

اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال "دراسة ميدانية على أطفال سوريين"

الدكتور
محمد قاسم عبد الله

أستاذ مساعد علم النفس الأكلينيكي،
وكيل كلية التربية - جامعة حلب

ملخص:

لقد استهدفت هذه الدراسة التعرف على مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) لدى الأطفال، والفروق بين الذكور والإناث ومحاولة الإجابة عن التساؤلات التالية:

- ١- ما مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال.
- ٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في أعراض: ضعف الانتباه، والاندفاعية، فرط النشاط.
- ٣- هل توجد علاقة ارتباطية بين تقديرات المعلمين والأهل لأعراض ضعف الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية.

لقد شملت عينة البحث ١٩٠ طفلاً (١٠٥ من الذكور و٨٥ من الإناث) تتراوح أعمارهم بين ٨-٤ سنوات. وقد تم تطبيق المقاييس، التي صممت خصيصاً لهذه الغاية بعد حساب صدقها وثباتها. من قبل مختصين في التربية. وتبين أن أعراض الاندفاعية قد احتلت المرتبة الأولى لدى الأطفال، وأن الأعراض جميعها أكثر انتشاراً بين الذكور منها بين الإناث. لقد تبين أن هناك ارتباطاً مرتفعاً بين تقديرات الأهل وتقديرات المعلمين لأعراض الاضطراب لدى الأطفال، مما يؤكد دور التقدير ASSESSMENT الذي نحصل عليه من الأهل والمعلمين في تشخيص الاضطراب.

مقدمة:

إن كل واحد منا يعرف طفلاً على الأقل يعاني من النشاط الزائد، ويتصرف مثل هذا الطفل بشكل اندفاعي، وسلوكه يسبق تفكيره، ويلاحظ أنه ينتقل من مهمة إلى أخرى قبل إتمام الأولى.

يعتبر النشاط الزائد أو فرط الحركة Hyperactivity اضطراباً نفسياً يرافقه غالباً بنقص الانتباه Attention Deficit، وهذا ما دعا إلى تسميته باضطراب نفس الانتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Disorder and Hyperactivity ويرمز له اختصاراً (ADHD) كما بينه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض العقلية الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (DSM, IIR). وتبين بعض التقديرات أنه يحدث بنسبة 2-5% بين أطفال المدارس (Barckley, 1981)، وحوالي طفل واحد في كل صف تقريباً (Oleary, 1980). إن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، هم في خطر التعرض للسلوك المضاد للمجتمع أو السيكوباتية أو الإنحراف في مراحل النمو اللاحقة. ويؤدي مثل هؤلاء الأطفال حالة من الذهول وعدم التركيز، وعدم النضج الانفعالي، وعدم التوجه نحو هدف وضعف التحصيل الدراسي. وقد بينت بعض الدراسات أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف تقدير الذات Low self-esteem، وضعف الإنجاز Underachievement، والاكتئاب Depression بحيث تضعهم في خطر الوقوع باضطرابات نفسية خطيرة في مرحلتها المراهقة والرشد (Rapport, 1988) علماً بأن الكثير من الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض الاضطراب قبل سن المدرسة تختفي عندهم هذه الأعراض بصورة تدريجية عند بلوغهم السابعة والثامنة من العمر.

مشكلة الدراسة

لقد ثبت أن اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، يتظاهر بثلاثة فئات من المتلازمات المرضية هي: ضعف الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية. ومن أجل تقويم تشخيصي دقيق لمثل هذه المتلازمات عند الأطفال يجب تطبيق مقاييس متعددة للحصول على تقدير شامل ودقيق للحالة بحيث يشمل هذه المتلازمات الثلاثة. ويعتبر الوالدون والمعلمون من أهم المصادر التي نعتد عليها في عملية القياس والتشخيص، لأنهم يلاحظون الطفل في مواقف متعددة ويقضون معه أوقاتاً طويلة. وقد أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV, 1994) إلى أن هذه الأعراض تظهر في المدرسة أكثر من البيت. فالمقاييس التشخيصية المستخدمة يجب أن تشمل الأهل والمعلمون معاً.

من هنا تتركز هذه الدراسة على كشف أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة (بين 4-6 سنوات) وبداية المدرسة الابتدائية (7-8

(سنوات) وفق متغيري العمر والجنس وذلك استناداً إلى مقاييس تشخيصية موجهة لكل من الآباء والمعلمين.

أهمية الدراسة

تحددت مشكلة الدراسة في التعرف على أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال. وتتبع أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوع الذي تتناوله وهو فرط النشاط ونقص الانتباه باعتباره من أهم اضطرابات النمو المنتشرة عند الأطفال، وخاصة أنه يضع الطفل في خطر الوقوع باضطرابات نفسية واجتماعية خطيرة في المراحل اللاحقة مثل السلوك المضاد للمجتمع والانحراف والفضل الدراسي وسوء التكيف بالرغم من أن معظم الحالات تنتهي عندها الأعراض في سن السابعة تقريباً. من جهة ثانية تكمن أهمية هذه الدراسة في إثراء المعرفة النفسية والتربوية والطبية بهذا الاضطراب عند الأطفال وما يترتب على ذلك من حاجات نفسية وتربوية وخدمات إرشادية وعلاجية للتغلب عليه في هذه المرحلة، مما يقلل من أشكال السلوك المضاد للمجتمع والسيكوباتية (كالانحراف، والتسرب من المدرسة، وضعف الإنجاز والعدوان) في مرحلة المراهقة. وبالرغم من كثرة الدراسات الأجنبية حول هذا الاضطراب، فلم يقع الباحث على دراسة عربية (ميدانية) للتعرف على هذا الاضطراب عامة، وفي سورية بشكل خاص. من هنا تكمن أهمية الدراسة التي تعتبر محاولة تتيح لنا التعرف على واقع هذا الاضطراب وأعراضه لدى الأطفال السوريين.

الدراسات السابقة

لقد كان اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد موضوع اهتمام علماء النفس والأطباء النفسيين وأطباء الأطفال، ويعود تاريخ دراسته إلى (الفريد ستراوس) ورفاقه منذ عام (١٩٠٥)، وسمي في ذلك الوقت زملة أو متلازمة ستراوس Strauss Syndrome، (عبد الله، ١٩٩٩)، وفي ذلك العام، عزل (ستراوس) ورفاقه الخصائص التي تميز الأطفال المتخلفين عقلياً عن الأطفال الذين يعانون من إصابات في المخ، وتبين وجود عدة مؤشرات وأعراض سلوكية ونفسية مرتبطة بإصابات المخ. وهذه الأعراض هي النشاط الحركي الزائد، والعدوانية، والاندفاعية، والتخريب. وقد أشار ستراوس إلى أن هذه الأعراض يمكن استعمالها لتشخيص إصابات المخ الغامضة حتى عندما لا يوجد دليل واضح على الإصابة العصبية. ومن بين هذه الأعراض كان النشاط الزائد الذي يعتبر المظهر السلوكي المميز لهذه الإصابات. وقد أشار ستراوس، إلى أن الأطفال المفرطو النشاط والحركة مصابون بصدمة دماغية، ولكن العلماء الأولون لم يوافقوه الرأي. إننا نجانب الصواب والحقيقة إذا اعتبرنا كل الأطفال ذوي النشاط الزائد مصابون في المخ وقد أثبتت الدراسات صحة هذه النتيجة، خاصة وأنه تبين

وجود أعراض سلوكية أخرى عند الأطفال الذين يعانون من إصابات في المخ، غير النشاط الزائد وضعف الانتباه والتخريب التي ذكرها "ستراوس" منها، عدم الثبات الانفعالي، والعجز الإدراكي والحركي.

لقد اعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض العقلية (DSM-III-R) (1987) اضطراب نقص الانتباه من أهم اضطرابات النمو في مرحلة الطفولة وأنه يرافق دوماً بفرط النشاط (ورمزه اختصاراً ADDH).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية (DSM-IV) فقد وضع المعيار التالي لتشخيص الاضطراب:

A- إما (١) أو (٢) مما يلي:

(١) يجب أن تستمر ستة (أو أكثر) من أعراض عدم الانتباه التالية لمدة لا تقل عن ستة أشهر إلى الدرجة التي تحدث سوء تكيف وعدم تناسق مع مستوى النمو:

عدم الانتباه:

أ- غالباً يفشل في تركيز انتباهه على التفاصيل، وتكثر الأخطاء التي يرتكبها في دراسته أو عمله أو الأنشطة الأخرى.

ب- غالباً يعاني صعوبة من تثبيت انتباهه على المهمات والأنشطة.

ج- غالباً لا يتبع التعليمات ولا ينفذها، ويفشل في إتمام عمله المدرسي (دون أن يعزى ذلك إلى سلوك المعارضة أو الفشل في فهم التعليمات).

د- غالباً يعاني صعوبة في تنظيم المهمات أو الواجبات والأنشطة.

هـ- غالباً يتجنب، ويكره أو يعارض القيام بالمهام التي تتطلب مثابرة في الجهد العقلي (مثل الأعمال المدرسية أو الوظائف المنزلية).

و- غالباً يفقد أشياء ضرورية للواجبات والأنشطة (مثل الألعاب، التعمينات أو الوظائف المدرسية، الأقلام، الكتب، الأدوات).

ز- غالباً يتعرض للذهول وتشتت الانتباه بفعل مثيرات خارجية.

ح- غالباً ينسى الأنشطة اليومية.

(٢) يجب أن تستمر ستة (أو أكثر) من أعراض فرط النشاط - الاندفاعية التالية لمدة لا تقل عن ستة أشهر لدرجة تحدث سوء تكيف وعدم تناسق في مستوى النمو:

فرط النشاط:

- أ- حركات تملل في اليدين أو القدمين وعدم الثبات في الجلوس .
 ب- غالباً يترك مقعده في الصف أو في المواقف الأخرى التي تتطلب منه ثباتاً .
 ج- غالباً يقفز ويركض بكثرة في المواقف والأوضاع التي لا يناسبها ذلك (عند المراهقين والراشدين قد تكون متعلقة بمشاعر عدم الراحة).
 د- غالباً يعاني صعوبة في اللعب أو القيام بالأنشطة والهوايات بشكل هادئ.
 هـ- غالباً يتكلم بسرعة .

الاندفاعية:

- و- غالباً يطرح الجواب قبل انتهاء السؤال .
 ز- غالباً يقاطع الآخرين ويتدخل بهم .
 ح- بعض أعراض فرط النشاط - الاندفاعية أو ضعف الانتباه التي تسبب عجزاً وخطأ تحدث قبل سن السابعة من العمر .
 ط- بعض العجز الناتج عن هذه الأعراض يحدث في موقفين (مكانين) أو أكثر (مثل المدرسة/ العمل والمنزل).
 ي- يجب أن يكون هناك دليل واضح على العجز في الأداء الوظيفي الاجتماعي، أو الأكاديمي أو العمل .
 ك- هذه الأعراض لا تحدث بهذه الكثافة في اضطرابات النمو المنتشرة أو الفصام أو اضطراب عقلي آخر، ولا يعزى إلى أي اضطراب عقلي آخر (كاضطراب المزاج، أو أمراض القلق، أو الاضطراب التفككي أو اضطرابات الشخصية).

الرمز المستند إلى النمط:

- 314.01 - اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط، النمط المشترك: إذا حدث المعيارين A (1) و A (2) في الأشهر الستة الأخيرة.
 314.00 - اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط، النمط الذي يغلب فيه عدم الانتباه: إذ تحقق المعيار A (1) وليس المعيار A (2) لمدة الأشهر الستة الأخيرة.
 314.01 - اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط، النمط الذي يغلب فيه فرط النشاط - الاندفاعية: إذا تحقق المعيار A (2) وليس المعيار A (1) لمدة الأشهر الستة الأخيرة.

هناك معيارين إضافيين من أجل تشخيص ضعف الانتباه وتحديد طبيعته. الأول قدمه عالم النفس لوني (Loney 1980) بعد دراساته المكثفة حول الاضطراب، حيث بين أن نتائج وأثار خطيرة سوف تظهر في مرحلة المراهقة عند الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، منها، اضطرابات السلوك والتصرف، والعدوانية. وفوق ذلك فإن تشخيص ضعف الانتباه مع

العُدوانية أو بدونها، يتحسن بالمعالجة. أما المعيار الثاني فقد وضعه باركلي (Barckley, 1981)، ويركز على بداية الاضطراب أو استهلاله Onset ودوام أعراضه أو استمراريتها. وقد عرف الاضطراب بأنه "اضطراب نمائي في الانتباه Developmental Disorder of Attention وفي ضبط النزعات والاندفاعية، وفي ضبط الذات وحل المشكلات، ينشأ في مرحلة مبكرة من النمو، ويتبدى الاضطراب مزمناً Chronic ومنتشراً pervasive في طبيعته، ولا يعزى إلى التخلف العقلي أو الصمم أو اضطرابات انفعالية كالذهان والتوحد Autism.

إن المكونات الرئيسية للاضطراب هي ضعف الانتباه Attention Deficit أو عدمه Inattention، والاندفاعية، وفرط النشاط، والتي تم التثبت منها تجريبياً وإكلينيكياً (Rapport 1986). ويتظاهر ضعف الانتباه في المظاهر السلوكية التالية: زمن الانتباه القصير short attention span، وعدم القدرة على الاحتفاظ بالانتباه، والانتباه الانتقائي لمثيرات معينة، إضافة إلى القابلية للذهول وصرف الانتباه. أما بالنسبة للاندفاعية وضعف ضبط النزعات والاندفاعات، فتبدو في عدم القدرة على تأجيل الاستجابة inability to delay responding والفشل في التعرف على عواقب السلوك، وفي تأجيل الإشباع، وضعف ضبط الذات poor self-control، وصعوبة توجيه السلوك وضبطه وفقاً للأوضاع والمواقف المتنوعة (Douglas, 1986).

إضافة إلى هذه المكونات الرئيسية للاضطراب، يظهر عند الأطفال الذين يعانون منه، مشكلات ثانوية أخرى مثل عدم الطاعة أو تنفيذ المتطلبات الضرورية، والثرثرة الزائدة more talkative وسهولة التعرض للإحباط، والحساسية الزائدة للمكافآت، وضعف المهارات الاجتماعية (Parry and Douglas, 1983). أما أهم المشكلات التي تم كشفها وكانت موضع اهتمام عالم النفس الأكلينيكي (باركلي) فهي المشكلات الاجتماعية التي تنشأ بين هؤلاء الأطفال ووالديهم. فقد تبين أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب أقل طاعة، وأكثر بحثاً عن الإثارة، وأكثر إظهاراً لسلوكيات الرفض والعناد مقارنة بالأطفال الأسوياء.

إن الكثير من والدي هؤلاء الأطفال مصابين بضعف الانتباه قد قرروا وجود تاريخ من الشكاوي والمشكلات والصعوبات الولادية (قبل الولادة وأثنائها وبعدها) مما وضعت هؤلاء الأطفال في خطر التعرض للاضطراب، كما أن أكثرها مشكلات تتعلق بالحمل والمرض أثناءه، والتدخين وتعاطي الأدوية، إضافة إلى مشكلات أثناء الولادة كالولادة العسرة، ومعدل الوزن دون الطبيعي. أما في مرحلة ما بعد الولادة، فإن صعوبات المزاج كانت الأكثر ظهوراً. فقد تبين أن أكثر المشكلات المرتبطة بالإرضاع، والتحسس من الحليب كانت أكثر الشكاوي التي ذكرها الوالدين. يضاف إليها المزاج الصعب، والتهيج والنوم غير المنتظم (Rapport, 1986). ويجب الإشارة إلى أنه ليس من الضروري أن تظهر كل هذه المشكلات والشكاوي في المراحل المبكرة من نمو الطفل.

يتضمن المعيار التشخيصي النموذجي لدراسة فرط النشاط "حاصل ذكاء طبيعي"، (Normal I Q)، وعدم وجود متلازمات ذهانية أو خلل عصبي. ومن المهم هنا التمييز بين التصنيف التشخيصي وأنماط السلوك. فالعديد من الأطفال المتخلفين عقلياً، والتوحديون Autistic والذين يعانون من خلل في الدماغ، يظهر أعراض الاندفاعية، وضعف التركيز، وفرط النشاط الحركي. إلا أن هذه المشكلات السلوكية مختلفة تماماً من حيث المنشأ والأسباب، ومن حيث سياقها وتطورها ومتغيراتها النفسية المرتبطة بها مثل معدل الذكاء. كما أنه لا يوجد دليل على حدوث خلل عضوي أو عصبي (Cantwell 1986). من جهة ثانية فإن الأطفال يستجيبون بطرق مختلفة حيال الضغوط النفسية الخارجية. فمرض أحد الوالدين، أو فقدانه أو فقدان العمل، قد تؤدي بالطفل إلى سلوكيات مثل الاندفاعية وضعف التركيز poor concentration، ومشكلات اجتماعية social difficulties. إن تشخيص اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط يتطلب دوماً للأعراض واستمرارية لمدة لا تقل عن ستة أشهر. وحين توجد علاقة تزامنية بين هذه المشكلات السلوكية والضعف النفسية الاجتماعية المرافقة فإن الحالة تشخص على أنها اضطراب في التكيف Adjustment Disorder بدلاً من ضعف الانتباه وفرط النشاط وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية (DSM-III-R).

هناك اتفاق على أن فرط النشاط مشكلة منتشرة Pervasive problem على الأقل عند أطفال المرحلة الابتدائية. فقد بينت بعض الدراسات في أمريكا الشمالية أن (٢٪ و ١٥٪) من أطفال سن المدرسة يعانون من فرط النشاط الحركي، أكدت دراسات أخرى أن هذه النسبة تصل إلى (٢٠٪ - ٢٤٪) (Whalen 1989). كما أن الاضطراب ينتشر في مختلف المجتمعات كما بينته الدراسات عبر الثقافية، بالرغم من وجود بعض التفاوت في نسبة انتشاره. فقد تبين أنه ينتشر بمعدل أعلى مما هو في بريطانيا. ويشدد علماء النفس الإكلينيكي على ضرورة الاعتماد على مقاييس تقدير المعلمين والأهل من أجل تشخيص هذا الاضطراب عند الأطفال (Whalen 1989) أما عن أهم الدراسات السابقة فمنها:

الدراسة الطولية التي تتبع فيها وايس (١٠٠) طفل يعانون من فرط النشاط، وبالرغم من إحالتهم للمعالجة، فإنهم بعد خمس سنوات (حين أصبحت أعمارهم بين ١١ و ١٦ سنة) مازالوا يعانون من الاندفاعية، وفرط النشاط وبعض المشكلات السلوكية بالمقارنة مع أقرانهم الأسوياء، كما تميز تحصيل المراهقين منهم بالضعف الملحوظ، (Weiss, 1983).

أما عالم النفس الإكلينيكي (جيتلمان) فقد اعتمد التشخيص النفسي لمرحلة الطفولة بالإضافة إلى تتبع الحالة، وتبين أن معامل ثبات التشخيص في مرحلة المراهقة (١٣-١٥ سنة) بلغ (٨٦٪) (Gittelman and Mannuzzas 1985).

لقد أجرى كانتويل وسيترفيلد دراسة على عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه (ADD) وذلك لدراسة الخصائص التربوية التي يتصف بها هؤلاء الأطفال، فتبين أنهم أكثر فشلاً ورسوباً وأقل تحصيلياً (Cantwell and Satterfield 1978). كما تبين من دراسة أخرى أن سلوكهم المدرسي وتحصيلهم المنخفض ناتج عن علاقاتهم الاجتماعية الضعيفة مع أقرانهم، ورفضهم لهم، (Pelham and Bender, 1982).

في الدراسة التي أجراها رابورت على الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه تبين له أن أهم صفات هؤلاء الأطفال هي نقص الانتباه في الصف، والفشل في متابعة المهمات الدراسية وصعوبة اتباع التعليمات المدرسية وتبدل المزاج، وصعوبة الجلوس بثبات، والقيام بأشكال من السلوكيات التخريبية والعدوانية (Rapport, 1983). إن هذه الخصائص والسلوكيات التي تميز هؤلاء الأطفال، تعكس الاندفاعية، وعدم القدرة على الاحتفاظ بالانتباه وتركيزه.

أما بالنسبة للمراحل المبكرة من النمو، فقد بين (رابورت) أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، كان أكثرهم قد تعرض لمشكلات وصعوبات ولادية (قبل الولادة وبعدها) مما وضع هؤلاء في خطر الوقوع بالاضطراب، كما أن أكثر الحالات التي درسها عانت من مشكلات أثناء الحمل (كالتدخين، وتناول العقاقير، الأمراض، والولادة العسرة). أما في مرحلة ما بعد الولادة، فإن صعوبات المزاج كانت الأكثر ظهوراً. وأن المشكلات المرتبطة بالإرضاع، وحساسية الرضيع تجاه الحليب، والنوم غير المنتظم كانت أكثر المشكلات تكراراً في تقارير الوالدين (Rapport, 1986). ولكن يجب الانتباه إلى أنه ليس جميع الأطفال المصابين بالاضطراب يظهرون مثل هذه المشكلات والشكاوي في مراحل نموهم المبكرة.

في الدراسة التي أجراها (سوين وزينتال) لكشف الفروق السلوكية بين الأطفال المرغوبين المحبوبين وغير المحبوبين المصابين بفرط النشاط الحركي. فقد استخدمنا عينة تتألف من (٢٥) طفلاً مفرط الحركة، و(٣٧) طفلاً طبيعياً كمجموعة ضابطة. لقد تبين من الدراسة أن الأطفال مفرط الحركة كانوا أكثر نشاطاً وثرثرة talkative وأكثر تجنباً للمهام والواجبات من أقرانهم الأسوياء وكانوا أقل إظهاراً للعبارات الاجتماعية الإيجابية. أما الأطفال مفرط الحركة غير المحبوبين من أقرانهم فكانوا أكثر استخداماً للعبارات السلبية negative statements مع أشكال التواصل والتفاعل الجسمي السلبي. والنتيجة المثيرة للاهتمام في هذه الدراسة، أن الأطفال الأسوياء قد أبدوا الكثير من السلوكيات السلبية والنشاط وأصبحوا أكثر ثرثرة في تفاعلهم مع أقرانهم مفرط الحركة بالمقارنة مع أقرانهم الأسوياء حيث بدوا أكثر تعاوناً وأقل نشاطاً معهم، (Swain and Zentall, 1990).

في دراسة حول الفروق بين الذكور والإناث، توصل (بيلهام وبيندر) إلى أن الإناث مفرط الحركة أقل إظهاراً لأشكال السلوك المنحرف والمضاد للمجتمع، وأقل إظهاراً للوم والتقريع

الاجتماعي elicited less social censure من الذكور مفرطي الحركة، (Pelham and Bender، 1982).

وهناك دراسة أجراها (الزباد ١٩٩٩) استهدف من خلالها وضع مقياس تشخيصي لقياس وتقدير فرط النشاط وضعف الانتباه عند الأطفال. وقد استند في دراسته إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية (DSM, IV) وإلى ممارسته العمل السريري. وقد توصل إلى مقياسين يطبق الأول من قبل الأهل (وهو بمثابة تقرير الوالدين عن حالة الطفل) والثاني يطبق من قبل المعلمين (وهو بمثابة تقرير أيضاً) حتى يتم التوصل إلى تقدير دقيق عن الاضطراب بأبعاده الثلاثة: ضعف الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية (فيصل الزباد ١٩٩٩).

هناك دراسة أجريت لبحث مآل اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وهي دراسة تحليلية لعدد من البحوث التي استهدفت معرفة إنذار الاضطراب وما سيؤول إليه في المستقبل وخاصة في المراهقة. وقد تبين أن أشكال السلوك المضاد للمجتمع، وسوء التكيف المدرسي في المراهقة هي أكثر أشكال السلوك الشاذ الناتجة عن اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط. فالانقطاع عن المدرسة والتسرب منها والرسوب المتكرر وضعف التحصيل، كانت أكثر حالات سوء التكيف المدرسي ظهوراً عند المراهقين الذين كانوا يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في طفولتهم (عبد الله، ١٩٩٤).

وفي دراسة طويلة تتبعية أجراها (جيتلمان) ورفاقه على (١٠٠) طفل، تتراوح أعمارهم بين ٦-١٢ سنة، حيث تم تتبعهم حتى المراهقة حيث تراوحت أعمارهم بين (١٦-٢٣) سنة، واستخدمت مجموعة ضابطة أيضاً تتألف من (١٠٠) طفل من أجل المقارنة. لقد تبين أن اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط قد استمر عند (٢١٪) من أفراد المجموعة التجريبية مقابل ٢٪ من أفراد المجموعة الضابطة. كما تبين أن اضطرابين قد ميزا أفراد المجموعة التجريبية، هما اضطرابات التصرف واستعمال المواد المؤثرة والعقاقير، فقد كان هذين الاضطرابين أعلى بفارق ذي دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية عنه بين أفراد المجموعة الضابطة. لقد بينت النتائج أن عوامل الخطر الأكبر the greatest risk factor لنمو السلوك المضاد للمجتمع antisocial behavior واستعمال العقاقير هو اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط (ADHD)، (Gittman, Mannuzza, Shenker, and Bonagura 1985).

تعقيب على الدراسات السابقة

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي أجريت على اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط، يتضح أن جميعها قد أجريت في المجتمع الغربي عامة والأمريكي بشكل خاص،

باستثناء دراسة (الزراد ١٩٩٩) التي هدفت وضع مقياس لتشخيص الاضطراب، ودراسة (عبدالله، ١٩٩٤) التحليلية التي تناولت مآل هذا الاضطراب في مرحلة المراهقة. ولم يعثر الباحث على دراسة أجريت على الأطفال العرب عامة والسوريين خاصة بهدف تقصي هذا الاضطراب والتعرف على مظاهره وانتشاره بين أطفال ما قبل المدرسة، والمدرسة الابتدائية، من خلال مقاييس تقديرات الأهل والمعلمين.

تعريف المصطلحات

ضعف الانتباه: لقد ركز بيركلي في تعريفه لاضطراب ضعف الانتباه على بداية حدوثه واستمراريته أو دوام أعراضه، فقد عرفه بأنه "اضطراب ارتقائي في الانتباه، والاندفاعية وضبط النزعات وضبط الذات وحل المشكلات، والتي تنشأ في مرحلة مبكرة من النمو، ولا تعزى إلى التخلف العقلي أو الصمم أو اضطرابات ذهانية خطيرة كالذهان والانفلاق على الذات"، (Barkley 1982). ويعتبر تعريف بيركلي بمثابة تعريف إجرائي اعتمده الكثير من علماء النفس في تشخيص الاضطراب. من هنا يمكننا القول بأن ضعف الانتباه يتظاهر اجرائياً وسلوكياً بالمظاهر التالية: زمن الانتباه القصير short attention span وعدم القدرة على الاحتفاظ بالانتباه نحو المثيرات المطلوبة، والذهول أو تشتت الانتباه، الفشل في إتمام المهمات، الانتقال من نشاط إلى آخر قبل إتمام السابق، يتصرف قبل أن يفكر، ويحتاج إلى مراقبة مستمرة (Whalen, 1989).

الاندفاعية: تعرف الاندفاعية بأنها الفشل في تأجيل الاستجابة وإرجائها حين تكون الظروف مناسبة (Gordon, 1979) والعجز عن فهم عواقب السلوك، والفشل في تنظيم السلوك وضبطه وفقاً لمطالب الموقف (Douglas, 1983, Rosenbaum and Baker, 1984). وتبدو الاندفاعية في ضعف السيطرة على النزعات والسلوك، وعدم القدرة على الانتظار، وتبدل المزاج، إضافة إلى سهولة الضجر والملل والتعرف للإحباط.

فرط النشاط: يبدو النشاط الزائد من خلال إظهار مستويات عالية من النشاط الحركي higher of levels of motor activity في أي وقت كان (حتى أثناء النوم)، وخلال الفعاليات المدرسية الموجهة والمنظمة أيضاً (Rapport, 1989)، وتبدو الحركية الزائدة في الانشغال بأعمال غير هادفة كإتلاف الأشياء والقفز والتسلق والعراك والاعتداء على الممتلكات، وعدم التعاون مع الآخرين (الزراد ١٩٩٩). ويبدأ فرط النشاط في مرحلة مبكرة من النمو (عادة في السنوات الخمس الأولى من العمر) ويتصف بفقدان المثابرة في النشاطات التي تستدعي اندماجاً معرفياً وميل إلى الانتقال من نشاط إلى آخر دون الانتهاء من أي منها، مع نشاط مفرط وغير منظم، وتستمر أشكال العجز هذه أثناء سنوات المدرسة. وصاحب الاضطراب أشكالاً مختلفة من الاختلالات فالأطفال مفرطو الحركة كثيراً ما يكونون غير مباليين

واندفاعيين وعرضة للحوادث، ويجدون أنفسهم دائماً في مشكلات مع نظام ما لتجاوزهم القواعد نتيجة لعدم انتباههم أكثر منه لتحديدهم المقصود، كما أنهم غير محبوبين من الأطفال الآخرين وقد يصبحون أسرى المنزل. أما الخلل المعرفي، فهو شائع ويكثر التأخر المعين في ارتقاء الحركة والكلام بشكل غير متناسب، (عكاشة، ١٩٩٨).

أهداف الدراسة

يمكننا أن نحدد أهم أهداف هذه الدراسة فيما يلي:

- ١- التعرف على حجم اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال.
- ٢- التعرف على المظاهر النفسية للاضطراب في مرحلتي ما قبل المدرسة الابتدائية.
- ٣- التعرف على درجة الارتباط بين المكونات الرئيسية للاضطراب (ضعف الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية) من جهة، وبين تقديرات الوالدين وتقديرات الأهل من جهة ثانية.

أسئلة الدراسة

تحاول هذه الدراسة الاجابة عن الأسئلة التالية:

- ١- ما مستوى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال؟
- ٢- هل هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في :
 - أعراض ضعف الانتباه.
 - أعراض الاندفاعية.
 - أعراض فرط النشاط والحركة.
- ٣- هل هناك علاقة ارتباطية بين هذه المكونات الرئيسية للاضطراب (ضعف الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية) في تقديرات المعلمين والأهل؟ ما نوع هذه العلاقة وما قيمتها ودلالاتها الإحصائية؟
- ٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المعلمين وتقديرات الأهل في تقريرهم لأعراض ضعف الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية عند الأطفال؟

منهجية البحث

عينة البحث

تكونت عينة الدراسة من (١٩٠ طفلاً) بواقع (١٠٥ ذكور، و٨٥ إناث) تتراوح أعمارهم بين الرابعة والثامنة (بمتوسط قدره ١٠، ٥) وتمثل هذه الفئة العمرية، مرحلة ما قبل المدرسة (٤-٥ سنوات) والصفوف الثلاث الأولى من المدرسة الابتدائية (٦-٨ من العمر) وقد تم سحب أفراد هذه العينة بطريقة عشوائية من الأطفال الذين كانوا موضع ملاحظة المربين والمعلمين من روضتي تشرين والفرقان، ومدارس: ابن النفيس، والجهاد، والشبيبة في محافظة حلب.

كما شملت عينة الدراسة أسر هؤلاء الأطفال (الأب أو الأم).

والجدول رقم ١

يبين أفراد عينة الدراسة من الأطفال والأهل ومن الجنسين.

الأهل		الأطفال		
الأم	الأب	إناث	ذكور	
٥٢	٤٣	٤٥	٥٥	ما قبل المدرسة
٤٧	٤٥	٤٠	٥٠	المدرسة الابتدائية

أداة الدراسة

إن أداة الدراسة المستخدمة، هي استبيان ضعف الانتباه وفرط النشاط عند الأطفال (من وضع الباحث). وقد تم توزيع الاستبيان على شكلين: الأول هو استبيان المعلم (حيث وزع على معلمي الأطفال عينة الدراسة للإجابة على بنوده)، والثاني هو استبيان الأهل (وقد تم توزيعه على أسر هؤلاء الأطفال أيضاً للإجابة على بنوده في نفس الفترة). ويتألف الاستبيان من (٤٤) بنداً موزعة على الشكل التالي: (١٥ بنداً) لتقدير ضعف الانتباه، و(١٦ بنداً) لتقدير الاندفاعية، و(١٥ بنداً) لتقدير فرط النشاط والحركة.

وقد تم تطبيق المقياس من قبل المربين والمعلمين المتخصصين ومن الأهل بعد أن تم الاجتماع بهم وشرح لهم هدف المقياس وطبيعته وطريقة تطبيقه ثم تم توزيعه وتطبيقه بمساعدة وإشراف مختصين في التربية وعلم النفس (مع الإشارة إلى أن هؤلاء المعلمين والمشرفين على الأطفال يقضون أوقاتاً طويلة معهم ويراقبونهم باستمرار وهم على دراية بسلوكياتهم المختلفة).

صدق المقياس

لقد تم بناء المقياس ببنوده المتعددة استناداً إلى البحوث والدراسات النفسية، ويشكل خاص الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والرابع للأمراض العقلية (DSM, III-R, IV). وقد تم التحقق من صدق المقياس عن طريق عرض بنوده على عدد من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في كليات التربية (وعددهم خمسة)، وتم التأكد من سلامة العبارات ومناسبتها لأغراض الدراسة بعد إجراء التعديلات المقترحة من قبل المتخصصين، وإجماعهم في النتيجة على صدق الأداة في شكلها النهائي. كما تم حساب صدق الأداء بطريقة الاتساق الداخلي وقد حسبت معاملات الارتباط بين درجات الأطفال على العبارات ودرجاتهم الكلية على كل بعد من الأبعاد (المقاييس الفرعية). وتبين أن معاملات الارتباط تراوحت بين (٠,٦٩ - ٠,٨١) وهي دالة عند مستوى ٠,٠١.

ثبات المقياس

لقد حسب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ على عينة تجريبية من الأطفال عدد أفرادها

(٣٠ طفلاً) أجاب عن بنودها المعلمون الذي يريون هؤلاء الأطفال ويعلمونهم في الروضة وفي المدرسة (١٥ في الروضة، ١٥ في المدرسة) وقد بلغ معامل الثبات (٠,٧٩) بالنسبة لبنود ضعف الانتباه، و(٠,٨٢) بالنسبة لبنود الاندفاعية، و(٠,٧٨) لبنود فرط النشاط. وقد تم حساب معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق على نفس المجموعة (بفاصل زمني قدره ١٧ يوماً) وحسب معامل الارتباط بين نتائج التطبيقين فبلغ (٠,٨١) لبنود كامل المقياس. وهكذا فإن معامل ثبات الأداة يتراوح بين (٠,٧٢ و ٠,٨٢) بشكل عام، مما يدل على أن أداة البحث المستخدمة على درجة من الثبات يمكن الوثوق بها.

المعالجة الإحصائية

تم حساب الوزن النسبي للبنود حيث أعطيت الاختيارات الثلاث (نادراً، أحياناً، كثيراً) الدرجات التالية على التوالي (١، ٢، ٣) ثم ضربت كل قيمة بالتكرارات المقابلة لها وجمعت ثم قسمت على العدد الكلي، وبذلك ترواح الوزن النسبي لكل بند بين ١ و ٠,٣. وعُد الباحث الوزن النسبي مرتفعاً إذا تجاوز ١,٥. وقد استخدم معامل الارتباط، ومربع كاي، واختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين متوسطات المجموعات.

النتائج ومناقشتها

يتعرض هذا الجزء من الدراسة إلى عرض النتائج التي تم التوصل إليها وذلك وفقاً للأسئلة التي شملها البحث، وهي كما يلي: بالنسبة للسؤال الأول: "ما مستوى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) لدى الأطفال؟".

يبين الجدول رقم (٢) الوزن النسبي لمكونات (أبعاد) الاضطراب الثلاثة (ضعف الانتباه، فرط النشاط، والاندفاعية).

الجدول رقم (٢)

ويبين الوزن النسبي لمكونات اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط، والوزن النسبي للعبارة الواحدة أيضاً.

الوزن النسبي للعبارة الواحدة	الوزن النسبي للمكون	(المكون) (البعد)
٢,٢٧	٣١,٠٥	الاندفاعية
١,٩	٢٩,٦٧	ضعف الانتباه
١,٧٨	٢٧,٠٦	فرط النشاط

يتبين من الجدول رقم (٢) أن الأطفال المشاركين في هذه الدراسة يعانون من أعراض الاضطراب، فقد تجاوز الوزن النسبي للعبارة الواحدة ١,٥. وقد جاء متوسط الوزن النسبي للعبارة الواحدة في مكون الاندفاعية أعلى من غيره تلاه متوسط الوزن النسبي لمكون "ضعف الانتباه"، ثم في المرتبة الثالثة "فرط النشاط".

بالنسبة للسؤال الثاني "هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في كل من الاندفاعية، وفرط النشاط وضعف الانتباه؟".

١- الفروق بالنسبة للاندفاعية:

يبين الجدول رقم (٣) النسب المئوية وقيمة كاي مربع (كا^٢) للاستجابات الخاصة بالذكور والإناث.

الجدول رقم (٣)

ويبين قيمة كا^٢ للاستجابات الخاصة بالذكور والإناث من الأطفال في أعراض الاندفاعية.

رقم	العبرة	الجنس	نادراً	أحياناً	كثيراً	كا ^٢
١	لا يستطيع السيطرة على أفعائه	ذكور	%٣٥	%٣٩	%٢٥,٧	٠,٢٩
		إناث	%٣٦	%٤١	%٢٢	
٢	يجب أن تؤدي مطالبه في الحال	ذكور	%٢٧,٦	%٢٣,٨	%٥١	٧,٢٤
		إناث	%٢٠	%١٥	%٦٤,٧	
٣	انفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع	ذكور	%١٩	%١٦	%٦٤,٧	٧,٦٣
		إناث	%٢٩	%٢٥,٨	%٤٤,٧	
٤	كثير البكاء	ذكور	%١٣	%٢٥,٧	%٦٢	٢,٢
		إناث	%٢٠	%٢١	%٥٨,٨	
٥	حساس تجاه النقد	ذكور	%٢٤,٧	%٢٣,٢	%٤١,٩	٠,٦٥
		إناث	%٢٤,٧	%٢٨	%٤٧	
٦	يجيب عن السؤال قبل إكماله	ذكور	%٢١,٩	%٥١	%٢٦,٦	١٧,٦
		إناث	%١٨,٨	%٢٥,٨	%٥٤	
٧	محب للعراك	ذكور	%٣٠	%٢٧	%٢٢	٠,٣٦
		إناث	%٣١,٧	%٢٢,٩	%٣٥	
٨	يقحم نفسه في أمور لا مبرر لها	ذكور	%١١,٤	%٢٩,٥	%٥٩	٣٣,٣٤
		إناث	%٣٧,٦	%٤٥,٨	%١٦,٤	
٩	صعوبة تأجيل الاستجابة	ذكور	%٤٢,٨	%١٧	%٤٠	٥,٨٦
		إناث	%٣٨,٨	%٣١,٧	%٢٩,٤	
١٠	يقاطع الآخرين في الحديث	ذكور	%١٥,٢	%٦١,٩	%٢٢,٨	٧,٢٢
		إناث	%٢٥,٨	%٢٠	%٣١,٧	
١١	غير قادر على إيقاف حركاته المتكررة	ذكور	%١٣,٢	%٢٨,٥	%٥٨	٣٨,٦٨
		إناث	%٣٥	%٤٩,٤	%١٥	
١٢	ينكر الأخطاء	ذكور	%٤١,٩	%٢٧,٦	%٣٠,٤	٨,٩٧
		إناث	%٢٢,٣	%٤١	%٣٦,٤	
١٣	مطيع باستياء	ذكور	%١٧	%٣٠,٤	%٥٢,٣	٦,٣٣
		إناث	%٢٩,٤	%٣٥,٢	%٣٥,٢	
١٤	يضرب الآخرين بعنف	ذكور	%١٨	%٢١,٩	%٥٩	٥,٧٤
		إناث	%٣١,٧	%٣٦,٤	%٣١,٧	
١٥	يركض ويقفز بسرعة	ذكور	%١٥	%٣٣,٣	%٥٠,٩	٢٤,٤٧
		إناث	%٣٨,٨	%٤١	%٢٠	

❖ دالة عن مستوى ٠,٠٥

يتبين من الجدول رقم (٣) النسبة المئوية لكل عرض من أعراض الاندفاعية عند الذكور والإناث وقيمة كا^٢، كما يتضح أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في كل من البنود رقم ٢، ٣، ٦، ٨، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٥ (إن قيمة كا^٢ في هذه البنود أكبر من دلالتها "٥,٩٩" عند مستوى ٠,٠٥ ودرجة حرية ٢). ففي حين بدت أعراض "يجب أن تؤدي مطالبه في الحال، يجيب عن السؤال قبل إكماله، يقاطع الآخرين في الحديث، ينكر الأخطاء" أعلى عند الإناث منها عن الذكور، إلا أن الذكور قد تفوقوا على الإناث في الأعراض التالية: "انفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع، يقحم نفسه في أمور لا مبرر لها، غير قادر على إيقاف حركاته المتكررة، مطيع باستياء، يركض ويقفز بسرعة".

٢- الفروق بالنسبة لضعف الانتباه

يبين الجدول رقم (٤) النسبة المئوية لأعراض ضعف الانتباه عند كل من الذكور والإناث من الأطفال وقيمة كا^٢.

الجدول رقم (٤)

يبين النسبة المئوية لأعراض ضعف الانتباه عند الذكور والإناث وقيمة كا^٢ لدلالة الفروق.

رقم	العبرة	الجنس	نادراً	أحياناً	كثيراً	كا ^٢
١	ضعف مدى الانتباه	ذكور	٪٢٣,٨	٪٥٥,٥	٪٢٠,٩	٣,٩٢
		إناث	٪٣٤,١	٪٤١,١	٪٢٤,٧	
٢	يحتاج إلى جهد للانتباه إلى تعليمات المعلم	ذكور	٪٣٠,٤	٪٤١,٩	٪٢٧,٦	٣,٠٦
		إناث	٪٢٤,٧	٪٥٧	٪١٨	
٣	يعاني من الذهول أو الحيرة	ذكور	٪٣٠,٤	٪٤٩,٥	٪٢٠	١,٩٦
		إناث	٪٣٤	٪٣٧,٦	٪٢٨,٢	
٤	يفشل في إتمام المهمات التي يبدأ بها	ذكور	٪٢٥,٧	٪٥٠,٥	٪٢٤	١,٦٤
		إناث	٪٤٠	٪٣٨	٪٢٢,٣	
٥	ينتقل من شيء إلى آخر ومن نشاط إلى آخر	ذكور	٪٢٧	٪٥٦	٪١٧	١٦,٦
		إناث	٪٢٣,٥	٪٤١	٪٣٥	
٦	لا يصغي للآخرين	ذكور	٪٣٦	٪٤٠	٪٢٤	٢,٠٠٦
		إناث	٪٣٥	٪٣٨,٨	٪٢٩	
٧	ليس لديه القدرة على متابعة التفاصيل	ذكور	٪٤٤	٪٣٥	٪٢١	٠,٣٣
		إناث	٪٤٥	٪٣٨	٪١٨	
٨	غير قادر على التركيز	ذكور	٪١٨	٪٥٢	٪٢٩,٥	٣,٩٣
		إناث	٪٢٥	٪٥٨	٪١٨	
٩	يعاني من صعوبات في التعلم	ذكور	٪٤٦	٪٣٣	٪٢١	٢,١٨
		إناث	٪٤٠	٪٢٩	٪٣٠,٥	
١٠	يعاني من الشرود وأحلام اليقظة	ذكور	٪٢١	٪٣٦	٪٤٣	١٤,٢١
		إناث	٪٣٤	٪٣٤	٪٣٥	

❖ ١٧, ٤٣	%٥٢, ٥	%١٤	%٣٣, ٣	ذكور	١١	يتشتت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات الخارجية
	%٢٨	%٢١, ٦	%٥٠, ٥	إناث		
٥, ٥٧	%٤٠	%٣٦, ٧	%١٨, ٦	ذكور	١٢	ينسى الأشياء الهامة لانتمام المهام
	%٤٠	%٢٦, ٥	%٣٤, ٩	إناث		
❖ ٦, ٢٧	%٢٣, ٦	%٢٩	%٤٣, ٣	ذكور	١٣	يفشل في متابعة التعليمات التي توجه إليه
	%٢٣	%٢٩, ٨	%٤٧	إناث		
٠, ٧٤	%٥٣	%٣٣	%١٢, ٧	ذكور	١٤	يتعرض للحوادث بسبب ضعف الانتباه
	%٤٧, ٤	%٢٨, ٨	%٢٥, ٦	إناث		
٤, ٦٥	%٣٩, ٥	%٣٤, ٧	%٢٧, ٥	ذكور	١٥	يفقد بعض الأشياء والأدوات
	%٣٠, ٧	%٢٨	%٤١, ٥	إناث		

❖ دالة عن مستوى ٠, ٠٥

يتبين من الجدول رقم (٤) النسبة المئوية لكل بند من البنود وقيمة كا^٢، كما يتضح أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في البنود رقم ٥، ١٠، ١١، ١٣ (حيث أن قيمة كا^٢ أكبر من دلالتها ٥, ٩٩ عند مستوى ٠, ٠٥، ودرجة حرية ٢). ويتضح أن الذكور أكثر تشتتاً للانتباه وأكثر شروداً وأحلاماً لليقظة من الإناث.

٣- بالنسبة للفروق في فرط النشاط

يعرض الجدول رقم (٥) النسبة المئوية لكل عرض من أعراض فرط النشاط عند الذكور والإناث وقيمة كا^٢ أيضاً.

الجدول رقم (٥)

ويبين النسب المئوية لكل بند من بنود فرط النشاط وقيمة كا^٢ لدلالة الفروق

رقم	العبارات	الجنس	نادراً	أحياناً	كثيراً	كا ^٢
١	الخروج من الصف عدة مرات دون مبرر	ذكور	%٤٣	%٢١	%٢٥, ٧	❖ ٦, ٩٩
		إناث	%٤٢	%٤٦	%١٢	
٢	سلوكيات متكررة لدرجة الإزعاج	ذكور	%٤٨, ٥	%٣٤	%١٧	٢, ٣٧
		إناث	%٥٣	%٣٨	%٩, ٤	
٣	عدم الاستقرار أثناء الجلوس	ذكور	%٢٧	%٦٧	%١٥, ٦	❖ ٢١, ٨
		إناث	%٢٧	%٣٥	%٣١	
٤	يسبب صخباً داخل الصف	ذكور	%٢٧, ٦	%٣٦	%٣٢	٢, ٠٦
		إناث	%٣١	%٤١, ٥	%٢٣	
٥	يزعج الأطفال الآخرين في الصف	ذكور	%٣٠, ٦	%٣٧	%٣٢, ٦	٤, ٤٤
		إناث	%٣١	%٤١, ٥	%٢٥	
٦	غير متعاون مع معلميه ومشرفيه	ذكور	%٤٥, ٥	%٣٩	%١٦	❖ ٨, ٢٥
		إناث	%٣٦, ٦	%٤٣	%٢٠, ٧	

٤,٠٣	%١٦	%٤٢	%٤١,٥	ذكور	يظهر سلوك العناد والمعارضة	٧
	%٢٣,٥	%٣٤,٥	%٤٢	إناث		
٠,٢٣	%٣٨,٦	%٣٥,٥	%٢٦	ذكور	يدفع الآخرين في الصف	٨
	%٢٩	%٣٤	%٣٠	إناث		
❖٢٠,٨٩	%٤٣	%٤٢	%١٤,٥	ذكور	التواصل الاجتماعي مع الآخرين ضعيف	٩
	%٣٩	%١٦	%٣٧	إناث		
❖١٩,٦٢	%٥٦,٨	%٢٧	%١٦,٦	ذكور	يتغيب عن المدرسة بلا مبرر	١٠
	%٢٦	%٣٤,٦	%٣٦	إناث		
❖٩,٠١	%٣٨,٨	%٤٣	%٤٢,٦	ذكور	يخالف الأنظمة والمواعيد	١١
	%٣٥	%٢٢,٦	%٢٩	إناث		
❖١١,٠٢	%٣١	%٢٣,٧	%٢٥	ذكور	يتجنب الأعداء	١٢
	%٣١	%٢٨	%٣٧,٦	إناث		
❖١٨,٤١	%٣٥,٦	%٢٢,٧	%٤٢	ذكور	سلوكه لا يمكن توقعه	١٣
	%٢١	%٥٦,٧	%٢٢	إناث		
٢,٨٧	%٣١	%٣٦,٧	%٢٥,٦	ذكور	يسهل قيادته من قبل الأطفال الآخرين	١٤
	%٢٩	%٣٥,٥	%٣٠	إناث		
٤,٣٦٥	%٣١	%٢٨	%٢٩	ذكور	يسلك بشكل مختلف عن أقرانه في مثل سنه	١٥
	%٢٢	%٣٤,٣	%٢٣	إناث		

❖ دالة عن مستوى ٠,٠٥

يتبين من الجدول رقم (٥) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في أعراض فرط الانتباه ذات الأرقام التالية ١, ٣, ٦, ٩, ١٠, ١١, ١٢, ١٣, (قيمة كاً أكبر من دلالتها ٥,٩٩ عند مستوى ٠,٠٥، ودرجة حرية ٢). يتضح أن الذكور أكثر خروجاً من الصف دون مبرر، وأكثر تغيباً عن المدرسة ومخالفة للأنظمة من الإناث، في حين أن الإناث يبدون عدم الاستقرار أثناء الجلوس أكثر من الذكور.

بالنسبة للسؤال الثالث "هل هناك علاقة ارتباطية بين ضعف الانتباه، وفرط النشاط والاندفاعية في تقديرات المعلمين والأهل؟ وما نوع هذه العلاقة وما هي قيمتها ودلالاتها الإحصائية؟"

تتضح الإجابة عن هذا التساؤل من خلال الجداول (٦, ٧).

الجدول رقم (٦)

يبين مصفوفة معاملات الارتباط للعلاقة بين ضعف الانتباه، وفرط النشاط والاندفاعية في تقديرات المعلمين

ضعف الانتباه	فرط النشاط	الاندفاعية
ضعف الانتباه	❖٠,٧٧	❖٠,٧٢
فرط النشاط		❖٠,٦٥
الاندفاعية		

❖ دالة عند مستوى ٠,٠١

يتبين من الجدول رقم (٦) أن معاملات الارتباط بين ضعف الانتباه وفرط النشاط قد بلغت ٠,٧٧، وبين ضعف الانتباه والاندفاعية قد بلغت ٠,٧٢، في حين أن معامل الارتباط بين فرط النشاط والاندفاعية قد بلغ ٠,٦٥. وجميعها تعبر عن علاقة ارتباطية عالية وهي ذات دلالة عند مستوى ٠,٠١.

الجدول رقم (٧)

يبين مصفوفة معاملات الارتباط بين ضعف الانتباه، وفرط النشاط والاندفاعية في تقديرات الأهل.

ضعف الانتباه	فرط النشاط	الاندفاعية
❖ ٠,٦٧	❖ ٠,٦٩	
	❖ ٠,٦٣	

❖ دالة عند مستوى ٠,٠١

يتبين من الجدول رقم (٧) أن معاملات الارتباط بين ضعف الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية جميعها قد تراوحت بين ٠,٦٣ و ٠,٦٩، وهي ذات دلالة عند مستوى ٠,٠١. بالنسبة للسؤال الرابع "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المعلمين وتقديرات الأهل في تقريرهم لأعراض ضعف الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية لدى الأطفال عينة البحث؟"

تتضح الإجابة على هذا السؤال من خلال الجدول رقم (٨).

الجدول رقم (٨)

يبين الفروق بين تقديرات المعلمين وتقديرات الأهل في تقريرهم لوجود أعراض ضعف الانتباه، وفرط النشاط والاندفاعية.

دلالة الفروق بين المتوسطات "قيمة ت"	تقديرات الأهل		تقديرات المعلمين		
	ع	م	ع	م	
٠,٢٣	٠,٢٣	١,٨١	٠,٢٧	١,٨٩	ضعف الانتباه
٠,١٩	٠,٦٧	٢,٢١	٠,٦٤	٢,١١	فرط النشاط
٠,٢٩	٠,٨٤	٣,٨	٠,٩١	٣,١٣	الاندفاعية

يتبين من الجدول رقم (٨) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المعلمين وتقديرات الأهل في تقريرهم لأعراض ضعف الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية لدى الأطفال، فهي جميعها ليست ذات دلالة.

إن هذه النتيجة تدعم النتيجة السابقة التي تم التوصل إليها حول العلاقة الارتباطية المرتفعة

بين تقديرات المعلمين وتقديرات الأهل في أعراض ضعف الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية.

مناقشة وتقيب عام على نتائج البحث

من خلال استعراض النتائج السابقة يتضح لنا ما يلي:

١- تنتشر أعراض ضعف الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية بين أطفال ما قبل المدرسة والصفوف الأولى من الابتدائية. وقد احتلت أعراض الاندفاعية المرتبة الأولى بينها.

٢- تختلف معاناة الأطفال من الجنسين لهذه الأعراض، ويظهر أن أكثر أعراض فرط الحركة والاندفاعية وضعف الانتباه أعلى عند الذكور منها عن الإناث بفارق ذو دلالة إحصائية. وتتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات التي بينت أن الاضطراب أقل حدوثاً عند الإناث منه عند الذكور (WEISS, 1983). وقد بين Whalen (1989) أن فرط النشاط يكون بنسبة ١ (إناث) إلى ٢ (ذكور)، وفي ضوء النسب المئوية، فقد قدرت النسبة بين ٢٪ - ١٣٪ بين الإناث، مقابل ٥٪ - ٢٤٪ بين الذكور، (Barkley, 1981, Shaywitz and Shaywitz, 1988). وهناك بعض الدلائل التي تشير إلى أن مشكلات الأقران عند مفرط النشاط من الإناث تستند إلى خلل معرفي أو لغوي، في حين الذكور مفرط النشاط الذين تكون شعبيتهم ضعيفة إنما يعانون من صعوبات في ضبط الانفعال والنشاط (Whalen, 1989).

٣- لقد أظهرت النتائج وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية عالية بين أعراض ضعف الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية لدى عينة البحث، مما يدل على أن اضطراب ضعف الانتباه يترافق دوماً مع فرط الحركة والنشاط والاندفاعية، وهذا يتفق مع الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية والذي وضع زملة أعراض الاضطراب غالباً بشكل موحد . Attention Deficit Disorder and Hyperactivity(ADHD).

٤- لقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المعلمين وتقديرات الأهل في تقريرهم لأعراض ضعف الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية عند الأطفال، وهذا يثبت العلاقة الارتباطية بين تلازم هذه الأعراض في الاضطراب. إن تشخيص أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال عملية شاقة ومعقدة كما بين Weiss (1983)، وأن التشخيص الدقيق يتطلب الحصول على معلومات من المعلمين والأهل معاً، من هنا يلعب تقرير الأهل والمعلمين دوراً هاماً في الحصول على صورة دقيقة عن أعراض الاضطراب. وبالرغم من أن المعلومات التي يتم الحصول عليها من المعلمين والمدرسة ليست سهلة ولا موثوقة في المدرسة الابتدائية على الأقل، إلا أن الفريق المدرسي يبقى مصدراً هاماً في الحصول على معلومات تتعلق بالإنجاز الدراسي

والتحصيل والتعلم والتكيف المدرسي للتلميذ. إن معظم الأطفال في المدارس والذين يعانون من مشكلات سلوكية متطرفة، منها فرط النشاط وضعف الانتباه، وفقاً لتقديرات المعلمين، لم يحالوا إلى مراكز الإرشاد النفسي ومؤسسات الصحفة النفسية. ومع ذلك فقد تبين أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في المدرسة يختلفون في العديد من المظاهر عن أولئك الذين دخلوا مراكز الارشاد والصحة النفسية (Whalen, 1989).

عموماً إن عدم مواجهة أعراض اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط في مرحلة الطفول، سيزيد من خطر التعرض للسلوك المضاد للمجتمع والانحراف وسوء التكيف الدراسي في مرحلة المراهقة، وقد أثبتت العديد من الدراسات هذه النتيجة فقد تبين للعالم Weiss (1983) من خلال دراساته التتبعية المتعددة أن المراهقين الذين يعانون من سوء استعمال المواد المؤثرة، والسلوك المضاد للمجتمع وسوء التكيف الدراسي (الرسوب المتكرر، الهروب من المدرسة)، كانوا يعانون من الاضطراب في مرحلة الطفولة، ويجب أن يبقى في الذهن أن أكثر الأطفال الذين يعانون من أعراض الاضطراب قبل المدرسة تختفي لديهم الأعراض تدريجياً بعد السابعة من العمر تقريباً.

المراجع:

- محمد قاسم عبد الله (١٩٩٤). مآل اضطراب نقص الانتباه وعلاجه. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، العدد (٢٠) ص ص ٧٠-٧٨.
- محمد قاسم عبد الله (١٩٩٩). أمراض الأطفال النفسية وعلاجها، قدم للنشر.
- فيصل الزراد (١٩٩٩). استبيان تشخيص حالات فرط الحركة، الثقافة النفسية المتخصصة، العدد (٣٧) ص ص ٤٤-٥٢.
- أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسي المعاصر. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed, rev) Washington, DC; Author.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (4 rd ed) Washington, DC; Author.
- Barkley, R. (1981). Hyperactive children. A handbook for diagnostic and treatment. New York. Guilford Press.
- Cantwell, D. (1986). Attention deficit disorder in adolescents. Clinical Psychology review, 6, 237-247.
- Cantwell, D. and Satterfield, J. (1978). The prevalence of academic underachievement in hyperactive children. Journal of Pediatric Psychology. 3. 168-171.
- Douglas, V. and Parry, P. (1983). Effects of reward on delayed reaction time task performance of hyperactive children. Journal of Abnormal Child psychology, 11, 313-326.
- Gittelman, R. ; Mannuzza, S.; Shenkar, R. and Bonagura, N. (1985). Hyperactive Boys Almost Grown Up. Archives of General Psychiatry, Vol. 42, 937-947.
- Gittelman, R. and Mannuzza, S. (1985). Diagnosing ADD-H in Adolescents. Psychopharmacology Bulletin. Vol. 21, 237-241.
- Loney, J. (1980). Childhood hyperactivity. In R. Woody (Ed) Encyclopedia of clinical assessment, 1, 265-285. New York: Josey - Bass.
- Oleary, K. (1980). Pills or skills for hyperactive children. Journal of Applied behavior Analysis. 13, 191-204.
- Parry, P. and Douglas, V. (1983). Effects of reinforcement on concept identification in hyperactive children. Journal of Abnormal Child Psychology, 11, 327-340.
- Pelham, W. and Beder, M. (1982). Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. In K, Gadow and I. Bialer (Eds), Advances in learning and behavioral disabilities (Vol. 1, pp, 365 -4360), Greenwich, CT: JAI Press.

-
- Rapport, M. (1983). Attention deficit disorder with hyperactivity: Critical treatment parameters and their application in applied outcome research. In M. Hersen, R. progress in behavior modification (pp 219-298), New York: Academic.
 - Rapport, M. and Dupaul. G. (1986). Hyperactivity and methylphenidate: Rate-dependent effectson attention. *International Clinical psychopharmacology*, 1, 45-52.
 - Rapport, M. (1989). Hyperactivity and attention deficit disorders. In Hasselt, V. *Handbook of Developmental and Physical Disabilities*, Pergamon Press, New York.
 - Rosenbaum, M. and Baker, E. (1984). Self Control behavior in hyperactive and nonhyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 303-318.
 - Whalen, C. (1989). Attention deficit and hyperactive disorders. In Ollendick, T. and Hersen, M. *Handbook of Child Psychopathology*, Plenum Press, New York and London.
 - Swain, M. and Zentall, S. (1990). Behavioral comparisons of liked and disliked hyperactive children in play contexts and the behavioral accommodations by their classmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 58. 197-209.
 - Weiss, G. (1983). Long term at outcome: Sindings, concepts and practical implications, in Rutter, M. (ed), *Developmental of Neuropsychiatry*, New York, Rutter M. 422-436.