مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (40) العدد (6)2018
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Arts and Humanities Series Vol. (40) No. (6) 2018

مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه "دراسة مقارنة بين الأطفال الذين يخضعون إلى العلاج السلوكي والأطفال الذين يخضعون للعلاج الدوائي السلوكي المشترك "

د. صفاء صبح*

د. أنساب شروف**

أمجد أسعد***

(تاريخ الإيداع 27 / 3 / 2018. قبل للنشر في 29 / 11 / 2018)

□ ملخّص □

هدفت الدراسة الحالية إلى المقارنة في الأداء بين أطفال (ADHD) الذين يخضعون للعلاج السلوكي، وأطفال (ADHD) الذين يخضعون إلى العلاج الدوائي السلوكي المشترك، فيما يتعلق بمهارات التواصل.

ضمت العينة 34 طفلاً ADHD من المترددين إلى العيادات النفسية في مدينة اللاذقية؛ بواقع 14 طفلاً في المجموعة الأولى، و20 طفلاً في الثانية، والذين تتراوح أعمارهم بين 6–9 سنوات.

لتشخيص الاضطراب تم استخدام الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية DSM–5 ومقياس كونرز المعدل C. Kconners، وللمقارنة بين الفئتين تم استخدام مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي Vineland Adaptive Behavior Scale (بعد التواصل).

أسفرت الدراسة عن عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في المقياس ككل، وفي الأبعاد الثلاثة (اللغة التعبيرية، اللغة الاستقبالية، القراءة والكتابة).

الكلمات المفتاحية: مهارات التواصل – اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

* أستاذ مساعد، قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

**أستاذ مساعد، قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

***طالب دراسات عليا(دكتوراه)، قسم تربية الطفل، كلية التربية، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (40) العدد (6)2018
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Arts and Humanities Series Vol. (40) No. (6) 2018

Communication Skills with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children

Comparative Study between who are under the control of Behavioral Therapeutic and Behavioral & medicinal Therapeutic with Attention Deficit Hyperactivity Disorder children

Dr. Safa Sobh*
Dr. Ansab Sharrof**
Amgad Asaad***

(Received 27 / 3 / 2018. Accepted 29 / 11 / 2018)

□ ABSTRACT □

This study aimed at comparative in Communication Skills between who are under the control of Behavioral Therapeutic and Behavioral & medicinal Therapeutic with Attention Deficit Hyperactivity Disorder children.

A random sample were selected consist of 34 children with ADHD, who visit the psycho-clinics : 14 for first group and 20 for second group aged 6-9 years old.

Children with ADHD scaled by DSM-5, C. Kconners and Vineland Adaptive Behavior scales (Communication).

The results didn't reveal statistically significant differences in total score of Communication between both groups. Besides there weren't statistically significant differences in branch dimensions of Communication (the Expressive language, the Receptive language, the Reading and writing) for children with ADHD between both groups.

Keywords: Communication Skills - Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

* **Assistant professor, psychological counseling department, Faculty of Education, Tishreen University, Lattakia, Syria**

** **Assistant professor, psychological counseling department, Faculty of Education , Tishreen University, Lattakia, Syria.**

*** **Postgraduate Student, faculty of Education, Child education department, Faculty of Education, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

مقدمة:

يعد اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه (ADHD1)، من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً في مرحلة الطفولة، وتشير الدراسات العلمية الحديثة في الطب النفسي أن هذا الاضطراب يصيب نسبة تصل إلى (3–20)% تقريباً من أطفال العالم، كما أن معدل انتشاره بين الأطفال في عمر المدرسة يتراوح بين (4–6)% (علي،2012، 6). وADHD هو اضطراب عصبي، سلوكي ناتج عن خلل في بنية ووظائف الدماغ، يؤثر على السلوك و الأفكار والعواطف. وهو اضطراب يمكن التعامل معه و تخفيف حدة أعراضه بهدف مساعدة الطفل على التعلم وضبط النفس مما يساهم في نموه وتطوره. يتم التعرف على الطفل غالباً بين (5–9) سنوات وتستمر الأعراض عليه في فترة الطفولة والمراهقة. كذلك قد تستمر الأعراض أو بعضها في (30–60)% من الحالات إلى مرحلة الرشد (الحلبي،2002، 85).

يتمثل ADHD ببعض الصفات مثل: التسرع والاندفاع في إصدار الاستجابات مع عدم القدرة على تركيز الانتباه فترة طويلة، إلى جانب الحركة المستمرة والمفرطة في الشدة، الأمر الذي يجعل الطفل لا يستطيع إقامة علاقات طيبة مع أقرانه (العاسمي،2008، 55). وتشير المعايير التشخيصية لـ ADHD في الدليل التشخيصي الخامس (DSM[2]–5) إلى وجود أعراض مثل: "ضعف في الانتباه المركز للتفاصيل، صعوبة في بقاء الانتباه لمدة طويلة في المهام وأنشطة اللعب، صعوبة في الاتصالات وكأنه لا يسمع الحديث الموجه إليه، تجنب المشاركة في المهام التي تتطلب جهداً عقلياً متواصلاً، تشتت في الانتباه لجميع أنواع المثيرات القوي منها والضعيف" (APA[3], 2013,59).

مما سبق يتضح أن القصور في مهارات التواصل من أهم الجوانب التي تميز أطفال(ADHD). ومهارات التواصل Communication Skills كما يرى (الخيران،2011، 7) هي: "عملية تبادل المعارف والأفكار والآراء والمشاعر بشكل لفظي أو غير لفظي". ويعد أحد الجوانب الهامة في عملية تشخيص وتصنيف بعض فئات التربية الخاصة، إضافة إلى أهميته في مسألة العناية بالأطفال الذين هم في حاجة إلى تدريب وتأهيل. وقد وضح فاينلاند(Vineland) أن معرفة مهارات التواصل تتطلب معرفة الأداء في مجالات: اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية، القراءة والكتابة (العتيبي،أ،2004 ،16).

وفي ضوء ما يمكن أن يسهم به القصور في مهارات التواصل من قصور وتدني في المهارات الأخرى لدى أطفال (ADHD)، ونظراً للأهمية الحيوية لتلك المهارات في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي وغيره من السلوكات، كان الاهتمام البالغ بدراستها ومحاولة تنميتها لدى هؤلاء الأطفال في مراحل مبكرة، من خلال توفير خدمات العلاج السلوكي كأحد أبرز أساليب العلاج المستخدمة في علاج حالات (ADHD) بشكل مستقل عن العلاج الدوائي في بعض الأحيان، أو بالاشتراك معه في أحيان أخرى. ويستخدم العلاج الدوائي عادة للسيطرة على سلوك الطفل وتسهيل عملية التعلم من خلال إعطائه المنبهات النفسية كالريتالين Ritalin، والديكسدرين Dexdrine، والبنزيدرين Benzedrine ، الخ.. (بن نعيمة،2012، 34).

من هنا كانت فكرة البحث الحالي في محاولة لتقديم دراسة مقارنة في مهارات التواصل لدى عينة من أطفال (ADHD) المراجعين للعيادات النفسية، بين الأطفال الذين يخضعون إلى العلاج السلوكي والأطفال الذين يخضعون إلى العلاج الدوائي السلوكي المشترك، تكون مرتكز ودعامة أساسية تُبنى عليها العديد من البرامج العلاجية النفسية والسلوكية تعمل

1- ADHD اختصار لـ Attention Deficit Hyperactivity Disorder : اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.
2- DSM اختصار لـ Diagnostically and Statistical Manual Of Mental Disorders: الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية.
3- APA اختصار لـ America Psychiatric Association : الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

على تنمية وتدريب هؤلاء الأطفال على تلك المهارات، والتي قد تنعكس إيجاباً على تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم.

مشكلة البحث:

ظهرت مشكلة هذا البحث من خلال الملاحظة المباشرة والعمل الميداني للباحث في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة ومن خلال مطالعته للدراسات السابقة والأدبيات النظرية التي تناولت خصائص أطفال (ADHD)؛ فهناك العديد من الدراسات التي أكدت على القصور الواضح في المهارات التواصلية لدى أطفال (ADHD) أهمها: (الزارع،2012 ؛ الناطور،2011 ؛ إبراهيم،2008 ؛ الحمد،2007 ؛ Frazier et al,2007). ولما كان تنمية هذه المهارات هي نقطة انطلاق أساسية في التخفيف من كثير من السلوكات التي يعاني منها أطفال (ADHD)، كان لا بد من دراستها في ضوء أنواع الرعاية المقدمة بما تتضمنه من برامج وخدمات واستراتيجيات تدخل لهؤلاء الأطفال، والتي في الغالب تعتمد على العلاجين السلوكي، والدوائي السلوكي المشترك.

على الرغم من تأكيد عدد من الدراسات مثل: (البطاينة وآخرون،2009؛ الناطور والقرعان،2008؛ Mierncki & Hukriede, 2004؛ Froelich et al, 2002) على أهمية تقديم العلاج الدوائي مرافق للعلاج السلوكي للسيطرة على سلوك الطفل أثناء التدريب، حيث أشارت تلك الدراسات إلى أن استخدام العقاقير المنشطة أدى إلى زيادة السلوك داخل المهمة، والتقليل من التململ والنشاط الزائد، وتحسن مستوى إطاعة الطفل للوالدين، وتفاعله مع أقرانه، وتحسن أدائه على عدد من المهمات الاختبارية. إلا أن دراسات أخرى أكدت أن العلاج الدوائي وعلى الرغم من أنه يقدم حلولاً سريعة للمشكلة لكنها مؤقتة؛ حيث توصلت دراسة (إبراهيم،2011) إلى عدم وجود فروق بين العلاجين السلوكي، والدوائي السلوكي المشترك لدى عينة من أطفال(ADHD) المراجعين للعيادات النفسية في القياسين البعدي والمتابعة، وهذا يدل على أن فاعلية البرنامجين كانت متقاربة مما يُضعف أثر التدخل الدوائي أثناء استخدام البرامج السلوكية وغيرها من البرامج. كما أشار سنيدر وآخرون (Snider et al, 2003) إلى أن لتلك العقاقير آثار سلبية على الطفل من أهمها: الكسل، وفقدان الشهية للطعام، والأرق وتقلبات المزاج، وانخفاض الوزن، وآلام المعدة والرأس، وفقدان فاعلية هذه العقاقير عند استخدامها لفترة طويلة.

أمام هذا التناقض ولحل هذه الإشكالية، كان لا بد من دراسة مهارات التواصل التي يعاني منها أطفال(ADHD) في ظل البرامج العلاجية المقدمة، لأن عملية التدخل المبكر قد تكون ضرورية جداً للعمل على تطوير قدرة هؤلاء الأطفال على التواصل بشكل تلقائي، والتخفيف من كثير من الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب، وبالتالي فإن محاولات التدخل العلاجية تحتاج إلى استخدام دقيق للبرامج سواء السلوكية أو المختلطة. من أجل ذلك كله، رأى الباحث ضرورة إجراء دراسة مقارنة في مهارات التواصل لدى أطفال(ADHD) الذي يخضعون لعلاج سلوكي وأقرانهم ممن يخضعون لعلاج دوائي سلوكي مشترك، وذلك لدى عينة من أطفال (ADHD) المترددين على العيادات النفسية في مدينة اللاذقية. مما سبق يمكن تحديد مشكلة البحث بالسؤال التالي: ما هي أهم الفروق بين أطفال(ADHD) الذين يخضعون لعلاج سلوكي وأقرانهم ممن يخضعون لعلاج دوائي سلوكي مشترك في مهارات التواصل لدى عينة من أطفال (ADHD) المراجعين للعيادات النفسية في مدينة اللاذقية ؟

أهمية البحث وأهدافه:

ترجع أهمية الدراسة إلى النقاط التالية:

- الأهمية العلمية:

1- تسليط الضوء على جوانب هامة في اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، تسهم بشكل أساسي في عملية العلاج والتخفيف من حدة الاضطراب.

2- دراسة بعض جوانب التواصل لدى أطفال(ADHD) ؛ بهدف تنميتها وتطويرها فيما بعد ، مما قد يوفر لهم الحد الأدنى من الإعداد اللازم للحياة يؤهلهم للانخراط في المجتمع.

3- تقديم معلومات هامة حول بعض أنواع البرامج العلاجية المقدمة للأطفال(ADHD) كالعلاج السلوكي، والدوائي السلوكي المشترك، تساعد والدي الأطفال ومعلميهم في التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب وتعديل سلوكياتهم غير المقبولة اجتماعياً مما قد يسهم في رعايتهم .

- الأهمية العملية:

1- إن ما سيتوصل إليه البحث من نتائج ، محاولة لسد النقص في مجال إعداد برامج الرعاية والتدريب للأطفال (ADHD)، والاستفادة منها في وضع الخطط والاستراتيجيات الخاصة بهم.

2- يُتوقع أن يسهم البحث الحالي في وضع أهداف تربوية للأطفال(ADHD) تخدم مؤسسات الإعاقة والأخصائيين في مجال التأهيل النفسي لهؤلاء الأطفال.

ويهدف البحث إلى ما يلي:

1_ التعرف إلى أوجه القصور في مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين وأقرانهم من ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

2_ إجراء مقارنة بين أطفال(ADHD) الذي يخضعون لعلاج سلوكي وأقرانهم ممن يخضعون لعلاج دوائي سلوكي مشترك في مهارات التواصل لدى عينة من أطفال (ADHD) المترددين على العيادات النفسية في مدينة اللاذقية، من أجل الوصول إلى أهم الفروق في مقدار التحسن الذي يحصل في مهارات التواصل لدى هؤلاء الأطفال في ضوء الرعاية والبرامج العلاجية المقدمة لهذه الفئة.

مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية:

- اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه (ADHD): يعرفه الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة أنه: الصعوبة في التركيز على المهمة، ويصاحبه نشاط زائد (الخطيب،2001 ،165)، بينما تُعرّفه (APA,2000) بأنه: ضعف واضح في الانتباه والتواصل، وزيادة مفرطة في النشاط والاندفاعية. **ويُعرّف الباحث أطفال (ADHD) إجرائياً** في هذه الدراسة بأنهم: أطفال (ADHD) الذين تتراوح أعمارهم بين (6- 9) سنوات، المراجعين للعيادات النفسية في مدينة اللاذقية والذين تم تشخيصهم وفق معايير(DSM-5)، ويخضعون لبرامج علاجية خاصة (سلوكية، ودوائية سلوكية مشتركة).

- مهارات التواصل Communication Skills: هي جميع المهارات التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المحيطين به بهدف إرسال واستقبال رسالة منهم أو إليهم، سواء كان ذلك هدفاً لتدعيم شكل التواصل اللفظي أو أسلوب للتواصل غير اللفظي في حد ذاته ومن هذه المهارات "التواصل البصري، تعبيرات الوجه، الإشارات والإيماءات" (علي،2008، 16). وتتضمن عملية التواصل تلقي الفرد لما يُقدّم إليه من معلومات وتفهمه لها (اللغة الاستقبالية)

ونقل الأفكار بصورة ملفوظة أو رمزية أو مكتوبة (اللغة التعبيرية) (لمفون،2012، 6). **ويُعرّف الباحث مهارات التواصل إجرائياً** في هذه الدراسة بأنه: ما تعكسه الدرجة التي يحصل عليها الطفل في الأبعاد الفرعية التي يتضمنها المقياس المستخدم في الدراسة وهو مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي (بعد التواصل)، ويتضمن: اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية، القراءة والكتابة.

العلاج السلوكي Behavioral Therapeutic: نوع من العلاج يعتمد على تطبيق مبادئ التعلم، والاستخدام المنظم لها بهدف تعديل سلوك الفرد أو تغييره، من خلال إكساب أو تقوية السلوك المرغوب فيه، وإضعاف أو إيقاف السلوك غير المرغوب فيه (السيد،2014، 18). **ويُعرّف الباحث العلاج السلوكي إجرائياً** بأنه: استخدام واحدة أو أكثر من فنيات تعديل السلوك (التعزيز، التعاقد السلوكي، تكلفة الاستجابة، الخ...) من قبل مختصين في هذا المجال مع أطفال (ADHD) المراجعين لبعض العيادات النفسية في مدينة اللاذقية، بهدف تعديل الأعراض السلوكية الناتجة عن هذا الاضطراب.

العلاج الدوائي السلوكي المشترك Behavioral & medicinal Therapeutic: هو أحد أنواع البرامج العلاجية الطبية الذي يعتمد على استخدام العقاقير الطبية بشكل متزامن مع البرامج السلوكية، ويستخدم هذا النوع من العلاج بشكل واسع مع أطفال (ADHD)، وذلك لتوقع فاعليته العالية في زيادة نشاط الأجهزة الإرادية في الجسم، وتقوية وزيادة فاعلية الناقلات العصبية في الجهاز العصبي المركزي (Conte,2007, 34). **ويُعرّفه الباحث إجرائياً** في هذه الدراسة بأنه: استخدام مجموعة من العقاقير المنشطة من قبل أطباء أو أخصائيين نفسيين مع أطفال (ADHD) المراجعين لبعض العيادات النفسية في مدينة اللاذقية، وذلك بهدف تخفيف الأعراض الأساسية للاضطراب أثناء تقديم برامج تعديل السلوك المخططة لهم.

الإطار نظري:

اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه ADHD:

يعد (ADHD) من الاضطرابات السلوكية الشائعة في مرحلة الطفولة وتتميز أعراضه بـ:

- عدم القدرة على التركيز بشكل كبير، وهذا يُلاحظ من جميع من يحيطون به.
- سهولة تشتت انتباه الطفل بشكل كبير .
- فرط النشاط وكثرة الحركة، وهذه يتميز بها الذكور أكثر من الإناث.
- الاندفاعية والتهور، حيث يندفع الطفل ويقوم بأعمال دون تقدير العواقب لما قام به من عمل، وما يترتب على ذلك من مسؤوليات يكون من هم في مثل سنه على دراية بها.

ويلاحظ عند هؤلاء الأطفال النزعة العدوانية تجاه الآخرين بدون الخوف من العقاب، كما يبتعدون عن الآخرين وينعزلون على أنفسهم، بالإضافة إلى أنهم لا يلتزمون بالأوامر اللفظية، ويفشلون في اتباع الأوامر مع عدم تأثير العقاب والتهديد فيه (الحلبي،2002، 85) .

مما سبق يتضح أن القصور في مهارات التواصل من أهم الجوانب التي تميز أطفال(ADHD). والتواصل بمفهومه العام هو النشاط الذي يتضمن إرسال واستقبال ما تريده الكائنات بعضها من بعض وهو الوسيلة التي يتم فيها التعبير عن الحاجات والرغبات، وبالمعنى المحدد هو استخدام الكلام كرموز لغوية للتعبير عن الحاجات والأفكار والمشاعر بين الناس. واضطرابات التواصل هي عبارة عن اضطراب في الاستخدام الطبيعي للنطق واللغة (نصر،2002، 86).

أهم جوانب القصور في المهارات التواصلية لدى الأطفال الذين لديهم ADHD:

تشير المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR, 2000) الصادر عن (APA,2000) إلى أن أهم الخصائص التواصلية لـ ADHD هي:

- ضعف الانتباه المركز للتفاصيل وظهور أخطاء ومشكلات كثيرة في الأعمال المدرسية (الواجبات، الأنشطة) وغيرها من النشاطات التي يمارسها.
- صعوبة في بقاء الانتباه لمدة طويلة في المهام وأنشطة اللعب.
- صعوبة في الإنصات؛ لذا يبدو وكأنه لا يستمع للحديث الموجه إليه.
- لا يتبع التعليمات الخاصة بالمهام الموكلة إليه وبالتالي يفشل في إنهاء المهام والأعمال المدرسية أو الواجبات داخل بيئة العمل (لا تعود أسبابه إلى السلوك غير السوي أو الفشل في فهم التعليمات).
- صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.
- يتجنب ويبدي كرهه وتردده في المشاركة في المهام التي تتطلب جهداً عقلياً متواصلاً (مثل العمل المدرسي أو الواجبات الدراسية في المنزل).
- يفقد وينسى الأشياء اللازمة لإتمام المهام المدرسية مثل: الأقلام، الكتب، الممحاة، الأدوات...الخ.
- يتشتت انتباهه لجميع أنواع المثيرات القوي منها والضعيف.
- ينسى الأنشطة اليومية التي اعتاد على أدائها بشكل متكرر.

إن التخفيف من حدة الاعراض الأساسية لدىADHD ومن ضمنها القصور في مهارات التواصل يعتمد على مجموعة من البرامج العلاجية أهمها:

العلاج السلوكي:

يعد من الأساليب الناجحة والفعالة مع أطفال (ADHD)، ويقوم على نظرية التعلم من خلال تحديد السلوكيات غير المرغوب فيها لدى الطفل، والعمل على تعديلها، ومحاولة اكسابه السلوكيات المناسبة في المواقف التعليمية المختلفة، ويعتمد هذا النموذج العلاجي على فنيات تعديل السلوك مثل: التعزيز، والعقاب، وضبط المثير، والتعاقد السلوكي، والإطفاء، والمبدأ الأساسي لتعديل السلوك يتضمن أن السلوك بشكل أساسي يُكتسب نتيجة لتفاعلات الأفراد مع البيئة، وإن تغيره يمكن أن يتحقق من خلال معالجة أو تعديل في الظروف السابقة للسلوك أو في النتائج اللاحقة له، لذلك فإن سلوك الفرد يمكن تغييره وإعادة تشكيله من خلال تغيير البيئة مباشرة (بن نعيمة،2012، 35).

العلاج الدوائي:

كان العلاج بالعقاقير الطبية أولى الطرق العلاجية التي استخدمها العلماء لخفض ADHD ، وكان عقار الريتالين Retalin ذلك الوقت حتى الآن، ويليه الديكيسدرين Dexdrine ، والسايليرت Cylert ، وبيمولين الماغنيسوم Magnesium Pimoline .

إن العلاج بالعقاقير يعتمد على افتراض أن قصور الانتباه؛ يرتبط بالخصائص العصبية أو الفسيولوجية للطفل. وإن ما يقرب من (90%) من الأطفال المندفعين في الولايات المتحدة؛ كان يتم علاجهم بعقار الريتالين، إلا أن (25%) من الأطفال المترددين على العيادات النفسية لا يستجيبون جيداً للعلاج بالعقاقير الطبية، كما أن آثار تلك العقاقير على التعلم والسلوك ليست جيدة بالرغم من أن البحوث العلاجية؛ قد استخدمت في الفترة الأخيرة العلاج بالعقاقير مع طرق

علاجية أخرى لخفض الاندفاعية، وبالتالي اتجه غالبية المعالجين إلى التركيز على أساليب العلاج السلوكي، والعلاج الدوائي السلوكي المشترك (السيد،2014، 18).

منهجية البحث:

1- المجتمع الأصلي للبحث: لم يتمكن الباحث من الوصول إلى المجتمع الأصلي للبحث الحالي بسبب عدم وجود إحصائيات دقيقة حول عدد أطفال (ADHD) المراجعين للعيادات النفسية في مدينة اللاذقية، سواء ممن يخضعون للعلاج السلوكي، أو للعلاج الدوائي السلوكي.

2- عينة البحث: تكونت عينة البحث النهائية من (34) طفلاً قام الباحث باختيارهم بطرقة قصدية من إحدى العيادات النفسية في مدينة اللاذقية، حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة الأولى (14 طفلاً يخضعون للعلاج السلوكي)، المجموعة الثانية (20 طفلاً يخضعون للعلاج الدوائي السلوكي).

الإجراءات التي اتّبعت في اختيار العينة:

- تم اختيار عينة أطفال(ADHD) من عيادة نفسية واحدة، وهي عيادة الدكتورة صوفيا السيد في مدينة اللاذقية، لضمان تلقيهم نفس التشخيص وتفس البرامج والخطط السلوكية ونوع الأدوية لمن يتعاطى منهم الأدوية، والعيادة يتردد عليها عدد كبير من أطفال(ADHD) وغيرهم من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. بعد ذلك تم اختيار الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (6-9) سنوات بطريقة قصدية، وبلغ عددهم (34) طفلاً. وقد تم تشخيصهم طبقاً لـ(DSM-5). وبالتالي أصبحت المجموعتين متكافئتين في المتغيرات الآتية:

1. العمر الزمني : جميع الأطفال عينة البحث يمثلون مرحلة عمرية واحدة (6-9 سنوات).
2. الإعاقة: جميع أطفال المجموعة الأولى، وأطفال المجموعة الثانية تم التأكد من أنهم يعانون من ADHD، وتتراوح شدته بين خفيفة ومتوسطة، وذلك حسب (DSM-5)، ومقياس كونرز المعدل C. Kconners

3- حدود البحث: تم إجراء البحث الحالي ضمن حدود زمانية ومكانية وموضوعية ارتبطت بخصائص العينة المسحوبة للدراسة، ويتحدد البحث الحالي بالنقاط التالية:

1. أطفال (ADHD) الذين تتراوح أعمارهم (6- 9) سنوات والمشخصين في ضوء الفحص الطبي النفسي في "عيادة الدكتورة صوفيا السيد" في مدينة اللاذقية ، وعددهم (34) طفلاً. وقد أشارت عدة دراسات (علي،2012؛ سفر،2004؛ الناطور والقرعان،2008) إلى أنها المرحلة العمرية الأنسب لهذا النوع من الدراسات.
2. الفترة الزمنية لتطبيق البحث وهي خلال العام الدراسي 2017-2018م.

*كما يتحدد البحث بالحدود الموضوعية التالية:

- العلاج السلوكي، والدوائي السلوكي المشترك.
- مهارات التواصل وهي: (1) اللغة الاستقبالية، (2) اللغة التعبيرية، (3) القراءة والكتابة. ولقد تم اختيار هذه المهارات للأسباب التالية:
- اعتبارها من وجهة نظر الباحث أهم المهارات التي يعتمد فيها طفل(ADHD) على الآخرين في تواصله مع الآخرين سواء في المنزل أو في المراكز التي تعنى بهذه الفئة. وذلك من خلال ملاحظة الباحث الميدانية، وانطلاقاً من وجوب تحديد المهارات المستهدفة اعتماداً على تقييم القدرات الحالية للطفل(مواطن القوة والضعف).

– تأكيد الكثير من الأدبيات النظرية والدراسات السابقة التي تحدثت عن خصائص أطفال (ADHD) (محمدي،2011؛ إبراهيم،2008؛ APA,2000 ؛Hallahan & Dauffman,2000)، على أن تلك المهارات – بالإضافة إلى أنها تمثل الأنشطة والمهارات التي يحتاجها جميع الناس للتواصل على نحو كامل ومستقل بقدر المستطاع في عائلاتهم ومجتمعهم ومدارسهم– فإنها تعد الأنسب في دراستها لدى أطفال (ADHD).

4– منهج البحث: اعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج (الوصفي المقارن) المناسب لهذا النوع من الدراسات، والذي يحاول فيه الباحث وصف الحالة الراهنة أو السلوك الظاهر لمجموعة من الأفراد، أي ملاحظة ما إذا كان هناك فروقاً بين مجموعات معينة في متغير ما (الفروق في مهارات التواصل بين الأطفال الذي يخضعون لعلاج سلوكي وأقرانهم ممن يخضعون لعلاج دوائي سلوكي مشترك)، وتحديد أسباب الفروق القائمة بين هذه المجموعات. (أبو علام،2004، 219).

5– أداة البحث: تم استخدام مقياس التواصل في الدراسة الحالية من خلال الاستعانة بمقياس فاينلاند للسلوك التكيفي (بعد التواصل)، وقد كان اختيار هذه الأداة يقوم على مجموعة من الاعتبارات أهمها: قدرة المقياس على التمييز بين أداء الأفراد على المستويات المختلفة للقياس، وتغطيته لمدى عمري واسع يبدأ من السنة الأولى من العمر مما يجعله ملائماً للاستخدام مع حالات الإعاقة البسيطة والشديدة، وما تعرض له المقياس من عمليات تطوير مستمرة، وتحسين لخصائصه السيكومترية، بالإضافة إلى ملائمته للدراسة الحالية، وهذا ما أثبتته دراسة كل من: Loveland & Keller (1999)، Stone et al (1999)، Carter, et al (1998)، نقلاً عن دراسة (العتيبي،أ،2004). ويحتوي مقياس فاينلاند على مجموعة بنود توفر تقييماً عاماً للسلوك التكيفي يفيد في تحديد مجالات القوة والضعف في هذا السلوك ، ويتم استيفاء البيانات عن سلوك الطفل من جانب الوالدين أو ولي أمر الطفل أو أي شخص آخر لديه الفرصة الكافية لملاحظته عن قرب ويشتمل المقياس على خمسة أبعاد رئيسة: التواصل – المهارات اليومية – التنشئة الاجتماعية – المهارات الحركية – السلوك غير التكيفي (العتيبي،ب،2004). وقد تم في الدراسة الحالية اختيار بعد مهارات التواصل الذي يتضمن (66) بند موزعة على (3) أبعاد فرعية: اللغة الاستقبالية (14 بنداً)، اللغة التعبيرية (29 بنداً)، القراءة والكتابة (23 بنداً). هذه البنود تقيس استجابات وسلوكيات ومهارات تواصلية يقوم بها الطفل وتتدرج من السهولة إلى الصعوبة مع تقدم عمر الطفل.

وفي دراسة (أسعد،2014) تم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس واستخدم الباحث في تلك الدراسة عدة طرق للتأكد من أنه صالح للتطبيق في البيئة السورية؛ منها: الصدق الظاهري، والصدق عن طريق الاتساق الداخلي، وتراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية ما بين 0.69 ، 0.78 وكلها معاملات ارتباط دالة عند مستوى (0.05) كما تم التحقق من ثبات المقياس بعدة طرق منها: الثبات بالإعادة حيث كانت قيمة معامل الارتباط بيرسون بين التطبيقين (0.98)، ومعامل "ألفا كرونباخ" لمقياس السلوك التكيفي الكلي والأبعاد الفرعية كانت كما يلي: الكلي (0.89)، بعد اللغة الاستقبالية (0.73)، بعد اللغة التعبيرية (0.78)، بعد القراءة والكتابة (0.70).

الدراسات السابقة:

فيما يلي عرض لأهم الدراسات العربية والأجنبية التي جرت في إطار موضوع الدراسة والتي استفاد منها الباحث:

الدراسات العربية:

1- دراسة (الناطور والقرعان،2008): عمان- الأردن.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة أردنية من الأطفال ADHD.

عينة الدراسة: (100) طفل ADHD من طلبة الصفوف الرابع والخامس والسادس الأساسي، توزعوا إلى مجموعتين: تجريبية تلقت برنامج يعتمد على (التعليم الذاتي، ومراقبة الذات)، ضابطة تلقت البرنامج الاعتيادي.

أداة الدراسة: الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV-R) الصادر عام (2000) - مقياس فرط النشاط ونقص الانتباه من إعداد السيد عي أحمد (1999).

أهم النتائج: وجود فروق بين المجموعتين على الأبعاد الفرعية للمقياس بصورتيه المدرسية والمنزلية لصالح المجموعة التجريبية؛ مما دل على فاعلية البرنامج التدريبي في خفض أعراض الاضطراب.

2- دراسة (الخشرمي، 2009): جامعة الملك سعود، الملكة العربية السعودية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى إجراء دراسة تحليلية تبين العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم المرتبطة به.

عينة الدراسة: مجموعة من الدراسات العربية والاجنبية التي تحدثت عن مظاهر صعوبات التعلم الناتجة عن ضعف الانتباه والنشاط الزائد في مدارس التعليم العام، والتجاوب الخاطئ مع تلك المظاهر من خلال معلمي التربية الخاصة أو معلمي التعليم العام.

أداة الدراسة: دراسة مسحية تحليلية لمجموعة من الدراسات السابقة.

أهم النتائج: توصلت الدراسة إلى أن معظم الأطفالADHD يعانون من مشكلات في التحصيل القرائي وفي الكتابة تبدأ في المراحل الدراسية الأولى وتتزايد كلما تم تجاهلها، وترتبط غالباً بمشكلات الانتباه، كما أنهم يواجهون مشكلة في تقدير ومتابعة الوقت، مما يقود إلى ضياع الوقت دون أن ينجزوا العمل المطلوب منهم. كما أن مشكلات اللغة لديهم تقود إلى صعوبات أكاديمية في الجوانب اللغوية، كالقراءة ومشكلات التواصل والتعبير عن الذات. بالإضافة إلى مشكلات الاستيعاب القرائي والفهم للتعليمات الصفية المعقدة. كما يعاني معظمهم من عدم القدرة على اتباع المعايير والأنظمة المتعلمة و تفعيلها في الواقع للتحكم في الموقف بسبب فقدان التواصل مع الآخرين.

3- دراسة (البطاينة وآخرون،2009): المدينة المنورة، الملكة العربية السعودية.

هدف الدراسة: تعرف درجة فاعلية البرامج المقدمة لمعالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من وجهة نظر أولياء الأمور والعاملين في مراكز تعديل السلوك بالمدينة المنورة.

عينة الدراسة: تكونت من (77) عامل في كل مركز، و(100) من أولياء الأمور.

أداة الدراسة: مقياس لجمع البيانات اشتمل على (62) فقرة موزعة على أربعة مجالات هي :مجال البرنامج التشخيصي، ومجال برنامج الدعم والإرشاد الأسري، ومجال برنامج العلاج الدوائي، ومجال برنامج العلاج السلوكي.

أهم النتائج: توصلت الدراسة إلى أن مجال برنامج الدعم والإرشاد الأسري احتل المرتبة الأولى، تلاه في المرتبة الثانية مجال البرنامج التشخيصي، تلاه في المرتبة الثالثة مجال برنامج العلاج الدوائي، بينما جاء في المرتبة الأخيرة مجال برنامج العلاج السلوكي حسب تقديرات أولياء الأمور، واحتل مجال برنامج العلاج السلوكي المرتبة الأولى، تلاه في

المرتبة الثانية مجال البرنامج التشخيصي، تلاه في المرتبة الثالثة مجال برنامج الدعم والإرشاد الأسري، بينما جاء في المرتبة الأخيرة مجال برنامج العلاج الدوائي حسب تقديرات العاملين في المراكز.

4- دراسة (محمدي،2011): مدينة بورقلة، الجزائر.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تفحص فاعلية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب الانتباه والنشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة.

عينة الدراسة: طُبقت الدراسة على تلاميذ السنة الرابعة ابتدائي ذكور وإناث بعمر (9 سنوات).

أداة الدراسة: برنامجين تدريبيين لتعديل سلوك الأطفال ممن لديهم ADHD و صعوبات في الكتابة.

أهم النتائج: أثبتت نتائج الدراسة أن للبرنامجين التدريبيين المصممين فعالية في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة لدى التلاميذ عينة البحث.

5- دراسة (إبراهيم،2011): محافظة دمشق- سورية

هدف الدراسة: الكشف عن فاعلية هذا البرنامج السلوكي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من خلال مقارنة أثره مع برنامجي علاج: (دوائي ومشترك سلوكي ودوائي).

عينة الدراسة: (28) طفلاً ADHD أعمارهم بين (7-11) سنة من المترددين على العيادات النفسية في دمشق.

أداة الدراسة: مقياس كونرز لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بقياس قبلي وبعدي ومتابعة لثلاث مجموعات (سلوكي- دوائي- دوائي سلوكي مشترك).

أهم النتائج: وجود فروق بكل مجموعة لصالح القياس البعدي مما يدل على فاعلية كل برنامج على حدة، وعدم وجود فروق بين المجموعات الثلاث مما يدل على عدم تفوق أي برنامج على الآخر.

الدراسات الأجنبية:

1- دراسة (Kleinberg et al, 2003): لندن.

هدف الدراسة: اختبار فاعلية برنامج تدريبي قائم على الكمبيوتر لتقوية تشغيل الذاكرة لدى الأطفال الذين لديهم ADHD ويعانون من اضطراب الوظائف الاتصالية العملية.

عينة الدراسة: 50 طالب وطالبة في عمر (7-12) سنة.

أداة الدراسة: برنامج تدريبي قائم على استخدام الحاسوب، مقياس تجريبي لقياس الذاكرة العملية.

أهم النتائج: أشارت النتائج إلى أن أعراض الاندفاعية والنشاط الزائد وعدم الانتباه لدى الأبناء الذين تعرضوا لبرنامج مكثف لتشغيل الذاكرة انخفضت عما كانت عليه قبل التدريب، واستمر ذلك بعد (3) أشهر من التدريب، خاصة في جانب الانتباه والتواصل.

2- دراسة (Kapalka, 2004): الولايات المتحدة الأمريكية.

هدف الدراسة: اختبار إمكانية تحسين استجابة وطاعة الأطفال الذين لديهم ADHD للأوامر والتعليمات عندما تستخدم استراتيجية التركيز البصري مع الطفل.

عينة الدراسة: 76 طفلاً ممن يعانون من ADHD.

أداة الدراسة: مقياس التواصل البصري.

أهم النتائج: يمكن تحسين مشكلة التواصل البصري لدى الأطفال ADHD من خلال استخدام بعض الخطوات السلوكية التالية: إعطاء نوع واحد من التعليمات فقط في كل مرة للطفل بعد تركيز البصر عليه، واستخدام نبرة صوت هادئة.

تقديم التعليمات كعبارة مباشرة مثل "ضع القلم على الطاولة الآن" بدلاً من تقديمها على شكل سؤال "ممكن أن تضع القلم على الطاولة الآن؟". تقليص المشتتات التي يمكن أن تكون موجودة، مثلاً "إطفاء التلفزيون عند إعطاء التعليمات". تعزيز الطفل لاتباع التعليمات، واستخدام عقاب بسيط عندما لا يتبع التعليمات (الإقصاء- الحرمان).

3- دراسة (Biederman, 2004): الولايات المتحدة الأمريكية.

هدف الدراسة: اختبار تأثير اضطراب الوظائف التنفيذية على الإنتاج الأكاديمي للطلاب ADHD

عينة الدراسة: 259 طالباً وطالبة من الأطفال والمراهقين ممن لديهم ADHD و 222 طالباً وطالبة ممن لا يوجد لديهم ADHD ، تراوحت أعمارهم بين (6-17) سنة.

أداة الدراسة: الدليل التشخيصي الرابع المعدّل للاضطرابات النفسية، مقياس صعوبات التعلم.

أهم النتائج: الطلاب ADHD أظهروا أداء أكاديمي أضعف من العاديين في العديد من المجالات، وقد ارتبط هذا الضعف بالحالات التي ظهر لديهم اضطراب في الوظائف التنفيذية. بالإضافة إلى أن 44% منهم كان لديهم صعوبات تعلم وتحصيل أكاديمي منخفض، ومشكلات واضحة في القراءة.

تعقيب على الدراسات السابقة:

أظهرت الدراسات السابقة التي تم عرضها بعض النتائج يمكن تلخيصها على النحو التالي:

- الدراسات التالية: (محمدي،2011)،(الخشرمي،2009) ،(Biederman,2004)،(Kapalka,2004)، أظهرت أهم جوانب القصور في مهارات التواصل لدى الأطفال ADHD مثل: اللغة التعبيرية (فقدان التواصل الاجتماعي مع الآخرين، ضعف التواصل البصري، عدم القدرة على اتباع المعايير والأنظمة المتعلمة و تفعيلها في الواقع للتحكم في الموقف)، اللغة الاستقبالية (ضعف القدرة على الاستماع والفهم، صعوبة استقبال المعلومات واتباع التعليمات)، القراءة والكتابة (مشكلات في التحصيل القرائي والكتابة، مشكلات الاستيعاب القرائي والفهم للتعليمات الصفية المعقدة، صعوبات أكاديمية في الجوانب اللغوية)، ودراسة (Kleinberg et al, 2003) بينت القدرة على خفض مشكلة الانتباه لدى ADHD في حال تحديد نقاط الضعف في القدرات الاتصالية العملية لديهم.

اتفقت الدراسة الحالية مع هذه الدراسات من حيث التركيز على جوانب القصور في مهارات التواصل لدى الأطفال ADHD وتأثيرها على جوانب نمائية أخرى لديهم، وأهمية ذلك في وضع البرامج التدريبية والعلاجية لهذه الفئة. وامتازت الدراسة الحالية عنها في تناولها لهذه المهارات كأحد أهم الأعراض التي تظهر لدى الأطفال ADHD، وليس كصعوبات تعلم تتعلق بالقصور بالأكاديمي فقط. بالإضافة إلى تناول فئة عمرية محددة (6-9) سنوات.

- دراسة (الناطور والقرعان،2008) تناولت فاعلية برنامج سلوكي معرفي (التعليم الذاتي، ومراقبة الذات) في خفض أعراض ADHD. اتفقت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في تسليط الضوء على أهمية استخدام البرامج السلوكية مع الأطفال ADHD، وامتازت عنها بمقارنتها بالبرامج الدوائية المستخدمة معهم.

- دراسة (البطاينة وآخرون،2009) استعرضت آراء مجموعة من أولياء الأمور والعاملين مع الأطفال ADHD حول عدد من البرامج العلاجية والتدريبية المقدمة لهم، ودراسة (إبراهيم،2011) قارنت بين برنامجين "دوائي_ ودوائي سلوكي مشترك") لدى عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية في مدينة دمشق. اتفقت الدراسة الحالية مع هذه الدراسات في تناول أكثر من برنامج علاجي مستخدم مع الأطفال ADHD (خاصة البرامج السلوكية والدوائية) والمقارنة بينها لتحديد الأكثر فاعلية، وامتازت الدراسة الحالية عنها من حيث طبيعة العينة المدروسة، وحجمها، والمرحلة العمرية.

– تبعاً لما تقدم، ونظراً لعدم وجود دراسات محلية –على حد علم الباحث– تناولت المقارنة في مهارات التواصل بين الأطفال ADHD الذي يخضعون لعلاج سلوكي وأقرانهم ممن يخضعون لعلاج دوائي سلوكي مشترك لدى عينة من الأطفال ADHD المراجعين للعيادات النفسية في مدينة اللاذقية، كل ذلك دفع الباحث لإجراء الدراسة الحالية.

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة وكإجابات محتملة على ما أثير سابقاً من تساؤلات سابقة في مشكلة الدراسة يمكن وضع الفروض التالية:

الفرضية الرئيسية: لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات أطفال (ADHD) الذين يخضعون لعلاج سلوكي وأقرانهم ممن يخضعون لعلاج دوائي سلوكي مشترك على مقياس التواصل الكلي. ويتفرع عنها الفرضيات التالية:

الفرضية الفرعية الأولى: لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات أطفال (ADHD) الذي يخضعون لعلاج سلوكي وأقرانهم ممن يخضعون لعلاج دوائي سلوكي مشترك في بعد (اللغة الاستقبالية).

الفرضية الفرعية الثانية: لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين أطفال (ADHD) الذي يخضعون لعلاج سلوكي وأقرانهم ممن يخضعون لعلاج دوائي سلوكي مشترك في بعد (اللغة التعبيرية).

الفرضية الفرعية الثالثة: لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات أطفال (ADHD) الذي يخضعون لعلاج سلوكي وأقرانهم ممن يخضعون لعلاج دوائي سلوكي مشترك في بعد (القراءة والكتابة).

النتائج والمناقشة:

1– نتائج البحث:

بعد حساب قيمة (ت) ودلالتها للفرق بين متوسطي درجات أطفال (ADHD) الذين يخضعون للعلاج السلوكي، وأقرانهم ممن يخضعون للعلاج الدوائي السلوكي (المشترك) على مقياس التواصل وأبعاده الفرعية (اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية، القراءة والكتابة) توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج يبينها الجدول التالي:

جدول قيمة ت ودلالتها للفرق بين متوسطي درجات أطفال (ADHD) الذين يخضعون للعلاج السلوكي، وأقرانهم الذين يخضعون للعلاج المشترك على مقياس التواصل وأبعاده الفرعية

الفرضية	المجموعة	م	ع	ت	الدلالة
مقياس التواصل الكلي	علاج سلوكي	74.7	11.4	0.51	غير دالة
	علاج مشترك	73.7	9.4		
اللغة الاستقبالية	علاج سلوكي	10	2.3	0.02	غير دالة
	علاج مشترك	12.9	4.6		
اللغة التعبيرية	علاج سلوكي	38.4	11.8	0.20	غير دالة
	علاج مشترك	33.2	11.3		
القراءة والكتابة	علاج سلوكي	32.9	5.8	0.59	غير دالة
	علاج مشترك	31.8	6.7		
قيمة ت الجدولية عند: درجات الحرية (ن1+ن2–2)= 32 ، ومستوى دلالة 0.05 هي: 2.02					

2– مناقشة النتائج وتفسيرها:

1– من الجدول السابق يتبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين أطفال (ADHD) الذين يخضعون للعلاج السلوكي، وأقرانهم الذين يخضعون للعلاج المشترك على مقياس التواصل الكلي، وهذه النتيجة تعني

تحقق صحة الفرضية الصفرية، فقد أظهرت النتائج أن الأطفال ممن لديهم ADHD يعانون من ضعف واضح في مهارات التواصل (اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية، القراءة والكتابة)، وهذه النتيجة تؤكد ما توصلت إليه معظم الدراسات التي تناولت الخصائص التواصلية لـ ADHD، ومنها: دراسة (محمدي،2011)،(الخشرمي،2009) ، (Biederman,2004)،(Kapalka,2004)، حيث أظهرت أن أهم جوانب القصور في مهارات التواصل لدى الأطفال ADHD تتمثل بـ: اللغة التعبيرية (فقدان التواصل الاجتماعي مع الآخرين، ضعف التواصل البصري، عدم القدرة على اتباع المعايير والأنظمة المتعلمة و تفعيلها في الواقع للتحكم في الموقف)، اللغة الاستقبالية (ضعف القدرة على الاستماع والفهم، صعوبة استقبال المعلومات واتباع التعليمات)، القراءة والكتابة (مشكلات في التحصيل القرائي والكتابة، مشكلات الاستيعاب القرائي والفهم للتعليمات الصفية المعقدة، صعوبات أكاديمية في الجوانب اللغوية)، ودراسة (Kleinberg et al, 2003) بينت القدرة على خفض مشكلة الانتباه لدى ADHD في حال تحديد نقاط الضعف في القدرات الاتصالية العملية لديهم. كما تتفق مع المعايير التشخيصية لـ ADHD الواردة في الدليل التشخيصي الخامس(DSM –5). ورغم الملاحظات التي أبداها معلمات الاطفال في المركز حول التحسن الطفيف الذي طرأ على المهارات التواصلية لدى أفراد المجموعتين نتيجة خضوعهم لنوعي العلاج (السلوكي، المشترك)، إلا أن النتائج بينت أن القصور التواصلي هو عرض أساسي لدى أطفال (ADHD) حتى لو غابت مظاهر فرط النشاط، حيث أن نقص الانتباه وضعف التواصل يبقى هو العرض الأساسي لهذا الاضطراب. كما أظهرت النتائج تقارب فعالية البرنامجين المطبقين مع الأطفال إلى حد كبير رغم وجود فوارق نسبية تختلف من طفل لآخر، وهذه النتيجة تؤكد ماتوصلت إليه دراسة (إبراهيم،2011)، حول فاعلية العلاج سلوكي في معالجة (ADHD) لدى عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية، مما يؤكد – برأي الباحث– أهمية العلاج السلوكي، ويحدّ من فاعلية العلاج الدوائي والاعتماد على العقاقير النفسية.

2– من الجدول يتبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات المجموعتين في بعد اللغة الاستقبالية؛ وبالتالي تحقق صحة الفرضية الصفرية، أي أن المجموعتين متكافئتين نسبياً في بعد اللغة الاستقبالية، أن هذا التكافؤ تجلّى في المهارات التالية (يحرّك عينه و رأسه نحو الصوت، ينتبه للحظة على الأقل عندما يتحدث معه من يقوم برعايته، يصغي بانتباه للتعليمات، يشير على نحو صحيح إلى جزء واحد رئيسي في جسمه على الأقل عندما يطلب منه، ينفذ التعليمات التي تتطلب تصرفاً مثل: "هات اللعبة" "تعال"، يشير على نحو صحيح إلى أجزاء جسمه عندما يسأل "الرأس، الذراع"، ينفذ التعليمات التي تستخدم صيغة "إذا" الشرطية، يستمع إلى قصة لمدة 5 دقائق على الأقل). ويرى الباحث هذه النتيجة تؤكد فاعلية استخدام العلاج السلوكي مع أطفال (ADHD) بغض النظر عن استخدام العلاج الدوائي أو عدم استخدامه، وتتفق مع ما توصلت إليه دراسة (Kapalka, 2004) في أن الطفل ADHD يمكن أن تتحسن لديه القدرة على التواصل (التركيز) البصري عند استقبال التعليمات أو الأوامر، من خلال تطبيق فنيات العلاج السلوكي مثل: التعزيز، العقاب، ضبط المثير، الحرمان، التجاهل.

3– من الجدول يتبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات المجموعتين في بعد اللغة التعبيرية وهذه النتيجة تعني تحقق صحة الفرضية الصفرية. فقد أظهرت النتائج أن أطفال (ADHD) في المجموعتين بالعموم متقاربين في معظم مهارات اللغة التعبيرية، وأهمها: "يشير إلى ما يفضله عندما تتاح له حرية الاختيار بين عدة أشياء" ، "يستطيع أن يحدد الشيء الأكبر من شيئين موجودين أمامه"، "يقلد أصوات الكبار بعد

سماعهم"، ويرى الباحث أن التحسن النسبي الذي حدث للأطفال في المجموعتين هو نتيجة خضوعهم لفنيات العلاج السلوكي وأهمها التعزيز (المباشر والرمزي).

4- من الجدول يتبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي درجات المجموعتين في بعد القراءة والكتابة، وهذه النتيجة تعني تحقق صحة الفرضية الصفرية. فقد أظهرت النتائج أن معظم أطفال (ADHD) في المجموعتين قد أظهروا تحسن نسبي في بعض مهارات القراءة والكتابة وهي: "يكتب جملة من ثلاث أو أربع كلمات إذا طلب منه ذلك، يكتب اسمه الأول والأخير، يقرأ على الأقل ثلاث كلمات شائعة. يكتب الكلمات بشكل مترابط ومتصل في معظم الأحيان، يقرأ قصة بسيطة بصوت مسموع. يكتب كل حروف الهجاء من الذاكرة، يقرأ من الكتاب إلى مستوى الصف الثاني الابتدائي على الأقل، يرتب الكلمات ترتيباً أبجدياً حسب الحرف الأول). أما في باقي المهارات فقد أشارت درجات الأطفال في المجموعتين إلى قصور واضح، اختلف بشكل نسبي من طفل إلى آخر. ويعتقد الباحث أن عدم التحسن في بعض مهارات القراءة والكتابة لدى الأطفال ADHD قد يعود إلى الارتباط بين ADHD وبعض صعوبات التعلم أهمها (القراءة والكتابة)، ففي دراسة أجراها (Biederman, 2004) على عينة من الأطفال الذين لديهم ADHD أظهرت أن 44% منهم كان لديهم صعوبات تعلم وتحصيل أكاديمي منخفض، ومشكلات واضحة في القراءة، وبالتالي لا يستطيعون استخدام هذه المهارات كأدوات اتصالية. كما توصلت دراسة (الخشرمي، 2009) إلى أن معظم الأطفال الذين لديهم ADHD يعانون من مشكلات في التحصيل القرائي وفي الكتابة تعود إلى صعوبات الاستيعاب القرائي والفهم للتعليمات الصفية المعقدة تبدأ في المراحل الدراسية الأولى وتتزايد كلما تم تجاهلها. كما أظهرت دراسة (محمدي،2011) فشل هؤلاء الأطفال في أداء مهمات تتعلق بالقراءة أو الكتابة. يرى الباحث أن عدم وجود فروق دالة إحصائياً على مقياس التواصل الكلي وأبعاده الفرعية بين المجموعتين تدل على فاعلية العلاج السلوكي من جهة، والذي أكدته أغلب الدراسات والأبحاث السابقة وأظهرت شعبية هذا العلاج بين أوساط العاملين في هذا المجال، ومن جهة أخرى ورغم استخدام العقاقير المنشطة بشكل واسع مع أطفال (ADHD)، إلا أن نتائج هذه الدراسة أظهرت أثر محدود للعلاج الدوائي كمرافق للعلاج السلوكي، بالإضافة إلى الآثار الجانبية السلبية لاستخدامه.

بالنهاية يمكن القول إن شيوع استخدام العلاج الدوائي رغم ضعف فاعليته على أرض الواقع هو قلة تكاليفه وسهولة استخدامه مقارنة بالعلاج السلوكي، مما يجعل استخدامه محبذاً لدى الاشخاص غير المختصين، وهذا ما أكدته دراسة (البطاينة وآخرون،2009) حيث جاء برنامج العلاج السلوكي في المرتبة الأخيرة حسب تقديرات أولياء الأمور، فيما احتل برنامج العلاج الدوائي المرتبة الأخيرة حسب تقديرات العاملين في المراكز.

الاستنتاجات والتوصيات:

1. ضرورة التدخل المبكر لتنمية الجوانب التواصلية لدى أطفال (ADHD) ، والتركيز على العلاج السلوكي حتى يمكن مساعدتهم على الاندماج مع الآخرين في المجتمع والتفاعل معهم.
2. ضرورة إجراء المقارنة بين نوعي العلاج المستخدمين مع أطفال (ADHD) (السلوكي، الدوائي السلوكي المشترك) في أكثر من جانب من جوانب الشخصية.
3. إعادة الدراسة على عينة أكبر من أطفال (ADHD) على مراحل عمرية مختلفة.
4. إجراء دراسات متنوعة لمهارات التواصل لدى أنواع أخرى من فئات التربية الخاصة.

المراجع

المراجع العربية:

1. إبراهيم، إيمان. *فاعلية برنامج سلوكي في معالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية*، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق،(2011).

2. إبراهيم، صافيناز. *فاعلية البرامج الإرشادية والعلاجية في خفض اضطرابات الانتباه لدى الأطفال "دراسة تقويمية"*، بحث غير منشور، جامعة طيبة، المدينة المنورة، (2008).

3. أبو علام، رجاء. *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*، دار النشر للجامعات، القاهرة،(2004).

4. أسعد، أمجد. *فاعلية التعزيز بالاقتصاد الرمزي والتعزيز المباشر في تنمية المهارات الاستقلالية لدى الأطفال التوحديين*، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة البعث، (2014).

5. البطاينة، أسامة والمومني، محمد والعوفي، عادل. *فاعلية البرامج المقدمة لمعالجة الأعراض لـ(ADHD)*،بحث منشور في مجلة أبحاث اليرموك ،الأردن، المجلد(27)،العدد(2أ)،(2009)، 996-1006

6. بن نعيمة، وفاء.قلة الانتباه وفرط الحركة وعلاقته بصعوبة القراءة "دراسة ميدانية" على عينة من تلامذة الخامس الابتدائي، بحث مكمل لنيل درجة الليسانس في علم النفس العيدي، جامعة قصدي مرباح ورقلة، الجزائر، (2012).

7. الحلبي، موفق. *الاضطرابات النفسية عند الاطفال والمراهقين*، مؤسسة الرسالة، بيروت، (2002).

8. الحمد، خالد بن عبد العزيز. *استراتيجيات التدخل السلوكي للأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد*، بحث غير منشور، جامعة الملك سعود، الرياض، (2007).

9. الخشرمي، سحر. *العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم "دراسة تحليلية "* ,2009 ، 3 Mar . 2018 .www.gulfkids.com..

10. الخطيب، جمال. *الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل*، ط1، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون الخليجي ، المنامة، (2001).

11. الخيران، أيمن. *فاعلية برنامج تدريبي لتنمية التواصل اللفظي وأثره في التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين*، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق،(2011).

12. الزارع، نايف. *ADHD*، بحث منشور في الإدارة العامة للتربية الخاصة، عمان،(2012).

13. سفر،عهود. *فاعلية برنامج حاسوبي في تعديل النشاط الزائد لفئة التخلف العقلي البسيط وخفض وقت التعديل*، بحث مقدم إلى ندوة التربية الخاصة "مواكبة التحديث والتحديات المستقبلية"،جامعة الملك سعود،الرياض، (2004).

14. السيد، سامية. أثر برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي نقص الانتباه وفرط الحركة في مرحلة الطفولة المتوسطة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، (2014).

15. العاسمي ، رياض ورحال ، ماريو. *الإرشاد النفسي والتربوي*، منشورات جامعة دمشق، دمشق، (2006).

16. العاسمي، رياض. *اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى تلاميذ الصفين الثالث والرابع الأساسي*، الحلقة الأولى- دراسة تشخيصية، مجلة جامعة دمشق، المجلد(24)، العدد(1)، (2008)،53-103

17. العتيبي أ ، بندر. *الخصائص السيكومترية لصورة سعودية من مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي (دراسة استطلاعية)*، مجلة أكاديمية التربية الخاصة بالرياض، العدد (5)، (2004).

18. العتيبي ب، بندر. *مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي"المعايير السعودية"*، جامعة الملك سعود، الرياض،(2004).

19. علي، دلشاد. *فاعلية برنامج تدريبي لتطوير مهارات التواصل الاجتماعي لدى عينة من أطفال التوحد*، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، (2012).

20. علي، محمد. *فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتحسين بعض مهارات التواصل غير اللفظي لدي عينة من الأطفال التوحديين*، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة،(2008).

21. لمفون، رفاه بنت جمال. *تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد*، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية،(2012).

22. محمدي، فوزية. *فعالية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة*، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة ورقلة، الجزائر (2011).

23. الناطور، ميادة (2011): *اضطراب عجز الانتباه المرافق للنشاط الزائد وصعوبات التعلم*، المؤتمر الدولي الأول في صعوبات التعلم المنعقد في الكويت 4-2011/12/5، ص1-9

24. الناطور، ميادة والقرعان، جهاد. *أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد*، مجلة دراسات نفسية،الأردن،االمجلد(18)،العدد(2)، 2008، 303-331

25. نصر، سهى. *الاتصال اللغوي للطفل التوحدي "التشخيص، البرامج العلاجية"*،دار الفكر،عمان، (٢٠٠٢).

المراجع الأجنبية:

1. AMERICA PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostical and Statistical Manual Of Mental Disorders(revised).* Washington, DC: APA. (2000).

2. AMERICA PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).Fifth Edition, American Psychiatric Publishing**.** (2013).

3. BIDEMAN, B. *Impact of Executive Function Deficit and Attention deficit Hyper Activity Disorder on Academic Outcomes in Children*. Journal of Council and Clinical Psychology72. 757-766. (2004).

4. CONTE, M. (2007). Attention Disorder. In B. Wong(Ed.) *Learning about learning disability* (pp 67-106). Academic Press. (2007).

5. FRAZIER ,T., YOUNGDTROM , E., GLUTTING ,J. and WATKINS , M . *ADHD and Achievement : Meta – Analysis of the Child , Adolescent ,and Adult Literatures and a Concomitant Study With College Students* , Journal of Learning Disabilities, Vol.40,No.1, PP. 49-65. (2007).

6. FROELICH, J., DOEPFNER, M.,& LEHMKUHL, G.. *Effects of combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHA.* Behavioral and cognitive Psychotherapy. 30, 111-115. (2002).

7. HALLAHAN, D. P., & DAUFFMAN, J.M. *Exceptional children: Introduction to special education* (8th edition). Needham Heights, .MA: Ellyn and Bacon. (2000).

8. Kapalka,G.A. (2004).Longer Eye Contact Improves ADHD Children Compliance with Parental Commands, Journal of Attention Research,8. 17-23.

9. Klingberg,et al (2003). Computerized Training of Working Memory in Children with ADHD, A Randomized Control Trial, Journal of the American Academy of Child and Adolescent of Psychiatry, 44, 177-186.

10. MIEMICKI, SL. and HUKRIEDE, J. *Intervention Types and the Perceptions of Academic Success of Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).* University of Wisconsin- River Falls. PP 21**.** (2004).

11. SNIDER, V.E., BUSCH, T. & ARROWOOD. *Teacher Knowledge of stimulant medication and ADHD*. Remedial and Special Education, 24(1), 46-57. (2003).