ASJP
Algerian Scientific Journal Platform

مجلة افاق للعلوم
Issn: 2507-7228 – Eissn: 2602-5345
https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/351

المجلد:07 العدد: 03(2022) ص337-351

# استراتيجيات العلاج النفسي الاجتماعي والتدخلات التعليمية الموجهة لرعاية طلبة الجامعة من ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

# *Psychosocial treatment strategies and educational interventions directed at the care of university students with Attention deficit hyperactivity disorder*

أ.عبد الهادي عيدوسي

جامعة محمد لمين دباغين سطيف2
(الجزائر)

*amalidabriz@gmail.com*

**معلومات المقال**

**تاريخ الارسال:**
23 اوت 2021

**تاريخ القبول:**
15 نوفمبر 2021

**الكلمات المفتاحية:**
- ✓ الاستراتيجيات النفسية والاجتماعية:
- ✓ التدخلات التعليمية:
- ✓ نقص الانتباه وفرط النشاط:

**الملخص:**

بانتقال طلاب المراحل الثانوية لمستويات تعليمية عليا فإن ذلك من شأنه أن يعرضهم لخطر التعرض لمشكلات متباينة، يمكن أن تتمظهر بتواجد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. وإذ تحاول الدراسة الحالية تقصي مجموعة من الاستراتيجيات النفسية والاجتماعية، المرتبطة بالتدخلات التعليمية الموجهة للرعاية والتكفل بطلاب الجامعات من ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وهذا بالتزامن مع التحديثات المتعلقة بمعايير التشخيص ودرجات التأثير الخاصة بهذه الفئة من مجال التربية الخاصة، وهذا قصد الوصول بهؤلاء الأفراد نحو الإندماج والتكيّف.

*Article info*

*Received*
*23 August 2021*
*Accepted*
*15 November 2021*

**Keywords:**
- ✓ *Psychosocial Strategies*:
- ✓ *Educational interventions*:
- ✓ *ADHD university Student*:

*Abstract :*

*High school students at higher levels of education are at risk of experiencing a variety of problems, highlighted by attention deficit hyperactivity disorder. The current study attempts to investigate psychological and social strategies, educational interventions for the care of university students with attention deficit hyperactivity disorder, according to the updated diagnostic criteria and impact scores for this category of special education, in order to reach these individuals towards integration and adaptation.*



Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

**مقدمة:**

تتأسس معيارية سلوكيات الأفراد وتتحدد مستويات ثباتها على العديد من المقاربات البحثية والتصنيفية، ذات الارتباطات العلائقية بمفهوم الصحة النفسية الشاملة.

إذ أنه وخلال مراحل تكوين بنية شخصية الفرد فقد تواجهه مجموعة من المعيقات والاختلالات التي تؤثر على سيرورة الأنساق الوظيفية لحياته، والتي قد تتشكل في صورة تواجد لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. وعلى الرغم من أن تمظهرات أعراض هذا السلوك قد تم العناية بها منذ بدايات القرن العشرين، بما أوردته البحوث التوصيفية للطبيب البريطاني جورج ستيل عن حالة المريض ستيل(1902). إلا أن الغموض لا يزال يكتنف الأسباب الحقيقية لظهور اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وعلى مراحل مختلفة من النمو، وهو ما جعل طبيعة توظيفه البحثية تختلف من حيث تصورات الباحثين في الإشارة إلى المعايير العامة الدالة على وجوده، من خلال إدراجه ضمن مزيج من الاختلافات المفاهيمية المتواترة في التوصيف للأعراض السلوكية ذات التوجهات الطبية المتعلقة مثلا باضطراب ما بعد الدماغ في عشرينيات القرن العشرين، ونموذج متلازمة تلف الدماغ في الأربعينيات، والحد الأدنى من خلل في الدماغ في مطلع الستينيات، واضطراب فرط الحركة لدى الأطفال منذ العام (1970).

وبانتقال التفسيرات من الجوانب الطبية نحو الأطر النفسية الإكلينيكية، فقد سجل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ظهوره لأول مرة بشكل مستقل من خلال الجمعية الأمريكية للطب العقلي، حيث تم التطرق إليه عبر تبويبه في الطبعة الثالثة من الدليل الإحصائي (DSM-2,1968)، واصطلح عليه بالاضطراب التفاعلي المفرط للطفولة، ليتم إعادة تصور الاضطراب بشكل ملحوظ مع التركيز على المشاكل القائمة على الانتباه والاندفاع وفرط النشاط، وذلك عبر النسخة الثالثة من الدليل (أي مطلع 1980).

فالتطور الذي شهده مجال البحث الخاص بالمستجدات الحاصلة على الأعراض والسلوكيات، دفع بالأطباء النفسانيين إلى إعادة النظر في المفهوم العام للاضطراب نحو اعتماد تعريفه باضطراب نقص الانتباه (مع وبدون فرط النشاط)، ليأخذ اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط توصيفه الحالي خلال الطبعة المعدلة الثالثة من الدليل الاحصائي، إلا أنه عرف جدلا واسعا بالنظر لما أقرته المعايير الحديثة التي تضمنها نسخة الدليل الرابع، والذي قام بإلغاء جانب نقص الانتباه تماما. ومع نشر (DSM-4) تم الرجوع إلى الاصطلاح نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) مع إرفاقه بثلاثة أنواع فرعية محددة ممثلة في (اللامبالاة، مفرط الفعالية، ومتهور)، ليعرف من خلال وجود أعراض مفرطة لعدم الانتباه و/ أو فرط النشاط / الاندفاع، وهو ما تم البناء عليه في الطبعة الخامسة من الدليل الاحصائي، لتشتمل التحديثات على التفصيل أكثر في معايير الاضطراب بتقسيمه إلى جزئين رئيسيين ممثلين بنقص الانتباه / وفرط النشاط.

وقد أدى التباين الحاصل في توثيق المفاهيم والمعايير التشخيصية الدقيقة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط إلى غياب أدوات وآليات تكفل واضحة وفعالة، من شأنها أن تسهم في معالجة مختلف الاختلالات والصعوبات التي قد يعاني منها الأفراد خلال مراحل حياتهم العلمية أو عبر تجسيد تصورات منهجية صارمة تسعى نحو مراعاة جوانب الفروق الفردية وتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص بين جميع المتعلمين.

يشكل الأفراد ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط تحديا صعبا لأسرهم ومعلميهم وزملائهم في الصف، خاصة مع تواجدهم بمراحل تعليمية متقدمة، قد تتشكل في سياق "المرحلة الجامعية"، حيث أن عدم قدرتهم على البقاء في المهمة، والسلوك المتهور، والتململ، تعد عوامل من شأنها أن تضعف من قدرتهم على التعلم، وزيادة احتمالية غياب التفاعل مع الآخرين. ولأجل ذلك، تبرز أهمية الكشف والتدخل المبكرين لمثل هذه الحالات، غير أن التأخر في تحديد هؤلاء الأفراد خلال المراحل العمرية والدراسية الأولى، قد تصعب من


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

إجراءات عملية التكفل والرعاية المناسبة، على اعتبار أن تطور الحالات في مستويات متقدمة تتطلب نوعية معينة من الخدمات التي تستلزم توفيرها بجهود مضاعفة، وهذا ما قد يتوافق مع وضعية طلاب الجامعات من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط، والذين يحتاجون لتوفير برامج واستراتيجيات وخطط تراعي احتياجاتهم الخاصة، ومن ثمة الوصول بهم إلى تحقيق الأهداف المنشودة، ومنها على وجه الخصوص الدمج والتكيف.

**2. توصيف ونظرة عامة على اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:**

تمثل الأعراض التوصيفية لاضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط (ADHD)مستويات غير متطورة من السلوك الغامض والمفاجئ. حيث تعد وضعية الرعاية والتكفل عملية متعددة الأوجه، تتطلب القدرة على الحفاظ على الاهتمام بمهمة معينة وتجاهل المحفزات الدخيلة أثناء المشاركة في تطبيق المطلوب إنجازه. (Roberts & al,2014, P51).

ويشكل الفشل في الوصول إلى النتائج المتضمنة في العمليات المرتبطة بإنجاز المهمات، مؤشرا هاما على إمكانية تعرض الفرد للإصابة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (مثل صعوبة التركيز على التعليمات الواردة في المهام). وبالتوازي مع ذلك، فإن النشاط المفرط – الاندفاعي-متعدد الأبعاد يمكن أن يتضمن تنفيذ عمليات إرشادية تحفيزية، ومختلفة ذاتيا.

إن هذه التوصيفات والتحديثات التي تختص بالتعريف للأطر التشخيصية والتصنيفية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، قد عمدت إلى إعطاء بعدا آخر حول كيفيات البحث في إشكالياته، وهذا من خلال تحديد مدى انتشاره عالميا، والذي تموقع فيما نسبته (5%) تقريبا من مجموع الاضطرابات الأخرى.

وفي سياق ذي صلة، فإن العجز العام في تثبيط الاستجابة والقدرة على توقع النتيجة، من شأنه أن يساهم في العمل على تحديد الحالات الطلابية القابلة للإصابة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. (Shelley Hyman & al,2017,P311)

وقد تنوعت الدراسات والبحوث المتعلقة بالعوامل المؤدية لحدوث اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، من خلال القول بالأسباب العصبية الفيزيولوجية ذات الارتباط الوثيق بالضعف الاكلينيكي المميز عبر الخصائص العامة المحددة للاضطراب وفقا للجداول الاكلينيكية (Barkley,2015)، لذا فإن أكثر حالات الاختلال المنتشرة قد جسدت ضمن المجالات الأكاديمية والاجتماعية.

إذ يعاني الطلاب المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط باستمرار من التدني في مستويات الأداء الأكاديمي مقارنة بأقرانهم من نفس العمر. (Frazier & al,2007)، وهذا ما تؤكده المعدلات عالية من النشاط لدى الطلاب ذوي الاضطراب في سياق (الخروج من مقاعدهم) والنهج على السلوك السلبي خارج المهمة خلال الفصول الدراسية. أما على المستوى الاجتماعي، فقد تم تصنيف الطلاب ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بالأقل تفاعلا، حيث تستند صداقاتهم إلى الاختيارات الغير مباشرة لتوجهاتهم، والتي تعتمد على الأبعاد الضيقة لمحيط أقرانهم المقربين.

على الرغم من أن جمعية الأمريكية للطب العقلي (2013) قد قدرت نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى (5%) من الأطفال في سن التمدرس، إلا أن دراسة حديثة (CDC) أجرتها مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها خلصت إلى وجود ما نسبته (9%) من الأطفال الذين تم تشخيصهم في الصفوف الدراسية، في حين أشارت الإحصائيات إلى ما معدله (11%) من الأطفال الذين تم تشخيصهم خلال مراحل سابقة من التعليم . (Walkup, Stossel, & Rendleman, 2014).

**3. التعريف والتشخيص:**

اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط (ADHD) هو اضطراب في النمو العصبي، يتألف من نقص الانتباه السريري و/ أو فرط النشاط، ويرتبط مع وجود انخفاض كبير في الأداء الأكاديمي، الاجتماعي و/ أو المهني (APA,2013,P61).


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

وحسب ما ورد في الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية فإن الحديث عن تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، يتحدد بشقين: نقص الانتباه و/ أو فرط النشاط، حيث يمكن إيراهما من خلال ما يلي:

**أولا: معايير نقص الانتباه حسب** DSM-5:

- ✓ يفشل في إيلاء اهتمام وثيق للتفاصيل أو يجعل الأخطاء غير المبررة في العمل المدرسي، المهني، أو مع الأنشطة الأخرى.
- ✓ يواجه صعوبة في جذب الانتباه للمهام أو ممارسة الأنشطة.
- ✓ في كثير من الأحيان لا يمكنه الاصغاء لذاته عند تحدثه مباشرة أي غياب الوعي بالحديث.
- ✓ لا يتابع التعليمات ويخفق في إنهاء العمل المدرسي أو الأعمال المنزلية أو المهام في مكان العمل (على سبيل المثال، يفقد التركيز ويتبع الجانب).
- ✓ يواجه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.
- ✓ يتجنب، أو يكره، أو يحجم عن القيام بمهام تتطلب بذل جهد عقلي خلال فترة طويلة من الزمن (مثل العمل المدرسي أو الواجب المنزلي).
- ✓ كثيرا ما يفقد الأشياء الضرورية للمهام والأنشطة (على سبيل المثال، المواد المدرسية، وأقلام الرصاص، والكتب، والأدوات، والمحافظ، والمفاتيح، والأوراق، والنظارات، والهواتف المحمولة).
- ✓ غالبا ما يتصرف أو يميل إلى السهولة في تنفيذ مهامه.
- ✓ غالبا ما يتم نسيان الأنشطة اليومية.

**ثانيا: معايير فرط النشاط من خلال** DSM-5:

- غالبا ما يترك مقعده في المواقف عندما يتوقع منه أن يظل جالسا.
- غالبا ما يركض أو يتسلق في المواقف التي لا يكون فيها بوضع مناسب (قد يكون المراهقون أو البالغون مقيدين بالشعور بالقلق).
- يتعذر عليه اللعب أو المشاركة في الأنشطة الترفيهية بهدوء.
- تتميز سلوكياته وفق نمط "علي الذهاب" كما لو "يقودها محرك"
- في كثير من الأحيان يتحدث بشكل مفرط.
- غالبا ما يقدم الإجابة قبل إتمام سؤال.
- في كثير من الأحيان يجد صعوبة في انتظار دوره.
- غالبا ما يقاطع أو يتطفل على الآخرين (على سبيل المثال: يتسبب في إجراء محادثات جانبية أو الدخول في ألعاب لا صفية) (Joel Macht,2017,P 154)

لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، لابد من استيفاء مجموعة من المعايير التي تم إيضاحها خلال الطبعات الصادرة عن الدليل الإحصائي وكذا التصنيف العالمي للأمراض، بحيث يمكننا الحكم على وجود حالة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بناء على ظهور ستة أعراض أو أكثر على الطفل لمدة 6 أشهر على الأقل، وذلك في بيئتين أو أكثر، والتي تتزامن مع ظهور العديد من المؤشرات الأخرى الدالة على ذلك في عمر 12 سنة. كما يجب أن تتداخل هذه الأعراض مع ضعف قدرة الطفل في إنجاز المهام الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية بنجاح، وألا تكون نتيجة لخلل عقلي آخر (اضطراب المزاج واضطراب القلق).

وقد تم الافتراض بأن أوجه القصور في الوظائف التنفيذية هي السمة الأساسية للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (Bohlin & al,2010 ؛ Barkley,2015). وتندرج الوظيفة التنفيذية في "تلك الإجراءات الموجهة ذاتيا، اللازمة لاختيار الأهداف وسن القوانين، والاستمرار في تحقيق الإجراءات المحددة لتلك الأهداف، أو كتنظيم ذاتي لتفعيلها (Barkley,2012,P60)". بالإضافة إلى التطرق لوجود خلل على مستوى الوظائف العقلية العليا أو ما يعرف بالمهارات الما وراء المعرفية.


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

يمكن التطرق إلى التحديثات التي جاء بها الدليل التشخيصي الخامس حول اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مقارنة بما ورد في الدليل الرابع، من خلال الجدول الوارد تاليا:

**الجدول رقم(01): يبين أوجه الاختلاف بين معايير التشخيص الواردة في الدليلين الرابع والخامس** (APA,2013)

| أوجه المقارنة | DSM-4 | DSM-5 |
|---|---|---|
| **من حيث الأعراض** | ▪ تحديد خمسة أعراض كافية لتشخيص موثوق للحالة. | ➢ يجب أن يكون لدى الأطفال ستة أعراض على الأقل من / أو كليهما. |
| **من حيث الظهور** | ▪ بداية تشخيص الحالة بعد سن 7 سنوات. | ➢ بداية ظهور الأعراض قبل سن 12 سنة. |
| **من حيث الفئات** | ▪ اقتصار التشخيص على الأطفال فحسب | ➢ مس لأول مرة تشخيص المراهقين والبالغين (17 سنة فما فوق) |
| **التشخيص الفارقي** | ▪ توجد إمكانية استبعاد الاضطرابات المصاحبة. | ➢ لا يتضمن أي معيار لاستبعاد الأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. |

(APA,2013)

**3 الآثار المترتبة على اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:**

لا تزال أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرص النشاط غير واضحة وتشوبها الغموض، غير أن أغلب الأدلة تشير إلى ما يلي:

1. اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط هو اضطراب في علم الأعصاب.

2. من حيث التشخيص، يتمظهر هذا الاضطراب لدى الذكور أكثر من الإناث، ولكن هذه الاختلافات قد تفسر جزئيا عن طريق التحيز الحاصل في الإحالة.

3. العجز المعرفي الكامن وراء اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط قد يشتمل، على سبيل المثال لا الحصر، على:

ا. تثبيط سلوكي.

ب. اختلال في الوظائف العقلية العليا (الما وراء المعرفية).

4. يتم تحديد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وراثيا في جزء منه، ولكن الجذور الوراثية للاضطراب ليست مفهومة تماما.

5. عملية التكفل تتضمن التنسيق بين مختلف الفاعلين سواء من المحيط الأسري أو أخصائيو الرعاية لضمان الحد الأدنى من الكفاءة لهؤلاء الأفراد.

6. يرتبط نقص الانتباه وفرط النشاط بالتشوهات الخاصة بالجانب التشريحي، سواء من حيث التخطيط الدماغي أو القوام الجسدي.

7. حاليا، لا يمكن استخدام أي اختبار عصبي أو جيني أو طبي لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. (Brandon K. Schultz,2015,P37).

**4. اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط خلال مرحلة المراهقة بالوسط الجامعي:**

إن ضعف التقديرات في الإرشاد لأهمية القيام بعملية الكشف المبكر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى المتعلمين خلال المراحل الأولى من النمو، يزيد من فرص الظهور والاستمرارية لهذا الاضطراب خلال المراحل المتقدمة.

وبالاستناد إلى التعريف الخاص بالاضطراب، تبين المؤشرات الاحصائيات إلى أنه ما بين (15 و25%) فقط من الأطفال الذين تم تحديدهم على أنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في سن مبكرة، بالإمكان تأهيلهم على نحو جيد بمجرد بلوغهم سن المراهقة.

ومن هذا المنطلق، يعتقد هورتيج وآخرون (2007) أنه من المرجح أن تستمر الأعراض الغامضة في مرحلة المراهقة، في حين أن الأعراض المفرطة تؤول إلى الزوال، حتى بالنسبة للأفراد الذين أظهروا قدرا كبيرا من النشاط الزائد في مرحلة الطفولة. وقد


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

وصف هورتيج وزملاءه المراهقين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بأن لديهم "أعراض حالمة"، مثل صعوبة التنظيم أو النسيان أو تجنب مهام طويلة أو مملة، ولذلك فمن الممكن أن يستوعب المراهقون فرط نشاطهم في الواقع، مما يؤدي إلى تشكيل مشاعر التململ الداخلي، في مقابل حدوث انطفاء على مستوى للسلوكيات التخريبية ذات البعد الخارجي. (Sam G. Melissa D,2017, P404)

ووفقا لبيانات تتبعية، فإن أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) التي نشأت في مراحل متقدمة بمرحلة المراهقة، تشبه إلى حد كبير الإصابة باضطراب ونقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال الذين يعانون عادة من حالات عجز متكررة أكثر شيوعا من فرط النشاط والاندفاع، كما أن إجراءات العلاج في مرحلة المراهقة متشابهة جدا. (Petr Bob. Jana Konicarova,2018, P5)

ومن هذا المنظور، فإنه يمكننا تحديد اتجاه خطي سلبي إلى مسار أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط بالنسبة للمراهقين المصابين بالاضطراب، حيث يواصل المراهقون الذين يعانون من الاضطراب إظهار اختلافات واضحة في الأعراض ولكنها تتميز بشدة متناقصة. ونتيجة لذلك، فإن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يستمرون في تلبية معايير الاضطراب. من المهم ملاحظة أنه على الرغم من التناقص المسجل في الأعراض مع تقدم الأطفال في العمر، إلا أن تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لا يزال يتصف بمستويات من الانتباه والاندفاع و/ أو الأعراض المرتبطة بالنشاط والتي تكون أكثر حدة بشكل كبير من تلك التي لدى أقرانهم.

### 1.4 الأهلية للحصول على خدمات التربية الخاصة:

يعد تشخيص الطلاب ضمن فئة ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط، مدخلا نحو تفعيل إجراءات الإحالة على خدمات التربية الخاصة، ليستدل عليه من خلال الضعف الناتج في الإدراك والوعي بالمحفزات البيئية التي تؤدي إلى حصر مثيرات الانتباه الانتقائي فيما يتعلق بالعملية التعليمية التي قد تؤثر سلبا على الأداء الأكاديمي.

ومع ذلك، يتم تقديم العديد من الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تحت فئات الإعاقة الأخرى، إذ يقدر الباحثون أن ما نسبته (16%) إلى(31%) من الأطفال الذين يعانون من إعاقات في التعلم و(25%) إلى (56%) من فئة ذوي الاضطراب الانفعالي يعانون كذلك من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. (Xin, Yu, & Shaver, 2014)

ومن ثمة، فإن افتقار العديد من الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط للخدمات وبرامج التدخل بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA) لا يضعهم في وضعية انعزالية، وإنما يحيلهم على الخدمات المتضمنة في نصوص المادة (504) من قانون إعادة التأهيل. (William L. Heward & al,2017, P361)

قد يطلب من الجامعات تكييف خطط الإقامة وتنفيذها لمساعدة الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على تحقيق النجاح في الفصل الدراسي العادي. قد تشتمل خطط الإقامة ("الخطط 504") على مثل هذه الإضافات كوقت ممتد في الاختبارات، والمقاعد التفضيلية ومراقبة الأستاذ للمسارات الإضافية والأهداف القصيرة المدى والمهارات التحليلية ذات الارتباط السلوكي إلى أجزاء أصغر ومراقبة تأثير العلاجات الكيميائية على سلوك الطالب في الكلية أو الجامعة.

## 5. الاستراتيجيات الموجهة لرعاية الطلاب من ذوي ADHD:

### 1.5 استراتيجيات العلاج النفسي الاجتماعي:

خلال القيام بعملية البحث عن أساليب العلاج الفعالة والممكنة لرعاية الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، فقد تم إيلاء الجهود نحو المناهج العلاجية النفسية، والتي ترتبط بالعوائق المتواجدة بين طلاب الجامعات، لتشمل التدخلات المقترحة على العلاج السلوكي المعرفي


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

(CBT)، والاستشارة الفردية، واستراتيجيات الحد من الإجهاد، وإدارة الغضب، والترويج للرعاية الذاتية (على سبيل المثال: عادات النوم والتغذية السليمة). (Wolf & al,2009)

إذ يمكن أن ينطوي العلاج السلوكي للشباب المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على الآباء بوصفهم متلقين للتدخل، فيما يشار إليه بالتدريب الأسري، أين يتم تعليم هؤلاء البالغين حول كيفية تحليل المهام إلى أجزاء فرعية ممنهجة، بالإضافة إلى محاولة تعزيز للسلوكيات الإيجابية وتلافي التأثيرات السلبية للسلوكيات غير المرغوب فيها. ( Burleson Daviss,2018)، كما يمكن أن تكون بعض هذه التدخلات أو جميعها جزءا من برنامج التكفل الشامل، والذي يعتمد على الجامعة في تنفيذ إجراءاته، ويتم إدارته من خلال عجز الطالب في مركز تقديم المشورة و/ أو مركز الاستشارات الجامعية (Javorsky & Gussin, 1994 )، لذا، يمكن توفير التدخلات النفسية الاجتماعية من قبل الفريق متعدد التخصصات.

وبالتوازي مع تفعيل نهج الاعدادات، يتم توجيه العلاج النفسي نحو ثلاثة مجالات رئيسية مستهدفة:

(أ) زيادة الدافع لإتمام المسؤوليات المتعلقة بالجامعة في الوقت المناسب.

(ب) تحسين مهارات التنظيم الذاتي في السياقات الأكاديمية، الاجتماعية والمهنية.

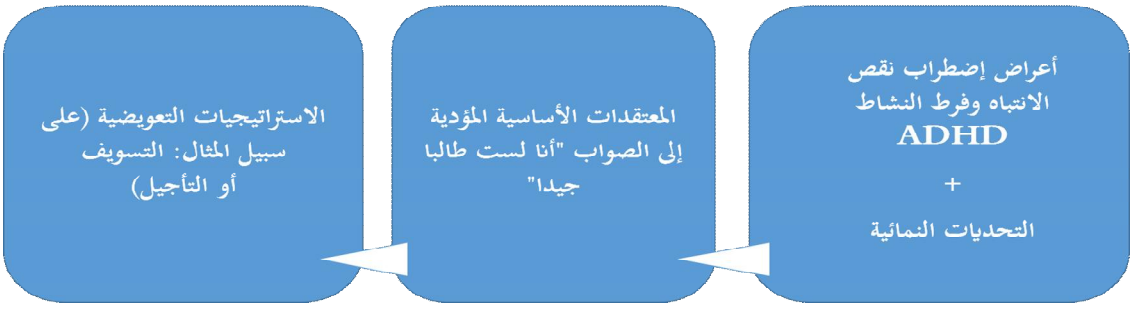
(ج) تقليل أو منع تزايد ظهور أعراض الاضطرابات المرضية سواء كانت اضطرابات انفعالية أو سلوكية (مثل اضطراب المزاج).

بالنسبة لمحور العلاج النفسي الاجتماعي الموجه للأفراد الراشدين من ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط فقد تمت الاشارة إليه من خلال العديد من الأوصاف المفاهيمية للعلاجات النفسية الاجتماعية بما في ذلك المجال التدريبي والعلاج المنطقي (أي العلاج، القائم على الفلسفة الوجودية، التي تعلم الأفراد أنهم أحرار في الاختيار بأنفسهم).

ومن هذا المنظور، يعد النهج العلاجي النفسي الأكثر توصية على نطاق واسع لرعاية طلاب الجامعات من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط، والمستند إلى العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، إذ أن آلية العلاج السلوكي المعرفي تتميز بخاصية أنها لا تتعامل بشكل مباشر مع الأعراض الظاهرة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وإنما هي مصممة للتخفيف من التداعيات المعرفية الوجدانية والسلوكية لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) (على سبيل المثال، التأجيل في إتمام المهام الأكاديمية).

للبحث في الأغراض الحقيقية للعلاج المعرفي السلوكي، فإنه يستلزم على المختصين القيام بتطوير مفاهيم الحالة لإدراك التحديات التي يواجها الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من وجهة نظر الطلاب أنفسهم. يعرض الشكل 1 العناصر الرئيسية لتصور حالة نموذجية في التعامل مع طلاب الجامعة من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط، كما هو موضح من خلال الشكل المقترح تاليا.

**الشكل 01: يبين الحالة المفاهيمية نموذجية للعلاج السلوكي المعرفي المتبع مع طلاب الجامعات**




(Ramsay & A.L. Rostain, 2006, PP 11-12)


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

يتضح من خلال ما سبق، أن الجمع بين الصعوبات المرتبطة بنقص الانتباه وفرط النشاط والتحديات النمائية ذات الصلة (على سبيل المثال، زيادة التوقعات لإدارة المنظمة والوقت)، من شأنها أن تؤدي بالطلاب إلى تبني مجموعة من المعتقدات الأساسية الخاطئة، خاصة فيما يتعلق بعدم الكفاءة (على سبيل المثال، "لست طالبا جيدا")، بدورها، فإن الإدراك المتكيف مع الذات يزيد من معدلات القلق ويستثير استراتيجيات تعويضية لتخفيف القلق (على سبيل المثال، المماطلة بإنجاز المهام الصعبة).

خلال مراحل التطبيق لهذه الحالة النموذجية، فقد يتخللها مجموعة من المعطيات ذات الارتباط الانفعالي، السلوكي والمعرفي المتباينة والغير موثوقة داخل الحرم الجامعي. بناء على ذلك، فإن الأهداف الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي تقوم على مساعدة الطلاب في التعرف على تفاصيل هذه الدورة، وكيفيات اعتماد الاستراتيجيات التكيفية، والقدرة على حل المشكلات للتغلب على هذه الإشكالات الغير مؤهلة. وفي هذا الصدد، يقدم رامزي وروستين (2006) نظرة عامة مفصلة عن العلاج السلوكي المعرفي المقترح لطلاب الجامعة المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وقد وافق ذلك تحديد الخطوات اللازمة للمختصين لمتابعة تنفيذ الإجراءات العلاجية المطبقة عبر الفصل الدراسي الأكاديمي، والمبين في الجدول الآتي:

**الجدول رقم(02): يوضح خطوات العلاج السلوكي المعرفي (CBT) لطلاب الجامعة المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط**

| مرحلة الفصل | خطوات العلاج السلوكي المعرفي (CBT) |
|---|---|
| بداية الفصل الدراسي | 1-تحديد أهداف علاجية محددة للفصل الدراسي المتعلق بالقضايا الأكاديمية والجوانب الأخرى للحياة الجامعية (على سبيل المثال، الأنشطة الاجتماعية). |
| | 2-مناقشة دوافع الطلاب للمشاركة في العلاج. |
| | 3-تقديم نصائح إرشادية عن الخبرات المعرفية، الوجدانية والسلوكية للطلاب الذين يتعرضون للصعوبات الشائعة (على سبيل المثال، مماطلة المهام المحددة). |
| | 4-تشجيع الطلاب على "الانطلاق بالأجزاء الصغيرة عند بدء العمل"، وإجراء تغييرات محتملة على الروتين والأنشطة. |
| منتصف الفصل الدراسي | 5-استعراض النتائج المستندة إلى التوصيات العلاجية، أما في حالة الفشل، يتم العمل مع الطالب لحل المشكلات بشكل تعاوني حول الصعوبات المحددة. |
| | 6-العمل على تعزيز التفكير العقلاني والبناء عند مواجهة الطلاب للتحديات (على سبيل المثال، الاختبارات الفصلية والمشاريع)، واستخدام تقنيات إعادة الهيكلة الإدراكية لمساعدة الطلاب على الوصول إلى منظور صحي وواقعي في النتائج السلبية. |
| | 7-معالجة المشكلات المرضية المحتملة (مثل الاكتئاب) عن طريق دمجه في الأوضاع المفاهيمية وخطة العلاج المناسبة. |
| نهاية الفصل الدراسي | 8-مساعدة الطلاب على التعامل مع المشكلات الرئيسية في إجراء تغييرات معرفية، وجدانية وسلوكية من خلال الدعم لاستخدام استراتيجيات المواجهة وحل المشكلات. |
| | 9-التأكيد على الحاجة إلى "النهاية الجيدة" باستخدام استراتيجيات المواجهة في سياق الاختبارات النهائية لمتطلبات الفصل الدراسي (على سبيل المثال، التسجيل للفصول الدراسية) |
| | 10-إنهاء العلاج من خلال دعم الطالب في تقدير النجاحات، وتشجيع الطلاب على التركيز على كيفية إدارة أعراض فرط النشاط بشكل مستمر، ووضع استراتيجيات استباقية لمنع الانتكاس، وتمكين الطلاب من طلب المساعدة الإضافية عند الحاجة. |

(Ramsay & A.L. Rostain, 2006,PP13-17)

في المراحل المبكرة من الفصل الدراسي، تتمحور أدوار المختصين في مساعدة الطلاب على تحديد الأهداف ذات الصلة بالعلاج فيما يتعلق بكل من التحديات الأكاديمية (على سبيل المثال، زيادة الحجم الساعي للدراسة)، بالإضافة إلى هيكلة أنشطة الحياة الجامعية الأخرى (على سبيل المثال، تقليل استخدام الكحول).


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

عند صياغة الأهداف، يتطلب تحفيز الطلاب على المشاركة في جلسات العلاج، لذلك فإن درجة استعداد الطلاب لإجراء تغييرات في حياتهم بإمكانها أنتحقق الغرض من البحث في للأهداف المنشودة.

أثناء تطبيق نهج العلاج المعرفي السلوكي، يتم دعم الطلاب في فهم الروابط بين وظائف الإدراك والعواطف والسلوكيات فيما يتعلق بالتحديات التي يواجهونها. على سبيل المثال، عند إعطاء مهمة صعبة، قد يكون لدى الطالب أفكار غير مؤذية ("أفشل دائما في المهام الصعبة طويلة الأمد") المرتبطة بالعواطف غير السارة (مثل القلق).

يمكن لتعرض الطلاب لمستويات من القلق إلى النزوح بهم إلى الانخراط في استراتيجيات تعويضية غير مؤذية مثل التسويف أو التأجيل. وبمجرد أن يتعرف الطلاب على هذه الأنماط، فإن دور الفريق المتعدد التخصصات ينحصر في توجيه الطلاب ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط القلقين نحو استخدام نهج المواجهة وحل المشكلات، وذلك لمحاولة إجراء تغييرات جزئية مجدية في روتينهم وأنشطتهم. كما يعمد المختصون إلى مراجعة مدى النجاح النسبي للواجبات العلاجية ويقدمون الدعم اللازم للاستخدام المستمر لهذه الاستراتيجيات في توقع تحديات منتصف الفصل الدراسي (على سبيل المثال، الاختبارات الفصلية وزيادة عبء العمل. (Ramsay & Rostain,2006).

في حالة إذا ما واجه الطلاب صعوبات في تنفيذ استراتيجيات المواجهة، فإن تدخل المختصين يندرج ضمن مساعدة الطلاب على استخدام نهج حل المشكلات لتحديد ومعالجة المعيقات التي تمعنهم في الوصول لتحقيق أفضل الطرق للتوافق والتكيف.

إن تبني أطر ومقاربات للصحة النفسية لتعزيز العلاجات الفاعلة لطلاب ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط، قد تتجسد من خلال تطبيق استراتيجيات إعادة الهيكلة الإدراكية، والتي تركز على التعزيز السلبي الإيجابي (على سبيل المثال، "أنا غاضب من نفسي لعدم قيامهم بعمل أفضل في هذا الأمر المعين. ومع ذلك، فإن هذا هو أصعب مسار وأنا أضع المزيد من الجهد في هذه الورقة مما لدي لمهام سابقة"). وهنا لابد على المختصين القيام بعملية تقييم للاضطرابات المرضية المصاحبة، والسعي لدمج استراتيجيات العلاج المناسبة للصعوبات المرتبطة بها في العلاج المعرفي السلوكي.

يتطلب مرحلة العلاج المقترنة مع فترة نهاية الفصل الدراسي، بأهمية أن يكون الطلاب على استعداد للتعامل مع العثرات الحتمية في إجراء تغييرات في حياتهم اليومية، وهذا بدعمهم في الاستخدام المستمر لاستراتيجيات التكيف وحل المشكلات.

فالتراكم للأحداث المتعاقبة خلال مسار العام، في سياق المجالات الأكاديمية (مثل الاختبارات النهائية) والاجتماعية (مثل أحداث نهاية العام) التي تتزامن عادة مع نهاية الفصل الدراسي، بما يوجب دعم الطلاب في إنهاء الفصل الدراسي بقوة من خلال مضاعفة الجهود لاستخدام استراتيجيات التكيف.

كما تجدر الإشارة إلى أن المنوط بالمختصين العمل على إعداد الطلاب لإنهاء خطوات برنامج العلاج المعرفي السلوكي، قصد مساعدتهم على تقدير النجاحات التي تحققت خلال الفصل الدراسي، وكذا إعداد خطة استباقية لاحتمال التعرض للانتكاس. على وجه الخصوص، ينبغي تمكين الطلاب من الحصول على مساعدة إضافية خلال استراحة الفصل الدراسي و/ أو في الفصول المتقدمة.

أظهرت نتائج البحوث المقدمة بإطار العلاج المعرفي السلوكي وجود فاعلية كبيرة في التخفيف من تفاقم ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الطلاب الجامعيين، وقد أثبت هذا الاتجاه كل من Safren وزملاؤه (2010) في تناولهم لموضوع تأثير العلاج المعرفي السلوكي في الحد من فرط النشاط المتعلق بالراشدين، تمحورت هذه تجربة السريرية العشوائية على مقارنة العلاج المعرفي السلوكي مع مجموعة أخرى من الأفراد، الذين تلقوا تدريبات على تقنية الاسترخاء بدعم تعليمي، حيث تشكلت عينة البحث من (86) بالغا مصابا باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الذين أكملوا (12) جلسة فردية لـ (CBT) أو حالة المقارنة.


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

وقد خلصت النتائج المسجلة إلى انخفاض كبير في أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، كما أوضحت الدراسة استجابة لما قيمته (67%) من المجموعة المشاركة في العلاج المعرفي السلوكي، على أساس التحسن في أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط مقارنة بنسبة (33%) فقط من مجموعة العلاج المقارنة. تم الحفاظ على مكاسب العلاج في مراحل تقييم المتابعة لمدة (6) أشهر و(12) شهرا.

يتميز العلاج السلوكي المعرفي بصفته الأكثر رسمية، على سبيل المثال، مع المرضى الذين يعانون من صورة سلبية ذاتية نتيجة لتجارب الفشل، أو مع الحالات الأخرى المتفاوتة، فإنه من الأفضل الاهتمام أكثر بتدريس المهارات العملية ودعم تحقيق الأهداف، بشكل ممارساتي في الوضعيات الخاصة لكثير من المرضى، ليشتمل التدريب على كلا العنصرين. (Sandra Kooij,2013, P169)

ويعد التدريب من بين التدخلات الأخرى التي تمت التوصية بها لرعاية طلاب الجامعات الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، إذ "ينطوي التدريب على مساعدة الطلاب في التعامل مع جوانب إعاقتهم التي تتداخل مع الأداء الأكاديمي، والتعامل مع جوانب الاختلالات الخاصة بالمنظومة الجامعية، مثل قرارات التأجيل، وعدم التركيز، ضعف التنظيم الذاتي، سوء التخطيط، القلق، عدم الكفاءة الاجتماعية، أو سوء إدارة الوقت." (Swartz et al,2005, P648)

أثناء تطبيق التدخل القائم على تدريب الأفراد من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط، فإن الهدف الرئيسي يتمثل في تطوير علاقة تعاونية إيجابية مع الطلاب من أجل مساعدتهم في تطوير الاستراتيجيات المناسبة، وتنمية مشاعر الثقة بالنفس فيما يتعلق بمهارات الأداء الوظيفي للسلوكيات (على سبيل المثال، إدارة الوقت).

حسب سوارتز وآخرون (2005)؛ فإن عملية التدريب يمكن أن تتضمن عدة خطوات، بما في ذلك القيام بالمقابلات الأولية لتحديد التوقعات، وتنظيم محتوى اللقاء وجدوله الزمني، بالإضافة إلى تحديد الأهداف الطويلة المدى وارتباطاتها مع أهداف الأسبوع الأول من مخطط التدريب.

ووفقا لذلك، يتم تحديد الأهداف الأسبوعية (أي، المدى القصير الخاص بالنتائج القابلة للقياس) المتعلقة بكل هدف طويل المدى في نهاية كل جلسة تدريب، حتى يتم تقييمها في بداية كل اجتماع لاحق.

وفي هذا الإطار، يمكن للمدربين رسم التقدم في الأهداف الأسبوعية بحيث يتلقى الطلاب ملاحظات بصرية بشأن وضعيات الوصول لتجسيد الأهداف المتوخاة، حيث يوافق الطلاب والمدربون على نوعية المكافآت وآليات العقاب المنتهجة على حضور الجلسات، والتقدم نحو تحقيق الأهداف (على سبيل المثال، دفع رسوم إضافية للمدرب في حالة الغياب عن الجلسة أو عدم تحقيق الهدف الأسبوعي).

يقوم المدربون بتوجيه الطلاب ودعمهم في استخدام منهجية لحل المشكلات، من أجل تحقيق الأهداف التي تتضمن مناقشة التحديات أو العقبات التي تحول دون تحقيق الأهداف، وتحديد الاستراتيجيات الممكنة للتغلب على الإشكالات المستهدفة، والعواقب المتغيرة على الإجراءات، وتقييم فعالية الاستراتيجيات على أساس أسبوعي، وإجراء التعديلات المناسبة حسب الضرورة.

كما هو الحال بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي، فإن تناول موضوع التدريب جاء من خلال إيراد دراستين للاستدلال على فاعلية آلياته، والتي تم توجيهها نحو علاج طلاب الجامعات من ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. حيث قدمت سوارتز وآخرون (2005) بيانات حول دراسة حالة لطالبة جامعية تعاني نقص الانتباه وفرط النشاط، والتي أظهرت تقدما في استراتيجيات الدراسة الذاتية المبلغ عنها، وزيادة وقت الدراسة، واستلام الصف الدراسي المطلوب بعد (08) أسابيع من التدريب الخاص بذوي نقص الانتباه وفرط النشاط.

فحص بريفات، لامبروبولوس وآخرون (2011) تأثير التعيينات بين الدورات في تدريب ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط لعينة أكبر (N= 13) من طلاب الجامعات الذين يعانون من نقص


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

الانتباه وفرط النشاط. وقد خلصت النتائج إلى أن التقدم في دورات التدريب لهؤلاء الطلاب الثلاثة عشر كان مرتبطا بشكل كبير بثلاثة جوانب بين مهام الدورة: (أ) تقدير المدرب لنوعية الطلاب بين الدورات خلال فترة العلاج، (ب) موقف الطلاب الإيجابي تجاه واجبات الدورة، و(ج) الفائدة المتصورة لتلك التخصيصات.

### 2.5 التدخلات التعليمية الموجهة لرعاية طلاب الجامعة من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط:

تهدف التدخلات التعليمية إلى تزويد الطلاب بالتدريب في مهارات محددة بمجال المحتوى (على سبيل المثال، المهارات التي يتم تدريسها مباشرة في دورة تدريبية)، تعليم طرق تنظيم مواد ومهام الدورة التدريبية، والدراسة للاختبارات، و/ أو تدوين الملاحظات الصفية، والدعم المستمر في تنفيذ الاستراتيجيات أو ممارسة المهارات الأكاديمية المكتسبة حديثا.

حيث تساهم هذه المؤشرات في تصميم التدخلات الفاعلة لتعزيز مهارات الطلاب والمعرفة في مجالات المحتوى و/ أو الطرق الداعمة للتعلّمات الخاص بهم، والتي تشمل على مجموعة متنوعة من التدخلات التعليمية الممكنة الموجهة للطلاب المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. وعلى الرغم من ذلك، فقد ركزت معظم الاستراتيجيات على توفير التعليم في مهارات الدراسة/ التنظيم و/ أو أساليب تعزيز فهم المحاضرات ومواد القراءة، كما هو الحال بالنسبة للتدخلات النفسية والاجتماعية.

وفي هذا الصدد، يمكن الإشارة إلى الدراسة التي أعدتها (Allsopp & al,2005) مستهدفة تطوير وتنفيذ وتقييم نموذج لتقديم إرشادات استراتيجية خاصة بالدورة، حيث تم اختيار عينة مكونة من (46) طالبا جامعيا من مختلف الإعاقات، منها (18) طالبا يشكلون فئة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مع أو بدون صعوبات التعلم. وقد قام الباحثون باستخدام المنهج شبه التجريبي قصد تخصيص تعليم الاستراتيجية لكل طالب بناء على احتياجات تعليمية محددة بالإضافة إلى الدعم التجريبي المستند إلى شبكة الملاحظات.

على سبيل المثال، لتعزيز فهم القراءة لدى الطالب، تم استخدام استراتيجية إعادة صياغة (RAP) التي تتضمن ( R-read a paragraph أي إعادة قراءة الفقرة بالتكرار) أ-اسأل ما هي الأفكار الرئيسية، وضع الأفكار بأسلوبك الذاتي.

تنقسم جلسات التكفل بين دورة واحدة إلى ثلاث دورات تهتم باستراتيجية معينة، وتستغرق كل جلسة تدريبية ما بين 1 إلى 2 ساعة، وقد امتدت فترة تطبيقها على مدار فصل دراسي واحد.

من بين النتائج المتوصل إليها، بينت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط نقطة الدرجات (GPA)، مما يشير إلى زيادة ما يقرب من نصف الانحراف المعياري مع العلاج. كما تم تسجيل تقدم ملحوظ لدى للطلاب الذين كانوا تحت الاختبار الأكاديمي قبل التدخل.

بالإضافة إلى ذلك، فقد دلت درجات استجابات المفحوصين للمقابلة مع الطلاب إلى وجود عاملين مرتبطين بالتحسين بما في ذلك الاستخدام المستقل للاستراتيجيات، وتعزيز العلاقة بين الطالب والأستاذ. وعلى العكس من ذلك، فقد ضمت الدراسة عاملان لا يرتبطان بأي تحسن بما في ذلك عجز الطلاب الأكاديمي/ المهارات المعرفية والقضايا الانفعالية / المتعلقة بالأدوية، ليشتمل التفسير القائم على ذلك في أن الطلاب المعرضين لأشكال مختلفة من الأمراض، تقل لديهم مستويات الدافعية نحو الاستجابة للاستراتيجيات التدخلية.

على الرغم من أن هذه النتائج واعدة فيما يتعلق بالآثار الإيجابية لتدريس الاستراتيجيات الأكاديمية الفردية، إلا أن الاستنتاجات قد تم تقليصها بسبب عدم وجود عنصر تحكم أو مقارنة في هذه الدراسة. من جانب آخر، يعتقد الباحثون أن تكنولوجيا المعلومات (على سبيل المثال، البرامج المساعدة) لديها إمكانات كبيرة في تلبية الاحتياجات الأكاديمية لطلاب الجامعات المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، حيث يطرح هيكر وآخرون (2002) هذه الفكرة من خلال قيامه بفحص البرامج المساعدة في تعزيز مهارات القراءة لدى (20) طالبا يعانون من اضطرابات الانتباه الذين حضروا الكلية الخاصة


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

بالأفراد الذين يعانون من اضطرابات في التعلم (بما في ذلك اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط).

### 3.5 التدخل المستند إلى الإقامة التعليمية:

جاء ايراد الحديث عن خدمات الإقامة التعليمية الموجهة لرعاية الطلاب الجامعيين من ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من خلال نص قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) والمادة (504) من قانون إعادة التأهيل المعتمد على الكليات والجامعات، ليطرح إمكانية إجراء تعديلات مناسبة على المحتويات الأكاديمية والبرامج ذات الصلة للطلاب الذين يعانون من إعاقات، بما في ذلك المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وعادة ما يشار إلى هذه التعديلات باسم الإقامة.

حيث يمكن تمييز أوجه الاختلاف في خدمات أماكن الإقامة التعليمية عن المجالات التدخلية الأخرى، على اعتبار أنها لا تتضمن تنفيذ الجلسات التدريبية الرامية لتحسين مهارات الطلاب أو معارفهم، وإنما تشتمل على ضبط التغييرات المتعلقة بالممارسة التعليمية، وبالتالي، فإنها تؤدي إلى التخفيف من تأثير الإعاقة، وهذا ما يلاحظ في حالة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ليكون الهدف المطلوب تحقيقه هو وصول بالطالب إلى اكتساب القدر الكافي من المناهج الدراسية.

إن التصورات المعرفية حول كيفية تطبيق الممارسات الخاصة بالإقامة المحددة للطلاب ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط، تختلف عن تلك المطبقة مع الطلاب العاديين، من حيث أنها لا تستند إلى تحديد معايير القصور والاحتياجات التي تتطلب ضرورة تلبيتها فقط، وإنما تتعداها إلى أولوية توفير حجم ساعي إضافي أو فترات متقطعة أثناء الاختبارات، وهذا قصد السماح لهم باستخدام أسلوب التدقيق الإملائي لمعالجة الكلمات أثناء الفحوصات، مما يضع الطلاب في بيئات خالية من التوتر خلال اختبارات، والاستعانة بشخص آخر لتدوين الملاحظات خلال محاضرات الصف، وتمديد المواعيد النهائية للمهمة (Wolf, L & al,2009).

تقترن أماكن الإقامة بأربع فئات موضحة في العرض والاستجابة والتوقيت/الجدولة والخصائص. حيث تتضمن إعدادات العرض التقديمي تغيير طريقة تقديم التعليم الأكاديمي أو المهام الدراسية أو التقييم للطلاب. فعلى سبيل مثال العرض تقديمي يندرج في وصف مهام الدورة الدراسية سواء شفهيا أو كتابيا.

تبحث أماكن الإقامة المحددة في جانبين، إذ تقوم على إجراء تعديلات على مستوى الطريقة التي يطلب فيها من الطلاب الاستجابة للتعليمات والواجبات و/ أو عناصر الاختبار، والتي تمثل شكلا بديلا للامتحانات (على سبيل المثال، الشفهي مقابل الكتابي)، وهو محل استجابة موصى به كثيرا (Javorsky & Gussin, 1994). أما بالنسبة للطريقة الثانية، فهي ترتكز على توفير مواقف الاستجابة للمثيرات، عن طريق السماح للطلاب باستخدام جهاز (على سبيل المثال، آلة حاسبة، مسجل رقمي) كآلية مساعدة في التفاعل مع التعليمات، الواجبات أو الاختبارات: (حيث يوضح الجدول 03 أماكن الحصول على استجابة إضافية لطلاب الجامعة من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط).

**الجدول رقم (03): يعبر عن توصيات الإقامة المعدة من قبل وولف وآخرون (2009)**

| نوع الإقامة | إمكانية الإقامة |
|---|---|
| التقديم | 1. وصف مهام الدورة الدراسية سواء كانت شفهيا أو كتابيا. |
| | 2. بدء محاضرات مع استعراض المحاضرة السابقة والموضوع بنظرة عامة لجلسة الفصل الدراسي الحالي. |
| | 3. التأكيد على الأفكار الرئيسية والمفاهيم الأساسية على حدا، سواء شفهيا وكتابيا (على سبيل المثال، استخدام الخطوط بألوان مختلفة على Powerpoint)، استعراض الأفكار الرئيسية في نهاية الدرس. |
| | 4. التحدث بوضوح وبوتيرة تسمح للطلاب بمتابعة المحتوى وتدوين الملاحظات، والتوقف بانتظام لطرح الأسئلة الهامة. |
| | 5. ملاحظة علامات الارتباك لدى الطلاب والرد عليها (على سبيل المثال، الإيماءات أو استفسارات شفهية) مع شرح واضح و/ أو مساعدة داعمة. |


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

| | |
|---|---|
| | 6. منح مساحة للوقت في نهاية جلسات دروس المحاضرات، للمناقشة وفرص الأسئلة والأجوبة. |
| | 7. تزويد الطلاب بأدلة الامتحان التي تقدم أمثلة على شكل الاختبار والمحتوى. |
| | 8. أثناء إعداد الامتحانات، لابد من تجنب استخدام الجمل المعقدة (مثل السلبيات المزدوجة) وتضمين الأسئلة ضمن السياقات، بمعنى الايحائية في الطرح. |
| | 9. خلال الامتحانات، لابد من منح الطلاب مساحة فارغة كافية للطلاب الذين لديهم كتابة يدوية كبيرة. |
| **الاستجابة** | 1) تقديم صيغة بديلة (على سبيل المثال: الشفهي مقابل المكتوب) للامتحانات. |
| | 2) السماح للطلاب باستخدام الأجهزة (على سبيل المثال: آلة حاسبة، نظام استجابة النقر) كمساعد في الاستجابة للتعليمات أو الواجبات أو الاختبارات. |
| | 3) العمل على قبول مجموعة متنوعة من الردود المحتملة (على سبيل المثال: الشفهية والمطبوعة) على أسئلة الامتحان. |
| | 4) منح الطالب فرصة توضيح أو إعادة صياغة سؤال اختبار لضمان فهمه قبل الإجابة عليه. |
| | 5) تزويد الطلاب بالخيارات (على سبيل المثال: مشروع البحث، عرض الفصل الدراسي) لإظهار التمكن من أهداف الدورة. |
| | 6) السماح للطلاب باستخدام المدقق الإملائي لمعالجة النصوص أثناء الاختبارات. |
| | 7) تزويد الطلاب بملاحظات الفصل أو السماح لشخص آخر بتدوين الملاحظات أثناء المحاضرات. |
| | 8) السماح للطلاب بالتحدث بهدوء لأنفسهم أثناء الاختبارات، للحفاظ على الانتباه والوعي بالمعلومات. |
| **التوقيت/ الجدولة** | 1/ توفير وقت إضافي (على سبيل المثال، مزدوج) في الاختبارات. |
| | 2/ تقديم المنهج الدراسي للطلاب عبر فترات من أربعة إلى ستة أسابيع قبل الفصل الدراسي، وإذا كان ذلك ممكنا، مناقشة متطلبات المقرر الدراسي والمادة مع الطلاب قبل بدء الفصل الدراسي. |
| | 3/ السماح للطلاب بإكمال أجزاء من الاختبارات أو الواجبات الدراسية بطريقة مجزأة على مدى فترة زمنية. |
| | 4/ تمديد الوقت لاستكمال متطلبات الدورة. |
| | 5/ تزويد الطلاب بفرص للالتقاء لمناقشة أي أسئلة أو مخاوف بشأن مواد المحاضرات والقراءات المعينة و/ أو مهام الدورة التدريبية. |
| | 6/ تقديم المشورة للطلاب للتسجيل في دورات تدريبية صعبة في الصباح وليس في فترة ما بعد الظهر أو في المساء. |
| | 7/ تقديم المشورة للطلاب للتسجيل من أجل تقليل عدد الدورات، وتحديد الدورات التدريبية التي تجتمع بشكل أكثر تكرارا لفترات زمنية قصيرة (على سبيل المثال: جلسات دراسية لمدة 50 دقيقة). |
| | 8/ تمديد الوقت لاستكمال متطلبات درجة. |
| **الخصائص** | 1-السماح للطلاب بإكمال الاختبارات في الفصول الدراسية الصحية بعيدا عن الطلاب الآخرين. |
| | 2-خلال جلسات الفصل الدراسي، حاول إزالة أو تقليل قنوات التشويش المسموعة والمرئية (على سبيل المثال: الضجيج الخارجي). |

(Wolf, L & al,2009 ,pp 417-418)

عند القيام بتطبيق توصيات خدمات الإقامة، فإنه يمكن أن يندرج توقيف الموقت/ الجدولة ضمن واحدا من ثلاثة أشكال، أحد الاحتمالات هو تغيير معدل الوقت المسموح به لاستكمال الاختبار أو الواجب، إذ يعتبر الوقت الممتد (على سبيل المثال، المزدوج) في الامتحانات مثالا موصى به بشكل متكرر (Wolf et al,2009 ،Javorsky & Gussin,1994). مكان آخر للتوقيت/ الجدولة يتمثل في تعديل الحجم الساعي المخصص لتقديم محاضرة أو تعليمات معينة.

أما البديل الأخير لهذا النوع من الإقامة يتمحور في تغيير الجدول الزمني أو الإطار الزمني لإجراء الاختبار. على سبيل المثال، قد يسمح للطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بإكمال أجزاء من الاختبار بطريقة مجزأة على مدار عدة ساعات أو أيام (كما ورد بالجدول 03 للحصول على أماكن إضافية للتوقيت / الجدولة).

### 6. الإشراف على خدمات الدعم والمعالجة:

تتطلب عملية الإشراف على تقديم خدمات الدعم والمعالجة الموجهة لطلاب الجامعة المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، أهمية تحقيق عاملي التنوع ومهام المؤطر للحالة.

ومن أجل ضمان نجاح عملية الإشراف، فإن هنالك شروط لابد من توافرها في شخص المؤطر للحالة، ومنها على وجه


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

الخصوص إلمامه بكل متطلبات واحتياجات الطالب، وكذا الخدمات التي من شأنها أن تقترح خلال المراحل الأولى من عملية الإشراف، وكذلك مراقبة تنفيذ هذه الخدمات وضمان النجاح النسبي لها.

إن وجود مؤطر للحالة يشكل إطارا مرجعيا مهما خاصة عندما يتعلق الأمر بطلاب الجامعات من ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، والذين يفتقدون للاستقلالية الذاتية في التحكم بسلوكياتهم، كما أن خصوصية سنوات الأولى للالتحاق بالكلية تعتبر تحديا بالنسبة لهم، وهذا في سياق الوعي بمسؤولية إدراكهم لنمطية حياتهم المختلفة، سواء في مجال التعلم والتفاعل أو عند اقتراح الخدمات العلاجية المناسبة. بالإضافة إلى ذلك، فإن هنالك إمكانية لتدريب الطلاب على ممارسة نشاطاتهم والإشراف عليها كمؤطرين لذواتهم، إلا أن اتساع دائرة التقييم لتشمل أعضاء هيئة التدريس أو المختص الاجتماعي تعد خيارا أفضل لتحقيق نتائج إيجابية في تحسين السلوك والتخفيف من حدته. بغض النظر عمن يقوم بدور مدير الحالة، توجد العديد من الأنشطة التي تعتبر حاسمة لهذا الدور، والتي يمكن تبيانها من خلال النقاط الواردة تاليا:

أولا: أهمية قيام مؤطر الحالة بدراسة الملمح العام للطالب، وذلك لتحديد جميع الخدمات التي يتم تلقيها خلال عملية العلاج، الرامية لتقليل من حدة ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الطالب. ويرتبط هذا التنسيق من خلال الاتصال (الشهري) بين الطالب والمؤطر، ومع جميع المختصين الذين لهم علاقة بالطالب. وهذا يشمل أخصائيو الصحة النفسية، والتربوية، والعاملين في المجال الطبي. (Lisa L & George J,2013, P71)

ثانيا: على مدير الحالة مساعدة الطالب في جمع البيانات المتعلقة بآثار خدمات الدعم والمعالجة، حيث يمكن لتأثير عملية تدريب الطلاب على اتخاذ القرارات المستندة إلى البيانات بشكل إيجابي في تحديد طبيعة أدوارهم المستقبلية.

ثالثا: يمكن لمؤطر الحالة توجيه الطلاب في العمل كمدافعين خاصين بهم من حيث (أ) الحصول على الخدمات المطلوبة والغير المتوفرة، و(ب) العمل مع مزودي الخدمة لضمان تحقيق أقصى قدر من النتائج (على سبيل المثال: طلب إجراء التعديلات على المستوى العلاجي، إذا لم يكن هذا الأخير فعالا).

**خاتمة:**

إن بروز نماذج عن الاضطرابات السلوكية في مستويات متقدمة من المراحل العمرية، قد أدى بالباحثين إلى التفكير في استراتيجيات علاج تستند إلى مقاربات داخلية وأخرى خارجية، من شأنها أن تعمل على التخفيف من حدوث مثل هذه الإشكالات " نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الطلبة الجامعيين"، لتندرج إجراءات تصوراتهم العلاجية في الاتجاهات النفسية الاجتماعية، والتربوية وكذا على مستوى خدمات الإقامات التعليمية، بما يوجب التطرق لمجموعة من التوصيات التي لابد من الأخذ بها في مثل هكذا حالات، والمتمثلة في:

- العمل على تفعيل آليات الكشف المبكر للحالات التي يتم التشكيك في إصابتها باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- ضرورة القيام بالتشخيص الدوري والمستمر للطلاب خلال المراحل العمرية والتعليمية المختلفة.
- متابعة تقدم الطلاب ومرافقتهم قبل وأثناء وبعد تحديدهم في فئة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- الاستعانة بنموذج الاستجابة للتدخل (RTI)كبرنامج وقائي وتدخلي له جوانب معرفية وسلوكية فعالة.
- إجراء المزيد من الأبحاث والدراسات المتعلقة بهذه الفئة، في إطار الاختلاف البيئي للمجتمعات.
- السعي إلى إشراك كل من الطلبة والأسرة في تصميم وتنفيذ وتقييم برامج التدريب الخاصة بالتكفل ورعاية الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.


Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

## قائمة المراجع:


American Psychiatric Association. (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.), Washington, DC: Author.

Barkley, R. A. (2015): Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed). New York, NY: Guilford.

Brandon K. Schultz. Steven W. Evans (2015): A Practical Guide to Implementing School-Based Interventions for Adolescents with ADHD, Department of Psychology East Carolina University, Greenville –NC, Springer International Publishing, USA.

Burleson Daviss (2018): Moodiness in ADHD - A Clinician's Guide, Department of Psychiatry, Springer International Publishing, Library of Congress, Switzerland.

Frazier T. W, Youngstrom, E A, Glutting, J. J, & Watkins, M W. (2007): ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students, Journal of Learning Disabilities, 40, 49–65.

Javorsky, J, & Gussin, B. (1994): College students with attention deficit hyperactivity disorder: An overview and description of services, Journal of College Student Development, 35 (3), 170–177.

Joel Macht (2017): The Medicalization of America's Schools -Challenging the Concept of Educational Disabilities, Library of Congress, Davidson, North Carolina, USA.

Lisa L. Weyandt, George J. DuPaul (2013): College Students with ADHD Current Issues and Future Directions, Department of Psychology, University of Rhode Island, Kingston , RI , Library of Congress, USA.

Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2006): Cognitive behavior therapy for college students with attention-deficit/hyperactivity disorder, Journal of College Student Psychotherapy, 21 (1), 3–20.

Roberts, W., Milich, R., & Barkley, R. A. (2014): Primary symptoms, diagnostic criteria, subtyping and preva-lence of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis & treatment (4th ed., pp. 51–80), New York, NY: Guilford Press.

Sam Goldstein-Melissa DeVries (2017): Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents, Neurology, Learning and Behavior Center, Salt Lake City, UT, USA.

Sandra Kooij (2013): Adult ADHD Diagnostic Assessment and Treatment, Third Edition, PsyQ the Hague, Springer-Verlag London, Library of Congress, the Netherlands.

Shelley Hyman, George J. DuPaul, and Matthew J. Gormley (2017): Evidence-Based Assessment and Intervention for ADHD in School Psychology, Department of Education and Human Services, Lehigh University, Springer International Publishing Switzerland, Bethlehem, PA, USA.

Swartz, S. L., Prevatt, F., & Proctor, B. E (2005): A coaching intervention for college students with attention deficit/hyperactivity disorder, Psychology in the Schools, 42 (6), 647–656.

Petr Bob. Jana Konicarova (2018): ADHD, Stress, and Development, Department of Psychiatry & UHSL, First Faculty of Medicine, Charles University Prague, Czech Republic, Library of Congress.

Wolf, L. E., Simkowitz, P., & Carlson, H. (2009): College students with ADHD, Current Psychiatry Reports, 11 (5), 415–421.

Xin, Yu, J. W., & Shaver, D (2014): Longitudinal effects of ADHD in children with learning disabilities or emotional disturbances, Exceptional Children, 80, 205–219.




Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)