية برنامج تكاملي لخفض حدة اضطراب النشاط الزائد لدى التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة القابلين للتعلم بالمرحلة الابتدائية، وتكونت عينة الدراسة من عشرة تلاميذ بفصول التربية الفكرية بالمرحلة الابتدائية بمحافظة القويعية، ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٧-١٠ سنوات، قمسوا بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، طبق عليهم مقياس النشاط الزائد للشخص، (٢٠١٢)، والبرنامج التكاملي إعداد الباحثان، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج التكاملي في خفض حدة النشاط الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية من التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية، حيث وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح الانخفاض في التطبيق البعدي، ووجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة لصالح الانخفاض في المجموعة التجريبية.

وهدفت دراسة مغربي (٢٠١٨) إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي باستخدام مسرح العرائس التعليمي في تحسين اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم بالقصيم، وتكونت عينة الدراسة من ١٤ تلميذاً من القابلين للتعلم، ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٩-١٢ سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة سبعة تلاميذ، طبق عليهم مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD)، والبرنامج التدريبي من إعداد الباحث، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج التدريبي القائم على مسرح العرائس التعليمي في خفض اضطراب قصور النشاط الزائد لدى التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية، حيث كانت الفروق في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية، واستمرار فاعلية البرنامج بعد فترة المتابعة.

كما هدفت دراسة المهيري وآخرون (٢٠١٦) إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي قائم على أنشطة اللعب في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراسة من ١٦ طفلاً من ذوي

الإعاقة الفكرية البسيطة الملتحقين بمركز الفجيرة لتأهيل المعاقين، ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦–٩ سنوات، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ثمانية أطفال، واستخدمت الدراسة مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، والبرنامج التدريبي القائم على اللعب، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي، وكذلك وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة لصالح أفراد المجموعة التجريبية، مما يعني نجاح برنامج اللعب في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

بينما هدفت دراسة أبو جروة (٢٠١٢) إلى التحقق من فاعلية التدريب على اللعب في خفض حدة اضطراب النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراسة من ١٨ طفلاً من ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٦ – ٧ سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة قوام كل مجموعة تسعة أطفال، واستخدمت الدراسة مقياس اضطراب النشاط الحركي الزائد وبرنامج اللعب، وتوصلت نتائج الدراسة إلى نجاح برنامج اللعب في خفض اضطراب النشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى أفراد المجموعة التجريبية، مما يعني أن للعب أثر واضح في خفض اضطراب النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

كما هدفت دراسة القحطاني (٢٠٠٩) إلى التحقق من فاعلية برنامج سلوكي في خفض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراسة من ثمانية أطفال ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨–١٢ سنة من ذوي الإعاقة الفكرية بمدنية الرياض ممن يعانون من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد، طُبق عليهم قائمة تقدير اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تعريب (دبيس، غير منشور) ومقياس تقدير السلوك الانتباهي للأطفال (تركي، ١٩٩٤)، والبرنامج السلوكي إعداد الباحث، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية، مما يعني نجاح البرنامج السلوكي في خفض درجة

اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أفراد عينة الدراسة من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

رابعاً دراسات تناولت العلاج (الإرشاد) الأسري لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال:

هدفت دراسة Jafari et al. (2017) إلى مقارنة جودة العلاقة بين الأم والطفل ومهارة التنظيم الذاتي للغضب لدى كلاً من أمهات الأطفال العاديين وأمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وتكونت عينة الدراسة من ٤٢ طفلاً ممن يعانون من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٧-١٢ سنة بالإضافة إلى أمهاتهم، و ٤٠ طفلاً من العاديين ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٧-١٢ سنة بالإضافة إلى أمهاتهم، طبق على الأمهات استبانة لقياس جودة العلاقة بين الأم والطفل ومهارة التنظيم الذاتي للغضب، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن جودة العلاقة بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد وبين أطفالهن أقل منها لدى أمهات الأطفال العاديين، كما توصلت النتائج أيضاً إلى أن مهارة التنظيم الذاتي للغضب أقل منها لدى أمهات الأطفال العاديين، نتيجة لما يصدر عن الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد من سلوكيات وتصرفات قد تؤثر بالسلب على هذه العلاقة بين الأم وطفلها.

بينما هدفت هذه الدراسة Perrin (2017) إلى تعزيز نجاح دور الأسرة والمدرسة في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال، وتوصلت نتائج الدراسة إلى التأكيد على وجود استراتيجيات وأسس علمية نظامية بين الأسرة والمدرسة لتعزيز دورهما في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال، وتعزيز دور الأسرة.

كما هدفت دراسة Danforth (2016) إلى التعرف على استراتيجيات تدريب الوالدين في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى أطفالهم، وخلصت الدراسة إلى أن تدريب الوالدين من العلاجات الفعالة في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال، مع وجود بعض العقبات التي تقف أمام تنفيذ الوالدين لبرامج إدارة السلوك لدى أطفالهم، كما خلصت نتائج الدراسة أيضاً إلى التأكيد على

فاعلية برامج تدريب الوالدين في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى أطفالهم، من خلال تدريبهم على بعض الفنيات مثل النمذجة ولعب الدور.

تعليق على البحوث والدراسات السابقة:

يتضح من خلال العرض السابق للبحوث والدراسات السابقة ندرة في الدراسات التي اهتمت ببرامج إرشاد وتدريب الوالدين في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المعاقين فكرياً، حيث اعتمدت غالبية هذه الدراسات على العلاج المباشر للأطفال أنفسهم، مع إهمال دور الأسرة في علاج الاضطراب لدى أطفالهم، ولذلك تعتمد الدراسة الحالية على تفعيل دور الوالدين في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهم ذوي الإعاقة الفكرية من خلال إرشاد وتدريب الأمهات، والذي تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعليته في خفض هذا الاضطراب لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

كما يتضح من العرض السابق للبحوث والدراسات السابقة أن مجموعة من هذه الدراسات أشارت إلى معاناة بعض الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد مثل دراسة كلاً من (Víctor et al., 2019 ، McClain et al., 2017، Neece et al., 2011، Emily et al., 2007).

في حين كشفت بعض البحوث الدراسات عن معاناة أسر الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد من الضغوط النفسية والحاجات الإرشادية للأسر مثل دراسة (العود، ٢٠١٩، الناجم، والحنو ٢٠١٩، Jafari et al. 2017، Mohangi & Archer, 2015، Bigham et al., 2013).

ومن جانب آخر تناولت بعض البحوث والدراسات السابقة التدخلات العلاجية مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد مثل دراسة (العريفي والتهامي، ٢٠١٨، مغربي، ٢٠١٨، المهيري وآخرون ٢٠١٦، أبو جروة، ٢٠١٢، القحطاني ٢٠٠٩).

كما تناولت بعض الدراسات العلاج والإرشاد الأسري وتدريب الوالدين في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهم مثل دراسة (Jafari et al., 2017، Perrin, 2017 ، Danforth, 2016)، وتعتمد الدراسة الحالية على الإرشاد

الأسري من خلال البرنامج الإرشادي القائم على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية الذي يطبق على الأمهات لخفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

وركزت بعض الدراسات على المنهج الوصفي وبعضها اعتمد المنهج شبه التجريبي، كلاً حسب ما هدفت إليه دراسته، وفي الدراسة الحالية سوف يتم الاعتماد على المنهج شبه التجريبي لمقارنة متوسطات رتب الدرجات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي، ومقارنة رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي وفي القياسين البعدي والتتبعي.

كما استخدمت مجموعة البحوث والدراسات السابقة التي تم عرضها مسبقاً مقاييس لقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أفراد عينة الدراسة والبرامج العلاجية المباشرة للأطفال، والبرامج العلاجية الخاصة بإرشاد وتدريب الوالدين كلاً حسب ما هدفت إليه دراسته، وتعتمد الدراسة الحالية على استمارة البيانات الأولية للطفل ذوي الإعاقة الفكرية، ومقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، والبرنامج الإرشادي. فيما تباينت عينات هذه البحوث والدراسات ما بين الأطفال الذكور والإناث معاً وبعضها تناول الأطفال الذكور فقط أو الإناث فقط، وبعض الدراسات دمج بين الأسر والأطفال، أو بين الأمهات والأطفال. وفي ضوء ذلك تتناول الدراسة الحالية أمهات الأطفال المعاقين فكرياً ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، بالإضافة إلى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية من الذكور والإناث.

فروض الدراسة:

فى ضوء مشكلة الدراسة الحالية وتساؤلاتها وأهميتها وأهدافها والإطار النظري لها، وفى ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحوث والدراسات السابقة؛ صاغ الباحث فروض دراسته على النحو التالي:

١- توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد في القياسين القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي.

٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد في القياس البعدي، لصالح المجموعة التجريبية.

٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد في القياسين البعدي والتتبعي.

منهجية الدراسة

أولاً المنهج المستخدم في الدراسة:

استخدم الباحث فى هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتم استخدام التصميم التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة، الذى يقوم على المقارنة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، والمقارنة بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي وفي القياسين البعدي والتتبعي، وذلك للوقوف على معرفة مدى فاعلية البرنامج الإرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية المستخدم فى الدراسة في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة من عينة الدراسة.

ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة:

شمل مجتمع الدارسة جميع أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بجمعية الأمل المشرق لتأهيل المعاقين بمحافظة القاهرة بجمهورية مصر العربية البالغ عددهن ٤٧ أم بالإضافة إلى أطفالهن ال ذوي الإعاقة الفكرية والبالغ عددهم ٤٧ طفلاً وطفلة بواقع ٢٨ طفلاً، و ١٩ طفلة وتم تحديد عينة الدراسة الأساسية بالطريقة العمدية، وتكونت عينة الدراسة الأساسية من ١٢ أم ممن لديهن أطفالاً من ذوي الإعاقة الفكرية ممن يعانون من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، بالإضافة إلى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية القابلين للتعلم والبالغ عددهم ١٢ طفلاً وطفلة ممن شخصوا من قبل الأخصائية النفسية بالجمعية على أنهم يعانون من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، بواقع ثمانية أطفال من الذكور وأربعة من الإناث، ممن تراوح معامل ذكائهم ما بين

٥٠ – ٧٥، وممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ – ١٤ عام، وتم الحصول على أحدث تقييم للأطفال على اختبار ستانفورد – بينيه للذكاء الصورة الرابعة من قبل الإخصائية النفسية، وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل مجموعة ستة أمهات بالإضافة إلى أطفالهن الستة، بواقع أربعة أطفال من الذكور واثنتين من الإناث في كل مجموعة، وتم التجانس بين أفراد المجموعتين من حيث العمر الزمني، ومعامل الذكاء، واضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد وفقاً لما يلي:

تجانس عينة الدراسة:

لتحقيق تجانس عينة الدراسة من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وأطفالهن أفراد (المجموعتين التجريبية والضابطة) فى متغيرات العمر الزمني، ومعامل الذكاء، واضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن قبل تطبيق البرنامج، مع مراعاة تقارب المستوى التعليمي والثقافي للأمهات، وأُستخدم فى ذلك اختبار (مان وتني) – Mann Whitney U test اللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فى هذه المتغيرات، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغيرات العمر الزمني، ومعامل الذكاء، واضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ن = ١٢)

المتغير	المجموعة	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
العمر الزمني	التجريبية	٦	٤١,٠٠	٦,٨٣	١٦,٠٠	٠,٣٣٠	٠,٧٤٢
	الضابطة	٦	٣٧,٠٠	٦,١٧			
معامل الذكاء	التجريبية	٦	٣٤,٥٠	٥,٧٥	١٣,٥٠٠	٠,٧٢٧	٠,٤٦٧
	الضابطة	٦	٤٣,٥٠	٧,٢٥			
قصور الانتباه	التجريبية	٦	٤٠,٥٠	٦,٧٥	١٦,٥٠	٠,٢٤٥	٠,٨٠٧
	الضابطة	٦	٣٧,٥٠	٦,٢٥			
النشاط الزائد والاندفاعية	التجريبية	٦	٤١,٥٠	٦,٩٢	١٥,٥٠	٠,٤٠٧	٠,٦٨٤
	الضابطة	٦	٣٦,٥٠	٦,٠٨			
الدرجة الكلية للمقياس	التجريبية	٦	٤٥,٠٠	٧,٥٠	١٢,٠٠	١,٠٠٤	٠,٣١٥
	الضابطة	٦	٣٣,٠٠	٥,٥٠			

(Z) عند مستوى (٠,٠١) = ٢,٥٨ (Z) عند مستوى (٠,٠٥) = ١,٩٦

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فى متغيرات العمر الزمنى ومعامل الذكاء، واضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد وأبعاده الفرعية، وذلك لعدم وجود دلالة إحصائية لقيمة (Z) المحسوبة الخاصة بهذه المتغيرات بين أفراد المجموعتين.

ثالثاً أدوات الدراسة:

١- استمارة البيانات الأولية عن الطفل ذوي الإعاقة الفكرية (إعداد الباحث).

٢- مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (إعداد الباحث).

٣- البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث).

وفيما يلي تفصيل لكيفية تصميم وبناء تلك الأدوات.

١-استمارة البيانات الأولية عن الطفل ذوي الإعاقة الفكرية (إعداد الباحث).

تم تصميم هذه الاستمارة بهدف الحصول على بيانات محددة ودقيقة من أجل انتقاء عينة الدراسة من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، واشتملت الاستمارة على عشرة بنود هي: الاسم، والنوع، وتاريخ الميلاد، ومعامل الذكاء، واسم المدرسة أو المركز الملتحق به الطفل، وتاريخ الالتحاق بالمدرسة أو المركز، والمرحلة الدراسية، ومعاناة الطفل من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وأية اضطرابات أخرى، بالإضافة إلى مستوى تعليم الأم.

٢- مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (إعداد الباحث).

قام الباحث بإعداد مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الأمهات، حيث احتوى المقياس في صورته النهائية على ٣٤ فقرة موزعين على بعدين رئيسيين وهما (قصور الانتباه، والنشاط الزائد والاندفاعية) بواقع ١٤ فقرة للبعد الأول، ٢٠ فقرة للبعد الثاني، واعتمد الباحث في إعداده للمقياس على الخطوات التالية:

خطوات بناء المقياس:

١- قام الباحث بالاطلاع على الأدبيات والتراث السيكولوجي والتربوي المتعلق باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال لتحديد المفهوم

الإجرائي له ولأبعاده الفرعية، والفقرات التي يحتويها المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

٢- تم الاطلاع على الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) ومجموعة من الدراسات والمقاييس الخاصة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد للاستفادة منها في إعداد المقياس الحالي، مثل مقياس اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال لكريم الدين، (٢٠١٩)، ومقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لسليمان، والطنطاوي، (٢٠١٢)، Baharanyi, (2018)، Little, et al. (2018).

٣- تم تحديد التعريف الإجرائي لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد والتعريفات الإجرائية لأبعاده الفرعية.

٤- تم تحديد وصياغة فقرات كل بعد على حدة في صورة عبارات بسيطة وواضحة ومناسبة لعينة الدراسة، وعمل الصورة الأولية للمقياس.

٥- حدد الباحث البيانات والتعليمات اللازمة التي تقوم الأمهات بكتابتها في الصفحة الأولى من المقياس، بحيث تضع كل أم علامة أمام كل عبارة في أحد الأعمدة الخمسة المقابلة للعبارة وهى (دائماً، كثيراً، أحياناً، قليلاً، نادراً)، بحيث تأخذ دائماً خمس درجات، وكثيراً أربع درجات، وأحياناً ثلاث درجات، وقليلاً درجتان، ونادراً درجة واحدة.

٦- طبق المقياس على عينة استطلاعية من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بالمرحلة الابتدائية بجمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة بجمهورية مصر العربية، وذلك لحساب صدقه وثباته.

حساب صدق وثبات المقياس:

تم تطبيق المقياس في صورته الأولية على عينة استطلاعية قوامها ٣٢ من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من نفس مجتمع الدراسة بجمعية الأمل المشرق ممن تراوحت أعمار أطفالهن الزمنية ما بين ٨ – ١٤، من القابلين للتعلم، وذلك لحساب صدق وثبات المقياس.

صدق المقياس:

تم حساب صدق مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد بطريقتين هما: الاتساق الداخلي والصدق التلازمي.

أ- الاتساق الداخلي:

قام الباحث باستخراج معاملات الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) عن طريق حساب معامل الارتباط الثنائي بين درجة كل فقرة من فقرات كل بعد والدرجة الكلية لهذا البعد وبين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.

وفيما يلي توضيح معاملات الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد المستخدم في الدراسة من خلال الجداول التالية:

جدول (٢)

الاتساق الداخلي لفقرات بعد قصور الانتباه بالدرجة الكلية للبعد وبالدرجة الكلية للمقياس (ن= ٣٢)

الفقرات	بالبعد	بالمقياس	الفقرات	بالبعد	بالمقياس
١	**٠,٨٠٠	**٠,٨٤٢	٨	**٠,٩٠٨	**٠,٩٢٠
٢	**٠,٨٠٦	**٠,٩٠٣	٩	**٠,٥٦٩	**٠,٤٦٢
٣	**٠,٧٦٤	**٠,٨٦٤	١٠	**٠,٧٨٦	**٠,٧٠٦
٤	**٠,٦٦٦	**٠,٧٢٠	١١	**٠,٦٣٤	**٠,٥٢٠
٥	**٠,٨٢١	**٠,٧٩٩	١٢	**٠,٨٣٤	**٠,٨٥٠
٦	**٠,٧٦٣	**٠,٦٨٦	١٣	**٠,٨٨٢	**٠,٨٥٣
٧	**٠,٨٧٥	**٠,٨٧٣	١٤	**٠,٩٢٢	**٠,٩١١
ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس				**٠,٨٩٧	

** دالة عند مستوى (٠,٠١) * دالة عند مستوى (٠,٠٥)

جدول (٣)

الاتساق الداخلي لفقرات بعد النشاط الزائد والاندفاعية بالدرجة الكلية للبعد وبالدرجة الكلية للمقياس (ن= ٣٢)

الفقرات	بالبعد	بالمقياس	الفقرات	بالبعد	بالمقياس
١٥	٠,٨٢٠**	٠,٨٤٠**	٢٥	٠,٨٦٠**	٠,٨٤٢**
١٦	٠,٩٠٠**	٠,٨٧٩**	٢٦	٠,٩٣٦**	٠,٩١٨**
١٧	٠,٨٦٤**	٠,٨٢٣**	٢٧	٠,٨٧٢**	٠,٨٢٦**
١٨	٠,٨١٥**	٠,٨٨٥**	٢٨	٠,٨٤٨**	٠,٨٢٤**
١٩	٠,٩٠٥**	٠,٨٨٦**	٢٩	٠,٨٨١**	٠,٨٣٣**
٢٠	٠,٨٦٢**	٠,٩٠٢**	٣٠	٠,٨٢٧**	٠,٧٥٢**
٢١	٠,٨٩٠**	٠,٩٠٣**	٣١	٠,٨٤٦**	٠,٧٧٦**
٢٢	٠,٨٤١**	٠,٩٠١**	٣٢	٠,٨٦٦**	٠,٨١٥**
٢٣	٠,٨٩٥**	٠,٩١٣**	٣٣	٠,٩٠٨**	٠,٨٢٧**
٢٤	٠,٨٩١**	٠,٨٨٨**	٣٤	٠,٨٤٤**	٠,٨٢٩**
ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس			٠,٨٩٧**		

** دالة عند مستوى (٠,٠١) * دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدولين السابقين (٢، ٣) أن جميع معاملات ارتباط كل فقرة من فقرات كل بعد بالدرجة الكلية للبعد وبالدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى ٠,٠١، كما يتضح أيضاً أن معامل ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى ٠,٠١.

ب – صدق المحك (الصدق التلازمي):

لحساب الصدق التلازمي لمقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد المستخدم في الدراسة الحالية، تم تطبيقه بالتزامن مع مقياس قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (صورة البيئة الأسرية) لسليمان، والطنطاوي، (٢٠١٢)، على نفس عينة التقنين (ن= ٣٢) وتم حساب معامل الارتباط بين المقياسين، وكانت قيم معامل ارتباط البعد الأول (قصور الانتباه)، والبعد الثاني (النشاط الزائد والاندفاعية) والدرجة الكلية للمقياس بالدرجة الكلية لمقياس قصور الانتباه بالمصحوب بالنشاط الزائد لسليمان، والطنطاوي، (٢٠١٢) هي على التوالي: ٠,٧٧٣، ٠,٧٨٤، ٠,٨٠٠ وجميعها دال إحصائياً عند مستوى

٠,٠١ مما يعني ارتباط درجات أفراد عينة التقنين على المقياسين، مما يعني أن المقياس يتمتع بمستوى مرتفع من الصدق.

ثبات المقياس:

قام الباحث بحساب معامل ثبات مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد المستخدم في الدراسة الحالية على نفس أفراد عينة التقنين (ن = ٣٢)، واعتمد في ذلك على طريقتين هما: التجزئة النصفية (معادلة سبيرمان – براون)، وألفا لكرونباخ، وكانت قيم معاملات الثبات للبعد الأول (قصور الانتباه)، والبعد الثاني (النشاط الزائد والاندفاعية) والدرجة الكلية للمقياس بطريقة التجزئة النصفية هي على التوالي ٠,٩٣٨، ٠,٩٣٦، ٠,٩٥٩، وأما بطريقة ألفا لكرونباخ فكانت قيم معاملات الثبات للبعد الأول (قصور الانتباه)، والبعد الثاني (النشاط الزائد والاندفاعية) والدرجة الكلية للمقياس هي على التوالي ٠,٩٦٠، ٠,٩٨٣، ٠,٩٨٥، مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس.

٣- البرنامج الإرشادي:

يعد هذا البرنامج من الأدوات الأساسية التي تم إعدادها لتحقيق أهداف الدراسة الحالية، ويعتمد هذا البرنامج على مجموعة من الفنيات السلوكية مثل التعزيز والنمذجة والتعاقد السلوكي، وتكلفة الاستجابة، بالإضافة إلى الواجبات المنزلية، والأنشطة الحركية الهادفة مثل الجري من وضع الثبات، والمشي على الشريط اللاصق، والمساعدة في ترتيب المنزل، ودورها في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

إجراءات تصميم البرنامج:

١- أهداف البرنامج:

تتلخص أهداف البرنامج فى إرشاد وتدريب أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية المتضمنة بالبرنامج، التي تسهم في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.

٢- أهمية البرنامج:

تتضح أهمية البرنامج الإرشادي من خلال التالي:

- يساعد البرنامج في إرشاد وتدريب الأمهات على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية التي تسهم في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية.
- يسهم البرنامج فى تقديم بعض الفنيات والأنشطة للأمهات وتعلم طرائق جديدة للتعامل مع أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية، من حيث التعامل مع اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لديهم، وكيفية التغلب على هذا الاضطراب لدى أطفالهن من خلال تدريبهن على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية الهادفة.
- إدارة السلوكيات غير الإيجابية التي تصدر عن أطفالهن.

٣- تحديد الفئة التي صمم لها البرنامج:

تم تحديد الفئة التي صمم لها البرنامج الإرشادي والدراسة بوجه عام، والتي تمثل عينة من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، بالإضافة إلى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية من القابلين للتعلم ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وقد تم انتقاء عينة الدراسة بناءً على الأدوات التي تم تصميمها لذلك، والتي سبق الإشارة إليها.

٤- مصادر إعداد البرنامج:

اعتمد الباحث فى إعداده للبرنامج على عدة مصادر تضمنت:

- الإطار النظري للدراسة والذى سبق تقديمه فى موضع سابق.
- الدراسات والمراجع التي تناولت البرامج الإرشادية والعلاج والإرشاد الوالدي (الأسري) لخفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال العاديين والمعاقين فكرياً، مثل كلاً من (2018) ,.Little et al ، ,.DuPaul et al (2017)، (2015) ,.Nissley-Tsiopinis et al، (2015) ,.Reddy, et al، (2015) ,.Mongia, et al، (2014) ,.Storer et al، (2014) ,.Sadek.

٥- الأسلوب الإرشادي والتدريبي المستخدم فى تنفيذ البرنامج:

استند البرنامج الإرشادي المستخدم فى الدراسة الحالية على أسلوب الإرشاد الجماعي، الذى يقوم على التفاعل والتأثير المتبادل بين أفراد المجموعة التجريبية بعضهم البعض من جهة، وبينهم وبين الباحث من جهة أخرى، والذى بدوره يؤدى إلى إرشاد وتدريب

الأمهات على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية التي تسهم في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية، ويتخلل الإرشاد الجماعي إرشاد فردى حسب طبيعة كل أم وخصوصيتها وخصوصية طفلها، وحسب طبيعة كل جلسة وكل نشاط.

٦- حدود البرنامج:

أ- الحدود البشرية للبرنامج:

اشتملت المجموعة التجريبية على ست أمهات ممن لديهن أطفال من ذوي الإعاقة الفكرية من القابلين للتعلم ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، والملتحقين بجمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة بالإضافة إلى أطفالهن الستة ذوي الإعاقة الفكرية والتي اشتملت على أربعة أطفال من الذكور واثنتين من الإناث.

ب- الحدود المكانية للبرنامج:

تم تنفيذ البرنامج الإرشادي بجمعية الأمل المشرق بمحافظة القاهرة.

جـ- الحدود الزمنية للبرنامج:

استغرقت الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج الإرشادي شهر ونصف، بواقع ١٢ جلسة، استغرقت مدة الجلسة الواحدة ٤٥ دقيقة، وقد تم تطبيق البرنامج بداية من شهر يونيو إلى منتصف شهر يوليو ٢٠١٩م ، وتم التطبيق التتبعي لمقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد على أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

٧- مراحل تطبيق البرنامج:

- المرحلة الأولى: تم فيها التعارف بين الباحث وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وأطفالهن أفراد المجموعة التجريبية، والتمهيد للبرنامج وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه وأسسه، وتم ذلك خلال الجلسة الأولى.
- المرحلة الثانية: وهى المرحلة الإرشادية والتدريب على الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية والتي هدفت إلى مشاركة أمهات المجموعة التجريبية بالإضافة إلى أطفالهن في الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية التي تضمنها البرنامج، وذلك بهدف تدريبهن على استخدامها في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط

الحركـي الزائـد (ADHD) لـدى أطفـالهن ذوي الإعاقـة الفكريـة، وتـم ذلـك خـلال الجلسات الثانية إلى الحادية عشر.

- المرحلة الثالثة: وهى المرحلة الختامية وهدفها تلخيص أهداف البرنامج، وتقييمه مع أفراد المجموعة التجريبية، ومن ثم إنهاء جلسات البرنامج، وتم ذلك خلال الجلسة الثانية عشر.

٨- محتوى جلسات البرنامج:

تم انتقاء محتوى الجلسات بما يتفق مع أهداف البرنامج، والإجراءات العملية بما تتضمنه من الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية والأسلوب الإرشادي والتدريبي والوسائل المستخدمة والجدول التالي يوضح وصف جلسات البرنامج الإرشادي.

جدول (٤)

جلسات البرنامج الإرشادي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة	عدد الجلسات	الفنيات والأنشطة
الأولى	تعارف وتمهيد للبرنامج.	٤٥ دقيقة	١	التعزيز.
الثانية	تعريف اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد.	٤٥ دقيقة	١	التعزيز والنمذجة والواجبات المنزلية.
الثالثة	إجراء تكلفة الاستجابة (مرحلة منح المعززات).	٤٥ دقيقة	١	تكلفة الاستجابة والنمذجة والتعزيز والواجبات المنزلية.
الرابعة والخامسة	إجراء تكلفة الاستجابة (مرحلة سحب المعززات أو الغرامة).	٤٥ دقيقة	٢	تكلفة الاستجابة والنمذجة والتعزيز والواجبات المنزلية.
السادسة والسابعة، والثامنة	التعاقد السلوكي.	٤٥ دقيقة	٣	التعاقد السلوكي والنمذجة والتعزيز والواجبات المنزلية.
التاسعة والعاشرة	نشاط حركي، (الجري من وضع الثبات، المشي على الشريط اللاصق).	٤٥ دقيقة	٢	أنشطة حركية (الجري من وضع الثبات، المشي على الشريط اللاصق)، والتعزيز والنمذجة والواجبات المنزلية.
الحادية عشرة	المشاركة في ترتيب المنزل والأغراض الشخصية.	٤٥ دقيقة	١	التعزيز والنمذجة والواجبات المنزلية.
الثانية عشرة	الجلسة الختامية	٤٥ دقيقة	١	التعزيز.

٩- الفنيات والأنشطة المستخدمة فى البرنامج:

استخدم الباحث في البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية مجموعة من الفنيات السلوكية تضمنت النمذجة والتعزيز وتكلفة الاستجابة والتعاقد السلوكي، بالإضافة إلى الواجبات المنزلية، والأنشطة الحركية والتي تضمنت الجري من وضع الثبات، والمشي على الشريط اللاصق، والمشاركة في أعمال المنزل وترتيبه.

١٠- الأدوات والوسائل المستخدمة فى البرنامج :

- أوراق عمل متنوعة لخدمة كل جلسة.
- شريط لاصق.

١١- تقييم البرنامج:

تم تقييم البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية من خلال ثلاثة مراحل هي على الوجه التالي:

أ- التقييم المرحلي:

تم هذا التقييم من خلال متابعة اندماج الأمهات أفراد المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج والتغيير الذى طرأ عليهن وعلى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية، من حيث انخفاض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن.

ب- التقييم البعدي:

تم تقييم البرنامج الإرشادي بعد الانتهاء من جلساته عن طريق تطبيق مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد المعد بالدراسة الحالية على كلاً من أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، ومن ثم تمت مقارنة أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين القبلي والبعدي، ثم مقارنة نتائج المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدي.

جـ- التقييم التتبعي:

تم ذلك بتطبيق مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد على أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج، حيث تمت مقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي لمعرفة مدى استمرار فاعلية البرنامج

الإرشادي في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية أفراد المجموعة التجريبية.

رابعاً الخطوات الإجرائية للدراسة:

اعتمد الباحث في إعداده للدراسة الحالية على مجموعة من الخطوات الإجرائية، والتي يمكن أن نجملها على الوجه التالي:

١- الاطلاع على المراجع والدراسات العربية والأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة لجمع المادة العلمية المتعلقة بمفاهيم الدراسة لبناء الإطار النظري لها.

٢- تم تصميم أدوات الدراسة وتحديد التعاريف الإجرائية لها.

٣- تم حساب صدق وثبات مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية من نفس مجتمع الدراسة.

٤- تم تحديد عينة الدراسة الأساسية من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وأطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية من ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

٥- تم التجانس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث العمر الزمني ومعامل الذكاء واضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

٦- تم تطبيق مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (تطبيق قبلي).

٧- تم تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية.

٨- تم تطبيق مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (تطبيق بعدي).

٩- تم تطبيق مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد على أفراد المجموعة التجريبية (تطبيق تتبعي).

١٠-بعد ذلك تم الحصول على البيانات الكمية ومن ثم تفريغها في جداول خاصة بذلك، ومعالجتها إحصائياً.

١١-تم تفسير النتائج ومناقشتها في ضوء الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة.

١٢-وفى ضوء نتائج الدراسة اقترح الباحث مجموعة من التوصيات التربوية والبحوث المقترحة.

خامساً الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدم الباحث في معالجة البيانات التي حصل عليها من الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساليب الإحصائية التالية :

١. أسلوب الاتساق الداخلي لحساب صدق مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد.
٢. معامل ارتباط بيرسون لحساب صدق المحك (معامل الارتباط) بين مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد المُعد بالدراسة الحالية بمقياس قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (صورة البيئة الأسرية) لسليمان، والطنطاوي، (٢٠١٢).
٣. أسلوب التجزئة النصفية (سبيرمان – براون) ومعادلة ألفا لكرونباخ للتحقق من ثبات مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد.
٤. اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test اللابارامتري لحساب دلالة التغير فى رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة (التجريبية) قبلي وبعدي، وبعدي وتتبعي .
٥. اختبار (مان ويتني) Mann – Whitney U Test اللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة (التجريبية والضابطة) في القياس القبلي لإجراء التجانس بين أفراد المجموعتين، وفي القياس البعدي لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين.

نتائج الدراسة:

أولاً: نتائج التحقق من الفرض الأول:

ينص هذا الفرض على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد في القياسين القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ويلكوكسون) Wilcoxon–Test اللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٥)

دلالة الفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وقيمة (Z) لاختبار ويلكوكسون على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد في القياسين القبلي والبعدي.

الأبعاد	اتجاه فروق الرتب	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
قصور الانتباه	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي المجموع	٥ ٠ ١	١٥ ٠٠	٣,٠٠ ٠٠	-٢,٠٢	٠,٠٤٣
النشاط الزائد والاندفاعية	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي المجموع	٦ ٠ ٠ ٦	٢١ ٠٠	٣,٥٠ ٠٠	-٢,٢٠	٠,٠٢٨
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي المجموع	٦ ٠ ٠ ٦	٢١ ٠٠	٣,٥٠ ٠٠	-٢,٢١	٠,٠٢٧

(Z) عند مستوى (٠,٠١) = ٢,٥٨ (Z) عند مستوى (٠,٠٥) = ١,٩٦

يتضح من الجدول (٥) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد والدرجة الكلية له، فى القياس البعدي عنه فى القياس القبلي، وكان الانخفاض لصالح القياس البعدي.

ثانياً: نتائج التحقق من الفرض الثاني:

ينص هذا الفرض على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد في القياس البعدي، لصالح المجموعة التجريبية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (مان ويتني) Mann Whitney U Test اللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٦)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة وقيمة (Z) على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد فى القياس البعدي

الأبعاد	المجموعة	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
قصور الانتباه	التجريبية	٦	٢٦,٠٠	٤,٣٣	٠,٠٠	-٢,٠٩	٠,٠٣٧
	الضابطة	٦	٥٢,٠٠	٨,٦٧			
النشاط الزائد والاندفاعية	التجريبية	٦	٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٠٠	-٢,٨٩	٠,٠٠٤
	الضابطة	٦	٥٧,٠٠	٩,٥٠			
الدرجة الكلية للمقياس	التجريبية	٦	٢١,٠٠	٣,٥٠	٠,٠٠	-٢,٨٨	٠,٠٠٤
	الضابطة	٦	٥٧,٠٠	٩,٥٠			

(Z) عند مستوى (٠,٠١) = ٢,٥٨ (Z) عند مستوى (٠,٠٥) = ١,٩٦

يتضح من الجدول (٦) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد والدرجة الكلية له فى القياس البعدي، وكان الانخفاض لصالح أفراد المجموعة التجريبية، حيث كانت قيم (Z) المحسوبة لبعد قصور الانتباه دالة عند مستوى ٠,٠٥، بينما كانت قيمة (Z) لبعد النشاط الزائد والاندفاعية والدرجة الكلية للمقياس دالتين عند مستوى ٠,٠١.

ثالثاً: نتائج التحقق من الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض على أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد في القياسين البعدي والتتبعي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ويلكوكسون) Wilcoxon–Test اللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٧)

دلالة الفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وقيمة (Z) لاختبار ويلكوكسون على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد بين القياسين البعدي والتتبعي.

الأبعاد	اتجاه فروق الرتب	العدد (ن)	مجموع الرتب	متوسط الرتب (م)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
قصور الانتباه	الرتب السالبة	٣	٦,٠٠	٢,٠٠	-١,٦٠	٠,١٠٩
	الرتب الموجبة	٠	٠٠	٠٠		
	التساوي	٣				
	المجموع	٦				
النشاط الزائد والاندفاعية	الرتب السالبة	٣	٨,٥٠	٢,٨٣	-١,٣٠	٠,١٩٤
	الرتب الموجبة	١	١,٥٠	١,٥٠		
	التساوي	٢				
	المجموع	٦				
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	٤	١٣,٥٠	٣,٣٨	-١,٦٣	٠,١٠٤
	الرتب الموجبة	١	١,٥٠	١,٥٠		
	التساوي	١				
	المجموع	٦				

(Z) عند مستوى (٠,٠١) = ٢,٥٨ (Z) عند مستوى (٠,٠٥) = ١,٩٦

يتضح من الجدول (٧) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد والدرجة الكلية له فى القياسين البعدي والتتبعي، حيث كانت قيم (Z) المحسوبة بين القياسين لجميع أبعاد المقياس والدرجة الكلية له غير دالة إحصائياً، مما يعني استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المعاقين فكرياً أفراد المجموعة التجريبية بعد شهر من المتابعة.

مناقشة النتائج:

تشير النتائج السابقة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية Children with Intellectual Disability أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، ويمكن تفسير ذلك فى ضوء فاعلية وجدوى الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية المتضمنة في البرنامج، وتظهر هذه النتائج من خلال نتائج الفرض الأول للدراسة والذي توصلت نتائجه إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وكان الانخفاض لصالح القياس البعدي، مما يعني نجاح البرنامج الإرشادي في إرشاد وتدريب الأمهات أفراد المجموعة التجريبية، والاستفادة من البرنامج وما تضمنه من فنيات سلوكية وأنشطة حركية في التعامل مع أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية وفي خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى هؤلاء الأطفال، وترجع هذه النتيجة إلى انتظام أفراد المجموعة التجريبية فى جلسات وأنشطة البرنامج المستخدم فى الدراسة، حيث كانت الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية المستخدمة ذات معنى ومغزى فى حياة أمهات المجموعة التجريبية، مما جعلهن أكثر فهماً ومرونةً ووعياً وحرصاً على الاستفادة الكاملة من فنيات وأنشطة البرنامج المستخدم فى إطار مواقف حياتية واقعية معاشة، مما أسهم في إرشاد وتدريب وصقل مهارات الأمهات في كيفية التعامل مع اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن المعاقين فكرياً، وخفض هذا الاضطراب لدى أطفالهن، بالمقارنة بأمهات المجموعة الضابطة اللاتي لم يتعرضن للبرنامج، الأمر الذي يوضح أهمية إرشاد وتدريب الوالدين في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج كلاً من دراسة (Danforth, 2016 ،Perrin, 2017) التي توصلت نتائجها إلى فاعلية العلاج الأسري (الإرشاد والتدريب الوالدي) في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن.

وبالنسبة لنتائج الفرض الثاني والذي توصلت نتائجه إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وكان الانخفاض لصالح أفراد المجموعة التجريبية، مما يعني نجاح البرنامج

الإرشادي فى خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، ويفسر الباحث هذه الفروق في ضوء استفادة أفراد المجموعة التجريبية من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من جلسات البرنامج الإرشادي في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية، بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتعرضوا لجلسات البرنامج، مما يعني نجاح البرنامج الإرشادي وما تضمنه من فنيات سلوكية وأنشطة حركية في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية أفراد المجموعة التجريبية، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة Perrin, (2017)، التي توصلت نتائجها إلى تعزيز نجاح دور الأسرة في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال، ودراسة Danforth, (2016) التي توصلت نتائجها إلى فاعلية التدريب الوالدي في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال.

وبالنسبة لنتائج الفرض الثالث الذي توصلت نتائجه إلى استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي بعد شهر من تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية فى خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، فيرى الباحث أن هذه النتيجة طبيعية فى ضوء ما تضمنه البرنامج من فنيات وأنشطة، وما أبداه أفراد المجموعة التجريبية من تفاعل وتعاون والتزام تجاه جلسات البرنامج الإرشادي، الأمر الذي أسهم في استمرار الأمهات لاستخدام الطرق السليمة في التعامل مع أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، التي تدربن عليها من خلال فينات وأنشطة البرنامج الإرشادي، وحرص الأمهات على اتباع الطرق السليمة في التعامل مع أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية من ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، الأمر الذي أسهم في استمرارية خفض الاضطراب لدى أطفالهن؛ الأمر الذي يوضح أهمية الدور الذي يلعبه الإرشاد والعلاج الأسري في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD)، لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج يتضح لنا جدوى وفاعلية الإرشادي والتدريب الوالدي (الأسري) في خفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي

الزائد (ADHD) لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية Children with Intellectual Disability من خلال البرنامج الذي أعد خصيصاً لأمهات هؤلاء الأطفال، والذي أثبت فاعليته من خلال إرشاد وتدريب الأمهات على بعض الفنيات السلوكية والأنشطة الحركية التي أسهمت في صقل الأمهات ببعض الخبرات والمهارات التي ساعدتهن على التعامل مع أطفالهن ذوي الإعاقة الفكرية من ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد وخفض الاضطراب لدى أطفالهن، الأمر الذي يوضح لنا أهمية تفعيل دور الأسرة في رعاية وعلاج أبنائها ذوي الإعاقة الفكرية، من خلال تفعيل الإرشاد الأسري ودوره في توجيه وإرشاد وتدريب هذه الأسر على كيفية رعاية أطفالهم ذوي الإعاقة الفكرية من ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد، والتعامل مع مشكلاتهم السلوكية، بالأساليب العلمية الصحيحة؛ مما يسهم في تحسين علاقة الأسرة بالطفل، الأمر الذي يعود بالنفع على هؤلاء الأطفال وعلى جميع أفراد الأسرة.

التوصيات والبحوث المقترحة:

أولاً توصيات الدراسة:

فى ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية توصل الباحث إلى مجموعة من التوصيات التربوية والبحوث المقترحة والتي تتمثل فى الآتي:

١- ضرورة الاهتمام بالإرشاد والتدريب الوالدي والأسري للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

٢- تفعيل الجهات المختصة من جامعات وإدارات تعليمية وشئون اجتماعية للدورات التدريبية وورش العمل الخاصة بإرشاد وتدريب الوالدين في مجال اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لأطفالهم ذوي الإعاقة الفكرية من حيث المفهوم والأسباب والخصائص والتدخل والعلاج.

٣- تفعيل الأنشطة الحركية الهادفة لخفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بالمنزل والمدرسة.

٤- اهتمام أقسام التربية الخاصة بالجامعات بإجراء المزيد من البحوث والدراسات المتعلقة بالإرشاد والتدريب الأسري في مجال علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

واستكمالاً للدراسة الحالية يقترح الباحث مجموعة من البحوث والدراسات التي يمكن القيام بها وهى:

١- دراسة الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

٢- إجراء المزيد من البحوث والدراسات في مجال الإرشاد الأسري لخفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

٣- إجراء المزيد من البحوث والدراسات المتعلقة بتعديل اتجاهات الوالدين تجاه أطفالهم ذوي الإعاقة الفكرية من ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

المراجع:

- أبو جروة، ليلى محمد (٢٠١٢). فاعلية التدريب على اللعب لخفض حدة اضطراب النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، *مجلة البحث العلمي في التربية بكلية البنات بجامعة عين شمس*، ٤ (١٣)، ٢٠٨١-٢١٠٣.
- سليمان، عبد الرحمن سيد (٢٠١٤). *اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عند الأطفال*. القاهرة: دار الجوهرة للنشر والتوزيع.
- سليمان، عبد الرحمن سيد والطنطاوي، محمود محمد (٢٠١٢). بطارية تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال. القاهرة: عالم الكتب.
- شهاوي، هناء إبراهيم (٢٠١٧). *اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد ربه، هبة عبد الحليم (٢٠١٤). *النشاط الزائد الأسباب والتشخيص والبرنامج العلاجي*. الإسكندرية: الدار الجامعية الجديدة.
- العريفي، حازم سعود والتهامي، السيد يس (٢٠١٨). فاعلية برنامج تكاملي لخفض حدة اضطراب النشاط الزائد لدى التلاميذ المعوقين عقلياً فكرياً بدرجة بسيطة، *المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة*، (٤)، ٨٩-١٣٤.
- العود، ناصر صالح (٢٠١٩). المشكلات التي تواجه أمهات الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية*، (٥٢)، ٢١١-٣١٦.
- القحطاني، ظافر محمد (٢٠٠٩). فاعلية برنامج سلوكي لخفض درجة عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، *مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس*، ٩ (١)، ٢٦٤-٢٦٥.
- كريم الدين، إيمان الدسوقي (٢٠١٩). الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى أطفال المرحلة الابتدائية، *مجلة القراءة والمعرفة بكلية التربية جامعة عين شمس*، (٢١٦)، ٢٦٧-٢٩١.

- مغربي، مكي محمد (٢٠١٨). فعالية برنامج تدريبي باستخدام مسرح العرائس التعليمي في تحسين اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم بمنطقة القصيم، *مجلة التربية الخاصة والتأهيل*، ٦ (٢٢)، ٦٣-١٠٩.
- المهيري، عوشة، السرطاوي، عبد العزيز، الزيودي، محمد وعبيدات، روحي (٢٠١٦). فاعلية برنامج تدريبي قائم على أنشطة اللعب لخفض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال القابلين للتعلم من ذوي الإعاقة العقلية، *مجلة العلوم التربوية والنفسية بجامعة البحرين*، *١٧* (٤)، ٣٤٩-٣٧٤.
- موسى، رشاد، رسلان، نجلاء والفيشاوي، سومة (٢٠١٧). *اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد*. القاهرة: عالم الكتب.
- الناجم، محمد والحنو إبراهيم (٢٠١٩). رضا أولياء الأمور عن خدمات التربية الخاصة المقدمة لأطفالهم ببرامج نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد، *مجلة التربية الخاصة والتأهيل*، *٨*(٣٠)، ٨٢-١٠٩.
- Ali, N., Davidson, F., MacPherson, M., and Corkum, P. (2019). *Attention deficit/hyperactivity disorder*. In Accardo, J. (Eds.), Sleep in children with neurodevelopmental disabilities. (pp 155-166). Cham: Springer Nature Switzerland.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:* DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association. (2013).
- Baharanyi, H. (2018). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. In Vinson S. & Vinson, E. (Eds.), Pediatric mental health for primary care providers "A clinician's guide". (pp 145-159). Cham: Springer International Publishing.
- Bigham, K., Daley, D., Hastings, R., & Jones, P. (2013). Association between parent reports of attention deficit hyperactivity disorder behaviours and child impulsivity in children with severe intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research, 57*(2), p191-197.
- Blader, J. (2019). *Nonadherence in childhood disorders: Attention-deficit/hyperactivity disorder*. In Fornari, V. & Dancyger, I. (Eds.), Psychiatric nonadherence "A solutions-based approach" (pp 17-30). Cham: Springer Nature Switzerland.

- Booster, G., Mautone, J., Tsiopinis, J. & Power, T. (2016). Reductions in negative parenting practices mediate the effect of a family–school intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder, *School Psychology Review, 45*(2), 192-208.
- Carlson, J., Haggerty, D., & Askar, S. (2018). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. In Forman, S &. Shahidullah, J. (Eds.), Handbook of pediatric behavioral healthcare "An interdisciplinary collaborative approach". (pp 171-184). Cham: Springer.
- Coghill, D., Asherson, P., Faraone, S., and Rohde, L. (2019). *The age of onset of attention-deficit hyperactivity disorder*. In de Girolamo, G. McGorry, P. & Sartorius, N. (Eds.), Age of onset of mental "Etiopathogenetic and treatment implications" disorders. (pp 217- 236). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Danforth, J. (2016). A flow chart of behavior management strategies for families of children with co-occurring attention-deficit hyperactivity disorder and conduct problem behavior, *Behavior Analysis Practice*, (9), 64–76.
- Dunn, D. & Kronenberger, W. (2016). *Attention, executive function, and attention deficit hyperactivity disorder*. In Ferro, J. (Eds.), Neuropsychiatric symptoms of neurological disease. (pp 213-234). New York: Springer.
- DuPaul, G., Pollack, B., and Pinho, T. (2017). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. In Goldstein, S. & DeVries, M. (Eds.), Handbook of DSM-5 disorders in children and adolescents. (pp 399-416). Cham: Springer.
- Elmaghrabi, S. & Castellanos, F. (2019). *The spectrum of neurobehavioral outcomes in attention-deficit/ hyperactivity disorder.* In Hauptman, A. & Salpekar, J. (Eds.), Pediatric neuropsychiatry "a case-based approach". (pp 3-12). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Emily, S., Andrew, P., Nicky, W., Paul, G., & Oliver, C. (2007). ADHD Symptoms in children with mild intellectual disability, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(5), p591.
- Hunt, A., Dunn, D., Blake, H. and Downs, J. (2019). *Treatment resistance in psychiatry. Risk factors, biology, and management.* In Kim, Y. (Eds.), Treatment resistance in psychiatry. Risk factors, biology, and management (pp215-236). Cham: Springer Nature Singapore.
- Jafari, A., Javaheri, M. & Hesampour, F. (2017). The comparison of quality of mother-child relationship and anger self-regulation skill between mothers of normal and with ADHD students, *Quarterly Journal of Social Work, 5*(4), 13-24.

- Jones, H., Rabinovitch, A., Eddy, L. & Wilson, S. (2016). *Attention deficit hyperactivity disorder*. In Breland-Noble, A., Al-Mateen, C. Singh, N. (Eds.), Handbook of mental health in African American youth. (pp 287- 312). New York: Springer.
- Little, S., Gopaul, M., & Akin-Little, A. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).* In Maragakis, A. & O'Donohue, W. (Eds.), Principle-based stepped care and brief psychotherapy for integrated care settings. (pp 41-52). Cham: Springer International Publishing.
- Loukusa, S. (2017). *Attention deficit hyperactivity disorder.* In Cummings, L. (Eds.), Research in clinical pragmatics. (pp 85-107). Cham: Springer.
- McClain, M., Mills, A. & Murphy, L. (2017). Inattention and hyperactivity/impulsivity among children with attention-deficit/hyperactivity-disorder, autism spectrum disorder, and intellectual disability, *Research in Developmental Disabilities*, (70), 175–184.
- Mohangi, K. & Archer, K. (2015). Mothers' reflections on the role of the educational psychologist in supporting their children with attention deficit hyperactivity disorder, *South African Journal of Education, 35(1), 1-9.*
- Mongia, M., Mehta, M. & Sagar, R. (2015). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In Manju Mehta · Rajesh Sagar. A Practical Approach to Cognitive Behaviour Therapy for Adolescents. 311-329. New Delhi: Springer.
- Nabors, L. (2016). *Medical and mental health during childhood "psychosocial perspectives and positive outcomes"*. Cham: Springer
- Neece, C., Baker, B., Blacher, J., & Crnic, K. (2011). Attention-deficit/yperactivity disorder among children with and without intellectual Disability: An Examination across Time, *Journal of Intellectual disability research, 55*(7), p623-635.
- Nissley-Tsiopinis, J., Krehbiel, C. and Power T. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder.* In Gullotta, T., Plant, R. & Evans, M. (Eds.), Handbook of adolescent behavioral problems "evidence-based approaches to prevention and treatment". (pp 151-171). New York: Springer.
- Perrin, R. (2017). *Socioeconomic challenges in the household and the prevalence of comorbidity among children with attention-deficit hyperactivity disorder,* Ph.D. Walden University. Minnesota. pp132.
- Prelock, P. & Hutchins, T. (2018). *Clinical guide to assessment and treatment of communication disorders.* Cham: Springer.

- Reddy, L., Newman, E. & Verdesco, A. (2015). Attention Defi cit Hyperactivity Disorder: Use of Evidence-Based Assessments and Interventions. In Rosemary Flanagan • Korrie Allen • Eva Levine. Cognitive and Behavioral Interventions in the Schools "Integrating Theory and Research into Practice "137-159. New York : Springer.
- Sadek, J. (2014). A Clinician's Guide to ADHD. 2th. London: Springer
- Shameem, F. (2019). *Executive dysfunctions in attention-deficit hyperactivity disorder.* In Ardila, A. Shameem, F. & Rosselli, M. (Eds.), Dysexecutive syndromes. Clinical and experimental perspectives. (pp 45-59). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Sood, A. & Sood, A. (2016). *Attention deficit hyperactivity disorder and DSM 5: What's new?* In Malhotra, S. & Santosh, P. (Eds.), Child and adolescent psychiatry "Asian Perspectives". (pp 33-50). New Delhi: Springer.
- Stein, D., Harstad, E. & Barbaresi, W. (2016). *Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*. In Pilapil, M., DeLaet, D., Kuo, A., Peacock, C. & Sharma, N. (Eds.), Care of adults with chronic childhood conditions. (pp39-51). Cham: Springer.
- Storer, J., Evans, S. & Langberg, J. (2014). Organization Interventions for Children and Adolescents with Attention-Defi cit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). In Mark D. Weist, Nancy A. Lever, Catherine P. Bradshaw & Julie Sarno Owens. Handbook of School Mental Health "Research, Training, Practice, and Policy". 385-398. New York: Springer.
- Tresco, K., Kessler, J., and Mautone, J. (2017). *Attention-deficit/hyperactivity disorder.* In Matson, J., (Eds.), Handbook of social behavior and skills in children. (pp 273-292). Cham: Springer.
- Víctor, A., Benito, A., Leonard, B. & Mateu, S. (2019). Invariance of parent ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms for children with and without intellectual disability, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32*(2), p288-299.
- Walton, J., Murphy, C., and Bartram, L. (2017). *Childhood behavioral problems attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD).* In O'Donohue, W., James, L. & Snipes, C. (Eds.), Practical strategies and tools to promote treatment engagement. (pp 171-185). Cham: Springer.

The Effectiveness of a Counseling Program for Mothers of Children with Intellectual Disability in Reducing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Among These Children

Dr. Ahmed R. Elsayed

Associate Professor of Special Education
College of Education-King Faisal University

Abstract:

This study aimed to investigate the effectiveness of a counseling program for mothers of children with intellectual disability in reducing attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among these children. The sample consisted of 12 mothers of children with intellectual disability, And their children with intellectual disability with (ADHD), They are 8 male and 4 female children. Whose IQs ranged from 50 to 75, and between 8 and 14 years of age, at Al-Amal Al-Moshreq Association in Cairo, The researcher applied to them the scale of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), Primary data form for the intellectually disabled child, counseling program (by the researcher). The results showed success of the counseling program for mothers in reducing (ADHD) among their intellectually disabled children.

Key Words: Counseling Program, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Mothers of Children with Intellectual Disability, Children with Intellectual Disability.