مجلة جامعة الملك سعود، م٢٣، العلوم التربوية والدراسات الإسلامية (٣)، ص ص ٥٦٩ – ٦١٠، الرياض (٢٠١١م/١٤٣٢هـ)

فعالية برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائد لدى عينة من الأطفال ضعاف السمع

سري محمد رشدي

أستاذ مشارك بقسم التربية الخاصة، كلية التربية ، جامعة الملك سعود

الرياض، المملكة العربية السعودية، ص.ب ٢٤٥٨ الرمز ١١٤٥١

E-mail: serryroshdy@yahoo.com

(قدم للنشر في ١٤٣٠/٤/٢هـ؛ وقبل للنشر في ١٤٣٠/١٠/٣٠هـ)

الكلمات المفتاحية: البرنامج الإرشادي، النشاط الزائد، تعديل السلوك، ضعاف السمع.

ملخص البحث: هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي في خفض مستوى النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ضعاف السمع، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بتطبيق مقياس النشاط الحركي الزائد – إعداد الشخص (١٩٨٤)، وقد تم التأكد من دلالات صدقه وثباته ووضوحه، وتكونت العينة من (١٨) طالبا، وقسمت العينة إلى مجموعتين إحداهما المجموعة التجريبية وعددهم (٩) طلاب، والأخرى المجموعة الضابطة وعددهم (٩) طلاب، وكانت المجموعة التجريبية هي التي حصل أفرادها على أقل الدرجات على مقياس النشاط الزائد، وطبق على العينة البرنامج الإرشادي الذي تضمن (٢٤) جلسة بواقع جلستين أسبوعيًا، تتراوح الجلسة مابين (٣٠ – ٤٥) دقيقة، وأشارت النتائج إلى أن البرنامج الإرشادي له فعالية واضحة في خفض مستوى النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ضعاف السمع.

مقدمة

يعتبر ميلاد طفل معوق مشكلة لها آثارها على الأسرة والمجتمع، ولذلك فالعناية بالأطفال ذوى الإعاقة في أي مجتمع من المجتمعات أحد الدلائل على تقدم هذا المجتمع، ولقد بدأت هذه الفئة – نتيجة لتطور الفكر الإنساني – تنال الرعاية والتوجيه والتأهيل للحياة وفق إمكاناتهم وقدراتهم، ومع حلول القرن الحادي والعشرين وما صاحب ذلك من تحديات كثيرة منها التطورات العلمية والتكنولوجية الهائلة ظهر التطوير والتحديث في وسائل الرعاية والتأهيل والتنمية لذوى الاحتياجات الخاصة، واتجهت أنظار العالم في السنوات الأخيرة إلي ضرورة العناية والاهتمام بذوي الإعاقة ودمجهم مع أقرانهم العاديين في المدرسة العادية.

وتعتبر فئة ذوى الإعاقة السمعية إحدى فئات

الإعاقة والتي حرم فيها الطفل من حاسة السمع سواء بشكل كلى (أصم) أو جزئي (ضعيف السمع)، وما يترتب على ذلك الحرمان أو الفقدان من آثار سالبة على جميع نواحي النمو.

ويعد الافتقار إلى اللغة اللفظية وتأخر النمو اللغوي أخطر النتائج المترتبة على الإعاقة السمعية، ويرتبط فهم اللغة وإخراجها ووضوح الكلام بدرجة الفقدان السمعي، فالمصابون بالصمم الشديد والحاد ولاسيما قبل سن الخامسة يعجزون عن الكلام أو يصدرون أصواتًا غير مفهومة، حيث يفتقر هؤلاء إلى سماع النماذج الكلامية واللغوية الصحيحة من الكبار ومن ثم لا يتمكنون من تقليدها، كما أنهم لا يتلقون أي تغذية راجعة كرد فعل بشأن ما يصدرون من أصوات. (القريطي، ٢٠٠٥، ٣٣٤ – ٣٣٥)، وتزداد مع ما يعانيه المعاق سمعياً من مشكلات بزيادة درجة الفقد السمعي.

لذلك يؤكد عبد الرحيم (١٩٩٠ : ١١٥) أن الطفل الذي حرم من حاسة السمع يحرم من المصادر المادية التي من خلالها يتم تكوين وبناء شخصيته وديناميكية هذه الشخصية وسماتها، ويرجع ذلك إلى أن السمع مرتبط باكتساب المعرفة ونمو اللغة والنمو الذهني والانفعالي والاجتماعي، وقد يصاحب الإعاقة السمعية ظهور بعض السلوكيات الاجتماعية غير الملائمة مثل الانسحاب والنشاط الزائد والخجل وسوء التوافق النفسي والاجتماعي، ويتفق ذلك مع ما أشار إليه كل من Eldik (١٩٩٤ : ٣٩٦)، pallack (١٩٩٧ : ١) إلى أن أهم المشكلات التي يعانى منها الأطفال المعاقون سمعياً هي الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وفي هذا الصدد أوضح الشخص (١٩٩٢ : ١٠٤٢) أن شعور الطفل المعاق سمعياً وهذه الاضطرابات خاصة الحركة المفرطة تحدث لوجود طاقة يرغب في التعبير عنها، وعندما لا يجد المخرج لذلك فإنه يخرجها في شكل نشاط زائد وحركة مفرطة ليس لها هدف محدد.

وقد أوضحت بعض الدراسات التي تناولت شخصية المعاق سمعياً أن أكثر الاضطرابات وضوحاَ لدى الطفل المعاق سمعياً هو النشاط الزائد، الاندفاعية، اضطراب الانتباه، ويرجع هذا الاضطراب إلى مشكلات اللغة وفقد التواصل اللفظي مع الآخرين. (Hymotize,1998,Kely,1993,Eldik,1994, Susom, 1996).

ويذكر power, et al (٢٠٠٤ : ٢٧) أن الأطفال ذوى النشاط الزائد يتصفون بتشتت الانتباه، والاندفاعية، وعدم القدرة على ضبط النفس وكثرة الحركة، وبالتالي لا يستطيعون اكتشاف المهارات التي تحتاج إلى التركيز والانتباه.

ومما يؤكد أن مشكلة النشاط الزائد التي يعاني منها ذوو الإعاقة السمعية، مشكلة جديرة بالاهتمام والدراسة، ما ذكره الشخص (١٩٨٥ : ٣٣٣) أن

الآثار السلبية لمشكلة النشاط الزائد لا تقتصر على الأطفال وحدهم بل تمتد إلى العاملين معهم من المربين وأولياء الأمور والأقران حيث يصابون بالإحباط لعدم قدرتهم للتعامل مع هؤلاء الأطفال بصورة سليمة.

ونظراً لما تلعبه العوامل البيئية الاجتماعية من دور في حدوث هذا الاضطراب إلى جانب العوامل البيولوجية، فإن استخدام التدخل السلوكي في تعليم هؤلاء الأطفال مهارات معينة من خلال تعديل بيئتهم وتوفير الفرص المناسبة قد يسهم بشكل كبير في إكسابهم العديد من السلوكيات المقبولة والحد من السلوكيات غير الملائمة مما قد يساعد بدرجة كبيرة في تسهيل عملية دمجهم مع أقرانهم العاديين.

في ضوء ما سبق يعد الدافع للدراسة في محاولة الباحث في خفض مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين سمعيا "ضعاف السمع" من خلال بعض الفنيات السلوكية مثل التعلم بالأنموذج Modeling، والتعزيز Reinforcement، وغير ذلك من أنشطة تسهم في تحقيق أهداف الدراسة.

مشكلة الدراسة

إن الإعاقة تمثل شكلاً من أشكال العجز أو القصور يستشعر معها صاحبها فقدان عضو من أعضائه، والذي يشكل الأثر السلبي على توافقه الشخصي والاجتماعي. إن أخطر ما يترتب على الإعاقة السمعية هو عدم استطاعة الطفل المشاركة الإيجابية في عملية اكتساب اللغة اللفظية التي تعد أكثر أشكال الاتصال سهولة وشيوعاً مما يؤثر على نموه العقلي والمعرفي ويعوق عملية تعليمه واكتسابه الخبرات والمهارات اللازمة لاستثمار ما قد يتمتع به من استعدادات وقدرات عقلية ربما لا يختلف فيها عن الأفراد العاديين بل قد يتفوق عليهم. (القريطي، ١٩٩٦: ١٨٠).

وبالتالي نجد أن الإعاقة السمعية تؤدي إلى تضاؤل فرص التفاعل الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية بين المعاقين سمعياً والعاديين، ويرجع ذلك إلى افتقارهم لغة التواصل اللفظي والتي تقود إلى جعلهم أكثر نزوعاً إلى الانسحاب والميل إلى العزلة والانطواء، ويكون الفرد أقل توافقاً مع مجتمع السامعين – وقد يرجع ذلك إلى ما يعانيه المعاقون سمعياً من مشكلات اجتماعية إلى البيئة المحيطة بهم خاصة البيئة الأسرية، وعدم تفهم طبيعة إعاقته وآثارها على قدرات وإمكانات المعاق سمعياً. (عبد المعطي، أبو قلة، ٢٠٠٧: ١٢٥).

يؤكد الشخص (١٩٩٢: ١٠٣٠) أن النشاط الزائد يعد من أكثر الاضطرابات التي يشيع انتشارها بين المعاقين سمعياً، كما أن النشاط الزائد يؤثر سلباً على أدائهم المدرسي بالإضافة إلى أنه يؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات الأسرية لدى هؤلاء.

وقد أكدت العديد من الدراسات أن النشاط الزائد لدى البنين من المعاقين سمعياً أكثر من البنات

المعاقات سمعياً. كما أن النشاط الحركي الزائد يوجد بنسبة أكبر عند الأطفال المعاقين سمعياً «ضعاف السمع» الذين يقيمون إقامة داخلية في مدارس الصم وضعاف السمع عن الأطفال المعاقين سمعياً «ضعاف السمع» الذين يقيمون مع أسرهم ومن بين هذه الدراسات، دراسة الدك Eldick (١٩٩٤)، عبد العظيم (١٩٩٩)، بالإضافة إلى أن هناك بعض الدراسات أكدت فعالية بعض الفنيات التي يمكن من خلالها الحد من النشاط الزائد ومنها التعلم بالأنموذج ومنها دراسة شقير (١٩٩٩)، ومما يدعم مشكلة الدراسة أن الباحث أنه من خلال ملاحظته في الإشراف على التدريب الميداني لبرامج ضعاف السمع وجد أن من أهم المشكلات السلوكية التي يعانى منها هؤلاء الأطفال مشكلة النشاط الزائد، ومن الأعراض التي تبدو على الطفل مثل: الاندفاعية، وتشتت الانتباه، والحركة المفرطة.. الأمر الذي دفع الباحث إلى إجراء هذه الدراسة بهدف خفض هذا النشاط الزائد، وعلى الرغم من الدراسات والبرامج التي أجريت في هذا المجال إلا أن هذه المشكلة تحتاج إلى المزيد من البرامج الإرشادية بأساليب وفنيات مختلفة تسهم في علاج هذه المشكلة نظراً لخطورتها، وخاصة في الوقت الحالي في ظل التوجهات التربوية الحديثة التي تنادي بالدمج الشامل.

وهكذا تبلورت مشكلة البحث في مدى فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك في التخفيف من أعراض النشاط الزائد لدى الأطفال ضعاف السمع، ومن ثم تتحدد المشكلة الحالية في محاولة الإجابة على التساؤلات الآتية:

١ – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق البرنامج المقترح؟

٢ – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية على مقياس النشاط الزائد قبل وبعد تطبيق البرنامج المقترح؟

٣ – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية على مقياس النشاط الزائد في التطبيق البعدي ودرجاتهم في التطبيق ما بعد فترة المتابعة؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على فعالية بعض فنيات تعديل السلوك في التخفيف من أعراض النشاط الزائد لدى الأطفال ضعاف السمع.

أهمية الدراسة

ترجع أهمية الدراسة الحالية إلى جانبين أساسيين هما الجانب النظري والجانب التطبيقي:

١ – الأهمية النظرية: وتتمثل هذه الأهمية في أن مرحلة الطفولة تعد من المراحل الهامة في حياة الفرد

حيث تسهم بشكل كبير في بناء ونمو شخصيته سواء من الجانب الجسمي أو العقلي أو الوجداني أو الاجتماعي، حيث إن النشاط الحركي الزائد وما يصاحبه من اضطراب يؤثر سلباً على الأداء الوظيفي اليومي لهؤلاء الأطفال في المواقف المختلفة، وتبدو انعكاساته الخطيرة ليس على الأسرة فحسب بل أيضاً على المدرسة والمجتمع.

٢ – الأهمية التطبيقية: وتتمثل فيما يلي:

أ – أن هذه الدراسة سوف توفر قدراً من المعلومات والبيانات حول فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك (التعزيز والتعلم بالأنموذج) المستخدمة في الحد من أعراض النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ضعاف السمع.

ب – أن الفنيات المستخدمة في تعديل السلوك في هذه الدراسة قد تسهم بشكل كبير في تعليم الأطفال ضعاف السمع مهارات معرفية وسلوكية تسهم بشكل إيجابي في دمج تلك الفئة مع أقرانهم العاديين.

ج – أن الحد من النشاط الزائد يتيح الفرصة للطفل في أن يصل إلى مستوى تحصيل أكاديمي أفضل، بالإضافة إلى تحسين علاقاته مع المحيطين به.

مصطلحات الدراسة

١ – تعديل السلوك:

هو التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت عن القوانين، وذلك بغية إحداث تغيير جوهري ومفيد في السلوك الأكاديمي والاجتماعي. (الخطيب، ٢٠٠١).

٢ – التعزيز:

هو نوع من أنواع المكافأة يحدث نتيجة لتقديم شيء ذي قيمة إيجابية أو مرغوب بها للمتعلم، حيث إنه يؤدى إلى تقوية السلوك ويعمل على زيادة احتمالات حدوثه في المستقبل أو تكراره.

٣ – التعلم بالأنموذج:

هو أسلوب تعليمي يقوم على المحاكاة والتقليد، ومن خلاله نقوم بأداء سلوك مرغوب فيه ثم نشجع التلاميذ على أداء نفس السلوك.

٤ – النشاط الزائد:

هو تطور لاضطراب في ضبط الذات. ويتكون من مشاكل في مدى الانتباه، وضبط الاندفاع، ومستوى النشاط، بل هو أكثر من ذلك حيث تنعكس هذه المشاكل في الرغبة الملحة، أو عدم القدرة على التحكم في السلوك على مدى الوقت، للمحافظة على الأهداف المستقبلية ونتائجها نصب العين (Barkley,1995,17).

وإجرائياً: هو الدرجة التي يحصل عليها ضعيف السمع على مقياس النشاط الزائد من إعداد / الشخص (١٩٨٤).

٥ – ضعاف السمع:

هم الأفراد الذين يعانون عجزاً أو نقصاً في حاسة السمع لدرجة لا تسمح لهم بالاستجابة للأغراض التعليمية والاجتماعية، إلا باستخدام وسائل معينة. (حنفي، ٢٠٠٣: ٣٧).

وإجرائياً: هم الأفراد الذين يعانون من فقد جزئي من حاسة السمع أقل من ٧٠ ديسيبل، ويتلقون العملية التعليمية في الفصول الملحقة (برامج دمج)، في المدرسة العادية التابعة لوزارة التربية والتعليم بالمملكة العربية السعودية.

حدود الدراسة

يتحدد موضوع الدراسة بمشكلة النشاط الزائد لدى المعاقين سمعياً، وبالهدف الذي يسعى إلى تحقيقه وهو معرفة فاعلية برنامج مقترح لتعديل السلوك القائم على التعلم بالأنموذج والتعزيز في خفض النشاط الزائد وأعراضه لدى التلاميذ ضعاف السمع.

كما تتحدد الدراسة بطبيعة المنهج المستخدم في البحث وهو المنهج التجريبي، وأيضاً بطبيعة المجتمع الأصلي الذي تنتمي له العينة المستخدمة في برامج ضعاف السمع بمدينة الرياض.

أدوات الدراسة

يستخدم الباحث الأدوات الآتية:

١ – مقياس النشاط الزائد. (إعداد /الشخص، ١٩٨٤).

٢ – البرنامج الإرشادي. (إعداد/ الباحث).

الإطار النظري

تتحدد مفاهيم الدراسة الأساسية على النحو التالي:

أولاً: الإعاقة السمعية

١ – مفهوم الإعاقة السمعية:

تمثل قضية ذوي الإعاقة في أي مجتمع مشكلة قد تسهم بشكل أو بآخر في إعاقة تقدم المجتمع وتنميته، وتعتبر درجة الاهتمام بذوي الإعاقة في أي مجتمع أحد المعايير التي نستطيع أن نحكم بها على مدى تقدم ذلك المجتمع ورقي نظرته الإنسانية، حيث يرتبط الفكر الإنساني الديمقراطي بما توجهه المجتمعات من اهتمام ورعاية للإنسان ومحاولة استثمار طاقاته المتاحة وتحويلها إلى قوى منتجة تسهم بفعالية في عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

ويمثل الاهتمام بالطفل المعاق سمعياً أحد معايير الأمم وتحضرها، لذا يجب أن ينظر العالم العربي إلى تعليم تلك الفئة على أنه ليس خدمة بل هو استثمار أكيد، فهو وإن كان خدمة واجبة الأداء لكل فرد معاق سمعياً، هو في الأصل استثمار للموارد البشرية المتاحة في المجتمع، الأمر الذي يستوجب الاتجاه إلى تطوير سياسة تعليم المعاقين سمعياً. (عامر، ومحمد، ٢٠٠٨).

وقد تعددت وجهات نظر المتخصصين في هذا المجال لبيان وتحديد مفهوم الإعاقة السمعية، يشير مصطلح الإعاقة السمعية Hearing Impairment أو القصور السمعي إلي مستويات متفاوتة يتراوح بين فقد سمعي بسيط Mild مروراً بفقد سمعي متوسط Moderate ثم فقد سمعي حاد Profound. وفي هذا

الصدد يذهب يسلديك والجوزين Ysseldeyke & Algozzine (١٩٩٥) إلى أن الإعاقة السمعية تعني القصور في السمع سواء بصفة دائمة أو غير مستقرة والذي يؤثر بالسلب على الأداء التعليمي للطفل.

ويعرف الشخص (١٩٨٥) المعوق سمعياً بأنه من حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلم الكلام، إلى درجة تجعله – حتى مع استعمال المعينات السمعية – غير قادر على سماع الكلام المنطوق، ومضطراً لاستخدام الإشارة أو لغة الشفاه أو غيرها من أساليب التواصل مع الآخرين.

ويذكر القريطي (٢٠٠٥) أن الإعاقة السمعية أو القصور السمعي مصطلح عام يغطي مدى واسعا من درجات فقدان السمع يتراوح بين الصمم أو الفقدان الشديد الذي يعوق عملية تعلم الكلام واللغة، والفقدان الخفيف الذي لا يعوق استخدام الأذن في فهم الحديث وتعلم الكلام واللغة.

وتشير كرم (٢٠٠٢) إلى أن المعاقين سمعياً هم الأشخاص الذين يبعدون عن المتوسط بعداً واضحاً سواء في قدرتهم العقلية أو التعليمية أو الانفعالية أو الجسمية بحيث يترتب على ذلك حاجاتهم إلى نوع من الخدمات، والرعاية لتمكينهم من تحقيق أقصى ما تسمح بهم قدراتهم.

وهكذا يخلص الباحث من التعريفات السابقة إلى أن المعاق سمعياً هو الفرد الذي يعانى من فقدان في حاسة السمع بدرجة ما سواء كان كلياً أو جزئياً مما يحول معه الاستخدام الجيد لتلك الحاسة، مما يترتب عليه احتياجه لأحد المعينات السمعية الخاصة به، كي يتمكن من التعامل والتكيف مع البيئة المحيطة لديه والتمكن من التواصل معهم.

وبناء على ذلك يرى الباحث أن مصطلح الإعاقة السمعية أو القصور السمعي يستخدم لتمييز أي فرد يعانى من فقدان السمع، وفي إطار هذا المصطلح يقتضي التمييز بين مفهومي الصم، وضعاف السمع.

يوضح يسلديك والجوزين Ysseldeyke & Algozzine (١٩٩٥) أن الصمم هو تلك الإعاقة السمعية التي تبلغ حداً من الشدة تعوق الطفل عن تفعيل المعلومة لغوياً من خلال السمع مع أو بدون إسهاب والذي يؤثر بالسلب على الأداء التعليمي للطفل.

ويذكر يوسف (٢٠٠٠ : ١٨) أن الأصم هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع الاعتماد على حاسة السمع لتعلم اللغة والاستفادة من برامج التعليم المختلفة وهو بحاجة إلى أساليب تعليمية تعوضه عن حاسة السمع.

ويعرف حنفي (٢٠٠٣ : ٣٦) الأصم بأنه الشخص الذي فقد الحاسة السمعية منذ الميلاد أو قبل تعلم الكلام، بدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية في البيئة السمعية إلا باستخدام طرق التواصل المعروفة (لغة الإشارة، قراءة الشفاه، هجاء الأصابع، التواصل الكلي).

ويرى Anniewis & Braham (٢٠٠٥ : ١٤) أن الصمم هو عبارة عن نقص القدرة على الاكتساب أو سماع اللغة المنطوقة مما يؤثر على العملية التعليمية.

يعرف سليمان (١٩٩٨ : ٦٧) الأصم بأنه هو ذلك الفرد الذي يعاني من اختلال في الجهاز السمعي يحول بينه وبين اكتساب اللغة بالطرق العادية، وأن مثل هذا الفرد يكون قد فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو الذي فقدها بمجرد تعلم الكلام نتيجة لحدوث عطل فيها.

وبناءً عليه يمكن القول إن إصابة الطفل بالصمم قبل تطور اللغة والكلام تترك آثاراً سالبة على نموه اللغوي لأنه يفقد كثيراً من المثيرات السمعية، مما يؤدي إلى محدودية خبراته، بينما الطفل الذي حرم من حاسة السمع بعد اكتسابه الكلام واللغة لديه خبرات قد تجعله متوافقاً ومندمجاً مع المحيطين به.

وفيما يتعلق بضعاف السمع، يذهب الشخص (١٩٩٢) إلى أن ضعف السمع يعني حالة من انخفاض حدة السمع لدرجة تستدعي خدمات خاصة كالتدريب السمعي أو قراءة الكلام (الشفاه) أو علاج النطق أو التزود بمعين سمعي، ويمكن لكثير منهم تلقي تعليمهم بدرجة من الفاعلية تناظر الأفراد العاديين في سمعهم وذلك مع إجراء التعديلات والتغيرات الصحية المناسبة لهم وهم من تتراوح لديهم نسبة الفقد السمعي بين (٥٠ – ٧٠) ديسيبل.

ويعرف سليمان (٢٠٠٢ : ٤٧) ضعيف السمع بأنه الشخص الذي لديه إعاقة سمعية دائمة أو مؤقتة تؤثر عكسياً على مهاراته في التعبير والاستقبال خلال اتصاله مع الآخرين، مما يؤثر على تطور نموه أو أدائه التعليمي ويشكل صعوبة في – ولكنها تحول دون – مرور المعلومات اللغوية خلال حاسة السمع سواء باستخدام أو بدون استخدام معينات سمعية.

ويعرف القريطي (٢٠٠٥ : ٣٥) ضعاف السمع بأنهم أولئك الذين لديهم قصور سمعي أو بقايا سمع، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدي وظائفها بدرجة ما ويمكنهم تعلم الكلام سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها.

ويعرف حنفي (٢٠٠٣ : ٣٧) ضعيف السمع بأنه الشخص الذي يعانى عجزاً أو نقصاً في حاسة السمع لدرجة لا تسمح له بالاستجابة للأغراض التعليمية والاجتماعية، إلا باستخدام وسائل معينة.

ومما سبق يتضح لنا أن هناك فرقا بين الطفل الأصم وضعيف السمع، وهذا الفرق هو فرق في الدرجة، وذلك نظراً لأن الطفل الأصم يتعذر عليه الاستجابة التي تدل على فهم الكلام المسموع.. أي أن حاسة السمع عند الأصم معطلة فلا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية، أما الطفل ضعيف السمع فهو قادر على استخدام حاسة السمع لديه في اكتساب القدرة على فهم الكلام.

٢ – أسباب الإعاقة السمعية:

إن إصابة الفرد بالإعاقة السمعية يسبب قلقاً

شديداً ومشكلات للأسرة، ولذا فإن كثيراً من الآباء يريدون معرفة سبب هذه الإصابة ولكن أسباب الإعاقة السمعية كثيرة ومتنوعة بعضها معروفة أسبابه والبعض الآخر غير معروف حتى الآن، وفي الغالب كثيراً ما تحدث نتيجة لأكثر من سبب وكثيراً ما يصعب تحديد هذه الأسباب التي أدت إلى حدوثها.

يذكر عبد الله (٢٠٠٥: ١٧٠) أن أسباب الإعاقة السمعية متعددة ومتنوعة إلا أننا نصنف تلك الأسباب في ثلاث فئات رئيسية على النحو التالي:

١ – عوامل ما قبل الولادة: وتتمثل في تشوهات خلقية، الحصبة الألمانية أو نقص اليود أو العامل الرايزيسي أو اختلاف فصائل الدم.

٢ – عوامل أثناء الولادة: وتتمثل في نقص الأكسجين، الصدمات التي تؤدى إلى نزيف المخ، مرض اليرقان.

٣ – عوامل بعد الولادة: وتضم هذه المجموعة فئتين من العوامل بحسب المرحلة التي تسود فيها العوامل المتضمنة وهى كما يلي:

– عوامل تسود في مرحلة الطفولة، ومن أهمها: الحصبة الألمانية، التهاب الغدة النكيفية، الالتهاب السحايئي، صدمات الدماغ، والتهاب الأذن الوسطى.

– عوامل تسود في مرحلة البلوغ وما بعدها، ومن أهمها: التعرض للضوضاء الشديدة، اضطرابات الأيض، وتصلب الأذن.

وتتفق الضبع (٢٠٠٥) مع الروسان في أن أسباب الإعاقة السمعية تنحصر في عاملين: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية، ومجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية.

ويشير منصور (١٩٩٠)إلى أن الضغوط الانفعالية تساعد على ظهور السلوك القهري المشوش غير المنظم، وربما يؤدى إلى وجود درجات مختلفة من الاستعداد أو الميل للسلوك في هذا الاتجاه لأي درجات مختلفة من النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال.

ويذكر رشدي (٢٠٠٤) أن اتسام الطفل المعاق سمعياً بالنشاط الزائد، قد يكون مرجعه عدم قدرته على تكوين علاقات اجتماعية أكثر منه إلى وجود خلل عصبي، فكل ما يرغب فيه هو أن يخرج مشاعره الداخلية إلى حيز التفاعل الخارجي في محيط الآخرين، فعدم القدرة على التواصل مع الآخرين يشكل نافذة لدخول الاكتئاب والانطواء وحجب الخبرات المكتسبة من الآخرين.. الأمر الذي يؤثر سلباً على توافقه النفسي.

ثانياً: النشاط الحركي الزائد

مقدمة:

إن مرحلة الطفولة تعد من أهم المراحل في نمو الفرد وتكوينه الجسماني والعقلي والنفسي والاجتماعي، إذ هي المرحلة التي يتم فيها تشكيل شخصيته ووضع اللبنات الأولى لبنائه وتحديد اتجاهاته وميوله وغرس قيم وعادات وتقاليد المجتمع لديه... ولا

تعود نتائج الاهتمام بالأطفال في هذه المرحلة عليهم فحسب بل تعود على المجتمع ككل على المدى البعيد باعتبار أن التكوين السوي للفرد هو استثمار في البناء البشرى.(القناوي، ١٩٩٩ : ٦١). الأمر الذي دفع المهتمين بتربية الطفل إلى إعطاء هذه المرحلة اهتماماً خاصاً، لاسيما فيما يتعلق بنمو الطفل ومشكلاته. فالعديد من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال يمكن ملاحظتها في السنوات الأولى من عمر الطفل كالنشاط الحركي الزائد.

إن اكتشاف مثل هذه المشكلة في وقت مبكر أمر بالغ الأهمية لأنه كلما طالت الفترة الزمنية التي يعاني منها الطفل في مثل هذه المشكلات أصبح العلاج متعثراً.. الأمر الذي قد يؤدي إلى كثير من المشكلات للقائمين على رعاية وتربية هؤلاء الأطفال وتنشئتهم سواء في المنزل أو المدرسة، ومن جانب آخر يعوق النشاط الحركي الزائد التلاميذ أنفسهم في تقدمهم التعليمي بالإضافة إلى عدم تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي. (willcutt.2001).

ويذكر كل من ديبيس، والسمادوني (١٩٩٨) أن النشاط الحركي الزائد يجعل الطفل غير قادر على الاستمرار أو الاحتفاظ بالانتباه لفترة طويلة وغير قادر على تنفيذ ما يطلب منه تأديته، كما أنه يجعله اندفاعياً مما يوقعه في أخطاء كثيرة، بالإضافة إلى أن النشاط الحركي الزائد يحدث للطفل عجزاً في السلوك التوافقي مما يؤدى إلى تحرك الطفل حركات مفرطة دون هدف واضح.

وتؤكد بدير (٢٠٠٤ : ١٠٩) على أن الطفل ذا النشاط الحركي الزائد لا يستمر في أي عمل أكثر من خمس دقائق وينتقل من نشاط إلى آخر دون إتمام العمل الأول، كما أنه دائماً شارد الذهن ولا يستطيع تنظيم أدواته بسهولة، وينسى أدوات وأشياء مهمة، ويتجنب المهارات أو المهمات التي تأخذ وقتاً في إنهائها.

أكد الدماطي (١٩٨٧ : ٣٤) على أن معظم المشكلات التي يعاني منها الأطفال ذوو الإعاقة السمعية ليست نتاجا بصفة مباشرة من فقدان السمع بل تحدث نتيجة لمجموعة من الأنماط الانفعالية، فالمشكلة ليست في القصور السمعي في حد ذاته، بل في كيفية استجابة المحيطين لإعاقته وكيفية تقبلهم له، وبخاصة الوالدان، فكثير من المشكلات لديه ترجع إلى عدم تقبل الآخرين المحيطين في بيئته لعجزه وقصوره.

وتوصل Barkley , et al (١٩٩٢) إلى أن الأطفال الذين يعانون من النشاط الحركي الزائد والذي يؤثر تأثيراً مباشراً على تعاملهم مع والديهم ومعلميهم هم أكثر تمرداً وعصياناً بالنسبة للنصائح والتعليمات التي توجه إليهم بالإضافة إلى أن حركتهم الزائدة في الفصل تسبب لهم مشكلة مع معلميهم فينفرون منهم وينبذونهم مما يؤدي ذلك إلى ظهور كثير من المشكلات الأكاديمية لديهم.

ويشير كل من الشخص، والسرطاوي (٢٠٠٣ : ٤٦٨) إلى أن الأطفال المعاقين سمعياً يعانون

من عدم القدرة على التحكم في حركاتهم الجسمية، وفي الانتباه والاستجابات الاندفاعية، ولذا نجد أن أعراض النشاط الزائد تتنوع وفقاً لعمر الطفل وظروف الموقف، ومن المظاهر السلوكية الشائعة لهذه المشكلة: العناد، وصعوبة الانقياد، وحدة الطبع، وتقلب المزاج، وتدني مفهوم الذات، وانخفاض القدرة على التحمل.

ويرى الباحث أن معظم مشكلات ضعاف السمع تنحصر لديهم في صعوبة فهم الكلام وسماع الآخرين بوضوح، الأمر الذي يؤدى به إلى التوتر والشعور بالضيق والإحباط.

ولقد توصلت العديد من الدراسات والبحوث أن هناك ما يتراوح بين ٣٪ و٥٪ من الأطفال في المدارس لديهم نشاط حركي زائد، كما أوضحت الدراسات والإحصائيات أن هناك اختلافات بين البنين والبنات، حيث إن البنين يفوقون البنات في العدد بنسبة تتراوح بين أربعة وستة أضعاف وأن كثيراً من الأطفال من ذوي النشاط الحركي الزائد يظهرون في نهاية الأمر اضطرابات في السلوك التفككي أو الفوضوي بشكل أكثر وضوحاً.(عبد الرحمن وخليفة، ٢٠٠٣: ١٥).

تعريف النشاط الزائد

تعددت وتنوعت تعريفات النشاط الزائد نظراً لتعدد الباحثين والدارسين واختلاف تخصصاتهم، فقد عرفه البعض على أساس أسبابه، والبعض الآخر عرفه على أساس أعراضه، وفيما يلي عرض لبعض تلك التعريفات:

١ – تعريف النشاط الحركي الزائد من حيث أسبابه:

عرفه شعيب، وفرحات (٢٠٠٣: ٢٢) على أنه ليس بالضرورة إصابة مخية وإنما هو حالة من قصور أدنى في بعض وظائف المخ.

وعرف بورت (2001) Burt النشاط الزائد على أنه اضطراب في المراكز العصبية التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل التفكير والتعلم والذاكرة والسلوك.

ويعرف (2000) Searight & Russell النشاط الحركي الزائد بأنه اضطراب عصبي بيولوجي يوصف من خلال أعراض عدم القدرة على الانتباه والاندفاعية.

٢ – تعريف النشاط الحركي الزائد من حيث الأعراض:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن النشاط الحركي الزائد هو مجموعة من الأعراض إذا اجتمعت في الطفل يمكن أن يسمى طفلاً مفرطاً في النشاط، وفيما يلي عرض لبعض تلك التعريفات:

يشير إبراهيم (٢٠٠٨) إلى أن اضطرابات الانتباه لدى الأفراد ذوي النشاط الزائد من أهم الموضوعات التي لها نصيب كثير في المناقشات والمجادلات في مجال التعليم، وكذلك في المناقشات الطبية الساخنة والطرق

التشخيصية المختلفة والخيارات العلاجية المطروحة سواء للأطفال أو المراهقين، حيث تهدف هذه المناقشات إلى السيطرة على هذه الاضطرابات والتحكم في حدتها من أجل الوصول إلى حياة إنتاجية هادفة.

يوضح روتر Rutter (٢٠٠٦ : ٤٧) أن النشاط الحركي الزائد حالة مزمنة تتسم بمستويات غير ملائمة من نقص الانتباه، والاندفاعية، والنشاط الزائد وهذا الاضطراب له تأثير ضار على الأداء النفسي للطفل والمراهق، والطفل الذي يعاني من النشاط الزائد يظهر قدرة أكاديمية متحفظة وضعيف في التحصيل الأكاديمي إلى جانب العديد من المشكلات التي تتعلق بالعلاقات مع الرفاق وتدني مفهوم الذات.

ويذكر الدسوقي (٢٠٠٦ : ٣٢) أن النشاط الحركي الزائد يتمثل في الإفراط في النشاط غير الملائم لعمر الطفل، وكذلك طبيعة الأعمال التي يقوم بها إلى جانب عدم الهدوء وكثرة الشغب، ومخالفة النظام، وعدم الاستقرار، وعدم القدرة على إتمام العمل، وسرعة الانفعال، والفشل في إقامة علاقات اجتماعية مع المحيطين به من الرفاق والوالدين والمعلمين.

تعرف شقير (٢٠٠٥ : ٢٢٥) الطفل ذا النشاط الحركي الزائد بأنه الطفل الذي يظهر نمطا قهريا في التحول السريع للانتباه من موضوع إلى آخر، ضعيف في القدرة على التركيز في موضوع معين يظهر نمطا قهريا في العلاقات الاجتماعية والمؤدي إلى ما يسمى بالحماقة الاجتماعية.

ويعرف أنتروب Antrop,et al (2000) النشاط الزائد بأنه «اضطراب يتصف بقصور الانتباه والاندفاعية، فرط الحركة».

ويشير Christopher (١٩٩٧ : ٢٢) إلى أن الطفل ذا النشاط الحركي الزائد هو الذي يعاني من ارتفاع مستوى النشاط بصورة غير مقبولة اجتماعياً، وضعف القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وقلة ضبط النفس (الاندفاعية) وعدم القدرة على إقامة علاقات طيبة مع أقرانه ووالديه ومدرسيه، وينتقل بسرعة من نشاط لآخر، ويترك العمل دون إكماله.

ويعرف Lewinsohn (1996) النشاط الحركي الزائد على أنه يشير إلى وصف كمي وكيفي للسلوك المضطرب لدى الطفل.

ويعرفه Frederick & Olmi (18: 1994) بأنه «سلوك اجتماعي مضطرب مع مستويات غير ملائمة من الانتباه أو الاندفاعية أو فرط النشاط وتتضح بشكل واضح في البيت والمدرسة».

ويعرف الشخص (١٩٨٥ : ٣٣٤) الطفل ذا النشاط الحركي الزائد بأنه الطفل الذي يعاني من ارتفاع النشاط الحركي بصورة غير مقبولة، وعدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وقصور القدرة على ضبط النفس، وتدني القدرة على إقامة علاقات طيبة مع أقرانه ووالديه ومدرسيه.

ومن التعريفات السابقة يمكن القول بأن النشاط

الحركي الزائد هو عبارة عن مجموعة من الأعراض تتمثل في فرط النشاط الحركي أو عدم الاستقرار الحركي والارتباك والاندفاعية وتشتت الانتباه، وكذلك هو اضطراب غير مناسب للمرحلة العمرية في مدى الانتباه وضبط الاندفاعية والتململ وعدم الاستقرار الحركي وقصور في الانتباه مصاحب لعدم النضج الانفعالي مما يؤثر على تحصيله الأكاديمي.

أعراض النشاط الزائد

هناك مجموعة من الأعراض التي يتصف بها الأطفال ذوو النشاط الزائد والتي تميزهم عن الأطفال العاديين، هذه الأعراض إما أن تكون أساسية كالاندفاعية، وتشتت والانتباه، والحركة المفرطة وإما أن تكون ثانوية كضعف التحصيل الدراسي، والسلوك العدواني، وضعف العلاقات مع الآخرين.

أ – الأعراض الأساسية للنشاط الزائد:

١ – الاندفاعية: Impulsivity

الاندفاعية هي نمط سلوكي يتضمن نقصاً في ضبط السلوك، والميل نحو الاستجابة دون تفكير، ويشير كل من Robert & Johnston (14: 1991) إلى أن الاندفاعية هي الإخفاق أو الفشل في التفكير قبل التصرف، وأيضاً نقص في المثابرة بالإضافة إلى نقص في التنظيم، والتسرع في الاستجابة للمواقف.

ويوضح إبراهيم (٢٠٠٨: ٤٨٧ – ٤٨٨). أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يتسمون بالحركة الزائدة، ويتجولون في الحجرة، ويعجزون عن كبح ردود أفعالهم، كما لا يفكرون قبل فعل أي شيء، حيث إنهم يلقون بتعليقاتهم دون اكتراث بما حولهم ودون الاهتمام بما يترتب على هذا السلوك. إن الاندفاعية قد تجعلهم لا يطيقون الانتظار لفعل شيء ما أو انتظار دورهم في لعبة ما وفق التعليمات المنظمة، ولذلك فإنهم قد ينتزعون لعبة أو دمية من طفل آخر للعب بها، أو يقومون بالاعتداء على الآخرين عندما يكون في حالة استياء.

ويشير الدسوقي (٢٠٠٦: ٣٢ – ٣٣) إلى أن الأطفال المصابين بالنشاط الحركي الزائد لا يستطيعون التحكم في اندفاعيتهم أو ضبط سلوكياتهم طبقاً لمتطلبات الموقف، والطفل الذي يعاني من هذه الاضطرابات لا يقصد في معظم الأحوال إثارة المشاكل السلوكية فهو يعرف الصواب والخطأ ولكنه متسرع ومندفع في رد الفعل واتخاذ القرار، ولا يفكر إلا بعد حدوث المشكلة ولذا فإنه يشعر بالذنب وتأنيب الضمير ولكن هذه المشاعر لا تعوقه عن القيام بهذا السلوك في المستقبل.

ويوضح Robert & Johnston (14: 1991) أن الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد يصدرون سلوكيات لا تتناسب مع عمرهم الزمني، فهم اندفاعيون في أفعالهم التي قد تقودهم إلى الظهور بشكل متهور وعدم الخوف في بعض الأحيان، وقد يظهرون رد فعل للموقف دون تفكير وبغير توقع،

فالاندفاعية هي الإخفاق أو الفشل في التفكير قبل التصرف، وأيضاً نقص في المثابرة بالإضافة إلى نقص في التنظيم، والتسرع في الاستجابة للمواقف.

ويشير Barkley (١٩٩٦) إلى أن طفل النشاط الزائد يجد صعوبة في التريث في الإجابة وانتظار الدور عند الكلام وعند اللعب الجماعي.

ويذكر مصطفى (٢٠٠٣ : ٢٣٥) أن الطفل الذي يعانى من النشاط الحركي الزائد دائماً يقاطع المدرس في الفصل أثناء الشرح، فهو يسأل ويتكلم ويجيب دون أن يسمح له بذلك وغالباً ما تكون أسئلته وإجاباته غير متعلقة بالدرس، كما أنه يجيب على الاختبارات قبل أن يستمع إلى التعليمات التي يلقيها المدرس، كما أنه يتدخل في شئون الآخرين.

ويؤكد الشخص (١٩٩٢ : ١٠٢٧) على أن الاندفاعية تؤثر بشكل سلبي على التحصيل الدراسي لكل من الأطفال العاديين وذوى النشاط الزائد لأن الطفل الاندفاعي لا يستطيع التركيز على التفاصيل والكلمات الدقيقة ويصب تركيز اهتمامه لفترة طويلة على موضوع واحد وبالتالي تكثر أخطاؤه في الجمل ذات الكلمات المتعددة المعاني كما أنه دائماً ينظر إلى بداية الجملة ونهايتها ويغفل وسط الجملة.

مما سبق نستنتج أن الطفل المندفع هو ذلك الطفل المتسرع الذي ليس لديه القدرة على التحكم بالذات، حيث نجده لا يفكر قبل أن يقوم بعمل شيء، ولا يدرك نتائج سلوكه جيداً..الأمر الذي يجعله يقع في أخطاء وكثير من المشكلات كضعف العلاقات مع الآخرين وانخفاض التحصيل الدراسي.

٢ – عدم القدرة على الانتباه:

إن اضطراب الانتباه يجعل الأطفال لا يستجيبون بشكل طبيعي للمثيرات البيئية وتكون استجاباتهم غير انتقائية وسلبية وليس لها معنى.

ويشير هاس Hass (١٩٩٠ : ٢٤٧) إلى أن تشتت الانتباه من الاضطرابات التي تسبب العديد من المشكلات وتتمثل في عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين سواء في نطاق الأسرة أو المدرسة مما يؤثر على عملية التحصيل الدراسي.

ولقد أثبتت الدراسات أن الأطفال الذين يظهرون نشاطاً حركياً زائداً غالباً ما يكون ذلك مصحوباً لديهم بعدم القدرة على الانتباه مما يؤدى إلى عدم القدرة على الاحتفاظ بالانتباه لفترة طويلة نسبياً عند ممارستهم للأنشطة التي يقومون بها، الأمر الذي يجعل هؤلاء الأطفال لديهم سرعة القابلية لتشتت الانتباه فيؤدى إلى انخفاض مستوى التحصيل الدراسي لديهم، وظهور مشكلات وصعوبات في التعلم فضلاً عن سوء التوافق الشخصي والاجتماعي. (إبراهيم، ٢٠٠٨ : ٤٩٢).

وقد أوضحت دراسة بورينو (Porrino, 1998) ودراسة لاهي وبيلهام (Lahey & Pelham, 1998) أن ضعف الانتباه وزيادة النشاط الحركي عرضان لاضطراب واحد، وليسا نمطين لاضطرابين منفصلين.

حيثُ استقر رأي المختصين في مجال الاضطرابات السلوكية على وجود ثلاثة أعراض رئيسية تظهر إما بشكل متلازم تلازماً كلياً أو تلازماً جزئياً/ أو منفردة، وهذه الأشكال هي: الشكل المشترك الذي يظهر فيه السلوك على شكل قصور في الانتباه والحركة المفرطة والاندفاع على سلوك المريض معاً. أما الشكل الثاني فيسيطر سلوك نقص الانتباه على المريض بشكل أكبر من الحركة المفرطة والاندفاع، أما الشكل الثالث فيظهر فيه سلوك الحركة الزائدة بشكل أكبر من سلوك نقص الانتباه (APA, 1994,4).

وفي هذا الصدد يؤكد فليك Flick (1998) على أن تتشتت الانتباه من أكثر الخصائص شيوعاً لدى الأطفال من ذوى ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد، وهذا لا يعني أنهم لا ينتبهون على الإطلاق.فالحقيقة أنهم يحاولون الانتباه، ولكن هناك مؤشرات داخلية وأخرى خارجية تؤدى إلى تشتت انتباههم وتشغلهم عن التركيز فيكون من الصعب عليهم الانتباه إلى التعليمات المطلوب سماعها وفهمها من أجل إنجاز العمل الذي كلفوا به، فيكون الفشل في الأداء، وعدم الإنجاز، هو النتيجة المتوقعة لعدم الانتباه.

مما سبق يتضح لنا أن النشاط الزائد المصحوب باضطراب في الانتباه يؤثر على الطفل بشكل سلبي سواء على تحصيله الدراسي أو في علاقاته مع أقرانه مما يؤدى إلى النبذ والكره من جانب الأقران. الأمر الذي يؤدى إلى انطوائهم وانعزالهم عن الآخرين، مما يؤثر سلباً على توافقهم النفسي والاجتماعي.

ويمكن القول إن هذه السلوكيات تظهر في مرحلة مبكرة من مراحل العمر وأن ظهورها يخلق عجزاً حقيقياً في حياة الفرد، سواء في المدرسة أو البيت.فالشخص الذي يعانى من بعض هذه السلوكيات ولكن علاقته بمن حوله في المجتمع ليست متأثرة جداً بالأعراض السابقة لا يجوز وصفه بأنه مريض يعانى من اضطرابات النشاط الزائد وعدم الانتباه، قد يكون الطفل زائد النشاط ولكن يعمل جيداً في أي مجال.

٣ – الحركة المفرطة أو النشاط الزائد Hyper activity:

يشير Searigh &Russel (2000) إلى أن الأطفال ذوى النشاط الحركي الزائد يتميزون بعدم القدرة على الاستقرار في مكان واحد لفترة طويلة، ويغادر مقعده في الوقت الذي يتوقع فيه الجلوس، ولديه صعوبات في اللعب والانخراط في النشاطات الترفيهية ويبدو أن له طاقة لا تهدأ.

ويوضح Sroufe (٢٠٠١: ٨٢) أن الأطفال زائدي النشاط الحركي دائماً ما يظهرون درجة عادية من النشاط في المواقف الجديدة أو الغريبة عليهم، ولكن سرعان ما يعتادون على هذه المواقف فتعود درجة نشاطهم إلى الارتفاع ليفوق نشاط أقرانهم العاديين، وهم لا يرغبون في الاشتراك بأي نشاط يحتاج إلى قدر بسيط من النظام، ويظهر عدم التناسق الحركي

بينهم عند مقارنتهم مع النشاط الحركي المتناسق للأطفال العاديين.

وأوضحت ساندرا (Sandra, 1997: 9) المظاهر التي يكون عليها الطفل المفرط النشاط الحركي، حيث إنه لديه قصور في استجاباته، ويظهر العديد من الأعراض الحركية التي تتجاوز عن الحد الطبيعي ومنها:

– حركته مستمرة ويجرى ويقفز بإفراط في المكان بشكل غير مناسب.

– دائم الحركة.

– لا يستطيع الجلوس ويقفز من على الكرسي.

– حركته مرتفعة وغير ضرورية برجليه وفرقعة أصابعه.

– متململ بيديه ورجليه.

– يتلوى في مقعده.

– لا يلعب بهدوء.

ويذكر Halgin (1997) أن الحركة المفرطة للطفل تجعله يتعرض لمشاكل سواء في المدرسة أو في المنزل أو مع الأقران كما تجعل المعلمين شديدي الاستياء ويخرجون عن صوابهم.

ب – الأعراض الثانوية:

هناك بعض الأعراض الثانوية المصاحبة للنشاط الزائد، من بين هذه الأعراض مايلي:

١ – انخفاض التحصيل الدراسي:

تذكر عبد الباقي (١٩٩٩) أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يعانون من صعوبات في التعلم ولديهم الكثير من المشكلات التعليمية، حيث إنهم ليس لديهم القدرة على إكمال الواجبات المدرسية ولا يركزون في حجرة الدراسة ولا ينتبهون لشرح المعلم، ومعظم هؤلاء الأطفال لديهم نقص في المهارات المعرفية بسبب شرود الذهن ونقص التركيز.

وتؤكد بعض الدراسات على أن الأطفال ذوى النشاط الحركي الزائد يعانون من انخفاض في التحصيل الدراسي مثل دراسة السلاموني ٢٠٠١، ودراسة أبو مصطفي ١٩٩٦، ودراسة منسي ١٩٨٩، والتي أسفرت نتائجها أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف القدرة على التنظيم والتنسيق، والذي يكون له تأثيره السيئ على قدراتهم التعبيرية والقدرة على الإنشاء والكتابة، لذلك فهم يعانون من فقر واضح في الكتابة، ويعجزون عن التعبير عما يشعرون به وعما يرونه.

٢ – عدم الاتزان الانفعالي:

إن كثيراً من الأطفال الذين يعانون من النشاط الحركي الزائد يبدو عليهم اضطراب انفعالي خاصة القلق، والاكتئاب.. كما أن فرط النشاط الحركي والاندفاعية تؤدى إلى رفضهم من الأقران وعدم التقبل الاجتماعي، مما يؤدى إلى عزلتهم الاجتماعية والشعور بالوحدة، كما أن ضغوط الحياة المرتبطة بالقلق والاكتئاب تضاعف من أعراض الانتباه. (عبدالمعطي وأبو قلة، ٢٠٠٧: ٣٢٩).

يشير Marcy & Driscoll (٢٠٠٦: ١٨) إلى أن الأطفال الذين يعانون من عدم الاتزان في الجهاز

العصبي المركزي يتصفون بالعجز وخاصة في المخ، الأمر الذي يؤدى إلى حدوث نشاط زائد لدى الطفل.

ويضيف Webb et al (2003) أن الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد دائماً ما يأتون بحركات عصبية، وتكون لديهم صعوبات في منع السلوكيات التي قد تشتت الآخرين.

من خلال ما سبق يتضح لنا أن الأطفال ذوى النشاط الزائد يشعرون بالغضب ويفقدون اتزانهم، ويشعرون بالإحباط والاكتئاب وغيرها من المشاكل الانفعالية، الأمر الذي يؤثر على نموهم الاجتماعي والانفعالي والأكاديمي.

ثالثاً: تعديل السلوك:

يشير عابد (٢٠٠٣: ١٢٩) أن تعديل السلوك هو «عملية تتضمن تشكيل سلوكيات الفرد بحيث تحاول خفض معدل حدوث السلوك غير المرغوب أو التخلص منه، وتدعيم السلوك المرغوب أو تعزيزه».

ويذكر عبد الله (٢٠٠٣: ٩) أن تعديل السلوك من الأمور شديدة الأهمية في مجال التربية الخاصة على وجه العموم إذ إن الجهود التي تبذل مع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة تعتمد في أساسها على تعديل سلوكهم وذلك من خلال إكسابهم مهارات معينة مرغوبة تساعدهم على أن يأتوا بالسلوكيات المناسبة في المواقف المختلفة أو الحد من سلوكيات غير مناسبة تصدر عنهم في مختلف المواقف.

وتشير نصرة (٢٠٠٥) إلى أن أسلوب تعديل السلوك يستطيع مساعدة الأشخاص المتأخرين سمعياً أو عقلياً على تحقيق أكبر قدر ممكن من التكيف مع واقعهم.

مما سبق يتضح لنا أن تعديل السلوك يعنى تغيير السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه، وذلك من خلال دراسة العوامل والظروف المؤدية إلى حدوث السلوك حتى يستطيع فهم السلوك المراد تعديله.

فنيات تعديل السلوك

هناك بعض الفنيات التي تستخدم في تعديل السلوك، وسوف يستخدم الباحث التعزيز، والتعلم بالأنموذج، وسوف نعرضها على النحو التالي:

١ – التعزيز:

يستند التعزيز الإيجابي على النظرية السلوكية – التعلم بالاشتراط الإجرائي، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم مدعمات (ثناء– مدح) للأطفال المعاقين سمعياً على الإجابات الصحيحة والاستجابات الملائمة أثناء النقاش والهدف من استخدام هذه الفنية حث الأطفال على التفكير السليم والسلوك المرغوب بحيث يصبح جزءاً من حياتهم، والتعزيز قد يكون مادياً أو لفظياً، أي إثابة العميل لتشجيع أداء السلوك المرغوب فيه ليعيد تكراره في المواقف المشابهة.

يشير عبد الرحيم، وفالح (٢٠٠٢: ٢٢) إلى أن

التعزيز هو حالة سارة أو مثير مرغوب فيه يتبع سلوكاً بحيث يعمل على تقوية احتمالية تكراره في مرات لاحقة فهو يمثل نوعاً من المكافآت ذات تأثير نفسي وربما تكون داخلية أو خارجية أو يمثل هدفاً ذا معنى بالنسبة للفرد.

وتؤكد عبد الباقي (١٩٩٩ : ٧٦) أن الاستجابة التي تترك أثراً طيباً وشعوراً بالارتياح تميل إلى التكرار، حيث يؤدى هذا الأثر وهذا الشعور إلى تقوية تلك الاستجابة وتكرارها، وقد أكدت نتائج البحوث فعالية الدعم الموجب الفوري في تعديل سلوك الأطفال عند صدور الاستجابة المطلوبة.

ويذكر عطا (١٩٩٦ : ٢٧٠ – ٢٧١) أن التعزيز يظهر في صورة لفظية وغير لفظية، فالاتصال البصري والفم لهما نفس قوة التأثير اللفظي مثل كلمات الثناء والاستجابة وغيرها، ويستخدم التعزيز الموجب لتدعيم السلوك المرغوب وتقويته، فتقديم هدية ما لطالب لأنه يحل واجباته يومياً أو لأنه يرفع يديه عند الإجابة تعزز وتدعم هذا السلوك، ويستهدف أيضاً تغيير سلوك خاطئ وذلك عن طريق تعزيز السلوك المضاد، ويفيد هذا الأسلوب في تدعيم السلوكيات المدرسية المرغوبة مثل الانتظام في الطابور، حل الواجبات، المشاركة في الفصل، النظافة، كما يفيد في علاج مشكلات النطق واللغة.

ويضيف مرسي (٢٠٠٢ : ١٥٠) أن التعزيز هو منبه يتجه المرشد فيه إلي تعزيز كل سلوك ينسجم مع مقتضيات الواقع الاجتماعي، وهذا يطلق عليه تعزيز إيجابي أو يتجه إلي كف ما يراه غير مناسب من سلوكيات وذلك عن طريق استخدام التعزيز السلبي.

وتستخدم الدراسة الحالية التعزيز الإيجابي في تعديل السلوك لدى الأطفال ضعاف السمع لتقوية سلوك قائم، والعمل على نموه وترسيخه، ومن أنواع المعززات الإيجابية ما يلي:

١ – معززات غير مشروطة «غير متعلمة» وهى المعززات الطبيعية كالأطعمة المختلفة.

٢ – معززات مشروطة «متعلمة» وتنقسم إلى:

أ – مدعمات مادية: مثل الهدايا والنقود.

ب – مدعمات لفظية: مثل استخدام كلمات الشكر والاستحسان «شاطر، برافو، ممتاز».

ج – معززات رمزية: مثل إعطاء الطالب شهادة تقدير أو لوحة شرف، أو نجمة.

وفي هذا الصدد يؤكد الشخص (١٩٩٢ : ٣٨١) أن أكثر الطرق فعالية مع الأطفال مضطربي الانتباه ومفرطي الحركة هو العلاج السلوكي الذي يعتمد على الدعم الإيجابي والمعززات الرمزية.

٢ – التعلم بالأنموذج:

يعتبر التعلم بالأنموذج من الفنيات الهامة في البرنامج لتعديل الجانب السلوكي، وتستند فنية التعلم بالأنموذج إلى نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura (1997) والتي أشارت إلى أن الفرد يمكنه التعلم

من خلال الملاحظة أو تقليد سلوكيات وأفعال الآخرين.

وترى نظرية التعلم الاجتماعي أن المهارات الاجتماعية يمكن أن تكتسب بواسطة ملاحظة السلوك النموذج أو القدوة، وتظهر النمذجة كأسلوب لتعديل السلوك وبناء السلوكيات المرغوبة، فأحياناً قد يعجز العميل عن أداء الاستجابة على الوجه المطلوب إذا لم يلاحظ الأداء الصحيح لهذا الموقف لشخص آخر، وهنا تبرز أهمية المرشد بدور النموذج، وتزداد الحاجة لهذه الفنية مع الأطفال بصفة عامة، وضعاف السمع بصفة خاصة، ومعنى أن يقوم المرشد بدور النموذج هو أن يؤدى أولاً الاستجابة الصحيحة أمام العميل لكي يلاحظه الطفل ويعرف كيفية الأداء السليم عن طريق الملاحظة، وليست هذه العملية إلا لعب الدور معكوساً أي أن يقوم المرشد بما كان يجب أن يقوم به العميل، ومن ثم يكرر العميل الاستجابة من جديد.. وتزداد الحاجة لهذه الفنية مع الأطفال بصفة عامة، والأطفال ضعاف السمع بصفة خاصة.

وفي هذا الصدد يؤكد رشدي (٢٠٠٤ : ٢٧) أن اكتساب المهارات الاجتماعية تظهر في صور مختلفة منها الرحلات والحفلات المدرسية والأنشطة الفنية والرياضية والاجتماعية وغيرها، وذلك لما لها من أهمية كبيرة في تعويد الطفل الاعتماد على النفس في جذب المعلومات عن طريق الخبرة المباشرة، كما أنها تساعد على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين واكتساب كثير من الاتجاهات والاستجابات السلوكية المرغوب فيها، كما أنه من خلال ممارسة الأطفال للأنشطة الفنية والرياضية تكون الفرصة سانحة أمامهم لممارسة الهوايات الخاصة بهم كالرسم والتمثيل والغناء والألعاب وغيرها.

ويشير الباحث الحالي إلى مبررات استخدام النمذجة السلوكية في هذه الدراسة فيما يلي :

– تعد النمذجة ذات فعالية في عملية التعلم خاصة في استخدام التذكر والاسترجاع.

– تؤدى فعالية النموذج السلوكي في إثارة التشويق من خلال استخدام حاستي السمع والبصر.

الدراسات السابقة

أولاً: دراسات تناولت النشاط الزائد لدى الأطفال

قام بتنام Putnam & Stephen (2003) بدراسة هدفت إلى معرفة السبب في النشاط الزائد هل يرجع إلى البيئة أم إلى الناحية المرضية، وتكونت عينة الدراسة من ٥٠ طفلاً يعانون من النشاط الزائد، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى أن النشاط الزائد قد يكون راجعاً في الأساس إلى وجود خلل وظيفي في المخ، وأيضاً قد يرجع النشاط إلى عوامل بيئية.

وفي دراسة قام بها لاهى وآخرون Lahey ,et al (1999) هدفت إلى اختبار مدى صلاحية مقياس الاضطراب العقلي للأطفال ذوى النشاط الزائد من خلال تقدير الوالدين والمعلمين، وطبقت الدراسة على

عينة قوامها ١٢٦ طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٣ – ٧ سنوات، وتم دمجهم مع ٢٦ طفلاً آخرين، ووجد أن المقياس له فاعلية في التشخيص المبكر للاضطراب العقلي واضطراب نقص الانتباه المصاحب للنشاط الزائد وذلك من خلال تقدير كل من الوالدين والمدرسين.

وفي دراسة قامت بها أبو رية (٢٠٠١)هدفت إلى معرفة أثر استخدام برنامج تكاملي للتدريب على بعض فنيات التحكم الذاتي في تعديل سلوك فرط النشاط عند الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ تلميذا وتلميذة بالصف الرابع قسمت إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية وذلك لصالح المجموعة التجريبية التي تتلقى التدريبات على البرنامج التكاملي لخفض فرض النشاط.

وكذلك هدفت دراسة خاشفجي (١٩٩٩) إلى التعرف على فعالية برنامج التدريب على ضبط الذات والتعزيز الإيجابي في خفض النشاط الزائد لدى عينة مكونة من (٢٧) تلميذة من تلميذات الصفوف الثالث والرابع والخامس بالمرحلة الابتدائية بمدارس الرياض في عمر زمني ما بين (٩ – ١١ سنة) تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات متساوية، المجموعة التجريبية الأولى استخدم معها أسلوب ضبط الذات والمجموعة التجريبية الثانية استخدم معها التعزيز الاجتماعي، والمجموعة الثالثة ضابطة. وأشارت النتائج إلى انخفاض مستوى النشاط الزائد لدى المجموعتين التجريبتين بدرجة دالة مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد البرنامج، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة بين أسلوب ضبط الذات والتعزيز الإيجابي في خفض النشاط الزائد.

وقام كل من ودور وآخرون Woodword ,et al (1998) بدراسة هدفت إلى تحديد عوامل الحياة الأسرية والوالدية التي تصاحب ظهور اضطراب النشاط الزائد لدى عينة من الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من(٢٨) من الذكور ممن يعانون من النشاط الزائد، واستخدمت الدراسة مقياس الاتجاهات الوالدية، ومقياسا لتقييم الوظيفة الأسرية والصحة النفسية للأسرة، والعلاقات الوالدية وتأثير الدعم الاجتماعي وذلك باستخدام مقياس من مقاييس التوافق، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى أهمية الدور الذي تلعبه العوامل الأسرية في التأثير على مشكلات الأطفال وحدوث النشاط الزائد بوجه خاص.

وفي دراسة قام بها كل من Buitelaar , et al (1994) هدفت إلى ملاحظة نماذج السلوك لدى مجموعة من الأطفال ذوى النشاط الزائد وأخرى من العدوانيين، وثالثة ضابطة، وتكونت عينة الدراسة من ٤٤ طفلاً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات واستخدمت الدراسة أداة «جلسات لعب الغرفة»، وتوصلت في نتائجها إلى الاختلاف الواضح بين الأطفال العدوانيين في معظم نماذج السلوك (التسلطي – الفوضوي –

العدواني – الانطوائي – الاندفاعي).

وقام صبرة (١٩٩٤) بدراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسرة وحجم الأسرة والنشاط الزائد لدى عينة من تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي، وتكونت عينة الدراسة من ٤٤٠ طفلا من المعاقين سمعياً منهم ٢٢٥ ذكور، ٢١٥ إناث، واستخدمت الدراسة مقياس النشاط الزائد، واستمارة المستويات الاقتصادية والثقافية والاجتماعية للأسرة، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى ما يلي:

١ – عدم الارتباط بين النشاط الزائد والمستويات الاجتماعية والثقافية للأسرة بالنسبة لعينة الذكور، أما بالنسبة لعينة الإناث فوجدت علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائية بين النشاط الزائد والمستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسرة.

٢ – وتوصلت أيضاً إلى عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين النشاط الزائد وحجم الأسرة لدى عينة البحث الذكور والإناث.

٣ – وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في النشاط الزائد لصالح الذكور.

وفي دراسة قام بها الشريف (١٩٩١) هدفت إلى معرفة العلاقة بين فرط النشاط والاستعداد الذهني وأساليب معاملة الأم للطفل في رياض الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) طفلاً من زائدي النشاط، (٢٤) طفلاً من العاديين، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى ما يلي:

– وجود فروق دالة إحصائياً بين أساليب معاملة أمهات الأطفال زائدي النشاط ومعاملة أمهات الأطفال العاديين في أسلوب النبذ لصالح أمهات الأطفال زائدي النشاط.

– وجود فروق دالة إحصائياً في أساليب الحماية الزائدة والتسامح الزائد والتقبل لصالح أمهات الأطفال العاديين.

– أمهات الأطفال زائدي النشاط تتسم معاملتهن بالقسوة والشدة، وعدم الاهتمام والتسامح.

وللتعرف على أثر النشاط الحركي الزائد على الانتباه السمعي والبصري، قام السمادوني (١٩٩٠) بدراسة هدفت إلى معرفة الآثار السلبية على الانتباه السمعي والبصري لدى الأطفال ذوى النشاط الزائد، وتكونت عينة الدراسة من (٦٨) طفلاً، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى وجود انخفاض ملحوظ في مستوى المهارات التعليمية لدى الأطفال ذوى النشاط الزائد عند مقارنتهم بالأطفال العاديين.

ثانياً: دراسات تناولت النشاط الزائد لدى المعاقين سمعياً

قام فايد (٢٠٠١) بدراسة هدفت إلى مدى فعالية استخدام رسوم الأطفال في تشخيص وخفض حدة الانفعالية من خلال تنمية التروي لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة السمعية، وتكونت العينة من ٨٥ تلميذاً وتلميذة من مدرسة الأمل للصم وضعاف

السمع ، واستخدمت الدراسة اختبار رسم الرجل ، وقوائم تقدير المشكلات السلوكية الصورة الخاصة بالمعلم ، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى أن الأطفال ذوى الإعاقة السمعية الذين يعانون من النشاط الزائد والاندفاعية تظهر في رسوماتهم للشخص عدم ترابط بين التفاصيل الدقيقة في رسم الرجل فضلاً عن الانتقال سريعاً من رسم الرأس إلى الذراع والرجل دون ظهور التفاصيل الدقيقة للجزء المرسوم.

وقامت عبد العظيم (١٩٩٩) بدراسة هدفت إلى الكشف عن المشكلات السلوكية لدى الطفل الأصم في المرحلة العمرية من ٩ – ١٢ عاماً ، ومقارنة ذلك بالمشكلات السلوكية للطفل عادى السمع ، وتكونت العينة من ٨٠ طفلاً منهم ٤٠ طفلاً أصم (٢٠ ذكر+ ٢٠ أنثى) و٤٠ طفلاً عادي السمع (٢٠ ذكر+٢٠ أنثى) ، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية : مقياس المشكلات النفسية ، واختبار «جودارد» للطفل الأصم ، والمقابلة الشخصية مع معلمي الأطفال ، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى معاناة الأطفال الصم للمشكلات السلوكية بصورة أكثر من غيرهم من الأطفال عادى السمع وتمثلت تلك المشكلات في الحركة الزائدة والسرقة والكذب والعدوان والسلوك الانسحابي والسلوك المضاد للمجتمع والسلوك الجنسي الشاذ.

وفي دراسة Stefanich, Greg (1998) والتي هدفت إلى علاج النشاط الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية مستخدمة بعض الاستراتجيات منها التعلم بالأنموذج والتعليم المرحلي والإرشادي والتعليم المتدرج والتعليم بالاكتشاف وذلك من خلال استخدام المعلمين كوسائط لعرض البرنامج العلاجي التدريبي على التلاميذ ، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة لإحصائية بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للمجموعة التجريبية ولصالح التطبيق البعدي مما يعنى فعالية استخدام البرنامج العلاجي القائم على التعلم بالأنموذج والتعليم المرحلي والإرشادي والتعلم بالاستكشاف في خفض حدة النشاط الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد استخدام البرنامج.

وقام إلدك Eldik (1994) بدراسة هدفت إلى التعرف على النشاط الحركي الزائد من خلال التعرض للمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ، وتكونت عينة الدراسة من ٤٤ طفلاً واستخدمت الدراسة قوائم تقدير السلوك لتحليل وتجميع البيانات ، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى ما يلي :

١ – وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، والأطفال عادى السمع من حيث المشكلات السلوكية وفي مقدمتها النشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين سمعياً أعلى منها عند الأطفال عادي السمع.

٢ – وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

الأطفال ذوى الإعاقة السمعية الأصغر سناً والأطفال ذوي الإعاقة السمعية الأكبر سناً من حيث مستوى النشاط الحركي الزائد لصالح الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الأصغر سناً.

وفي دراسة قام بها كيلي وآخرون Kely ,et al (1993) والتي هدفت إلى معرفة المظاهر المختلفة التي تميز اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال الصم، وتكونت عينة الدراسة من ٢٣٨ طفلاً أصم بمتوسط عمري ١٤,٨ ، وتناولت الدراسة أهم أعراض هذا الاضطراب لدى الأطفال الصم، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى أن أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة لدى كل من العاديين والصم متشابهة، وإن كانت أعراض الانتباه أكثر وضوحاً وشدة لدى الصم عن العاديين.

وقام ديسموند وآخرون Desmond, et,al (1993) بدراسة هدفت إلى مقارنة النشاط الزائد والمصحوب باضطراب انتباه بين المعاقين سمعيا وراثيا، والمعاقين سمعيا إعاقة مكتسبة، وكانت الإعاقة بسبب الحصبة الألمانية أو التلف المخي أثناء الولادة وبين العاديين، وكذلك الاتجاهات الوالدية تجاه الأبناء المعاقين سمعياً ولديهم اضطراب انتباه، وتكونت عينة الدراسة من (٢٣٨) طالباً في سن (١٤,٨) سنة مقسمة على الثلاثة مجموعات (٧٩) صم وراثيا، (٧٩) صمم مكتسب، (٨٠) طفلاً عادي السمع وأمهاتهم، واستخدمت الدراسة مقياس اضطراب الانتباه، وكذلك استمارة الملاحظة عن طريق المدرسين واستخدمت مقياس الاتجاهات الوالدية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

١ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات اضطراب الانتباه بين مجموعتي الصمم المكتسب والصمم الوراثي في اتجاه الصمم المكتسب.

٢ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الصمم الوراثي والصمم المكتسب ومجموعة الأطفال عادي السمع في اتجاه مجموعتي الصمم.

وقام الشخص (١٩٩٢) بدراسة هدفت إلى معرفة إلى أي مدى يتوافر السلوك التكيفي أو النشاط الحركي الزائد لدى الطفل المعاق سمعياً، وتكونت عينة الدراسة من ١٠٠ طفل وطفلة، نصفهم معاقون سمعياً والنصف الآخر عادى السمع، وتتراوح أعمارهم بين ٧ – ١٢ عاماً، واستخدم الباحث مقياس (ن – ز) لقياس النشاط الزائد عند الأطفال، ومقياس السلوك التكيفي، ومقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المعاقين سمعياً والأطفال عادى السمع من حيث النشاط الحركي الزائد لصالح الأطفال المعاقين سمعياً، وهذا يعنى أن مستوى النشاط الزائد عند المعاقين سمعياً أعلى منه عند عادي السمع، وأوضحت الدراسة أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال البنين المعاقين سمعياً والأطفال البنات المعاقات سمعياً لصالح البنين المعاقين سمعياً، مما يعنى أن مستوى

النشاط الحركي الزائد أعلى عند البنين المعاقين سمعياً عن البنات المعاقات سمعياً، بالإضافة إلى ذلك كشفت الدراسة عن وجود فروق بين الأطفال الصم الذين يقيمون إقامة داخلية بمدرسة الصم والأطفال الصم الذين يقيمون مع أسرهم (رعاية خاصة) من حيث درجة السلوك التكيفي لصالح الأطفال الصم الذين يقيمون إقامة داخلية بمدرسة الصم.

تساؤلات الدراسة

١ – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق البرنامج المقترح؟

٢ – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية على مقياس النشاط الزائد قبل وبعد تطبيق البرنامج المقترح؟

٣ – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية على مقياس النشاط الزائد في التطبيق البعدي ودرجاتهم في التطبيق ما بعد فترة المتابعة؟

أدوات الدراسة

أولاً: العينة:

تكونت عينة الدراسة من (١٨) تلميذاً «ضعاف السمع» من مدرسة الإمام سعود الكبير الابتدائية «برنامج دمج» بمدينة الرياض، ممن تتراوح أعمارهم مابين ٨ – ١١ سنة، وتتراوح نسبة ذكائهم بين ٧٠ – ٩٠ على اختبار وكسلر للأطفال وفقاً لمقياس الذكاء لملفات الطلاب الموجود في ملف الطالب والمجدد مع بداية العام الدراسي، وهؤلاء التلاميذ قد حصلوا على الدرجات العالية على مقياس النشاط الزائد، وتم تقسمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وتمت المجانسة بين أفراد المجموعتين.

ثانياً: أدوات الدراسة:

استخدم الباحث الأدوات الآتية:

١ – مقياس (ن – ز) النشاط الزائد (إعداد / الشخص، ١٩٨٤)، تقنين الباحث.

٢ – البرنامج الإرشادي إعداد / الباحث.

وبيان ذلك فيما يلي:

١ – مقياس (ن – ز) النشاط الزائد:

يحتوى المقياس على ٢٢ عبارة مرتبطة بمظاهر نشاط السلوك الزائد، واتبع الشخص (١٩٨٤) طريقة ليكرت في قياس الاتجاهات حيث يتم تقدير موقع الطالب من السلوك على أساس التدريجات الأربعة التالية: لا يحدث على الإطلاق(صفر)، يحدث في بعض الأحيان (١)، يحدث كثيراً (٢)، يحدث دائماً (٣)، ومن هنا يمكن حصر الدرجة الكلية التي يحصل عليها الطفل في المقياس بين صفر، ٦٦ درجة، ويعتبر الطفل العادي ذا نشاط زائد إذا حصل على ٤٨ درجة فأكثر أما بالنسبة للمعاقين سمعياً فيجب أن يحصل على ٥٤

درجة فأكثر.

تقنين المقياس في صورته الأولية

قام الشخص (١٩٨٤) معد المقياس بتقنينه على عينة قوامها (١٠٢٠) طفلاً وطفلة من الأطفال العاديين والأطفال المعاقين (سمعياً – بصرياً – عقلياً) ووجد أن المقياس يصلح لقياس النشاط الزائد لدى كلٍ من الأطفال العاديين والأطفال المعاقين أيضاً.

وقام الشخص بالتحقق من صدق وثبات المقياس بالعديد من الطرق مثل طريقة إعادة الاختبار، حيث بلغ معامل الثبات ٠,٨٩ وطريقة التجزئة النصفية: تم استخراج معامل الارتباط بين جزئي المقياس «الزوجي، الفردي» حيث بلغ ٠,٥٠ وباستخدام معادلة سيبرمان وبراون أصبح معامل الثبات ٠,٦٦

وكذلك قام الشخص بحساب صدق مقياس النشاط الزائد من خلال عدة طرق منها: طريقة معاملات الارتباط، طريقة المقارنة الطرفية، الصدق العاملي.

تقنين المقياس في الدراسة الحالية

للتأكد من ثبات المقياس في الدراسة الحالية قام الباحث بالتأكد من ذلك قبل تطبيق المقياس على أفراد عينة الدراسة فقد استخدم في ذلك طريقة إعادة الاختبار، وفيه قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة قوامها (٤٠) تلميذاً من مدرسة الإمام سعود الكبير الابتدائية «برنامج دمج ضعاف السمع»، تتراوح أعمارهم مابين (٨ – ١١) سنة، وتتراوح نسب ذكائهم بين ٧٠ – ٩٠ درجة، ثم قام الباحث بعد ذلك بتطبيق المقياس على نفس الأفراد بعد مرور ١٥ يوماً من التطبيق الأول، وبحساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيق الأول، ودرجات الأفراد في التطبيق الثاني بلغ معامل الارتباط ٠,٦٩.

صدق المقياس

استخدم الباحث لحساب صدق المقياس الصدق الظاهري حيث تم عرضه على مجموعة من أساتذة التربية الخاصة والعاملين في مجال التربية الخاصة لمعرفة رأيهم، وتم موافقتهم على المقياس.

وتم تطبيق المقياس على عينة التقنيين وقوامها (٤٠) تلميذاً بمدرسة الإمام سعود الكبير الابتدائية «برنامج ضعاف السمع» بمدينة الرياض، وفيما يلي بيان بطرق التقنين التي اتبعها الباحث:

١ – صدق المحكمين:

قام الباحث بعرض المقياس على السادة المحكمين من أساتذة قسم التربية الخاصة بجامعة الملك سعود، والعاملين في مجال التربية، وتم الموافقة على تطبيق المقياس.

٢ – الاتساق الداخلي.

تم التأكد من حساب معاملات ارتباط المفردات بدرجة البعد الذي تنتمي إليه، وجاءت النتائج أن

جميع معاملات ارتباط مفردات مقياس النشاط الزائد بأبعاده المختلفة معاملات دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) وهذا يؤكد تمتع جميع مفردات المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات الداخلي، وكذلك تم حساب معاملات ارتباط الأبعاد بعضها البعض بالدرجة الكلية، وجاءت معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١).

البرنامج الإرشادي

قام الباحث الحالي بإعداد البرنامج الإرشادي في ضوء الخطوات التالية:

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

أ – الأساس العام:

– النشاط الحركي الزائد وهو السلوك المراد تعديله من خلال البرنامج العلاجي أو الإرشادي أو النفسي.

– إن الأطفال ضعاف السمع في حاجة إلى تقديم خدمات إرشادية.

– التخفيف من حدة بعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً.

ب – الأساس النظري أو العلمي للبرنامج:

يعتمد الباحث في هذا البرنامج على معطيات النظرية السلوكية في تعديل السلوك عند الأطفال ضعاف السمع من خلال وضع برامج فعالة لتغيير نماذج السلوك غير المقبولة، حيث يرى أصحاب النظرية السلوكية أن جميع أنواع السلوك هي محصلة مكونات البيئة والظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد، وبناءً عليه يمكن إحداث تغيير في بيئة الفرد وتحسين الظروف المحيطة به من خلال استخدام أسلوب التعزيز.

كما يستند هذا البرنامج إلى نظرية التعلم الاجتماعي التي ترى أن الفرد يتعلم السلوك عن طريق التقليد والمحاكاة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية وما يلاحظه الفرد في سلوك الآخرين في البيئة التي يعيش فيها.

ج – الأساس النفسي للبرنامج:

ويتمثل في:

١ – إتاحة الفرصة للأطفال ضعاف السمع ذوى النشاط الحركي الزائد للتعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم بحرية.

٢ – إثارة التشويق والمتعة لدى الأطفال ضعاف السمع ذوي النشاط الحركي الزائد.

٣ – أن يرتبط محتوى البرنامج بميول واهتمامات الأطفال ضعاف السمع ذوى النشاط الحركي الزائد.

د – الأساس التربوي للبرنامج:

يهدف هذا الأساس إلي التقليل من الاندفاعية لدى التلاميذ ضعاف السمع، حيث إن التقليل من تلك الاندفاعية يسهم بشكل كبير في القدرة على التروي والتفكير وعدم التسرع في إصدار الاستجابة، ويتضمن الأساس التربوي أيضاً تنمية القيم الإيجابية للطفل الأصم حيث يمكنه ذلك إكساب العديد من السلوكيات الايجابية، خاصة فيما يتعلق بتقليل النشاط

الحركي الزائد.

أهداف البرنامج

يهدف البرنامج الإرشادي إلى تحقيق مجموعة من الأهداف وهى على النحو التالي :

أولاً: الأهداف العامة:

تتمثل الأهداف العامة فيما يلي :

– خفض سلوك النشاط الزائد لدى الأطفال ضعاف السمع.

– خفض الاندفاعية لدى الأطفال ضعاف السمع ذوى النشاط الزائد.

ثانياً: الأهداف الخاصة بالبرنامج:

وينبثق من الهدف العام مجموعة من الأهداف الفرعية تتمثل في :

أ – الأهداف المعرفية:

١ – مساعدة الطفل ضعيف السمع ذي النشاط الزائد على اكتساب فهم أعمق لمشكلته.

٢ – إكساب الطفل ضعيف السمع ذي النشاط الزائد تقييماً ذاتياً لما يعود عليه وعلى الآخرين من عواقب وخيمة نتيجة النشاط الحركي الزائد.

٣ – مساعدة الطفل ضعيف السمع ذي النشاط الزائد على اكتساب مفاهيم تساعده على تعديل سلوكه.

ب – الأهداف الوجدانية:

١ – مساعدة الطفل على تفريغ انفعالاته أو الطاقة المكبوتة من خلال حرية التعبير عن مشاعره وانفعالاته.

٢ – إتاحة الفرصة للطفل ضعيف السمع ذي النشاط الحركي الزائد على تنمية المشاركة الوجدانية والتعاون مع الآخرين.

ج – الأهداف السلوكية:

١ – تدريب الطفل ضعيف السمع ذي النشاط الحركي الزائد على التحكم في سلوكه الحركي الزائد وتقليل عدوانيته.

٢ – تدريب الطفل ضعيف السمع ذي النشاط الحركي الزائد على تحمل مواقف الإحباط.

٣ – تدريب الطفل ضعيف السمع ذي النشاط الحركي الزائد على اكتساب المهارات الاجتماعية وزيادة روح المشاركة الفعالة مع الآخرين.

كيفية تطبيق البرنامج

البرنامج الحالي قائم على التعليم بالأنموذج والتعزيز، وقد تم تطبيقه بشكل جماعي حيث إن التطبيق بالشكل الجماعي أكثر تأثيراً من التطبيق بشكل فردى مع الأطفال ذوى النشاط الزائد وقصور الانتباه، حيث إن جلسات التطبيق الجماعي تشبه مواقف العلاقات الاجتماعية في الحياة الطبيعية وبالتالي يمكن لأفراد المجموعة أن يساعدوا بعضهم في اكتساب المهارات والسلوكيات المرغوبة.(Webb, et al 2003) .

وذلك مع وضع في الاعتبار أن البرنامج يركز على خصائص الأطفال وحاجاتهم وقدراتهم، الفروق

الفردية بينهم، يتبع أسلوب التعزيز والتشجيع للأطفال والذي يؤدى إلى خلق الدافعية لدى الأطفال بواسطة المكافآت والبعد عن استخدام أسلوب العقاب واللوم.

ثالثاً: فنيات تعديل السلوك

١ – التعزيز: Reinforcement

يستند التعزيز الإيجابي على النظرية السلوكية – التعلم بالاشتراط الإجرائي (اسكنر)، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم مدعمات (ثناء – مدح) للأطفال المعاقين سمعياً على الإجابات الصحيحة والاستجابات الملائمة أثناء النقاش والهدف من استخدام هذه الفنية حث الأطفال على التفكير السليم والسلوك المرغوب بحيث يصبح جزءاً من حياتهم، والتعزيز قد يكون مادياً أو لفظياً، أي إثابة العميل لتشجيع أداء السلوك المرغوب فيه ليعيد تكراره في المواقف المشابهة.

ويشير عقل (١٩٩٦: ٢٧٠ – ٢٧١) إلى أن التعزيز يظهر في صورة لفظية وغير لفظية، فالاتصال البصري والفم لهما نفس قوة التأثير اللفظي مثل كلمات الثناء والاستجابة وغيرها، ويستخدم التعزيز الموجب لتدعيم السلوك المرغوب وتقويته، فتقديم هدية ما لطالب لأنه يحل واجباته يومياً أو لأنه يرفع يديه عند الإجابة تعزز وتدعم هذا السلوك، ويستهدف أيضاً تغيير السلوك الخاطئ وذلك عن طريق تعزيز السلوك المضاد، ويفيد هذا الأسلوب في تدعيم السلوكيات المرغوبة في المدرسة مثل الانتظام في الطابور، حل الواجبات المشاركة في الفصل، النظافة، كما يفيد في علاج مشكلات النطق واللغة.

إن تقديم المثير المرغوب (الدعم) عقب وقوع الاستجابة من الطفل ضعيف السمع مباشرة يزيد من احتمالات وقوع هذه الاستجابات مستقبلاً. الأمر الذي يؤدى إلى إنقاص السلوكيات الغير مرغوب فيها.

٢ – التعلم بالأنموذج:

تعتبر النمذجة جزءاً هاماً من البرنامج والتي يعتمد عليها الجانب السلوكي كفنية من فنيات تعديل السلوك، وتتم من خلال ملاحظة سلوكيات وأفعال الآخرين.

وهى فنية تنتمي إلى نظرية التعلم الاجتماعي (باندورا)، ويعتبر باندورا من أوائل من تحدثوا عن التعلم عن طريق الاقتداء، وأن مهارات اجتماعية يمكن أن تكتسب بواسطة ملاحظة السلوك النموذج أو القدوة، وتظهر النمذجة كأسلوب لتعديل السلوك وبناء السلوكيات المرغوبة، فأحياناً قد يعجز العميل عن أداء الاستجابة على الوجه المطلوب إذا لم يلاحظ الأداء الصحيح لهذا الموقف لشخص آخر، وهنا تبرز أهمية المرشد بدور النموذج، وتزداد الحاجة لهذه الفنية مع الأطفال بصفة عامة، والصم بصفة خاصة، ومعنى أن يقوم المرشد بدور النموذج هو أن يؤدى أولاً الاستجابة الصحيحة أمام العميل لكي يلاحظه الطفل ويعرف كيفية الأداء السليم عن طريق الملاحظة،

وليست هذه العملية إلا لعب الدور معكوساً أي أن يقوم المرشد بما كان يجب أن يقوم به العميل، ومن ثم يكرر العميل الاستجابة من جديد.. وتزداد الحاجة لهذه الفنية مع الأطفال بصفة عامة، والأطفال الصم بصفة خاصة.

ويشير إبراهيم (١٩٩٣) إلى أن النموذج لكي يكون أكثر تأثيراً للطفل يجب أن تتوافر فيه شروط منها:

– أن يكون النموذج ذا جاذبية للطفل.

– أن يكون النموذج مقبولاً من الطفل.

– التشابه في العمر والجنس بين الطفل والنموذج.

وبناءً على ذلك فإن النموذج يقدم السلوك المطلوب بواسطة شخص محبب لدى الأطفال يكون من قبل المعلم أو الأخصائي النفسي أو الاجتماعي، والبرنامج يتم تطبيقه بصورة فردية حيث يتم تقديم المعززات لكل فرد على حدة، وأيضاً يتم بشكل جماعي حيث يتم تقديم المعززات بصورة جماعية كما يحدث أيضاً في التعلم بالأنموذج.

تحكيم البرنامج

تم عرض البرنامج في صورته الأولية على أساتذة التربية الخاصة للحكم عليه من حيث: الأهداف والأهمية، وخطوات إعداد الجلسات، وكذلك مدى ملاءمة الجلسات للعينة من حيث: المحتوى والزمن، والفنيات المستخدمة، والإجراءات التنفيذية، والأنشطة والوسائل المساعدة، وقد أسفر التحكيم عن التنويه ببعض التعديلات، قام الباحث بإجرائها.

الوقت اللازم لتنفيذ البرنامج

يستغرق البرنامج ٢٤ جلسة بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع تتراوح الجلسة مابين ٣٠ – ٤٥ دقيقة.

جلسات البرنامج الإرشادي

يتضمن البرنامج الإرشادي (٢٤) جلسة، ويوضح الجدول التالي جلسات البرنامج وموضوعاتها وفنياتها:

الجدول رقم (١). يوضح الجلسات والفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي.

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
الجلسة الأولى	التعارف والتعريف بطبيعة البرنامج للأطفال المعوقين سمعياً	المحاضرة، المناقشة، الحوار.
الجلسة الثانية	نشاط ترفيهي.	المحاضرة – التعزيز.
الجلسة الثالثة	محاضرة عن فقد السمع وأثاره ودور المحيطين به.	المحاضرة، المناقشة، النمذجة، لعب الدور (شريط فيديو).
الجلسة الرابعة	أنشطة فنية.	التعزيز المادى – التعلم بالانموذج.

تابع الجدول رقم (١).

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
الجلسة الخامسة	نشاط ثقافي.	الاقتداء بالأنموذج.
الجلسة السادسة	نشاط اجتماعي.	التعزيز – الأنموذج.
الجلسة السابعة	مسائل حسابية.	التعزيز –الأنموذج.
الجلسة الثامنة	نشاط اجتماعي.	التعزيز – الأنموذج.
الجلسة التاسعة	تنمية مهارات السلوك التوكيدي.	التعزيز – الأنموذج.
الجلسة العاشرة	نشاط حركي.	التعزيز.
الجلسة الحادية عشرة	نشاط ترفيهي.	المحاضرة – التعزيز.
الجلسة الثانية عشرة	نشاط رياضي.	التعزيز – الأنموذج.
الجلسة الثالثة عشرة	نشاط حركي.	التعزيز – الأنموذج.
الجلسة الرابعة عشرة	درس قراءة.	التعزيز – المناقشة.
الجلسة الخامسة عشرة	نشاط ثقافي.	التعزيز.
الجلسة السادسة عشرة	نشاط رياضي.	التعزيز – الأنموذج.
الجلسة السابعة عشرة	نشاط فني.	التعزيز.
الجلسة الثامنة عشرة	التدريب على ضبط السلوك.	الأنموذج.
الجلسة التاسعة عشرة	التدريب على ضبط الانفعالات.	التعزيز – الأنموذج.
الجلسة العشرون	نشاط ترفيهي.	التعزيز والمحاضرة.
الجلسة إحدى والعشرون	أنشطة فنية متنوعة.	التعزيز.
الجلسة الثانية والعشرون	مواقف تفاعلية.	لعب الدور والنمذجة.
الجلسة الثالثة والعشرون	التدريب علي التعاون بين الطلاب السامعين وضعاف السمع.	نشاط فني – التعزيز.
الجلسة الرابعة والعشرون	مواقف تفاعلية وأنشطة رياضية.	لعب الدور – التعزيز.

وبالتالي في ضوء الجدول رقم (١)، تتحدد محاور ومحتويات البرنامج في المحاور الثلاثة التالية:

١ – معلومات عن فقدان السمع، والآثار المترتبة على هذا الفقدان (محاضرات، شرائط فيديو).

٢ – تدريب الطفل ضعيف السمع ذي النشاط الحركي الزائد على التحكم في سلوكه الحركي الزائد وتقليل عدوانيته.

٣ – تدريب الطفل ضعيف السمع ذي النشاط الحركي الزائد على تحمل مواقف الإحباط.

٤ – تدريب الطفل ضعيف السمع ذي النشاط الحركي الزائد على اكتساب المهارات الاجتماعية وزيادة روح المشاركة الفعالة مع الآخرين.

تطبيق البرنامج

تم تطبيق البرنامج على الطلاب ضعاف السمع ذوى النشاط الحركي الزائد بمدرسة الإمام سعود الكبير الابتدائية بمدينة الرياض(برنامج دمج)، ممن حصلوا على درجات مرتفعة في مقياس النشاط الزائد، وتم تطبيقه على المجموعة التجريبية وعددها (٩) أطفال من الذكور، في حين لم تتعرض المجموعة الضابطة والتي تتكون من (٩)

أطفال من الذكور لذلك البرنامج، وقد استمر تنفيذ البرنامج خلال الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي ١٤٢٩ /١٤٣٠ هـ بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع مدة كل جلسة تتراوح ما بين ٣٠ – ٤٥ دقيقة تقريباً، ويتقدم الباحث بالشكر للأستاذ منصور القحطاني أخصائي اضطرابات النطق، وطلاب التدريب الميداني بالمدرسة لمساعدة الباحث في الجانب التطبيقي.

مكان تنفيذ البرنامج

تم تنفيذ البرنامج في حجرة أخصائي التخاطب، حجرة التربية الفنية، ملعب المدرسة.

المتابعة

بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج، تم تطبيق مقياس النشاط الزائد على عينة الدراسة التجريبية من الأطفال ضعاف السمع ذوى النشاط الزائد للتأكد من استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي.

نتائج الدراسة وتفسيرها

الفرض الأول: وينص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

قبل التحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بمعرفة الإحصاء الوصفي (المتوسطات والانحرافات المعيارية) للمجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج، وبيان ذلك فيما يلي:

الجدول رقم (٢). يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية في القياس البعدي على مقياس النشاط الزائد للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

المقياس	القياس	المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
النشاط الزائد	بعدى	تجريبية	٩	٤٧,٣٣٣	٦,٦٢٧
النشاط الزائد	بعدى	ضابطة	٩	٦٠,٢٨	٢,٣٣٣

يتضح من الجدول رقم (٢) أن متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قد انخفضت عن متوسطات المجموعة الضابطة بعد الانتهاء من تطبيق لبرنامج وذلك على مقياس النشاط الزائد.

وللتحقق من صحة هذا الفرض، استخدم الباحث اختبار مان ويتنى Mann – Whitney لدراسة الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج، وقد جاءت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول رقم (٣). يوضح مستوى دلالة الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق البرنامج.

المقياس	القياس	المجموعة	عدد الأفراد	متوسط الرتب	مان ويتنى	مستوى الدلالة
النشاط الزائد	بعدى	تجريبية	٩	٠٥,٤٤	٤,٥٠	دالة عند مستوى ٠,٠٥
النشاط الزائد	بعدى	ضابطة	٩	١٢,٥٠		

يتضح من الجدول رقم (٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠٥ و٠ بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس النشاط الزائد مما يؤكد وجود انخفاض في النشاط الزائد وأعراضه لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، وبذلك تحقق الفرض الأول.

ومن خلال الفرض الأول يمكن التعرف على أن البرنامج القائم على التعزيز والتعلم بالأنموذج الذي تم استخدامه قد أثبت فعاليته حيث انخفضت درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس النشاط الزائد مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة، وبالنسبة للقياس القبلي فقد انخفضت لديهم مظاهر فرط النشاط وهى «الحركة، عدم القدرة على الانتباه، الاندفاعية» ويرجع ذلك إلى الفنيات المستخدمة في البرنامج حيث إن فنية التعزيز تعد من طرق تدعيم السلوك الإيجابي من خلال تقديم شيء محبب للطفل مثل تقديم عبارات المدح والثناء، وتقديم معززات مادية... الأمر الذي أدى إلى تعديل بعض السلوك عند الأطفال، وهذا ما أكده الشخص (١٩٩٢) على أن أكثر الطرق فعالية مع الأطفال مضطربي الانتباه ومفرطي الحركة هو العلاج السلوكي الذي يعتمد على التدعيم الإيجابي والمعززات الرمزية.

مما سبق يمكن القول إن البرامج التي تعتمد على تعديل سلوك الأطفال تهدف إلى تكوين سلوكيات جديدة مناسبة وإنقاص السلوكيات الغير مرغوب فيها، ويمكن تعديل سلوك نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال من خلال التحكم في عواقب السلوك المرغوب فيه عن طريق استخدام أساليب التدعيم المختلفة.

أما بالنسبة للنمذجة فقد كان لها تأثير كبير في انخفاض النشاط الزائد، فالنمذجة تعد جزءاً هاماً من البرنامج الذي يعتمد على الجانب السلوكي والذي يعتمد على نظرية التعلم الاجتماعي حيث ترى أن الفرد يمكنه التعلم من خلال ملاحظة سلوكيات وأفعال الآخرين.

وبالتالي يمكن القول إن النمذجة السلوكية أسلوب يمكن من خلاله إعطاء القدوة للطفل بنموذج يحتذى به ويقلده في كل تصرفاته ويتقرب إليه.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة شقير (١٩٩٩)، وأبو رية (٢٠٠٠).

الفرض الثانى: وينص على ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد

المجموعة الضابطة على مقياس النشاط الزائد قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

قبل التحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بالتعرف على الإحصاء الوصفي (المتوسطات والانحرافات المعيارية) للمجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج، وقد جاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (٤). يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق البرنامج.

المقياس	القياس	المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
النشاط الزائد	قبلي	ضابطة	٩	٦٠,٣٣	٢,٤٤٩
النشاط الزائد	بعدى		٩	٦٠,٣٣	٢,٤٤٩

يتضح من الجدول رقم (٤) أن متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج هي نفسها متوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس النشاط الزائد وذلك بعد تطبيق لبرنامج.

وبمكن التحقق من صحة هذا الفرض باستخدام اختبار مان ويتنى Mann – Whitney لدراسة الفروق بين المجموعة الضابطة، وقد جاءت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول رقم (٥). يوضح مستوى دلالة الفروق بين متوسطات رتب المجموعة الضابطة على مقياس النشاط الزائد قبل وبعد تطبيق البرنامج.

المقياس	القياس	المجموعة	عدد الأفراد	متوسط الرتب	مان ويتني	مستوى الدلالة
النشاط الزائد	قبلي	الضابطة	٩	٣,٧٢	٠,٩٥٤	غير دالة
النشاط الزائد	بعدي	الضابطة	٩	٣,٧٢		

يتضح من الجدول رقم (٥) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠٥ و بين متوسطات رتب المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات رتب المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس النشاط الزائد وأعراضه لدى المجموعة الضابطة، حيث لم يحدث فيها أي تغير سواء قبل تطبيق البرنامج أو بعد تطبيق البرنامج.

ويمكن تفسير هذا الفرض بأن المجموعة الضابطة لم يظهر عليها أي انخفاض في مظاهر فرط النشاط وهذه النتيجة منطقية لأن هذه المجموعة لم تتغير ظروفها المحيطة بها ولم تتلق أي برامج أو تدريبات لتخفيف حدة هذه المظاهر، وبناءً عليه لم نجد أي فروق في درجات أفرادها على مقياس النشاط الزائد في القياس القبلي، أي قبل تطبيق البرنامج أو حتى بعده لأنها لم تتعرض للتطبيق.

الفرض الثالث : وينص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي ودرجاتهم في التطبيق ما بعد فترة المتابعة على مقياس النشاط الزائد وذلك لصالح القياس ما بعد فترة المتابعة.

وقبل التحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث بالتعرف على الإحصاء الوصفي لتقديرات المجموعة التجريبية للقياس البعدي، وما بعد فترة المتابعة، وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (٦). يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية في القياسين البعدي وما بعد فترة المتابعة على مقياس النشاط الزائد (المجموعة التجريبية).

المقياس	المجموعة	القياس	عدد الأفراد	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى
النشاط الزائد	التجريبية	بعدى	٩	٧٤,٠٠	٦,١٢٤
النشاط الزائد		ما بعد فترة المتابعة	٩	٤٠,٠٠	٦,٤٨٨

يتضح من الجدول (٦) أن متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس ما بعد فترة المتابعة قد انخفضت عن متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي الأول على مقياس النشاط الزائد.

وللتحقق من صحة الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتني لدراسة الفروق بين القياس البعدي، وقياس ما بعد فترة المتابعة للمجموعة التجريبية على مقياس النشاط الزائد، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (٧). يوضح مستوى دلالة الفروق بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي وما بعد فترة المتابعة على مقياس النشاط الزائد.

المقياس	المجموعة	القياس	عدد الأفراد	متوسطات الرتب	مان ويتنى	مستوى الدلالة
النشاط الزائد	التجريبية	بعدى	٩	٥,٠٠	٢,٦٦٨	دالة عند مستوى ٠,٠٥
النشاط الزائد		ما بعد فترة المتابعة	٩	٥,٠٠		

يتضح من الجدول (٧) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياس البعدي الأول على مقياس النشاط الزائد ومتوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياس البعدي الثاني على مقياس النشاط الزائد.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن البرنامج الإرشادي قد أظهر فاعليته وخاصة في الفنيات

المستخدمة فيه «التعزيز، التعلم بالأنموذج» مما جعل الأطفال يكتسبون معلومات ومهارات ساعدتهم على خفض النشاط الزائد، وأن هذا التغيير الذي لوحظ كان نابعاً من دافع داخلي لدى الأطفال ذاتهم رغبة في تعديل بعض السلوكيات الغير مرغوبة، بالإضافة إلى تغيير الاتجاهات السالبة لديهم من قبل الآخرين.

تعقيب على نتائج الدراسة

أظهرت النتائج أن البرنامج الذي اقترحه الباحث في دراسته الحالية ذو فعالية في تخفيف النشاط الزائد لدى طلاب المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلق البرنامج، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي خلصت إلى نتائج مشابهة وهى أن البرامج الإرشادية تؤدى إلى تخفيف النشاط الحركي الزائد مثل دراسة Stefanich ,Greg (1998) والتي هدفت إلى خفض النشاط الزائد لدى الأطفال ضعاف السمع مستخدمة بعض الاستراتجيات منها التعلم بالأنموذج والتعليم المرحلي والإرشادي والتعليم المتدرج والتعليم بالاكتشاف وذلك من خلال استخدام المعلمين كوسائط لعرض البرنامج الإرشادي على التلاميذ، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للمجموعة التجريبية ولصالح التطبيق البعدي مما يعنى فعالية استخدام البرنامج الإرشادي القائم على التعلم بالأنموذج والتعليم المرحلي والإرشادي والتعلم بالاستكشاف في خفض حدة النشاط الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد استخدام البرنامج، واستمر ذلك الانخفاض إلى فترة ما بعد المتابعة.

وبذلك تتفق هذه النتيجة مع دراسة الشخص (١٩٩٢)، ودراسة Stefanich,Greg (1998)، ودراسة Eldik (1994).

توصيات

بعد مناقشة النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الحالية في خفض النشاط الحركي الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية من خلال تعريضهم للبرنامج الإرشادي القائم على التعلم بالأنموذج والتعزيز، يوصى الباحث بما يلي:

١ – إنشاء خدمات أو مراكز يتوافر فيها مدربون أو مؤهلون للمساهمة في علاج النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال.

٢ – إتاحة الفرصة للأطفال في ممارسة الأنشطة الرياضية والترفيهية والثقافية والاجتماعية لأنها تتيح الفرصة للأطفال في تفريغ الطاقات الزائدة والتعبير عما بداخلهم.

٣ – عقد دورات تدريبية للقائمين على تربية وتعليم الأطفال ذوى الإعاقة السمعية لتدريبهم على استخدام الأنشطة التي تتضمنها البرامج الإرشادية لخفض النشاط الزائد.

بحوث مقترحة

١ – إجراء بحوث على عينة من الأطفال المعاقين سمعياً في مرحلة مبكرة من العمر للتنبؤ بالسلوك المضطرب ولاسيما النشاط الزائد.

٢ – إجراء بحوث تتناول برامج إرشادية لفئات الإعاقة الأخرى قائمة على التعلم بالأنموذج والتعزيز والتي تسهم في علاج النشط الزائد.

٣ – إجراء دراسات مسحية توضح مدى انتشار فرط النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بمختلف الإعاقات، واستخدام الأساليب والطرق المختلفة لخفض هذا السلوك أو معالجته.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

إبراهيم، عبد الستار؛ وآخرون. *العلاج السلوكي للطفل، أساليب ونماذج من حالاته*. الكويت: عالم المعرفة، د.ت.

إبراهيم، مجدي عزيز. *تنمية تفكير التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة*. ط١. القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٨م.

أبو رية، إيمان. *أثر استخدام برنامج تكاملي للتدريب على بعض فنيات التحكم الذاتي في تعديل سلوك فرط النشاط عند الأطفال*. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا، ٢٠٠١م.

أبو مصطفي، نظمى. «المشكلات السلوكية لتلاميذ المدارس الابتدائية في محافظة غزة كما يدركها المعلمون والمعلمات». *المؤتمر الدولي الثالث، مركز الإرشاد النفسي*، جامعة عين شمس، المجلد (١)، (١٩٩٦م)، ص ٣٣٥ – ٣٩٨.

بدير، كريمان. *الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة، الكتاب المرجعي لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة*. القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٤م.

جاد، يوسف وهبه. *الخصائص السلوكية والعقلية لدى الأطفال ذوى الحركة المفرطة*. رسالة ماجستير، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، ١٩٩٠م.

حنفي، على عبد رب النبي. *مدخل إلى الإعاقة السمعية*. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة، ٢٠٠٣م.

خاشفجي، محاسن بهاء الدين. *فاعلية برنامج التدريب على ضبط الذات والتعزيز الإيجابي في خفض النشاط الزائد لدى عينة من التلميذات في المرحلة الابتدائية*. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض، ١٩٩٩م.

الخطيب، جمال. *تعديل سلوك الأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين*. ط٣. عمان: الجامعة الأردنية، ٢٠٠١م.

_____، *مقدمة في الإعاقة السمعية*. ط٢. الأردن: دار الفكر، عمان، ٢٠٠٤م.

الدسوقي، مجدي. *اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.* القاهرة: الأنجلو المصرية، ٢٠٠٦م.

الدماطي، عبد الغفار. «الخصائص الفكرية والنفسية والاجتماعية للصم». *ندوة المعوقين بين الواقع وتطلعات المستقبل*، جامعة الملك سعود، الرياض، (١٩٨٧م)، ص ١ – ٣٤.

ديبيس، سعيد؛ والسمادوني، السيد. «فاعلية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم»، *مجلة علم النفس*، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد (٤٦)، (١٩٩٨م)، ص ٨٨ – ١١٨.

رشدي، سرى محمد. *فاعلية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.* رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها، ٢٠٠٤م.

السلاموني، سهام. *فاعلية بعض فنيات الإرشاد السلوكي في خفض النشاط الحركي الزائد وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية*، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة المنصورة، ٢٠٠١م.

سليمان، عبد الرحمن. *سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة «المفهوم والفئات».* جـ١. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، ١٩٩٨م.

_____، *معجم الإعاقة السمعية.* القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠٢م.

السمادوني، السيد إبراهيم. «الانتباه السمعي والبصري لدى الأطفال ذوى النشاط الزائد». *المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري*، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، المجلد (٢)، (١٩٩٠م)، ص ٩٣٦ – ٩٥٣.

الشخص، عبد العزيز؛ والسرطاوي، زيدان. *تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق).* القاهرة: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٣م.

الشخص، عبد العزيز. «دراسة لكل من السلوك التكيفي والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المعاقين سمعياً وعلاقتها بأسلوب رعاية الطفل»، *المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري*، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، المجلد (٢)، (١٩٩٢م)، ص ١٠٢٣ – ١٠٤٥.

الشريف، صلاح. «العلاقة بين فرط النشاط والاستعداد الذهني وأساليب معاملة الأم في رياض الأطفال». *مجلة كلية التربية*، جامعة أسيوط، العدد (٧)، (١٩٩١م)، ص ٣٥ – ٦٨.

شعيب، علي؛ وفرحات، السيد. *النشاط الحركي الزائد*

لدى الأطفال (الأسباب، العلاج، دراسات حالة). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠٢م.

شقير، زينب. «فاعلية برنامج معرفي سلوكي متعدد المصادر (مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط»، *مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلة العلمية لكلية الآداب*، جامعة المنيا، العدد (٢٤)، (١٩٩٩م)، ص ١ – ٣٥.

صبرة، أشرف. *دراسة النشاط الزائد وقصور الانتباه لدى عينة من طلاب الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بمدينة أسيوط*. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أسيوط، ١٩٩٢م.

عامر، طارق عبد الرؤوف؛ ومحمد، ربيع عبد الرؤوف. الإعاقة السمعية. ط١. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م.

عبد الباقي، علا. *دراسة مدى فاعلية برنامج للتدريب على بعض المهارات المنزلية في تنمية مفهوم الذات لدى المتخلفين عقلياً*. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٩٩م.

عبد الجليل، نصرة. *التعليم العلاجي «الأسس النظرية والتطبيقات العملية»*. القاهرة: دار النهضة المصرية ٢٠٠٥م.

عبد الرحمن، محمد السيد؛ وخليفة، مني. *تدريب الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية*. القاهرة: دار الفكر العربي، ٢٠٠٣م.

عبد الرحيم، عماد؛ والهنداوي، علي فالح. *مدخل إلى علم النفس*. الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي، العين، ٢٠٠٢م.

عبد الرحيم، فتحي. *سيكولوجية الأطفال غير العاديين، استراتجيات التربية الخاصة*. ج٢. ط٢. الكويت: دار القلم، ١٩٩٠م.

عبد العظيم، هالة عبد القادر. *المشكلات السلوكية للطفل الأصم*. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، ١٩٩٩م.

عبد القادر، هالة. *المشكلات السلوكية للطفل الأصم*. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة شمس، ١٩٩٩م.

عبد الله، عادل. *الإعاقات الحسية*. ط١. القاهرة: دار الرشاد للنشر، ٢٠٠٤م.

_____، *تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جداول النشاط المصورة، دراسات تطبيقية*. القاهرة: دار الرشاد، ٢٠٠٣م.

عبد المجيد، فايزة يوسف. *التنشئة الاجتماعية للأبناء وعلاقتها ببعض سمات الشخصية وأنساقهم الاجتماعية*. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ١٩٩٠م.

عبد المعطي، حسن مصطفى؛ وأبو قلة، السيد عبد الحميد. *مدخل إلي التربية الخاصة*. ط١.

القاهرة، زهراء الشرق، د.ت.

عقل، محمود عطا. *الإرشاد النفسي والتربوي «مداخل نظرية، والواقع، الممارسة»*. الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع، ١٩٩٦م.

فايد، جمال عطية. «فاعلية استخدام رسوم الأطفال في تشخيص المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصم». *المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي*، جامعة عين شمس، (٢٠٠١م)، ص ١٨٧ – ٢٢٣.

القريطي، عبد المطلب. *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم*. القاهرة: دار الفكر العربي، ٢٠٠٥م.

قناوي، هدى محمد. *الطفل تنشئته وحاجاته*. ط٣. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٩م.

منسي، محمود. «دراسة العوامل المرتبطة بصعوبات تعلم اللغة العربية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، دراسة استطلاعية في المدينة المنورة». *مجلة كلية التربية*، جامعة طنطا، العدد (٧)، (١٩٨٩م)، ص ٥٤ – ٧٨.

منصور، محمد جميل. *النشاط المفرط لدى الأطفال، وكيف نتعامل معه*. سلسلة بحوث نفسية وتربوية، الرياض: دار الهدى، ١٩٩٠م.

وزارة المعارف. القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة. الرياض: المملكة العربية السعودية، ١٤٢٣هـ.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

andura, A. ,. Cognitive Processes Mediating Behavioral change, Tournal of Personality And Social Psychology, 1997, vol,35,pp. 125 – 139.

Annlewis & Brahm, Special teaching for special children. Library of congress cataloging.

Antrop, T.& Roeyers, H. & Cost, P.V.&Buysse, A, Stimuiation Sceking and Hyperactivity in Children with ADHD. *Journal of Child Psychology*, 2000,41 (2).

Barkely, et al, Comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting clinical psychology*1992 , 60 (2), 450 – 462.

Barkley, R.A. Towards abroader definition of the age of onest criterion for Attention Deficit Hyperaclivity Disorcler. *journal of the American acendeny of child and addescent psychiatry* , 36 , (1997). 1204 – 1210.

Barkley,R.A. Taking charge of ADHD: Acomplete Authoritative Guide for Parents New York, , Gulford Press. (1995).

Buiteloar, J.K. & Swinkels, S.N.H & Varies, H. & Gaay, R. & Van, J.H, Anethological study on behavioural differences between hyperactive aggressive combined. Hyperactive/ aggressive and control children. *Journal of child psychol psychait*, 35 (8), 1437 – 1446.

Burt, A, Sources of covariation among attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiat disorder, and conduct disorder, the importance of shared environment, *Journal of Abnormal psychology*, 2001, 110 (4), 516 – 525.

Christopher, Peterson ,. The psychology of Abnormality New york, Harcourt brace & Company.,1996.

problems, Washington office of education research and improvement , 1997.

Porrino,L.J, Anaturalistic Assessment of The Motor Activity Of Hyperactiv Boys: I.Comparison With Normal Controls,1988.

puiteloar, J.K, Swinkels, S.N.H, Varies, H., Gaay, R. & Van, J.H, Anethological study on behavioural differences between hyperactive aggressive combined. Hyperactive/ aggressive and control children. *Journal of child psychol psychait,*1994, 35 (8), 1437 – 1446.

Putnam & Stephen, C, Attention deficit: medical or environmentaldisorder, 2003 ,2,3 (6) , 59 – 61. http://www.thomhartmann, com.http://www.sciencedaily.co.

Robert, B.&Johnston, M.D. ,Attention Deficits Learning Disabelities And Ritalin, Aprcatical Guide, Second Edition, New York, Singular Publishing Group, Inc,1991.

Robert,B.&Johnston, M.D, Attention Deficits Learning Disabelities And Ritalin, Aprcatical Guide, Second Edition, New York, Singular Publishing Group, Inc,1991.

Rutter, M, Genes and behavior nature – nature interplay explained. Library of congress cataloging – in – publication Ltd,2006.

Sandra, Riff, M,. The ADD / ADHD Checrlist An Easy Reference For Parents & Teauhers. New York: Asimon & Schuster Company,1997.

Schenittjer, C & Hirshoren A,. The Prevalence of ehavior problems In Deaf Chikdren, Journal, Article, *Journal of Psyohology In School* ,1981 ,vol. 18 (1), P, 67 – 72.

Schirduan & Victoria & Case, K, Mindful curriculum leadership for students with attention deficit hyperactivity disorder: leading in elementary schools by using multiple inlettigence theory (sumit). Teachers college record, 106 (1), Jan 2004. 87 – 95.file://c:new folder/ p1/ 55.htm.

Desmond, – Kelly , Joan, Fornecy, stacy: Parker – Fisher , Michael, Jones, the Challenge of Attention Deffiat Disorder In children who are Deafer Hard of Wearing, *Journal of American Annals of the Deaf,* 1993 , vol 138 (4): PP. 343– 348.

Eldik, T.V, Behavior problem with deaf dutch boys, American Annals of the Deaf,1994, 136 (4), 398 – 394.

Frederick, B. &Olmi, J, Children with attention deficit/hyperactivity disorder: A review of literature on social skills deficits1994.

Halgin, R. ,. Abnormal psychology the human experience of psychological disorders. Chicago ,1997..

Hass, K, Disorders of childhood and adolescence. Abnormal psychology. New York, 1990..

Hymowitz, M, Therapeutic counseling comes for hearing im – atied sludes., pers peetives for teachers of hearing impaired,1998 , 16 – 19.

Kely, D.F. Jones, M. & Oarker, F, The challenge of attention deficit hyperactive disorder in children who are Deaf of hard of hearing, American Annals of the deaf,1993, October, 138 (4), 343 – 348.

Lahey , Benjamin, B. ,Pelham & William, E. Validity of DSM. In attention deficit/hyperactivity disorder for younger children. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* 1999, 38 (2),P, 222 – 235.

Lewinsohn, M.,. Gender difference in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of abnormal psychology,*1996, 107, 109 – 117.

lick ,C,. ADHD/Behavior – Change. Resource Kit New York: Resourcekit The Center For Applied Research in Education, 1998..

Marcy, P. & Driscell , Psychology of learning for instruction: biological bases of learning and meory, London. New York.,2006.

Pallack, B.J, Education children who are deaf or hard of hearing additional learning

Searight, H. & Russell , Adult ADHD: evaluation and treatment in family medicine. *Journal A Merican family*, 2000, physician, 62 (9), 40 – 62.

Sroufe, L, The hypcractive child, diagnosis, management, current research. New Jersey, prentice Hall,2001.

Stefanich, G.P, Curriculum development in teaching science to student with disabilities,1998, Dis., Ab., Int., 6 (68)p 5 – 12.

Susom, M. ,. Conditioning, and etehological models of anxiety disorders stress in dynamic contex to anxiety models. Nebrasks symposium on Mitivation1996 ,, London, 43 (5), 135 – 157.

Webb, Linda, D., Myrick & Robert, D, Agroup counseling intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of professional school counseling*, 2003,7 (3), Dec., 108 – 150.

Willcut, E, A comparison of the cognitive deficits in reading disability and allention – deficit/hyperactivity disorder, *Journal of abnormal*,2001, psychology, 110 (1), 157 – 172.

Woodward, I., Taylor, E. & Doweleny ,. The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of child psychiat*, 39 (2), 161 – 169., Archives Of General Psychiatry, 40, PP: 681 – 687.

Ysseldyke , j. & Algozzine, B,. Special education , A practical approach for teachers , Boston, USA,1995.

Effectiveness of Counseling Program in Reducing Hyperactivity of Children with Hearing Impairment

Serry Mohamed roshdy salem
Associate professor, Department of Special Education,
College of Education, King Saud University
Al Riyadh , Kingdom of Saudi Arabia, p.o box: 2458, Postal Code:11451
E-mail: serryroshdy@yahoo.com
(Received 2/4/1430H; accepted for publication 30/10/1430H.)

Key words: Counseling Program, Hyperactivity, Modification Behavior, Hard of Hearing.
Abstract: The study aims at investigating the efficiency of a counseling program to reduce the hyperactivity of children with hearing impairment. To achieve the objectives of the study, the present researcher applied the hyperactivity measure arranged by Al – Shakhs (1984). This measure proved positive, constant, and clear. The sample consisted of 18 pupils divided into two groups: the test group consisting of 9 pupils, and the control group consisting of 9 pupils. The test group members received the least marks for the hyperactivity measure. A counseling program of 24 sessions with two sessions of 30 – 45 minutes a week has been conducted.

The program proved to have efficient and remarkable results in reducing hyperactivity of children with hearing impairment.