جامعة أبو بكر بلقايد – تلمسان –

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه LMD في علم النفس

تخصص: تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي

بناء برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه لدى أطفال المرحلة الابتدائية

إعداد الطالبة:

لحمري أمينة

إشـراف:

أ.د فقيه العيد

أعضاء لجنة المناقشة

أ.د بشلاغم يحيي	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	رئيسا
أ.د فقيه العيد	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	مشرفا ومقررا
أ.د ماحي ابراهيم	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران	عضوا مناقشا
أ.د قماري محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم	عضوا مناقشا
د. سجلماسي محمد امين	أستاذ محاضر أ	جامعة تلمسان	عضوا مناقشا
د. سبع فاطمة الزهراء	أستاذ محاضر أ	جامعة وهران	عضوا مناقشا

السنة الجامعية : 1435-1436هـ/2014-2015م

إلى والدي الكريمين مصدر الحنان والعطاء أطال الله في عمرهما

إلى قرة عيني من غير حياتي منذ أن رأى النور فأصبحت أحلى حياة

ابني الغالي

"أيمن سيف الإسلام"

إلى سندي في هذه الحياة

زوجي

إلى أخواتي وأخوتي وكل عائلة لحمري

إلى السيدة العظيمة "خالتي ربيعة" وكل عائلة مسعد

أهديكم ثمرة جهدي

الباحثة

لحمري أمينة

شكر وتقدير

" ربي أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي و أن أعمل صالحا وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين" *(النمل، 19)*

الحمد لله كثيرا خالدا مع خلوده ، الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، الحمد لله الذي أعانني على إنجاز هذا العمل ليرى النور أخيرا، وأصلي وأسلم على سيدنا ونبينا محمد خاتم النبيين عليه أزكى الصلاة والسلام .

لا يسعني في هذا المقام إلا أن أشكر كل من ساهم في هذا البحث بعلمه ووقته وجهده ونصحه ودعائه .

لا أجد إلا أن أقول لمن كان موجها ومرشدا وناصحا ولم يدخر يوما جهدا في تقويم وتقييم هذا العمل إلى من تبنى هذه الأطروحة وكان مشرفا عليها فكان بحق خير مشرف

الأستاذ القدير

فقيه العيد

" أسأل الله العظيم أن يجزيه الله خير الجزاء وأن يبارك له في علمه وعمره وأسرته "

كما لا يفوتني أن أشكر كل مدراء المدارس الابتدائية ومعلميها الذين كانوا قدموا لي كل التسهيلات لتطبيق جلسات البرنامج

إلى التلاميذ الذين أهديهم جهدي المتواضع ليكون عونا لهم ونبراسا ينير حياتهم ويفتح لهم أبواب الخير والفلاح

كما أشكر زميلاتي اللواتي كن خير ناصحات لي وقدمن لي الدعم والمساعدة

إلى كل من تفضل لي بخالص الدعاء في الغيب أحبتي لا يسعني إلا أن أقول لكم مني كل الشكر والتقدير والاحترام

الباحثة

لحمري أمينة

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التقصي حول مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي في الخفض من حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وهل سيساهم في تحسين مستواهم الدراسي. حيث استخدمت المنهج التجريبي، وذلك بتطبيق الدراسة على عينة قوامها 30 تلميذ مشخصين على أنهم يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه بالاعتماد على مقياس النشاط الحركي الزائد وقصور الانتباه من إعداد أ.د فقيه العيد 2013، تم توزيعهم إلى مجموعتين تجريبية عددها (15) تلميذ وضابطة عددها (15) تلميذ، حيث تلقى أفراد المجموعة التجريبية البرنامج العلاجي السلوكي (من إعداد الباحثة) بينما لم تتلقى المجوعة الضابطة أي علاج، استغرق تطبيق البرنامج العلاجي مدة ثلاثة أشهر ونصف بواقع (26) جلسة، أتبعت بجلسات للمتابعة، وبعد القيام بالمعالجة الاحصائية للمعطيات أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي. وعدم وجود أي فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة. كما أثبتت وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية. بينما لم تثبت أي تأثير لعامل الجنس عدا الفرق الواضح على بعد العدوانية لصالح الذكور. كما أثبتت المعالجة الاحصائية تأثير إيجابي للبرنامج العلاجي السلوكي على التحصيل الدراسي لأفراد المجموعة التجريبية، وكذا عدم وجود فروق دالة احصائيا بين القياس البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية.

إذن يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي أثبت فعاليته في خفض مستوى اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والعدوانية كما ساهم في تحسين مستواهم الدراسي، كما لم يثبت أي تأثير يذكر يعزى لعامل الجنس.

وقد ناقشت الباحثة الدراسة هذه النتائج في ظل بعض الدراسات السابقة، وختمتها بجملة من التوصيات والاقتراحات لتعود بالفائدة على الباحثين، والمدرسين، والتلاميذ الذين يعانون من هذا الاضطراب.

Abstract

The present study attempts to investigate the impact of behavioral treatment program to decrease the severity of attention deficit with hyperactivity disorder for learners in primary school and the way that it could improve their learning outcomes.

The study was conducted over a sampling of 30 learners with attention deficit – hyperactivity disorder aged between (9-10) years old. The sampling was randomly put into two groups: the control group (15 learners) and the experienced group (15 learners). This latter received a behavioral treatment program where as the control group has not received any therapy. After the application of behavioral treatment program for 3 months and a half over 26 sessions and after the scientific treatment of data, where they revealed the following results:

- there are differences of statistical significance in the level of attention deficit with hyperactivity disorder in pre and post test of the experimental group in favor of post test with no effect for sex variable.
- There are no differences of statistical significance in the level of attention deficit with hyperactivity disorder in pre and post test of the Controlled group.
- There are differences of statistical significance in the level of attention deficit with hyperactivity disorder in post test between the experimental group and the Control group in favor of the experimental group.
- There are differences of statistical significance in the level of learning outcomes in pre and post test of the experimental group in favor of post test.
- There are no differences of statistical significance in the level of attention deficit with hyperactivity disorder in post test and frequent test of the experimental group

So the program has proved its efficiency in treating attention deficit with hyperactivity disorder as it improves their learning outcomes with no effect for sex variable.

RESUME:

La présente étude visait a étudié l'efficacité d'un programme thérapeutique comportemental dans la réduction de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité pour les élèves de l'école primaire et la façon dont cela pourrait améliorer les résultats scolaire.

L'étude a été menée sur échantillon de 30 élèves âgés entre (9-10 ans) ayant troubles déficitaire de l'attention avec hyperactivité. L'échantillon a été mis au hasard dans deux groupes : groupe contrôle (15 élèves) et groupe expérimentale (15eleves).

Nous avons utilisé la méthode d'analyse expérimentale a travers l'application de programme thérapeutique comportemental pendant 3 mois et demi pour 26 sessions et après avoir faire le traitement scientifique des données,

Les résultats trouvés sont :

- La présence de différences statistiquement significatives entre les moyennes du groupe expérimental sur l'échelle d'hyperactivité avec dispersion d'attention avant et après l'application du programme proposé en faveur post-test.
- Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les moyennes du groupe contrôle entre pré-test et post-test sur l'échelle d'hyperactivité avec dispersion d'attention
- La présence de différences statistiquement significatives entre les moyennes du groupe expérimental et les moyennes du groupe contrôle sur l'échelle d'hyperactivité avec dispersion d'attention dans le post-test en faveur de groupe expérimental.
- Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les moyennes du groupe expérimental entre post-test et test itératif sur l'échelle d'hyperactivité avec dispersion d'attention.
- La présence de différences statistiquement significatives entre les moyennes du groupe expérimental sur l'achèvement scolaire avant et après l'application du programme proposé en faveur post-test.
- Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans les niveaux d'hyperactivité avec dispersion d'attention entre garçons et filles dans le groupe expérimental en post-test.

Donc le programme a prouvé son efficacité pour traiter les troubles comme il a amélioré les résultats scolaire avec aucun effet pour le variable sexe.

فهرس الموضوعات

الموضوع	الصفحة
إهداء	أ
شكر وتقدير	ب
ملخص الدراسة	ج
فهرس الموضوعات	و
فهرس الجداول	ك
فهرس الأشكال	ل
فهرس الملاحق	س
مقدمة	1
الفصل الأول: خلفية نظرية للبحث و طرح الإشكالية	**6 _ 28**
1_ خلفية نظرية للبحث في ضوء الدراسات السابقة	7
2- تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية في ضوء الاشكالية التي تطرحها	17
3- فرضيات الدراسة	22
4- أهداف الدراسة	23
5_ أهمية الدراسة	23
6_ المفاهيم الاجرائية للبحث	25
7_ حدود الدراسة	26
8- منهج البحث	27
خلاصة	28
الفصل الثاني: اضطراب فرط النشاط الحركي و قصور الانتباه والاندفاعية	**29-76**
تمهيد	30
1_ تطور مفهوم اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	31
2- تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	33
3_ انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	39
4_ أسباب اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	42
5- النظريات المفسرة لاضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	48
6_ قياس وتشخيص حالات اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	49
7_ تصنيف حالات اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	52

8_ التشخيص التفريقي لاضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	55
9_ الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	56
10_ أعراض وخصائص الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	57
11_ مآل ومسار اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	61
12_علاج اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية	62
خلاصة	67
الفصل الثالث: العلاج السلوكي	**100_68**
تمهيد	69
المبحث الأول: العلاج السلوكي	90_70
1_ تعريف العلاج السلوكي	70
2_ تطور العلاج السلوكي	72
3_ المسلمات الرئيسية للعلاج السلوكي	74
4_ النظريات المؤسسة للعلاج السلوكي	74
5_ المبادئ الأساسية للنموذج السلوكي	78
6- أساليب وتقنيات العلاج السلوكي	79
7_ مزايا وعيوب النموذج السلوكي	89
المبحث الثاني: فعالية أسلوب التشكيل في خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه	**99_91**
1_ تعريف التشكيل	91
2_ خطوات التشكيل	94
3_ تطبيقات عملية لأسلوب تشكيل السلوك في علاج اضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه	96
4_ فوائد تشكيل السلوك وطرق زيادة فعاليته	99
ملخص	100
الفصل الرابع: تصميم برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية	**126_101**
تمهيد	102
1_ أهمية البرنامج	103
2_ أهداف البرنامج	103

3-الأساس النظري المعتمد في البرنامج	104
4_ تحديد خصائص الفئة المستهدفة بالبرنامج	108
5_ التحليل الوظيفي للسلوك	108
6_ تحديد التقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي	109
7- الأدوات التي استخدمت في البرنامج العلاجي السلوكي	111
8- برنامج العلاج السلوكي(من اعداد الباحثة)	111
9- مدة البرنامج	126
ملخص	126
الفصل الخامس: إجراءات الدراسة	**151_127**
تمهيد	128
1_منهج الدراسة	129
2- إجراءات الدراسة الاستطلاعية	130
2_1) الهدف من الدراسة الاستطلاعية	130
2_2) ميدان البحث ومدة الدراسة	131
2_3) فروض الدراسة	131
2_4) عينة الدراسة	131
2_5) أدوات الدراسة	133
2_6) إجراءات تطبيق الدراسة	137
2_7) نتائج الدراسة الاستطلاعية	138
3_ إجراءات الدراسة الأساسية	146
3-1) فروض الدراسة	146
3_2) أدوات الدراسة	147
3_3) عينة الدراسة	147
3_4) مدة الدراسة	151
4_ الأساليب الاحصائية المستخدمة	151
الفصل السادس: عرض النتائج	**182_152**
تمهيد	153
1- عرض نتائج الفرضية الأولى	154
2- عرض نتائج الفرضية الثانية	159
3- عرض نتائج الفرضية الثالثة	163

4- عرض نتائج الفرضية الرابعة	169
5- عرض نتائج الفرضية الخامسة	173
6- عرض نتائج الفرضية السادسة	175
7- عرض نتائج الفرضية السابعة	177
خلاصة	182
الفصل السابع: مناقشة النتائج	**191_183**
تمهيد	184
1_ مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى	184
2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية	185
3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة	186
4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة	187
5_ مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة والسادسة	188
6_ مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة	190
خلاصة وتوصيات	192
قائمة المراجع	195
قائمة الملاحق	201

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	الجدول رقم (1) يوضح تطور مفهوم اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه	32
02	الجدول رقم (2) يوضح التحليل الوظيفي لسلوك أفراد العينة التجريبية	109
03	الجدول رقم (3) يوضح معطيات البرنامج العلاجي السلوكي قبل التعديل وبعد التعديل	114
04	الجدول رقم (4) يوضح تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة الاضطراب على مقياس فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية	132
05	الجدول رقم (5) يوضح تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير السن	133
06	الجدول رقم (6) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي	138
07	الجدول رقم (7) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي	140
08	الجدول رقم (8) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي	142
09	الجدول رقم (9) يوضح تجانس العينتين التجريبية والضابطة في درجة الاضطراب على فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية	148
10	الجدول رقم (10) يوضح تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة وفق متغير العمر الزمني	149
11	الجدول رقم (11) يوضح تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى التحصيل الدراسي	150
12	الجدول رقم (12) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي	154
13	الجدول رقم (13) يوضح قيمة (η^2) و قيمة (D) ومقدار حجم تأثير البرنامج في القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية باستخدام مربع معامل إيتاη^2	158

14	الجدول رقم (14) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي	159
15	الجدول رقم (15) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي	164
16	الجدول رقم (16) يوضح قيمة (η^2) و قيمة (D) ومقدار حجم تأثير البرنامج بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة باستخدام مربع معامل إيتاη^2	168
17	الجدول رقم (17) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية وفق متغير الجنس في القياس البعدي	169
18	الجدول رقم (18) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي في القياس القبلي والقياس البعدي	173
19	الجدول رقم (19) يوضح قيمة (η^2) و قيمة (D) ومقدار حجم تأثير البرنامج على التحصيل الدراسي لتلاميذ المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي باستخدام مربع معامل إيتاη^2	175
20	الجدول رقم (20) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي في القياس البعدي	175
21	الجدول رقم (21) يوضح قيمة (η^2) و قيمة (D) ومقدار حجم تأثير البرنامج على التحصيل الدراسي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي باستخدام مربع معامل إيتاη^2	176
22	الجدول رقم (22) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي	177

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	الشكل رقم (1) يوضح التصميم التجريبي للدراسة	27
02	الشكل رقم (2) يوضح ترتيب السلوكيات وفق عملية التسلسل	108
03	الشكل رقم (3) يوضح التصميم التجريبي للدراسة الميدانية	129
04	الشكل رقم (4) يوضح الفرق بين الدرجة الكلية للأفراد على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية	140
05	الشكل رقم (5) يوضح الفرق بين الدرجة الكلية للأفراد على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة	142
06	الشكل رقم (6) يوضح الفرق بين الدرجة الكلية للأفراد على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة	144
07	الشكل رقم (7) يوضح الفرق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد تشتت الانتباه	155
08	الشكل رقم (8) يوضح الفرق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد فرط النشاط الحركي	156
09	الشكل رقم (9) يوضح الفرق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد العدوانية	157
10	الشكل رقم (10) يوضح الفرق بين الدرجة الكلية لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي	158
11	الشكل رقم (11) يوضح الفرق بين درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد تشتت الانتباه	160
12	الشكل رقم (12) يوضح الفرق بين درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد النشاط الحركي الزائد	161
13	الشكل رقم (13) يوضح الفرق بين درجات افراد المجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد العدوانية	162
14	الشكل رقم (14) يوضح الفرق بين الدرجة الكلية لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي	163
15	الشكل رقم (15) يوضح الفرق بين درجات افراد المجموعة التجريبية والمجموعة	165

	الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي في بعد تشتت الانتباه	
16	الشكل رقم (16) يوضح الفرق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي في بعد فرط النشاط الحركي	166
17	الشكل رقم (17) يوضح الفرق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي في بعد العدوانية	167
18	الشكل رقم (18) يوضح الفرق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الدرجة الكلية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي	168
19	الشكل رقم (19) يوضح الفرق بين الذكور والإناث في بعد تشتت الانتباه على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي	170
20	الشكل رقم (20) يوضح الفرق بين الذكور والإناث في بعد فرط النشاط الحركي على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي	171
21	الشكل رقم (21) يوضح الفرق بين الذكور والإناث في بعد العدوانية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي	172
22	الشكل رقم (22) يوضح الفرق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي	173
23	الشكل رقم (23) يوضح الفرق بين التحصيل الدراسي لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي	174
24	الشكل رقم (24) يوضح الفرق بين التحصيل الدراسي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياسين البعدي	176
25	الشكل رقم (25) يوضح الفرق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في بعد تشتت الانتباه في القياس البعدي	178
26	الشكل رقم (26) يوضح الفرق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في بعد فرط النشاط الحركي في القياس البعدي	179

27	الشكل رقم (27) يوضح الفرق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في بعد العدوانية في القياس البعدي	180
28	الشكل رقم (28) يوضح الفرق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في الدرجة الكلية على مقياس قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي والعدوانية	181

فهرس الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية رقمDSM IV4	201
02	قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي السلوكي (من إعداد الباحثة)	202
03	الدرجات الخام أفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياس القبلي والقياس والبعدي في الدراسة الاستطلاعية	203
04	الدرجات الخام لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياس القبلي والبعدي في الدراسة الاستطلاعية	203
05	تجانس أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وفق متغير العمر الزمني بالأشهر في الدراسة الاستطلاعية	204
06	تجانس أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وفق متغير درجة الاضطراب في الدراسة الاستطلاعية	204
07	الدرجات الخام لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في الدراسة الأساسية	205
08	الدرجات الخام لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في الدراسة الأساسية	206
09	الدرجات الخام لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياس التتبعي في الدراسة الأساسية	207
10	الدرجات الخام للإناث على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياس البعدي في الدراسة الأساسية	208
11	الدرجات للذكور على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياس البعدي في الدراسة الأساسية	208
12	نتائج الفصلين الأول والثالث لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في الدراسة الأساسية	209

مقدمة

تعتبر مرحلة الطفولة من المراحل العمرية الهامة مما يفرض ضرورة الاهتمام بها من قبل كافة مؤسسات التنشئة الاجتماعية ابتداء من الأسرة النواة الأولى وصولا إلى المدرسة التي يفترض أن تقدم خدمات تربوية، وتعليمية للطفل، وقد اكتسبت الطفولة اهتمام الباحثين، والدارسين الذين درسوا العادي منها، والمرضي فلا شك أن أي اضطراب يصيب الطفولة سيؤثر لا محالة على باقي المراحل العمرية اللاحقة.

حيث يظهر عدد كبير من الأطفال اضطرابات مختلفة للسلوك خاصة في بداية مرحلة التمدرس، فيلاحظ الأولياء على أطفالهم جملة من الأعراض أهمها: تشتت الانتباه، والحركة الزائدة، والاندفاعية فهم يقفزون هنا وهناك، ولا يستطيعون الجلوس بهدوء ولو لفترة بسيطة، وعادة ما تبدأ شكاوي الأولياء من تصرفات أطفالهم في مرحلة ما قبل المدرسة، كذلك المعلم من جهته يبدأ بملاحظة ضعف انتباه بعض تلاميذه فيبذل مجهودا كبيرا في محاولة لحثهم على متابعة الدروس، والتركيز عند الشرح، فيجرب عدة طرق محاولا جذب انتباههم دون فائدة تذكر، وغالبا ما تكون استشارة الأطباء فكرة تراود أذهان الأولياء عندما تتطابق ملاحظاتهم مع ملاحظات المدرسين. هذه المجموعة من الأعراض تشكل اضطرابا مستقلا يعرف باضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية.

لم يتم تحديد هذا الاضطراب تحديدا دقيقا حسب (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 9: 1999) حتى القرن الماضي أين بدأ الطب النفسي يهتم بدراسته مركزا في ذلك على الأسباب العضوية، والعلاج الكيماوي. أما في علم النفس فقد أشار(خالد بن عبد العزيز الحمد، 2006) إلى أن الاهتمام بهذا الاضطراب يعتبر موضوعا جديدا نسبيا بما في ذلك الدول المتقدمة مقارنة بفئة الإعاقات الأخرى كالإعاقة البصرية مثلا، غير أن هذا لا ينفي الكم الهائل من الدراسات، والبحوث التي درست هذا الاضطراب من بعض جوانبه بشيء من التفصيل مثل التعريف، والأسباب، والأعراض، وكذا طرق التشخيص، والعلاج، والتكفل بمختلف أشكاله.

فمن ناحية الأسباب قدمت البحوث، والدراسات زخما من المعلومات حول نشأة هذا الاضطراب، والعوامل المسببة له حيث أشار البعض إلى أن سبب هذا الاضطراب عضوي في حين أشار آخرون إلى المنشئ السلوكي، ورجح آخرون أن تكون أسبابه اجتماعية مرتبطة بالبيئة، والأسرة.

حاليا تستخدم المؤسسات البحثية الحديثة مصطلح اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية كعبارة عامة، وتقسم فيه الأفراد المصابين بهذا الاضطراب حسب (د.ت.إ رقم 4-DSM4) إلى ما يلي:

_ اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) بزيادة في ضعف الانتباه.

- اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) بزيادة في النشاط الزائد والاندفاعية.

- اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد(ADHD) وهذا النوع يجمع بين أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية.

كما أورد (محمد النوبي، 2009: 28) التصنيف الذي أصدرته (APA) عام 1994 والذي تمثل في:

_ نمط نقص الانتباه.

_ نمط النشاط الزائد والاندفاعية.

_ النمط المشترك: نقص الانتباه وفرط النشاط.

أما (عبد الباقي دفع الله وكوثر جمال الدين خلف الله، 2011) فيشير إلى أن هذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا بين الأطفال حيث ينتشر بنسبة تصل إلى 10% تقريبا من أطفال العالم، وتشير الدراسات العلمية إلى أن ما يقارب50 % من مجموع تلاميذ المرحلة الابتدائية الذين يحالون إلى للعلاج بسبب مشكلات نفسية أو سلوكية تنتشر بينهم أعراض هذا الاضطراب، وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث.

حيث يعرفه (بطرس حافظ بطرس، 2008: 402) بأنه إفراط الطفل في الحركة، مع ضعف التركيز، وحركات عشوائية كثيرة. كما يعرف هذا الاضطراب في دليل التربية الخاصة حسب ما ورد في (خولة أحمد يحي، 2000: 179) بأنه نشاط جسمي وحركي حاد، ومستمر، لدى الطفل بحيث لا يستطيع الطفل التحكم في حركاته الجسمية ويمضي أغلب وقته في الحركة المستمرة، وتكون هذه الظاهرة في معظم الحالات مصاحبة لحالات إصابات الدماغ أو قد تكون لأسباب نفسية، ويظهر هذا السلوك غالبا في سن الرابعة حتى سن 15و16 سنة.

هناك بعض الاضطرابات التي تصاحب اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال أهمها الاضطرابات السلوكية خاصة السلوك العدواني، واضطراب علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين فهم يعجزون عن التكيف مع البيئة. فقد أجرى بيدرمان وزملاؤه في كما ورد في

(السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 61) دراسة هدفت إلى التعرف على معدل انتشار بعض الاضطرابات التي تصاحب اضطراب الانتباه، وقد بينت النتائج أن الاضطرابات السلوكية تنتشر بين 50% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والإندفاعية.

كذلك كثيرا ما يتلازم اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال بالاضطرابات الانفعالية خاصة القلق، والاكتئاب حيث بين بيدرمان وزملاؤه في (السيد علي سيد وأحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 62) أن هناك نسب تصل إلى 75% من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم اكتئاب، و35 % لديهم قلق عصابي.

كما تشير (يحيى أحمد خولة، 2000: 180) إلى أن اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية تصاحبه خصائص سلوكية منها سوء التنظيم، والتهور، والاندفاع، والقلق، والعصبية، والقابلية للإثارة، وضعف القدرة على الانتباه، والضعف الشديد في التركيز، ونوبات الغضب، وتصرفات غير متوقعة، وتغيرات ملحوظة في المزاج، واضطراب علاقاته الاجتماعية، والعدوان، واضطرابات في الوظائف الحركية، وغيرها من الخصائص، وهذا كله ينتج عنه ضعف في التحصيل المدرسي، ومشكلات سلوكية، واجتماعية أخرى.

في حين أسفرت نتائج دراسة (نوسياوم وزملاؤه، 1998) في (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 86) أن السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها الأطفال تؤدي إلى رفضهم الاجتماعي من قبل جماعة الأصدقاء مما يؤدي بهم إلى العزلة الاجتماعية، وهذا ما يفسر شعورهم الدائم بالوحدة النفسية، والقلق، والاكتئاب.

وتعتبر صعوبات التعلم من أكثر الاضطرابات شيوعا لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية حيث أن معظمها قد يرجع إما لعدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقروءة أو لأنهم يعانون من اضطرابات اللغة، وهذا ما بينته العديد من الدراسات مثل دراسة (سيثنيا و جورج ،1993) في (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999 :86) التي وجدت أن اضطراب اللغة يرتبط بعلاقة موجبة مع صعوبات التعلم لدى هؤلاء الأطفال.

وهنا أشار (محمد محمد شوكت وزيدان أحمد السرطاوي، بدون سنة: 5) إلى الدراسة الطولية التي قام بها ويز وآخرون (Weass et all 1979) والتي استمرت خمس سنوات على الأطفال ذوي اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية حيث أشارت إلى أنهم تميزوا بضعف مستوى تحصيلهم الدراسي، وأن 70% منهم رسبوا لأكثر من مرة، وأن 52% منهم فصلوا من المدرسة.

من هنا جاءت الحاجة للتدخل العلاجي بهدف التكفل بهذه الحالات الذي يبدأ بالتشخيص الصحيح المبكر لأنه كلما طالت المدة التي يبقى فيها الطفل بدون تشخيص يصعب من العملية العلاجية، ويزيدها تعقيدا، وهذا ما يحول دون النمو العادي والسوي لهؤلاء الاطفال.

والمتصفح للأدبيات المتعلقة بهذا الاضطراب يجد العديد من الدراسات التي حاولت دراسة بعض جوانب هذا الاضطراب في محاولة للإحاطة بمختلف نواحيه من التعريف، والأسباب، والأعراض، والتشخيص إلى طرق التكفل النفسي، والعلاج للخفض أو الحد من أعراض هذا الاضطراب حيث يشير لنا (Jean M echal.2004 :7) إلى أن هناك 7514 مرجع متخصص في دراسة هذا الاضطراب منذ بداية الثمانينات أي ما يقارب 375 مرجع سنويا.

ما يلاحظ كذلك في الآونة الأخيرة هو اتساع دائرة البحث في مجالات العلاج النفسي لاضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية بعد أن تبين قصور العلاج الكيماوي، والآثار السلبية الناجمة عنه، حيث اتجه الباحثون إلى اعتماد الأساليب الإرشادية، والسلوكية، والمعرفية، والتربوية في العلاج.

والدراسة الحالية واحدة من هاته الدراسات حيث تهدف إلى البحث حول مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي قائم على تقنية التشكيل في خفض حدة أعراض اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، والبحث عما إذا كان التحصيل الدراسي لهؤلاء التلاميذ يتأثر بتطبيق البرنامج العلاجي السلوكي آخذين بعين الاعتبار متغير الجنس. ويجدر بنا الإشارة إلى الاختلاف الواضح في التسميات الكثيرة التي أعطيت لهذا الاضطراب من تشتت الانتباه، وقصور الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والنشاط الحركي الزائد، والافراط الحركي، ولهذا نحن استعملنا كل هاته التسميات كما وردت في مختلف المراجع للإشارة إلى اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية.

ولتحقيق الغرض من الدراسة تم تقسيمها إلى ستة فصول حيث يتناول الفصل الأول خلفية نظرية للبحث وطرح الإشكالية، وتحديد أهداف الدراسة وأهميتها، وضبط مفاهيمها الأساسية، كما تطرقنا فيه إلى المنهج المستخدم في الدراسة، وكذا الحدود الزمانية، والمكانية للدراسة.

أما الفصل الثاني فقد خصصناه لكل ما يتعلق باضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية، وقد تطرقت فيه أولا إلى اضطراب الانتباه مفهومه، وأشكاله وأنواعه ثم بالمثل تطرقت إلى اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية تعريفه، وأسبابه، وتشخيصه، والتشخيص

التفريقي له، وأعراضه باختلاف المراحل العمرية التي يمر بها الطفل، وكذا مختلف الأساليب العلاجية التي استخدمت في علاج هذا الاضطراب.

بينما تضمن الفصل الثالث معارف نظرية حول العلاج السلوكي حيث تطرقت فيه أولا إلى تعاريف عامة عن العلاج السلوكي، وأهم ميزاته، ومبادئه، وكذا مختلف تقنياته وبعدها تطرقت إلى تقنية التشكيل كتقنية أساسية، ومدى فاعليتها في خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية وذلك بعرض مبادئها وكيفية تطبيقها في العلاج تنضوي تحتها العديد من التقنيات التي استعملت في الجانب الميداني مثل التعزيز، والنمذجة، ولعب الأدوار، والقصة ...

أما الفصل الرابع تضمن تصميم البرنامج العلاجي السلوكي القائم على تقنية التشكيل لخفض اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية تطرقنا فيه إلى مراحل بناء البرنامج العلاجي السلوكي، والخلفية النظرية المؤسسة له، ومختلف التقنيات والأدوات المستخدمة فيه، ثم جلسات البرنامج بالتفصيل.

أما الفصل الخامس فخصصناه للتصميم المنهجي للدراسة، وإجراءات الدراسة، وعينة الدراسة، والأدوات المستخدمة، والدراسة الاستطلاعية، سواء من حيث اختيار العينة، والمنهج، وعرض النتائج، ثم تطرقت إلى الدراسة الأساسية منهجا، وعينة، وأداة.

أما الفصل السادس فتضمن عرض نتائج الدراسة الأساسية والتعليق عليها وتوضيحها بالمنحيات والأشكال البيانية.

أما الفصل السابع فتضمن تحليل النتائج، والتعليق عليها، ومناقشة فروضها في ضوء الدراسات السابقة.

وفي الأخير خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات التي مثلت عصارة الدراسة الحالية والدراسات السابقة لفتح المجال أمام دراسات مستقبلية مكملة في الموضوع.

الفصل الأول:

خلفية نظرية للبحث وطرح الاشكالية

1- خلفية نظرية للبحث في ضوء الدراسات السابقة

2- تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية في ضوء الاشكالية التي تطرحها

3- فرضيات الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- أهمية الدراسة

6- مصطلحات الدراسة

7- حدود الدراسة

8- منهج الدراسة

1- خلفية نظرية للبحث في ضوء الدراسات السابقة:

تعد مشكلة فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية من أبرز المشكلات التي تواجه الأطفال في مرحلة المدرسة، حيث يظهر هؤلاء الأطفال مشكلات كثيرة في الانتباه أو مشكلات النشاط الحركي الزائد والاندفاعية أو الاثنان معا أكثر من أقرانهم الذين هم في نفس عمرهم الزمني. فهي تمس أهم العمليات المعرفية التي تلعب دورا في النمو المعرفي لدى الفرد حيث يعاني الطفل المصاب بهذا الاضطراب بصعوبة في تركيز انتباهه ولو لمدة بسيطة في مهمة أو نشاط ما، كذلك صعوبة في الجلوس بهدوء في مكان ما لفترة معينة مما يجعله عاجزا عن التكيف مع أجواء المدرسة. هؤلاء الأطفال يمارسون حركات عشوائية كثيرة في فترة بسيطة بدون هدف محدد، ويميلون إلى التهرب من المهمات التي تتطلب حضورا ذهنيا متواصلا، واندفاعيين لا يتحملون الانتظار.

وقد أشار" كوس": (cause, 2006, p. 15) إلى جملة من المعطيات حيث من 3 إلى 5 % من الأطفال يعانون من فرط النشاط الحركي، وهو اضطراب يصيب الذكور أكثر من الإناث حيث أن 5 ذكور يصابون بالاضطراب مقابل أنثى واحدة، ويعتبر فرط النشاط من ضمن أوائل دواعي الاستشارة عند طبيب الأطفال، كما أن هذا الاضطراب يظهر عامة بين سن الثالثة والرابعة، ويشخص غالبا بين سن السادسة والسابعة، وهذا يتوافق مع الدخول المدرسي. كما يخلف هذا الاضطراب مشاكل عدة حيث أن من 30 إلى 50% من الأطفال المصابين به يعانون من صعوبات مدرسية، وأكاديمية أو فشل مدرسي، فهم يوصفون بأنهم تلاميذ أقل كفاءة من المتوسط، ويوجه أغلبهم إلى تربية متخصصة. وأن 20 إلى 30 % إذا لم يعالجوا يواجهون مشاكل قضائية في مرحلة المراهقة.

كما يشير(ايهاب عبد العزيز عبد الباقي، 2006) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط يشيع بينهم العديد من أنماط اضطرابات النوم حيث كشفت العديد من الدراسات أن من بين هذه الاضطرابات نجد: زملة الأرجل غير المستقرة، والأرق، وعسر النوم، والكوابيس الليلية، وشذوذ النوم، والمعاناة من الشخير، واختناق النوم، واضطرابات التنفس المرتبطة بالنوم، واضطرابات الحركات الطرفية الدورية.

إن اضطرابا بهذا الحجم يؤثر على مختلف نواحي حياة الطفل، ويتطلب تدخلا علاجيا مكثفا الهدف منه الحد من أعراضه التي تعتبر السبب الأول في الفشل المدرسي، والعديد من المشكلات العائلية، والاجتماعية، وسوء التكيف داخل المدرسة.

والمتتبع للأدبيات التي تناولت هذا الاضطراب يلاحظ أن هناك عدة دراسات تناولت اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه تعريفا، وتشخيصا، وعلاجا إلا أن حصة الأسد من هذه الدراسات كان منصبا حول العلاج النفسي بشتى طرقه فمنهم من سلك المنحى الإرشادي، والأسري، ومنهم استعمل الأساليب السلوكية، والمعرفية، وكذا الأسلوب السلوكي المعرفي، وفئة أخرى استخدمت التدخل التربوي. كما نجد أن الدراسات تنوعت بين العربية، والأجنبية، وفي هذا الإطار سنحاول عرض مختلف الدراسات مراعين في ذلك التسلسل الزمني من الأقدم الى الأحدث.

فنجد من الدراسات الأجنبية دراسة كافال (Kavale 1982) في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 14) بعنوان "كفاءة المعالجة باستخدام العقاقير الطبية لذوي قصور الانتباه مع فرط النشاط: دراسة تحليلية مسحية" التي قامت بتحليل ومسح 130 دراسة استخدمت العقاقير الطبية في علاج مشكلات الانتباه إلى جانب التدخلات التربوية، والمعرفية الأخرى حيث لوحظ أن التأثيرات تتضاءل حتى تنعدم عند انتهاء مفعول الأدوية وأن تأثير العلاج الدوائي مؤقت يزول مفعوله بزوال جرعاته، وتظهر فائدته في علاج الأعراض فقط دون علاج الاضطراب.

كذلك دراسة والترزدورف (Weltersdorf 1992) في (ظافر بن محمد القحطاني، 2005: 92) التي هدفت إلى التعرف على فعالية أسلوب النمذجة في خفض بعض المظاهر السلوكية غير التكيفية (تشتت الانتباه، السلوك التخريبي، الألفاظ البذيئة)، كما هدفت إلى وزيادة درجة التحصيل في مادة الرياضيات. وقد تكونت العينة من أربعة ذكور تراوحت أعمارهم بين (9_10) سنوات يعانون من سوء التوافق مع عجز الانتباه المصحوب بقصور الانتباه أثبتت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين القياسين القبلي والبعدي حيث انخفضت لديهم المظاهر السلوكية غير التكيفية في القياس البعدي. كما أثبتت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات.

كذلك دراسة كاسير (Kaiser 1992) في (مشيرة عبد الحميد وأحمد اليوسفي، 2005 :61) تحت عنوان "إثبات مدى تأثير برنامج لتعديل السلوك داخل غرفة الصف على الوظائف الأكاديمية واحترام الذات لدى أطفال يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط " حيث تكونت عينة الدراسة من أطفال تتراوح أعمارهم بين 8_13 سنة تلقوا البرنامج العلاجي لمدة 10 أسابيع بواقع 5 ساعات يوميا أثبتت النتائج تحسن ملحوظ على مستوى السلوك السوي، وكذا معدلات عالية في المهارات الأكاديمية، واحترام الذات.

كذلك دراسة (توكر ودوسي، 1992) في (هشام أحمد غراب، 2010: 357) التي هدفت إلى معرفة أثر أسلوب النمذجة في خفض بعض المظاهر السلوكية غير التكيفية مثل تشتت الانتباه، والسلوك التخريبي، وكذا معرفة تأثيرها على أداء التلاميذ في مادة الرياضيات، وقد أظهرت نتائجها تأثير دال لبرنامج العلاج السلوكي لدى المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية ما يؤكد فعاليته في تحسين المظاهر السلوكية غير التكيفية في حين لم تحدث أي تحسن في أداء التلاميذ في مادة الرياضيات.

أما دراسة ألونزو (Alonso 1997) في (دحماني ماما، 2008: 16) فقد هدفت إلى وضع برنامج يسمى الخطوة الأولى: First step program من أجل التعرف على الطفل ذو النشاط الزائد وقصور الانتباه قبل سن ثلاث سنوات، وتشخيصه مبكرا بغرض الوقاية من أي نوع من الإعاقات في مستقبل الطفل، بالإضافة إلى ذلك خصص الباحث برنامجا لتدريب الوالدين كما أن هذا البرنامج يساعد على إحداث تدخلات يستخدمها الوالدين منها:

_ التدخل التربوي للطفل إضافة لحضور الوالدين للقسم مع الطفل في الحضانة لتعليمه طرق التعامل معه.

_ التدخل العلاجي السلوكي، يتم التدريب فيها على كيفية استخدام تقنيات مختلفة مثل تعزيز السلوك الجيد، والمقبول.

_ التدخل الاجتماعي والذي هدف إلى تنمية مهارات الوالدين الاجتماعية مع كيفية التحكم في الانفعالات، ومفاهيم البيئة الاجتماعية.

وقد أسفرت النتائج عن وجود انخفاض مستوى الضغوط الأسرية، وزيادة مهارات الوالدين وتحسن المعاش النفسي للطفل ذو فرط النشاط وقصور الانتباه ليعيش في بيئة مناسبة كما أظهرت انخفاض في مظاهر النشاط الزائد وتشتت الانتباه.

كما قام بينيديتو وتانوك (Benedotto §Tannok.1999) بدراسة هدفت إلى تقييم مهارة القيام بالحسابات الرياضية للأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط مقارنة بتلاميذ عاديين، وتوصلت الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال يتميزون بأنهم أقل من أقرانهم العاديين في مادة الرياضيات حتى وإن كانوا بنفس مستوى ذكائهم حيث يعتمدون في إجراء العمليات الحسابية على استخدام أصابع اليد بدلا من الاعتماد على الذاكرة كما يعانون من فهم المفاهيم بشكل غير مناسب.

كذلك نجد دراسة (بيترز،2003) في (هشام أحمد غراب، 2010: 361) التي هدفت إلى التعرف على أثر برنامج سلوكي لأطفال المدرسة الابتدائية باستخدام فنية التعزيز وانتهت الدراسة إلى عدم وجود فاعلية للبرنامج إلا أن الدرجات الخام أشارت إلى أن أطفال المجموعة التجريبية أحدثوا تحسنا ملحوظا في خفض الانتباه، الضبط الذاتي، وخفض الحركة المفرطة، وكذا العدوانية.

أما بالنسبة للدراسات العربية فهي الأخرى كانت متنوعة، وكثيرة كدراسة (أميرة طه بخش، بدون تاريخ) حول فعالية الإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا بمكة المكرمة حيث هدفت هذه الدراسة إلى تصميم، وتقديم برنامج للإرشاد الأسري متمثل في تدريب الأمهات على التعامل مع أطفالهم المتخلفين عقليا، وتقديم نماذج للرعاية، والإرشاد النفسي، والتربوي السليمة لهم، كما تهدف أيضا إلى التعرف على مدى فعالية برنامج الإرشاد الأسري المستخدم في خفض حدة اضطراب أو عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم. حيث تألفت عينة الدراسة من 42 طفلة من المتخلفات عقليا تتراوح أعمارهم بين 9–14 سنة موزعين على مجموعتين ضابطة وتجريبية. احتوى البرنامج ثلاثين جلسة موجهة لأمهات أطفال المجموعة التجريبية، وقد كشفت النتائج عن فاعلية إرشاد الأمهات كشكل من أشكال الإرشاد الأسري في الحد من اضطراب الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال المتخلفين عقليا.

أما دراسة محمد قطب (1985) في (دحماني ماما، 2008) بجامعة الأزهر فقد هدفت إلى التعرف على سلوك فرط النشاط لدى الأطفال حيث تكونت عينة الدراسة من 470 تلميذ في ثلاث مدارس ابتدائية، وقد أثبتت النتائج أن نسبة الاضطراب 6,2% في المرحلة العمرية (7_9) سنوات كما أنها أكثر انتشارا عند الذكور منها عند الذكور.

كذلك دراسة زكريا رياض المنشاوي (1999) في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 31) بعنوان "فعالية برنامج أنشطة حركية في تخفيف بعض مظاهر اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة أطفال المرحلة الابتدائية" حيث طبقت الدراسة على عينة قوامها 17 تلميذ أظهرت النتائج وجود تأثير موجب للبرنامج في خفض بعض مظاهر الاضطراب بحيث أثبتت هذه الدراسة فعالية الرياضة في امتصاص الطاقة الزائدة للطفل، والحد من اندفاعيته، وتعديل انتباهه.

كذلك دراسة (سهام السلاموني، 2001) التي استخدمت فيها بعض فنيات العلاج السلوكي المتمثلة في "الألعاب الرياضية الصغيرة، والنمذجة" بهدف خفض النشاط الزائد وتشتت الانتباه لدى 35

تلميذ بالطور الابتدائي، وأظهرت النتائج فعالية الفنيات المستخدمة في خفض النشاط الزائد وتشتت الانتباه، وارتفاع مستوى التحصيل الدراسي، وأن أحسن النتائج حصدتها المجموعات التي طبقت عليها الألعاب الرياضية الصغيرة، والنمذجة مقارنة بالمجموعات الأخرى.

أما دراسة رياض نايل العاسمي (2001) في (بوثلجة مختار، 2007 :13) فقد ركزت على دراسة اضطراب فرط النشاط الحركي وعلاقته ببعض المتغيرات: الاكتئاب، التحصيل الدراسي، التوافق النفسي ببعديه الاجتماعي والشخصي. تكونت عينة الدراسة من 33 طفلا يعانون من فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه ولدى مقارنتهم بأطفال عاديين تبين أن الأطفال مفرطي النشاط أكثر اكتئابا، وأقل تحصيلا، وهم غير متوافقين اجتماعيا وشخصيا.

كذلك دراسة محمود زايد ملكاوي (2003) في (شوقي ممادي، 2012: 137) التي هدفت إلى معرفة فاعلية التعزيز الرمزي في معالجة اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي على عينة مكونة من 30 طالب، طبق البرنامج لمدة شهر ونصف بواقع 24 جلسة أوضحت الدراسة أن أسلوب التعزيز كان له أثر واضح في معالجة الاضطراب.

كذلك دراسة فاطمة الحيدر(2003) في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 34) بعنوان: "معالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. والأمراض المصاحبة في المملكة العربية السعودية" التي تكونت عينتها من حالات تقل أعمارهم عن 19 سنة مشخصون على أنهم يعاون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط حيث دلت النتائج أن هذا الاضطراب قد شخص لدى 25,5 % من المرضى، وأن 28,3 % منهم يعاني من اضطراب في التعبير اللغوي، وأن 37,7 % يعانون من تخلف عقلي بسيط، وصف لهم منبه نفسي (مثيل فنيدات) في 23,6 % من الحالات أما 35,9 %فقد وصف لهم الايميبرامين، أما المعالجة السلوكية فقد كانت هي الأكثر استعمالا وقد اتضح أن العلاج الدوائي هو الأكثر إيجابية وفائدة.

كذلك دراسة حواشين(2003) في (هشام أحمد غراب، 2010: 364) التي هدفت إلى التعرف على أثر التعزيز الرمزي في تقليل السلوك غير المنتبه خلال الدرس لدى عينة من التلاميذ مقسمين إلى مجموعتين تجريبية، ومجموعة ضابطة. أثبتت المعالجة الاحصائية وجود فروق جوهرية بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية كما لم تجد أي فروق ذات دلالة يمكن أن تعزى لعامل الجنس مما يعني أن البرنامج العلاجي كان فعالا في خفض درجات الاضطراب.

أما دراسة (قزاقزة،2005) فقد تناولت فاعلية التدريب على المراقبة الذاتية في مستوى الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه حيث هدفت إلى التعرف على أثر التدريب على المراقبة الذاتية في مستوى الانتباه لدى هؤلاء الأطفال، لهذا الغرض كون عينة الدراسة من (78) طالب وطالبة من الصفوف الثالث، والخامس، والسابع أساسي في المدارس التابعة لوكالة الغوث الدولية في اربد، والذين يعانون من قصور الانتباه بناءا على درجاتهم في مقياس ملاحظة السلوك الانتباهي، وتم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين: تجريبية تلقى أفرادها برنامج التدريب على المراقبة الذاتية لمدة (72) جلسة بواقع 16 جلسة كل أسبوع، ومجموعة ضابطة لم يطبق على أفرادها أي برنامج تدريبي. أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى الانتباه لصالح المجموعة التجريبية، في حين لم تثبت الدراسة وجود أي تأثير لمتغير الجنس في الاستجابة للبرنامج.

كما تطرقت (سحر أحمد الخشرمي، 2005) إلى بحث فعالية طريقة العد في تخفيض الأعراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه حيث هدفت إلى استكشاف مدى فعالية تدريب أسر الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في علاج المشكلات السلوكية التي يعاني منها أطفالهم المصابون بهذا الاضطراب، ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة باستخدام برنامج العد للتربية الفعالة، وقد تكونت عينة الدراسة من أسر الاطفال الذين يعانون اضطراب الحركة وتشتت الانتباه تمت دعوتهم للمشاركة في الدراسة عن طريق الإعلان في الصحف، والانترنيت في المملكة العربية السعودية، وتضمن تطبيق البرنامج تدريب الأسر من خلال عدد من الجلسات المصممة خصيصا لهذا الهدف، والتي تعمل على توعية الأمهات حول اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وما يرافقه من سلوكيات، ومواقف، وقد أعدت مطويات للتذكير بما تم تدريبه في كل جلسة بهدف تذكير الأمهات، وتوعية الأب بجملة من التعليمات للقيام بها خلال تعاملهم مع أطفالهم، ولهذا الغرض صممت استمارة لجمع معلومات عن سلوك الطفل، وكيفية تعامل الوالدين معه ثم تطبيقها بعد التدريب على أولياء الأمور لقياس مدى فاعلية البرنامج المستخدم في تدريب الأسر لتحسين سلوكيات أطفالهم من ذوي اضطراب الحركة والانتباه، وقد أشارت النتائج بشكل عام إلى تحسن أداء الأطفال، وسلوكياتهم باستخدام طريقة العد إضافة إلى رضا الأهل، والمعلمين عن أدائهم مع الأطفال.

أما دراسة (ظافر القحطاني، 2005) فقد هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج سلوكي متكامل باستخدام جملة من التقنيات العلاجية السلوكية ضمت كل من التعزيز، والنمذجة، والمناقشة، وأداء الأدوار، والتلقين، وتكلفة الاستجابة، والاقتصاد الرمزي حيث طبقت عليهم قائمة تقدير اضطراب الانتباه

المصحوب بالنشاط الزائد، ومقياس النشاط الزائد، ومقياس السلوك الانتباهي، وأظهرت النتائج وجود تحسن في أداء المجموعة التجريبية مما يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم في خفض الاضطراب.

كذلك دراسة (سميرة البدري وجميلة رحيم الوائلي، 2008) التي تناولت استخدام التعزيز في تعديل قصور الانتباه لدى المتخلفين عقليا تخلفا بسيطا حيث استهدفت الدراسة معرفة أثر التعزيز لتعديل قصور الانتباه لدى التلاميذ المتخلفين عقليا"، وتكونت عينة البحث من ثمانية أطفال يمثلون المرحلة العمرية من (8-12سنة) من العام الدراسي 2007-2008 تم تقسيم أفراد العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة دام تطبيق البرنامج ست أسابيع بمعدل 10 جلسات أسبوعيا، وأشارت نتائج البحث إلى فاعلية استخدام التعزيز في تعديل سلوك تشتت الانتباه لدى المتخلفين عقليا لصالح المجموعة التجريبية، وأسهم التعزيز إلى حد كبير في زيادة مدة الانتباه وقد فسرت الباحثتين التعديل الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية بأنه راجع لاستجابتهم للتعزيز مما أسهم في زيادة الانتباه وبحسب رأي الباحثتين هو رغبة ودافعية المتخلفين عقليا في الحصول على المعززات، وهذا يتفق مع ما جاء في نظرية سكنر.

كذلك دراسة (ميادة محمد الناطور، 2008: 331-303) التي هدفت إلى معرفة أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى عينة أردنية من طلبة الصفوف الرابع، والخامس، والسادس مشخصين على أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد حيث بلغ عدد أفراد العينة (100) طالب وزعوا عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية طبق عليها برنامج التدريب السلوكي المعرفي الذي تضمن استعمال تقنيتي التعليم الذاتي، والمراقبة الذاتية، وضابطة لم يطبق عليها أي برنامج. دام تطبيق البرنامج مدة 10 أسابيع بواقع (40) جلسة. في الأخير أظهرت النتائج فروق لصالح المجموعة التجريبية راجع لتطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي.

أما دراسة هنادي بنت اسماعيل عفاشة (2008) في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 39) حول فاعلية برنامج إرشادي في خفض اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه لدى تلميذات ذوات صعوبات التعلم بالمرحلة الابتدائية وأثره على التحصيل الدراسي فتكونت عينتها من 30 تلميذة تتراوح أعمارهم بين 10 و12 سنة أثبتت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القياس البعدي، وكذا وجود فروق ذات دلالة في المستوى التحصيلي للفصل الثاني مقارنة بالفصل الأول.

أما الدراسة التي قام بها (عمر فواز عبد العزيز ويحيى فوزي عبيدات، 2009) فقد هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج التعزيز الرمزي، وتكلفة الاستجابة في تحسين مستوى الانتباه، وخفض النشاط

الزائد حيث اتبعت المنحى التجريبي ذو المجموعتين التجريبيتين، والمجموعة الضابطة تم تطبيق البرنامج لمدة شهرين متتابعين، وأسفرت النتائج عن فعالية البرنامج.

كذلك دراسة (أمينة ابراهيم شلبي، 2009) حول أثر فاعلية برنامج تربوي فردي مقترح للتخفيف من أعراض صعوبات الانتباه مع فرط الحركة لدى تلاميذ الحلقة الثانية من المرحلة الابتدائية، وتوصلت الدراسة إلى إثبات فاعلية البرنامج في التخفيف من أعراض اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي كما اتضح وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية، ومتوسطات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية مما يعني أن البرنامج العلاجي السلوكي كان فعالا في التخفيف من حدة الاضطراب كما ساهم في الرفع من التحصيل الدراسي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

أما دراسة (لينا سعدي وصالح الداهري، 2010) بعنوان "في مدى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لأطفال ما قبل المدرسة، وبرنامج توجيهي لوالديهم على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم" فكان الهدف منها قياس أثر برنامج تدريبي سلوكي للأطفال ما قبل المدرسة، وكذا برنامج توجيهي لوالديهم على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى عينة من الأطفال في سن ما قبل المدرسة. حيث بلغ عدد أفراد الدراسة (45 طفل) مشخصين على أنهم يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مع والديهم، تم توزيعهم عشوائيا إلى ثلاث مجموعات مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة، الأولى تلقى أفرادها برنامج فردي لتعديل السلوك، والثانية تلقى أفرادها البرنامج الفردي ذاته لتعديل السلوك بالإضافة لتلقي والديهم البرنامج التوجيهي، بينما لم يتلقى أفراد المجموعة الضابطة أي برنامج علاجي، ولجمع المعلومات تم إعداد قائمة لتقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه، وبعد استخدام الأساليب الإحصائية دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة معنوية بين المجموعتين التجريبيتين والضابطة لصالح المجموعتين التجريبيتين بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة معنوية بين المجموعة التجريبية الأولى والثانية لصالح المجموعة التجريبية الثانية.

أما الدراسات الجزائرية فهي الأخرى كثيرة ومتنوعة حيث تطرقت إلى موضوع اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه وبالأخص إشكالية العلاج حيث نجد دراسة سليمة سايحي وصباح ساعد (2006) في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 36) بعنوان :"واقع مشكلة النشاط الزائد لتلاميذ المرحلة الابتدائية وطبيعة التكفل بها من خلال تقارير المعلمين" هذه الأخيرة التي هدفت إلى الكشف عن حجم مشكلة النشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، ومعرفة نوعية التكفل بها في المؤسسات التربوية

خلال العام الدراسي 2006_2007 ببعض ولايات الوطن مستخدمين لتحقيق ذلك المنهج الوصفي، واستبيان تقدير حجم النشاط الزائد. حيث تكونت عينة الدراسة من 37 فردا، وخلصت الدراسة إلى أن ارتفاه مظاهر النشاط الحركي الزائد بنسبة 76,38 %، بينما قدرت نسبة مظاهر ضعف الانتباه ب 88,54 % أما الاندفاعية 83,83 % وقد قدرت نسبة ارتفاع الاضطراب ب 82,75% مما يعني أن مشكلة النشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية مرتفعة، كما توصلت النتائج إلى أن نسبة التكفل بالمشكلة ضعيفة جدا 91 % مع انعدام أي برامج مخططة لغرض التكفل بهؤلاء الأطفال كما أشارت الباحثة إلى إنعدام النصوص التشريعية التي لم تولي لهذه المشكلة أي اهتمام يذكر بنسبة 80,20% كما توصلت الدراسة إلى أن التكفل بالمشكلة هو عبارة عن مجرد مبادرات شخصية واجتهاد فردي من قبل المعلمين.

كذلك دراسة (سميرة شرقي، 2007) التي هدفت إلى بحث العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي والأسلوب المعرفي (التروي/الاندفاع) لدى تلاميذ الصف الرابع ابتدائي حيث تكونت عينة الدراسة من 10 تلاميذ اعتمدت في تشخيصهم على مقياس قصور الانتباه وفرط النشاط وكذا اختبار تزاوج الاشكال المألوفة لقياس بعدي الأسلوب المعرفي (التروي/الاندفاع): زمن الكمون _عدد الأخطاء لدى مضطربي الانتباه مفرطي النشاط الحركي. أسفرت الدراسة عن جملة من النتائج أهمها أن نسبة انتشار اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه بلغت 5% وأنه لا توجد علاقة ارتباطية موجبة بين بعدي الأسلوب المعرفي (التروي/الاندفاع) واضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط، وعدم وجود فروق بين الذكور والإناث وبعدي الأسلوب المعرفي (التروي /الاندفاع)، كما أثبتت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال مضطربي الانتباه مفرطي الحركة والاطفال العاديين في بعدي الأسلوب المعرفي (التروي/الاندفاع).

كذلك دراسة (دحماني ماما، 2008) تحت عنوان "سلوك فرط النشاط وعلاقته بصعوبات الادراك: الطور الابتدائي نموذجا" حيث تناولت الدراسة موضوع صعوبات الإدراك، وعلاقتها بسلوك فرط النشاط لدى أطفال الطور الابتدائي معتمدين في ذلك على منهج دراسة الحالة كما تم إجراء اختبار لقياس الانتباه الانتقائي Stroop على أربع حالات ذكرين وأنثيين تتراوح أعمارهم بين 10_11 سنة، أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية بين صعوبات الإدراك وسلوك فرط النشاط لدى أطفال المرحلة الابتدائية وأن اضطراب فرط النشاط الحركي يؤثر في العملية الادراكية لأنه يتسبب في غياب عملية التركيز ومن ثم

فقدان القدرة على الانتباه الانتقائي. كما نجد دراسة أخرى في هذا الإطار وهي دراسة (شرفية مونية، 2010) حول تأثير العبء الادراكي على الانتباه الانتقائي البصري.

كذلك دراسة (محمدي فوزية، 2011) التي هدفت إلى تصميم برنامجين تدريبيين لتعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة، وتطبيقهما على تلاميذ السنة الرابعة على عينة قوامها 40 تلميذ توصلت الدراسة إلى أن للبرنامجين التدريبيين فعالية في تعديل اضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة لدى تلاميذ السنة الرابعة ابتدائي.

من ناحية أخرى هناك دراسات اهتمت ببحث جوانب نفسية أخرى لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه مثل دراسة (بوكرمة فاطمة الزهراء، 2012: 11-25) التي هدفت إلى بحث مدى تأثير اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط على الدافع للإنجاز، والتحصيل الدراسي لدى عينة قوامها 50 طفل وطفلة تتراوح أعمارهم بين 09-12 سنة يدرسون في السنة الرابعة، والخامسة ابتدائي ببعض ولايات الوطن: تيزي وزو، وبجاية، وبويرة. في الأخير أشارت النتائج إلى أن الدافع للإنجاز لدى التلاميذ لا يتأثر باضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط أي أن الحركة الزائدة وتشتت الانتباه لا يؤدي بالضرورة إلى انخفاض دافعية التلاميذ للإنجاز، والمثابرة. وأثبتت وجود علاقة عكسية بين اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط والنتائج الدراسية للتلاميذ حيث كلما زاد تشتت الانتباه والنشاط الزائد انخفض التحصيل الدراسي للتلاميذ.

وكذا دراسة (سميرة ركزة، 2012: 51) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين فرط النشاط، والتحصيل الدراسي عند الطفل الأصم، حيث طبقت الدراسة على 21 تلميذ من ذوي الصمم الحاد تتراوح أعمارهم بين 6 الى 17 عام، وأثبتت المعالجة الإحصائية وجود علاقة دالة بين فرط النشاط والتحصيل الدراسي عند الطفل الأصم، ووجود علاقة دالة بين تشتت الانتباه والتحصيل الدراسي عند الطفل الأصم.

أما دراسة (شوقي ممادي، 2012) بعنوان "مدى معرفة معلمي المرحلة الابتدائية باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي" هذا الأخير قام بدراسة ميدانية على عينة من معلمي المرحلة الابتدائية بولاية ورقلة بهدف معرفة مدى معرفة المعلمين بالخصائص العامة للاضطراب بأبعاده الثلاث: الخصائص العامة للاضطراب وكذا المدخلين الطبي والتربوي لمعالجة الاضطراب ثم معرفة إذا كانت هناك فروق في مستوى هذه المعرفة وفقا لبعض المتغيرات: الخبرة المهنية، والمؤهل العلمي، ولغة التدريس. وقد أظهرت النتائج معرفة متوسطة للمعلمين باضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور

الانتباه بأبعاده الثلاث كما أظهرت المعالجة الاحصائية عدم وجود فروق في مستوى المعرفة راجع لمتغير الخبرة المهنية أو المؤهل العلمي أو لغة التدريس.

كذلك دراسة (مفيدة بن حفيظ، 2014) التي هدفت إلى تصميم برنامج علاجي قائم على المقاربة العلاجية الميتامعرفية معتمدة على مهارات التنظيم الذاتي، والتخطيط، والمراقبة، والتقييم قبل وأثناء وبعد انجاز المهام معتمدة على منهج دراسة الحالة. وبعد إجراء القياس القبلي والبعدي وعدد من الجلسات المقدرة ب 16 جلسة دربت فيها الحالة على بعض الفنيات الميتامعرفية من الشرح المباشر والتساؤل الذاتي، والمراقبة الذاتية، والحوار الداخلي، وكذا التفكير بصوت مسموع، والشرح المتضائل في المساندة، والنمذجة، والتعزيز. توصلت الباحثة في الأخير إلى إثبات نجاح البرنامج المصمم في علاج اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط.

2- تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية في ضوء الاشكالية التي تطرحها:

من خلال الدراسة المسحية للدراسات السابقة حول الأثر بين متغيرات الدراسة الحالية: برنامج العلاج السلوكي، واضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه، يمكن ضبط نقاط الضعف، والقوة، وكذا أوجه الاتفاق، والاختلاف في هذه الدراسات حيث يلاحظ على جل الدراسات السابقة اقتصارها على دراسة الأعراض الأساسية فقط للاضطراب، وهي تشتت الانتباه والحركة الزائدة دون الاهتمام بالأعراض الأخرى للاضطراب مثل الاندفاعية، وكذا التقصي حول مدى ملائمة البرامج العلاجية المختلفة في خفض حدة النشاط الحركي الزائد، وتحسين مستوى الانتباه لدى الأطفال في حين أن تأثير مثل هذه البرامج تتعدى ذلك حيث أنها تؤثر على جوانب أخرى من حياة الأطفال مثل التحصيل الدراسي باعتبار أن الانتباه عملية عقلية معرفية أساسية في التعلم، وكذا التقبل، والتكيف الاجتماعي لأن الاندفاعية تعيق التكيف مع الأصدقاء.

كما نلاحظ أن هذه الدراسات ركزت على اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا خاصة فئة القابلين للتعلم مثل دراسة (سميرة البدري، جميلة رحيم الوائلي، 2008)، والأطفال ذوي صعوبات التعلم خاصة في الآونة الأخيرة مثل دراسة (هنادي بنت اسماعيل عفاشة، 2008)، وهذا ما يعكس الاهتمام الكبير بهذه الفئة خاصة أن هذا الاضطراب شائع جدا لدى هذه الفئة كذلك نجد دراسة (سميرة ركزة، 2012) التي طبقت على فئة الأطفال الصم ممن يعانون من فرط النشاط وقصور الانتباه وبحث علاقته بالتحصيل الدراسي ،من ناحية أخرى نجد الكثير من الدراسات

التي أدرجت أطفال عاديين في الدراسة كعينات ضابطة مثل دراسة بينيديتو وتانوك (Benedotto & Tannom.1999)

أما إذا نظرنا إلى العينة من حيث الحجم فنلاحظ أن العينات التي أجريت عليها الدراسات السابقة الذكر تراوحت بين العينات الصغيرة مثل دراسة والترزدورف (Weltersdorf 1992) التي طبقت على أربعة تلاميذ، وكذا دراسة (لينا سعدي وصالح الداهري، 2010) بعينة قوامها 45 طفل، والعينات الكبيرة مثل دراسة (قزاقزة، 2005) ب 78 طالبا، وكذا دراسة (ميادة محمد الناطور وجهاد القرعان، 2008) التي طبقت على100 طالب كذلك دراسة (محمد قطب، 1985) طبقت على عينة قوامها 470 فرد. من ناحية أخرى نجد دراسة واحدة فقط التي اعتمدت على منهج دراسة الحالة وهي دراسة (مفيدة بن حفيظ، 2014) التي طبقت برنامج علاجي مستندة إلى المقاربة العلاجية الميتامعرفية.

أما عن أعمار العينة فنجد أن جل الدراسات اختارت فئة التلاميذ المتمدرسين في الطور الابتدائي باعتبار أن هذه الفئة هي الأكثر إصابة بالاضطراب لكن هذا لا يمنع أن بعض الدراسات طبقت على عينات أخرى مثل دراسة (لينا سعدي وصالح الداهري، 2010) التي تمثلت عينتها في مجموعة أطفال ما قبل المدرسة لكن دون الأخذ بعين الاعتبار عامل السن، والتدخل المبكر ومدى تأثر فعالية البرامج العلاجية به، وهناك دراسات طبقت على فئة الشباب مثل دراسة (فاطمة الحيدر، 203) التي طبقت على عينة ممن هم أقل من 19 سنة مما يعني اضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه يستمر حتى في المرحل المتقدمة من العمر.

أما من حيث المنهج المتبع فنلاحظ أن كل الدراسات التي أقيمت في هذا الصدد اعتمدت على المنهج التجريبي الذي يعتمد على نظام المجموعتين التجريبية، والضابطة مثل دراسة (اميرة طه بخش، بدون تاريخ)، وكذا دراسة (قزاقزة، 2005)، وكذا دراسة (ميادة محمد الناطور وجهاد القرعان، 2008)، وكذا دراسة (سميرة البدري وجميلة رحيم الوائلي، 2008) حيث اقتصرت هذه الدراسات على بحث مدى فعالية أسلوب علاجي وحيد في حين نجد دراسات أخرى في نفس الصدد اعتمت نظام آخر يعتمد على تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبيتين وضابطة مثل دراسة (لينا سعدي وصالح الداهري، 2010)، وكذا دراسة (عمر فواز عبد العزيز ويحيى فوزي عبيدات، 2009) حيث يلجئ الباحثين إلى هذا المنهج في الدراسات التي تبحث عن مدى فعالية أسلوب علاجي معين وزيادة عليه وتدعيما لفرضية أخرى تبحث عن مدى فعالية هذا الأسلوب إذا ما اقترن مع أسلوب آخر في مقارنتها مع المجموعة الضابطة التي لم

يطبق عليها أي برنامج، بالمقابل نجد دراسات اعتمدت على المنهج التحليلي المسحي مثل دراسة كافال الذي قام بمسح وتحليل 130 دراسة حول علاج اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي.

ما يلاحظ في الجانب التطبيقي أن بعض الدراسات أهملت بعض الأمور خلال اختيار العينة مثل: معدل الذكاء، والمستوى الاجتماعي، والاقتصادي مع أن هذه العوامل تعتبر من محددات اختيار العينة المتجانسة.

أما من حيث البرامج، والأساليب العلاجية فنلاحظ أن الدراسات اختلفت في تناولها لموضوع علاج اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط حيث نجد بعض الدراسات اعتمدت المنحى الارشادي كدراسة (اميرة طه بخش، بدون تاريخ) في حين اعتمدت دراسات أخرى على المنحى السلوكي مثل دراسة (سميرة البدري وجميلة رحيم الوائلي،2008)، وكذا دراسة (عمر فواز عبد العزيز ويحيى فوزي عبيدات، 2009)، ودراسات أخرى سلكت المنحى المعرفي مثل دراسة (قزاقزة، 2005) ، وهناك من الدراسات من جمعت بين المنحيين مثل دراسة (لينا سعدي وصالح الداهري، 2010) التي اعتمدت برنامج علاجي سلوكي ارشادي ودراسات أخرى جمعت اعتمدت المنحى السلوكي المعرفي مثل دراسة (ميادة محمد الناطور وجهاد القرعان، 2008) كذلك دراسة (مفيدة بن حفيظ، 2014) التي اعتمدت على المقاربة الميتامعرفية فكل هاته الاختلافات ترجع إلى طبيعة الدراسة، والأهداف المسطرة لها، وكذا فرضياتها التي تختلف من دراسة إلى أخرى.

أما من حيث الأساليب العلاجية المستخدمة في الدراسات السابقة فنجد نوعين من الدراسات: دراسات اعتمدت على تقنية علاجية وحيدة في الدراسة مثل دراسة (الخشرمي، 2005) التي اعتمدت على تقنية العد لتحقيق أهداف الدراسة وكذا دراسة (سميرة البدري وجميلة رحيم الوائلي، 2008) التي اعتمدت على أسلوب التعزيز فقط في حين اعتمدت دراسات أخرى على أكثر من تقنية علاجية لعلاج الاضطراب مثل دراسة (ميادة محمد الناطور وجهاد القرعان، 2008) التي طبقت تقنيتي التعليم الذاتي، والمراقبة الذاتية، وكذا دراسة (عمر فواز عبد العزيز ويحيى فوزي عبيدات، 2009) التي طبقت تقنيتي التعزيز الرمزي، وتكلفة الاستجابة حتى أننا نجد بعض الدراسات التي اعتمدت على أكثر من ثلاث تقنيات حيث نجد دراسة (ظافر القحطان، 2005) التي اعتمد فيها على برنامج سلوكي متكامل تضمن كل من التعزيز، والنمذجة، والمناقشة، وأداء الأدوار، والتلقين، وتكلفة الاستجابة، والاقتصاد الرمزي، وهذا راجع ربما لافتراضهم بأن استعمال أكثر من تقنية يعطي أحسن النتائج في تحسين معدلات الاضطراب لدى أفراد العينة.

أما من حيث النتائج فقد أجمعت كل الدراسات على فاعلية البرامج الإرشادية، والسلوكية، والمعرفية في خفض اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية.

والدراسة الحالية هي محاولة لاستكمال الدراسات السابقة في مجال العلاج السلوكي، ومدى فعاليته في الخفض من حدة فرط النشاط الحركي وتحسين مستوى الانتباه لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية آخذين بعين الاعتبار النقائص الموجودة فيها حيث انطلقت الدراسة الحالية من النقاط التالية:

1- التقصي حول مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي قائم على تقنية التشكيل في خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية، والبحث فيما إذا كان هذا التأثير يمتد ليؤثر على التحصيل الدراسي للتلاميذ مضطربي الانتباه مفرطي النشاط.

2- دراسة الاضطراب في شموليته، وذلك بالتطرق إلى جل الأعراض المصاحبة له، وذلك باعتبار أن اضطراب ضعف الانتباه، وفرط النشاط اضطراب مركب يشمل العديد من الأعراض، وهي: ضعف الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية بما يحتويه كل عرض أساسي من أعراض فرعية، وتخصيص تقنية علاجية ملائمة لكل عرض على حدى.

3- تكونت عينة الدراسة من أطفال عاديين مشخصين على أنهم يعانون من اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي دون اضطرابات أخرى مصاحبة، وركزت على تجانس أفراد العينة من حيث العمر الزمني، والسنة الدراسية، ومستوى التحصيل الدراسي مع الحرص على عدم خضوعها لأي علاج كيماوي أو نفسي في وقت مضى وذلك من خلال المقابلات مع الأولياء.

4- على عكس الدراسات السابقة التي اهتمت بعلاج فرط النشاط وقصور الانتباه دفعة واحدة اختلفت عنهم الدراسة الحالية باستعمال تقنية التشكيل التي تقوم بتقسيم السلوك المراد تعلمه إلى وحدات صغيرة يسهل تعلمها معتمدين في ذلك على العديد من التقنيات السلوكية التي رأينا أنها تناسب طبيعة الاضطراب.

5- من خلال المقابلات التي قمنا بها مع بعض مدرسي التلاميذ الذين يعانون من الاضطراب، وبعد اطلاعهم على جلسات البرنامج لاحظوا تشابه بين المواقف التعليمية التي يقدمونها في بعض حصص الرياضيات، واللغة العربية، والأشغال اليدوية، والمواقف التربوية التي احتواها البرنامج العلاجي الموجه للأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية لكنهم لم يقيموا فاعلية هاته النشاطات التربوية في الخفض من اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه أي لم تكن هناك دراسات أكاديمية قيمت أثر هذه النشاطات على سلوك الأطفال مضطربي الانتباه مفرطي النشاط فكان الهدف من

هذه الدراسة هو تقييم الأثر الذي تتركه مثل هاته البرامج على سلوك الطفل من حيث تحسين مستوى الانتباه، وخفض حدة النشاط الحركي.

إن هذا الاضطراب شائع الانتشار بنسب كبيرة في المدارس، ويمس الأطفال في سن المدرس مما يفرض ضرورة تعريف المعلمين، والمربين، والقائمين على هؤلاء الأطفال بهذا الاضطراب، وأهم مظاهره، وسبل التعامل معهم، وتزويدهم بتقنيات سهلة، وبسيطة، وقابلة للتطبيق في وقت قصير في القسم لضبط حركات الطفل العشوائية وتركيز انتباه الطفل وحصره وبالتالي ضبط جو القسم خلال الحصص التدريسية.

ولا شك أن هذا الموضوع يحتل مكانة ذات أهمية سواء من الناحية النظرية أو الميدانية، فمن الناحية الميدانية أثبت التصفح لجل البحوث التي اهتمت بهذا المجال نقص، وشح الدراسات في الوطن العربي عامة، وفي الجزائر خاصة سواء تلك التي تطرقت لمدى فعالية تقنية التشكيل في تحسين مستوى الانتباه، وخفض النشاط الزائد، والتقنيات الأخرى التي يعتمدها العلاج السلوكي لهذا الغرض قمنا ببناء برنامج علاجي سلوكي قائم على استراتيجية التشكيل تندرج ضمنه بعض الفنيات العلاجية السلوكية مثل: التعزيز، والنمذجة، والعقاب، ولعب الأدوار، فيا ترى إلى أي مدى يمكن للبرنامج العلاجي السلوكي القائم على تقنية التشكيل الذي قمنا بتصميمه تحسين أعراض فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية؟ وهل سيساهم في تحسين مستواهم الدراسي؟

ولتوضيح مشكلة الدراسة أكثر نطرح التساؤل العام التالي:

هل يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج السلوكي في خفض حدة اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية؟

وتتفرع عنه تساؤلات فرعية كالاتي:

1_هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج، ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه لصالح الاختبار البعدي؟.

2_هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج، ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه؟.

3_هل توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه؟.

4_هل توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه يعزى لمتغير الجنس؟

5_هل يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج السلوكي على التحصيل الدراسي لدى أفراد عينة الدراسة؟

6_هل توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي، ودرجات نفس المجموعة بعد عملية المتابعة (في القياس التتبعي) على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه؟

3- فرضيات الدراسة:

إجابة على التساؤلات التي انطلق منها البحث، واعتمادا على ما تم تناوله من أدبيات حول اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه، وكذا الدراسات التي تناولت هذا الاضطراب علاجا، وتشخيصا تمكنت الباحثة من صياغة الفرضيات التالية:

1- توجد فروق ذات دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج، ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط و قصور الانتباه لصالح القياس البعدي.

2 - لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج، ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه.

3- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه لصالح المجموعة التجريبية.

4- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط و قصور الانتباه يعزى لمتغير الجنس.

5- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي قبل تطبيق البرنامج، ودرجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي.

6- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

7-لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي، ودرجات نفس المجموعة بعد عملية المتابعة على مقياس فرط النشاط و قصور الانتباه.

4- أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى تحقيق جملة من الأهداف نلخصها كالآتي:

1- التعرف على أهم مظاهر النشاط الحركي الزائد وقصور الانتباه لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

2- بناء برنامج علاجي سلوكي موجه للمعلمين، وتدريبهم عليه لمساعدتهم على التعامل مع الأطفال الذين يعانون من نشاط حركي زائد مصحوب بقصور في الانتباه مع اندفاعية.

3_ تطبيق أسلوب من أساليب العلاج النفسي هو: العلاج السلوكي، والكشف عن أثره في الخفض من حدة فرط النشاط الحركي، وتحسين مستوى الانتباه.

4_ الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المصمم للتلاميذ ذوي اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه في الرفع من مستوى التحصيل الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

5_ التعرف على الفروق بين الذكور والإناث في الاستجابة للبرنامج العلاجي السلوكي.

5_ أهمية الدراسة:

يكتسب البحث أهميته من خلال ما يرمي إليه من أهداف نظرية، وتطبيقية وفضلا عن ذلك فهو يكتسب أهميته لكونه:

1- يبحث في اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه الذي أشارت العديد من الدراسات أن نسبة انتشاره عالية جدا حيث يشير (نايف عابد الزارع، 2007: 18) إلى أن معدل انتشار هذا الاضطراب في الأسر ذات المستوى الاقتصادي، والاجتماعي المنخفض يصل إلى 20 %. ويضيف (الحامد، 2002) في ذات المرجع بعض الأرقام عن انتشار الاضطراب في بعض الدول حيث تصل النسبة في المملكة العربية السعودية إلى 13%، أما في جمهورية مصر العربية فتصل النسبة الى6.2%، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فتصل النسبة إلى 6.5%، أما في كندا :9.5 % بنين و 3.3% بنات، وفي المملكة المتحدة (بريطانيا)1% من طلاب المدارس، و2 % بشكل عام أما في الصين فبلغت النسبة :7%.

2- طبيعة الاضطراب والفئة التي يمسها حيث يشير (cause, céline ,2006 :15) إلى أنه اضطراب سلوكي ينتشر بصورة كبيرة في أوساط تلاميذ المرحلة الابتدائية، ويؤثر على حياة الطفل المصاب به من نواحي مختلفة، ولعل أهمها التحصيل الدراسي لأنه يمس عملية معرفية أساسية في التعلم ألا وهي الانتباه كما أن أي اضطراب يمس هذه العملية العقلية يتسبب في العديد من صعوبات التعلم حيث أن 30 إلى 50% من الأطفال المصابين بالاضطراب يعانون من صعوبات مدرسية، وأكاديمية مثل: صعوبات القراءة، وصعوبات الحساب، ومشاكل الذاكرة ،....الخ أو فشل مدرسي، ويوصفون بأنهم تلاميذ أقل كفاءة

من المتوسط، ويوجهون في غالب الأحيان إلى تربية متخصصة. كما أثبتت العديد من الدراسات العلاقة الارتباطية بين هذا اضطراب وصعوبات التعلم مثل دراسة لينروينر 1991 في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 87_88) أن 23% الى 30% منهم لديهم مشكلات تعلمية حيث تكونت هذه المشكلات من مادة الرياضيات والقراءة كما قام نفس الباحثين من إجراء دراسة عام 2000 بهدف تقييم مستوى تحصيل التلاميذ الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط في مادة القراءة والرياضيات واللغة المكتوبة فكانوا متأخرين بنسبة 92% عن أقرانهم العاديين.

3- استمرار الأعراض إلى مراحل متقدمة من حياة المصاب التي قد تمتد إلى مرحلة المراهقة، والرشد، وهذا ما يتطلب تدخلا مبكرا وعاجلا للتكفل بهؤلاء الأطفال لاحتواء الاضطراب في مراحله الأولى، وبالتالي تفادي تفاقم الحالة.

4- افتقار المدرسة والمكتبة الجزائرية إلى مثل هذه الدراسات فلا يوجد في حدود علم الباحثة دراسات تطرقت لموضوع اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه، وخاصة لم يولى اهتمام من حيث التشخيص والعلاج عدا بعض الدراسات التي جمعت بينه وبين متغيرات أخرى.

5- ما يلاحظ أيضا في الجزائر هو دمج الطفل في المدارس العادية مع أقران عاديين دون الأخذ بعين الاعتبار خصوصية الاضطراب، وخصوصية التعامل معهم فلا نجد أقسام مكيفة خاصة بهؤلاء الأطفال، ولا مدرسين متخصصين بل أبعد من ذلك لاحظنا من خلال دراستنا الاستطلاعية جهل المدرسين بالاضطراب، ومن ثم استخدامهم طرق، وأساليب خاطئة في التعامل معهم، ونشير هنا إلى الدراسة المهمة التي قام بها الباحث (شوقي ممادي، 2012) التي هدفت إلى الكشف عن مدى معرفة معلمي المرحلة الابتدائية باضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه من حيث الخصائص العامة للاضطراب، وكذا المدخل الطبي، والتربوي في علاج هذا الاضطراب، وفيما إذا كانت هناك فروقات في مستوى هذه المعرفة وفقا لمتغيرات الخبرة المهنية، والمؤهل العلمي، ولغة التدريس، وقد بينت النتائج أن مستوى معرفة المعلمين بالاضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه يعتبر متوسطا سواء على مستوى الأبعاد أو الدرجة الكلية، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة معرفة المعلمين بالاضطراب تعزى لمتغير الخبرة المهنية أو المؤهل العلمي أو لغة التدريس، وهذا ما يطرح ضرورة مثل هذه الدراسات لأنها تزود المعلمين بمرجع سريع، وشامل عن الاضطراب من تعريف، وتشخيص، وأعراض، وكذا أسبابه، وسبل التدخل العلاجي.

6- لجوء أغلب الأولياء للعلاج بالأدوية، والعقاقير لاعتقادهم أنه يعطي نتيجة في أقل مدة دون طرح البدائل العلاجية الأخرى.

يمكن القول أن أهمية هذه الدراسة تكمن في كونها تجمع بعض التقنيات العلاجية السلوكية على شكل برنامج يومي يطبق على الطفل بشكل مبسط ملائم لسنهم بهدف التقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها، واكتساب سلوكيات جديدة مرغوبة كما أنه في نفس الوقت يوجه المعلمين لأحسن الطرق للتعامل مع الطفل ذو فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه بدلا من اللجوء إلى العقاب والطرد الذي يستعملونه معهم في أغلب الأحيان.

6_ المفاهيم الاجرائية للبحث:

1- النشاط الزائد: يعرف النشاط الزائد في الدراسة الحالية بأنه نشاط جسمي حركي مفرط بحيث لا يستطيع التحكم فيه، فالطفل يقضي معظم وقته في حركة دؤوبة نجملها في مجموعة من السلوكيات غير المنضبطة مثل: التململ، وحركات الأطراف، والالتفات إلى الخلف أثناء الجلوس، والخروج من المقعد، والتجول داخل القسم.

2- تشتت الانتباه: ونقصد به في الدراسة الحالية عدم قدرة التلميذ على التركيز في مهمة أو نشاط يتطلب حضور ذهني متواصل.

3- الاندفاعية: تعرف الاندفاعية في الدراسة الحالية بانها تدهور، وعشوائية في إصدار الأوامر، والاستجابة لأول فكرة تطرأ على بال الفرد.

كما يعرف الطفل ذو النشاط الحركي الزائد بأنه الطفل الذي يحصل على أعلى الدرجات على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية من إعداد الدكتور فقيه العيد(2013).

كما يجدر بنا التطرق الى التعريف الإجرائي لمصطلح العدوانية باعتبار أن المقياس المطبق في الدراسة الحالية (على مقياس فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه والعدوانية من إعداد الدكتور فقيه العيد 2013) يدرج بنود الاندفاعية ضمن بعد العدوانية، وعليه نعرف العدوانية إجرائيا بأنها سلوك الطفل الذي يهدف إلى إلحاق الأذى أو الألم بنفسه أو بالآخرين سواء كان ذلك بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، ويتمثل ذلك في العدوان اللفظي، والعدوان الجسدي، والعدوان على ممتلكات الآخرين، والعدوان نحو الذات.

4- البرنامج العلاجي السلوكي: نقصد به مجموعة الإجراءات، والخطوات التي تبنى على شكل برنامج يهدف إلى تحسين مستوى الانتباه، وخفض حدة فرط النشاط الحركي، والتحكم بالاندفاعية.

أما البرنامج العلاجي السلوكي المصمم في الدراسة الحالية فيعرف بأنه برنامج مبني على القواعد العلمية المستمدة من المدرسة السلوكية، ويشتمل على (26 جلسة) سلوكية تتضمن أنشطة متعددة، والتي تستهدف خفض النشاط الحركي، وتحسين الانتباه، والحد من الاندفاعية للأطفال من خلال فنيات متعددة مثل: التعزيز، والنمذجة.

5- المرحلة الابتدائية: وهي المرحلة التعليمية التي تبدأ من ست سنوات وتنتهي عند 11 سنة، وتتضمن خمس مستويات من الأول إلى الخامس تتوج بالانتقال إلى مرحلة التعليم المتوسط.

6- تلاميذ المرحلة الابتدائية: هم مجموعة التلاميذ تتراوح أعمارهم بين (9-10) سنوات، والمشخصين على أنهم يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه، وذلك بحصولهم على أعلى الدرجات على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية من إعداد الدكتور فقيه العيد(2013).

7- الفعالية: هي الأثر الذي يمكن أن يحدثه البرنامج المقترح في مستوى الانتباه، النشاط الحركي الزائد.

8- التحصيل الدراسي: يعرف بالدرجة التي يحصل عليها المتعلم في اختبار مادة دراسية أو عدة مواد سبق أن قام بدراستها في مرحلة من المراحل.

7_ حدود الدراسة:

تم إنجاز هذا البحث ضمن مجموعة حدود تمثلت فيما يلي:

1- الحدود البشرية: حيث تكونت عينة الدراسة بمجموعة من الأطفال المشخصين على أنهم يعانون من اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه اعتمادا على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية من إعداد الدكتور فقيه العيد (2013) تتراوح أعمارهم بين 9-10 سنوات يزاولون دراستهم في أقسام عادية بالسنة الرابعة ابتدائي.

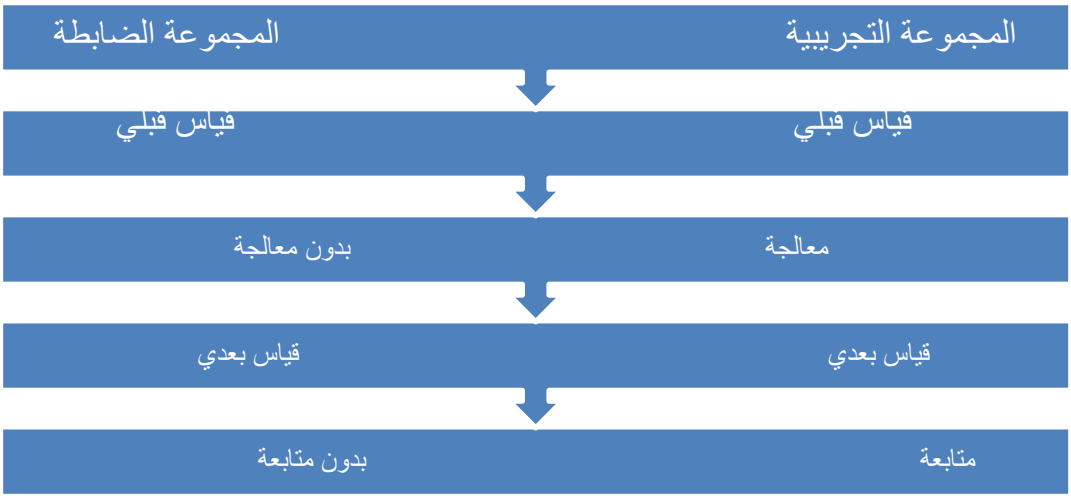
2-الحدود المكانية: تتمثل في مجموعة المدارس التي تحتوي تلاميذ يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه بمختلف مدارس ولاية تلمسان.

3-الحدود الزمنية: امتدت الدراسة الاستطلاعية مدة شهرين بينما الأساسية فقد دامت سنة دراسية كاملة 2012-2013 حيث خصص الفصل الأول للتشخيص، واختيار الحالات أما الفصلين الدراسيين الثاني، والثالث فخصص لتطبيق البرنامج العلاجي السلوكي والقياس التتبعي.

8- منهج البحث:

نظرا لطبيعة البحث، وأهدافه تم الاعتماد على المنهج التجريبي ذو المجموعتين: مجموعة تجريبية ومجموعة وضابطة، ولبحث مدى فعالية البرنامج العلاجي المصمم في خفض مستويات الاضطراب تم الاعتماد على التصميم التجريبي الموضح في الشكل رقم (01):

الشكل رقم (01) يوضح التصميم التجريبي للدراسة



يتضح من خلال الشكل رقم (01) أن الدراسة طبقت على عينتين الأولى تجريبية والثانية ضابطة حيث قام الباحث بالقياس القبلي لمستوى الاضطراب لكلتا المجموعتين بعدها طبقت المعالجة على المجموعة التجريبية في حين ظلت المجموعة الضابطة بدون أي تدخل بعدها قام الباحث بتقدير مستوى الاضطراب للمرة الثانية (قياس بعدي) ثم القيام بالقياس التتبعي لأفراد المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة.

خلاصة

مما سبق عرضه يمكن القول أن اضطراب ضعف الانتباه أخذ حيزا كبيرا من اهتمام الباحثين في جميع الميادين مما يفسر كثرة الدراسات والبحوث والدراسات التي تناولته من جوانب مختلفة فهناك دراسات تناولت سبل تشخيصه، وأخرى حاولت رصد نسب انتشاره بين الأطفال، ودراسات أخرى تطرقت إلى سبل العلاج والتدخل من تدخل طبي وسلوكي ومعرفي وغذائي وبما أن مجال البحث واسع في مثل هذه المواضيع فإن الدراسة الحالية هي تكملة لهاته الدراسات فهي جاءت لتضيف إسهاما جديدا ببنائها لبرنامج علاجي سلوكي قائم على جملة من الفنيات السلوكية تحاول بحث مدى فعاليتها في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والعدوانية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

الفصل الثاني:

اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية

تمهيد

1_ تطور مفهوم اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية.

2- تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية.

3- انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية

4- أسباب اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية

5- النظريات المفسرة لاضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه والاندفاعية

6- قياس وتشخيص حالات اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية.

7- تصنيف حالات اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية.

8_ التشخيص التفريقي لاضطراب بفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية

9_ الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية

10_ أعراض وخصائص الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية

11_ مآل ومسار اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية

12_علاج اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية

خلاصة

تمهيد

كثيرا ما تشكو الأمهات من سلوكيات أطفالهن المزعجة، والمتكررة فهم لا يكادون يجدون فرصة حتى يبدؤوا بالحديث تصرفاتهم غير اللائقة، والمتهورة، ويتذمرون من ضعف قدرتهم على التركيز في الدروس، وشكاوي المدرسين المتكررة حتى أنهم يقفون عاجزون أمام هاته المشكلة وغالبا ما يعرضون هذا الطفل على الأطباء والمختصين النفسيين للبحث عن حلول.

ومما يطمئن الأولياء أن هاته المشكلة حظيت مؤخرا باهتمام الباحثين، والدارسين في الأمر الذي ساهم في توضيح الغموض الذي كان يكتنفه.

حيث أصبحت هذه السلوكيات التي يبديها أطفالنا أعراضا لاضطراب يعرف باضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه

وبدورنا سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على بعض الجوانب الأساسية لهذا الاضطراب بداية من التطور الذي مر به ثم مفهومه باختلاف الرؤى والمدارس معتمدين بعدها على التعريف الذي ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية، وكذا التطرق لمختلف تصنيفاته، وتوضيح نماذجه، وأسبابه، وأعراضه في المراحل العمرية المختلفة، وسبل علاجه.

1- تطور مفهوم اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

إن اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والعدوانية لم يتم العرف عليه إلا مع بداية القرن العشرين حيث تزامن مع ظهور الأبحاث التي أقيمت على الجنود خلال الحرب العالمية الثانية ودراسة الشلل الدماغي الذي يعتبر أول مسميات هذا الاضطراب، حيث يشير (نايف عابد الزارع، 2007: 14) إلى أن جورج ستيل (1902) يعتبر أحد أوائل الباحثين الذين بحثوا في اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه وقد أشار إلى المصابين به حينها بذوي العجز في السيطرة على الروح المعنوية، للدلالة على العجز عن القدرة على ضبط الذات.

بعدها قام قولدستين (1936-1939) ببحث في خصائص الجنود بعد أن لاحظ تشابه الأعراض التي ظهرت على الجنود الذين تعرضوا لإصابات دماغية والأعراض التي تظهر على الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه. كما يعتبر ستراوس (1930-1940)، وكرويكشانك (1957) من رواد البحث في المجال. في حين أشار (qurdier vincent,2008 :899) إلى أن Heinrich Hoffman (1809-1894) هو أول من وصف سلوك فرط النشاط.

في حين أشارت (مشيرة عبد الحميد وأحمد اليوسفي، 2005: 15_16) إلى تطور مفهوم فرط النشاط الحركي والذي يعود في أصله إلى الكلمة اللاتينية hyperkinesias، بينما لم يسمى اضطراب قصور الانتباه حتى عام 1980، ولم يكن هذا المصطلح يحتوي على مظاهر النشاط الزائد لأن النشاط الزائد في ذلك الوقت كان غير شائع، وظل الأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يعانون من الاندفاعية مع قصور الانتباه، غير أن معظمهم يعانون من نشاط زائد.

أما (السيد علي سيد أحمد، فائقة محمد بدر، 1999: 34) فيضيف بأن اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي كان يشخص قديما على أنه ضعف في القدرة على التعلم أو أنه خلل بسيط في وظائف المخ أو أنه إصابة بسيطة في المخ أو أنه نشاط حركي مفرط. بعد ذلك جاء الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية والنفسية (DSM 3) ليشير إلى أنه اضطراب تميزه زملة أعراض سلوكية، وقسمه إلى نوعين الأول: اضطراب الانتباه والثاني: اضطراب عجز الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي مفرط. وظل الأمر على حاله إلى أن قام بورينو(Borrino.1988) بدراسة على أعراض اضطراب الانتباه، وقد أوضحت الدراسة أن قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي

عرضان لاضطراب واحد وليس نمطين مستقلين، ولذلك قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإجراء مراجعة للطبعة الثالثة من(DSM 3) دمجت فيها فرط النشاط الحركي مع اضطراب عجز الانتباه.

ويوضح الجدول الآتي تطور مفهوم النشاط الزائد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية:

الجدول رقم (01) يوضح تطور مفهوم اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه

الدليل التشخيصي الإحصائي 1980 DSM111) الثالث)	الدليل التشخيصي الثالث المعدل(DSM111-R 1987)	الدليل التشخيصي الرابع DSM4) 1994)
1-اضطراب قصور الانتباه ADD بدون نشاط زائد وهو يحتوي على ثلاث أعراض لقصور الانتباه، وثلاث أعراض للاندفاعية. 2-قصور الانتباه واضطراب النشاط الزائد ويحتوي على عرضين للنشاط الزائد	اضطراب النشاط الزائد /قصور الانتباهADHD ويحتوي على ثمانية أعراض في قائمة بها أربعة عشر عرضا يدل على قصور الانتباه، والاندفاعية، والنشاط الزائد	1-نشاط زائد /قصور انتباه مصحوب بتشتت انتباهADHD: وتعرفه ستة أعراض فقط في تشتت الانتباه من قائمة بها تسعة أعراض. 2-نشاط زائد /قصور انتباه مصحوب باندفاعية ونشاط حركي زائد
		وتعرفه ستة أعراضADHD فقط من قائمة بها تسعة أعراض، منها ستة أعراض تدل على النشاط الزائد وثلاث أعراض تدل على الاندفاعية 3-نمط مشترك تعرفه الأعراض التي ذكرت في رقم (1)، (2)أعلاه

من خلال الجدول رقم (01) نلاحظ التطور الكبير الذي طرأ على اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه من حيث التسمية، والوصف، وكذا الفهم، فهذا المفهوم مر بعدة مراحل ساهمت الدراسات، والبحوث في تحديده، وتوضيحه مما سهل على الباحثين، والدارسين عملية التشخيص، والعلاج.

2- تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

لتوضيح اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه لابد من التطرق إلى مفهوم الانتباه في سيره العادي، وذلك بتعريفه، وشرح سيرورته وذلك بالرجوع إلى نظرية برودنت للانتباه الإدراكي ثم أشكاله، وأنواعه ثم تعريف اضطراب الانتباه وذلك كما يلي:

2-1) تعريف اضطراب الانتباه:

يعتبر الانتباه أحد أهم العمليات العقلية المهمة في النمو المعرفي للفرد يستطيع بواسطته انتقاء المنبهات الحسية المختلفة، والتي بدورها تساعده على اكتساب المهارات، وتكوين العادات السلوكية الصحيحة، وينقسم الانتباه من حيث المصدر إلى: انتباه سمعي، وانتباه بصري، وانتباه شمي، وانتباه لمسي، وانتباه تذوقي.

حيث يعرف (أنور محمد الشرقاوي، 2003: 87) الانتباه بأنه عملية وظيفية في الحياة العقلية تقوم بتوجيه شعور الفرد نحو موقف ما إذا كان هذا الموقف جديدا على الفرد أو توجيه شعور الفرد نحو بعض أجزاء المجال الإدراكي إذا كان الموقف مألوفا للفرد أي سبق أن مر بخبرته، إذن يمكن القول أن الانتباه هو عملية تركيز الشعور على عمليات حسية معينة تنشئ من المثيرات الخارجية الموجودة في المجال السلوكي للفرد أو من المثيرات الصادرة داخل الجسم ويقوم الفرد باختيار وانتقاء بعض من هذه المنبهات وتجاهل بعضها الآخر لضعف قدرته على الانتباه لها مجتمعة، كما أن الأفراد ينتبهون لما يحقق أهدافهم ويتماشى مع اهتماماتهم ولهذا يعرف بالانتباه الانتقائي.

أما (Schwart 2000) في (ثابت أحمد جعفر، بدون تاريخ: 544) فيشير إلى محدودية قدرة الفرد في الانتباه لمختلف المثيرات الموجودة في بيئة الفرد حيث يعرفه بأنه عملية انتقاء واحدة من عدة مدخلات متوفرة، كما يعرفه(Eriksen § Yeh 1958) بأنه التركيز الواعي للشعور على منبه واحد فقط، وتجاهل المنبهات الأخرى التي توجد معه، ولهذا يسمى الانتباه المركز أو الانتقائي أو أنه توزيع الانتباه بين منبهين أو أكثر، وهذا ما يسمى الانتباه الموزع .

أما في موسوعة علم النفس(1986) في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 47) فيعرف الانتباه بأنه القدرة في التركيز على المظاهر الدقيقة التي توجد في البيئة أي هي قدرة الكائن الحي على اختيار مثيرات معينة وتجاهل غيرها. كما يعرفه (حلمي المليجي، 2004: 70) بأنه استخدام طاقة الفرد في عملية معرفية وتوجيه التركيز في أمر ما أو شيء معين استعدادا لملاحظته أو أدائه.

وتعتبر نظرية برودنت عن الانتباه الإدراكي من أبسط النظريات التي قدمت تفسيرا لانتقاء الانتباه مستمدا من نظرية الاتصال حيث بسطت لنا عملية الانتباه وذلك بتشبيه المعلومات التي ترد من الحواس جميعا فتدخل مصفاة تمر بعنق زجاجة أو قناة ضيقة تتحكم في توصيل عدد غير محدد من النبضات العصبية إلى المخ أما باقي المنبهات فيمكن أن تظل في مخزن التذكر القريب المدى مع الاحتفاظ بإمكانية استدعاؤها بعد فترة بسيطة بعدها تبدأ بالتضاؤل، والاندثار. حيث يرى برودنت أن محيط الانسان يتكون من آلاف الأحاسيس مما يجعلنا عاجزين عن معالجتها في منظومة الإدراك المعرفية وهنا نلجئ إلى توجيه الانتباه إلى بعضها، وإهمال بعضها الآخر.

فالانتباه هو عملية واعية فيها اختيار، وانتقاء فحينما ننتبه لشيء ما فإن الحواس تتكيف لاستقبال المنبهات من موضوع الانتباه، وهكذا نضمن أن يكون إدراكنا أكثر وضوحا لما يحيط بنا، وبالتالي يسهل علينا تذكره.

كما أشار علماء النفس المعرفيون إلى عدة أشكال للانتباه وفي هذا الصدد يدرج (كامل محمد علي، 2003: 46) ثلاث أشكال للانتباه وهي:

- الشكل الأول: يكون فيه الانتباه موزعا بين أكثر من منبه واحد.

- الشكل الثاني: يكون فيه الانتباه موجها، حيث ننتقي منبه معين من بين عدة منبهات تقع في مجال وعينا.

- الشكل الثالث: وفيه ينتقل الانتباه بسرعة بين مجوعة كبيرة من المنبهات حتى ننتقي المنبه الذي يهمنا فهذا الانتباه يتعلق بعملية اليقظة.

وهنا قد يتساءل البعض: هل قرارنا بتركيز انتباهنا على منبه ما أو تجاهله عملية واعية وإرادية؟ للإجابة على هذا السؤال تضعنا نتطرق إلى الأنواع الثلاث للانتباه وهي كالاتي:

1- الانتباه الإرادي: وفيه يحاول الفرد تركيز انتباهه على منبه واحد من بين عدة منبهات، بحيث يحتاج هذا النمط إلى مجهود شعوري، ولاستمرار حتى هذا النوع وقتا طويلا لابد من وجود دافع قوي لدى الفرد لكثرة عوامل التشتت وتنوعها في بيئة الفرد، ولهذا يعجز عليه الأطفال لأنه ليس لديهم الإرادة، والصبر.

2- الانتباه اللاإرادي: في هذا النوع المثير يفرض الانتباه بصفة قسرية أي دون بذل جهد للاختيار بين المنبهات المتوفرة وهذا ما يحدث مثلا لدى سماعنا صوت انفجار.

3- الانتباه التلقائي أو الاعتيادي: في هذا النوع يركز الفرد انتباهه على مثير واحد من بين عدة مثيرات بسهولة لأن الفرد تعود عليه وألفه وأصبح عادة مكتسبة.

بعد أن بسطنا مفهوم الانتباه سيكون بإمكاننا فهم اضطراب الانتباه أحسن فهم وهنا ندرج بعض التعاريف التي قدمها الباحثون والعلماء حيث يعرف اضطراب الانتباه في "الموسوعة الفلسفية:1960" كما ورد في (كامل محمد علي، 2003: 46) بأنه الاضطراب الذي يمس الشكل التلقائي، والإرادي للانتباه، ويتمثل في ضعف القدرة على تركيز العمليات العقلية في الاتجاه الذي نريده، وعدم القدرة على التأثر بالأحداث، وقصور في عدد الصور المتغيرة المنطبعة في الذهن.

ويعتبر التعريف الذي قدمه (ايريكسون وياه:1985) في (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 15_16) تعريفا شاملا، ومبسطا فيعرف الانتباه على أنه التركيز الواعي للشعور على منبه واحد فقط، وتجاهل المنبهات الأخرى المرافقة له، وهذا يطلق عليه الانتباه المركز أو الانتقائي، أو أنه توزيع الانتباه بين منبهين أو أكثر، وهذا الأخير يطلق عليه الانتباه الموزع.

وإذا اعتبرنا الانتباه أحد القدرات العقلية الضرورية للتعلم فإن الاضطراب على مستوى هذه الملكة يعرقل مسار هذه العملية وهنا يشير (جابر نصر الدين وبراهيمي الطاهر، 2005) إلى الوضع الذي يتجه فيه الانتباه إلى موضوع خارج الأنشطة الصفية، وهذا ما يظهر عندما يتشتت انتباه التلميذ بين عدة موضوعات أو عندما يتحرك الانتباه نحو موضوع غير الذي يركز عليه المعلم. أما عن العوامل التي تسبب التشتت في القسم فيقسمها إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى تتعلق بالتلميذ نفسه: وتضم العوامل الوراثية، والعصبية، والنفسية، والادراكية.

المجموعة الثانية: وتتعلق بالبيئة داخل القسم وتشمل طبيعة المادة المدروسة، ومناهج التدريس، وعدم ملائمة الوسائل التعليمية المستخدمة، وكثرة المشتتات داخل القسم أو خارجه.

2-2) تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

لقد تعددت التعاريف حول اضطراب النشاط الحركي وذلك باختلاف الرؤى، والزوايا، والمدارس، والتيارات، وسندرج في هذا الصدد مجموعة من التعاريف هي كما يلي:

- **التعريف الطبي:**

يعرف الأطباء:(zametkin et al 1990) اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه على أنه اضطراب جيني المصدر ينقل بالوراثة في العديد من الحالات، وينتج عنه عدم توازن كيميائي أو عجز في الوصلات العصبية الموصلة بجزء من المخ، والمسئولة عن الخواص الكيميائية التي تساعد المخ على تنظيم السلوك، بينما يعرفها (تشرنومازوفا،1996) في (مشيرة عبد الحميد وأحمد اليوسفي، 2005: 17_18) على أنه نتيجة لقصور في وظائف المخ التي يصعب قياسها بالاختبارات النفسية، كما

يعرفه المعهد القومي للصحة النفسية على أنه اضطراب في المراكز العصبية التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل: التفكير، والتعلم، والذاكرة ، والسلوك.

في حين يشير (nicole chevalier.marie claude guay ,2006 :4-18-26) إلى أن اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي اضطراب نمائي وفي الكثير من الأحيان يتوجه نحو الإزمان، كما أثبتت العديد من الدراسات انتشار الاضطراب لدى بعض العائلات وهذا يدعم الرأي القائل بالأصل الوراثي كعامل مساعد على الإصابة بالاضطراب، كما تعتبر مشاكل الحمل والبيئة والأسرة غير المنظمة، وكذا نقص الوزن أثناء الولادة من مسببات هذا الاضطراب في حين أن السبب الحقيقي للاضطراب لم يحدد بعد، ولم يتأكد منه.

من هذا العرض الموجز لأهم التعاريف الطبية لاضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه يتوضح أن الأطباء يرون أنه اضطراب جيني المصدر ينتقل بالوراثة سببه قصور في وظائف المخ، وكل هذه الآراء مثبتة بنتائج الأبحاث، والدراسات في المجال.

- **التعريف السلوكي:**

بالمقابل نجد مؤيدي المنحى السلوكي هم الآخرون عرفوا اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه من ناحيتهم حسب ما تقول به النظرية السلوكية حيث عرفه باركلي 1990 في نظريته عن اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه في (مشيرة عبد الحميد، 2005: 18) على أنه اضطراب القدرة في منع الاستجابة للوظائف التنفيذية مما يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات، وعجز في القدرة على تنظيم السلوك تجاه الأهداف الحاضرة، والمستقبلية، ما يجعل سلوكه غير متلائم مع البيئة. أما (أماني الزويد، 2002: 96) فتعرف اضطراب فرط النشاط الحركي بأنه اضطراب سلوكي يظهر في ضعف قدرة الفرد على التركيز بوجود مثير آخر خارجي مع عدم قدرته على البقاء بثبات في مكانه.

كما يعرف "روز وآخر 1986" في (محمد كامل علي، 2003: 49) الطفل ذو "فرط النشاط الحركي" على أنه ذلك الطفل الذي يبدي مستويات مرتفعة وعالية من الحركية حتى في المواقف التي لا تتطلب ذلك وغالبا ما يكون ذلك غير مناسب أو غير ملائم للمواقف، ويتميز بسرعة استجاباته هذا إضافة إلى أنه يتميز بخصائص فسيولوجية، ومشكلات في التعلم، وأعراض سلوكية، والاندفاعية، وسرعة الاستثارة، والانفعال، والمزاج المتقلب.

إذن ما نلاحظه هو أن جميع هذه التعاريف ركزت على الأعراض السلوكية الشائعة للاضطراب المتمثلة الإفراط الحركي، وقصور الانتباه، والاندفاعية، وهي الأعراض الظاهرة على الأطفال المصابين بهذا الاضطراب.

_ التعريف كما ورد في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية: DSM4

يعرض الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية، والعقلية في (تيسير حسون، 2004: 23_33) لأهم الأعراض الرئيسية التي يتم على أساسها تشخيص هذا الاضطراب لدى الأطفال، وذلك على النحو التالي:

– قصور الانتباه: حيث يجد الطفل صعوبة في تركيز انتباهه ولو لمدة بسيطة فهو يميل إلى التهرب من المهمات التي تتطلب تركيزا متواصلا، ولا ينتبه للتفاصيل، ويتشتت انتباهه بسرعة، وبسهولة، وفي كثير من الأحيان يبدي عدم الاهتمام والانصات عند التحدث معه.

– فرط النشاط الحركي: يعرف بأنه مستويات غير ملائمة أو مفرطة من النشاط سواء كانت حركية أو صوتية، وغالبا ما تكون النشاطات التي يقوم بها الطفل غير ذات صلة بالمهمات أو المواقف التي تحدث بها. ومن أهم أعراضها أن الطفل لا يستطيع الجلوس بهدوء في مقعده وتتميز حركاته بالعشوائية وسوء التنظيم، والافتقار للأهداف، وغالبا ما ينهض من مكانه رغم عدم الحاجة إلى ذلك، ولا يستطيع اللعب بهدوء، ويتكلم بشكل زائد عن الحد.

– الاندفاعية: والتي يعرفها باركلي بأنها العجز في القدرة على كبح السلوك، وذلك في الاستجابة لمتطلبات المواقف المختلفة مقارنة مع الآخرين من نفس العمر الزمني، والجنس حيث تشكل الاندفاعية نمطا دائما من التسرع، والاستجابة غير الملائمة للمهمات، وغالبا ما ترتبط الاندفاعية بضعف القدرة على التحكم بالاستجابات إما بتأخيرها أو تأجيلها. حيث يتميز هذا الطفل بالتسرع فهو يجيب على الأسئلة قبل اكتمالها، ولا يستطيع انتظار دوره في اللعب أو أثناء الحديث، ويقاطع الآخرين.

إذن هو اضطراب نمائي يظهر خلال مرحلة الطفولة قبل سن (07) سنوات في أغلب الأحيان ويوصف بمستويات نمائية غير مناسبة في جانب الانتباه وسلوك النشاط الزائد والاندفاعية وحتى يتم تشخيص الطفل على أن لديه هذا الاضطراب لابد أن تكون هذه الأعراض تركت أثرا سلبيا على واحدة أو أكثر من نواحي حياة الطفل كالعلاقات الاجتماعية والنواحي الأكاديمية، والوظائف التكيفية والمعرفية ويمكن أن تستمر هذه الأعراض إلى سن المراهقة أو الرشد.

ونفس التقسيم اقترحه (Brun,2012) حيث أشار إلى أن هذا الاضطراب يتميز بصعوبة في التركيز على المهام، والنشاطات المدرسية التي تتطلب إتباع القواعد، والقوانين، وصعوبة بالغة في الاندماج مع المجموعة.

كذلك يضيف (نايف عابد الزارع، 2007: 15) تعريف اضطراب ضعف الانتباه حسب ما ورد في الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة، والتربية الخاصة، والتأهيل على أنه اضطراب يشمل جملة من الأعراض وهي الصعوبة في التركيز، والاستمرار في أداء المهام، ونشاط حركي زائد حيث يعرف النشاط الزائد بأنه نشاط حركي غير هادف لا يتناسب مع الموقف أو المهمة، ويسبب الإزعاج للآخرين. حيث يتضمن المعيار التشخيصي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ما يلي:

* قصور في الانتباه (فشل الفرد في إنهاء المهمات، والصعوبة في التركيز)
* الاندفاعية أو التهور (التصرف قبل التفكير في الأمر، والصعوبة في تنظيم العمل)
* النشاط الزائد (الحركة المتواصلة).

كذلك يشير (laby, marquet doleac ,soppelsaj ,2010) إلى ضرورة الأخذ بعين الاعتبار عدة محكات قبل التشخيص، وهي: السن، وظروف الظهور، وخاصة مدى أو تكرار الأعراض خلال اليوم في الوسط الذي يتواجد فيه.

هذه الأعراض توضح حجم الاضطراب الذي يؤثر في كل مجالات حياة الطفل، وأهمها التحصيل الدراسي لأن الدروس تتطلب حضور عمليات ذهنية أهمها الانتباه. حيث أشارت العديد من الدراسات إلى الأثر الذي يخلفه هذا الاضطراب على الفرد على المدى البعيد على معظم جوانب النمو فهم يهدرون طاقاتهم في حركات عشوائية فينفر منهم الآخرون، ويصبحون عرضة للاكتئاب، والإحباط فينتهون إما بفشل مدرسي أو حتى الانحراف حسب ما أشار اليه (jolie, fabien,2008).

كما أكد (Barkly,2006) إلى أن تأثير هذا الاضطراب يمتد إلى الأسرة حيث رصدت نتائج دراسات هدفت إلى التعرف على المعاش النفسي لأولياء أمور هذه الفئة من الأطفال دلت كلها على معاناة الأسرة بسبب سلوكيات أبنائهم الفوضوية، والغير متكيفة، وفشلها في التعامل معهم. كما يشير (wodon, izbelle,2009) إلى تأثير هذا الاضطراب على المجالات المعرفية، والنمائية الأخرى مثل: التحصيل المدرسي، والنمو اللغوي، والجانب الانفعالي، وعلى الصحة كذلك.

ويضيف (Vantalon,2005 :16) في تعريفه لاضطراب فرط النشاط بأنه حركة مستمرة، ودؤوبة حيث يصفه الأولياء بأنه طفل يتحرك كثيرا بدون توقف، ولا يستطيع الجلوس أثناء الوجبة أو

اللعب، ولا يتوقف عن الذهاب، والمجيئ حتى لو كان يشاهد التلفاز مثل الصعود على المقاعد. بسبب هذه السلوكيات يتوقف الوالدين عن الزيارات العائلية خوفا من انزعاجهم يظهر وكأنه غير مهذب، أما في المدرسة فلا يستطيع البقاء في كرسيه، يتكلم مع رفاقه، فيظل يرمي أدواته على الأرض ثم يقوم ليحملها ليجيب بصوت مرتفع.

كما يشير (محمود محمد الطنطاوي وعبد الرحمن سيد سليمان، 2011: 279) إلى تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (apa) لاضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه على أنه أحد الاضطرابات النمائية التي تظهر في مرحلة الطفولة، ويظهر من خلال جملة الأعراض التي تعبر عن مستويات غير ملائمة من النمو، وجوانب معينة وهي: تشتت الانتباه، والنشاط الحركي الزائد، والاندفاعية، وتؤثر هذه السلوكيات تأثيرا سلبيا في واحدة أو أكثر من نشاطات الحياة اليومية مثل العلاقات الاجتماعية، والجوانب الأكاديمية، والتوظيف المعرفي.

وكخلاصة لكل ما سبق من تعاريف يمكن القول أن اضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه هو اضطراب نمائي يظهر في مرحلة الطفولة قبل سن التمدرس، يتم تشخيصه في سن السبع سنوات أهم أعراضه الحركية المفرطة، وسهولة تشتت الانتباه، والاندفاعية، يعود ظهوره لعدة عوامل وراثية أو عصبية كما يراها الأطباء أو اجتماعية، ونفسية تترك أثرا بالغا في حياة الطفل، وتؤثر على مختلف نواحي حياة الطفل.

3- انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

يعتبر النشاط الزائد وتشتت الانتباه اضطراب شائع ينتشر بكثرة في أوساط التلاميذ حيث يشير (manuel bouvard,2006 :13) إلى نتائج الدراسات المسحية بأنه يظهر لدى ما يزيد على 5 %من الأطفال، وتزيد نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى الذكور بمعدل (3 إلى 9) أضعاف عنها لدى الإناث، ومع أن هذا الاضطراب يحدث في المراحل العمرية المبكرة إلا أنه قليلا ما يتم تشخيصه في مرحلة ما قبل المدرسة. كما يشير ذات الباحث إلى أنه يوجد اختلاف أحيانا بين النسب من باحث لآخر، ومن دراسة إلى أخرى، وهذا راجع للعوامل التالية:

- أخذهم فئة الأطفال المتمدرسين وإهمالهم لأطفال الأقسام التحضيرية، والمراهقين، والراشدين.
- اختلاف معايير التشخيص، والوسائل المستخدمة، وكذا اختلاف المناهج.

كما أشار (vanpen huevel, 2009, p. 20) إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسات الحديثة إلى أن هذا الاضطراب ينتشر عند 1الى 7 % من الراشدين، وأن هذه النسبة تختلف باختلاف نوع

الدراسة وكذا باختلاف البلد كما تختلف نسب انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال، والراشدين، وذلك باختلاف الجنس فإذا كانت النسبة عند الأطفال (3 إلى 9 ذكور مقابل أنثى واحدة). فإنه عند الراشدين ينتشر بمعدل رجلين مقابل امرأة.

ويضيف (محمد حسن العمايرة، 2007: 155) إلى أن بعض المختصين يرون أن نسبة انتشار هذه المشكلة تتراوح بين 50%-10% من الطلبة الذين تتراوح أعمارهم بين 6-8 سنوات، وتقل هذه النسبة تدريجيا مع تقدم الطلبة في العمر، وفي ما يلي إشارة إلى بعض المعطيات الهامة حول هذا الاضطراب كما أشار إليها (saiage, marie claude ,2004 :27):

- اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه عند الأطفال من الاضطرابات الأكثر دراسة نظرا لانتشاره الواسع، وخطورته، وتعقيده، وصعوبة تشخيصه.
- يمس هذا الاضطراب ما يقارب 3 إلى5 %من الأطفال في سن التمدرس.
- الأعراض الأساسية لهذا الاضطراب هي تشتت الانتباه، والإفراط الحركي، إندفاعية واضحة، فهذه الأعراض تكون واضحة أكثر مقارنة بالأطفال في مستوى نمائي مماثل.
- يظهر الاضطراب في أماكن، ومواقف مختلفة (المدرسة، العائلة، والمجتمع بصفة عامة) حيث تؤثر على الوظائف الاجتماعية، والمدرسية، والانفعالية، والعائلية.
- هذا الاضطراب يتجه نحو الإزمان فهو يبدأ في الطفولة، ويمكن أن يختفي في المراهقة مع إمكانية الاستمرار إلى مرحلة الرشد.
- هذه الأعراض تترك أثرا بالغا على الفرد.
- ينتج عن هذا الاضطراب آثار سلبية من سوء تكيف اجتماعي، ومهني، فهو سبب رئيسي للفشل المدرسي.

كما تختلف نسب انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه باختلاف المراجع، والباحثين حيث يشير (James peter,2002) إلى أن نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال حوالي 5%. في حين يشير(نايف عابد الزارع، 2007: 18) إلى أن معدل انتشار هذا الاضطراب في الأسر ذات المستوى الاقتصادي، والاجتماعي المنخفض يصل إلى 20%.

يضيف الحامد (2002) في المرجع ذاته إلى بعض الإحصائيات في بعض الدول لنسبة انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه حيث نجد هذه النسبة في المملكة العربية السعودية تبلغ 13% أما في جمهورية مصر العربية فهي في حدود 6.2%. أما في الولايات

المتحدة الأمريكية فقدرت ب:6.5 % أما في كندا فتتراوح نسبة الانتشار في حدود 9.5 % بنين، و 3.3 % بنات، وينتشر في المملكة المتحدة (بريطانيا) بنسبة1 % من طلاب المدارس و 2 %شكل عام في حين تصل هذه النسبة في الصين الى7 %.

كما يضيف (تيسير حسون، 2004 :14-15) بعض المعطيات الإضافية حول الاضطراب حسب ما ورد في DSM4 فهذا اضطراب أي قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي الذي يعرف من طرف المختصين بمجموعة الأعراض الثلاث الأساسية: فرط النشاط الحركي، واضطراب الانتباه، والاندفاعية تشخيصه غالبا ما يكون صعبا فليس كل حركة مفرطة تسمى اضطراب.

ويشير (cause, 2006) إلى أن نتائج الدراسات في الميدان حيث أن من 3 إلى 5 % من الأطفال يعانون من فرط النشاط الحركي منهم 5 ذكور يصابون بالاضطراب مقابل أنثى واحدة، ويعد عرض فرط النشاط من أوائل دواعي الاستشارة عند طبيب الأطفال، هذا الاضطراب يظهر عامة بين سن الثالثة والرابعة بينما يتم تشخيصه غالبا بين سن السادسة والسابعة، وهذا يتوافق مع الدخول المدرسي، وتشير الدراسات التي أجريت على هؤلاء الأطفال أن هذا الاضطراب يصاحبه اضطرابات أخرى ناجمة عنه حيث أن 30 إلى 50 % من الأطفال المصابين بالاضطراب يعانون من صعوبات مدرسية، وأكاديمية أو فشل مدرسي، فهم يوصفون بأنهم تلاميذ اقل كفاءة من المتوسط، وأغلبهم يوجهون إلى تربية متخصصة، و20 إلى 30 % من الأطفال الذين يعانون من الاضطراب الذين لم يعالجوا يواجهون مشاكل قضائية في مرحلة المراهقة.

ويشير(cantwel.1995) في (بوكرمة فاطمة الزهراء، 2012: 18-17) إلى أن تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي يصيب الذكور أكثر من الإناث، وأن هناك بنتا واحدة مقابل تسعة ذكور يتلقون العلاج في العيادات النفسية، وأرجع هذا الاختلاف بين الذكور والإناث إلى كون المشكلة الأساسية عند الإناث هي عدم الانتباه، والمشكلات المعرفية، وتكثر مشكلات الاندفاع، والعدوانية عند الذكور مما يفسر قلة نسبة زيارتهن للعيادات النفسية.

ومن الدراسات التي اهتمت بالفروق بين الجنسين (الذكور والاناث) في النشاط الزائد مثل دراسة جوجين (Goggin,1975 :75-81) الذي درس الفرق بين الجنسين في مظاهر النشاط الحركي، وأوضحت النتائج أنه لا توجد فروق جوهرية في هذه المظاهر بين الذكور والإناث، لكن توجد فروق في مستوى النشاط الزائد لصالح الذكور حيث هذا المستوى عند الذكور أكثر من الإناث كما أظهرت النتائج أن الاضطراب ينتشر بين الذكور أكثر من الإناث.

نستخلص من هذه المعطيات عددا من الحقائق حول اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه ومدى انتشاره وهي:

- اختلاف نسبة الانتشار نتيجة لاختلاف المجتمعات، والثقافات، والمحك المستخدم في التشخيص.
- أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من أهم المشكلات السلوكية لدى الاطفال.
- أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ينتشر بين الأطفال في المرحلة الابتدائية.
- أن الذكور هم الأكثر تعرضا لهذا الاضطراب بالنسبة للإناث بالرغم من اختلاف المجتمعات.
- أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ينتشر بين الأطفال العاديين وغير العاديين.

أما (céline cause,2006 :19) قد حاول الإجابة على سؤال يتكرر غالبا في أذهان الأولياء، والمدرسين، والباحثين، وهو هل الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه أقل ذكاء من الآخرين؟ كل الدراسات أشارت بان هؤلاء الأطفال لديهم ذكاء عادي أو قريب من المتوسط فهم غالبا يوصفون بأنهم حيويون، وفضوليون، ونتائجهم المدرسية غالبا ما تكون متناقضة مع قدراتهم الحقيقية.

4- أسباب اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

خلصت الدراسات التي أقيمت بغرض البحث في الأسباب الكامنة وراء اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي إلى تعدد الأسباب التي تؤدي إلى اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه منهم من يرجعها الوراثة، ومنهم من يرجعها إلى العوامل الاجتماعية، ومنهم من يرجعها إلى الأسباب العصبية الحيوية كما هناك من يرجعها إلى البيئة، وفيما يلي سوف نتطرق إلى كل هاته الأسباب بالتفصيل.

- **العوامل الوراثية :**

لا يزال الاختلاف قائما في تحديد الأسباب الوراثية المسببة لاضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه، حيث أشار بعض العلماء إلى القاعدة الوراثية لاضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه أحد الأسباب المؤدية إلى هذه الاضطرابات حيث يلاحظ ظهورها عند التوأم، كما يلاحظ أن الأب الحامل للمرض عند إنجابه لأطفال تكون الإصابة في أطفاله جميعا وليس لنصفهم كما يبدو ذلك في معظم الأمراض الوراثية حسبما ورد في (كامل، 2003: 50-51).

وقد خلص جونسون في (جمال الخطيب، 2003: 195) من تحليل دراسات الأقارب إلى القول: "يمكن بشكل عام أن تؤكد الدراسات التي أجريت على الأقارب أن فرط النشاط الحركي اضطراب أسري ينتقل من جيل إلى جيل، أما طريقة انتقال النشاط الزائد وراثيا فهي لا تزال غير معروفة ".ويضيف (عسكر،2005: 58) أنه لوحظ أن الآباء الذين يعانون من مشكلات الإدمان مع الكحول، وكذا ذوي السلوك المضاد للمجتمع ترتفع معدلات الإصابة بالاضطراب لدى أبنائهم أكثر من غيرهم.

- **العوامل العصبية الحيوية:**

يشير (محمد علي كامل، 2003: 50) إلى الجدل القائم في تحديد الأصل العصبي في الإصابة باضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه حيث أنه بعد الكشف عن الأمراض العصبية للأطفال المصابين بالاضطراب لم نجد أي دليل على وجود تلف كبير في المخ، ولدى الكشف عن الأطفال المصابين بالأمراض العصبية أو تلف في المخ لا نجدهم يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه، كما لم تتوصل الأبحاث التي أجريت لإيجاد أي قاعدة عصبية كيماوية حيوية. وبعض الأطفال المصابين بهذا المرض يمكن أن نجد لديهم تلف بسيط بالمخ ناتج عن سموم أو مواد ناتجة عن عمليات بنائية، والتي تنتقل إلى المخ في مرحلة التكوين كجنين، وهذا يفسر انخفاض التعلم لدى هؤلاء الأطفال.

وهنا تجدر الإشارة إلى الدراسة التي أجراها (satteerfield.1974) والتي وردت في (جمال الخطيب، 2003: 196) حيث أوضحت أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه يظهر لديهم اضطرابات في تخطيط الدماغ تفوق بكثير تلك التي تظهر لدى الأطفال العاديين.

في حين أشار (نايف عابد الزارع، 2007: 20) إلى خلاصة بعض الأبحاث بأن هناك ثلاث مناطق بالدماغ لها علاقة كبيرة بالإصابة باضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي وهي: الفص الأمامي، وقاعدة الدماغ، والمخيخ. ومن خلال الفحوصات الطبية وجد الباحثون أن أحجام هذه المناطق الثلاثة لدى الأطفال والبالغين الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد أصغر مقارنة بالأفراد العاديين الذين لا يعانون من هذا الاضطراب.

يضيف (طارق عبد الرؤوف عامر وربيع محمد، 2008: 135) أن النظرية الوراثية تفترض أن ظروف نقل الرسائل الوراثية يمكن أن يسبب الاستعداد لفرط النشاط الحركي، وهنا حاول مارين دراسة خصائص الكروموسومات للأطفال الذين يعانون من الاضطراب إلا أنه فشل في الحصول على أي دلائل

تميز هؤلاء الأطفال عن غيرهم. كما أن هناك أدلة على العلاقة الارتباطية بين العوامل الجينية واضطراب فرط النشاط الحركي، وقد استدلوا في ذلك بسلوك الطفل حديث الولادة الذي لا يهدأ أبدا.

أما (فتحي الزيات،2006) فقد أشار إلى الدراسات التي أقامت مقارنة بين الأطفال المصابين باضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي، والأطفال العاديين على وجود دلائل على اضطرابات عصبية تظهر في تسجيلات جهاز رسم المخ لدى أطفال المجموعة الأولى تفسر بأنها اختلالات في وظائف الدماغ كسبب أساسي لاضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه، وهنا نشير إلى الاختلال والتناقض بين التفسيرين حيث أن أحدهما يرجعها إلى زيادة الاستثارة فهذه الاضطرابات هي بسبب الحساسية الزائدة لمناطق الاستثارة في الجهاز العصبي المركزي للمنبهات الخارجية والداخلية في المنطقة الخلفية من الدماغ الأمامي، والمعروفة بمنطقة "الدماغ المتوسط" التي تنقل قدرا كبيرا وغير عادي من الاستثارة إلى لحاء المخ. في حين تشير دراسات أخرى إلى انخفاض مستوى الإثارة في وظيفة المنظومة الشبكية، وأن فرط النشاط الحركي والاندفاعية هما محاولة لتسيير المدخلات الحسية وزيادتها بحيث تصل إلى المستوى الأفضل للاستثارة.

- **العوامل النفسية :**

يمكن أن نجمل بعض العوامل النفسية التي تسبب اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه فيما يلي:

- المزاج: بحيث ترى (يحيى خولة أحمد، 2000: 182-181) أن المشكلات المزاجية لدى الأطفال قد تسبب اضطرابات سلوكية فالنشاط الزائد لدى الطفل هو طريقة للدفاع عن الذات بعد أن تتعرض للرفض مما يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات، وزيادة مستوى التهيج لدى الطفل.

- التعزيز: وهنا تشير (زينب شقير، 2000: 82) إلى أن الاستجابة والانتباه لنشاط الطفل المفرط والانتباه إليه يعمل على زيادته. حيث يعتبر التعزيز الإيجابي سببا يؤدي إلى تطور النشاط الحركي الزائد واستمراريته ويفسر الباحثون ذلك بكون الراشدين في مرحلة ما قبل المدرسة يولون اهتماما كبيرا لنشاط الطفل ويقومون بتعزيزه وعندما ينتقل الطفل إلى المدرسة يختلف الوضع حيث يواجه القيود، والتعليمات، وهذا مالم يعتد عليه الطفل في بيئته المعتادة أي الأسرة، ومن هنا يصبح الطفل أكثر نشاطا ليحظى بالتعزيز الاجتماعي الذي كان يحصل عليه في مرحلة ما قبل المدرسة لكن هذا لن يحدث في المدرسة مما يؤدي بدوره إلى زيادة مستوى النشاط الزائد لديه لرغبته في الحصول على التعزيز.

كما يدرج (نايف عابد الزارع، 2007: 20) عاملين آخرين وهما الضغوط النفسية الكثيرة، والاحباطات الشديدة التي يتعرض لها الطفل. وكذا أنماط التنشئة الأسرية حيث تشير بعض الدراسات إلى أن أسباب هذا الاضطراب تعود إلى أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض، والإهمال، والحرمان العاطفي مما يؤدي إلى حدوث حالات اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

كما يضيف (جمال الخطيب، 2003: 196) و(يحيى خولة أحمد، 2000: 182) أن هذا اضطراب قد يفسر بأسلوب التعلم بالملاحظة (النمذجة) ودوره في اكتساب سلوك النشاط الزائد بمعنى أن الطفل يتعلم النشاط الزائد من خلال ملاحظته للوالدين، وأفراد الأسرة الآخرين. حيث أشارت نتائج الدراسات إلى أن الطفل الأقل نشاطا يزيد مستوى نشاطه عندما يصبح قريبا من الطفل الأكثر نشاطا، وقد يكون الوالدان بمثابة نموذج لمستوى نشاط يقتدي به الطفل وقد يعزازنه بدون وعي منهم.

في حين أشار(السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 44) إلى الدراسة التي قام بها كابلان وزملاؤه سنة 1994 والتي كان الهدف منها التعرف على العلاقة بين الحرمان العاطفي من الوالدين وإصابة أطفالهم باضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي حيث تكونت عينة الدراسة من مجموعة أطفال يعيشون في مؤسسات حكومية، وأطفال يعيشون في البيئة الطبيعية مع أسرهم، وقد أظهرت النتائج أن اضطراب الانتباه يرتفع لدى الأطفال المودعين بالمؤسسات مقارنة بالأطفال الذين يعيشون مع أسرهم وهذا ما يدل على أن الحرمان العاطفي من الوالدين الذي ينجم عنه التفكك الأسري يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب الانتباه.

كما يرى (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 68) أن تشتت الانتباه ناجم عن عدة أسباب نفسية كعدم ميل الطالب إلى مادة معينة مما يؤدي إلى عدم اهتمامه بها أو انشغاله بأمور أخرى غير التي هو بصدد التركيز فيها كالمشاكل العائلية أو الاجتماعية أو استغراقه في التأمل الذاتي أو لمعاناته من مشاعر النقص.

كما تضيف (خولة أحمد يحيى،2000) في (بوكرمة فاطمة الزهراء، 2012: 13) أنه من بين العوامل النفسية المسببة لهذا الاضطراب القلق، وكذا إيداع الطفل في المؤسسات الإصلاحية لمدة طويلة، والرفض المستمر للطفل، وإشعاره بالدونية، وعدم قبول أعماله، وسلوكياته، وتحطيم معنوياته هذا ما يقوده الى الانسحاب ومحاولة الانتقام من الآخرين.

- **العوامل البيئية:**

تتعدد العوامل البيئية التي ينتج عنها الاضطراب وهي كالآتي:

_ التسمم بالرصاص نتيجة للأكل، واستخدام بعض اللعب، وحمض الاستيل سالسيلك الذي يوجد في تركيب بعض المواد التي تضاف إلى بعض الأطعمة لإعطائها نكهة أو لون صناعي. حيث أشارت دراسة وينيك وزملاؤه :1989 في (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 29-30- 42-43) وكذا (ليلى المرسومي، 2011: 63) التي هدفت إلى فحص العلاقة بين مادة الرصاص في الدم واضطراب الانتباه لدى الاطفال خلصت بوجود علاقة موجبة بينهما بمعنى أنه كلما زادت نسبة الرصاص في الدم زاد مستوى اضطراب الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى الطفل.

_ التعرض للتلوث البيئي في فترة الحمل أو في مراحل الطفولة الأولى التي تمثل مرحلة تكون المخ ونمو الجهاز العصبي.

* اضطرابات الإفراط أو النقصان في إفرازات الغدة الدرقية.

* الحساسية الزائدة لبعض الأغذية أو الروائح مثل الأطعمة التي تشتمل على الألوان الصناعية، كما بينت العديد من الدراسات العلاقة بين تناول الطفل لمواد سكرية، ونشاطه الحركي المفرط لأنها تؤدي إلى زيادة نسبة الطاقة لديه.

* بعض الأدوية والعقاقير التي تتناولها الأم أثناء فترة الحمل دون استشارة طبية.

* تعرض الأم الحامل للأشعة مثل أشعة اكس أو الخضوع لعلاج كيميائي أو إشعاعي في حالة الإصابة بالسرطان.

* التدخين، والكحول، والمخدرات أثناء فترة الحمل.

- **العوامل الاجتماعية:**

تشير الدراسات التي قام بها (باركلي 1992) والتي وردت في (مشيرة عبد الحميد، 2005: 30-31) إلى أن اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه ينشئ من أسلوب معاملة الوالدين للطفل ومدى التفاعل بينهما. حيث لاحظ أن الطفل يظهر التمرد لتوجيهات الوالدين، والأوامر في البيت، والمعلمين في المدرسة، في حين تضيف دراسات أخرى إلى أن الفشل، والإحباط، وعدم التشجيع، وانخفاض احترام الذات، والاكتئاب قد تكون السبب في سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه.

في حين أرجع (بريو وآخرون،1998) ظهور اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه إلى المستوى الاقتصادي، والاجتماعي للأسرة. وهناك دراسات ذهبت إلى أبعد من ذلك حيث أثبتت دراسة

(بندا وآخرون،2001) إلى أن أعراض النشاط الزائد وقصور الانتباه تكون واضحة بدرجة كبيرة في الطبقات ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، والأسر المهملة في تربية أطفالهم..

كما أن العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطفل ووالديه تلعب دورا في اكتساب الطفل للاضطراب فكلما كانت أساليب المعاملة الوالدية صحيحة بحيث تشعر الطفل بالاهتمام، والحب من الوالدين تؤدي إلى توافقه النفسي، والاجتماعي. وكلما كانت أساليب المعاملة خاطئة التي تتسم بالرفض، والاهمال، واللامبالاة بالطفل، وكذا العقاب البدني، والنفسي الشديد حيث يشعر الطفل بأنه منبوذ، وغير مرغوب به تؤدي إلى إصابته باضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه، وهذا ما أكدته دراسة باركلي وزملاؤه في (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 43) على مجموعتين من الأطفال إحداهما يعاني من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والأخرى أطفال عاديون حيث كشفت النتائج أن آباء الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي كانوا أكثر استخداما للأوامر، والعقاب في حين أن أولياء الأطفال العاديون كانوا يستخدمون أسلوب التعزيز والمكافئة لتشجيع أبنائهم على أداء السلوكيات المرغوبة.

ويضيف (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 44) أن للحرمان العاطفي تأثيره السلبي على الأطفال حيث أشار إلى دراسة كابلان وزملاؤه التي هدفت إلى بحث العلاقة بين الحرمان العاطفي من الوالدين وإصابة أبنائهم باضطراب الانتباه حيث تكونت عينة الدراسة من أطفال يعيشون في مؤسسات إيداع نتيجة لطلاق أو وفاة والديهم، وأطفال يعيشون في البيئة الطبيعية مع أسرهم. خلصت الدراسة إلى نتيجة مؤداها أن الاضطراب يرتفع لدى الأطفال المودعين بمؤسسات الايداع مقارنة بالأطفال الذين يعيشون مع أسرهم.

_ العوامل الجسمية:

يشير(السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 28) أن يكون الارهاق الشديد، والتعب، وقلة النوم سببا في تشتت الانتباه بالإضافة إلى ضعف التغذية أو اضطراب في إفرازات الغدد الصماء لأن هذه العوامل قد تنقص من حيوية الفرد، وتضعف قدرته على مقاومة تشتت الانتباه.

5- النظريات المفسرة لاضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

أورد (رويتع،2007) في (عبير سليم اللصاصمة،2010) نظريتان فسرتا اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه، وهما النظرية البيولوجية، والنظرية النفسية:

- **النظرية البيولوجية:**

ركزت على أربع مجالات وهي الآتية:

* المجالات المتعلقة بالناقلات العصبية: تتضمن هذه الناقلات العصبية الدوبامين، والنورابنفرن والتي لها علاقة مؤثرة على مجموعة السلوكيات المتصلة بمدة الانتباه وفرط النشاط.

* المجالات العصبية النفسية: يرى أصحاب هذا الفرض أن سبب الاضطراب راجع إلى إصابات في الفص الجبهي خاصة في المنطقة الأمامية من قشرة الدماغ التي تتسبب في إعاقات في الوظائف التنفيذية، وإطالة مدة اليقظة، والتحكم بالاستجابة، وقد استخلص الباحثون ذلك من التشابه في الأعراض لدى الأشخاص المصابين بنفس الإصابة مما أدى إلى ترجيح هذه الفرضية في الإصابة باضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه.

* المجالات التي استخدمت التصوير العصبي البنائي الوظيفي: فقد أثبت أن الأشخاص الذين يعانون من مشكلة فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه يتناقص لديهم تأييض الكلوكوز في الفصوص الجبهية، والجدارية من القشرة الدماغية.

* المجالات المتعلقة بالوراثة: وهذا ما أثبتته الدراسات التي أجريت على التوائم، والأقرباء أن نسبة الاضطراب تزداد كلما ازدادت القرابة بين الأفراد، وأنها لدى التوأم المتطابقة ترتفع أكثر من التوأم غير المتطابقة.

- **النظرية النفسية:**

يرى بتلهام في (عبير سليم اللصاصمة، 2010: 10) أن هناك علاقة موجبة بين الاستعداد للإصابة باضطراب النشاط الزائد والتنشئة الاجتماعية السيئة من قبل الوالدين فهذا الاستعداد للاضطراب يجعل الطفل يحس بالتوتر وعندما يلتقي رد فعل الأم الرافض يجعل الطفل يكتسب هذا النمط من السلوك غير المرغوب الذي يتميز بعدم الطاعة، بحيث يعجز عن التوافق مع ما تطلبه الأم من متطلبات الطاعة فتصبح أكثر سلبية، ورفضا لطفلها ومع اكتساب الطفل لذلك النمط المزعج الذي يتسم بعدم الطاعة فإنه لا يستطيع التعامل مع متطلبات المدرسة، ما يجعل الطفل يعاني من مشكلات التوافق مع قواعد المدرسة الصارمة.

وأكدت نتائج الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال في (نظمي عودة أبو مصطفى ومحمد حامد النجار، 2002: 66) أن مشكلة النشاط الزائد لا ترتبط بضعف القدرة العقلية أو بنقص الذكاء وأن انتشارها بين الأطفال المعوقين عقليا أكثر من غيرهم يرجع إلى ما يتعرض له هؤلاء الأطفال من مواقف محبطة متكررة من حياتهم.

6_ قياس وتشخيص حالات اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

إن تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي يتطلب معلومات مفصلة عن سلوك الطفل، ومعرفة القدرات العقلية، والتعليمية لديه حيث أنه لا يوجد هناك اختبار مادي يبين اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي، وتتعدد الأساليب التشخيصية لهذا الاضطراب إلا أنه يمكن القول أن التشخيص الأمثل هو الذي يعتمد على عدة أساليب تشخيصية كالفحص الطبي، والاختبارات النفسية أو المعرفية حيث يعتبر التشخيص خطوة هامة، ورئيسية قبل اتخاذ القرارات الحاسمة في حياة الطفل، والمتعلقة بتحديد طبيعة العلاج الذي يحتاج إليه.

أما(knivsberg.1999) في (حسن ياسين الزغلوان،2001) فيرى أنه بما أن ضعف الانتباه مشكلة عصبية أي لها علاقة بالدماغ فإن الأمر يتطلب تشخيصا طبيا أما المختص النفسي أو المعلم أو الوالدين فهم غير مؤهلين لفعل ذلك، أما الشخص المؤهل لذلك فإما أن يكون طبيب الأطفال أو طبيب الأعصاب أو الأخصائي النفسي العيادي. لهذا الغرض يقترح (hallowell –ratey.19945) في (حسن ياسين الزغلوان،2001) أن أول خطوة في عملية التشخيص يجب أن تبدأ مع طبيب مؤهل لتحديد مشكلات ضعف الانتباه لدى الطفل ومن خلال تاريخ الحالة يحدد ما يلي:

_ أن هذه الأعراض مستمرة منذ الطفولة.

_ أن هذه الأعراض أكثر حدة لديه مقارنة مع الأطفال في نفس العمر العقلي.

_ ألا يوجد تشخيص آخر يمكن أن يفسر مثل هذه الأعراض.

ويضيف باركلي في (حسن ياسين الزغلوان،2001) أن المعلومات المتعلقة بتاريخ الحالة يجب أن يتم جمعها من عدة مصادر مثل الوالدين، والطفل، والمعلمين.

أما الخطوة الموالية لعملية التشخيص فهي إجراء فحص طبي شامل بغرض استثناء المشكلات التي قد تكون سببا في ضعف الانتباه.

أما تورنيل وآخرون(Turnbull et all.2004) في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 101) فقد اقترح نموذج يتكون من أربع مراحل أساسية لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط النشاط كما يلي:

1_ الملاحظة الأولية من قبل الوالدين أو المدرسين.

2_ المسح الأولي: وفيها يتم جمع معلومات أولية وإجراء اختبارات الذكاء، والتحصيل، وكذا إجراء فحص طبي شامل لاستبعاد أي مشاكل في القدرات الحسية الأخرى.

3_ مرحلة ما قبل التحويل للتشخيص الشامل: وفيها يتم تطبيق توصيات المرحلة السابقة.

4_التحويل للتشخيص الشامل: وفيها يتم إجراء مجموعة اختبارات منها اختبارات الذكاء، والتحصيل الفردية، وتطبيق قوائم تقدير السلوك، وملاحظة صفته بالإضافة إلى إجراء تقييم مبني على المنهج، ومن الضروري التنويع في تطبيق المقاييس بالإضافة إلى التاريخ السابق للطفل.

وفي أغلب الأحيان يستخدم الأطباء، والأخصائيون النفسيون المحكات التشخيصية الواردة في الدليل الإحصائي، والتشخيصي للاضطرابات العقلية في نسخته الرابعة لتشخيص حالات اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي حيث أدرج كل من (تيسير حسون، 2004: 32_33) و (ross, allen frances,2000 :12-13) كيفية تشخيص وقياس حالات هذا الاضطراب كما يلي:

A- إما (1) و(2):

(1)استمرار ستة (أو أكثر) من أعراض عدم الانتباه التالية لمدة ستة أشهر على الأقل في درجة سوء التكيف، وعدم التوافق مع المستوى التطوري.

عدم الانتباه:

1_ غالبا ما يخفق في توجيه انتباهه للتفاصيل أو يرتكب أخطاء طيش في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في نشاطات أخرى.

2_ غالبا لديه صعوبة في المحافظة على الانتباه أثناء أداءه للمهام أو في خلال ممارسة الأنشطة.

3_ غالبا ما يظهر عدم الاصغاء عند الحديث مهه.

4_ غالبا لا يتبع التعليمات، ويخفق في أداء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (ليس لسبب سلوك معارض أو إخفاق في فهم التعليمات).

5_ غالبا ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة.

6_ غالبا ما يتجنب أو يرفض الانخراط في مهام تتطلب منه جهدا عقليا متواصلا (كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل).

7_ غالبا ما يفقد أغراضه الضرورية لممارسة مهامه، وأنشطته (كالألعاب و الأقلام، والكتب، والأدوات).

8_ غالبا ما يتشتت انتباهه بسهولة بمجرد وجود منبه خارجي.

9_ كثيرة النسيان.

(2)ستة أو أكثر من أعراض فرط النشاط –الاندفاعية التالية استمرت لمدة ستة أشهر على الأقل إلى درجة سوء التكيف، وعدم التوافق مع المستوى التطوري.

فرط النشاط :

1_ غالبا ما يبدي حركات كثيرة في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.

2_ غالبا ما يغادر مقعده في الصف أين يفترض به أن يبقى ساكنا.

3_ غالبا ما ينتقل من مكان إلى آخر أو يقوم بالتسلق في مواقف غير مناسبة.

4_ غالبا ما يجد مصاعب في اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.

5_ غالبا ما يكون دائم النشاط أو يتصرف كما لو انه "مدفوع بمحرك".

6_ غالبا ما يسهب بالتحدث بإفراط.

الاندفاعية:

1_ غالبا ما يجيب قبل قبل اكتمال الأسئلة.

2_ غالبا ما يجد صعوبة في انتظار دوره.

3_ غالبا ما يقاطع الآخرين أو يتدخل في شؤونهم.

B_ وجود بعض أعراض فرط الحركية –الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه التي تسبب اختلالا قبل عمر 7سنوات.

C– وجود درجة محددة من الاختلال الناجم عن الأعراض في بيئتين أو أكثر (مثلا في المدرسة "أو العمل " أو في البيت).

D– ينبغي أن يكون هناك دليل واضح على اختلالهم سريريا في الأداء الاجتماعي، والأكاديمي، والمهني.

E– لا تحدث الأعراض حصريا أثناء سير اضطراب نمائي شامل أو فصام أو اضطراب ذهاني آخر، وليست ناجمة عن اضطراب عقلي آخر مثل اضطراب المزاج أو اضطراب تفارقي أو اضطراب شخصية.

ولتدعيم عملية التقييم فيرى (Reif.1998) في (حسن ياسين الزغلاوان،2001) أنه يمكن أن نضيف اختبارات التحصيل الأكاديمي واختبارات الذكاء. أما (الريحاني،1998) فيضيف أنه يجب أن تدعم المقابلات، والمقاييس التي يجيب عليها الأولياء، والمعلمون بملاحظات مباشرة في مواقف طبيعية للطفل، وفي أماكن، وأوقات متنوعة.

وفي ذات الصدد يضيف (ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005: 72_73_74) أن التشخيص الأفضل هو الذي يعتمد على عدة أساليب تشخيصية كالفحص الطبي، وإجراء بعض الاختبارات النفسية أو المعرفية، ومن تلك الأساليب السيكومترية الملاحظة، ومقاييس تقدير السلوك كما يلي:

_ الملاحظة: التي تعتبر من الطرق المستخدمة في التعرف على الأطفال الذين يعانون من سلوكيات غير مرغوبة، ويمكن التعرف بها على اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب قصور الانتباه فهي تستخدم كوسيلة لجمع المعلومات من الوالدين، والمدرسين كما يجب أن تحدث في مواقف متنوعة تشمل اللعب الفردي، والجماعي، وفي المنزل، ومع الوالدين، والأقران، وفي المدرسة. وتهدف الملاحظة إلى وصف السلوك الطفل عامة، وملاحظة السلوكيات غير السوية.

ب_ مقاييس تقدير السلوك: تعتبر أداة سهلة، وبسيطة الاستخدام تعتمد أساسا على تقدير الآباء، والمعلمين لسلوك الطفل في البيت، والمدرسة، وهي تساعد على تشخيص الاضطرابات السلوكية عند الطفل. ومن مقاييس تقدير السلوك التي يقوم المعلمون باستخدامها مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي مقياس Conners، وقائمة تقدير اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط المأخوذة من الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل حيث تستطيع هذه المقاييس التمييز بين الأطفال الذين لديهم الاضطراب والذين ليس لديهم مثل هذا الاضطراب.

7_ تصنيف حالات اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

يمكن توضيح التصنيف كما جاء في جدول المعايير التصنيفية للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية .وذلك بالرجوع الى المعايير التشخيصية الموضحة في العنصر السابق كالآتي:

* اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركية، النمط المشترك: إذا تحقق المعيار A1 و المعيار A2 لمدة ستة أشهر مضت.

* اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركية، سيطرة نمط اللاإنتباه: إذا تحقق المعيار A1 و لم يتحقق المعيار A2 في الستة أشهر الماضية.

* اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركية، سيطرة نمط فرط الحركية والاندفاعية: إذا تحقق المعيار A2 و لم يتحقق المعيار A1 في الأشهر الستة الماضية.

وفيما يلي وصف لأعراض كل نمط من الأنماط التصنيفية لاضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه حسب ما جاء في(مشيرة عبد الحميد، 2005: 20-21-22) كما جاء في المعايير التصنيفية للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية dsm4:

أولا: أعراض النمط الأول: اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه، سيطرة تشتت الانتباه:

وتظهر أعراضه بصفة مستمرة في آخر ستة أشهر قبل العلاج:

* الفشل في الانتباه للتفاصيل.
* صعوبة في الاستماع عند الحديث إليه.
* صعوبة في اتباع التعليمات.
* ضعف تنظيم المهام، والأنشطة.
* تجنب المهام التي تتطلب مجهود عضلي، وعقلي.
* سهولة السرحان في الأنشطة اليومية.
* النسيان (فقدان أشياء ضرورية للمهام، والأنشطة اليومية مثلا اللعب، والأقلام).
* سهولة الانسياق نحو المثيرات الخارجية والبعيدة عن المهام التي يقوم بها، أي يسهل تشتت الفكر من خلال مثير خارجي.
*فترة الانتباه قصيرة.

وطبقا لمعايير المعايير التصنيفية للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية dsm4 يجب أن يظهر لدى الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد وقصور الانتباه ستة أعراض فقط من تسعة أعراض مميزة لهذا النمط، ويشترط على السلوك أن يتكرر لمدة ستة أشهر قبل البدء بالعلاج، وكان أكثر تكرارا مما هو عليه عند الأطفال الآخرين الذين لا يعانون من هذا الاضطراب.

ثانيا: أعراض النمط الثاني: اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه سيطرة فرط النشاط الحركي والاندفاعية:

*القلق
* التململ(اهتزاز الأرجل أو الارتباك أثناء الجلوس مع خجل أو توتر عصبي).
* إفراط حركي، وعدم الراحة، ويترك مكانه عندما يجلس فترة من الزمن.

* ثرثرة في الحديث، وإصدار أصوات، وضجيج.

* التصرف بدون تفكير، ومقاطعة الآخرين، والجري، والتسلق في الوقت غير المناسب.

* كثرة حركات الرأس، والعينين.

* صعوبة في بداية المهام أو اللعب أو أنشطة أثناء فترة الفراغ.

* التسرع في الإجابة على الأسئلة قبل الانتهاء من طرحها.

وطبقا للمعايير التصنيفية للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية dsm4 يجب أن يخضع الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه لستة أعراض من تسعة مميزة لهذا النمط، ويشترط أن يتكرر السلوك على الأقل لمدة ستة أشهر قبل البدء بالعلاج، وكان أكثر تكرارا مما هو عليه عند الأطفال الذين لا يعانون من هذا الاضطراب.

ثالثا : أعراض النمط المشترك :عجز الانتباه مع فرط الحركة:

ويشتمل على أعراض النمط الأول والثاني معا، وطبقا لمعايير dsm4 يجب أن تظهر ستة أعراض من تسعة أعراض مميزة للنمط، وتظهر هذه الأعراض غالبا قبل سن سبع سنوات، وتعتبر الأعراض مطابقة للمعيار إذا تكررت على الأقل لمدة ستة أشهر قبل البدء في العلاج و كانت أكثر تكرارا مما هو عليه عند الأطفال الآخرين، ولم تعد كلا من الاندفاعية، والنشاط المفرط، وقصور الانتباه خصائص منفصلة عن بعضها البعض.

من ناحية أخرى يتوجه الباحثين إلى تحديد أدق لسلوكيات الطفل زائد النشاط في المواقف الفعلية من مجالات حياة الطفل وهي الأسرة، والمدرسة، والأقران. وفي هذا الإطار يحدد (فتحي مصطفى الزيات، 2006 :14) أهم هذه السلوكيات على النحو التالي:

ا- في المنزل:

1_ لا يستطيع أن يبقى ساكنا أو هادئا.

2_ لا يستطيع مسايرة أو مطاوعة ما هو مفروض من قيود.

3_ يبدي ويفرض مطالب زائدة على الآخرين.

4_ يعاني من مشكلات في النوم.

5_ يظهر عدوان غير مبرر.

6_ يصفه الآخرون بأنه شخص مزعج.

ب_ في المدرسة:

1_ يتململ بعصبية وبشكل مستمر.

2_ يفتقر إلى التركيز.

3_ مدة الانتباه قصيرة.

4_ يثور على القيود والقواعد المفروضة في بيئته.

6_ انخفاض مستوى التحصيل الدراسي.

ج_ في العلاقات مع الأطفال الآخرين:

1_يفشل في تكوين الأصدقاء.

2_ يتشاجر مع الأطفال حتى لو لم يتعرض للاستفزاز.

3_ سلوكه وتصرفاته حادة وغير لائقة.

4_ لديه ميول استبدادية ويحب السيطرة.

5_ لا يبدي أي اهتمام بحقوق الآخرين ومشاعرهم.

6_ يواجه رفضا ونبذا من أقرانه ومن الآخرين بشكل مستمر.

8_ التشخيص التفريقي اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

يشير ريف (Rief.2008) في (عبد الرحمان سيد سليمان ومحمود محمد سليمان، 2011: 287) أنه ليس كل طفل يظهر أعراض فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه يعاني بالضرورة من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي والاندفاعية فهناك مجموعة من الحالات، والاضطرابات التي قد تسبب سلوكيات قصور الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية، وهي في الحقيقة لا تعزى لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط. حيث يصعب علينا مثلا في مرحلة الطفولة المبكرة أن نميز أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عن سلوكيات الأطفال النشطة مثل: الجري وإحداث الضوضاء وغيرها، كذلك تحدث أعراض مشابهة لأعراض هذا الاضطراب بين الأطفال الذين لديهم ذكاء منخفض والذين يتم إدراجهم في أوضاع تعلمية غير مناسبة لقدراتهم العقلية، ونفس الشيء يحدث لدى التلاميذ الذين لديهم قدرات عقلية مرتفعة عندما يوضعون في أماكن لا تستثير قدراتهم.

كما ورد في (الجمعية الأمريكية للطب النفسي،2000) في (عبد الرحمان سيد سليمان ومحمود محمد سليمان، 2011: 287) أنه يجب التفريق بين اضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه وبعض الاضطرابات الأخرى مثل: (اضطراب المزاج، والقلق، واضطراب النمو الشامل، والاضطراب

ثنائي القطب) ففي هذه الاضطرابات تظهر أعراض قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بعد سبع سنوات من عمر الطفل، كما أن تاريخ نمو الطفل المتعلق بالتوافق المدرسي يجب ألا يوجد به سلوك مضطرب أو شكاوي من المعلمين تتعلق بمعاناة الطفل من قصور الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية.

كما تشير (مفيدة بن حفيظ، 2014: 99_100) إلى أن الاضطرابات النفسية تتداخل فيما بينها مما تجعل هذا التشخيص عملية صعبة، ومعقدة تحتاج إلى الدقة، والحذر حيث أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك المعارض أو الرافض هم الآخرون يميلون إلى مقاومة الواجبات المدرسية، وكذا المهام التي تتطلب جهودا بسبب عدم الرغبة في طاعة الآخرين وهو الأمر ذاته لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الذين يبدون الرفض فيما يتعلق بالواجبات المنزلية. كما تضيف أنه لا يصح إعطاء تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي إذا كانت الأعراض التي يبديها الحالة تحسب لصالح اضطراب آخر مثل اضطرابات الاكتاب أو القلق أو التفكك أو تغيير الشخصية بسبب حالة صحية معينة أو الاضطراب المتعلق بتناول العقاقير. وتضيف في ذات السياق أن أعراض فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه في كل الاضطرابات السابقة تظهر بعد سن السابعة، ولا يوجد في تاريخ الطفولة وفي التكيف المدرسي أي من السلوكيات المعيقة أو ملاحظات المعلمين عن سلوك نقص الانتباه وفرط النشاط، وفي حال حدوث أي من هذه الاضطرابات بشكل متزامن مع اضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه عندئذ يتم تشخيص كل اضطراب على حدى، وإذا ظهرت أعراض فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه ضمن الدورة الزمنية لاضطراب النمو العام أو الاضطراب الذهني لا يصح عندئذ إعطاء تشخيص اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه والأمر ذاته إذا ظهرت أعراض فرط النشاط وتشتت الانتباه نتيجة لاستخدام أحد العقاقير الطبية من نوع مضادات الذهان قبل عمر السابعة، والتشخيص الصحيح الذي نعطيه هو اضطراب متعلق بعناصر أخرى غير محددة.

9_ الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

تورد (مفيدة بن حفيظ، 2014: 94_96) جملة من الاضطرابات التي يغلب ظهورها مع اضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه نلخصها في ما يلي:

1_ عدم القدرة على التوافق الاجتماعي: لأن هذا الطفل يكون مندفعا، وعدوانيا، وعنيدا يرفض اتباع القواعد العامة، وسلوكه مؤذي للآخرين مما يجعله يتعرض للرفض من قبل الآخرين.

2_الاضطرابات الانفعالية: عادة ما يصاحب اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه بعض الاضطرابات الانفعالية مثل القلق، والاكتاب، والعزلة بسبب الرفض المتكرر من الآخرين مما يؤدي بهم إلى الشعور بالوحدة النفسية.

3_الاضطرابات السلوكية: خاصة السلوك العدواني الذي يؤدي إلى اضطراب علاقاتهم مع الآخرين مما يؤدي إلى صعوبة التكيف مع البيئة المحيطة بهم.

4_اضطرابات النوم: تتسبب اضطرابات النوم عند هؤلاء الأطفال بعدة مشاكل مما يجعلهم يشعرون دائما بالإرهاق الأمر الذي يؤثر على قدرة الانتباه لديهم، ولهذا يتميزون بكثرة الحركة، والتقلب أثناء النوم.

5_التأخر الدراسي: يرتبط أساسا بالضعف المعرفي واضطرابات الانتباه وذلك بسبب ما يلي:

_ ضعف القدرة على فهم المعلومات التي يستقبلها الطفل شفهية كانت أم مكتوبة.

_ الاستجابة الخاطئة: لأنه يعاني من ضعف القدرة على التركيز واستدعاء المعلومات الضرورية لفهم المسائل الرياضية مثلا.

_ كثرة النسيان.

_الكتابة الرديئة.

_ ضعف القدرة على التفكير بحيث يتميز بعدم الترابط، وانغماسه واستغراقه في مواضيع بعيدة عن العمل الدي يراد التركيز فيه.

_ شرود الذهن، وتشتت انتباهه بسهولة بين المنبهات البعيدة عن المنبه الرئيسي في العملية التعلمية.

_ تجنب المواقف التعلمية لأنه يحتاج إلى جهد عقلي، وتركيز انتباه.

_ صعوبات التعلم والتي ترجع إلى عدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة.

10_ أعراض وخصائص الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

مما لا شك فيه أن أعراض أي اضطراب تختلف باختلاف المرحلة العمرية وفيما يلي عرض مفصل لجميع الخصائص والسمات التي توضح اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط:

_ الأعراض في مرحلة الوليد:

وهنا يشير (نايف عابد الزارع، 2007: 26) إلى الفروق بين الوليد الذي يعاني من اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي، والوليد الذي لا يعاني من الاضطراب من حيث الوزن، والطول

حيث يزن الأول 2.250 كلغ وطوله بين(30) إلى (45) سم مقارنة بالعادي الذي يزن تقريبا 3.200 كلغ، وطوله حوالي (50) سم.

_ الأعراض في مرحلة المهد:

يكون الطفل في هذه المرحلة عرضة لنزلات البرد، والالتهابات الشعبية، والتهابات الأذن، واحتقان الحلق بسبب ضعف جهاز المناعة، كذلك يعانون من كثرة المغص المعوي الذي يرجع إلى قصور في قدرة الأمعاء على امتصاص سكر اللبن.

_ الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة :

وهنا يذكر جوردان(1988) في (نايف عابد الزارع، 2007: 26-27) أن الطفل المصاب يتأخر موعد بروز أسنانه اللبنية عامين مقارنة بالعادي الذي تبرز أسنانه بين الشهر السادس إلى الثامن.

_الأعراض في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة:

يشير(نايف عابد الزارع، 2007: 27) أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي تبدأ في مرحلة الطفولة المتوسطة، وذلك بأخذها شكلا سلوكيا، في هذه المرحلة يصعب التعرف عليه لطبيعة المرحلة العمرية التي تتميز بالنشاط والحركة بالفطرة، وهذا ما يجعل الأولياء لا يتعرفون على الاضطراب إلا بعد التحاقه بالمدرسة حيث إن البيئة المدرسية تتطلب من الطفل القيام ببعض الأنشطة، والمهام التي تتطلب التركيز، والنظام، والانتباه، وغالبا ما يتم اكتشاف الاضطراب من قبل المعلم لأنه يستطيع أن يقارن سلوك الطفل المصاب بسلوك أقرانه من نفس العمر الزمني.

غير أن ما يهم الباحثة في هذا الإطار هو الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في مرحلة المدرسة باعتبار أننا استهدفنا هذه الفئة في الجانب التطبيقي من الدراسة لنطبق عليها البرنامج العلاجي، ولهذا سوف نفصل في أعراض هذه الفئة من الأطفال كما يلي:

_ أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي في مرحلة المدرسة:

تطرق العديد من الباحثين، والدارسين لهذا الاضطراب لخصائص، ومميزات الأطفال المصابين به، والمميزات الأساسية لهم في مرحلة المدرسة حيث وصف (نايف عابد الزارع، 2007: 31) هؤلاء الأطفال بالخصائص التالية:

1- ضعف الانتباه، والإنصات، والتركيز: يتميز هذا الطفل بضعف قدرته على تركيز انتباهه نحو مثير معين لفترة طويلة، فنلاحظ عليه عدم القدرة على البقاء في مهمة واحدة حتى انتهائها، وصعوبة في تركيز الانتباه نحو التعليمات والارشادات الموجهة إليه.

2- سهولة التشتت: فهذا الطفل لا يستطيع تركيز انتباهه نحو مثير معين حيث يتشتت انتباهه بسهولة بحضور المثيرات الأخرى الموجودة في البيئة.

3- النشاط الزائد، والسلوك غير المقبول اجتماعيا: ما يميز هذا الطفل هو كثرة الحركة بدون هدف محدد، حركات عشوائية داخل القسم، وأثناء جلوسه على المقعد، ويحرك كل الأشياء الموجودة أمامه، كما يغلب على سلوكه الفوضوية بسبب عدم قدرته على ضبط نفسه، كما تتميز أفعاله في بعض الأحيان بسلوكيات مرفوضة اجتماعيا تخالف النظام السائد في المحيط الذي يتواجد فيه كأن يطلب الأشياء من زملائه بطريقة غير مناسبة، ومثيرة للإزعاج. كما تتميز سلوكياته بالعدوانية الأمر الذي يصعب عليه تكوين علاقات، وصداقات مع الآخرين.

4_الاندفاعية: الطفل لا يحترم الآخر حيث نجده يقاطع أحاديث الآخرين، ويجيب على الأسئلة قبل اكتمالها، وبدون تفكير، كما يصعب عليه انتظار دوره، كما أن هؤلاء الأطفال يقومون بأفعال خطرة دون المبالاة بعواقبها.

5-ضعف القدرة على التفكير: الطفل المصاب يعاني من قصور في التفكير بسبب كون المعلومات التي يتلقاها غير منظمة، وغير مركزة، وغير مترابطة لذلك نجد الطفل يخطئ في كثير من الأشياء التي سبق أن تعلمها فهو لا يتعلم بشكل صحيح، ولا ينقل أثر التعلم بشكل صحيح.

6- تأخر الاستجابة: بسبب قصور قدرته على التفكير فهو يحتاج وقتا طويلا لربط المعلومات بالشكل الصحيح، وتخزينها، وبالتالي قد يتطلب ذلك، وقتا أطول لاستدعاء المعلومات المخزنة في الذاكرة طويلة المدى، وهذا بدوره يؤدي إلى تأخر استجابة الطفل نحو الأشياء.

7- اضطرابات انفعالية: في أغلب الأحيان تبدو أفعال الطفل المصاب بالاضطراب غير ناضجة بالمقارنة بعمره الزمني، والعقلي فيغلب عليه التهور، وسرعة الغضب، وتذبذب المزاج، وصعوبة التأقلم مع الظروف الجديدة، وصعوبة إظهار مشاعره، وعواطفه، وانفعالاته الداخلية، وفي بعض الأحيان يبدون انطوائيين.

8- اضطرابات الكلام: إن الأطفال المصابين باضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه يعانون من قصور في اللغة التعبيرية، فقد لا يستطيع ربط الحديث ببعضه، وقد تكون جمله ناقصة، كما قد يعاني من اضطرابات النطق، واللغة.

9_الأداء الأكاديمي المنخفض: يعتبر تدني التحصيل الدراسي من أهم السمات التي يعاني منها الأطفال الذي يعانون من اضطراب قصور الانتباه و فرط النشاط الحركي ، كما قد يعاني من صعوبات تعلمية،

إضافة إلى أنهم يفتقرون لمهارات حل المشكلات، كذلك يلاحظ عليهم عدم قدرتهم على إنهاء الواجبات المدرسية، وفي وكثيرا ما يطرد الطفل عندما يبدي سلوكيات مرفوضة اجتماعيا.

_ الأعراض في مرحلة المراهقة والبلوغ:

ترى (فوقية حسن رضوان، 2003: 84) أن مراهقة هؤلاء الأفراد تتميز بانخفاض في النشاط الزائد وزيادة المشكلات الخاصة بمدى الانتباه، والاندفاعية إضافة إلى معاناتهم من مشاكل عدة مثل الفشل المدرسي، والإحباط واضطراب العلاقة مع الأقران. أما في مرحلة البلوغ فتصبح المشاكل الثانوية أكثر خطورة، وأكثر وضوحا فتظهر المشاكل العاطفية، والعلاقات الشخصية، والصعوبات المهنية، والمشاكل الزوجية.

كما يضيف (ADHD2,2004) أن 35% من المراهقين يتركون المدرسة وتظهر لديهم مظاهر الاكتئاب، وضعف الثقة بالنفس، وضعف الدافعية وفقدان الثقة بإمكانية تقبلهم اجتماعيا.

تضيف (خالدة نيسان، 2008: 151-152) أن هذا الاضطراب يمتد أثره إلى أبعد من ذلك فهو يصعب على الطفل بناء علاقات اجتماعية فاندفاعيته الزائدة اثناء اللعب، وخلال الحديث توقعه في الخلافات مع أصدقائه مما يجعلهم يبتعدون عنه في غالب الأحيان.

ويلخص كل من (levin .levin 2005) في (أمين ابراهيم شلبي، 2009: 114_115) السلوكيات المميزة للأطفال المصابين باضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه في خمس مجموعات من السلوك هي:

1_صعوبات الانتباه مع نقص القدرة على التركيز: وتتجلى في عدم قدرة الطفل على المكوث على كرسيه أثناء قيامه بواجبه، وسرعة تشتته وتحول انتباههم بسرعة من مثير إلى آخر، ونسيانهم للتعليمات ما يفسر وقوعهم في الأخطاء.

2_سوء التنظيم: ما يميز هؤلاء الأطفال هو سوء التنظيم حيث يصعب أن يضع أشياءه في مكانها، وغالبا ما يفقد أشياءه، ويضيعها فحياته بصفة عامة تتسم بالفوضى.

3_تدني المهارات الاجتماعية، والتمركز حول الذات: غالبا ما يكون الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه غير محبوبين من قبل أقرانهم خاصة عند لعب المباريات لعدم قدرتهم على انتظار الدور، وسلوكهم العدواني فهم لا يعبثون بمشاعر الآخرين.

4_الإفراط السلوكي: تمثل الحركة المستمرة السمة الأساسية لهؤلاء الأطفال ومن الصعب جلوسهم في مكانهم أكثر من دقائق معدودة حيث يقضون معظم وقتهم يتسلقون الكراسي، ويتجولون في القسم، يبدون

وكأنهم لا يستطيعون السيطرة على حركاتهم، وعلى ثرثرتهم فلا يعرفون التوقف عن الحديث عندما يجب ذلك حيث يستمرون في الكلام، ويقاطعون الآخرين أثناء حديثهم.

5_الانفعالية الزائدة: والتي تتجلى بسلوكيات مثل: تكسير الأشياء، إغلاق الأبواب بعنف، الاصطدام بأي خطر، القابلية للاستثارة، وعدم قدرتهم على التحكم في انفعالاتهم.

11_ مآل ومسار اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية:

يتنوع ويتغير مآل اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط حيث يرى (كمال سيسالم،2001) في (رحاب حمد الصاعدي،7) أن الأعراض قد تستمر إلى سن المراهقة أو حتى البلوغ، وقد تتغير صفة الاضطراب، وأعراضه مع الوقت فقد تختفي كثرة الحركة، وتستمر الاندفاعية، ونقص الانتباه مثلا. حيث تعتبر كثرة الحركة من الأعراض التي تتحسن مبكرا أما تشتت الانتباه فيكون من أكثر أشكال الاضطراب وأعراضه استمرارية، ومن الأمور التي تؤثر في مسار المرض، ومآله وجود تاريخ أسري للإصابة بالمرض، والظروف الأسرية أو الحياتية أو البيئية أو وجود اكتئاب أو قلق أو سلوك غير مستحب مصاحب للمرض فهذه العوامل قد تؤخر الشفاء من المرض.

وفي أكثر الحالات لا تتحسن حالة المريض بشكل كامل قبل سن 12 سنة، وعادة ما يحصل التحسن الكامل بين سن 12و 20 سنة من العمر، وفي الحالات التي يحصل لها هذا الشفاء الكامل يبقى تأثير بسيط للاضطراب، وتكون حياة المريض، وشخصيته، وانجازه في الحياة طبيعيا أو يقترب من الطبيعي، أما في حالة مالم يحدث الشفاء الكامل يبقى المريض معرضا لظهور اضطرابات نفسية أخرى مثل السلوك المعادي للمجتمع، والإدمان على المخدرات، واضطرابات القلق، والمزاج، وعادة ما تستمر الصعوبات في القدرة على التعلم بشكل طبيعي مدى الحياة إذا مالم يحصل الشفاء الكامل.

ويضيف عبد العزيز الشخص (1985) في (رحاب حمد الصاعدي:7) إلى أن الحالة تستمر إلى سن البلوغ عند 15 إلى 20 بالمئة من الحالات، ولكن ليس بنفس الأعراض أو الشدة كما في الطفولة فتختفي كثرة الحركة، وتستمر أعراض أخرى كنقص الانتباه، وسهولة التعرض للإصابات، والحوادث، وبالرغم من تدني تحصيلهم العلمي إلا أن أدائهم في الوظائف لا يختلف عن الاشخاص الطبيعيين.

وفي ذات السياق يضيف (كامل محمد علي، 2003: 54-55) أن النشاط الحركي أول عرض يبدأ بالاختفاء في حين يبقى تشتت الانتباه فلا يختفي قبل سن 12سنة، وإذا حدث فيكون بين 12-20 سنة، ومعظم الحالات التي تعاني من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه يمكنهم

الشفاء جزئيا من الاضطرابات الشخصية، والحالة النفسية لكن تستمر معهم اضطرابات التعلم، وحوالي 15-20 % من ذوي اضطراب الانتباه وفرط النشاط تستمر حتى مرحلة النضج.

12_علاج اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية:

كغيره من الاضطرابات السلوكية فاضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه قد استخدمت العديد من الطرق العلاجية لعلاجه، ولعل ابرزها: العلاج الطبي، والعلاج السلوكي، والعلاج النفسي، والعلاج التربوي، والعلاج الأسري، وفيما يلي توضيح لهاته الأساليب العلاجية، وكيف تساعد في علاج هذا الاضطراب. حيث صنف وونج 1999 في (مشيرة عبد الحميد، 2005: 127) أنواع العلاجات الخاصة بالأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه إلى أربعة أنواع هي: العلاج الطبي تعديل السلوك، وتعديل السلوك المعرفي، وتدريب الوالدين، وفيما يلي ندرج جملة من المداخيل العلاجية ومدى فعاليتها في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه.

-العلاج الطبي:

يتلخص العلاج الطبي لاضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه في استخدام جملة من الأدوية والتي هي عبارة عن محفزات للجهاز العصبي المركزي وحسب (محمد علي كامل، 2003: 61_62) فإن وظيفتها تنشيط القشرة المخية للسيطرة على تكوينات ما تحت القشرة المخية، وبالتالي تؤدي إلى خفض أعراض اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي لأن تكوينات ما تحت القشرة المخية إذا نشطت بدرجة ما فإنها تؤدي إلى زيادة الحركة والنشاط العشوائيين، واضطراب الانتباه. لكن هذا النوع من العلاج لا يخلو من الآثار الجانبية حيث أشارت الدراسات الطبية الحديثة إلى أن هذه العقاقير لها سلبيات لأن محفزات المخ غالبا ما تسبب إيقاف نمو الأطفال في الوزن، والطول، وبعض الأبحاث أثبتت رجوع الوزن، والطول إلى وضعهما الطبيعي بمجرد إيقاف العلاج الدوائي.

من ناحية أخرى يرى (جمال الخطيب، 2003: 197_198) أن تعود الطفل، وإدمانه على هذه العقاقير يؤدي إلى عدة مشاكل. ويعتبر الريتالين، والسايلرت، والدكسترين أكثر العقاقير استخداما لمعالجة هذا الاضطراب فهذه العقاقير أكثر فاعلية من غيرها إلا أن عدم وضوح طريقة عملها تضعف من قيمتها، حيث يعتقد أنها تزيد من قدرة الطفل على الانتباه، وتضعف السلوكيات العشوائية، وهي لا تعتبر من المهدئات لهذا هي لا تؤثر على الأداء المعرفي للطفل، فهي فقط تساعده على التعلم لأنها تخفض

مستوى السلوك غير المقبول لديه. غير أن هذا لا ينفي أنها كغيرها من العقاقير قد تنطوي على آثار جانبية.

وفي هذا الصدد يشير(فتحي مصطفى الزيات،2006) إلى الدراسة التي قام بها1982 kaval عن مدى كفاءة العلاج باستخدام العقاقير الطبية لذوي قصور الانتباه مع فرط النشاط الحركي حيث قام بتحليل ومسح 135 دراسة استخدمت العقاقير الطبية لعلاج هذا الاضطراب حيث أشارت النتائج إلى وجود تأثير إيجابي لهذا العلاج على الأطفال كما أن تأثير هذه العقاقير على المخرجات أو النواتج السلوكية عالي جدا كما لاحظ الباحثون أن ارتفاع حجم الأثر في الدراسات، والبحوث التي أقيمت من طرف الباحثين الأطباء إلا أن هذه التأثيرات تتضاءل إلى أن تنعدم بمجرد انتهاء مفعول الجرعات الطبية القائمة على استخدام العقاقير بينما أجمعت الدراسات على محدوديته إذا لم نقل انعدام الأثر على الجوانب الاجتماعية، والانفعالية بسبب توقف تأثير هذه العقاقير فيزيولوجيا على ما يلي:

_ معاناة 39% من الأطفال الذين يعالجون بالعقاقير الطبية من مشكلات واضحة وملموسة ناتجة عن الآثار الجانبية لهذه العقاقير مثل التعب العام، والتشويش.

-50 % يعانون من الغثيان، والدوار.

- 17% يعانون من الخمول، وضعف الطاقة، والاسهال، والانتفاخ، والتوتر العضلي، واضطراب المزاج، وفقدان الشهية.

- وفي بعض الحالات يبلغ آثار العلاج بالعقاقير حد الموت حسب ما أشارت إليه بعض التقارير.

- كما تسبب نقص الوزن، واضطراب النوم، وهذا ما يجعل استخدامها متحفظ عليه بقوة لدى هؤلاء الاطفال.

- العلاج السلوكي:

يعتبر من أكثر الأساليب نجاعة، وفعالية في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه يستند أساسا على نظرية التعلم التي تلخص العملية العلاجية بتحديد السلوكيات غير المرغوبة، والعمل على تبديلها بسلوكات مرغوبة يدرب الطفل عليها من خلال مواقف تعليمية. حيث يرى (الحنفي،1994) في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 122) إلى أن السلوكيون يرجعون اضطراب الانتباه إلى أربعة عوامل وهي:

_ الفشل في اكتساب سلوك مناسب أو تعلمه.

_ تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.

_ تناقض في المواقف التي يتعرض لها الفرد ما يجعله يفشل في اتخاذ القرار المناسب.

_ ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة الاستثارة، والاستجابة.

وفي هذا السياق يشير(حامد عبد السلام زهران، 1975: 286) بأن تعديل السلوك تتضمن عملية محو التعلم الخاطئ وإعادة التعلم وذلك بمحو السلوك غير المرغوب وإعادة تعلم أنماط سلوكية جديدة ومرغوبة. ويعتبر التعزيز من الأساليب السلوكية الفعالة، والذي يقوم على أساس مكافئة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يتدرب عليه، وقد أقيمت العديد من الدراسات في هذا الصدد كان الهدف منها هو اختبار مدى فعالية الأسلوب السلوكي في علاج هذا الاضطراب منها دراسة (كيندال وزملاؤه 1985) في (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 86_87) التي هدفت إلى خفض مستوى الاندفاعية لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، وقد بينت نتائج الدراسة أن استخدام فنيات العلاج السلوكي أدى إلى خفض مستوى الاندفاعية لديهم ونمى لديهم القدرة على التحكم في سلوكياتهم غير المرغوبة.

كما نشير هنا إلى الدراسة التي قام بها باركلي وآخرون (Barmly et all.1991) في (ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005: 92) والتي هدفت إلى توضيح أهمية المكافئة، والتعزيز وهما أسلوبان سلوكيان لطفل عمره (9) سنوات لديه نشاط زائد حيث كان يتم مكافئته إذا جلس مدة 10 ثواني بهدوء وذلك بمنحه نقود، وأوضحت النتيجة أن الطفل استطاع الكف عمليا، واتباع التعليمات، وازدادت الفترة التي يمكثها بهدوء كما أوضح المعلم أن الطفل أصبح هادئا، وتحسن مستواه في القراءة، واستطاع تكوين صداقات داخل القسم.

كما أشارت نتائج الدراسة التي قام بها كيربي و جريملي (Kirby § Grimle19865) في (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 87) إلى فاعلية العلاج السلوكي في تعديل السلوكيات السلبية لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب حيث طبقت الدراسة على عينة من التلاميذ تتراوح أعمارهم بين (6_12) سنة.

- **العلاج التربوي:**

يشير (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 88_91) إلى أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي يترافق مع صعوبات التعلم التي تكون إما سببا أو نتيجة لهذا الاضطراب فإذا كان الطفل ذو النشاط الحركي المفرط يعاني من صعوبات التعلم لذا فإنه يحتاج إلى خطة تعليمية خاصة بحيث يشترط أن تكون حجرة الدراسة مجهزة بطريقة خاصة، وببعيدة عن مصادر عن الضوضاء،

والمؤثرات الخارجية التي تشتت الانتباه بشرط أن تتوفر بها الاضاءة، والتهوية المناسبة، ومراعاة ملائمة الكرسي، وأن تكون الحجرة خالية من المشتتات مثل الصور، والأدوات التي تشتت انتباه الطفل. أما إذا كان الطفل لا يعاني من صعوبات التعلم فيكفي المعلم أن يستخدم بعض الاستراتيجيات التربوية التي تعتمد على جذب انتباه الطفل، ومراعاة أن تكون المواقف التعليمية تتسم بالإثارة، والتشويق قصد السيطرة على سلوكيات الطفل غير المرغوبة، وتجنب النقد للتلميذ الذي يؤدي إلى العناد، والسلوك العدواني. هذه العوامل تجعل التحصيل الدراسي لهؤلاء الأطفال يرتفع، وعن الدراسات التي أقيمت في هذا الصدد نجد دراسة جون وزملاؤه 1995 في (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 88_91) التي كان هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين المعلم، والأقران بالطفل الذي يعاني من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه، وأثره على سلوكه المشكل في قاعة الدراسة، وقد أثبتت النتائج أن التفاعل السلبي بينهم كان يؤدي إلى زيادة المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين باضطراب الانتباه بينما كان التفاعل الايجابي بينهم يقلل من عدد وحدة السلوكيات المشكلة لديهم.

كما تشير دراسة (Du paul § Eckert 1978) في (فتحي مصطفى الزيات، 2006: 20) أنه ليس هناك أدلة واضحة على دور هذه التدخلات الأكاديمية أو التربوية في تحسين أو رفع المستوى الأكاديمي للتلاميذ ذوي قصور الانتباه مع فرط الحركة لكن أثر هذه التدخلات يتجلى في التحكم في السلوك داخل القسم، والتفاعل الاجتماعي كان ملموسا لكن هذه الأثار الإيجابية في مجال الضبط السلوكي لم تعزز أثرا إيجابيا على الأداء المعرفي، والأكاديمي، والمهاراتي بوجه عام.

أما (فوزية محمدي، 2011: 55) فتلخص الأساليب التي يمكن أن يتبعها المعلم حتى تساعده في التخفيف من أعراض اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه في ما يلي: محاولة التأكد من فهم التلاميذ للدرس، وتوضيح وتكرار التعليمات، أما لتقليل التشتت يستحسن توفير فترات راحة بين النشاط والآخر، واستخدام أدوات وطرق متنوعة، وكذا استخدام الألوان لتركيز انتباهه أكثر وإدراج بعض الأجهزة الإلكترونية المدعمة كالحاسوب.

- **العلاج الأسري:**

يرى perkly 1981 في (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر،1999) أن الهدف الأساسي لهذا العلاج هو ضبط وتعديل البيئة المنزلية للطفل المصاب بهذا الاضطراب لكي تصبح ملائمة لهذا النوع من العلاج كما يهدف أيضا إلى تدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك الغير مرغوب لدى طفلهم في بيئته الطبيعية بالمنزل. تضيف (مفيدة بن حفيظ، 2014: 119) إلى أن العلاج الأسري يهدف إلى

إزالة الإحباط الأسري بين أفراد الأسرة والعمل على خفض الصراعات القائمة بينهم كما يلزم إعادة ترتيب الجو المنزلي بحيث لا يكون كثير الإثارة أو مغلقا جدا أو منفتحا جدا لأن الطفل يحتاج إلى هدوء ونظام، وهنا تجدر الإشارة إلى الدارسة التي قام بها باركلي وآخرون (Berkley et all .1992) التي قارن فيها بين ثلاث برامج أسرية: إدارة السلوك، حل المشكلات، الإرشاد الأسري البنائي، وأظهرت النتائج فاعلية البرامج الثلاث في خفض الاتصال السلبي، والصراع العائلي، والغضب المصاحب لهذا الصراع، والإكتاب العائلي، وهذا ما أدى إلى خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه.

ـ العلاج الغذائي:

وهنا يجدر التذكير إلى العلاقة الإيجابية بين الحساسية للتغذية، واضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه لدى الأطفال بحيث تشير (مفيدة بن حفيظ، 2014: 114) أن تناول كمية كبيرة من الأطعمة الجاهزة أو الخضروات والفواكه الملوثة بالمبيدات تزيد من الاضطراب، وهذا ما أشارت إليه دراسة (سحر الخشرمي،2004) التي حددتها في عدة أشياء منها: الصبغات الموجودة في الشكولاتة، القهوة، والمشروبات الغازية، والعصائر المسكرة، والألوان الصناعية، لهذا ينصح بتجنب هذه الأغذية مع التركيز على الوجبات الغذائية المتكاملة، والمتوازنة. كما تشير دراسة كابلان وآخرون (Kablan et all 1989). التي أجريت على عدد من المفحوصين الذين يعانون من الحساسية لأنواع معينة من الأغذية، وقد أظهرت النتائج أن 42% من المفحوصين قد حققوا تحسنا بمعدل 50 % من سلوكياتهم، وأن 16 % منهم حققوا 12 % من التحسن.

ـ العلاج البدني الرياضي:

يرى سامح الجداوي (2011) في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 118) أنه يمكن تخفيف مشكلة ضعف الانتباه لذوي صعوبات التعلم عن طريق أنشطة اللعب بحيث يتم استخدامه كوسيلة إرشادية، وعلاجية، وهذا ما تشير إليه (مواهب ابراهيم،2004) بأن الألعاب الترويحية لها قدرة هائلة في مساعدة الأطفال على التخلص من مشاعر الرهبة، والخوف، والإحجام، ويزيد من قدرتهم على الانتباه، والتركيز، والتواصل، والتآلف. أما (محمد أحمد،2004) فيشير إلى دور اللعب، والتعبير بالقصص الحركية في زيادة تركيز الانتباه المرتبطة بالعملية التعليمية. كما أثبتت دراسة (سامح الجداوي،2001) أن الرياضة تسهم في امتصاص الطاقة الحركية الزائد للأطفال، والتخفيف من الاندفاعية، وتعديل الانتباه.

_ العلاج الأسري:

يشير(السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 95) إلى أن العلاج الأسري يهدف أساسا إلى تعديل البيئة المنزلية للطفل المصاب باضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي لكي تصبح ملائمة لهذا النوع من العلاج، وكذلك تدريب الوالدين على التعامل مع الطفل في المنزل عن طريق برامج مصممة خصيصا لهذا الغرض، أما (عهود عدنان سفر، 2005: 19) فقد أضافت العلاج المعرفي السلوكي الذي يهدف إلى التعامل مع الجوانب الفكرية، والسلوكية للطفل المصاب بهذا الاضطراب.

خلاصة

يمكن تلخيص كل سبق ذكره في هذا الفصل بالقول أن اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه عرف تطورا وتغيرا في المصطلح والمفهوم حيث يعرف بالأعراض الأساسية الثلاث: تشتت الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية أما من ناحية الأسباب فإن هناك من يرى أنه اضطراب جيني المصدر وهناك من أرجعه للوراثة بينما يرى السلوكيون أنه سلوك ناجم عن تعلم خاطئ، في حين يفسره آخرون بالبيئة والتلوث بالمواد الكيماوية وببعض الأغذية، كما يعزو آخرون هذا الاضطراب إلى أساليب المعاملة الوالدية غير الصحيحة. وبما أن هذا الاضطراب واسع الانتشار فإن أنواع التدخل العلاجي له متنوعة من طبية وسلوكية ومعرفية وإرشادية وأسرية وكلها أثبتت فعاليتها في علاجه.

الفصل الثالث:

العلاج السلوكي

تمهيد

المبحث الأول: العلاج السلوكي

1_تعريف العلاج السلوكي

2_تطور العلاج السلوكي

3_المسلمات الرئيسية للعلاج السلوك

4_النظريات المؤسسة للعلاج السلوكي

5_المبادئ الأساسية للنموذج السلوكي

6_أساليبه وتقنيات العلاج السلوكي

7_مزاياه وعيوب

المبحث الثاني: فعالية أسلوب التشكيل في خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه

1_تعريف التشكيل

2_خطوات التشكيل

3_تطبيقات عملية لأسلوب التشكيل في علاج اضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه

4_فوائد التشكيل وطرق زيادة فعاليته

ملخص

تمهيد

إن اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه يشمل مجموعة من المظاهر الأساسية أهمها: ضعف الانتباه، وفرط الحركة، والاندفاعية مما يؤدي إلى صعوبات أكاديمية، واجتماعية، ونفسية. لهذا سعى المختصون، والمهتمين بهذا الاضطراب إلى بحث سبل العلاج هذا ما يفسر تعدد أساليب التدخل التربوي، والعلاجي للحد من المشكلات التي يظهرها الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، وذلك باختلاف الأسباب المؤدية للاضطراب فالأطباء لجئوا بطبيعة الحال إلى علاج هذا الاضطراب بالعقاقير الطبية، وإتباع نظم التغذية في حين اختلف علماء النفس باختلاف توجهاتهم النظرية فمنهم من سلك المنحى السلوكي، ومنهم من سلك المنحى المعرفي، ومنهم من جمع بين الاتجاهين في ما يعرف بالعلاج المعرفي السلوكي حيث كان يرى كل مؤيد لمدرسة ما بان أفضل أسلوب لحل أي مشكلة هو ما تنادي به مدرسته.

وعلى الرغم من تنوع الأساليب العلاجية لهذا الاضطراب إلا أن الدراسات التي أجريت في هذا المجال أشارت إلى فعالية العلاج السلوكي الذي يعرفه (محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن، 1998 :13) بأنه أسلوب من الأساليب الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات، وقواعد التعلم، ويشتمل على عدد كبير من الفنيات العلاجية تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في السلوك، وبصفة خاصة في سلوك عدم التوافق. حيث يعتبر العلاج السلوكي من الأساليب البديلة للعلاج بالأدوية (ذات الآثار الجانبية على الأطفال) هذا الأخير يمكن استخدامه من قبل الأطباء، والآباء، والمدرسين، والباحثين لخفض اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه لدى الاطفال.

فيما يلي سنحاول التعرف على هذا الأسلوب العلاجي، وذلك بالتطرق إلى مختلف المفاهيم المتعلقة به، وكذا الأسس النظرية التي يقوم عليها، وكذا مختلف التقنيات العلاجية التي تندرج ضمن هذا الأسلوب.

المبحث الأول: العلاج السلوكي

1_تعريف العلاج السلوكي:

بعد الاطلاع على جملة من التعاريف عن العلاج السلوكي من التراث النظري نجد اتفاق على أن العلاج السلوكي هو عملية منظمة تشتمل على تطبيق إجراءات علاجية معينة الهدف منها ضبط المتغيرات المسئولة عن السلوك، ويعتبر السلوك منهجية علمية لمعالجة المشكلات الإنسانية حيث يعتبر(نايف عابد الزارع، 2007: 54) أن العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة، والفعالة في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه حيث يقوم هذا العلاج أساسا على نظرية التعلم التي تقوم على مبدأ تحديد السلوكيات غير المرغوبة للفرد، والعمل على تعديلها من خلال التدريب على سلوكيات جديدة مناسبة معتمدين على بعض المواقف التعليمية.

يضيف (مصطفى نوري القمش وخليل عبد الرحمن المعايطة، 2007: 91) أن هذا الأسلوب يعتمد في علاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات على مفاهيم النظريات السلوكية الخاصة بتشكيل السلوك حيث يعتبرون السلوك السوي وغير السوي أمرا يمكن تعلمه بمعنى أنه يمكن تشكيله، وإكسابه للأفراد، وكذلك محوه، وإطفاؤه، وينظرون إليه مباشرة دون البحث في الأسباب التي أدت إلى حدوثه، ويتعاملون معه وفقا لأهم قاعدة في قواعد تعديل السلوك التي نادي بها العالم الكبير سكينر وهي أن السلوك محكوم بنتائجه.

إن العلاج السلوكي كما عرفه عبد الستار ابراهيم(1990) في (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1990: 31) هو شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد بحيث تؤثر إيجابا على حياة الفرد وحياة المحيطين به، وتجعلها أكثر فاعلية كل هذا بالاستعانة بحقائق علمية، وتجريبية في ميدان السلوك.

في حين يعرف (ناصر الدين أبو حماد، 2008: 24_25) تعديل السلوك الانساني بأنه تغيير السلوك عن طريق تغيير الظروف المحيطة به سواء منها الظروف التي تسبق السلوك أو الظروف الجديدة التي تحدث بعد السلوك. هذا الإجراء يهدف إلى الرفع من فرص حدوث السلوك المرغوب فيه أو تقليل احتمالات ظهور سلوك غير مرغوب فيه مثلا: تقليل عدد مرات الخروج من المقعد لدى تلميذ يعاني من مشكلة فرط النشاط، وكذا اظهار شكل سلوكي ما في المكان، والزمان المناسبين، ويبقى أهم هدف لتعديل السلوك هو تشكيل سلوك جديد.

في حين يطلق البعض على العلاج السلوكي اصطلاح تعديل السلوك خاصة عندما يستخدم في بيئة غير عيادية، وهذا ما ورد في (محمد محروص الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن، 1998: 13-14) فتعديل السلوك هو بناء لبيئة تعلم يتم فيها تعلم مهارات، وسلوكيات جديدة بالمقابل يعمل على تقليل الاستجابات غير المرغوبة، والعادات غير المحببة حيث يصبح المريض أو المسترشد أكثر دافعية للتغيرات المطلوبة، ويتميز العلاج السلوكي بأنه لا يهتم كثيرا بالبحث في الخبرات الماضية للفرد بل يتميز بأنه يركز على الحاضر، ويشتمل على فنيات، وإجراءات يمكن للفرد أن يفهم مغزاها بسهولة حيث يخلو من الغموض، ومن الممكن تدريب الآباء، والأمهات، والمدرسين على القيام به.

وباعتبار أن العلاج السلوكي يهتم بالسلوك الظاهر، ويهمل العمليات الداخلية فلابد من التطرق إلى مفهوم السلوك الانساني حسب هذه المدرسة حيث ترى (امال البكري، 2006: 42) أن السلوكيون يميلون بوجه عام إلى إهمال العمليات الداخلية التي تكون وراء السلوك، حيث أنكر واطسون أية عمليات وسيطية يقوم بها الفرد بين المثير والاستجابة. أما (شقيق محمد، 2002: 30_32) فقد أشار إلى أن المدرسة السلوكية تعتبر أن السلوك الانساني سلوك فطري منعكس أي أنه عبارة عن فعل ورد فعل أو مثير، واستجابة، ولا تعترف هذه المدرسة بوجود استعدادات فطرية دافعة يرثها الإنسان فبنظرهم الإنسان عبارة عن آلة تستجيب لما حولها من منبهات، وفسرت هذه المدرسة سلوك الانسان على أنه فطري منعكس فهي ربطت بين المنبه والاستجابة بصورة لينة محضة دون النظر إلى طبيعة المنبه، ودون اعتبار لشعور الفرد، وحالته النفسية ولهذا فقد تلقى هذا الرأي عدة انتقادات لأن المنبه الواحد قد يثير استجابات مختلفة في أشخاص مختلفين أو في الشخص الواحد من حين لآخر، وقد صنفت المدرسة السلوكية السلوك الانساني إلى قسمين:

1-السلوك المنعكس الشرطي البسيط (الفطري أو التلقائي أو الميكانيكي) وهذا السلوك قسري لا دخل للإرادة فيه وهذا ما يحدث لحدقة العين عند تعرضها للضوء الشديد.

2_السلوك المنعكس الشرطي المركب (المتعلم أو المكتسب): وكمثال عن هذا السلوك مثلا إذا سلطنا تيارا كهربائيا على يد شخص فإنه يستجيب بسحب يده في الحين، وسحب اليد هو فعل منعكس، إذا قمنا بتسليط التيار الكهربائي مقرونا بقرع الجرس فإن هذا الشخص يتعلم عادة جديدة فهو يسحب يده إذا سمع صوت الجرس وحده دون أن نسلط عليه التيار الكهربائي.

2_تطور العلاج السلوكي:

إن تطور العلاج السلوكي أصبح واضحا حسب (عبد العزيز محمد العبد الجبار، 1997: 10) منذ أخذ يسلك المنهج التجريبي مع سكينر حيث يميل العلاج السلوكي إلى التركيز على الأعراض أكثر من التركيز على الأسباب، ويرى هذا الاتجاه أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة عن طريق التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الفرد أي سلوك آخر. ويمكن أن نتعرف على المراحل التي مر بها العلاج السلوكي في تطوره بسرد متسلسل لأهم أعلام هذا المنهج العلاجي وإسهاماتهم فيه.

ايفان بافلوف(Bavlov 1849-1936)

يشير (محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن، 1998: 67) إلى أن أعمال العالم الروسي ايفان بافلوف في بداية القرن العشرين تعد من البوادر، واللبنات الأولى لهذا النموذج العلاجي من خلال أبحاثه على مجموعة من الكلاب أين اكتشف هذا الأخير أن الحيوانات تتعلم الجمع بين الحوادث والأشياء من خلال قانون التوقعات، وبصفة أدق اكتشف بافلوف أن الكلب يمكن أن يتعلم (التعلم الإجرائي) أن يسيل لعابه نتيجة لدق الجرس، وذلك من خلال جعل الكلب يتصور أنه سيحصل على الطعام كنتيجة لدقات الجرس.

بعد بافلوف جاء الباحثان واطسون وسكنر اللذان حاولا تطوير هذا النموذج حيث ساهما مساهمات كبيرة عن مدى تأثير تعديل فكرة ملاحظة تكييف السلوك بمعنى أن الطفل لا يتعلم فقط من خلا تجاربه الشخصية وإنما أيضا من خلال الثواب والعقاب من الآخرين، وهذا ما يطلق عليه التعلم بالملاحظة.

واطسون و راينر watson §rayner

ورد عن (محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن، 1998: 16_17_18) أن البدايات الأولى لظهور المنحى السلوكي تعود إلى التجارب التي أجراها واطسون و راينر (1920) على طفل صغير يبلغ من العمر احدى عشر شهرا حيث تعرفا على مثير يحدث الخوف لدى الطفل وهو الصوت العالي بعدها قاما بتقريب أرنب أبيض كان مألوفا لدى الطفل يقترب منه دون خوف وفي نفس الوقت يصدران الصوت العالي، وبعد فترة أصبحا يقربان الأرنب الأبيض لوجده فلاحظا أن الطفل أصبح يخاف من الأرنب بل تعدى الأمر أن أصبح يخاف من مثيرات أخرى تشبهه مثل فراء أبيض وغيره ..

جوزف وولبيه josef wolph

الذي قام في عام 1958 بنشر كتاب حول العلاج بالكف بالنقيض ضمنه بمجوعة الإجراءات، والتطبيقات، والنتائج المحصل عليها من تطبيقه لقواعد التعلم في علاج الاضطرابات العصابية لدى الراشدين. وتعد نظرية بافلوف (1927)pavlov و هل (1934)hull الأساس الذي بنى عليه مجموعة من الأساليب العلاجية، كما قام ببحوث تجريبية هدفت إلى تخفيض الخوف لدى حيوانات التجارب حيث أوضح أن التخلص من الخوف يعتمد على قاعدة الكف بالنقيض، وقد طور الطريقة المعروفة في علاج الخوف والتي تعرف بالتخلص التدريجي من الحساسية.

هانز ايزنك hans eysenck

ركز ايزنك في أعماله على القواعد، والأساليب التي طورها كل من بافلوف و هل، وتعتبر بحوثه وكتاباته علامة على تطور العلاج السلوكي كبديل عن العلاج النفسي التقليدي حيث نادى بفكرة أن العلاج السلوكي هو طريقة علمية قائمة على التجريب فهو علم تطبيقي على عكس التحليل النفسي الذي سمته الغموض الشديد.

سكينر skinner

تعتبر أعمال سكينر في مجال التعلم من أهم الإسهامات التي ساعدت في تطور العلاج السلوكي حيث قدم قواعد الاشراط الاجرائي، ويعتبر كتابه الشهير عن العلم والسلوك البشري الذي انتقد فيه طريقة التحليل النفسي وعرض تصورا للعلاج النفسي في صورة مصطلحات سلوكية، ويركز سكينر في كتاباته على أن السلوك الملاحظ هو الموضوع الأساسي في التغيير العلاجي، وهو محور أساسي يقوم عليها العلاج السلوكي.

يضيف (محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن، 1998: 19_20) أنه بالرغم من كل هاته الاسهامات، والتجارب في محاولة علاج بعض المشكلات فإن العلاج السلوكي ظل يسير سيرا بطيئا بين العشرينات، والخمسينات من القرن العشرين لبقاء التحليل النفسي مسيطرا سائدا حينها حتى الحرب العالمية وبعدها أين واجه هذا الأخير انتقادا كبيرا بحجة عدم وجود أدلة على فعاليته.

وفي أواخر الخمسينيات تغير مسارها حيث تبنت المدرسة السلوكية آراء جديدة في تفسير السلوك حيث تشير (زينب شقير،1999) إلى التحول الهام في مجال الأمراض النفسية، ومع حلول سنوات الستينات، والسبعينات تجاوز العلاج السلوكي مرحلة الاعتماد على قواعد الاشراط الكلاسيكي والاجرائي التي استنتجت من التجارب المخبرية على الحيوانات.

3_المسلمات الرئيسية للعلاج السلوكي:

يمتاز العلاج السلوكي بجملة من الخصائص تميزه عن بقية الأساليب العلاجية حيث يدرج (عبد الستار ابراهيم وآخرون، 1993: 33_35) جملة من المسلمات التي يرتكز عليها نذكر منها ما يلي:

1_اقتصاد الجهد الذي يبذله المعالج السلوكي مقارنة بالمحلل النفسي فهو لا يبحث عن تفسيرات لاشعورية للسلوك، وتفسيرها بصراعات طفلية مبكرة أو غرائز أو عوامل فيزيولوجية بل أنه يركز على علاج الأعراض في صورتها الراهنة فمثلا المعالج السلوكي لدى محاولته علاج القلق أو الخوف المرضي لن يبحث عن ماضي الحالة، ولن يعالج الاضطراب على أنه حصيلة عوامل لاشعورية أو صراعات أوديبية بل يكون هدفه الأول هو التحرر من الخوف أو القلق فهو ينظر إلى الاضطرابات على أنها سلوكيات شاذة أمكن اكتسابها بفعل أخطاء في عملية التعلم.

2_ أن عملية التشخيص والعلاج في العلاج السلوكي شيآن ملتحمان فتشخيص المشكلة هو تحديد التصرفات أو الأخطاء التي مر بها الطفل فجعلته يخاف مثلا فالمعالج السلوكي يهتم برصد الاستجابات، وردود الأفعال البيئية قبل ظهور السلوك المشكل وبعده ولدى تعديله وتغييره لهذه الأسباب يتم التخلص من المشكلة وهذا هو العلاج السلوكي.

3_ يرى العلاج السلوكي أنه بعلاج الأعراض يتم علاج المرض فهو إذن علاج يركز على الأعراض.

4_ اختلاف نظرة المعالجين السلوكيين إلى المسلمات التقليدية في العلاج النفسي التي ترى أن الأعراض المرضية قد تتحول أو تستبدل بأعراض أخرى إذا لم تعالج الأمراض التي تسببها. فالمعالج السلوكي يفترض أن علاج مشكلة الخوف مثلا سيجعل الطفل قادرا على مواجهة مشكلته الراهنة وبهذا سيكتسب ثقته بنفسه وستتغير نظرته لأعراضه فالسلوكيون يؤكدون أن علاج الأعراض وحدها لا يؤدي إلى ظهورها في أشكال بديلة وهذا ما أثبتته التقارير، والدراسات التتبعية.

4_النظريات المؤسسة للعلاج السلوكي:

النظريات المؤسسة للعلاج السلوكي هي عبارة عن مجموعة من المسلمات، ومبادئ نظريات التعلم والمتمثلة في: الأشراط الكلاسيكي، الاشراط الاجرائي، نظرية التعلم الاجتماعي. وفيما يلي عرض لهذه النظريات:

- **الاشراط الكلاسيكي:**

يشير (محمد محروس الشناوي، 1998: 68_67) بأن الاشراط الكلاسيكي هو نموذج للتعلم يقوم على أساس الأبحاث التي قام بها عالم الفيزيولوجيا الشهير ايفان بافلوف (1902) في تجاربه

الفيزيولوجية على الكلاب، وقد خلص بافلوف من تجاربه إلى القاعدة التالية: إذا كان من شأن مثير ما أن يولد منعكسا (استجابة) لدى الكائن أطلق على هذا المثير "مثير غير مشروط " وسميت الاستجابة المترتبة عليه "استجابة غير مشروطة" أي إذا اقترن هذا المثير غير المشروط مع مثير آخر ليس من طبيعته توليد الاستجابة المذكورة "مثير محايد" فإنه بعد فترة مناسبة من الاقتران بين المثيرين "المشروط والمثير المحايد" يصبح للمثير الجديد الذي أصبح الآن مثيرا مشروطا خاصية توليد الاستجابة التي كان يولدها المثير غير المشروط وذلك بظهوره وحده وتعرف الاستجابة التي يولدها بالاستجابة المشروطة.

يضيف(محمد محروس الشناوي، 1998: 68_69) أن تجربة بافلوف الشهيرة على الكلاب تتلخص في أنه عندما كان يجري بعض تجاربه الفيزيولوجية على الجهاز الهضمي لديها لاحظ أن الكلاب تبدأ في إفراز اللعاب عند سماعها صوت أقدام العامل الذي يتولى تقديم الطعام لها بصفة منتظمة من هنا استنتج أن صوت أقدام العامل أصبح يحل محل الطعام في افراز اللعاب لدى الكلاب، وقد فسر بافلوف ذلك بأنه راجع إلى اقتران صوت أقدام العامل مع رائحة الطعام لفترة من الزمن. فيما بعد عوض بافلوف صوت الأقدام بمثيرات سمعية، وبصرية، وشمية مثل قرع الجرس أو صوت فتح الباب أو الضوء. وقد أطلق بافلوف على المثير الأصلي "الطعام" في هذه الحالة اسم "المثير غير المشروط " لأنه يؤدي إلى الاستجابة (إفراز اللعاب) دون شروط. وأطلق على المثير الاصطناعي مثل (قرع الجرس او الضوء) اسم المثير المشروط وذلك لأنه يشرط لكي يؤدي إلى الاستجابة (افراز اللعاب) أن يقترن لفترة من الزمن مع المثير غير المشروط (المثير الطبيعي).

أما تجربة واطسون وراينر مع الطفل ألبرت الذي يبلغ عمره 11 شهر والذي بعد أن عرف هذان الأخيران أنه يخاف من الأصوات العالية قاما بتقريب أرنب أبيض من الطفل (مع العلم أن هذا الطفل لم يكن يخاف من الأرانب البيضاء) وكلما حاول الطفل لمس الأرنب أطلق الصوت العالي المخيف للطفل (مثير غير مشروط) وفيما بعد أصبحت رؤية البرت للأرنب وحده (مثير مشروط) دون وجود الصوت العالي ينتج لديه شعور بالخوف (استجابة مشروطة) وامتد ذلك ليشمل كل الأشياء ذات اللون الأبيض مثل رؤية سيدة ذات معطف أبيض أو شيخ ذا لحية بيضاء (يعرف بتعميم المثير).

كما يلخص (محمد محروس الشناوي، 1998: 70) كيفية حدوث الاشراط الكلاسيكي كما جاء في بعض النظريات من خلال الارتباط بين المثير المشروط والمثير غير المشروط (عملية المزاوجة أو الاقتران) فإن المثير المشروط يوفر معلومات عن حدوث المثير غير المشروط، وكلما زاد احتمال أن يقع المثير غير المشروط كان الاشراط الكلاسيكي أقوى، وكان احتمال حدوث الاستجابة المشروطة بعد

المثير المشروط أكبر. وبعد أن تبدأ الاستجابة المشروطة في الحدوث فإنها تتبع بالمكافئة أو العقاب، وهذا بدوره يؤثر في حدوث الاستجابة، وبهذا التصور فإن الاستجابة المشروطة تعتبر في الغالب استجابة يقوم بها الكائن للإعداد للمثير غير المشروط.

ولقد لخص فرنون fernon المبادئ المتعلقة بالاشراط الكلاسيكي في (فوزية محمدي، 2011: 111) كما يلي:

1_ إن اقتران مثير مشروط بمثير غير مشروط يمنح المثير المشروط قوة ذاتية لإثارة نفس الاستجابة التي يتمتع بها المثير غير المشروط.

2_ إذا كان المثير غير المشروط قويا فإن استجابته الانعكاسية تكون قوية والعكس صحيح.

3_ إذا كان المثير غير المشروط قويا، وكبير الفعالية أثناء عملية تعديل السلوك فإن استجابة المثير المشروط خلال إقرانها تكون قوية أكثر.

4_ إذا ازدادت مرات إقران المثير المشروط بدرجة كافية، ومناسبة بالمثير غير المشروط فإن ذلك يساعد المثير المشروط على اكتساب استجابة المثير غير المشروط بشكل كاف.

5_ ظهور استجابات متشابهة عند تقديم مثيرات مشابهة للمثير المشروط.

- **التعلم بالنموذج:**

تعود البداية الأولى لهذا النموذج حسب (محمد محروس الشناوي، 1998: 156) إلى ألبرت بندورا وكتاباته حول التعلم الاجتماعي حيث تعتبر النمذجة فنية علاجية بسيطة تقوم على أساس توفير نموذج سلوكي مباشر يكون الهدف توصيل معلومات حول نموذج السلوك المعروض للعميل بقصد إحداث تغيير ما في سلوكه سواء لإكسابه سلوكا جديدا أو زيادة أو إنقاص سلوك موجود عنده.

ويسرد لنا (احمد الظاهر القحطان، 2004) في (فوزية محمدي، 2011: 115) تجربة باندورا وروز اللذان أقاما تجربة على مجموعة من الأطفال الذي قاما بعرض أفلام تلفزيونية قصيرة تصف شخصا يتصرف بعنف مع دمية مطاطية حيث كان يركلها، ويصفعها بقوة، وعنف ويمزقها إلى قطع بعدها قام الباحثان بنقل الأطفال إلى غرفة أخرى تحوي دمى مشابهة لتلك التي شاهدوها في التلفزيون عندها لاحظوا أن الاطفال بدئوا يتصرفون بنفس الطريقة العنيفة والعدوانية. من هنا استطاع باندورا الاستنتاج أن الكثير من التعلم يحدث عن طريق التقليد والمحاكاة.

يضيف (عبد الستار ابراهيم وآخرون، 1993: 49) أن باندورا أوضح من خلال دراساته أن عملية التعلم الاجتماعي عملية نشطة تحتاج إلى شروط لضمان نجاحها وهي: إعطاء تعليمات لفظية

خلال ملاحظة النموذج، والعمل على إثارة الدوافع، والاهتمامات الشخصية للطفل كما تزداد القدرة على التعلم الاجتماعي بعض العوامل كعامل الذكاء، والقدرة على تنظيم الذات والبيئة.

وفي هذا السياق يدرج ارجييل (Argyle 1984)في (فوزية محمدي، 2011: 115) خمس مراحل يتوجب على المعالج أن يتقنها وهي.

1_ عرض السلوك المراد تعلمه والتدريب عليه عن طريق نماذج تلفزيونية مرئية أو تسجيلات صوتية.

2_ تشجيع الطفل على أداء الدور مع المعالج أو مع طفل آخر.

3_ تصحيح الأداء وتوجيه انتباه الطفل لجوانب القصور فيه، وتدعيم الجوانب الصحيحة فيه.

4_ إعادة الأداء وتكراره إلى أن يتبين للمعالج إتقان الطفل للسلوك.

5- الممارسة الفعلية للسلوك في مواقف حية لتعلم الخبرة الجديدة.

ما يمكن استخلاصه من هذا الأسلوب هو اعتماده على أسلوب المشاهدة، والتقليد في التدريب على السلوكيات الجديدة وهو نفس المبدأ لدى استخدامه في عملية العلاج حيث يقوم النموذج بأداء السلوك الصحيح أمام الطفل ليقوم بتقليده حتى يكتسبه.

- **نظرية الاشراط الاجرائي :**

ترتبط هذه النظرية أساسا بالعالم الأمريكي سكينر (1904_1991) الذي ميز بين السلوك الاستجابي وهو السلوك الذي تتحكم به المثيرات السابقة، والسلوك الاجرائي وهو السلوك الذي تتحكم به المثيرات اللاحقة حيث لم يركز على العلاقة بين المثير والاستجابة بل على نتائجها النفسية، والمادية على الفرد، ثم كيفية تعزيزها وهذا ما يسمى بالاشراط الاجرائي.

وتتلخص نظرية الاشراط الاجرائي في ما يلي: إذا كانت الاستجابة لها نتائج مفرحة كأن تعزز أو تكافئ يزيد احتمال ظهورها. وإذا كانت الاستجابة لها نتائج مؤلمة وتعزز بشكل سلبي أو تعاقب يقل احتمال ظهورها.

5_ المبادئ الأساسية للنموذج السلوكي:

يقوم هذا النموذج حسب (عبد العزيز محمد العبد الجبار، 1997: 11) على افتراض مفاده أن "السلوك يمكن تعديله" وأن السلوك الجديد من الممكن تعلمه، وأن العلاقة الفعالة بين البيئة والأحداث والسلوك يمكن أن تتضح وتشاهد عن طريق سلوك الطفل، فالطفل عندما يقوم بفعل ما فهو يكافئ أو يعاقب على هذا الفعل فإذا عوقب على فعله سوف يتعلم أنه سلوك غير مرغوب ولا يفعله مرة أخرى مستقبلا، ولهذا يرى المؤيدون لهذا النموذج أنه بالإمكان مساعدة الطفل المضطرب سلوكيا أو انفعاليا من خلال استخدام أسلوب التعزيز ويمكن إلغاء السلوك الخاطئ لهذا الطفل بإعطائه المكافئة للسلوك الجيد.

كما يشير (أحمد الظاهر القحطان،2004) في (فوزية محمدي، 2011: 120_122) إلى جملة من المبادئ الأساسية التي يرتكز عليها هذا النموذج العلاجي وهي كالتي:

1- نتائج السلوك تتحكم به: أي أن السلوك يتأثر بنتائجه فإذا كانت نتائج السلوك مؤلمة قلت احتمالية حدوثه، وتكراره في المستقبل فنتائج السلوك هي التي تتحكم في زيادته أو نقصانه أو إطفائه.

2- التركيز على السلوك الظاهر القابل للملاحظة: فهذا الأخير يساعد على القياس بشكل دقيق كما يساعدنا في التعرف على فعالية الإجراءات المستعملة في العلاج على العكس من ذلك فان السلوك الغير قابل للملاحظة لن يمكننا من القياس الدقيق وبالتالي نتائجه تكون مبهمة وغير دقيقة.

3- اعتبار أن السلوك غير المقبول هو المشكلة ذاتها وليس نتاج لعوامل داخلية: يقول ايزنك (1978) في هذا الصدد بأن النظرية السلوكية لا تخبئ شيئا مخفيا فإن استطعت معالجة العرض تخلصت من المرض، ولهذا ترى هذه النظرية أن التعامل مع السلوك غير السوي الظاهر على أنه هو المشكلة وليس مجرد عرض لأسباب داخلية ينسجم تماما مع دور المعلم كتربوي ومرشد.

4- السلوك المقبول وغير المقبول متعلم: فكلاهما يخضع لقوانين التعلم ذاتها فالنتائج المعززة تميل إلى التكرار حتى لو كانت غير مقبولة اجتماعيا فحسب افتراضها أن المشكلة السلوكية ماهي إلا عادات أو استجابات اكتسبها الفرد بفعل اكتسابات خاطئة يمكن التوقف عنها أو تغييرها في أي وقت.

5_ الاعتماد على المنهجية والتجريب: يركز تعديل السلوك على إيجاد العلاقة بين المتغيرات البيئية والسلوك بحيث يمكن السيطرة على تلك المغيرات، ومراقبة نتائج السلوك فهي إذن ليست طريقة عشوائية فمثلا عملية التعزيز قد تطبق من طرف العديد من الأولياء، والمعلمين لكن بطريقة غير منظمة بدون مراعاة زمان ومكان استخدامه ولا مراعاة الفروق الفردية، فنجاعة أساليب العلاج السلوكي مرهونة باتباع أساليبه بدقة واهتمام.

6-أساليب وتقنيات العلاج السلوكي:

كغيره من العلاجات النفسية فإن العلاج السلوكي له تقنياته، وقد قسمها (مصطفى نوري القمش وخليل عبد الرحمن المعايطة، 2007: 93) إلى فئتين:

1- أساليب زيادة السلوك: وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب، ويندرج تحت هذا الأسلوب المعززات الايجابية، والمعززات السلبية، وتشكيل السلوك، والاستبعاد التدريجي، والتعاقد السلوكي، والتعزيز الرمزي، والنمذجة.

2- أساليب خفض السلوك: وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى خفض معدل تكرار السلوك غير المرغوب ويندرج تحت هذا الأسلوب العقاب، والمحو، والإغفال أو التجاهل، والتغذية الراجحة، والممارسة، والتصحيح الزائد، والعزل، والتحصين التدريجي أو التخلص من الحساسية.

وفيما يلي توضيح لهذه الأساليب:

1_أساليب زيادة السلوك:

وهي كما يلي :

- **التعزيز:** يعرفه (مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعايطة، 2007: 93) و(أبو حماد، ناصرالدين ،2008: 200) بأنه عملية تقديم مثير مرغوب فيه أو إزالة مثير غير مرغوب فيه بعد القيام بالسلوك المرغوب فيه مباشرة مما يزيد من احتمال تكرار سلوك مرغوب فيه وينقسم التعزيز الى نوعين وهي:

_ المعززات الايجابية: وهي عبارة عن أشياء محببة من طرف الفرد تقدم له بعد قيامه يسلوك مرغوب فيه (كالجوائز والهدايا) هذا الفعل يدفعه لتكرار نفس السلوك في المستقبل بشرط أن يقدم المعزز مباشرة بعد حدوث السلوك المرغوب حتى لا يفقد أهميته.

_ المعززات السلبية: وتعني إزالة شيء غير مرغوب فيه من بيئة الطفل مما يدفعه إلى تكرار السلوك المرغوب فيه فمثلا يهدد المعلم الطالب بأنه سوف يلزمه بكتابة فقرة (لن ألعب في القسم) 1000 مرة في حالة أنه لم يتوقف عن اللعب وهنا تكون كتابة فقرة (لن ألعب في القسم) 1000 مرة الشيء غير المرغوب فيه، عدم اللعب في الصف هو السلوك الذي يجب أن يتكرر.

أما عن أنواع المعززات فهي كثيرة نذكر منها ما ذكره (أبو حماد ناصرالدين، 2008: 200) وهي معززات تستهلك، معززات نشاطية، ومعززات للملكية، ومعززات لا تتطلب نشاط، ومعززات اجتماعية، ونوضحها كالآتي:

1- معززات تستهلك: قد تكون غذائية أو مادية كالحلوى مثلا، وقد أشار (محمد حسن العمايرة، 2007: 22) إلى الدراسات التي اهتمت بأنواع المعززات والتي وجدت بأن المعززات المادية مؤثرة في التلاميذ المعاقين والأطفال الذين هم في رياض الأطفال والمدارس الابتدائية، ويكون تأثيرها منعدما أو قليلا في المراحل الاعدادية أو الثانوية، وذلك راجع لكون التلميذ في هذه المراحل ليس بحاجة إلى الطعام أو الشراب فقد أشبع تلك الحاجات في المراحل العمرية السابقة.

2- معززات نشاطية: يعرفها (محمد حسن العمايرة، 2007: 25) بأنها عبارة عن نشاطات معينة يحبها الطفل نسمح للطفل بالقيام بها عند تأديته للسلوك المرغوب مثل الألعاب الميكانيكية أو السباحة أو السماح له بمشاهدة التلفاز بعد تأديته لواجبه المدرسي، وهذه المعززات تستند إلى قاعدة بريماك بمعنى أن المعلم يلاحظ سلوك الأطفال اليومي ليحدد نوع السلوك الذي يشغل بشكل كبير اهتمام الطفل ويعطيه أكبر وقت عندها يقوم بتقديم السلوك أو المهمة التعليمية التي يريد زيادة مردوديتها فيشترط عليه القيام بها وبعدها يستطيع ممارسة النشاط الذي يحبه.

3- معززات للملكية: مثل فرشاة أسنان والشعر أو مقص أظافر ...

4- معززات لا تتطلب نشاط: يكون الفرد سلبيا فيها مثل مشاهدة التلفاز.

5- معززات اجتماعية: مثل لمس كتف الطفل، والمديح، والابتسامة.

ويضيف ذات الباحث أنه لتطبيق مبدأ التعزيز لابد من الاستناد إلى بعض الطرق التي يستخدمها الممارس السلوكي لاختيار المعززات المناسبة مثل الاعتماد على مبد "بريماك" الذي مفاده أنه يمكن استخدام السلوك الذي يكثر الفرد من تكراره كمعزز لسلوك يقل تكراره عند الفرد مثال: مشاهدة التلفاز وهو سلوك يكثر من تكراره معظم التلاميذ كمعزز لسلوك الدراسة إذا أردنا أن نقوي احتمالات ظهور السلوك الآخر.

وقد أشار (جابر عبد الحميد، 1986: 105_106) إلى المناسبات التي يستخدم فيها التعزيز الايجابي وهي حين نرغب المحافظة على سلوك مرغوب موجود لدى الشخص، وفي هذه الحالة نبحث عن العوامل التي أدت إلى حدوث السلوك حتى نضمن استمراره. وهناك مناسبة أخرى لاستخدام التعزيز الايجابي وهي حين نرغب في زيادة معدل سلوك موجود، وهنا يجب توفر بعض الشروط في عملية التعزيز لضمان النتيجة وهي أن تكون المعززات محببة للشخص المعزز، وأن تتم بتواتر كاف مما يؤدي لضمان استمرار السلوك لفترة كبيرة، وأن يكون التعزيز بالحجم، والمقدار الكافيين. أما المناسبة الثالثة التي نلجأ فيها إلى استخدام أسلوب التعزيز الايجابي فهي هو حينما نرغب في إنشاء سلوك جديد حيث يكون

معدل حدوثه في الخط القاعدي صفر. ولزيادة فعالية التعزيز الايجابي لابد من تقديمها مباشرة بعد حدوث السلوك المرغوب خاصة في بداية برنامج تعديل السلوك لأن تأخيرها يؤدي إلى فقدان أهميتها.

ويضيف (محمد حسن العمايرة، 2007: 23) أن المعززات الرمزية لابد أن تخضع لجملة من المبادئ إذا رغبنا في أفضل النتائج، وهي اختيار السلوك المرغوب الذي نود تعديله، واستخدام المعززات الرمزية لأجله بعدها اختيار نوع المعزز الرمزي الذي سيستخدم في التعزيز ثم اختيار نوع المكافئة المادية أو النفسية التي سيستبدل التلميذ بها المعززات الرمزية التي سيحصل عليها، واختيار طريقة لإعلام التلميذ بنجاحه في المهمة واستحقاقه للمعزز الرمزي على أن يقدم المعزز الرمزي شخص يعجب به التلميذ مثل المعلم، ولابد من اختيار الوقت المناسب لتقديم المعززات.

ومن مزايا استعمال المعززات الرمزية حسب (محمد حسن العمايرة، 2007: 24) أنها على عكس المعززات الأساسية لا تؤدي إلى الإشباع مباشرة كما أنها لا تشتت انتباه الطفل لأنها ليست ذات قيمة بحد ذاتها فتركيز الطفل لا يتشتت حينها بل يبقى منصبا على ربح الشيء الذي سيستبدل به المعزز الرمزي. ويشير أنه لابد من تنويع الجوائز حتى تتناسب مع ميول وحاجات الطفل فهذه المعززات قد تكون فعالة جدا مع الأطفال الذين لا يستجيبون للشكر والمديح بقدر ما يسعدون بالحصول على أشياء مادية أو نفسية.

- **التعزيز السلبي:**

يعرف التعزيز السلبي حسب (فاروق الروسان، 2012: 119) بأنه إجراء يعمل على إزالة مثير غير سار بعد حدوث السلوك المرغوب فيه مباشرة، ومثال ذلك استعداد التلميذ لدرسه في الحصة القادمة من أجل أن يتجنب ما قد يفعله معلم المادة من عقاب فهذا الأخير يعتبر أسلوبا فاعلا في تعديل السلوك الهدف منه تقوية تكرار حدوث الاستجابات، وقد يقع الخلط بين التعزيز السلبي والعقاب لهذا لابد من توضيح الفرق بينهما فالتعزيز السلبي يقوي العلاقة بين المثير والاستجابة في حين أن العقاب يضعف العلاقة بين المثير والاستجابة كما أن التعزيز السلبي يحدث قبل أو بعد حدوث الاستجابة إلا أن العقاب يحدث بعد حدوث الاستجابة غير المرغوب فيها فقط.

- **الاستبعاد التدريجي:**

وهو أسلوب تعمل خلاله إلى إزالة السلوك غير المرغوب فيه بصورة تدريجية وببطيء إلى أن يتمكن الطفل من أداء السلوك دون تشجيع من الآخرين، حيث نأخذ أول سلوك بسيط يقود إلى السلوك النهائي ونعززه.

- **التعاقد السلوكي:**

وهو حسب (مصطفى نوري القمش وخليل عبد الرحمن المعايطة، 2007 :95) إبرام اتفاق بين المعلم والطالب على تحقيق مجموعة من الأهداف المسطرة من قبل المعلم ويتم تعزيز الطالب عندما يحققها، ويشترط عند كتابة العقد مراعاة ما يلي:

- تقديم المعزز مباشرة بعد حدوث السلوك المرغوب.
- مراعاة أن تكون العقود مناسبة وقابلة للتحقيق.
- مراعاة أن تصاغ العقود بطريقة إيجابية، وواضحة، وعادلة.
- أن تعمل العقود على تحقيق السلوك المرغوب فيه.

حيث اعتبره (جمال الخطيب، 2003: 200) من الأدوات الفعالة لتنظيم الاستجابات الأكاديمية، والاجتماعية، والسلوكية لدى الأطفال، وقد أثبتت فعاليته في الحد من مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال فهو يتصف بكونه أداة فاعلة تساعد الطفل على تنظيم الذات حيث يدرك أن حصوله على ما يريد يتطلب منه القيام أولا بما يريد المعلم منه.

- **التعزيز الرمزي:**

ونقصد به حسب ما ورد في (مصطفى نوري القمش وخليل عبد الرحمن المعايطة، 2007: 95) أن يمنح المعلم الطفل قطع أو نجوم أو غيرها عند قيامه بالسلوك المطلوب، في حين يستطيع الطفل استبدال هذه المعززات بأشياء محببة كالهدايا، والحلوى. وهناك شروط محددة لهاته المعززات وهي:

- ألا تكون قابلة للتلف.
- أن تكون آمنة للطفل وغير مؤذية كأن تكون صغيرة قابلة للابتلاع.
- ألا تكون معززا بذاتها وتلفت نظر الطفل أكثر من المعزز الذي يستبدل به.

ويجب أن تتضمن برامج التعزيز الرمزي العناصر الرئيسية التالية:

- تزويد الأطفال بمعلومات توضح لهم الاستجابات التي ستؤدي إلى التعزيز.

_ تنظيم العلاقة بين المعزز الرمزي (وهو معزز شرطي يستمد قيمته التعزيزية من خلال ارتباطه بمثيرات تعزيزية أولية أو ثانوية أخرى).

- قواعد واضحة تبين كيفية وظروف استبدال المعززات الرمزية أو الأحداث أو الأشياء المعززة (المعززات الداعمة).

في حين عرفها (جمال الخطيب، 2003: 200) على أنها: "رموز مادية تعطى للفرد ويستطيع استبدالها في أوقات لاحقة بالأشياء التي يرغب فيها".

هذا وقد أثبتت العديد من الدراسات فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في علاج ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي مثل: دراسة (محمود زايد ملكاوي،2003) التي هدفت إلى معرفة مدى فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في معالجة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه لدى أطفال يعانون من صعوبات تعلمية، حيث تكونت العينة من 30 طالب موزعين على مجموعتين تجريبية وضابطة، خضعت المجموعة التجريبية إلى برنامج التعزيز المقدم على شكل (فيش) مكونة من قطع بلاستيكية عند عدم قيام الطفل بسلوك فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه، وقد تم استبدال هذه الرموز بمعززات محببة لأفراد الدراسة وفق فترات زمنية متقطعة طبق هذا البرنامج لمدة شهر ونصف وبواقع 24 جلسة ثم أجريت المتابعة بعد أسبوعين من توقف البرنامج، وأظهرت النتائج فعالية أسلوب التعزيز الرمزي في خفض حدة النشاط الزائد وتشتت الانتباه.

ومما لاحظه الباحث أثناء تطبيقه لبرنامج التعزيز الرمزي أنه أصبح هناك منافسة بين التلاميذ كل واحد منهم في بذل الجهد للالتزام بما هو مطلوب منه، وبإظهار الانتباه، وعدم الحركة، والتجول في القسم ليلقى رضا المعلم وليحصل على أكبر عدد من المعززات الرمزية، وأدى إلى انخفاض السلوكيات غير المرغوبة.

_ تشكيل السلوك: يقوم أسلوب التشكيل أساسا على تقنيتا التعزيز والاطفاء، حيث يشير(مصطفى نوري القمش وخليل عبد الرحمن المعايطة، 2007: 94) أن تشكيل السلوك يتم بتقسيمه إلى أجزاء عديدة نقوم في البداية بتحديد الجزء الذي نبدأ به ونستمر في تعزيز السلوك المرغوب واطفاء السلوك غير المرغوب.

_ الاستبعاد التدريجي: وفيه يقوم المعالج بإزالة السلوك غير المرغوب بصورة تدريجية وببطء إلى أن ينجح الطفل في أداء السلوك الصحيح، حيث يشير (مصطفى نوري القمش وخليل عبد الرحمن المعايطة، 2007: 94) إلى أنه في هذا الأسلوب نعزز أول أسلوب بسيط ينجح الطفل في أداءه وهذا سيقودنا إلى الأسلوب النهائي.

_ النمذجة:

والذي يطلق عليه أيضا أسلوب التعلم عن طريق التقليد والعديد من التسميات مثل: التقليد، ولعب الدور، حيث يعد باندورا 1977 من الذين ركزوا على هذا الأسلوب تشتمل النمذجة على قيام المعلم أو

أي شخص آخر (النموذج) بتعليم الطفل كيف يفعل سلوكا ما، وبعدها نطلب من الطفل أن يقلد ما شاهده، ولتحقيق ذلك يحتاج الطفل إلى التشجيع، والانتباه، وتعزيز السلوك.

ولكي تتم عملية التعلم بالملاحظة تدرج (يحيى أحمد خولة، 2000: 44) أنه لابد من توفر أربع عمليات فرعية مترابطة وهي:

1- ضرورة الانتباه للملامح المناسبة لعمل النموذج.

2_ التركيز على الاحتفاظ بالأحداث الملاحظة على شكل رمزي لاسترجاعها في المستقبل.

3_ القدرة الجسمية لإعادة إصدار المعلومات المحفوظة.

4_ توفير الحافز لأداء سلوك النموذج.

كما يعرف (ناصر الدين أبو حماد، 2008: 258) السلوك المقلد على أنه ذلك السلوك الذي يتبع مباشرة سلوك النموذج وله نفس الخصائص ويتشكل بموجبه من سلوك النموذج. هذا ونجد للنمذجة تصنيفات مختلفة أوردها (فاروق الروسان، 2012: 136_137) وهي كالاتي:

* النمذجة الحية: ويقصد بها تقليد سلوك نموذج واقعي يحدث أمام المتعلم ففيها يقوم النموذج بتأدية السلوكيات المستهدفة بوجود الشخص الذي يراد إكسابه تلك السلوكيات ليراقبها فقط.

* النمذجة المصورة: ويقصد بها تقليد سلوك أنموذج مصور مثل النماذج المصورة في الأفلام، وبرامج التلفزيون أو برامج الكرتون.

* النمذجة غير المقصودة: ويقصد بها تقليد سلوك الآخرين أو المشاركة مع الآخرين في القيام بالأعمال أو نشاطات قد لا يقتنع الفرد بالقيام بها.

* النمذجة المقصودة: ويقصد بها تقليد سلوك الأنموذج عن رغبة واصرار مسبقين وذلك بهدف اكتساب أنواع جديدة من السلوك.

* النمذجة الفردية: ويقصد بها تقليد سلوك الأنموذج الفردي حيث تقوم العلاقة هنا بين المقلد والمقلد (النموذج) على أسس فردية.

* النمذجة الجماعية: ويقصد بها تقليد سلوك الأنموذج من قبل مجموعة كبيرة من الناس.

ويضيف (محمد حسن العمايرة، 2007: 46_47) أن من شروط نجاح أسلوب النمذجة اختيار النموذج الذي سيقتدي به التلميذ والذي يجب أن يكون ذو شعبية أي معروف على أن يتوفر فيه السلوك الذي يراد تقليده والاقتداء به ويفضل أن يكون شخصية محببة لدى التلميذ، كذلك وجود خصائص مشتركة بين النموذج والشخص المراد اكسابه السلوك كالمظهر العام، والعمر والميول، والهوايات يعمل على

تسهيل عملية الاقتداء والنمذجة. ولتسهيل عملية الاقتداء يفضل تقسيم السلوك إلى عناصر، وخطوات متسلسلة ثم نطلب من الطفل تقليد كل جزء على حدة وصولا إلى السلوك المرغوب فيه.

2- أساليب خفض السلوك:

وهي أساليب تهدف إلى خفض معدل تكرار السلوك غير المرغوب فيه، ويندرج تحت هذا الأسلوب عدة تقنيات وهي:

- **العقاب:**

يعرفه (خليل وآخرون) في (محمد حسن العمايرة، 2007: 33) بأنه تعريض الطفل لمؤثرات مؤلمة أو مزعجة لجعله يكف عن القيام بالسلوك غير المرغوب فيه. أما يعرف (مصطفى نوري القمش وخليل عبد الرحمان المعايطة، 2007: 97) بأن ذلك الإجراء الذي يؤدي فيه عواقب السلوك إلى تقليل احتمالات حدوثه مستقبلا في مواقف مشابهة. ويأخذ في ذلك أحد الشكلين التاليين:

ا- عقاب من الدرجة الأولى وفيه يتم إضافة مثيرات سلبية أو منفرة.

ب- عقاب من الدرجة الثانية وفيه يتم إزالة مثيرات إيجابية أو تعزيزية.

ويجب مراعاة بعض الأمور عند تطبق العقاب وهي:

1- توضيح المدرس سبب العقاب عندما يعاقب التلميذ.

2- يجب أن يلجئ المدرس إلى العقاب كأسلوب أخير في تعديل السلوك، وذلك بعد تفشل أساليب التعديل الأخرى.

3- يجب ألا يكون أسلوب العقاب هو الأسلوب الذي يلجئ إله المدرسين بحيث لا يصبح نمط المميز للمدرسين لأن هذا سيؤدي إلى كراهية الطلاب للمدرس الذي يستخدمه.

5- استخدام أبسط أشكال العقاب في البداية.

6- على المدرس ألا يكتفي بمعاقبة السلوك غير الملائم بل عليه و في نفس الوقت أن يعزز و يكافئ السلوك الملائم.

كما يعرفه (جابر عبد الحميد، 1986: 110) على أنه إجراء يستخدم لخفض معدل السلوك فالعقاب هو مثير منفر يستخدم عقب حدوث السلوك والمغزى من استخدام أسلوب العقاب هو أن الشخص لن يستمر في أداء الاستجابة إذا كان هذا الحدث هو النتيجة المترتبة عليه. ويجدر الإشارة هنا إلى أنه حينما نستخدم العقاب للقضاء على سلوك ما يجب أن نعزز سلوكا بديلا مرغوبا ليحل محله.

وفي هذا الصدد يضيف (محمد حسن العمايرة، 2007: 34) أن أسلوب العقاب بشكل عام هو إجراء يقلل من احتمال حدوث السلوك غير المرغوب في المستقبل في المواقف المختلفة، وقد أقيمت العديد من الدراسات عن مدى فاعلية أسلوب العقاب في تعديل السلوك في علم النفس التربوي، وقد خلصت إلى حقيقة هامة وهي أن كل من الثواب، والعقاب يؤديان إلى إحداث التعديل المرغوب في السلوك لكن أثر الثواب أحسن وأكثر فاعلية في حين أن العقاب يتوقف أثره بوجود مثير الخوف فإذا زال هذا المثير عاد السلوك إلى ما كان عليه، وبناءا على نتائج هذه الدراسات فإن العديد من الدول ألغت أسلوب العقاب لأن الأطفال الذين يتعرضون للعقاب يصبحون أكثر عدوانية، وفي بعض الأحيان يؤدي ببعض الأطفال إلى حد ترك المدرسة كما أن الاطفال الذين يتعرضون للعقاب لا يتعلمون.

- المحو والإغفال أو التجاهل:

الهدف من هذا الأسلوب محو السلوك غير المرغوب وذلك بعدم تعزيزه أي إغفاله حتى ينطفئ ذلك السلوك كما يعرف (فاروق الروسان، 2012: 152) المحو بأنه إجراء سلوكي يتمثل في وقف التعزيز جزئيا أو كليا عن استجابة أو استجابات سبق أن عززت مما يؤدي بالتالي إلى إعادة العلاقة بين المثيرات والاستجابات إلى حالة من الحياد أو إضعاف العلاقة بين المثير والاستجابة جزئيا أو نهائيا.

_ التغذية الراجحة:

تتضمن هذه التقنية تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي والمستقبلي، وقد بين (ميكولاس 1987) أن التغذية الراجحة قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من النتائج التالية:

ا- التعزيز: قد تعمل التغذية الراجحة بمثابة تعزيز (التغذية الراجحة الإيجابية) أو بمثابة عقاب (التغذية الراجحة السلبية).

ب-رفع مستوى الدافعية: تؤثر التغذية الراجحة في مستوى الدافعية لدى الطفل، فإذا حصل الطفل على علاقة منخفضة فذلك يؤثر على دافعيته للدراسة أو التحضير.

ج- قد تقدم التغذية الراجحة معلومات للطفل توجه أداءه وتعلمه (التغذية الراجحة التصحيحية).

هذا وقد قام كل من شولمان و سوران و كوبست 1979 في (جمال الخطيب، 2003: 101) باستخدام جهاز إلكتروني يقيس مستوى النشاط الحركي للطفل، ويعطيه تغذية راجحة سمعية، وكان صدور هذا الصوت يعني أن مستوى النشاط الحركي مرتفع، و في هذا كان المعالجون يمتنعون عن تعزيز الأطفال، في حين أن عدم صدور الصوت يعني أن مستوى النشاط الحركي ينخفض في هذه

الحالة كان المعالجون يقومون بتعزيز الأطفال، وقد كان لهذا الأسلوب أثر كبير في التقليل من النشاط الزائد لدى تسعة من أطفال تراوحت أعمارهم بين (9-13) سنة.

- الممارسة:

يشتمل هذا الإجراء حسب (مصطفى نوري القمش وخليل عبد الرحمن المعايطة، 2007: 98) على إرغام الشخص على تأدية السلوك غير المرغوب بشكل متواصل، ولفترة زمنية محددة إلى أن يصبح مكروها في النهاية، ويستخدم هذا الإجراء كثيرا لتقليل السلوكات غير الإرادية كمص الإبهام، وقضم الأظافر، التأتأة، والتدخين.

_ التصحيح الزائد:

يعد أسلوب التصحيح الزائد نوعا من أساليب العقاب الفعالة في تعديل وبناء السلوك المرغوب فيه، حيث يتضمن هذا الأسلوب حسب (خولة أحمد يحيى، 2000: 170) أن نطلب من الطفل تصحيح الخطأ الذي وقع فيه، مع زيادة عليه، بمعنى إجباره على أن يمارس السلوكات الصحيحة مثل الطفل الذي يتعمد سكب الماء على الأرض فإننا نطلب منه مسحه، وإكمال مسح كل الغرفة ويعتبر هذا الأسلوب من أنجع الأساليب في معالجة السلوك التخريبي، والسلوك العدواني. وقد استخدم (fox.azreen 1972) أسلوب التصحيح الزائد مع امرأة معاقة عقليا تبلغ خمسين العمر كانت تقلب الفراش يوميا لعدة مرات حيث طبق عليها برنامج قائم على تقنية التصحيح الزائد بحيث كان يطلب منها أن تصحح الفراش في كل مرة تظهر فيه السلوك الفوضوي، وبعد أحد عشر أسبوعا من التدريب توقفت عن رمي الأشياء وقلب الفراش.

- الاقصاء والعزل:

يعتبر هذا الأسلوب من الأساليب المعتمدة من طرف المعلمين بحيث يعتمد على إقصاء الشخص من البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة أي خالية من المدعمات، وعند تطبيقه لابد من الحرص على ألا يستمر لأكثر من بضع دقائق. ويعرفه (خليل وآخرون) في (محمد حسن العمايرة، 2007: 42) على أنه إجراء عقابي يعمل على تقليل أو إيقاف السلوك غير المقبول من خلال إزالة المعززات الإيجابية لمدة زمنية محددة مباشرة بعد حدوث ذلك السلوك، بمعنى أن الإقصاء هو ما يترتب على السلوك السيئ للتلميذ حيث يتم إبعاده عن كافة مصادر التعزيز المتوفرة في القسم لمدة معينة من الوقت.

ويضيف (محمد حسن العمايرة، 2007: 44) بأن أسلوب الإقصاء يعمل على إضعاف أو إزالة السلوك غير المرغوب بطريقتين هما أما من خلال استخدام أسلوب الإطفاء بمعنى أن يتجاهل المعلم

سلوك التلميذ السيئ كأن يبتعد عنه ولا يعيره انتباها ويتجنب مناقشة التلميذ في سلوكه. وإما من خلال استخدام أسلوب العزل كأن يقوم المعلم بعزل التلميذ المشاكس من مكان الدراسة ووضعه في مكان خالي من المعززات، ولا يجب إطالة مدة الإقصاء عن التعزيز الإيجابي فالدراسات التي أقيمت في هذا الصدد نصحت ألا تزيد فترة الإقصاء عن عشر دقائق، ويجب ألا يعاد الطفل إلى البيئة التي أقصي عنها إذا كان لا يزال يبدي السلوكيات التي أقصي بسببها لأن ذلك سيؤدي الى تعزيز تلك السلوكات.

- الاسترخاء:

حسب (إبراهيم عبد الستار، 1978: 103_104) تعود بدايات هذه التقنية العلاجية إلى فترة طويلة على يد جيكبسون في 1929 الذي أشار إلى أسلوب الاسترخاء العضلي في كتابه "الاسترخاء التصاعدي" حيث أثبت الفائدة العظيمة لهذه التقنية على الأشخاص الذين يعانون من القلق. كما طور هذا الأسلوب من بعده جوزف وولبي الذي قدم نظرية كاملة في العلاج النفسي تقوم على إرخاء العضلات إرخاءا عميقا. وبالرجوع إلى التعريف العلمي للاسترخاء فإننا نجده يعرف بأنه التوقف الكلي لكل الانقباضات، والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر.

يضيف (جمال الخطيب، 2003: 200) أن هذا الأسلوب يستند إلى افتراض مفاده: "أن تدريب الطفل على الاسترخاء يهدئ الطفل، ويقلل من تشتته"، وقد اشتهر هذا الأسلوب على يد مكبريان 1979 الذي استخدمه بنجاح في معالجة النشاط الزائد لدى الأطفال في الصف الأول ابتدائي، وتضمن البرنامج العلاجي إلى جانب الاسترخاء تقنية التخيل وذلك بهدف مساعدة الأطفال على تخيل مشاهد تبعث الراحة في أنفسهم أثناء الاسترخاء.

كما تتضمن هذه الطريقة استخدام الخيال الذي ترى (يحيى خولة أحمد، 2000: 185) بهدف مساعدة الأطفال على تخيل مشاهد تشعرهم بالارتياح أثناء الاسترخاء فهذه الطريقة تؤدي إلى تقليل التوتر، وزيادة درجة الهدوء لدى الطفل كثير الحركة.

إذن يمكن تلخيص عملية الاسترخاء بشكل عام بعمليتي التوتر (القبض بشدة)، والاسترخاء لجميع أجزاء الجسم ابتداء من الأعضاء العليا وصولا إلى الأعضاء السفلى ليصل بعدها إلى الراحة الذاتية كما أن الاسترخاء يساعد على اكتساب، وتنمية التريث بدلا من الاندفاع، وينمي التركيز.

7_مزايا وعيوب النموذج السلوكي:

في هذا الصدد يدرج (جمال الخطيب، 2003: 198) بعضا من أهم إيجابيات استخدام برامج تعديل السلوك، أنه يمكن تطبيقها في مواقف عديدة منها: البيت، والمدرسة، والمكتب، والملعب، كما يطبق مع فئات مختلفة من الأفراد سواء أكان من الكبار أو الصغار، مع الذكور أو الإناث أو مع العاديين أو المعاقين.

وإحدى الخصائص التي يتميز بها العلاج السلوكي هو التركيز على ما يقوم به الفرد، فمعدل السلوك يهتم بدراسة نشاطات الفرد القابلة للقياس، والملاحظة، ولا يهتم بالخوض في تفسير الاضطرابات بالاستناد إلى فرضيات لا يمكن إثبات صحتها، وهذا ما يضمن الدقة، والموضوعية، ولهذا يقوم معدل السلوك بتعريف السلوك إجرائيا ليصبح قابلا للقياس الموضوعي.

هذا وقد أحصى (مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعايطة، 2007: 100) أهم مزايا العلاج السلوكي حيث أن العلاج السلوكي يقوم على أساس دراسات، وبحوث تجريبية، وعلمية قائمة على نظريات التعلم، ويمكن قياس صدقها قياسا تجريبيا مباشرا، وتخضع فروضه، ومسلماته إلى تفسير السلوك للتجريب المخبري. كذلك يركز على المشكلة أو الاضطراب وهذا يوفر وجود محك لتقييم نتائجه، وهو متعدد الأساليب ليناسب تعدد المشكلات، والاضطرابات، وهو أسلوب عملي أكثر منه نظري، ويستعين بالأجهزة العلمية، وأهدافه واضحة، ومحدودة، ويمكن أن يشارك فيه كل من الوالدين، والأزواج، والممرضات بعد التدرب عليه، كما أنه أسلوب اقتصادي، وموفر للجهد، والوقت لأنه يستغرق وقتا قصيرا نسبيا لتحقيق أهدافه.

ويشير كلازيو ويلون (1967) واستر(1982) في (يحيى خولة أحمد، 2000: 52) إلى أهم الأسباب التي ساهمت في انتشار الأسلوب السلوكي بين المدرسين الذين يعملون مع المضطربين سلوكيا وهي:

1_ تميز الأسلوب السلوكي بأنه عملي يركز على الملاحظة، ويساعد المدرسين على أن يكونوا أكثر وعيا بنوعية مشاكل الطلبة، وبقدراتهم الخاصة كما أنه أسلوب بسيط، وسهل الفهم يركز على المعززات الإيجابية لزيادة تكرار السلوك الإيجابي يسهل على المدرسين التعامل مع السلوك الملاحظ مباشرة باعتبار أن المدرسين غير مؤهلين للكشف عن أسباب السلوك.

وكغيره من الأساليب لا يخلو هذا الأخير من الانتقادات وهي:

_ ركيزه على السلوكيات البسيطة، وعجزه في علاج المشاكل الإنسانية المعقدة.

_ عدم اتفاق السلوكيين للمبادئ الأولية للنضج، والنمو، والدافعية الداخلية، وإهمالهم للعمليات الداخلية، والمعرفية، ويظهر في حالة المضطربين سلوكيا أن الحاجة لفهم لماذا حصل؟ وماذا حصل؟ لا تكفي.

_ عدم استمرار بعض الجوانب الإيجابية في البرامج السلوكية، وبعض البرامج السلوكية تظهر صعوبة في جانب انتقال التعلم وغير قادرة على مساعدة الفرد لنقل المهارات التي تعلمها لمواقف مشابهة.

المبحث الثاني: فعالية أسلوب التشكيل في خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه

يطلق مصطلح التشكيل على العملية العلاجية المنظمة التي يعزز فيها الفرد التقارب التدريجي للسلوك النهائي، ويستخدم تشكيل السلوك في مواقف يومية متعددة حيث يستعين به المعالجين اللغويين عندما يعزز الكلام تفاضليا عن طريق تعزيز كل خطوة تقترب أكثر فأكثر من السلوك النهائي فتعزز حركات الشفاه أولا، وإنتاج الصوت ثانيا، والتعبير بالكلمات، والجمل أخيرا. فهو طريقة علمية لتعليم سلوكيات جديدة وخاصة السلوكيات التي لا يمكن تعلمها بسهولة عن طريق التلقين اللفظي أو التلميحات الجسدية.

1-تعريف التشكيل:

يعرف تشكيل السلوك في (ناصر الدين أبو حماد، 2008: 241_242) على أنه عملية التعزيز التفاضلي للتقارب التدريجي للسلوك المرغوب، حيث يرى (بانيان 1980) أن التشكيل يقوي التطور التدريجي لسلوك جديد عن طريق تعزيز انجازات ثانوية أو خطوات نحو السلوك وبدلا من الانتظار لحدوث سلوك جديد بشكله النهائي فإننا نعزز كل تشابه لذلك السلوك الجديد، وهنا جانبين أساسين للتعريف: التعزيز التفاضلي في سياق التشكيل السلوكي والتقارب التدريجي للسلوك النهائي.

حيث يقصد بالتعزيز التفاضلي حسب (هولاند 1961) في (ناصر الدين أبو حماد، 2008: 242) بأنه تقديم معززات لفرد لنوع واحدة من الاستجابات فقط وليس كلها ومع التعزيز التفاضلي تتغير فئة الاستجابة وتصبح تفاضلية في الوقت ذاته تزيد احتمالات ظهور السلوك مستقبلا لفئة الاستجابة وتقل استجابة أفراد آخرين مما يعني نفاضل الاستجابة.

ويمكن توضيح التعزيز التفاضلي بمثال من خلال طفل ما قبل المدرسة الذي يعاني من اضطراب عاطفي بالإضافة إلى مشكلة البصر مما يفرض ارتداء النظارات لتصحيح النظر. حيث يقوم المعالج السلوكي بالتدريب على أن يكون السلوك الأول المعزز هو سلوك لمس النظارة، وبعد النجاح في ذلك يتم تعزيز وضعه النظارة على وجهه وانطفاء سلوك لمس النظارة، بعد ذلك يتم تعزيز وضعه النظارة على وجهه وانطفاء السلوكين السابقين. يمكن تطبيق التعزيز التفاضلي من خلال المكونات الدقيقة للسلوك، فمثلا يمكن تعزيز المشاركة الصوتية لطالب من خلال الهمس والكلام الحواري والصراخ.

كما تعرف (لويس كامل مليكة، 1990: 78) التشكيل بأنه التقريب التتابعي، وهو تدعيم السلوك الذي يقترب تدريجيا من السلوك المرغوب أو يقترب منه في خطوات صغيرة تيسر علينا الوصول إلى خطوة أخرى، وتبدأ عملية التشكيل من النقطة التي يتقنها الفرد ثم يتدرج في خطوات صغيرة وشيئا فشيئا حتى يتغير سلوكه ببطيء مع تقديم التعزيز.

أما (فاروق الروسان، 2012: 126) فيعرف تشكيل السلوك على أنه ذلك الإجراء الذي يقوم على أساس تحليل السلوك إلى عدد من المهمات الفرعية وتعزيزها حتى يتحقق السلوك النهائي. يتضمن هذا الأسلوب تعزيز الخطوات الفرعية والتي تقترب تدريجيا من السلوك النهائي، إذ يعمل تعزيز الخطوات الفرعية على زيادة تكرارها حتى يتحقق السلوك النهائي، وقد استخدم هذا الأسلوب بشكل فعال مع الأطفال العاديين، وفي تعليم عدد من المهارات التي يصعب استخدام أساليب أخرى من أساليب تعديل السلوك في معالجتها.

أما هاروب (Harrop 1993) في (فوزية محمدي، 2011: 148_149) فيعرف التشكيل على أنه صياغة السلوك بشكل معين وتكون هذه الصياغة عن طريق تعزيز الاستجابات التي تقترب شيئا فشيئا من السلوك المستهدف لهذا يسمى هذا الأسلوب بالتقريب التدريجي المتعاقب لأنه يتدرج من البسيط إلى الصعب. يهدف هذا الأسلوب إلى تعليم الأفراد سلوكا لا يتوفر عندهم في الوقت الحاضر وذلك من خلال استجابات متشابهة نبدأ بها ونشكلها لتحقيق الهدف النهائي. ويضيف هاروب أن نجاح التشكيل في أن التعزيز يتوقف على التغيير التدريجي للسلوك نحو الهدف النهائي مثلا يتطلب تشكيل عملية الانتباه إلى المعلم خلال فترة الدرس التي تقدر ب 40 دقيقة إلى تجزيئها إلى أجزاء كأن يعزز التلميذ إذا انتبه 5 دقائق ثم 10 دقائق وهكذا إلى أن يتحقق السلوك النهائي. وفي ذات السياق يدرج أهم إيجابيات أسلوب التشكيل في أنه يمكن تطبيقه بصفة جماعية كما أنه يمتاز بعدم وجود معيار زمني ثابت يحدد الفترة الزمنية بين كل خطوة وأخرى، ولزيادة فعالية التشكيل يمكن استخدام أساليب أخرى مثل النمذجة. وتمثل مهارات القراءة، والكتابة، ومهارات الحياة اليومية ومهارات قيادة السيارة أمثلة جيدة على توظيف أسلوب التشكيل.

كما يضيف (ل،س.واطسون، 1988: 43) بعض استعمالات هذا الأسلوب في تكوين السلوكيات المركبة مثل تعليم الأطفال مهارات اللباس، واللغة، والذهاب إلى الحمام، والمهارات الاجتماعية، والتربوية. ويتألف هذا الأسلوب من مكونين أساسيين هما: التقريب المتتابع والتسلسل فعملية التقريب المتتابع تستعمل في تعليم جزئية مفردة من السلوك مثل عملية الإخراج واللبس أما عملية التسلسل

فتستخدم لربط عدة وحدات من السلوك معا مثلا في حالة اللباس الكامل يبدأ الطفل بالملابس الداخلية ثم السروال ثم القميص ثم الجوارب ثم الحذاء في تتابع مستمر، ويمكن توضيح هذين المكونين كما يلي:

أ_ التقريب المتتابع: والتي نستخدمها في السلوكيات المركبة مثل الإخراج باستخدام المرحاض فعلينا أولا تحليل هذا السلوك إلى مكونات صغيرة بحيث يسهل على الطفل تعلمها بسهولة خطوة بخطوة.

مثال: سلوك الإخراج يمكن تقسيمه إلى سبع خطوات:

1- الجلوس.

2- قضاء الحاجة.

3- إنزال السروال.

4- رفع السروال لأعلى.

5- القيام بالعملية دون الاعتماد على المدرب.

6- فتح باب الحمام والذهاب إلى المرحاض بدون الحاجة إلى مرافق ثم العودة إلى باب الحمام بعد قضاء الحاجة.

7- تعميم الذهاب إلى الحمام بدون مرافقة أحد من غرفة لأخرى في المدرسة أو المنزل ثم العودة بعد قضاء الحاجة.

في البداية نعلم الطفل الجلوس لفترة تتراوح بين 3و5 دقائق ندعم الطفلة عندما تجلس لمدة 5 ثواني أولا ثم نطلب منها تدريجيا الجلوس لمدة أطول للحصول على المدعم حتى تصل ل 5 دقائق وهذه المدة كافية لتجلس جلوسا مستقرا في المرحاض لقضاء حاجتها، ويمكن ايضا تدعيم الطفلة بعبارات المديح، والابتسام لها وبعدها ندربها على إنزال السروال قبل الجلوس في المرحاض وقضاء الحاجة ثم على شد السروال لأعلى بعد الفراغ من قضاء الحاجة، والقيام من على المرحاض. بعدها ندرب الطفلة على قضاء الحاجة دون الاعتماد على الغير تدريجيا، وشيئا فشيئا نترك الطفلة لفعل هذا لوحدها حتى تنجح كليا لوحدها.

ب_ التسلسل: يضيف (ل.س.واطسون، 1988: 46_47) أن عملية التسلسل مكملة لعملية التقريب المتتابع حيث تأتي بعد أن نجح الطفل في تعلم وحدات السلوك المنفردة كل على حدة باستعمال عملية التقريب المتتابع أي لبس الملابس الداخلية ثم الخارجية، والقميص، والجوارب، والحذاء الآن نقوم بربط كل وحدات السلوك هذه معا في تتابع سلوكي مستمر وهو اللبس، وربط كل الوحدات السلوكية هذه في تتابع منتظم وهذه العملية تحتاج إلى عملية التسلسل.

وهنا نعلم الطفل وحدات السلوك بطريقة عكسية أي من النهاية إلى البداية مع الحرص على تعزيز الطفل بعد إتمامه الوحدة الأخيرة حيث نبدأ وقد لبس الطفل كل ثيابه ما عدا الحذاء ثم نطلب منه لبس ملابسه وندعم سلوكه عند لبسه الحذاء، وفي الجلسة التدريبية التالية يبدو الطفل وهو يلبس الملابس الداخلية، والسروال، ونطلب منه أن يلبس القميص ثم الجوارب ثم الحذاء ثم ندعمه، ثم يبدو الطفل وهو يلبس ملابسه الداخلية فقط ونطلب منه أن يرتدي القميص والسروال والجوارب والحذاء ثم ندعمه ثم يبدو الطفل عاريا تماما ونطلب منه ان يلبس ملابسه الداخلية ثم القميص ثم الجوارب ثم الحذاء ثم نقدم له التدعيم وهذا هو معنى التسلسل.

يضيف (محمد حسن العمايرة، 2007: 47) بأن هذا الأسلوب يعتبر من الاجراءات المعينة التي تعمل على تعديل السلوك بحيث يتعلم الطفل سلوكيات جديدة وينفي أن تكون عملية التشكيل خلق لسلوكيات جديدة من لا شيء وإنما يبدأ فيها المعالج بما يملك الطفل من سلوكيات قريبة من السلوك المستهدف وعندما يكتسب ظهر الطفل السلوك الأولي (المدخلي) بشكل راسخ يتم التوقف عن تعزيزه ويتم تعزيزه في كل مرة يقترب من السلوك النهائي حتى ينجح فيه كليا.

كما يتضمن هذا الأسلوب كما ورد في (أمال البكري، 2006: 132) تحديد الهدف السلوكي المرغوب فيه، والتدريب عليه حتى يحدث، ثم تجزئته إلى سلسلة من الخطوات الصغيرة المتتابعة حيث يتم تعزيز كل خطوة على حدى ولا يتم الانتقال إلى خطوة جديدة إلا إذا أتقنت الخطوة السابقة، ويستمر هذا النوع من التقارب المتتالي إلى أن يتمكن من تحقيق السلوك الكلي المطلوب، ومن أمثلة ذلك تعليم الطفل الصغير ربط حذائه بنفسه بواسطة تجزئة السلوك إلى خطوات بحيث تؤلف في النهاية السلوك الكلي، ومن الأمثلة الأخرى على تشكيل السلوك تعليم الطفل غسل اليدين، ولبس ملابسه بنفسه.

2_ خطوات التشكيل:

عند تطبيق أسلوب التشكيل لابد من اتباع الخطوات التالية وفي هذا الإطار يوجز لنا (محمد حسن العمايرة، 2007: 47_48) خمس خطوات لعملية التشكيل وهي كالآتي:

1- تحديد وتعريف السلوك المستهدف: يجب تحديد السلوك النهائي الذي يراد الوصول اليه، وتعريفه بدقة، وموضوعية على شكل هدف سلوكي، والهدف من ذلك هو تعزيز التقارب التدريجي من السلوك المستهدف بشكل منظم، وتجنب تعزيز السلوكيات التي ليس لها علاقة.

2-اختيار السلوك المدخلي (الأولي): بعد تحديد السلوك النهائي لابد من تحديد السلوك المدخلي لاستخدامه كنقطة بداية، ويجب أن يكون السلوك المدخلي قريبا من السلوك النهائي وأن يحدث بشكل

متكرر وذلك حتى تتوفر الفرص الكافية لتعزيزه، وتقويته. ويجب العمل على توفير الظروف البيئية التي تزيد من احتمالية حدوث هذا السلوك والسلوك المدخلي هو استجابة قريبة من السلوك المستهدف تعزيزه وتقويته بهدف صياغة السلوك النهائي.

3_ اختيار معززات فعالة: للمحافظة على درجة عالية من الدافعية لدى الفرد لابد من اختيار معززات مناسبة: غذائية، مادية، رمزية.....

4- الاستمرار في تعزيز السلوك المدخلي إلى أن يصبح معدل حدوثه مرتفعا لأن هذا سيزيد من احتمالية حدوث تغيير بسيط في السلوك وسيجعله أكثر شبها بالسلوك النهائي.

5- الانتقال تدريجيا من مستوى أداء إلى مستوى آخر: لابد من الانتقال بشكل تدريجي، ومنظم من مستوى أداء إلى مستوى أداء آخر حتى نضمن الفعالية لأسلوب التشكيل فنجاح عملية التشكيل مبنية أساسا على كون التعزيز متوقف على تغير السلوك على نحو تدريجي باتجاه السلوك النهائي وتجاهله عندما ينحرف عن السلوك النهائي.

وقد أشار العلي(1986) في (محمد حسن العمايرة، 2007: 48) مجموعة من الإرشادات تعمل على تسريع عملية التعلم وهي كما يلي:

_ عدم التحرك من خطوة إلى خطوة أخرى قبل التأكد من تعلم الخطوة السابقة.

_ التقدم بخطوات صغيرة مع الحرص أن لا تكون الخطوات صغيرة بشكل غير ضروري.

_ ضرورة الرجوع إلى الخطوة السابقة التي يكون فيها السلوك مستقرا جدا في حالة فقدان تتابع معين لكون الحركة تكون سريعة جدا.

_ تحري عدم الحركة ببطيء شديد فتعزيز أحد التقريبات بشكل كبير قد يؤدي إلى تثبيته إلى الحد الذي يصبح من الصعب إطفاؤه فيما بعد والانتقال إلى تتابعات أكثر من السلوك من السلوك النهائي.

أما خليل وآخرون في (محمد حسن العمايرة، 2007: 49) فقد أورد مجموعة من الطرق التي تعمل على تعزيز دور التشكيل في ضبط، ومعالجة سلوكيات التلاميذ ومنها:

_ تعزيز كل أداء فرعي من الأداء الكلي للمهمة المرغوب تعلمها، مثلا لتعليم التلميذ الفوضوي الترتيب، والنظام نقوم بتجزئة هذه المهمة إلى خطوات صغيرة، وبسيطة، ومتدرجة مثلا كأن يقوم التلميذ بإعادة المجلة التي استعارها من المعلم إلى مكانها في القسم وهنا يجب على المعلم تعزيز مثل هذا الأداء على الفور.

_ تعزيز أي تحسن في مجال دقة الأداء.

_ تعزيز فترة الأداء كلما طالت أكثر فأكثر: مثل حالة الطفل الذي يقوم بالتحدث في القسم مع رفقائه فعلى المعلم أن يعززه، ويكافئه إذا بقي هادئا لمدة (5) دقائق ثم يرفع المدة تدريجيا حتى يتعود الانتباه للمعلم، والتوقف عن التحدث في القسم.

_ تعزيز طول فترات المشاركة الصفية: مثلا لتشجيع التلميذ الذي تنعدم مشاركته في القسم فعلى المعلم أن يكافاه على أي مساهمة في المشاركة مهما كانت بسيطة.

3_ تطبيقات عملية لأسلوب تشكيل السلوك في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه:

يعتبر أسلوب التشكيل من أكثر الأساليب نجاعة، وفعالية في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والذي يستند أساسا على نظرية التعلم التي تختزل العملية العلاجية بتحديد السلوكيات غير المرغوبة، والعمل على تبديلها بسلوكيات مرغوبة يدرب الطفل عليها من خلال مواقف تعليمية.

حيث يرى (الحنفي،1994) في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 122) إلى أن السلوكيون يرجعون اضطراب الانتباه إلى أربعة عوامل وهي:

_ الفشل في اكتساب سلوك مناسب أو تعلمه.

_ تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.

_ مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب.

_ ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة الاستثارة، والاستجابة.

وقد أثبتت البرامج العلاجية السلوكية فعالية كبيرة في علاج اضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه مثل دراسة بانياجو وآخرون (1990) في (فوزية محمدي، 20011: 58) والتي هدفت إلى التقصي حول مدى فعالية برنامج تدريبي في تنظيم السلوك الفوضوي المصاحب لاضطراب فرط النشاط على عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية حيث تضمن البرنامج العلاجي تقنية اللعب هذا الاخير أدى غلى تنظيم السلوك الفوضوي وتصحيح الاستجابات كما ساهم في تحسين الأداء الأكاديمي.

كذلك أثبتت الدراسة التي قام بها مركز النشاط الزائد بانجلترا ADD CENTER (1999) في (مشيرة عبد الحميد، 2005: 73) الذي قام بتصميم برنامج سلوكي يهدف إلى التركيز على المهام ليساعد التلاميذ ذوي فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه في المنزل والمدرسة على تنظيم سلوكهم وذلك بوضع خطة تهدف لتدعيم السلوك الإيجابي، حيث أشار البرنامج أن هؤلاء الاطفال يتأثرون بفاعلية

خاصة مع الأمور الآتية: "إبدا المهمة، استمر بالمهمة، أكمل المهمة، تنقل من مهمة غلى اخرى، تفاعل مع الآخرين، تتبع التعليمات، إعمل بدقة، ترتيب المهام ذات الخطوات المتعددة".

ومن الدراسات التي تطرقت إلى إشكالية فعالية أسلوب تشكيل السلوك أو تسلسله خاصة في إعداد الخطط التربوية، والتعليمية الفردية نجد دراسة (سالم 2005) في (فاروق الروسان، 2012: 227) التي هدفت إلى إعداد البرامج التربوية، والتعليمية الفردية المبنية على أسلوب تشكيل السلوك وتسلسله في تدريس طلبة صعوبات التعلم على عينة قوامها 30 فرد مهارات القراءة، والكتابة، وقد أشارت النتائج إلى فعالية تلك الخطط في تحسين مهارات كتابة الحروف الأبجدية، وأيام الأسبوع، وأشهر السنة، والنسخ على اللوح، ومطابقة الكلمات المتشابهة، وإعادة الطالب لما سمعه، والإملاء، والكتابة. يعتبر أسلوب التشكيل من الأساليب الفعالة في تدريب الأطفال على السلوكيات المرغوبة وإكسابهم إياها، وبالمقابل هذا الأسلوب وسيلة ناجحة للتخلص من السلوكيات غير المرغوبة،

كما أجرى (عبد الهادي 2009) في (فاروق الروسان، 2012: 227) دراسة هدفت إلى اختبار فعالية أسلوب تشكيل السلوك وتسلسله في إعداد الخطط التربوية التعليمية في تعليم الأطفال ذوي صعوبات التعلم مهارات القراءة حيث بلغت العينة 30 من طلبة الصف الرابع والثالث أساسي، وقد أشارت النتائج إلى فعالية تلك الخطط في تحسين مهارات القراءة التالية: قراءة المفردات، مهارات القراءة الجهرية، ومهارات الاستيعاب القرائي.

أما في ما يخص اضطراب فرط النشاط الحركي فلم نجد دراسات عربية أو أجنبية (حسب اطلاع الباحثة) استخدمت أسلوب التشكيل عدا الدراسات التي استخدمت تقنيات تنضوي تحت أسلوب التشكيل مثل التعزيز والعقاب. ماعدا دراسة (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1993: 173) الذي استخدم أسلوب التشكيل بالاعتماد على منهج دراسة الحالة على الطفلة عالية التي تبلغ من العمر 6 سنوات تعاني من التشتت السريع في الانتباه والملل من بعض أنواع النشاط التي تستغرق انتباه للتفاصيل الدقيقة حيث أوضحت الاختبارات الذكاء المطبقة عليها أنها فتاة عادية إلا أنها حصلت على درجات منخفضة في الاختبارات التي تتطلب انتباها وتركيزا دقيقا على التفاصيل والتذكر. بعد جمع البيانات عن الحالة طبقت عليها خطة علاجية سلوكية ركزت على ثلاث جوانب:

- جو التعليم والتدريس.
- زيادة التركيز والانتباه والدافع للعمل الدراسي.

– زيادة قدرتها على تحمل المواقف المحبطة، وتدريبها على مواجهة الصعوبات وبالتالي تدريبها على التأمل، والتفكير قبل التسرع في الإجابة.

1– الجو التدريسي: هدف إلى مساعدة عالية على تنظيم وقتها وذلك بتصميم نظام يومي تسير عليه بعد العودة من المدرسة يحدد وقتا لإنهاء الواجبات المنزلية والدراسية ووقتا للعب وبعض النشاطات المنزلية، والدراسية، وكانت تدعم في كل مرة بالتشجيع عقب كل إنجاز وعند الاستجابة للتعليمات بدقة، والانتهاء من النشاط أو العمل المحدد مع التجاهل التام للأشياء السلبية.

كما حرص الباحثون على خلو المكان من المشتتات البصرية والصوتية حتى ينحصر انتباه الطفلة أثناء أداء المهمات مع العمد على تجزئة، وتقسيم العمل الصعب إلى مجموعة من الأعمال البسيطة بحيث يتم مكافئتها بنجمة مثلا على أداء هذه الأعمال البسيطة.

2– زيادة التركيز للتفاصيل والانتباه لها: في البداية تم تدريب الطفلة على الاطلاع على الحروف الأبجدية وذلك بعرض قائمة من الكلمات التي تتكون من حرفين، ومكافئة الطفلة على أي حرف من قائمة الكلمات بعدها الانتقال إلى الكلمات التي تتألف من ثلاث حروف مع تجاهل أي إجابة خاطئة وتعزيز الإجابات الصحيحة. ولزيادة الانتباه قام بتطبيق بعض التمارين مثل وصف الصور، وصف التفاصيل من الذاكرة وذلك بعرض صورة ثم إخفائها لتتذكر أكبر قدر من التفاصيل ويكافئ على كل تذكر، كما تضمن البرنامج بعض الأنشطة التربوية التي تعمل على زيادة الانتباه والتركيز مثل التصنيف حسب الأشكال والأحجام والألوان، زيادة الانتباه لكلمات مسموعة.

بعد مدة من تطبيق الاختبار أشارت التقارير إلى وجود تقدم أكاديمي، وشخصي كبير في حالة الطفلة عالية إضافة إلى التقدم الانفعالي، والاجتماعي الواضح.

ويعتبر التعزيز من الأساليب السلوكية الفعالة في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه، والذي يقوم على أساس مكافئة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يتدرب عليه، وقد أقيمت العديد من الدراسات في هذا الصدد كان الهدف منها هو اختبار مدى فعالية هذا الأسلوب السلوكي في علاج هذا الاضطراب منها دراسة (كيندال وزملاؤه 1985) في (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999: 86_87) التي هدفت إلى خفض مستوى الاندفاعية لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، وذلك بتعزيز كل مدة يقضيها الطفل بدون سلوك الاندفاعية وقد بينت نتائج الدراسة أن استخدام فنية التعزيز أدى إلى خفض مستوى الاندفاعية لديهم ونمى لديهم القدرة على التحكم في سلوكياتهم غير المرغوبة.

كما نشير هنا إلى الدراسة التي قام بها باركلي وآخرون (Barmly et all.1991) في (ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005: 92) والتي هدفت إلى توضيح أهمية المكافئة، والتعزيز وهما أسلوبان سلوكيان لطفل عمره (9) سنوات لديه نشاط زائد حيث كان يتم مكافئته إذا جلس مدة 10 ثواني بهدوء وذلك بمنحه نقود، ثم رفع المدة تدريجيا إلى أن يصل إلى المدة المطلوبة وأوضحت النتيجة أن الطفل استطاع الكف عمليا، واتباع التعليمات، وازدادت الفترة التي يمكثها بهدوء كما أوضح المعلم أن الطفل أصبح هادئا، وتحسن مستواه في القراءة، واستطاع تكوين صداقات داخل القسم.

4_ فوائد تشكيل السلوك وطرق زيادة فعاليته:

لقد أثبت الدراسات السابقة رغم قلتها فعالية أسلوب التشكيل في اكتساب السلوك المرغوب والتدريب على التخلي عن السلوك غير المرغوب إضافة إلى ذلك فإن التشكيل له فوائد نذكر منها:

أولا: أن أسلوب التشكيل السلوكي أسلوب إيجابي ويوزع التعزيز بشكل ثابت على حدوث التقارب التدريجي للسلوك المرغوب، أما السلوكيات الأخرى التي لا تعزز تصل إلى مرحلة الإنطفاء، ولا تشمل العقاب أو أي إجراءات غير محببة لدى الطفل.

ثانيا: يمكن إجراء تشكيل السلوك لتعليم سلوكيات جديدة، وبما أن التشكيل يطبق تدريجيا وبشكل منظم، فإن الهدف النهائي يمكن ملاحظته، ويمكن جمع تشكيل السلوك مع أي تغيير سلوكي أو إجراءات بناء السلوك.

ولزيادة زيادة فعالية التشكيل يقترح(فوكس 1982) في (ناصر الدين أبو حماد، 2008: 247) عدة طرق أولا يجب دمج المثير التمييزي مع التشكيل فمثلا عند محاولة تشكيل سلوك المصافحة كمهارة تحية الكبار لذوي الاضطرابات النمائية يمكن للمعلم أن يقول "فرانك مد ذراعيك"، ثانيا يمكن تقديم نموذج جسدي إذ يمكن للمعلم مساعدة فرانك يدويا على مد ذراعيه، ثالثا يمكن أن يستخدم المعلم التلقين التقليدي لإظهار انطفاء مد الذراع :"فرانك مد ذراعيك هكذا " فبهذه الطريقة يترسخ السلوك.

ملخص:

يمكن تلخيص هذا الفصل بالعناصر التي تضمنها حيث تطرقنا في المبحث الأول إلى مفاهيم عامة عن العلاج السلوكي وتطور تبعا لإسهامات أهم رواده، ثم مبادئه أساليبه مقسمة إلى أساليب تهدف إلى زيادة السلوك أساليب تهدف إلى خفض السلوك كما تطرقنا إلى مزاياه وعيوبه أما المبحث الثاني فخصصناه لأسلوب التشكيل وكيف يسهم في الخفض من حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه.

الفصل الرابع:

تصميم برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

تمهيد

1_أهمية البرنامج

2_أهداف البرنامج

3_الأساس النظري المعتمد في البرنامج

4_تحديد خصائص الفئة المستهدفة من العلاج

5_التحليل الوظيفي للسلوك

6_تحديد التقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي

7_ الأدوات التي استخدمت في البرنامج

8_برنامج العلاجي السلوكي (من اعداد الباحثة)

9_مدة البرنامج

ملخص

تمهيد

لقد تم تخصيص هذا الفصل للتصميم البرنامج العلاجي السلوكي الذي سيستخدم في هذه الدراسة وذلك بالاعتماد على المدرسة السلوكية وقواعد الاشراط الاجرائي وقد تطرقنا فيه لأهمية البرنامج والهدف منه وخطوات بنائه وأهم التعديلات التي طرأت عليه بعد اخضاعه للتحكيم كما قدمنا فيه عرضا مفصلا لكل جلساته

1_ أهمية البرنامج:

تتبرز أهمية البرنامج العلاجي السلوكي في الدراسة الحالية من خلال الأساليب، والفنيات التي يقوم عليها، ومدى فعاليتها، وتأثيرها في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية. كما تتضح أهمية البرنامج من خلال تعديل جوانب أخرى إضافية في حياة التلاميذ مثل التحصيل الدراسي، ورفع مستوى الثقة بالنفس، وبناء علاقات اجتماعية ناجحة، وتعديل جوانب مهمة في شخصيته. كما تتضح أهمية هذا البرنامج العلاجي في كونه وسيلة تقتصد الجهد، والزمن لإمكانية تطبيق جلساته بصفة جماعية.

2_ أهداف البرنامج:

يعد تحديد أهداف البرنامج السلوكي من الخطوات الرئيسية التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند تصميم البرنامج حيث يهدف البرنامج الحالي إلى علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية وذلك من خلال تدريبهم على جملة من التقنيات العلاجية السلوكية، حيث يعتمد العلاج السلوكي على مجموعة من الأساليب، والإجراءات التي تهدف الى زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه (الانتباه) أو تقوية هذا السلوك أو تعليمه سلوكا جديدا، أو خفض معدلات ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه(النشاط الزائد) تتدرج ضمن هذا الهدف العام جملة من الأهداف الفرعية نجملها كما يلي:

_ الحد من السلوكيات غير المرغوبة وتشمل هذه السلوكيات: الحركات العشوائية داخل القسم وفي الساحة أثناء فترة الاستراحة، وفي حصة الرياضة.

_ تعزيز السلوكيات المرغوبة قصد ترسيخها مثل الجلوس بهدوء على المقعد، البقاء على المهمة، واحترام الدور وانتظاره.

_ تدريب التلاميذ على التروي، والتركيز، والانتباه للتفاصيل، والمثيرات أثناء المهام الدراسية.

_ تدريب التلاميذ على احترام قوانين الجماعة مثل انتظار الدور، والتقيد بالتعليمات، والأوامر وذلك بالاعتماد على جملة من الفنيات السلوكية مثل القصة الهادفة، ولعب الدور، وبعض الألعاب التربوية الهادفة.

3-الأساس النظري المعتمد في البرنامج:

يستند البرنامج العلاجي السلوكي مهما كان موضوعه، وأساليبه، وفنياته إلى إطار نظري يعتمد عليه كما يبين الخطوات الاجرائية التي يتم التعامل بها والباحث في البرنامج العلاجي السلوكي المستخدم في هذه الدراسة يستند على نظرية التعلم الإجرائي (الاشتراط الإجرائي) لـ سكنر حيث ترتبط هذه الطريقة بأعمال عالم النفس الأمريكي المعاصر سكينر الذي ورد في (علي حسين حجاج، 1983: 138) أنه ولد في 20 مارس 1904 بولاية بنسيلفيا وتخرج من قسم علم اللغة الانجليزية والتحق ببرنامج للدراسات العليا في علم النفس بجامعة هارفارد بعد أن اطلع على كتابات واطسون وبافلوف وكذا اهتمامه لفترة طويلة بسلوك الانسان والحيوان، وهناك بدأ بإجراء سلسلة من التجارب على الفئران أسفرت عن كتابته للعديد من المقالات جمعها فيما بعد في كتابه الشهير بعنوان "سلوك الكائنات الحية" الذي جمع فيه قوانين الاشراط وقوانين الانعكاس والذي اشتهر فيما بعد بنظرية الاشراط الاجرائي.

يشير (محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن، 1998: 131) أن سكينر الذي على عكس علماء النفس المعاصرين له الذين كانوا يرون أن السلوك المضطرب هو إشارة لعدم الاتزان الداخلي للعقل، وأن السلوك اللفظي وغير اللفظي هما نافذة للعقل أما سكينر فقد تبنى وجهة نظر أخرى مفادها أنه على المعالجين النفسيين تقبل السلوكيات التي يصفها مرضاهم كمشكلات على أنها سلوكيات متعلمة وليست دليل على وجود شيء خاطئ يحدث في عقل المريض. وقد قدم سكينر نموذجا للسلوك البشري اعتبر فيه أن البشر كائنات عضوية تعمل إجرائيا في بيئتها بطريقة تنتج أحداثا معينة أي أن الاستجابات هي إجراءات وأننا إذا تتبعنا الأفراد عن قرب فسوف نلاحظ أن سلوكهم يعقبه بانتظام أحداث معينة تسمى معززات (مدعمات) أو مكافئات، وأن معظم مشكلات السلوك إنما هي نتيجة للمعززات المترتبة ترتيبا غير دقيق، وتتلخص المفاهيم التي تشتمل عليها نظرية الاشراط الاجرائي فيما يلي:

1_ التعزيز (التدعيم): هو عملية ينتج عنها تقوية أو زيادة الاستجابة التي جاء بعدها المعزز ويعرف (محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن، 1998: 131) على أنه تابع يؤدي إلي تقوية السلوك الذي يعقبه ويأتي بعده، وعليه يؤدي السلوك المعزز إلي زيادة في تكرار السلوك وديمومته.

فالتعزيز هو من المفاهيم الرئيسية في العلاج السلوكي ونقصد به كما ورد في (عبد الرحمن العيسوي، 1997: 64) تدعيم السلوك أو الاستجابات السوية، وإعطاء صاحبها المكافئة أو الجزاء المرغوب، حتى تثبت هذه الاستجابة وتترسخ في ذهنه، وتصبح أكثر تكرارا وحدوثا في المستقبل. وعندما

تتكرر الاستجابة الايجابية لنفس المثير، فإنها تعمم في المواقف الأخرى المشابهة للنمط أو النموذج الذي تعلمه. أما الاستجابات التي لا تتكرر، ولا يتم تعزيزها أو تدعيمها فإنها تتلاشى، وتنطفئ، وتزول من سلوك الانسان، ومن هنا فإن الاستجابات السلبية أو المرضية يمكن محوها أو ازالتها عن طريق حرمانها من التعزيز.

غير أن أسلوب التعزيز أخذ أكبر اهتمام من هذا الاتجاه العلاجي لما أثبته من فاعلية في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه حيث يعرف على أنه إضافة أو ظهور مثير معين بعد السلوك مباشرة مما يؤدي زيادة احتمال ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة، ويعتبر مبدأ التعزيز من أهم مبادئ تعديل السلوك، كما يعرفه الشخص في (ايمان فؤاد الحاج ابراهيم،2001) بأنه "أي نتيجة ينتهي بها السلوك بحيث تزيد من احتمال حدوثه في المستقبل، والمعزز عبارة عن حدث أو مكافئة تزيد من احتمال حدوث السلوك وتكراره في المستقبل عندما يعقبه المعزز"، كما يعرف المعزز في (عبد الرحمن العيسوي، 1997: 64) بأنه عبارة عن أي مؤثر يزيد من احتمال الاستجابة وقوتها أو يزيد العلاقة بين مثير ما والاستجابة الناتجة عنه. ويتأثر التعزيز بعدد من العوامل منها أن يسبق المثير الشرطي غير الشرطي بفترة قصيرة وكذلك فإنه كلما قصرت الفترة الزمنية بين حدوث الاستجابة والمكافئة المؤدية إلى الدافع القوي كلما زادت العلاقة بين المثير والاستجابة والتعزيز المتقطع أكثر فاعلية من التعزيز المستمر. وهذا ما أشار إليه سكنر إلى وجود أساليب متعددة لتعزيز الاستجابة الإجرائية:

_ التعزيز المستمر: ويعتبر هذا النوع اسهل أنواع التعزيز حيث يحصل منه الكائن الحي على التعزيز بعد كل استجابة صحيحة ، أي بعد كل مرة تصدر فيها الاستجابة ويستخدم خاصة في المراحل الأولى من التدريب.

_ التعزيز المتقطع: وهنا نقدم التعزيز لبعض الاستجابات دون غيرها حيث يقد التعزيز أحيانا وليس دائما بعد حدوث الاستجابة.

ويمكن تصنيف المعززات كما يلي:

_ المعززات الطبيعية: وهي التوابع ذات العلاقة المنطقية بالسلوك مثل ابتسامة المعلم وثناؤه على إجابة التلميذ الصحيحة في القسم.

_ المعززات الاصطناعية: مثل إعطاء المعلم للتلميذ نقاط يمكن استبدالها بأشياء معينة يحبها التلميذ.

يضيف (ناصر الدين أبو حماد، 2008: 2000) بعض أنواع المعززات وهي:

_معززات للاستهلاك: كأن تكون غذائية أو مادية بشرط أن تكون محببة لدى الأطفال.

_ معززات نشاطية: هي عبارة عن نشاطات يحبها الاطفال نسمح لهم بالقيام بها عند تأديتهم للسلوك الصحيح مثل الألعاب الميكانيكية أو السباحة أو السماح لهم بمشاهدة التلفاز.

_ معززات للملكية: مثل فرشاة أسنان أو مقص أظافر.

_ معززات لا تتطلب نشاط: مثل مشاهدة التلفاز.

_ معززات اجتماعية: مثل المديح، والابتسامة.

ويمكن تصنيف المعززات كما ورد في (مصطفى نوري القمش وخليل عبد الرحمن المعايطة، 2007: 39) كالآتي:

_ التعزيز الإيجابي: يحدث نتيجة لتقديم أشياء ذات قيمة ايجابية أو مرغوب بها للمتعلم، الأمر الذي يؤدي إلي تقوية السلوك ومن الأمثلة علي ذلك نزول طعام الحمامة عند ضغطها على الرافعة.

_ التعزيز السلبي: ويحدث التعزيز السلبي نتيجة لإزالة شيئا غير مفضل أو غير مرغوب فيه، ومن الأمثلة علي ذلك إعفاء الطالب من الواجبات المنزلية في نهاية الأسبوع، نتيجة لأدائه المتميز. لذا فإن إزالتهما عن الفرد تؤدي إلي تقويه السلوك وزيادة تكراره.

كما يتأثر التعزيز بجملة من العوامل وهي:

_ فورية التعزيز: أي تقديم التعزيز مباشرة بعد حدوث السلوك المرغوب.

_ انتظام التعزيز: أي استخدام التعزيز على نحو منتظم بحيث لا يجب أن يتصف بالعشوائية.

_ كمية التعزيز: تحديد كمية التعزيز التي ستعطي للطفل، وكلما كانت كمية التعزيز أكبر كانت فعاليته أكبر.

_ الجدة: أي استخدام أنواع حديثه من المعززات بين فترة وأخرى.

2_ العقاب: يعرف في (محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن، 1998: 132_133) بأنه عملية ينتج عنها إضعاف أو توقف الاستجابة التي وقع بعدها العقاب وهو نوعان العقاب الإيجابي والعقاب السلبي، فالعقاب ينتج عنه نقصان أو إضعاف أو توقف الاستجابة التي وقع بعدها فإذا اشتمل

العقاب على إضافة شيء غير سار مثل الضرب سمي عقابا سلبيا، وإذا اشتمل على استبعاد شيء سار، ومرغوب مثل المكافئة يسمى عقابا إيجابيا، وهو الآخر يتأثر ببعض العوامل التي تؤثر في فعاليته:

_ تحديد السلوك المستهدف.

_ شدة العقاب: فكلما زادت شدة العقاب كان أثره في السلوك أكبر.

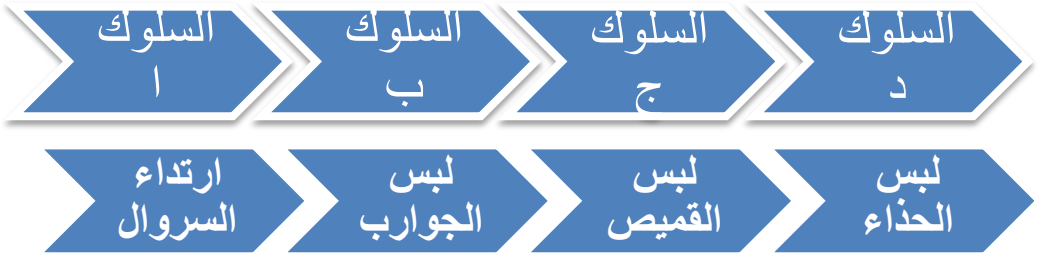
_ فورية العقاب: فكلما تمت معاقبة السلوك الغير مرغوب مباشرة بعد حدوثه زادت فعاليته.

_ استخدام العقاب عند الضرورة: لابد من تجنب استخدام العقاب بشكل غامض، مما يؤدي إلي تعود الشخص عليه.

3_التشكيل: يعرفه (محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن، 1998: 143) بأنه تعزيز التقريبات المتتابعة للسلوك النهائي، ومعنى ذلك أن يجزئ السلوك المرغوب فيه إلى أجزاء صغيرة. كما يشير (علي حسنين حجاج، 1983: 155_154) إلى تجربة سكينر مع الحمام والتي بموجب عملية التشكيل« Shapping » يمكن إحداث استجابة جديدة عن طريق الاستمرار في تعزيز الاستجابات الأخرى التي تقترب أكثر فأكثر من الاستجابة الجديدة. فعلى سبيل المثال تدريب الحمام على نقر المفتاح الذي يفتح علبة الطعام ففي البداية نعزز كل حركة باتجاه المفتاح، وبعد تعزيز حركة أو حركتين أو ثلاث نحو المفتاح فإننا نقوم بتعزيز الحركات التي يصحبها حركة مد الحمام لمنقارها في اتجاه المفتاح وفي هذه الحالة تكون الحمامة قد أخذت تمضي معظم وقتها أمام المفتاح بعدها نركز اهتمامنا على حركة منقارها إلى الأمام في اتجاه المفتاح وعند هذا المستوى فإن الحمامة تتمكن من نقر الطعام وسرعان ما تتمكن من المفتاح، ويستطيع المجرب المتمكن أن يشكل عملية نقر المفتاح بعد تكرار عملية نقر المفتاح بعد تكرار التعزيز حوالي 10 إلى 15 مرة. ويعتبر التشكيل أمرا مناسبا لاكتساب العديد من المهارات مثل الألعاب الرياضية، والكتابة، وتعلم اللغات الأجنبية.

4_التسلسل: يتشابه التسلسل مع التشكيل في أنه يعتمد على تجزئة السلوك أو ما يعرف ببرنامج التقريب المتتابع حيث يتم التدريب على كل جزء من أجزاء السلوك النهائي باستخدام التعزيز، وتبدأ عملية تسلسل السلوك بترتيب السلوكيات في التتابع الذي نراه مناسبا ولتوضيح ذلك نستعين بالمخطط التالي:

الشكل رقم (02) يبين ترتيب السلوكيات وفق عملية التسلسل



من خلال الشكل رقم (02) نلاحظ تسلسل السلوكيات بشكل متتابع بحيث لا يستطيع المرور إلى السلوك الموالي قبل إنجاز السلوك الذي قبله.

4_ تحديد خصائص الفئة المستهدفة بالبرنامج:

وجه البرنامج العلاجي السلوكي إلى مجموعة من التلاميذ ممن شخصوا على أنهم يعانون من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي ينتظمون بصفة عادية بمدارس ابتدائية بولاية تلمسان تتراوح أعمارهم بين (9–10 سنوات).

5_ التحليل الوظيفي للسلوك:

يعرفه (Cottraux, 2011, p. 107) بأنه عملية الهدف منها هو جمع المعلومات الخاصة بالعميل، من أجل تحديد الأسباب المؤدية لظهور الإضطراب، والنتائج المترتبة عنه، فالتحليل الوظيفي يسمح بتحديد الأسباب الماضية والحالية، والإنفعالات، والأفكار، والعوامل المتأتية عن المحيط، وإنطلاقا من التحليل الوظيفي يتم تحديد التقنيات العلاجية الملائمة. وفي هذا الإطار قدم (لويس كامل مليكة، 1990: 34) النموذج الذي أتى به كانفر بقصد التحليل وهو يلخص الظروف التي تعمل وقت الاستجابة والتي يكون لها دلالتها لاحتمال حدوث الاستجابة وتشمل هذه الصياغة خمس مكونات:

1_ الأحداث المنبهة السابقة.

2_ الحالة البيولوجية للكائن.

3_ الاستجابات الممكنة.

4_ العلاقات التلازمية (الاشراطية).

5_ العاقبة.

وعلى هذا الأساس قمنا بالتحليل الوظيفي لسلوك فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية حسب المعطيات التي استطعنا جمعها بعد إجراء مقابلات مع معلمي أفراد عينة البحث كما هو موضح في الجدول رقم (2):

الجدول رقم (2) يوضح التحليل الوظيفي للسلك لأفراد العينة التجريبية

الأحداث المنبهة	الحالة البيولوجية	الاستجابات الممكنة	العاقبة	العلاقات التزامنية
_ وجود مشتتات داخل القسم أو خارجه.	_ ذهول وترقب	_ تشتت الانتباه وضعف القدرة على التركيز	_ تنبيه لفضي من المعلم	_ المعلم يفعل ذلك بعد كل استجابة بمعدل أربع مرات أثناء الدرس
_ الشعور بالملل والاحباط والرغبة في جذب انتباه المعلم	_ تململ وحركات والتلوي في الكرسي	_ إفراط حركي والالتفات إلى زملائه.	_ تجاهل أو إقصاء	_ المعلم يتجاهله أحيانا وإذا زاد الأمر عن حده يخرجه من القسم
_ الاحساس بعدم الاهتمام والرغبة بالإجابة على الأسئلة للحصول على الاهتمام	_ هيجان وحركات بالأطراف	_ الاندفاع وعدم القدرة على الضبط	– عقاب بسبب الاجابات الخاطئة والغير مدروسة	– رد فعل المعلم بالعقاب بعد كل سلوك مندفع

6_ تحديد التقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي:

تحقيقا لأهداف البرنامج العلاجي السلوكي، وتماشيا مع طبيعة الاضطراب تم اختيار تقنية التشكيل التي ارتأينا أنها تحقق أحسن النتائج مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي مدرجين في سياق العملية العلاجية مجموعة من التقنيات السلوكية لتحقيق الأهداف الفرعية للعلاج وهي كالاتي:

– التعزيز المتقطع: في هذا النوع من التعزيز يحصل التلميذ على المعزز في بعض المرات وليس دائما حتى لا يحدث إشباع من جانبه

_ التعزيز المستمر: هنا يحصل التلميذ على المعزز بعد كل استجابة مرغوبة أي تعزيز الاستجابة بعد كل مرة يحدث فيها وقد استعمل هذا الأسلوب في الجلسات الأولى من التدريب.

– النمذجة الحية: ونقصد بها تقليد سلوك أنموذج واقعي يحدث أمام التلميذ، وهنا يقوم النموذج بتأدية السلوكيات المستهدفة من البرنامج بوجود المتعلم الذي نريد إكسابه تلك السلوكيات ليراقبها.

– التجاهل: الهدف من هذا الأسلوب محو السلوك غير المتوافق وذلك بإغفاله (غياب التعزيز) حتى ينطفئ ذلك السلوك

– الاقصاء: بأن يؤخذ التلميذ من المكان المرغوب فيه (المكان المعزز) إلى مكان غير مرغوب (خال من التعزيز) ولا يسمح للتلميذ بمراقبة أقرانه، حيث يقوم المعلم في الإقصاء بسحب المعززات البيئية لسلوك المتعلم غير المرغوب كإجراء عقابي وقد يكون بإبعاد المتعلم من البيئة المعززة لمدة زمنية محددة مباشرة بعد حدوث السلوك غير المرغوب.

_ الاسترخاء: تتضمن هذه التقنية استخدام التنفس العميق إلى جانب الخيال بهدف مساعدة التلميذ على تخيل مشاهد تبعث على الراحة وبالتالي تقلل التوتر وتزيد من درجة الهدوء لدى الطفل الذي يعني من فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه.

_ لعب الأدوار: يعتبر لعب الأدوار وجها آخر من أوجه التعلم الاجتماعي حيث يدرب الطفل على تمثيل جوانب من المهارات الاجتماعية حتى يتقنها، وهنا يطلب المدرب من الطفل أن يؤدي دورا مخالفا لشخصيته أي المهارة التي تنقصه كأن يكون الطفل خجولا فنطلب منه أن يقوم بدور الجريء، ولنجاح أسلوب لعب الدور لابد من مراحل تدريبية للطفل، وهي كما وضحها ارجايل 1984كما يلي:

1- عرض السلوك المراد تعلمه أو التدرب عليه فيعطي نموذجا للتغيرات المطلوبة كأن يوضح للطفل طريقة مخاطبة والديه أو معلمه.

2- ممارسة السلوك المرغوب أو عمل تجربة أو التمثيل أو أداء الأدوار الخاصة به أو تتابع أداء الدور للاستجابة المرغوبة.

_ القصة: تتضمن هذه التقنية سرد قصة قصيرة تكون مألوفة لدى التلميذ ونطلب منه التركيز في الأحداث والشخصيات لنطلب منه في مرحلة لاحقة أن يذكر لنا أهم الأحداث والشخصيات بتسلسل زمني.

7-الأدوات التي استخدمت في البرنامج العلاجي السلوكي:

وتضم ما يلي :

- الأدوات التي استخدمت كمعززات: وقد ضمت أدوات مدرسية مثل: منجرة، ممحاة، قلم رصاص، طبشور ملون، وقطع حلوى وشكولاتة.

- جهاز كمبيوتر محمول: تم الاستعانة به لإصدار أصوات الحيوانات، والمواصلات، والأشخاص.

- مجموعة من الالعاب: وتضم ما يلي: دمية، دب صغير، كرة، سيارة، ألعاب الفك والتركيب، قطار، وسكة حديدية.

- مجموعة صور، ومجسمات، أدوات مدرسية، وألوان لتدريب الطفل على الانتباه للمثيرات البصرية: فقد استخدمت الباحثة في حصة الأشغال اليدوية ما يلي: أوراق مقوى، مقص، شريط لاصق، قلم رصاص، مسطرة، أقلام ملونة، مدور. كما استعانت بمجموعة من الأشكال الهندسية مثل: مثلثات، مربعات، مستطيلات. كذلك راية بيضاء، وأخرى حمراء في لعبة سر وقف. كما استعانت بمجموعة من الصور تشير إلى أشخاص مثل: صور رجل، وامرأة، وطفل. وصور حيوانات مثل: قط، كلب، دجاجة، حصان، قرد، أسد، كما استدعت بعض الجلسات صور لوسائل مواصلات مثل: سيارة، دراجة، حافلة، قطار، طائرة.

كما استعملت الباحثة بطاقات كتب عليها أصوات حيوانات، وصور لأدوات مدرسية، وفواكه، وحيوانات، ومجموعة بطاقات ملونة بحيث تحمل كل بطاقة لون، ومجموعة الحروف الأبجدية مجسمة في قطع بلاستيكية، كما استعملت صور تحمل مناظر طبيعية مختلفة. إضافة إلى قصص للأطفال وهي الأخرى مألوفة لديهم مثل قصة بائعة الكبريت، وقصة سندريلا والأقزام السبع.

- مجموعة كتب مدرسية أي من المقرر الدراسي وأخرى تعليمية تحتوي على صور، وألوان، وأشكال، ومجسمات استعملت لتدريب الاطفال على الانتباه للمثيرات السمعية، والبصرية، وتدريب الأطفال على التركيز على الاختلافات، والتشابهات.

8- برنامج العلاج السلوكي(من اعداد الباحثة):

مر البرنامج العلاجي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية بعدة مراحل قبل استخدامه، وسنعرض في ما يلي بالتفصيل كل الخطوات للوصول إلى الصيغة النهائية حيث قمنا بتسطير الخطوات التمهيدية لبناء البرنامج السلوكي في صورته المقترحة، حددنا البرنامج السلوكي في صورته المقترحة، وبعدها قمنا بتحكيم البرنامج السلوكي، وفي الأخير تم عرضه في صورته النهائية.

أولا: الخطوات التمهيدية لبناء البرنامج السلوكي في صورته المقترحة:

قبل البدء في بناء البرنامج السلوكي قامت الباحثة بما يلي:

1- تكوين رصيد معرفي حول اضطراب بفرط النشاط الحركي المصحوب بقصور والاندفاعية.

2- الاطلاع على البرامج التي تعنى بالعلاج السلوكي وطرق تعديل السلوك.

3- الاطلاع على عدد من الكتب المدرسية وغير المدرسية التي تعتمد على الألوان، والأحجام، المتشابهات، والمتعاكسات، وبعض القصص التربوية لتصميم جلسات البرنامج.

4- عقد زيارات إلى بعض المدارس الابتدائية التي يوجد بها تلاميذ يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه وذلك قصد معرفة خصائص هؤلاء الأطفال، ودراسة إمكانية تطبيق الدراسة أي تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي، وكذا إمكانيات المدارس المادية مثل الملعب، والحجرات، كما تم التحقق من تعاون المعلمين، والإدارات.

5- الاطلاع على عدد من البرامج السلوكية التي بنيت لنفس الغرض أي البرامج السلوكية التي تهدف إلى خفض حدة اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي مثل دراسة (فوزية محمدي،2011) ودراسة (ظافر بن محمد حمد القحطاني،2005)، (عبد الستار ابراهيم وآخرون، 2003).

6- الاطلاع على الدراسات التي اهتمت بالاضطراب بصفة عامة، وبالعلاج السلوكي، ومختلف تقنياته قصد تكوين فكرة عامة عن الموضوع.

ثانيا: البرنامج السلوكي في صورته المقترحة:

تضمن البرنامج السلوكي في نسخته المقترحة تدريب الأطفال الذين يعانون من اضطراب بفرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه على تحسين انتباههم، وضبط نشاطهم. والتحكم في اندفاعيتهم باستخدام جملة من التقنيات العلاجية السلوكية مثل التعزيز، والنمذجة، والتشكيل كل هذا بالاعتماد على بعض النشاطات التربوية الهادفة، والمواقف التعليمية المبنية، والمنظمة لهذا الغرض.

وقد تكون البرنامج في صيغته المقترحة من (22 جلسة) موزعة كما يلي: جلسات التعارف، والتفاهم والتحضير مع العينة للبرنامج تليها جلسات علاجية، والتي تضمنت تطبيق فنيات العلاج السلوكي التي هدفت إلى علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه ثم جلسات التقييم، وشكر الحالات على تعاونهم ومشاركتهم في البرنامج.

ثالثا: تحكيم البرنامج السلوكي والتجريب الاستطلاعي له:

بعد بناء البرنامج في صورته المقترحة حسب ما ذكرناه سالفا تم عرضه على مجموعة من المحكمين وهم أساتذة من قسم علم النفس بجامعة تلمسان، وذلك للحكم على البرنامج بشكل عام وإبداء الملاحظات، والمقترحات بشكل خاص، والملحق رقم (2) يوضح أسماء الأساتذة المحكمين، وتخصصاتهم.

وقد قام الأساتذة المحكمون بتحكيم البرنامج العلاجي السلوكي لتحديد مدى صدق محتوى كل جلسة في تحقيق أهدافها، وقد تم الإشارة إلى بعض التعديلات قمنا بها بمعية مع الأساتذة المحكمين ليتم بعدها الاتفاق على الصياغة النهائية للبرنامج السلوكي.

وقد تمثلت الملاحظات فيما يلي:

- تمديد فترة البرنامج لتكون كافية لترسيخ المهارات المتعلمة من خلال الجلسات.
- زيادة عدد الجلسات حتى يتسنى للأطفال اكتساب أكبر قدر ممكن من المهارات.
- تعديل بمس بعض الجلسات مثل الأهداف التي لا تتماشى مع محتوى الجلسة أو بعض الجلسات التي تحتوي أكثر من هدف.
- تعديل بعض الجلسات التي تحتوي أكثر من تقنية، وتقسيمها إلى أكثر من جلسة قصد تسهيل الاستيعاب.

وقد قامت الباحثة بالأخذ بعين الاعتبار كل الملاحظات، وعلى أساسها قامت بإجراء جملة من التعديلات مست كافة الملاحظات، وفيما يلي أبرز التعديلات التي طرأت على البرنامج:

الجدول رقم (03) يبين معطيات البرنامج العلاجي السلوكي قبل التعديل وبعد التعديل

عناصر البرنامج قبل التعديل	عناصر البرنامج بعد التعديل
_ مدة البرنامج العلاجي السلوكي 10 أسابيع بمعدل 20 جلسة. – تخصيص جلستين لتدريب الأطفال على الجلوس بهدوء لمدة زمنية محددة. _ تخصيص جلسة واحدة للتدريب على الانتباه للمثيرات السمعية والمثيرات البصرية والمثيرات الحسية _ تخصيص جلسة واحدة للتدريب على الأنشطة التي تتطلب حضور ذهني متواصل وإتمام المهام _ تغيير عنوان الجلسة الرابعة والعشرون والخامسة والعشرون: تدريب الأطفال على اكتشاف النقائص _ حذف بعض التقنيات مثل العقاب.	_ تمديد مدة البرنامج لمدة 13 أسبوع بمعدل 26 جلسة. _ إضافة جلستين لنفس الهدف بحكم أنه سلوك مدخلي يفتقد إليه الأطفال ويساعده في المراحل اللاحقة. _ إضافة جلسة ثانية لكل نوع من المثيرات قصد ترسيخ الاكتسابات. _ إضافة جلسة ثانية لضمان أكبر قدر ممكن من التركيز _ العنوان بعد التعديل: تدريب الأطفال على الانتباه للتفاصيل. _ تعويضه بالإقصاء.

بعد القيام بالتعديلات اللازمة على البرنامج العلاجي السلوكي بناءا على ملاحظات الأساتذة المحكمين قامت الباحثة بالتجريب الاستطلاعي له على عينة قوامها (6 تلاميذ) ولمدة زمنية قدرت بشهر ونصف للتأكد من قابليته للتطبيق ميدانيا وكذا معرفة النقائص والأخطاء لتصحيحها وبالتالي تفاديها مستقبلا في الدراسة الأساسية وخلال بعض الخطوات التي سنلخصها في النقاط الآتية:

– الاتفاق بين الباحث من جهة، وأفراد المجموعة التجريبية من جهة أخرى على الالتزام بجلسات البرنامج، وإيضاح الأهداف، وخطة التنفيذ.

– ترك أفراد المجموعة الضابطة دون أي تدخل علاجي.

– طبق البرنامج العلاجي السلوكي (التجريب الاستطلاعي) خلال السنة الدراسية (2012–2013) لمدة شهر ونصف بمجموعة من المدارس الابتدائية بولاية تلمسان.

– نفذت الجلسات العلاجية حسب خطة مدروسة مسبقا واستغرقت مدة ستة أسابيع، وبمعدل (12 جلسة) بواقع جلستين أسبوعيا مدة كل جلسة (60 دقيقة).

– نفذت الجلسات بصفة جماعية.

– بعدها تم تقييم البرنامج العلاجي السلوكي من خلال:

1–المقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة (كما هو موضح في الفصل الخامس: نتائج الدراسة الاستطلاعية).

رابعا: البرنامج السلوكي في صورته النهائية

يعد البرنامج العلاجي السلوكي المعد في هذه الدراسة من الادوات الاساسية المراد منها تحقيق أهداف الدراسة، فهو برنامج مخطط منظم مبني على أسس النظرية السلوكية والتي تعتبر مصدر التقنيات والفنيات التي اشتمل عليها البرنامج العلاجي الذي صيغ على شكل جلسات علاجية يومية هي عبارة عن انشطة تربوية هادفة ومواقف تعليمية مبنية تهدف الى خفض النشاط الحركي الزائد وتحسين مستوى الانتباه وكذا التحكم بالاندفاعية ومن الاهداف التي يرمي اليها برنامج العلاج السلوكي ايضا تحسين الأداء الأكاديمي الذي يظهر من خلال نتائج التلاميذ في الامتحانات الفصلية.

اعتمدت فيه أساسا على تقنية التشكيل وهو تعزيز الاستجابات التي تقترب تدريجيا من السلوك النهائي المراد الوصول اليه أو هو الاقتراب خطوة خطوة من السلوك المطلوب.

ولهذا الغرض استخدمت بعض التقنيات السلوكية مثل التعزيز، النمذجة، الإقصاء، النشاطات التربوية، التجاهل، اللعب، القصة، لعب الأدوار من اجل إكساب الطفل السلوكيات المرغوبة والتي تقودنا إلى السلوك النهائي و تركيز الانتباه و الحد من الحركية الزائدة.

احتوى البرنامج في صيغته النهائية في الدراسة الأساسية على 26 جلسة كلها طبقت بصفة جماعية على مجموعة من الحالات التي تعاني من الاضطراب، وبعض الجلسات استدعت تدخل أطفال عاديين كنماذج يقتدي بها الطفل الذي يعاني من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي والبعض الآخر في جلسات لعب الأدوار.

طبقت جلسات البرنامج إما في القسم أو في الساحة في شكل حصة التربية البدنية.

تم تحديد مدة كل جلسة ب60 دقيقة حتى تكون كافية لاستيعاب النشاط المقرر تتخللها فترات استراحة كلما استدعى الأمر ذلك.

اعتمدت الباحثة على بعض الألعاب والأدوات المناسبة للنشاطات المبرمجة لثناء الجلسات مثل: المجسمات، والصور، والأدوات المدرسية، والقصص.

وفيما يلي عرض تفصيلي لمحتوى البرنامج في صورته النهائية وجلساته:

جلسات البرنامج

الجلسة الأولى: التعارف والتمهيد لجلسات البرنامج

أهداف الجلسة:

- الالتقاء بأفراد الدراسة
- شرح محتوى البرنامج للأطفال.
- توضيح أهداف البرنامج، والاتفاق على مواعيد الجلسات.

التقنيات المستخدمة: المحاضرة، والمناقشة، والاستماع.

بعد التعارف بين الأطفال والباحث وخلق جو من الثقة يبدأ الباحث بشرح الهدف من البرنامج، ومحتواه، وأنه سيتم تدريبهم على بعض السلوكيات لفترة زمنية محددة، ونشرح لهم لماذا تم اختيارهم، وأنهم يعانون من مشاكل سلوكية، وبأن هذه الجلسات ستعود عليهم بالفائدة لأنها تهدف إلى الخفض من المشكل الذي يعانون منه، وفي نهاية الجلسة نعلمهم بأنه سنلتقي بهم بانتظام بمعدل مرتين في الأسبوع، ويشجعهم على ضرورة الانضباط، والحضور في المواعيد. مع العلم أن الاتفاق الحقيق قد حدث مسبقا بين الباحثة والأولياء الذين أبدوا رغبتهم في مشاركة أبنائهم في البرنامج لإحساسهم بمشكلتهم وهذا ما يضمن السير الحسن لجلسات البرنامج.

الجلسة الثانية: تعريف الأطفال باضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية

أهداف الجلسة: محاولة تحسيس الأطفال بالمشكل الذي يعانون منه، ومحاولة تبسيط عملية الشرح قدر الإمكان حتى يستطيعوا التعرف على مشكلتهم.

التقنيات المستخدمة: المحاضرة، والمناقشة، والاستماع، والحوار.

في هذه الجلسة حاول الباحث إعطاء الأطفال صورة شاملة عن اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه، ثم تعريفه بالسلوكيات الناجمة عنه حيث ذكر لهم أعراضه، والتي تعتبر سلوكيات غبر مرغوبة: مثل الحركة الزائدة، عدم القدرة عل الجلوس بهدوء في المقعد، عدم انتظار الدور، ومقاطعة الآخرين، والتشتت، وعدم القدرة علي التركيز، ونشرح لهم كيف أن هذه المشاكل يؤثر عليهم سلبيا في الجانب الدراسي، والاجتماعي، والعائلي، ونشرح لهم بعض الطرق التي تخفض من حدة هذه

المشاكل، وبأنهم عن طريق جلسات البرنامج سيتم تدريبهم على التخلص من هاته السلوكيات غير المرغوبة.

حيث تتضمن هاته الجلسة استفسارات التلاميذ إن وجدت ويجيب عليها الباحث بلغة بسيطة، ومفهومة من طرف الطفل، وفي الأخير يشكر الباحث التلاميذ على تفاعلهم مع الجلسة، وينهيها بالاتفاق على موعد الجلسة القادمة.

الآن بعد أن تم في الجلسة الأولى، والثانية التعارف بين الباحثة والتلاميذ، وبعد أن وضح لهم الهدف من البرنامج، سيتم في الجلسات القادمة البدء في عملية العلاج من خلال تقنيات العلاج السلوكي التي ارتئي للباحث أنها مناسبة للخفض من معدلات التشتت، والاندفاعية، وفرط النشاط الحركي، وذلك قصد تشكيل سلوك الطفل المرغوب بشكل تدريجي ذلك بإتباع جملة من المراحل، وفيما يلي عرض لهذه الجلسات بالتفصيل:

الجلسة الثالثة والرابعة: تدريب الأطفال على الجلوس بهدوء لمدة زمنية محددة.

أهداف الجلسة:

- تدريب الطفل على الجلوس على المقعد بهدوء.
- التقليل من الحركات العشوائية.
- التقنيات المستخدمة: التعزيز المتقطع، والتعزيز المستمر، والنمذجة الحية.

نطلب من كل طفل الجلوس في مقعده بدون حركة عشوائية، وذلك بأن يجلس الباحث أمامه على المقعد بهدوء، وبدون أي حركة ثم نطلب من الطفل تقليد السلوك إذا استجاب وجلس بهدوء نعززه مباشرة معنويا بالمديح، والتصفيق. اذا لم يستجيب نحثه بالحث على الكتف بلطف، وتشجيعه على الجلوس في مقعده بهدوء، إذا أظهر الطفل عدم اهتمام نقدم له معزز مادي محبب يختلف من طفل لآخر وقد تنوعت المعززات من أدوات مدرسية، وقطع حلوى حسب ميول التلميذ التي كنا قد درسناها مسبقا، وإذا لم يستجيب نتجاهله.

ونعيد نفس الشيء وكلما نجح الطفل في الجلوس بهدوء نعززه على أن يكون التعزيز في البداية مستمرا أي بعد كل استجابة بالسلوك الصحيح بعدها يصبح متقطعا أي بعد عدد ثابت من الاستجابات الصحيحة، وعندما ينجح في عدد معين من المحاولات ونرفع المدة تدريجيا في البداية تكون 10 ثوان ثم 20 ثانية، وكلما زادت المدة التي يمكثها الطفل جالسا بهدوء يعزز إما ماديا أو معنويا حتى تصل المدة إلى 5 دقائق.

كما راعت الباحثة أن تترك للأطفال مجالا أو استراحة بين الفينة والأخرى تجنبا للوقوع في عناده ثم تعود بعدها إلى التدريب.

قبل الانتهاء من التدريب أي في الربع ساعة الأخيرة من الجلسة ندرب الأطفال على الاسترخاء العضلي، وبعض تمارين التنفس الصحيح التي تساعدهم على التركيز، هاته العملية في البداية تكون مجرد محاولة وذلك لصعوبة الأمر لأن الأطفال يبدون رفضا لعملية الاسترخاء، نختم الجلسة بكل ود، وذلك بتشجيع الأطفال وأنه أبدى حسنا، ونشكره على التعاون، ونتفق على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة والسادسة: زيادة مدة الجلوس على المقعد بهدوء تدريجيا.

أهداف الجلسة:

– تزويد المدة التي يقضيها الأطفال جالسا بهدوء.

–استثمار طاقة الأطفال في نشاطات روتينية منظمة داخل القسم.

التقنيات المستخدمة: التعزيز، والنمذجة، والاسترخاء.

بعد أن تمكن الأطفال في الجلسة الماضية من الجلوس بهدوء لمدة خمس دقائق نستمر في تدريبهم على زيادة المدة التي يقضونها جالسين بهدوء عن طريق النمذجة، والتعزيز حتى تصل المدة الى 10 دقائق.

في هذه الجلسة نقوم بالاستعانة بتلاميذ عاديين أي لا يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه وذلك للعمل كنماذج يقوم الأطفال بتقليدهم حتى يتمكن الطفل من الجلوس بهدوء لأكبر قدر ممكن من الزمن حيث نتفق مع الطفل مسبقا بأنه إذا استجاب للتدريب، واستطاع الجلوس بهدوء للفترة التي حددناها له سنمنحه وقتا حرا يقوم فيه باللعب بالألعاب الموجودة داخل الخزانة، وهذا بالنسبة لجميع الحالات بالتداول إلى أن ينتهي زمن الجلسة الذي يستمر لمدة ساعة ونصف.

ولتفادي عناد التلاميذ وعم انصياعهم للتعليمة فإنه كلما أبدى أي منهم نشاطا أثناء التدريب نطلب منه القيام ببعض الأعمال داخل القسم مثلا مسح الصبورة، وترتيب الألعاب في الأماكن المخصصة لها وبعد أن يعود إلى مقعده نعود إلى التدريب، وهكذا إلى أن يتمكن كل التلاميذ من تحقيق هدف الجلسة وهو الجلوس على المقعد بهدوء ودون حركات عشوائية، بعدها يتبقى ربع ساعة الأخير من الجلسة وهو المخصص للاسترخاء العضلي وتمارين التنفس الصحيح.

الجلسة السابعة: تدريب الأطفال على أن يستجيب بالنظر إلي عندما أناديه أو أذكر اسمه.

الهدف من الجلسة:

_ تعليم الأطفال أن يستجيبوا للنداء عندما أناديهم بأسمائهم.

التقنيات المستخدمة: اللعب، والتعزيز، والنمذجة.

تم تصميم جو هذه الجلسة بشكل مشابه لحصة الأشغال اليدوية حيث تم توفير أوراق مقوى، ومقص، وشريط لاصق، وقلم رصاص، ومسطرة، وأقلام ملونة، ومدور، ونطلب من الأطفال تشكيل أشكال هندسية مثل المثلثات، والمربعات، والمستطيلات وهذا بغرض جعل التلاميذ ينهمكون في الأشغال المطلوبة منهم، وتم تقسيم التلاميذ إلى مجموعات صغيرة تتكون من أربعة تلاميذ ندرج فيها تلاميذ عاديين من نفس السن والسنة الدراسية للعمل كنماذج وندربه على الاستجابة للنداء عندما نذكر اسمه.

يبدأ الباحث الجلسة وذلك بأن يخبر كل الطفل بأنه سيخضع للتدريب على الاستجابة للنداء باسمه في وضعيات اللعب في البداية أنطق اسمه بصوت عالي وانتظر استجابته فإذا نظر إلي ولو بصورة خاطفة أعززه معنويا بالمديح وعبارات الشكر إذا لم يستجب الطفل إلى النداء نعرض أمامه نموذج لطفل عادي يستجيب بالنظر إلي مباشرة بعد النطق باسمه وأعززه وبنفس الطريقة أعيد الكرة مع الطفل حيث ينتظر منه أن يقلد زميله إذا نجح في النظر إلي أقدم له المعزز مباشرة حتى يفهم أن هذا المعزز جاء نتيجة سلوك جيد وهو الاقتران بين نطق اسمه والاستجابة بالنظر إلي ونعيد التمرين مرات عدة حيث بينما الطفل منهمك في اللعب مع زملائه انطق اسمه بصوت مرتفع وانتظر الاستجابة في البداية يكون التعزيز مستمرا حتى يترسخ السلوك بعدها يصبح متقطعا أي يظهر بعد كل ثلاث استجابات.

ونرفع المدة تدريجيا وكلما كان الوقت الذي يمضيه الطفل وهو ينظر إلي عندما أناديه أمنحه معززات أكبر.

كما راعت الباحثة أثناء الجلسة أن تتوخى أمرا مهما عند تقديم المعززات فلا يجب أن تمنح الطفل المعزز عندما يفرط في الحركة حتى لا يفهم الطفل أن هذا المعزز جاء نتيجة الإفراط في الحركة وإنما تمنح المعزز مباشرة عندما ينظر الطفل إلى الباحثة.

في هذه الجلسة يجب ألا يغفل الباحث على تدعيم الوقت الذي يمضيه كل طفل جالسا بهدوء ويتجاهل الوقت الذي يقضيه في الحركة المفرطة.

الجلسة الثامنة والتاسعة: تدريب الأطفال على الاستمرار في الجلوس بهدوء في مقعده والاستجابة للنداء باسمه بالنظر إلى الباحثة في نفس الوقت لأطول مدة ممكنة.

الهدف من الجلسة: الوصول بالطفل إلى الجلوس بهدوء على المقعد والاستجابة للنداء كلما نطقنا اسمه وبالتالي تنظيم استجاباته.

التقنيات المستخدمة: التعزيز المستمر، والتعزيز المتقطع، والنمذجة الحية.

بنفس الطريقة التي سلكناها في الجلسة الماضية وباستخدام نفس التقنيات ندرب الأطفال على زيادة المدة التي يجلسون فيها بهدوء في مقاعدهم دون الالتفات إلى بعضهم البعض أو القيام بالحركات العشوائية، وكلما استجابوا وسلكوا السلوك المطلوب نعززهم فورا ونتجاهلهم إذا لم يسلكوا السلوك الصحيح، وبعدها نعرض أمام كل طفل النموذج الذي يسلك السلوك الصحيح ونطلب منه تقليده. وبنفس الطريقة نعزز السلوك الصحيح ونتجاهل السلوك الغير مرغوب فيه ثم ندربه على زيادة المدة التي يقضيها بالنظر إلى الباحث عقب النطق باسمه ونرفع المدة تدريجيا حتى يترسخ السلوك المرغوب.

الجلسة العاشرة والحادية عشر: تدريب الأطفال على إتباع التعليمات واحترام قوانين اللعب مع الجماعة.

أهداف الجلسة: تدريب الأطفال على احترام القوانين واتباع التعليمات في النشاطات الجماعية.

التقنيات المستخدمة: تدريبات الاسترخاء، والنمذجة، والتعزيز المستمر، والتعزيز المتقطع، ولعبة سر وقف (أحمر قف ، أخضر سر)، والإقصاء.

قامت الباحثة في هذه الجلسة بتدريب كل الطفل أن يحترم قوانين اللعب وأن ينتظر دوره في اللعب وذلك عن طريق التدريب على بعض التقنيات التي تساعده على اكتساب سلوك انتظار الدور في البداية عن طريق الاسترخاء وذلك بتدريبهم على التنفس العميق، وشد العضلات ثم إرخائها بطلب من الباحثة وهذا حتى يتعلم الطفل التريث ويقلل من الاندفاع على أن تتم العملية بصفة جماعية نقتصد في الوقت والجهد كما أن إدراج بعض النماذج الحية من التلاميذ العاديين يحفر التلاميذ ذوي فرط النشاط على الاندماج في عملية الاسترخاء. بعدها يتم الانتقال إلى الجزء الثاني من التدريب عن طريق بعض الألعاب الهادفة.

– لعبة سر وقف: يجمع الأطفال في ساحة المدرسة ويقسمهم إلى ثلاث مجموعات حيث يوزعهم على شكل صفوف ويقف الباحث في مقابل المجموعات الثلاث وهو يحمل قطعتين مضيئتين إحداهما حمراء والأخرى خضراء، ويتفق مع الأطفال أنه إذا رفع الراية الخضراء معناه سر، وإذا رفع الراية الحمراء معناه قف وهنا يتم دمج الطفل الذي يعاني من فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية مع الأطفال العاديين حيث يمثلون في نفس الوقت النموذج الذي يقتدي به الطفل في البداية يتجاهل الباحث الطفل إذا لم يستجيب للتعليمات وإذا استمر الطفل في نفس الوضع يطبق عليه اللعبة بصفة فردية إذا استجاب يعزز مباشرة وإذا لم يستجيب نتجاهله ونمر مباشرة إلى تعليمه السلوك عن طريق النمذجة حيث نختار طفل عادي من المجموعة ويسلك أمامه السلوك المرغوب ثم نطلب من الطفل تقليده إذا نجح نعززه

مباشرة ونعيد اللعبة عدة مرات إذا وصل عددا معتبرا ندمج الطفل مجددا في المجموعة ونكرر اللعبة إذا لم يستجيب للتعليمات هاته المرة سيتعرض للإقصاء المؤقت لمدة ربع ساعة يقيضها الطفل يشاهد زملاءه وهم يستمتعون باللعبة بعدها نعيده إلى اللعبة شرط أن يتبع التعليمات وأن يتعلم أن إقصاءه كان نتيجة لاندفاعه وعدم اتباعه التعليمات حتى يتجنبه في المرة القادمة هكذا حتى يقل عدد المرات التي يندفع فيها الطفل ويخرق قوانين اللعبة.

الجلسة الثانية عشر والثالث عشر: تدريب الأطفال على انتظار الدور.

التقنيات المستخدمة: لعب الأدوار.

الهدف منها: تدريب الأطفال على الاستماع للآخر وعدم مقاطعته وانتظار الدور.

لعب الدور: و يتمثل في قيام الطفل بتمثيل الدور الذي يصعب عليه القيام به في الواقع الفعلي وقد يجعله أكثر ألفة به. حيث يكلف الباحث الطفل الذي يعاني من الاضطراب أن يقوم بدور المعلم في حين يقوم أطفال آخرين بدور التلاميذ الذين يعانون من الاندفاعية وعدم القدرة على انتظار الدور حيث بقوم التلميذ الذي يلعب دور المعلم بطرح الأسئلة على التلاميذ عندها سيتسرع التلاميذ ويندفعون في الإجابة على الأسئلة ويرتكبون أخطاء هكذا يتنبه التلميذ إلى الخطأ الذي يرتكبه وهو الاندفاعية وعدم القدرة على انتظار طرح السؤال حتى الآخر ويلاحظ النتائج المترتبة عليه وهي إعطاء إجابة خاطئة نظرا لعدم التروي وفهم السؤال.

بعدها ندرب الطفل كيف يتعامل مع سلوك هؤلاء الأطفال وذلك بأن يقول لهم عليكم بالتركيز وانتظار السؤال حتى ينتهي ثم الإجابة عليه ونطلب منه تعزيز الأطفال الذين نجحوا في الإجابة على السؤال ويشكرهم على استماعهم له حتى النهاية. بعدها يتغير الأمر بعد أن يتغير الطفل الذي يؤدي دور المعلم حيث سيصبح التلميذ الذي أدى دور المعلم من قبل تلميذا وعليه أن لا يخطئ نفس الخطأ الذي أخطأه زملاؤه سابقا ونقوم بتعزيزه إذا نجح في الأمر، وهكذا يتعلم الطفل كيف يتحكم باندفاعيته.

نعيد تكرار العملية بالتداول بين جميع التلاميذ حتى يفهموا بأن سلوكهم خاطئ وأن عليهم التقيد بالتعليمات التي طلبوها من التلاميذ أثناء تأدية الدور كما أن هذا الأسلوب يجعل التلاميذ يعرفون عواقب أفعالهم وإندفاعيتهم.

الجلسة الرابعة عشر والخامسة عشر: تدريبات الانتباه للمثيرات السمعية.

التقنيات المستخدمة: التعزيز المتقطع، والتعزيز المستمر، والنمذجة الحية. ،الأنشطة

الهدف من الجلسة: تدريب الأطفال على الاستماع والتركيز على المثيرات السمعية.

نسعى من خلال هذه الجلسة إلى تنمية الانتباه للمثيرات السمعية وذلك بتعريض الأطفال إلى مجموعة من النشاطات تعتمد بالأساس على حاسة السمع وهي كالآتي:

1-الاستماع للأصوات المختلفة: هنا تقوم الباحثة بعرض مجموعة من الأصوات الصادرة من جهاز الكمبيوتر على الطفل ونطلب منه الاستماع إلى الصوت في البداية يكون الهدف من النشاط أن نجذب انتباه الطفل وذلك بأن يستمر في الاستماع إلى الصوت حتى ينتهي ولهذا فكلما استمر الطفل في الاستماع إلى الصوت مدة أطول نعززه مباشرة وعندما يصل معدل استماعه إلى نهاية المقطع نبدأ في تدريبه على التعرف على الصوت وذلك بذكر صاحبه إذا نجح الطفل في التعرف على صاحب الصوت نعززه مباشرة، وإذا فشل نتجاهله ونواصل اللعبة حتى يتعرف على أكبر قدر ممكن من الأصوات. ونستفيد من هذه اللعبة في جعل الطفل ينصت ويركز الانتباه على الصوت من بدايته إلى نهايته ثم التعرف على صاحبه.

2- تحديد مصدر الصوت: هنا يجلس الطفل على الطاولة ويقابله الباحث ويعطيه مجموعة من اللعب يلعب بها ويقوم شخص آخر بإحداث أصوات مختلفة من اتجاهات مختلفة ونطلب من الطفل تحديد اتجاه الصوت، في البداية يكون الهدف من النشاط هو شد انتباه الطفل للصوت حيث يكون منهمكا باللعب فإذا توقف عن اللعب وانتبه للصوت نعطيه معززا إذا لم ينتبه نستمر في إحداث الأصوات إلى أن ينتبه الطفل للصوت بعدها نطلب منه تحديد مصدر الصوت واتجاهه، في البداية يكون التعزيز متواصلا أي يقدم بعد كل استجابة بعدها متقطعا يظهر ويختفي بعد عدد غير ثابت من النجاحات.

3_ تمييز الأصوات عن غيرها: نعرض على الطفل مجموعة من الأصوات المختلفة ونطلب منه تمييزها: أصوات أشخاص، حيوانات، مواصلات....

الجلسة السادسة عشر والسابعة عشر: تدريبات الانتباه للمثيرات السمعية.

التقنيات المستخدمة: التعزيز المتقطع، والتعزيز المستمر، والنمذجة الحية، والأنشطة التربوية.

الهدف من الجلسة: تدريب الأطفال على الاستماع والتفريق بين المثيرات السمعية.

في هذه الجلسة ندرب الأطفال على الانتباه للحروف، والكلمات وذلك بتحديد الكلمات التي تبدأ بحرف واحدة، وتمييز الكلمات المتشابهة، واستخراج الصورة عند سماع اسمها ثم صوت صاحبها.

- تحديد الكلمات التي تبدأ بحرف واحد: هنا تقوم الباحثة بنطق مجموعة من الكلمات التي أخذناها من كتاب القراءة أي من المقرر الدراسي حتى تكون مألوفة لدى الطفل ونطلب منه أن يحدد لنا الكلمات التي

تبدأ بنفس الحرف مثل: (قلم، قدر، كلب، كتاب ...) وبعد ذلك نطلب منه وضع دائرة حول الحرف الأول الذي يتكرر في الكلمات.

ونتبع في هذا النشاط تقنية التعزيز والنمذجة حيث نعزز الاستجابات الصحيحة ونتجاهل الاستجابات الخاطئة كما تقوم الباحثة بدور النموذج الحي في البداية حتى يفهم التلاميذ المطلوب منهم إذا نجح التلاميذ في الأمر يكملون بقية الكلمات دون مشاهدة النموذج.

– تمييز الكلمات المتشابهة: نعرض على الطفل مجموعة من الكلمات المتشابهة مثل: (علم، قلم، ألم ...) حيث ندرجها ضمن كلمات لا تشبهها مثل: (طاولة، معلم، ....) ونطلب من الطفل تمييز الكلمات المتشابهة، في البداية نعرض أمام الطفل النموذج الصحيح يقدمه له المعلم ونشرح له المبدأ الأساسي، ونعرض عليه سلسلة جديدة من الكلمات ونطلب منه تمييزها إذا نجح نعززه مباشرة إذا لم ينجح نتجاهله ونعيد التدريب حتى يصل إجمالي المرات التي تمكن من تحديد الكلمات المتشابهة 10مرات، حيث يلجئ إلى التعزيز كلما لاحظ أن انتباه الطفل أصبح يتوجه نحو مثيرات أخرى.

– استخراج الصورة عند سماع اسمها ثم صوت صاحبها: هنا نختار مجموعة صور لأشخاص أو حيوانات أو مواصلات وبطاقات تحمل أسماء أصواتها ونعرضها كلها أمام الطفل الواحدة وفي كل مرة نطلب من الطفل استخراج الصورة بمجرد سماع اسمها مثلا ننطق كلمة أسد وإذا نجح الطفل في استخراج صورة الأسد نعززه ثم ننطق صوت صاحبها ونطلب منه استخراج الصورة التي تحمل الصوت المناسب أي: زئير.

يكون التعزيز في البداية مستمرا أي بعد كل استجابة صحيحة بعدها يصبح متقطعا بمعدل تعزيز بعد كل ثلاث استجابات صحيحة.

الجلسة الثامنة عشر والتاسعة عشرة: تدريبات الانتباه للمثيرات البصرية.

التقنيات المستخدمة: التعزيز المستمر، والتعزيز المتقطع، والنمذجة الحية، والمواقف التربوية.

الهدف من الجلسة: تدريب الأطفال على تركيز الانتباه للمثيرات البصرية.

1–إحضار صورة ما أو لون ما من عدة صور وألوان: وذلك من خلال بعض الأنشطة التربوية الهادفة أثناء الوقت المخصص للعب حيث نوفر للطفل مجموعة صور، ومجسمات، وألوان، وأدوات مدرسية....) ونطلب منه إحضار صورة ما أو لون ما من عدة صور أو مجسمات أو ألوان وذلك على النحو التالي:

*مجموعة صور تضم: أدوات مدرسية، وفواكه، وحيوانات، ونطلب من الطفل سحب صورة كلب، أو تفاحة، أو أقلام ملونة.

*مجموعة ألوان: أحمر، أخضر، أصفر، أسود. ونطلب من الطفل سحب اللون الأحمر مثلا.

*مجموعة مجسمات: مربع، مثلث، مستطيل، ونطلب من الطفل سحب مثلث مثلا.

إذا نجح الطفل للمرة الأولى نعززه ماديا ومعنويا بالتصفيق والمديح وإذا لم ينجح نتجاهل الأمر ونعرض أمامه النموذج (الباحثة) الذي يقوم بالسلوك الصحيح ونطلب منه تقليده إذا نجح نعززه معنويا بالتصفيق والمديح.

2-التعرف على /إكمال الجزء الناقص من الصورة: هنا تعرض الباحثة على الطفل صورة لطفل ينقصها رسم الفم والذي هو أحد المكونات الهامة للتعرف على الشخص ونطلب منه تحديد الجزء الناقص وذلك بطرح السؤال: ماذا ينقص هذه الصورة. إذا تعرف على الجزء الناقص نعززه مباشرة إذا لم ينجح نعرض أمامه الحل الصحيح للصورة ثم نعرض عليه صورة جديدة ونطلب منه التعرف على الجزء الناقص ثم أن يكمل الصورة برسم الجزء الناقص في مكانه المناسب.

الجلسة العشرون والحادية وعشرون: تدريبات الانتباه للمثيرات الحسية.

التقنيات المستخدمة: التعزيز المستمر، والتعزيز المتقطع، والنمذجة الحية في مواقف تربوية.

الهدف من الجلسة: التركيز على تدريب الانتباه للمثيرات الحسية بالاعتماد على حاسة اللمس.

وذلك من خلال بعض المواقف التربوية في حصة النشاط الحر وهي كالآتي:

1- إغماض العين والتعرف على الأشياء باللمس:

وضع بعض الأشياء المختلفة مثل الأدوات مدرسية (طبشور، ممحاة ، قلم رصاص، منجرة، مدور، ...)، ومجموعة لعب (دمية، دب صغير، سيارة، كرة، ...) نضعها في صندوق دون أن يراها الطفل ونطلب منه إغماض عينيه والتعرف على الأشياء الموضوعة في الصندوق واحدة بعد الأخرى بواسطة اللمس فقط.

2- التعرف على (الحروف، الأرقام، الأشكال) المجسمة من خلال اللمس: هنا نعرض على الطفل مجموعة من المجسمات على شكل حروف ،وأرقام ،أشكال هندسية ونطلب من الطفل التعرف عليها الواحدة تلو الأخرى بواسطة اللمس، وبنفس الطريقة إذا فشل التلميذ في فهم النشاط تقدم له الباحثة نموذج كمثال يقتدي به إلى أن ينجح بمفردة على أن نقدم له التعزيز المعنوي أو المادي مباشرة بعد الاستجابة الصحيحة.

الجلسة الثانية والعشرون والثالثة وعشرون: التدريب على الأنشطة التي تتطلب حضور ذهني متواصل والتدريب على المثابرة وإتمام المهام.

التقنيات المستخدمة: التعزيز المتقطع، والتعزيز المستمر، والنمذجة الحية، والأنشطة التربوية.

الهدف من الجلسة :تدريب الأطفال على القيام ببعض النشاطات التي تتطلب تركيز وانتباه مستمر وتعليمه المثابرة على إنهاء النشاطات والمهام بنجاح وتركيز.

ضمت هاته الجلسات تدريب الأطفال على القيام ببعض الأنشطة التي تتطلب حضور ذهني متواصل وتركيز كبير وذلك عن طريق بعد التمارين التي تتطلب تسلسلا وترابطا منطقيا مثل:

1- ترتيب الأرقام تصاعديا وتنازليا: نطلب من كل الطفل أن يرتب سلاسل من الأرقام ترتيبا تصاعديا ثم ترتيبا تنازليا بحيث تكون السلسة في البداية تتكون من ثلاث أرقام ثم أربعة ثم خمسة و هكذا نرفع العدد كلما نجح الطفل في النجاح في السلسلة التي قبلها ونعزز كل نجاح مباشرة في البداية تعزيزا مستمرا ثم متقطعا.

- ترتيب حروف الكلمة: نقدم للطفل مجوعة من الحروف المجسمة ونطلب منه تكوين أكبر قدر ممكن من الكلمات وكلما نجح نقدم له معززا بحيث نشترط عليه أن يستمر في الانضباط بالنشاط الموجه إليه أكبر قدر ممكن من الوقت يزيد تدريجيا يرفق تعزيز.

- ترتيب كلمات الجملة: نقدم للطفل مجموعة الكلمات منفردة ونطلب منه تجميعها في جمل مفيدة.

- معرفة الاختلاف بين الصور: نعرض للطفل صورتين متطابقتين لكنهما يختلفان في بعض التفاصيل ونطلب منه أن يذكر الاختلاف وذلك بالشارة إلى مكانه في البداية نعرض صورا تحمل اختلافات بسيطة بعدها ننتقل تدريجيا إلى صور أكثر تعقيد.

الجلسة الرابعة والعشرون والخامسة والعشرون: تدريب الأطفال على الانتباه للتفاصيل.

التقنيات المستخدمة: القصة، التعزيز المتقطع، والتعزيز المستمر، والنمذجة الحية.

الهدف من الجلسة: هو تدريب الأطفال على الانتباه للتفاصيل وتذكرها وذلك من خلال بعض المواقف مثل:

1- يعد الباحث الأعداد من واحد لعشرة ولكنه يتعدى رقما أثناء العد ليلاحظ الأطفال العدد المختفي ويذكرونه بسرعة وذلك بأن يعطيهم التعليمة التالية: "سأعد من واحد إلى عشرة وعليكم إخباري بالعدد الذي تخطيته".

2- نعرض أمام الطفل صورة لشخص أو منظر طبيعي يحتوي على العديد من التفاصيل على أن نسجل كل تفصيل يذكره الطفل لنقارن الإجابات بهدف تحديد التطور الذي يحصل بين إجابات الطفل.

3- سرد قصة قصيرة من المقرر السنوي ونطلب من الطفل تلخيص أحداث القصة ثم الإجابة على بعض الأسئلة المتعلقة بشخصيات القصة وأحداثها.

الجلسة السادسة والعشرين: لقصد صممت الباحثة هذه الجلسة لتكون جلسة ختامية حيث تم فيها مراجعة كل ما تدرب عليه التلاميذ طوال فترة العلاج وذلك بترتيب المهام ترتيبا منطقيا ومتسلسلا بدون أي معززات حتى تلاحظ حجم المكتسبات التي حصل عليها التلاميذ ومدى تشبعهم بها.

9- مدة البرنامج:

تكون البرنامج في صيغته النهائية من (26) جلسة، وبمعدل جلستين أسبوعيا، مدة كل جلسة (60) دقيقة، ولهذا استغرقت مدة تطبيقه في الدراسة الأساسية ثلاثة عشر أسبوعا.

ملخص

يمكن تلخيص محتوى هذا الفصل بالعناصر الأساسية التي احتوى عليها وهي أهمية البرنامج العلاجي المصمم في الدراسة الحالية، والأهداف المسطرة له، كما ضم الخلفية النظرية التي اعتمدت الباحثة عليها في تصميم الجلسات، ولتحقيق الأغراض المنهجية تم تحديد خصائص الفئة المستهدفة من العلاج، والتحليل الوظيفي لسلوكهم، وكذا أهم التقنيات والأدوات المستخدمة في البرنامج، وفي الأخير تم تقديم البرنامج العلاجي السلوكي بصيغته النهائية وبتفصيل جلساته.

الفصل الخامس:

إجراءات الدراسة

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- اجراءات الدراسة الاستطلاعية

2-1) الهدف من الدراسة الاستطلاعية

2_2) ميدان البحث ومدة الدراسة

2-3) فروض الدراسة

2-4) عينة الدراسة

2-5) أدوات الدراسة

2-6) اجراءات تطبيق الدراسة

2-7) نتائج الدراسة الاستطلاعية

3- إجراءات الدراسة الأساسية

3-1) فروض الدراسة

3_2) أدوات الدراسة

3_3) عينة الدراسة

3_4) مدة الدراسة

4_ الأساليب الإحصائية المستخدمة

تمهيد

يتضمن هذا الفصل الدراسة الاستطلاعية، والدراسة الأساسية حاولنا فيها وصف منهج الدراسة وإجراءاتها من حيث مجتمعها، وعينتها، وطريقة اختيارها، وتوزيع أفرادها في مجموعات الدراسة، كما يشتمل وصفا للأدوات، والمقاييس المستخدمة في هذه الدراسة، والتحليلات الإحصائية وفي ما يلي عرض لهذه الاجراءات:

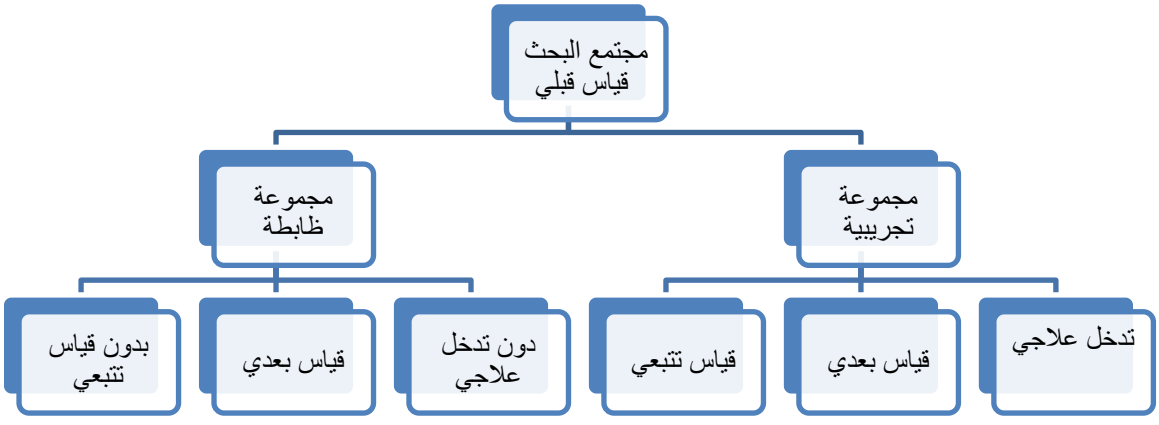
1_منهج الدراسة:

المنهج هو عبارة عن مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة العلمية، أي أنه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة، حيث يعرفه (بشير صالح الرشيدي، 2000: 21) بأنه الطريقة والاجراءات التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة للوصول إلى الحقيقة.

والمناهج أو طرق البحث عن الحقيقة تختلف باختلاف طبيعة المواضيع ولهذا توجد عدة أنواع من المناهج العلمية. وطبيعة هذه الدراسة تقتضي اتباع المنهج التجريبي حيث هدفت إلى معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي سلوكي باستخدام تقنية التشكيل في خفض حدة فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية لدى أطفال المرحلة الابتدائية.

أما المتغيرات التابعة فتمثلت في سلوكيات الأطفال المتمثلة في: النشاط الحركي الزائد، ونقص الانتباه، والاندفاعية. وتمثل المتغير المستقل الرئيس في برنامج العلاج السلوكي الذي يهدف إلى تحسين مستوى الانتباه وخفض حدة النشاط الحركي الزائد والاندفاعية. كما تعتمد هذه الدراسة على التصميم التجريبي ذو المجموعتين المتكافئتين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة كما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل رقم (03): يوضح التصميم التجريبي للدراسة الميدانية



هذا وقد استخدمت الباحثة في دراستها التصميمين التجريبيين التاليين:

1) التصميم التجريبي بين المجموعات: والذي يتمثل في المقارنة بين المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج العلاجي والمجموعة الضابطة التي لم تخضع للبرنامج العلاجي وذلك في القياس البعدي بعد أن تم التأكد من تجانس العينتين قبليا أي قبل إدخال المتغير المستقل للتعرف على تأثير على اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي.

2) التصميم التجريبي داخل المجموعات: والذي يعني به الباحث القياسين القبلي والبعدي لنفس المجموعة مثل المقارنة بين المجموعة التجريبية قبل إخضاعها للبرنامج العلاجي وذات المجموعة بعد تطبيق البرنامج العلاجي وفي فترة المتابعة وذلك من أجل التأكد من استمرار تأثير البرنامج العلاجي المستخدم مع مجموعة الدراسة.

وطبقا لهذا التصميم فقد تم إجراء القياسات الآتية للمجموعة التجريبية:

- القياس القبلي للمجموعة التجريبية أي قبل تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي.
- القياس البعدي للمجموعة التجريبية أي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي.
- القياس التتبعي المجموعة التجريبية بعد التوقف عن تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي لمدة أسبوعين للتأكد من استمرار التأثير الايجابي للبرنامج.

أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فقد خضعت للقياسات الاتية:

- القياس القبلي.
- القياس البعدي.

2- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

2-1) الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية في أي بحث من الأبحاث أو أي دراسة من الدراسات من الخطوات المهمة الواجب توفرها وانتهاجها كي يستطيع الباحث أن يستقصي بيئة بحثه وعينته كما أنها اختبار لأدوات القياس التي ينوي استخدامها في الميدان وخطوة تسهل عليه ما تلاها من الدراسة الأساسية.

فهي وسيلة لاختبار أدوات القياس وهذا قصد إعادة صياغتها وتعديلها كما تمكن الباحث من التعرف على الصعوبات التي قد يتعرض لها ليتفاداها في الدراسة الأساسية وكذلك للتعرف على حالات الدراسة وانتقاء الحالات في ضوء الخصائص التي تم تعيينها، وأخيرا التأكد من قبول أو رفض الفرضيات الأساسية المطروحة.

وبما أن طبيعة الدراسة التجريبية تفرض النزول إلى الميدان والمتمثل في المؤسسات التربوية (المدارس الابتدائية) قصد تحقيق أهداف البحث فهذه المرحلة الدراسة الاستطلاعية تفيدنا في التحضير للدراسة الأساسية.

2_2) ميدان البحث ومدة الدراسة:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة من التلاميذ الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه بمجموعة من المدارس الابتدائية بولاية تلمسان وقد أجرى الباحث هذه الدراسة في مدة شهر ونصف ابتداء من (مارس2013) إلى (أفريل 2013).

2_3) فروض الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسات السابقة والتصميم التجريبي للدراسة الحالية أمكن صياغة الفروض كما يلي:

1- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية.

2 - لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية.

3- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية.

2_4) عينة الدراسة:

من أجل البحث عن الحالات قام الباحث بالتردد على مجموعة من المدارس الابتدائية بولاية تلمسان قصد الاطلاع على الحالات التي تعاني من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والتي قبلت مساعدتنا في إجراء الدراسة وبعد تطبيق مقياس قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي والاندفاعية من إعداد الأستاذ فقيه العيد(2013) على عينة من التلاميذ الذين رشحهم معلموهم على أنهم يعانون من الاضطراب في الأخير تم ضبط العينة التي تشكلت من (12 تلميذ) تم

توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة تضم كل منهما 6 تلاميذ. وقد تحرى الباحث أن تتجانس العينتين التجريبية والضابطة في متغيرات: العمر الزمني، والسنة الدراسية، ودرجة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي والاندفاعية، ولهذا الغرض تم حساب معامل T لدراسة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة لدراسة التجانس والجداول الاتية توضح النتائج المتحصل عليها:

ا- **التجانس وفق درجة الاضطراب:** تمت المجانسة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث الدرجة الكلية على مقياس فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه فكانت النتائج كالآتي:

الجدول رقم (4) يوضح تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة الاضطراب على مقياس فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية

المجموعة التجريبية ن=6		المجموعة الضابطة ن=6		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
م1	ع1	م 2	ع2				
54,17	8,841	54,33	8,641	0,33	10	3,169	غير دالة عند 0,0

توضيح:

م1، م2: للإشارة إلى المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

ع1، ع2: للإشارة إلى الانحراف المعياري لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

ويتبين من الجدول رقم (4) أن حجم العينة التجريبية يقدر ب 6 تلاميذ بمتوسط حسابي قدر ب 54,17 وانحراف معياري قدر ب 8,841 بالمقابل فإن حجم العينة الضابطة هو الآخر 6 تلاميذ بمتوسط حسابي قدر ب 54,33 وانحراف معياري قدر ب8,641 وبحساب الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قدرت قيمة T المحسوبة بلغت 0,33 وهي أصغر من قيمة T المجدولة 3,169عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 10 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في متغير درجة الاضطراب وهذا يعني أن العينتين متجانستين من حيث درجة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية.

ب–التجانس وفق متغير العمر الزمني: ولتحقيق ذلك قمنا بتحويل العمر الزمني للتلاميذ بالأشهر فكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (5) يوضح تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير السن

المجموعة التجريبية ن=6		المجموعة الضابطة ن=6		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
م1	ع1	م2	ع2				
117,17	6,735	117,83	6,274	0,177	10	3,169	غير دالة عند 0,01

ويتبين من الجدول رقم (5) أن قيمة المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية قدر ب 117,17 وانحراف معياري قدره 6,735 أما المجموعة الضابطة فقد قدر متوسطها الحسابي ب 117,83 وانحراف معياري قدره 6,274 وبحساب الفروق بين المجموعتين التجريبيتين قدرت قيمة T المحسوبة ب 0,177 وهي أصغر من قيمة T الجدولية 3,169 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 10 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في متغير السن، وهذا يعني أن العينتين متجانستين من حيث السن.

ج_ التجانس وفق متغير السنة الدراسية: لتحقيق التجانس على هذا الصعيد فقد اقتصرت عينة الدراسة على تلاميذ السنة الرابعة ابتدائي لضمان التكافؤ في الفهم والمستوى خاصة وأن بعض جلسات البرنامج احتوت نصوص وكلمات ومفاهيم من المقرر الدراسي للسنة الرابعة ابتدائي.

2_5) أدوات الدراسة:

بهدف تحقيق أكبر قدر من الموضوعية والدقة في هذه الدراسة وبغرض إرساء دعائمها لتحقيق درجة مناسبة من البيان العلمي، اعتمدت الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات وهي كالاتي:

2_5_1) مقياس فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والعدوانية عند الأطفال من اعداد أ.د فقيه العيد (2013):

أولا: وصف المقياس

لقد قام الباحث (فقيه العيد،2013) بتصميم مقياس النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه والعدوانية عند الأطفال بالرجوع إلى المراجع، والمصادر، والدراسات ذات الصلة بالاضطراب بحيث يعتبر أداة مفيدة للشخيص، وتضمن هذا المقياس مجموعة من البنود تشير إلى جملة الأعراض الأساسية لأبعاد الاضطراب الثلاث: النشاط الحركي وحالة الانتباه والعدوانية عند الطفل.

ويتكون المقياس من 29 بندا موزعة على النحو التالي:

- من البند الأول إلى غاية البند رقم 09: تعبر عن تشتت الانتباه.
- من البند رقم 10 إلى غاية البند رقم 18: تعبر عن النشاط الحركي الزائد.
- من البند رقم 19 إلى غاية البند رقم 28: تعبر عن السلوك العدواني.

توضيح: يجدر بنا الإشارة بأن هذا المقياس يضم بعدا آخرا يقيس الغضب والتوتر وقد قامت الباحثة بتطبيق الأبعاد الثلاث السابقة الذكر دون بعد الغضب والتوتر لأغراض منهجية، ولأنها اقتصرت في دراستها على دراسة الأبعاد الثلاث أي: تشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والعدوانية، كما تم إدراج بعد العدوانية لأنه يشمل بنود تشير إلى الاندفاعية ولأن ولهذا قامت ببناء وإعداد البرنامج العلاجي لتستهدفها مباشرة.

لقياس شدة بروز السلوك المراد قياسه استخدم الباحث أربع بدائل للإجابة، حيث تعطى3 درجات عندما تكون الاجابة بـ "دائما" ودرجتين على كل إجابة بـ "أحيانا" ودرجة واحدة على كل إجابة بـ "ناذرا"، وصفر على كل إجابة بـ "ليس مطلقا". ونستخدم نفس التقييم سواء أمام العبارات التي تقيس تشتت الانتباه، أو التي تقيس النشاط الحركي الزائد، أو العبارات التي تقيس العدوانية.

ثانيا: طريقة الحصول على الدرجات الخام

أولا: بالنسبية لبعد تشتت الانتباه: نقوم بجمع عدد الإجابات التي يضعها الفاحص أمام العبارة رقم1 إلى غاية العبارة رقم9. وتتراوح الدرجة الخام لكل طفل بين الصفر الذي يدل على أن الطفل (ليس له أدنى مشكلة في الانتباه)، و27 درجة التي تعبر عن (تشتت انتباه خطير جدا).

-عندما يحصل الطفل على أقل من 9 درجات يعني ذلك أن الطفل لا يعاني من اضطراب تشتت الانتباه.

- عندما يحصل الطفل على درجات تتراوح ما بين 9 و14 يعني ذلك أن الطفل لديه اضطراب يتراوح ما بين الخفيف والمتوسط لتشتت الانتباه.

– عندما يحصل الطفل على درجات تتراوح ما بين 15 و27 درجة يعني ذلك أن طفل لديه اضطراب يتراوح ما بين المرتفع والعميق حسب الدرجة المتحصل عليها، وأن طفل لديه اضطراب حقيقي لتشتت الانتباه.

ثانيا: بالنسبة لبعد النشاط الحركي الزائد نقوم بجمع عدد الإجابات التي يضعها الفاحص أمام العبارة رقم10 إلى غاية العبارة رقم18. وتتراوح الدرجة الخام لكل طفل بين الصفر الذي يدل على أن الطفل (ليس له أدنى مشكلة في النشاط الحركي)، و27 درجة التي تعبر عن (أقصى اضطراب على مستوى النشاط الحركي للطفل).

– عندما يحصل الطفل على أقل من 9 درجات يعني ذلك أن طفل لا يعاني من النشاط الحركي الزائد كاضطراب.

– عندما يحصل الطفل على درجات تتراوح ما بين 9 و14 درجات يعني ذلك أن طفل لديه اضطراب خفيف للنشاط الحركي الزائد.

– أما عندما يحصل الطفل على أكثر من 14 درجة يعني ذلك أن طفل لديه اضطراب حقيقي للنشاط الحركي الزائد.

ثالثا: بالنسبة لبعد العدوانية: نقوم بجمع عدد الإجابات التي يضعها الفاحص أمام العبارة رقم19 إلى غاية العبارة رقم 28. وتتراوح الدرجة الخام لكل طفل بين الصفر الذي يدل على أن الطفل (لا يبدي أي سلوك عدواني)، و30 درجة التي تدل على (اضطراب شديد للعدوانية).

–عندما يحصل الطفل على أقل من 5 درجات يعني ذلك أن الطفل لا يعاني من العدوانية.

– عندما يحصل الطفل على درجات تتراوح ما بين 6 و9 درجات يعني ذلك أن الطفل لديه عدوانية بسيطة غير مؤثرة.

– أما عندما يحصل الطفل على أكثر من 10 درجات يعني ذلك أن الطفل يعاني من عدوانية صريحة.

ثالثا: المؤشرات السيكومترية لأدوات البحث

لتحقق من ملائمة هذا المقياس قام الباحث بحساب الصدق والثبات فكانت النتائج كما يلي:

صدق المقياس:

ولتحقيق ذلك قام أ. فقيه العيد باستخدام طريقة صدق المحكمين للتحقق من صدق المضمون وذلك بعرضه على 5 أساتذة من قسم علم النفس لإبداء رأيهم حول مدى ملائمة كل بند على حدة في

قياس الأبعاد العيادية الثلاثة وذلك بإعطاء قيمة تتراوح من 0 إلى 10. ومن خلال النسب المئوية لاتفاق المحكمين على مدى صلاحية العبارة وصدقها فيما تقيسه وجد أن كل العبارات تفوق 90%.

وفي خطوة ثانية تم استخدام الصدق المحكي وذلك بحساب مدى ارتباط هذا المقياس بمقياس "اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال" من إعداد السيد علي السيد أحمد 1999، وبعد عملية التطبيق وحساب معامل الارتباط بين المقياسين قدر معامل ارتباطه ب 0.83.

كما تم استخدام أسلوب آخر يتضمن مقارنة استجابات الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلات، ومقارنتها بالسلوك العادي للأطفال، من خلال ملاحظة مختلف القدرات التي يبديها الطفل غير العادي لفترة من الوقت. ولهذا الغرض أجريت دراسة الصدق على 80 طفلا متمدرسا في المرحلة الابتدائية، ثم وضعن درجة إيجابية لكل سلوك متسق مع فقرات المقياس، ودرجة سلبية على كل سلوك غير متسق مع بنود المقياس. ثم تم تصنيف كل نوع من الاستجابة على حدة، ثم حساب النسب المئوية لكل عبارة، وفي النهاية تم حساب مدى الاتساق الداخلي للعبارات وقد بلغ الاتساق نسبة 77%وهي نسبة مقبولة من الصدق.

ثبات المقياس:

لتحقيق هذا الغرض قام الباحث أ.فقيه العيد باستخدام الباحث طريقة إعادة التطبيق بفارق زمني قدره 27 يوما. حيث طبق المقياس على قوامها 83تلميذا، 50 منهم لا يعانون من هذا الاضطراب بينما 33 منهم يعانون من النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه والعدوانية ثم قام بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات التطبيق الأول والتطبيق الثاني، واختصر النتيجة على معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان بروان وهي: فحصل على معامل ارتباط يساوي 0.70، ومنه معامل الثبات باستخدام معادلة "سيرمان براون" تساوي $م = \frac{0.70 \times 2}{0.70+1} = \frac{1.4}{1.70} = 0.82$ يتبين من خلال هذه النتيجة أن معامل الثبات المستخرجة للمقياس التي قدرت بـ 0.82 مرتفعة ومقبولة سيكومتريا بحيث يمكن الاعتماد على هذا المقياس كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

2_5_2) البرنامج العلاجي السلوكي (من اعداد الباحثة): هو برنامج علاجي سلوكي مقترح من اعداد الباحثة تم بناؤه بعد الاطلاع على جملة من الدراسات السابقة والمراجع التي تطرقت لنفس الإشكالية، وقد طبق في الدراسة الاستطلاعية بصفة مقتضبة لمدة ستة أسابيع وبمعدل (12 جلسة) وبواقع جلستين أسبوعيا كان الهدف منه التأكد من لإمكانية تطبيق جلسات البرنامج العلاجي على أفراد العينة

الاستطلاعية ومدى ملائمة جلساته لتفادي أي مشاكل مستقبلية في الدراسة الأساسية وقد ورد بالتفصيل في الفصل الرابع.

2_5_3) الملاحظة: وقد استخدمتها الباحثة في عملية البحث عن الحالات وتشخيصها حيث طبقت المقابلة مع الأولياء والمعلمين والتلاميذ وذلك لتدعيم التشخيص الذي حصلنا عليه بعد تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه حيث يعرفها (بشير صالح الرشيدي: 2000: 189) بأنها مشاهدة هادفة لموضوع معين باتباع إجراءات منظمة لتحقيق فهم أفضل للموضوع و.

2_5_4) الملاحظة: والتي تم الاستعانة بها تعزيزا لأدوات والتي حسب ما أشار(allico , 2002 : 70) تعطي مصداقية أكبر لنتائج التشخيص. ولأن عملية التشخيص تتطلب جمع أكبر قدر من المعلومات من الحالة والوالدين والمعلمين ونظرا لطبيعة الفئة العمرية التي نتعامل معها (فئة الاطفال) فإن الباحث هو الأكثر كفاءة في الحصول على المعلومات التي يريدها.

2_6) - إجراءات تطبيق الدراسة:

قام الباحث بإتباع الخطوات التالية لتطبيق البرنامج وهي:

1- مرحلة التشخيص: تم فيها تشخيص الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي والاندفاعية وذلك بتطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية من إعداد الدكتور فقيه العيد. وتم اختيار الأفراد الذين حصلوا على نسب عالية من المقياس وبالتالي تحديد عينة الدراسة ثم تقسيمها عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

2- مرحلة تطبيق البرنامج العلاجي: قام الباحث بتطبيق برنامج العلاج السلوكي على أفراد المجموعة التجريبية في حين ظل أفراد المجموعة الضابطة يتبعون البرنامج اليومي العادي.

استمر تطبيق البرنامج شهر ونصف بواقع جلستين أسبوعيا وبمعدل (12) جلسة، مدة كل جلسة 60 دقيقة تتخللها فترات راحة تمنح للأطفال كلما رأى الباحث ذلك مناسبا.

4-مرحلة الاختبار البعدي: بعد الانتظام في تطبيق البرنامج لمدة شهر ونصف قام الباحث بإعادة تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه والاندفاعية على المجموعتين التجريبية والضابطة ورصد درجات أفرادها.

2_7) نتائج الدراسة الاستطلاعية:

1-نتائج الفرضية الأولى: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي.

الجدول رقم (6) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي

المؤشرات الإحصائية / الأبعاد	القياس القبلي		القياس البعدي		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
	م1	ع1	م2	ع2				
تشتت الانتباه	16,17	5,382	13	4,817	3,997	5	3,365	دالة عند 0,01
فرط النشاط الحركي	15	2,966	11,50	1,975	5,653	5	3,365	دالة عند 0,01
العدوانية	23	4,517	17,67	5,164	6,644	5	3,365	دالة عند 0,01
المقياس ككل	54,17	8,841	42,17	7,834	7,258	5	3,365	دالة عند 0,01

يتضح من خلال الجدول رقم (6) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على بعد تشتت الانتباه في القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغ المتوسط الحسابي في القياس القبلي 16,17 اما الانحراف المعياري فقدى قدر ب5,382 أما بالنسبة للقياس البعدي فقد قدر المتوسط الحسابي 13 أما الانحراف المعياري فقد قدر ب 4,817 ولدى قيامنا بحساب الفروق بين القياسين قدرت قيمة T المحسوبة ب 3,997 وهي أكبر من T الجدولية 3,365 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 5 مما يعني فعالية البرنامج العلاجي السلوكي في تحسين مستوى الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

أما بالنسبة لنتائج البعد الثاني: فرط النشاط الحركي فيتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي للأفراد في القياس القبلي قدر ب15 وانحراف معياري قدر ب2,966 في حين أن المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس البعدي قدر ب11,50 وانحراف معياري قدر ب 1,975 ولدى قيامنا بحساب الفروق قدرت قيمة T المحسوبة ب 5,653 وهي أكبر من T الجدولية 3,365 عند مستوى دلالة

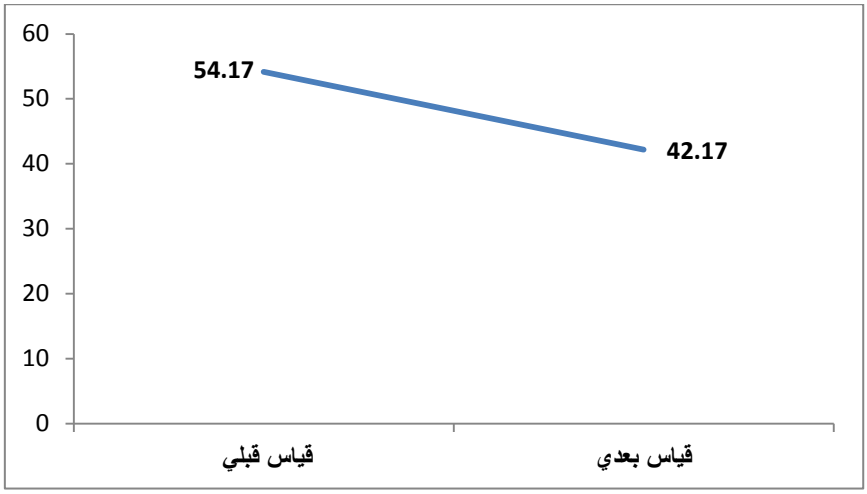
معنوية 0,01 ودرجة حرية 5 مما يعني وجود فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

في حين أشارت المعالجة الاحصائية لنتائج البعد الثالث أي العدوانية إلى أن المتوسط الحسابي للأفراد في القياس القبلي قدر ب 23 وانحراف معياري قدر ب 4,517 في حين أشارت المعالجة الاحصائية لنفس الأفراد في القياس البعدي أن المتوسط الحسابي قدر 17,67 وانحراف معياري قدر ب 5,164 ولدى حسابنا للفروق بين القياسين القبلي والبعدي بلغت قيمة T المحسوبة 6,644 وهي أكبر من قيمة T الجدولية 3,365 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 5 مما يعني وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي.

كما يتضح من خلال نفس الجدول وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس في القياس القبلي والقياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي للأفراد في القياس القبلي 54,17 أما الانحراف المعياري فقد قدر ب 8,841 في حين بلغ المتوسط الحسابي لنفس الافراد القياس البعدي 42,17 أما الانحراف المعياري فقد قدر ب 7,834 ولدى حسابنا للفروق بين القياسين القبلي والبعدي قدرت قيمة T المحسوبة ب 7,258 وهي أكبر من T الجدولية 3,365 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 5 مما يعني وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي مما يعني فعالية البرنامج العلاجي السلوكي وهذه النتائج تدعم صحة الفرضية الأولى.

ولتوضيح الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي نستعين بالمنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (4) حيث يتضح جليا حجم التأثير الإيجابي للبرنامج العلاجي السلوكي على أفراد المجموعة التجريبية

الشكل رقم (4):منحنى بياني يوضح الفرق بين الدرجة الكلية للأفراد على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية



نتائج الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج.

الجدول رقم (7) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي

المؤشرات الاحصائية / الأبعاد	القياس القبلي		القياس البعدي		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
	م1	ع1	م2	ع2				
تشتت الانتباه	17,50	6,380	17,33	6,623	0,542	5	3,365	غير دالة عند 0,01
فرط النشاط الحركي	15,17	2,401	15,33	2,160	0,542	5	3,365	غير دالة عند 0,01
العدوانية	21,67	3,615	21,50	3,834	1	5	3,365	غير دالة عند 0,01
المقياس ككل	54,33	8,641	54,17	9,196	0,307	5	3,365	غير دالة عند 0,01

يتضح من خلال الجدول رقم(7) أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي قدر ب 17,50 أما الانحراف المعياري فقد قدر ب 6,380 أما بالنسبة للقياس البعدي فقد قدر المتوسط الحسابي ب 17,33 والانحراف المعيار ب 6,623 في حين دلت المعالجة الإحصائية لدى حسابنا للفروق على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة على بعد تشتت الانتباه في القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغت قيمة T المحسوبة 0,542 وهي أصغر من T الجدولية 3,365 عند مستوى دلالة معنوية0,01 ودرجة حرية 5 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية.

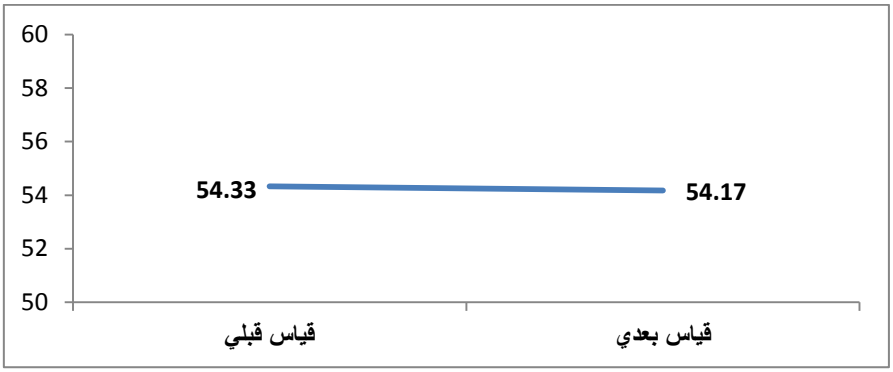
أما بالنسبة لنتائج البعد الثاني: النشاط الحركي الزائد فيتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي للأفراد في القياس القبلي قدر ب 15,17 أما الانحراف المعياري فقد قدر ب 2,401 في حين قدر المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس البعدي ب 15,33 أما الانحراف المعياري فقد قدر ب 2,160 ولدى حسابنا للفروق بين القياسين القبلي والبعدي بلغت قيمة T المحسوبة 0,542 وهي الأخرى أصغر من T الجدولية 3,365 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 5 مما يعني عدم وجود فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي.

في حين أشارت المعالجة الاحصائية لنتائج البعد الثالث أي العدوانية إلى أن المتوسط الحسابي للأفراد في القياس القبلي قدر ب 21,67 أما الانحراف المعياري فقد قدر ب 3,615 في حين قدر المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس البعدي ب 21,50 وانحراف معياري قدره 3,834 ولدى حسابنا للفروق بين القياسين القبلي والبعدي بلغت قيمة T المحسوبة 1 وهي أصغر من قيمة T الجدولية 3,365 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 5 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي.

كما يتضح من خلال نفس الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس في القياس القبلي والقياس البعدي حيث قدر المتوسط الحسابي للأفراد في القياس القبلي ب 54,33 بالانحراف معياري قدره 8,641 في حين قدر المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس البعدي ب 54,17 بانحراف معياري قدره 9,196 ولدى حسابنا للفروق بين القياسين بلغت قيمة T المحسوبة0,307 وهي أصغر من T الجدولية 3,365 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 5 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات

المجموعة الضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي وهذه النتائج تدعم صحة الفرضية الاولى لان المجموعة الضابطة لم يطبق عليها البرنامج العلاجي، والمنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (5) يوضح ذلك.

الشكل رقم (5): منحنى بياني يوضح الفرق بين الدرجة الكلية للأفراد على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة



نتائج الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي

الجدول رقم (8) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي

المؤشرات الاحصائية / الابعاد	المجموعة التجريبية ن=6		المجموعة الضابطة ن=6		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
	م1	ع1	م2	ع2				
تشتت الانتباه	13	4,817	17,33	6,623	1,296	10	3,169	غير دالة عند 0,01
فرط النشاط الحركي	11,50	1,975	15,33	2,160	3,208	10	3,169	دالة عند 0,01
العدوانية	17,67	5,164	21,50	3,834	1,460	10	3,169	غير دالة عند 0,01
المقياس ككل	42,17	7,834	54,17	9,136	2,433	10	2,228	دالة عند 0,05

يتضح من خلال الجدول رقم (8) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة على بعد تشتت الانتباه في القياس البعدي، حيث قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية ب 13 وانحراف معياري قدره 4,817 في حين قدر المتوسط الحسابي لدى أفراد المجموعة الضابطة 11,33 وانحراف معياري قدره 6,623 ولدى قيامنا بحساب الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بلغت قيمة T المحسوبة 1,296 وهي أصغر من T الجدولية 3,169 عند مستوى دلالة معنوية 0,05 ودرجة حرية 10 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية وهذا يعني عدم فعالية البرنامج العلاجي السلوكي في تحسين مستوى الانتباه.

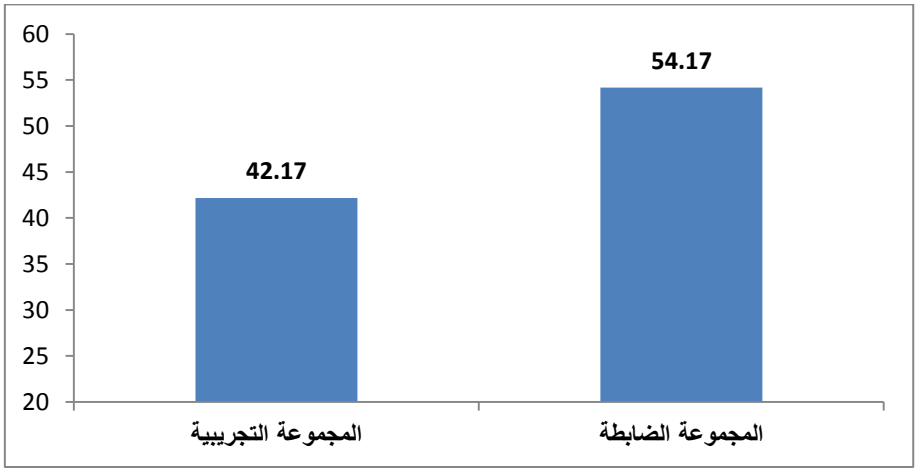
أما بالنسبة لنتائج البعد الثاني: النشاط الحركي الزائد فيتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية قدر ب 11,50 بانحراف معياري قدره 1,975 في حين قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة ب 15,33 بانحراف معياري قدره 2,160 ولدى حسابنا للفروق بين المجموعتين قدرت قيمة T المحسوبة ب3,208 وهي أكبر من T الجدولية 3,169عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 10 مما يعني وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية مما يعني أن البرنامج العلاجي السلوكي أثر ايجابا على مستوى النشاط الحركي الزائد.

في حين أشارت المعالجة الاحصائية لنتائج البعد الثالث أي العدوانية إلى أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية قدر ب 17,67 بانحراف معياري قدره 5,164 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة ب 21,50 بانحراف معياري قدره 3,834 ولدى حسابنا للفروق بين المجموعتين قدرت قيمة T المحسوبة ب1,460 وهي أصغر من قيمة T الجدولية 3,169 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 10 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي وهذا يعني عدم فعالية البرنامج العلاجي السلوكي في خفض مستويات العدوانية لدى أفراد العينة التجريبية.

كما يتضح من خلال نفس الجدول وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات المجموعة التجريبية بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس في القياس البعدي وهذا ما تعكسه المعالجة الاحصائية لدرجات المجموعتين حيث بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية 42,17 بانحراف معياري قدره 7,834 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة

الضابطة ب 54,17 بانحراف معياري قدره 9,136 أما قيمة T المحسوبة فقد بلغت 2,433 وهي أكبر من T الجدولية 2,228 عند مستوى دلالة معنوية 0,05 ودرجة حرية 10 مما يعني وجود فروق ذات دلالة احصائية وهذه النتائج تدعم صحة الفرضية الثالثة لان المجموعة التجريبية طبق عليها البرنامج العلاجي السلوكي وبالتالي تلقت التأثير على عكس المجموعة الضابطة التي لم تخضع للتجريب ولتوضيح هذا التأثير نستعين بالمنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (6) حيث يظهر واضحا الفرق بيم المجموعتين التجريبية والضابطة.

الشكل رقم (6): منحنى بياني يوضح الفرق بين الدرجة الكلية للأفراد على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة



يتضح من خلال المعالجة الاحصائي لمتوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الدراسة الاستطلاعية ما يلي:

1- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي مما يعني أن البرنامج العلاجي كان فعالا في الخفض من حدة اضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه وهذا ما يعني تحقق الفرضية الأولى.

2- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدي وذلك لعدم تعرض افرادها لأي برنامج علاجي وبالتالي ظلت درجاتهم على مقياس فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه ثابتة بين القياسين القبلي والبعدي.

3- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي مما يعني ان البرنامج العلاجي حقق الاهداف المرجوة منه

نستخلص في الأخير أن البرنامج العلاجي السلوكي المطبق في الدراسة الاستطلاعية حقق النتائج المرجوة منه رغم قصر المدة ولهذا ارتأت الباحثة الاستمرار في دراستها مع تدارك بعض النقائص وادراج بعض الاضافات والتعديلات التي عانت منها الدراسة الاستطلاعية وهي:

– تمديد مدة تطبيق البرنامج العلاجي حتى يتسنى للتلاميذ اكتساب أكبر قدر من المهارات المسطرة.

– تعديل بعض الجلسات ذات الهدف الواحد وتقسيمها على عدة جلسات لترسيخ المهارات المكتسبة من طرف التلاميذ للتمكن قدر المستطاع من السلوكيات الجزئية.

– إدراج بعض المتغيرات وبحث مدى تأثيرها على النتائج مثل متغير الجنس.

كما ارتأت الباحثة ان تبحث عن مدى تأثر التحصيل الدراسي للتلاميذ بعد تطبيق البرنامج العلاجي عليهم باعتبار أن الانتباه والتركيز عامل أساسي وقدرة من القدرات الضرورية في عملية اكتساب المعارف وبالتالي تحقيق أحسن النتائج في الامتحانات المسطرة لتلاميذ الطور الابتدائي.

3_ إجراءات الدراسة الأساسية:

تناولت هذه الدراسة إشكالية اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بقصور الانتباه التي تنتشر بصفة واسعة بين تلاميذ الطور الابتدائي والتي أخذت جانب كبير من اهتمام الباحثين التربويين والنفسيين وحتى الأطباء نظرا لأهمية مرحلة الطفولة وكذا لبالغ الأثر السلبي الذي يخلفه الاضطراب على هؤلاء الأطفال وعلى مستقبلي الدراسي والنفسي. ولهذا جاءت هذه الدراسة لتغطي جانبا من هذه المشكلة ألا وهي العلاج السلوكي لهذا الاضطراب وذلك ببناء برنامج علاجي سلوكي قائم على جملة من التقنيات أهمها التشكيل، والتعزيز، والنمذجة في محاولة لخفض حدة النشاط الحركي وتحسين مستوى الانتباه لهؤلاء الأطفال، ولهذا الغرض قامت بصياغة الفرضيات حاولت الإجابة عليها باتباع المنهج التجريبي.

3_1) فروض الدراسة:

1- توجد فروق ذات دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج، ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط و قصور الانتباه لصالح القياس البعدي.

2 - لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج، ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه.

3- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه لصالح المجموعة التجريبية.

4- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط و قصور الانتباه يعزى لمتغير الجنس.

5- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي قبل تطبيق البرنامج، ودرجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي.

6- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

7-لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي، ودرجات نفس المجموعة بعد عملية المتابعة على مقياس فرط النشاط و قصور الانتباه.

ولتحقيق أغراض الدراسة اتبعت جملة من الإجراءات كالآتي:

3_2) أدوات الدراسة: بما أن الباحثة قامت بدراسة استطلاعية طبقت فيها كل أدوات الدراسة الأساسية لأنها تعتبر دراسة مقتضبة الهدف منها تجريب الأدوات ومعرفة مدى ملائمتها للأغراض التي وضعت لأجلها نكتفي في هذا الإيطار بذكرها فقط دون تفصيل وهي كالآتي:

_مقياس فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والعدوانية عند الأطفال من ‘عداد أ.د فقيه العيد (2013).

_ البرنامج العلاجي السلوكي من إعداد الباحثة وقد تطرقنا إليه بالتفصيل في الفصل الرابع.

_ المقابلة.

_ الملاحظة.

_ نتائج الفصلين الدراسيين الأول والثالث من السنة الدراسية التي طبق أثناءها البرنامج العلاجي السلوكي وذلك لأننا أدرجنا متغير التحصيل الدراسي وبحثنا عن مدى تأثير البرنامج العلاجي السلوكي على تحصيل التلاميذ في الدراسة الأساسية.

3-3) عينة الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من (30) تلميذ يزاولون دراستهم في مدارس عادية بمدينة تلمسان تتراوح أعمارهم بين 9_10 سنوات مشخصين على أنهم يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه والاندفاعية بالاعتماد على مقياس فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه من اعداد أ.د فقيه (2013)، وقد تم اختيار أفراد الدراسة الذين حققوا أعلى الدرجات على هذا المقياس والذين تم ترشيحهم من قبل المعلمين على أنهم يظهرون مثل هذه السلوكيات الغير تكيفية وقد تم اختيارهم وفقا للخطوات التالية:

1_ وضع قائمة بأسماء المدارس الابتدائية بالولاية قصد طلب الموافقة على إجراء الدراسة بها ثم التوجه إليها لبحث إمكانية المساندة الإدارية من قبل إدارة المدرسة وذلك لضمان السير الحسن للعملية.

2_ اختيار المدارس التي توفر أحسن الشروط للقيام بالدراسة الميدانية من تعاون المدرسين والمدرسات مثل ملائمة التوقيت المدرسي مع التوقيت التي وضعته الباحثة لأداء اجراءات الدراسة، وتوفر الامكانيات اللازمة لتنفيذ البرنامج السلوكي.

3_ إجراء مسح مبدئي على كل الأطفال المتواجدين بالمدرسة والذين رشحهم مدرسيهم على أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط ووضع قائمة مبدئية لعينة الدراسة والتأكد من

إمكانية مشاركة هؤلاء الأطفال في العملية العلاجية وذلك وفقا للشروط التي سبق ذكرها في شروط اختيار العينة.

4_ القيام بعملية التشخيص: وذلك بتطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية على التلاميذ عن طريق توزيع المقياس على المعلمين لتطبيقه على التلاميذ الذين تم اختيارهم سابقا على أنه يحتمل أنهم يعانون من الاضطراب، والإجابة على بنوده، وتدعيمها بمقابلات مع الأولياء وملاحظة سلوك الطفل وكذا الاطلاع على ملفات التلاميذ لجمع أكبر قدر من المعلومات عن التلاميذ واستثناء التلاميذ الذين يعانون من إعاقات حركية أو لغوية أو بصرية أو سمعية وكذا مراعاة عدم تناولهم لأي عقاقير طبية.

تكونت العينة النهائية للدراسة من (30 تلميذ) ثم وزعت العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين متكافئتين مجموعة تجريبية تضم 15 تلميذ ومجموعة ضابطة تضم كذلك 15 تلميذ.

قبل تطبيق البرنامج العلاجي تم التأكد من تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة ذلك أن المنهج التجريبي يتطلب التكافؤ بين مجموعتي الدراسة أي التأكد من أنهما متشابهتين في جميع المتغيرات ولهذا الغرض تحرينا في الدراسة الحالية المجانسة بين المجموعتين من حيث:

1- تجانس العينة في مستوى اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه:

تم التأكد من تجانس العينتين الضابطة والتجريبية على مقياس فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية من إعداد ا.د فقيه 2013 بأبعاده الثلاث باستخدام اختبار T لدراسة الفرق بين عينتين مستقلتين والجدول التالي يوضح البيانات الخاصة بذلك.

الجدول رقم(9): تجانس العينتين التجريبية والضابطة في درجة الاضطراب على فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية

المجموعة التجريبية ن=15		المجموعة الضابطة ن=15		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
م1	ع1	م2	ع2				
55,87	7,63	55,20	6,79	0,25	28	2,763	غير دالة عند 0,01

يتبين من الجدول رقم (9) أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية قدر ب 55,87 وانحراف معياري قدره 7,63 في حين قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة ب 55,20

وانحراف معياري قدره 6,79 ولدى حسابنا للفروق بين المجموعتين قدرت قيمةT المحسوبة ب 0,25 وهي أصغر من T الجدولية 2,763 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 28 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في متغير درجة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية وهذا يعني أن العينتين متجانستين من حيث درجة الاضطراب.

2_ تجانس العينة وفق متغير العمر الزمني:

تم التأكد من تجانس العينتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني وذلك بحساب الفروق بين متوسطات أعمار المجموعتين (تم تحويل العمر الزمني للأفراد من السنوات إلى الأشهر لتسهيل عملية المعالجة الإحصائية) بالاعتماد على مقياس ت لدراسة الفرق بين عينتين مستقلتين والجدول التالي يوضح النتائج المحصل عليها:

الجدول رقم (10): تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة وفق متغير العمر الزمني

المجموعة التجريبية ن=15		المجموعة الضابطة ن=15		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
م1	ع1	م2	ع2				
117,6	5,72	116,8	6,14	0,863	28	2,763	غير دالة عند 0,01

ويتبين من الجدول رقم (10) أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية قدر ب117,6 وانحراف معياري قدره 5,72 في حين قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة ب 116,8 وانحراف معياري قدره 6,14 ولدى حسابنا للفروق بين المجموعتين قدرت قيمة T المحسوبة ب 0,863 وهي أصغر من T الجدولية 2,763 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 28 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في متغير العمر الزمني وهذا يعني أن العينتين متجانستين من حيث السن.

3- تجانس العينة من حيث الجنس: لتحقيق أكبر قدر من التجانس تم اختيار العينتين متطابقتين من حيث جنس أفرادها حيث تكونت العينة التجريبية من 10 ذكور، و5 اناث وبالمقابل تكونت العينة الضابطة من 10 ذكور و5 إناث.

4- تجانس العينة من حيث السنة الدراسية: طبقت الدراسة على عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية الذين يدرسون بمدارس عادية بقسم السنة الرابعة وذلك لتحقيق أكبر قدر من التجانس لأن بعض الجلسات صممت خصيصا لتلاميذ هذه المرحلة لأنها استدعت الاستعانة ببعض النصوص من المقرر الدراسي السنوي وهذا لعدم إرباك التلاميذ فيما بينهم خاصة وأن الجلسات طبقت بشكل جماعي.

5_تجانس العينة من حيث مستوى التحصيل الدراسي: تم التأكد من تجانس العينتين التجريبية والضابطة من حيث مستوى تحصيل أفرادها الدراسي وذلك بحساب الفروق بين متوسطات معدلات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة للفصل الدراسي الأول أي قبل البدئ بتطبيق البرنامج العلاجي السلوكي وذلك بالاعتماد على مقياس T لدراسة الفرق بين عينتين مستقلتين والجدول التالي يوضح النتائج المحصل عليها:

الجدول رقم (11): تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى التحصيل الدراسي

المجموعة التجريبية ن=15		المجموعة الضابطة ن=15		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
م1	ع1	م2	ع2				
4،41	1,17	4,54	1,64	0,25	28	2,763	غير دالة عند 0,01

ويتبين من الجدول رقم (11) أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية قدر ب 4,41 وانحراف معياري قدره 1,17 في حين قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة ب 4,54 وانحراف معياري قدره 1,64 ولدى حسابنا للفروق بين المجموعتين قدرت قيمة T المحسوبة ب 0,25 وهي أصغر من T الجدولية 2,763 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 28 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في متغير التحصيل الدراسي وهذا يعني أن العينتين متجانستين من مستوى التحصيل الدراسية.

3_4) مدة الدراسة:

استغرق الاعداد للبرنامج العلاجي السلوكي وتطبيقه إضافة إلى جلسات القياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبعي مدة سنة دراسية كاملة حيث خصص الفصل الدراسي الأول لإعداد قائمة بالمدارس التي تقع على مسافات متقاربة لتسهيل عملية الانتقال بين المدارس ثم البحث عن عينة الدراسة وهم الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية وتشخيصهم بالتعاون مع المعلمين والمعلمات حيث كان التشخيص الأولي من طرف المعلمين لاختيار العينة بعدها كان التشخيص من طرف الباحثة وذلك بالاعتماد على المقابلة والملاحظة المباشرة.

بعد الانتهاء من تشخيص التلاميذ تم تطبيق أولى الجلسات مع التلاميذ وهي جلسات التعارف ومحاولة تحسيس التلاميذ بالمشكلة التي يعانون منها والتمهيد لبداية تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي وهذه العملية استغرقت حوالي الشهر. علما أن كل جلسات البرنامج طبقت بصفة جماعية وذلك بالاتفاق بين الباحثة وأولياء التلاميذ على التوقيت الذي يناسبهم بينما خصص منتصف الفصل الدراسي الثاني والفصل الثالث لتنفيذ جلسات البرنامج التي تهدف إلى علاج اضطراب وفرط النشاط الحركي المصحوب قصور الانتباه وقد استمر تنفيذ جلسات البرنامج المخصصة للعلاج أي مدة ثلاثة أشهر ونصف موزعة على (26 جلسة) بمعدل جلستين أسبوعيا كل جلسة مدتها (60 دقيقة) تتخللها أحيانا فترات استراحة كلما تطلب الأمر ذلك أما الجلسات التي كانت تطبق أثناء حصة للعب الحر وحصة الأشغال اليدوية فكانت تمتد أحيانا إلى الساعتين عندما يقتضي الأمر ذلك ختمت بجلسة أخيرة قام فيها الباحث بإعلام التلاميذ بانتهاء جلسات البرنامج وشكرهم على تعاونهم، وانتظامهم وتقيدهم بالمواعيد واتفق معهم على جلستين أخيرتين جلسة للقياس البعدي، وجلسة للقياس التتبعي.أما فترة نهاية الفصل الدراسي الثالث فقد ضمت جلسة القياس البعدي باستخدام مقياس فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية من اعداد ا.د فقيه العيد وجلسة للقياس التتبعي.

4_ الأساليب الاحصائية المستخدمة:

لتحقيق أهداف البحث ولتقييم فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المصمم لخفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية تم الاعتماد على المتوسطات، والانحرافات المعيارية، ومقياس " T " لدراسة الفرق بين المجموعتين، وكذا معامل " η^2" لدراسة قوة التأثير، كما تم الاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.

الفصل السادس:

عرض النتائج

تمهيد

1_عرض نتائج الفرضية الاولى

2_عرض نتائج الفرضية الثانية

3_عرض نتائج الفرضية الثالثة

4_عرض نتائج الفرضية الرابعة

5_عرض نتائج الفرضية الخامسة

6_عرض نتائج الفرضية السادسة

7_عرض نتائج الفرضية السابعة

خلاصة

تمهيد:

بعدما تم في الفصل السابق عرض الإجراءات المنهجية للدراسة سيتم الآن التطرق إلى النتائج المتحصل إليها من اختبار فرضيات الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية المعتمدة وذلك في جداول تم تحليل البيانات الواردة فيها ويتم العرض حسب ترتيب الفرضيات وقراءة النتائج قراءة ملائمة تمكننا من التفسير العلمي للنتائج.

1-عرض نتائج الفرضية الأولى:

والتي نصت على ما يلي:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه

لهذا الغرض قامت الباحثة باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لحساب قيمة T لدراسة الفروق بين عينتين مرتبطتين فكانت النتائج كما يلي:

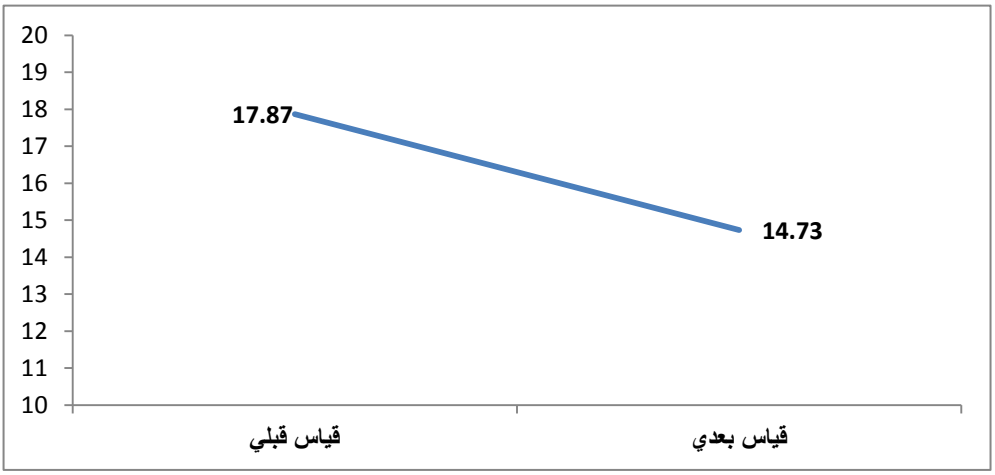
الجدول رقم (12) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي

المؤشرات الاحصائية / الابعاد	القياس القبلي ن=15		القياس البعدي ن=15		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
	م1	ع1	م2	ع2				
تشتت الانتباه	17,87	5,235	14,73	5,106	5,60	14	2,624	دالة عند 0,01
فرط النشاط الحركي	16,13	2,774	12,47	2,475	6,291	14	2,624	دالة عند 0,01
العدوانية	21,87	2,94	20,27	2,987	3,59	14	2,624	دالة عند 0,01
المقياس ككل	55,87	7,63	47,47	7,909	6,76	14	2,624	دالة عند 0,01

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي قدر ب 17,87 وانحراف معياري قدره 5,235 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد نفس المجموعة في القياس البعدي ب 14,73 وانحراف معياري قدره 5,106 وبحساب الفروق بين نتائج الأفراد في القياس القبلي والقياس البعدي اتضح وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على بعد تشتت الانتباه في القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغت قيمة T المحسوبة 5,60 وهي أكبر من T الجدولية 2,624عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني وجود فروق ذات دلالة

احصائية وهذا يعكس فعالية البرنامج العلاجي السلوكي في تحسين مستوى الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية وهذا ما يوضحه المنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (7)

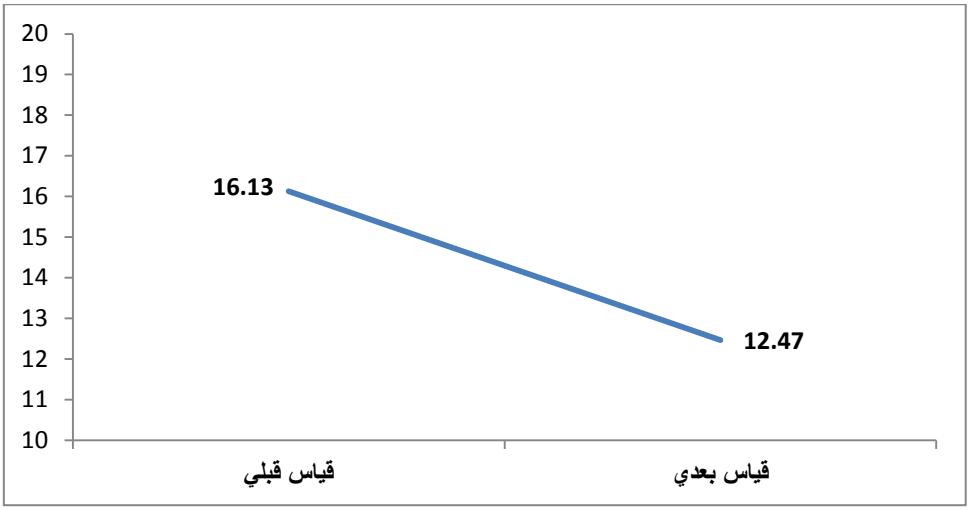
الشكل رقم (7) يوضح الفرق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد تشتت الانتباه



يتضح من الشكل رقم (7) أن متوسط درجات الأفراد في القياس البعدي انخفض بشكل كبير مما يعني تحسن مستوى الانتباه لديهم راجع لتطبيق البرنامج العلاجي السلوكي.

أما بالنسبة لنتائج البعد الثاني :النشاط الحركي الزائد فيتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي قدر ب 16,13 وانحراف معياري قدره 2,774 بينما قدر المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس البعدي ب 12,47 وانحراف معياري قدره 2,475 وبحسابنا للفروق بين القياسين قدرت قيمة T المحسوبة ب 6,291 وهي اكبر من قيمة T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني وجود فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي أي أن البرنامج العلاجي أسهم في خفض مستوى النشاط الحركي الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية والمنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (8) يوضح حجم التأثير.

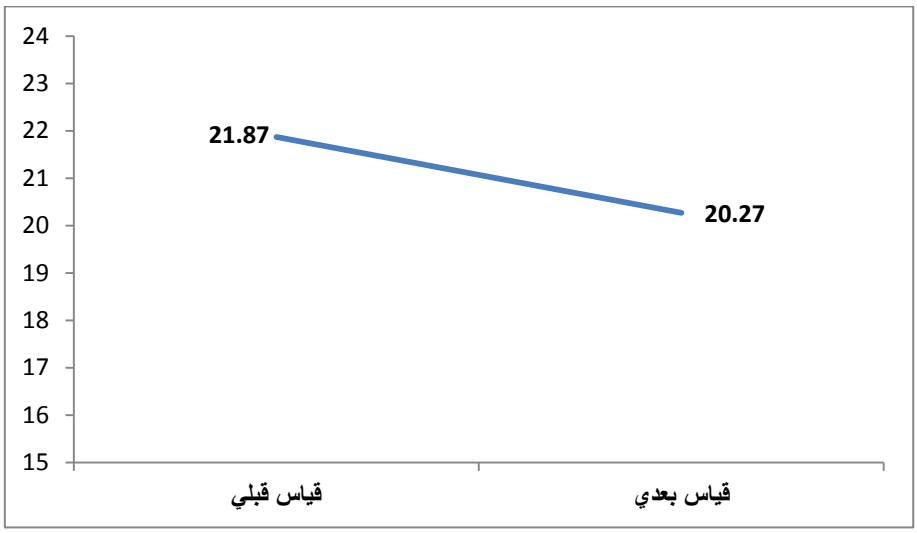
الشكل رقم (8) يوضح الفرق بين درجات افراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد فرط النشاط الحركي



يتضح من خلال الشكل رقم (8) أن المتوسط الحسابي للأفراد في القياس البعدي قد انخفض مقارنة بالقياس القبلي بشكل ملحوظ وهذا ما أثبتته المعالجة الاحصائية بوجود فرق دال بين القياسين مما يعني أن البرنامج كان له تأثير ايجابي في ضبط النشاط الحركي للتلاميذ.

في حين أشارت المعالجة الاحصائية لنتائج البعد الثالث اي العدوانية الى ان المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي قدر ب 21,87 وانحراف معياري قدره 2,94 بينما قدر المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس البعدي ب 20,27 وانحراف معياري قدره 3,873 وبحسابنا للفروق بين نتائج الأفراد في القياسين قدرت قيمة T المحسوبة ب 3,59 وهي اكبر من قيمة T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي أي أن البرنامج العلاجي أثر إيجابا على مستوى العدوانية عند الأطفال والمنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (9) يوضح ذلك.

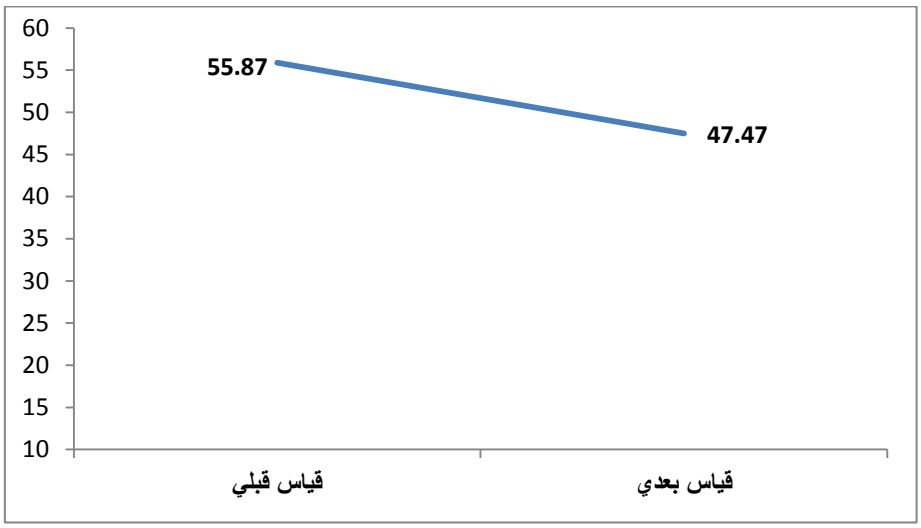
الشكل رقم (9) يوضح الفرق بين درجات افراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد العدوانية



يتضح من خلال الشكل رقم (9) أن مستويات العدوانية في القياس البعدي انخفضت مقارنة بالقياس القبلي مما يعني ان البرنامج العلاجي السلوكي حقق النتائج المرجوة منه.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمقياس لأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي قدر ب 55,87 وانحراف معياري قدر 7,63 بينما قدر المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمقياس في القياس البعدي لنفس الأفراد ب47,47 وانحراف معياري قدره 7,909 وبحساب الفروق بين القياسين تأكد وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس في القياس القبلي والقياس البعدي حيث بلغت قيمة T المحسوبة 6,76 وهي أكبر من T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14مما يعني وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي مما يعني فعالية البرنامج العلاجي السلوكي في خفض مستوى فرط النشاط الحركي العدوانية وتحسين الانتباه وهذه النتائج تدعم صحة الفرضية الأولى والرسم البياني الموضح في الشكل رقم (10) يوضح ذلك.

الشكل رقم (10) يوضح الفرق بين الدرجة الكلية لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي



يتضح من خلال الشكل رقم (10) فرق واضح بين متوسطات الأفراد في القياسين القبلي والبعدي فقد انخفضت معدلات الاضطراب في القياس البعدي بشكل ملحوظ ولمعرفة حجم التأثير قمنا بحساب قيمة (η^2) و(D) لمعرفة قوة التأثير بين المتغير المستقل "البرنامج العلاجي السلوكي" والمتغير التابع "خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية" والجدول الآتي يوضح ذلك:

الجدول رقم (13) يوضح قيمة (η^2) و قيمة (D) ومقدار حجم تأثير البرنامج في القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية باستخدام مربع معامل إيتا η^2

قوة التأثير	D	$^2\eta$	DF	^2T	T
مرتفع جدا	3,62	0,76	14	45,69	6,76

توضيح:

تم حساب قيمة (η^2) أولا من خلال المعادلة التالية:

$$^2\eta = \frac{T^2}{T^2+df}$$

حيث: T^2: تمثل قيمة T مربع الناتجة عن اختبار T لدراسة الفروق بين مجموعتين

df: تمثل درجة الحرية

ثم تم حساب قيمة (D)أي حجم الأثر كالتالي:

$$d=\frac{2\sqrt{2\,\eta}}{\sqrt{1-2\,\eta}}$$

ويمكن القول أن للبرنامج تأثير قوي أو مرتفع إذا كانت قيمة (D) تساوي 1 أو أكثر.

يتضح من خلال الجدول رقم (13) أن قيمة (η^2) قدرت ب 0,792 وقيمة (D) بلغت 3,90 وهي تعكس فعالية مرتفعة جدا مما يعني أن للبرنامج العلاجي السلوكي المطبق فعالية كبيرة جدا في تحسين مستوى الانتباه وخفض النشاط الحركي والعدوانية.

2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

والتي تنص على ما يلي:

لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج و متوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه.

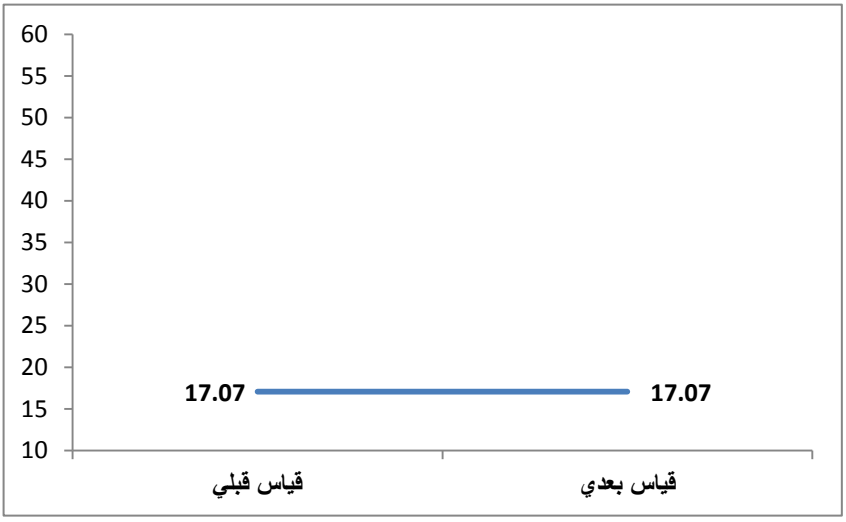
للتحقق من صحة الفرضية تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية للأفراد في القياسين القبلي والبعدي ثم حساب معامل T لدراسة الفروق بين فكانت النتائج كالاتي:

الجدول رقم (14) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي

المؤشرات الاحصائية / الابعاد	القياس القبلي		القياس البعدي		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
	م1	ع1	م2	ع2				
تشتت الانتباه	17,07	3,474	17,07	3,474	0	14	2,624	غير دالة عند 0,01
فرط النشاط الحركي	16,13	3,758	16	3,854	0,619	14	2,624	غير دالة عند 0,01
العدوانية	22	3,094	22	3,317	0	14	2,624	غير دالة عند 0,01
المقياس ككل	55,20	6,795	55,07	7,025	0,695	14	2,624	غير دالة عند 0,01

يتضح من خلال الجدول رقم(14) أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي قدر ب 17,07وانحراف معياري قدره 3,474 بنما قدر المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس البعدي ب 17,07 وانحراف معياري قدره 3,474 وبحساب الفروق بين نتائج الأفراد في القياسين القبلي والبعدي لوحظ عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة على بعد تشتت الانتباه حيث بلغت قيمة T المحسوبة 0 وهي أصغر من T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية والمنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (11) يوضح ذلك.

الشكل رقم (11) يوضح الفرق بين درجات افراد المجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد تشتت الانتباه

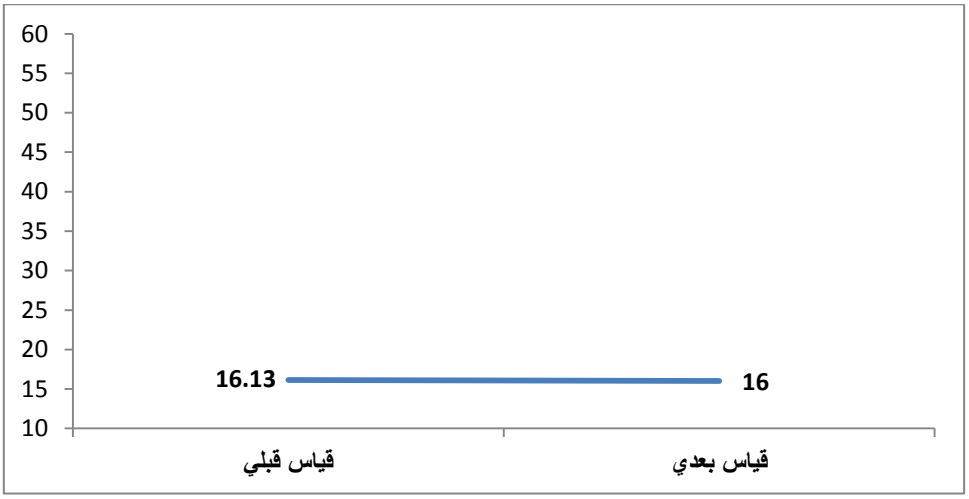


يتضح من خلال الشكل رقم (11) عدم وجود اي فروق تذكر بين متوسطات الأفراد في القياسين القبلي والبعدي أي أن درجات الاضطراب بقيت ثابتة بسبب غياب أي تدخل علاجي يهدف إلى خفضه.

أما بالنسبة لنتائج البعد الثاني: النشاط الحركي الزائد فيتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة قدر ب 16,13 وانحراف معياري قدره 3,758 بينما قدر المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس البعدي ب 16 وانحراف معياري قدره 3,854 وبحساب الفروق بين القياسين قدرت قيمة T المحسوبة ب 0,619 وهي الأخرى أصغر من T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني عدم وجود فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات

درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي وهذا ما يوضحه المنحنى البياني في الشكل رقم (12).

الشكل رقم (12) يوضح الفرق بين درجات افراد المجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد النشاط الحركي الزائد



يتضح من خلال الشكل رقم (12) ان متوسطات افراد المجموعة الضابطة بقيت على حالها في القياس البعدي مقارنة بالقياس البعدي.

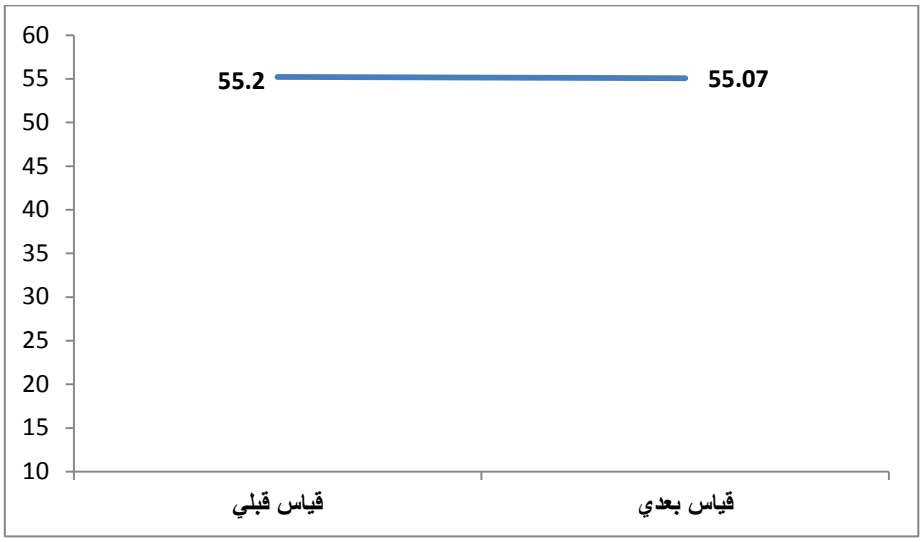
في حين أشارت المعالجة الاحصائية لنتائج البعد الثالث أي العدوانية إلى أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي قدر ب 22 وانحراف معياري قدره 3,094 وما يلاحظ أن هذه النتائج بقيت على حالها حيث قدر المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس البعدي ب 22 وانحراف معياري قدره 3,317 وهذا ما تعكسه قيمة T المحسوبة التي قدرت ب 0 وهي أصغر من قيمة T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي والمنحنى البياني الآتي يوضح ذلك.

الشكل رقم (13) يوضح الفرق بين درجات افراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في بعد العدوانية

يتضح من خلال الشكل رقم (13) عدم وجود أي فروق عند المقارنة بين درجات الافراد بين القياسين القبلي والبعدي وذلك لأن المجموعة الضابطة لم يطبق عليها أي برنامج علاجي.

كما يتضح من خلال نفس الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس في القياس القبلي والقياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي 55,20 والانحراف المعياري 6,795 بينما قدر المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس البعدي 55,07 والانحراف المعياري 7,025 وبحساب الفروق بين القياسين وجد أن قيمة T المحسوبة قدرت ب 0,759 وهي أصغر من T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي وهذه النتائج تدعم صحة الفرضية الأولى لأن المجموعة الضابطة لم يطبق عليها البرنامج العلاجي السلوكي وبالتالي لن تتلقى التأثير ولتوضيح ذلك نستعين بالمنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (14) والذي يعكس ثبات مستويات الاضطراب لدى أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي.

الشكل رقم (14) يوضح الفرق بين الدرجة الكلية لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي



يتضح من خلال الشكل رقم (14) أي تعديل في اضطراب فرط النشاط المصحوب بقصور الانتباه في عند المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي وهذا لأن افراد هذه المجموعة لم يتعرضوا لأي برنامج علاجي بل بقيت كعينة ضابطة.

3-عرض نتائج الفرضية الثالثة:

والتي تنص على ما يلي: توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط الحركي و قصور الانتباه.

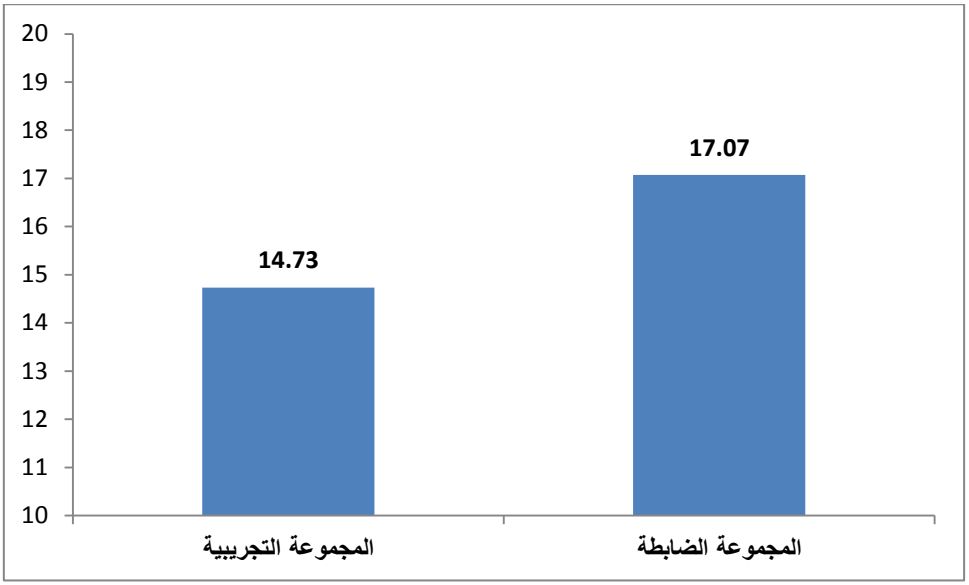
للتحقق من صحة الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه ثم حساب معامل T لدراسة الفروق بين فكانت النتائج كالاتي:

الجدول رقم (15) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي

المؤشرات الاحصائية / الأبعاد	المجموعة التجريبية ن=15		المجموعة الضابطة ن=15		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
	م1	ع1	م2	ع2				
تشتت الانتباه	14,73	5,106	17,07	3,474	1,463	28	2,763	غير دالة عند 0,01
فرط النشاط الحركي	12,47	2,475	16	3,854	2,988	28	2,763	دالة عند 0,01
العدوانية	20,27	2,987	22	3,317	1,504	28	2,763	غير دالة عند 0,01
المقياس ككل	47,47	7,909	55,07	7,025	2,782	28	2,763	دالة عند 0,01

يتضح من خلال الجدول رقم (15) المعالجة الإحصائية لنتائج أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في بعد تشتت الانتباه أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر ب 14,73 وانحراف معياري قدره 5,106 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي ب 17,07 ورغم الفرق الظاهر على المتوسطات إلا أنه لوحظ عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة حيث بلغت قيمة T المحسوبة 1,463 هي أصغر من T الجدولية 2,763 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 28 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية أي أن البرنامج العلاجي السلوكي لم يحقق التحسن المطلوب في مستوى انتباه تلاميذ المجموعة التجريبية والمنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (15) يوضح التحسن الطفيف في مستوى الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

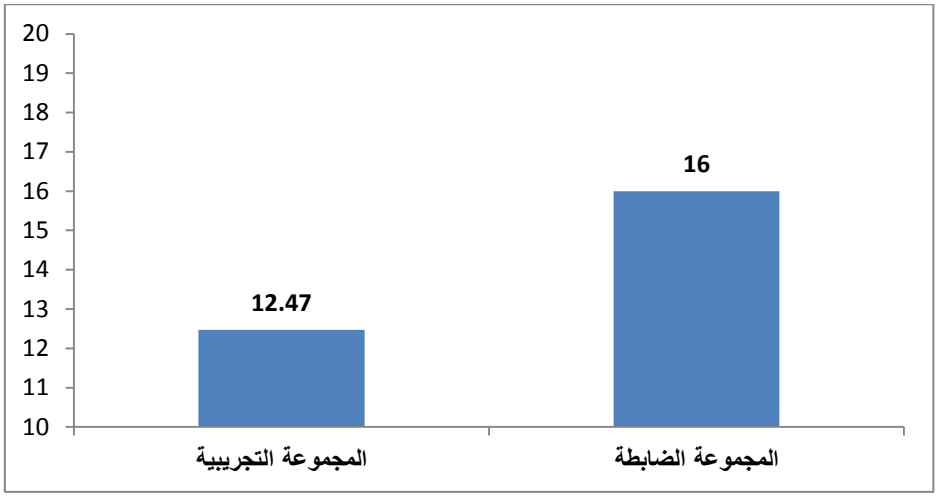
الشكل رقم (15) يوضح الفرق بين درجات افراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي في بعد تشتت الانتباه



يتضح من خلال الشكل رقم (15) فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة إلا أن هذه بسيطة وهذا ما أثبتته المعالجة الاحصائية حيث كانت هذه الفروق غير دالة احصائيا إلا أن هذا لا ينفي أن البرنامج العلاجي ساهم ولو بشكل بسيط في خفض مستوى التشتت على مستوى عملية الانتباه.

أما بالنسبة لنتائج البعد الثاني: النشاط الحركي الزائد فيتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية قدر ب 12,47 والانحراف المعياري ب 2,475 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة ب 16 والانحراف المعياري ب 3,854 وبحساب الفروق بين نتائج المجموعتين قدرت قيمة T المحسوبة بلغت 2,988 وهي أكبر من T الجدولية 2,763 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 28 مما يعني وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي مما يعني أن البرنامج العلاجي السلوكي كان فعالا في خفض مستوى النشاط الحركي لدى أفراد العينة التجريبية وهذا ما أثبته القياس البعدي ويمكن توضيح الفرق بالمنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (16).

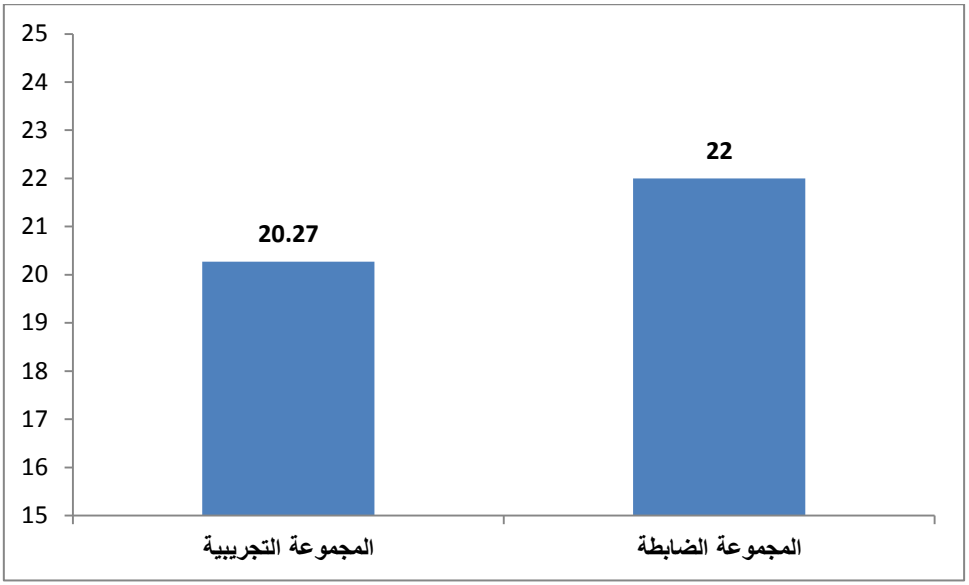
الشكل رقم (16) يوضح الفرق بين درجات افراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي في بعد فرط النشاط الحركي



يوضح الشكل رقم (16) فرق واضح بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة حيث انخفضت لدى أفراد المجموعة التجريبية في حين ظلت مرتفعة لدى أفراد المجموعة الضابطة وهذا يعني أن البرنامج كان فعالا على هذا البعد.

في حين أشارت المعالجة الاحصائية لنتائج البعد الثالث أي العدوانية إلى أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية قدر ب 20,27 والانحراف المعياري ب 2,987 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة ب 22 والانحراف المعياري ب 3,317 وبحساب الفروق بين نتائج المجموعتين قدرت قيمة T المحسوبة ب 1,504 وهي أصغر من قيمة T الجدولية 2,763 مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 28 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لكن هذا لا يعني أن هناك تغيرا بسيطا بين المجموعتين لكنه غير دال احصائيا وهذا ما يظهر جليا من خلال المنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (17) .

الشكل رقم (17) يوضح الفرق بين درجات افراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي في بعد العدوانية

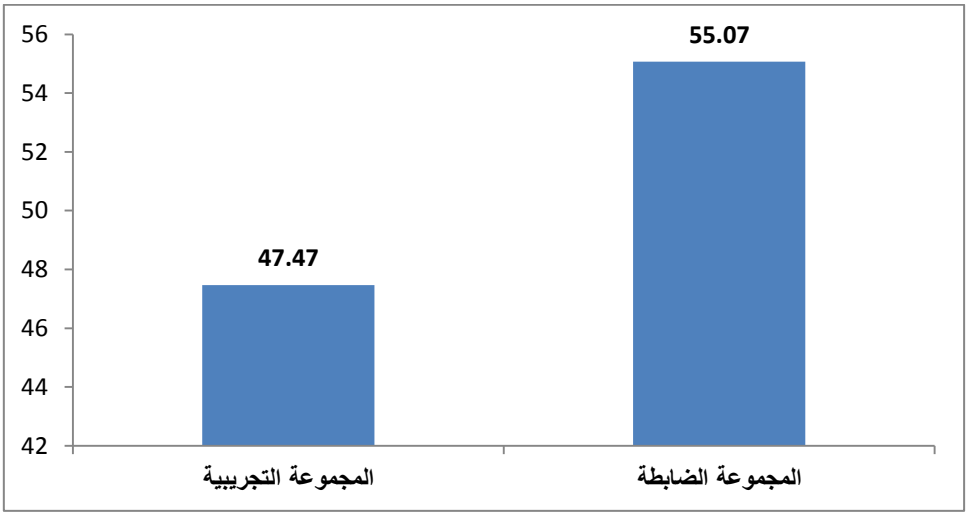


يتضح من خلال الشكل رقم (17) فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة إلا أن هذه بسيطة وهذا ما أثبتته المعالجة الاحصائية حيث كانت هذه الفروق غير دالة احصائيا إلا أن هذا لا ينفي أن البرنامج العلاجي ساهم ولو بشكل بسيط في خفض مستوى النشاط الحركي الزائد.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس قدر 47,47 والانحراف المعياري ب 9,909 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة ب 55,07 والانحراف المعياري ب 7,025 وأسفرت النتائج بعد حساب الفروق بين المجموعتين عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات المجموعة التجريبية بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس في القياس البعدي حيث بلغت قيمة T المحسوبة 2,782 وهي أكبر من T الجدولية 2,763 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 28 مما يعني وجود فروق ذات دلالة احصائية وهذه النتائج تدعم صحة الفرضية الثالثة لأن المجموعة الضابطة لم يطبق عليها البرنامج العلاجي السلوكي وبالتالي لن تتلقى التأثير على عكس المجموعة التجريبية التي خضعت للتجريب حيث لاحظنا انخفاضا بسيطا في درجات أفرادها على مقياس

فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وهذا ما يعني أن البرنامج العلاجي السلوكي ساهم ولو بشكل بسيط في خفض مستوى الاضطراب ولتوضيح التأثير تم الاستعانة بالرسم البياني الموضح في الشكل رقم (18).

الشكل رقم (18) يوضح الفرق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الدرجة الكلية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي



يوضح الشكل رقم (18) الفرق الكبير بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة حيث انخفضت مستويات الاضطراب لدى أفراد المجموعة التجريبية بشكل دال إحصائيا مقارنة بين درجات أفراد المجموعة الضابطة التي ظلت مرتفعة وهذا يعكس الفعالية الكبيرة للبرنامج العلاجي السلوكي في ضبط النشاط الحركي وتحسين الانتباه والتحكم بالعدوانية، ولمعرفة حجم التأثير الذي خلفه البرنامج العلاجي السلوكي على التلاميذ قمنا بحساب قيمة (η^2) وقيمة (D) لمعرفة قوة التأثير بين المتغير المستقل "البرنامج العلاجي السلوكي"، والمتغير التابع " خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه" فكانت النتائج كالآتي:

الجدول رقم (16) يوضح قيمة (η^2) و قيمة (D) ومقدار حجم تأثير البرنامج بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة باستخدام مربع معامل إيتا η^2

قوة التأثير	D	η^2	DF	T^2	T
مرتفع جدا	1,03	0,21	28	7,739	2,782

يتضح من خلال الجدول رقم (16) أن قيمة η^2 قدرت ب 0,21 أما قيمة D فقدرت ب 1,03 وهذا يعني قوة تأثير مرتفعة جدا أي أن البرنامج العلاجي السلوكي كان له تأثير ايجابي كبير في خفض مستويات اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية.

4-عرض نتائج الفرضية الرابعة

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط و قصور الانتباه يعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من صحة الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الذكور والاناث ثم معامل ت لدراسة الفروق بين فكانت النتائج كالاتي:

الجدول رقم (17) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية وفق متغير الجنس في القياس البعدي

المؤشرات الاحصائية / الأبعاد	الذكور ن=10		الاناث ن=5		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
	م1	ع1	م2	ع2				
تشتت الانتباه	13,20	4,43	15,80	5,80	0,812	13	3,012	غير دالة عند 0,01
فرط النشاط الحركي	11,60	2,51	12,90	2,47	0,956	13	3,012	غير دالة عند 0,01
العدوانية	17,60	1,51	21,60	2,63	3,112	13	3,012	دالة عند 0,01
المقياس ككل	42,40	5,225	50	7,986	1,914	13	3,012	غير دالة عند 0,01

يتضح من خلال الجدول رقم (17) أن المتوسط الحسابي للذكور على بعد تشتت الانتباه قد ب 13,20 والانحراف المعياري 4,43 بينما قدر المتوسط الحسابي للإناث 15,80 والانحراف المعياري 5,80 وبحساب الفروق بين نتائج الجنسين توضح عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الاناث على بعد تشتت الانتباه في القياس البعدي، حيث بلغت قيمة T

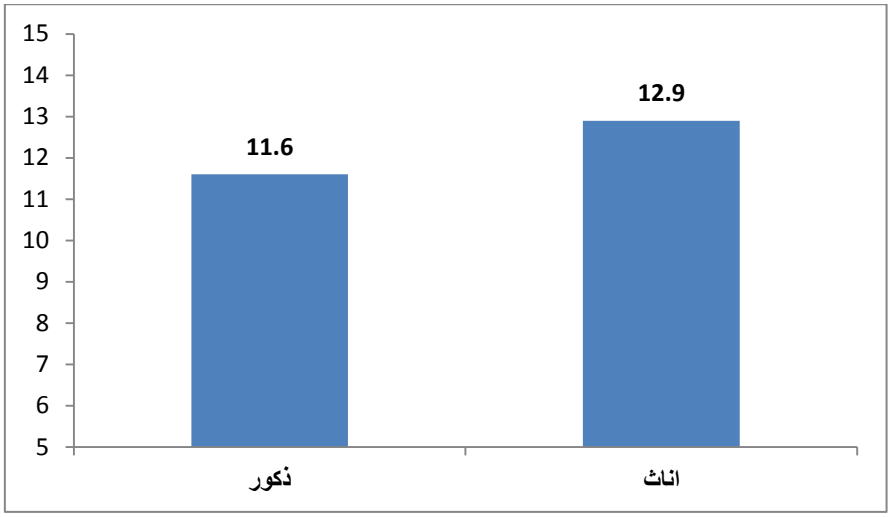
المحسوبة 0,812 وهي أصغر من T الجدولية 3,012 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 13 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث أي أن البرنامج العلاجي السلوكي كان فعالا بنفس المستوى لدى الذكور والإناث في بعد تشتت الانتباه ولتوضيح ذلك تم الاستعانة بالرسم البياني الموضح في الشكل رقم (19).

الشكل رقم (19) يوضح الفرق بين الذكور والإناث في بعد تشتت الانتباه على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي

يتضح من خلال الشكل رقم (19) وجود فرق بسيط لكنه غير دال بين متوسطات الذكور ومتوسطات الاناث حيث تحسن مستوى الانتباه لدى الذكور بدرجات بسيطة لدى الذكور مقارنة مع الإناث إلا أن هذا الفرق غير دال إحصائيا.

أما بالنسبة لنتائج البعد الثاني: النشاط الحركي الزائد فيتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي للذكور قدر ب 11,60 والانحراف المعياري ب 2,51 بينما قدر المتوسط الحسابي للإناث ب 12,90 والانحراف المعياري ب 2,47 وبحسابنا للفروق بين نتائج الذكور والإناث وجدنا أن قيمة T المحسوبة بلغت 0,956 وهي أصغر من T الجدولية 3,012 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 13 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث في القياس البعدي وهذا ما يوضحه الرسم البياني في الشكل رقم (20).

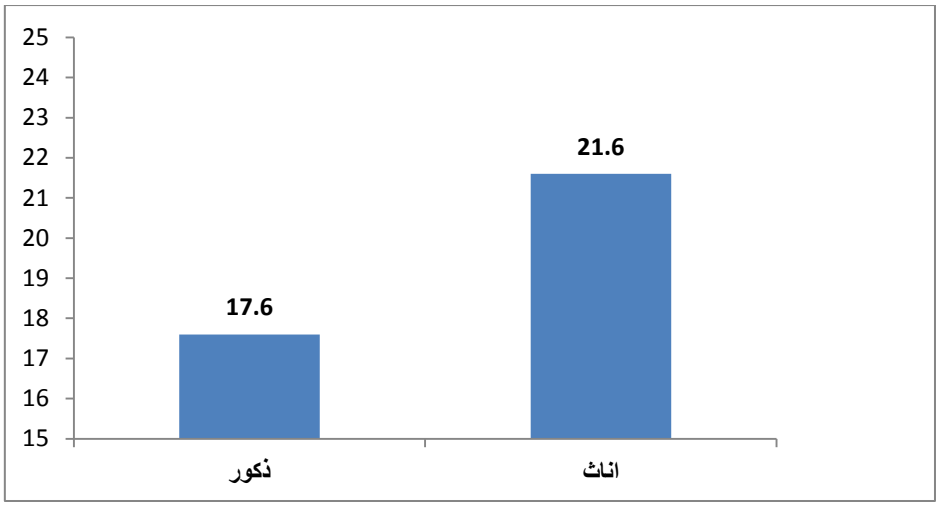
الشكل رقم (20) يوضح الفرق بين الذكور والإناث في بعد فرط النشاط الحركي على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي



يتضح من خلال الشكل رقم (20) أنه لا توجد فروق دالة بين متوسطات الذكور والإناث على مستوى النشاط الحركي الزائد أي أن الفعالية كانت بنفس القدر لدى الجنسين.

في حين أشارت المعالجة الإحصائية لنتائج البعد الثالث أي العدوانية إلى أن المتوسط الحسابي للذكور قدر ب 17,60 والانحراف المعياري ب 1,51 بينما قدر المتوسط الحسابي للذكور ب 21,60 والانحراف المعياري ب 2,63 وبحساب الفروق بين نتائج المجموعتين بلغت قيمة T المحسوبة 3,112 وهي أكبر من قيمة T الجدولية 3,012 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 13 مما يعني وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث في القياس البعدي لصالح الاناث مما يعني أن البرنامج العلاجي كان فعالا في تخفيض مستوى العدوانية لدى الإناث أكثر من الذكور ويتضح ذلك جليا على الرسم البياني الموضح في الشكل رقم (21).

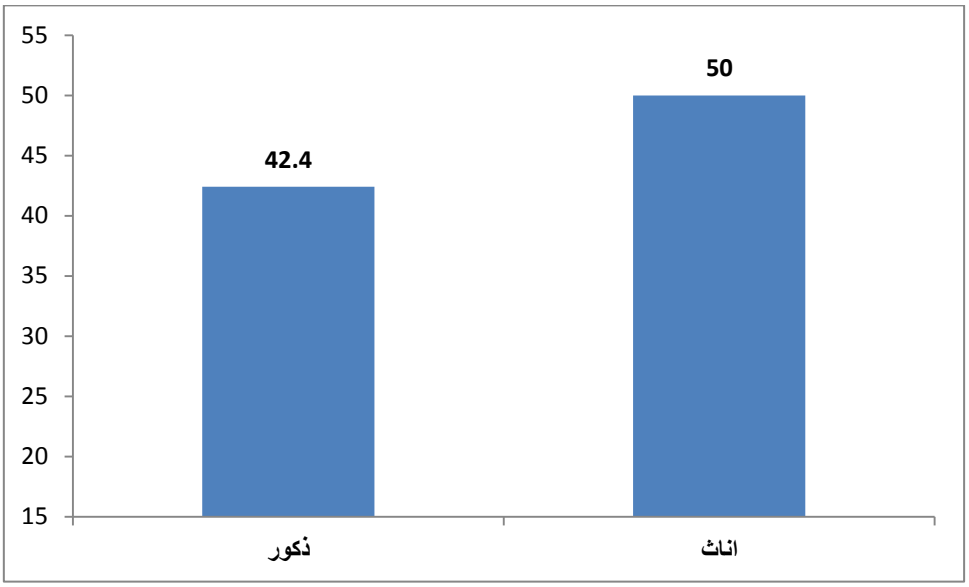
الشكل رقم (21) يوضح الفرق بين الذكور والإناث في بعد العدوانية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي



يوضح الشكل رقم (21) وجود فروق واضحة بين متوسطات الذكور ومتوسطات الإناث على بعد العدوانية وهو الأمر ذاته الذي أثبتته المعالجة الاحصائية حيث يتضح أن مستويات العدوانية لدى الذكور انخفضت بشكل واضح مقارنة بالإناث مما يعني أن البرنامج العلاجي السلوكي أثبت فعالية كبيرة لدى الذكور على بعد العدوانية مقارنة بالإناث.

كما يتضح من خلال نفس الجدول ان المتوسط الحسابي للذكور على الدرجة الكلية للمقياس قدر ب42,40 والانحراف المعياري ب 5,225 بالمقابل فإن المتوسط الحسابي للإناث قدر ب 50 والانحراف المعياري ب 7,986 وقد تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث في القياس البعدي بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس حيث بلغت قيمة T المحسوبة 1,914 وهي أصغر من T الجدولية 3,012 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 13 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث أي أن الدرجة الكلية للمقياس تبين أن مستويات الاضطراب في القياس البعدي كانت بنفس الدرجة لدى الذكور والإناث يعني أن البرنامج العلاجي السلوكي أثر إيجابا في كلا الجنسين والشكل رقم (22) يوضح ذلك.

الشكل رقم (22) يوضح الفرق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية في القياس البعدي



يوضح الشكل رقم (22) وجود فروق بسيطة وغير دالة بين متوسطات الذكور والإناث في الدرجة الكلية للمقياس أي أن البرنامج بصفة عامة أثر بنفس الدرجة على كلا الجنسين عدا بعد الفروق على مستوى الأبعاد (العدوانية) كما وضحنا سابقا.

5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

والتي تنص على ما يلي: توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي قبل تطبيق البرنامج ودرجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج.

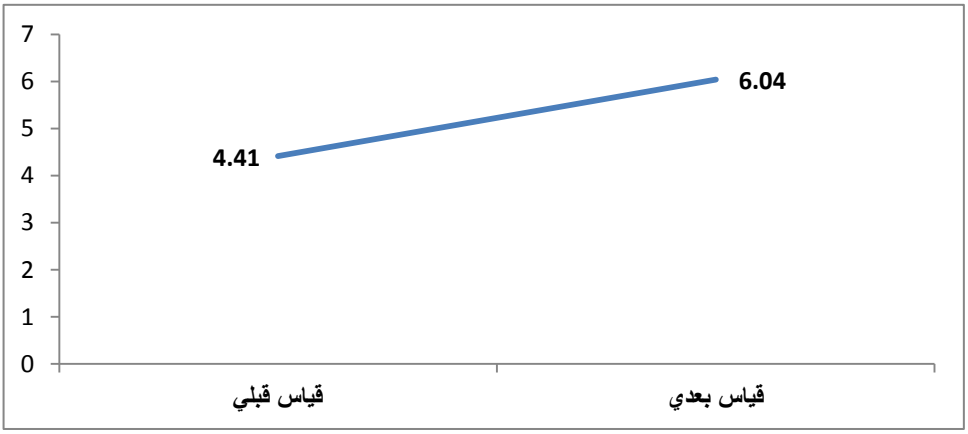
للتحقق من صحة الفرضية تم حساب معامل T لدراسة الفروق بين فكانت النتائج كالاتي:

الجدول رقم (18) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي في القياس القبلي والقياس البعدي

المجموعة التجريبية	قياس قبلي		قياس بعدي		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
ن=15	م1	ع1	م2	ع2	7,158	14	2,624	دالة عند 0,01
	4,41	1,178	6,04	1,031				

يتضح من خلال الجدول رقم (18) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي في القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغ المتوسط الحسابي للتلاميذ في القياس القبلي 4,41 والانحراف المعياري 1,178 بينما قدر المتوسط الحسابي لنفس التلاميذ في القياس البعدي ب 6,04 والانحراف المعياري ب 1,031 وبحساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي قدرت قيمة T المحسوبة ب 7,158 وهي أكبر من T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني وجود فروق ذات دلالة احصائية لصالح القياس البعدي مما يعني أن البرنامج العلاجي السلوكي كان له تأثير إيجابي غير مباشر في مستوى التحصيل الدراسي وهو ما يعني تحقق الفرضية الخامسة ويمكن توضيح الفرق الكبير بين القياسين بالرسم البياني الموضح في الشكل رقم (23).

الشكل رقم (23) يوضح الفرق بين التحصيل الدراسي لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي



يتضح من خلال الشكل رقم (23) وجود فروق واضحة بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي في القياس القبلي مقارنة بالقياس البعدي حيث ارتفع التحصيل في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي مما يعني أن البرنامج العلاجي السلوكي أثر إيجابا على تحصيل التلاميذ بسبب تحسين مستولى الانتباه وخفض النشاط الحركي الزائد. ولمعرفة قوة الفعالية التي خلفها البرنامج العلاجي السلوكي قمنا بحساب قيمة η^2 وقيمة D التي تقيس قوة التأثير بين المتغير المستقل "البرنامج العلاجي السلوكي" والمتغير التابع "التحصيل الدراسي للتلاميذ" وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (19) يوضح قيمة (η^2) و قيمة (d) ومقدار حجم تأثير البرنامج على التحصيل الدراسي لتلاميذ المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي باستخدام مربع معامل إيتاη^2

T	T^2	DF	$^2\eta$	D	قوة التأثير
7,158	51,23	14	0,78	2,95	مرتفع جدا

يتضح من خلال الجدول رقم (19) أن قيمة (η^2) قدرت ب 0,78 بينما قدرت قيمة (D) ب2,95 وهي تعكس قوة تأثير كبيرة بمعنى أن البرنامج العلاجي السلوكي أثر إيجابا وبصورة كبيرة على التحصيل الدراسي للتلاميذ الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية.

6-عرض نتائج الفرضية السادسة:

توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي بعد تطبيق البرنامج.

للتحقق من صحة الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي ثم حساب قيمة ت لدراسة الفروق بين فكانت النتائج كالاتي:

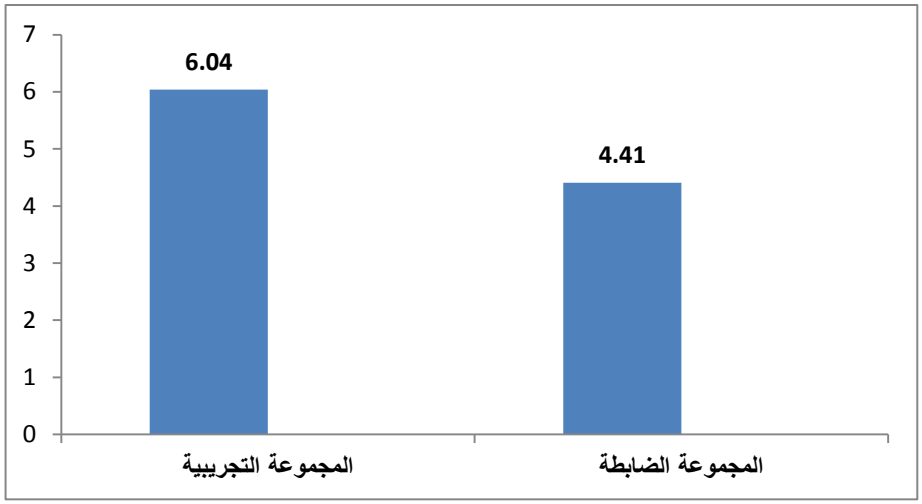
الجدول رقم (20) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي في القياس البعدي

القياس	المجموعة التجريبية ن=15		المجموعة الضابطة ن=15		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
البعدي	م1	ع1	م2	ع2				
	6,04	1,031	4,41	1,459	3,518	28	2,763	دالة عند 0,01

يتضح من خلال الجدول رقم (20) أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر ب 6,04 والانحراف المعياري 1,031 في حين قدر المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة ب 4,41 والانحراف المعياري ب 1,459 وتبين بعد حساب الفروق بين المجموعتين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي في القياس البعدي، حيث بلغت قيمة T المحسوبة 3,518 وهي أكبر من T الجدولية

2,763 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 28 مما يعني وجود فروق ذات دلالة احصائية لصالح المجموعة التجريبية مما يعني أن البرنامج العلاجي السلوكي كان له تأثير إيجابي غير مباشر في مستوى التحصيل الدراسي فقد ساهم هذا الأخير في الرفع من تحصيل التلاميذ وهو ما يعني تحقق الفرضية السادسة وهذا ما يظهر جليا من خلال من خلال الرسم البياني رقم (24).

الشكل رقم (24) يوضح الفرق بين التحصيل الدراسي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياسين البعدي



يوضح الشكل رقم (24) وجود فروق واضحة بين متوسطات التحصيل الدراسي لأفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حيث يلاحظ ارتفاع التحصيل الدراسي لدى أفراد المجموعة التجريبية بينما ظل منخفضا لدى أفراد المجموعة الضابطة، ولمعرفة حجم التأثير الذي خلفة برنامج العلاج السلوكي قمنا بحساب قيمة η^2 وقيمة ي لمعرفة قوة التأثير بين المتغير المستقل "برنامج العلاج السلوكي" والمتغير التابع "التحصيل الدراسي للتلاميذ" وكانت النتائج كالآتي:

الجدول رقم (21) يوضح قيمة (η^2) و قيمة (d) ومقدار حجم تأثير البرنامج على التحصيل الدراسي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي باستخدام مربع معامل إيتا η^2

قوة التأثير	D	η^2	DF	T^2	T
مرتفع جدا	1,32	0,30	28	12,37	3,518

يتضح من خلال الجدول رقم (21) أن قيمة (η^2) قدرت ب 0,30 وأن قيمة (D) قدرت ب 1,32 مما يعكس قوة تأثير ايجابية كبيرة للبرنامج العلاجي السلوكي على التحصيل الدراسي للتلاميذ ذوو فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية.

7-عرض نتائج الفرضية السابعة:

نص الفرضية: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي ودرجات نفس المجموعة بعد عملية المتابعة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه.

للتحقق من صحة الفرضية تم حساب معامل ت لدراسة الفروق بين فكانت النتائج كالاتي:

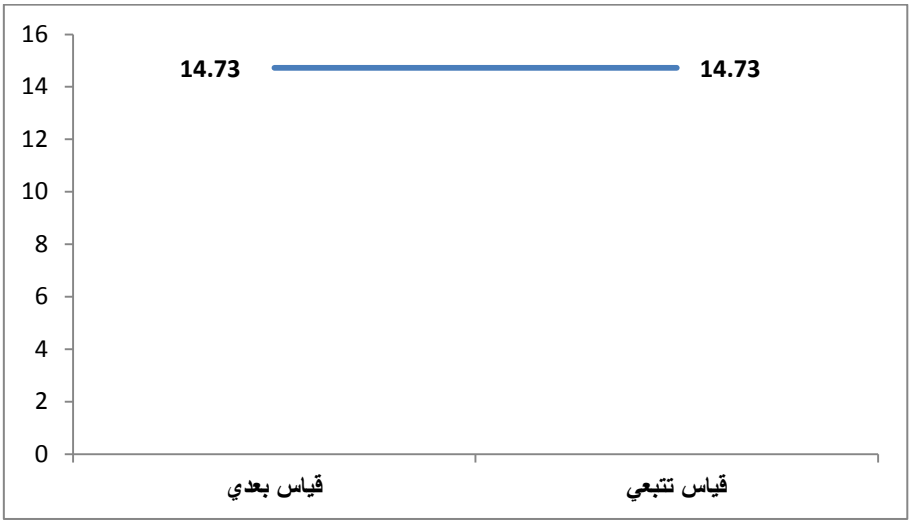
الجدول رقم (22) يوضح قيمة T لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي

المؤشرات الاحصائية / الابعاد	القياس البعدي		القياس التتبعي		قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قيمة T الجدولية	الدلالة الاحصائية
	م1	ع1	م2	ع2				
تشتت الانتباه	14,73	5,106	14,73	4,728	0	14	2,624	غير دالة عند 0,01
فرط النشاط الحركي	12,47	2,475	12,47	2,295	0	14	2,624	غير دالة عند 0,01
العدوانية	20,27	2,987	20,07	3,348	0,564	14	2,624	غير دالة عند 0,01
المقياس ككل	47,47	7,909	46,67	7,423	0,767	14	2,624	غير دالة عند 0,01

يتضح من خلال الجدول رقم (22) أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي قدر ب 14,73 والانحراف المعياري ب 5,106 بينما قدر المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس التتبعي ب 14,73 والانحراف المعياري 4,728 وقد تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية على بعد تشتت الانتباه بين القياسين البعدي والتتبعي، حيث بلغت قيمة T المحسوبة 0 وهي أصغر من T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني أن فعالية البرنامج العلاجي السلوكي استمرت حتى بعد الانقطاع عن تطبيقه لفترة

ولتوضيح ذلك أكثر تم الاستعانة بالرسم البياني رقم (25) حيث يظهر ثبات درجات الأفراد على حالها بعد المتابعة.

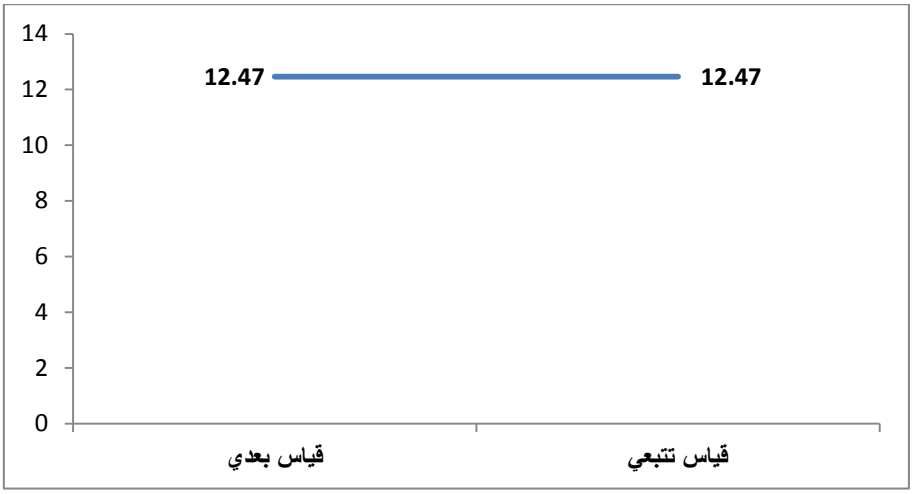
الشكل رقم (25) يوضح الفرق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في بعد تشتت الانتباه في القياس البعدي



يتضح من خلال الشكل رقم (25) عدم وجود أي فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي حيث بقيت الدرجات ثابتة مما يعني أن نتائج البرنامج بقيت على حالها حتى بعد الانقطاع عن تطبيق البرنامج لمدة زمنية.

أما بالنسبة لنتائج البعد الثاني: النشاط الحركي الزائد فيتضح من خلال الجدول فهي الأخرى بقيت ثابتة حيث قدر المتوسط الحسابي للأفراد في القياس القبلي 12,47 والانحراف المعياري 2,475 أما في القياس التتبعي ظل المتوسط الحسابي ثابتا بينما قدر الانحراف المعياري 2,295 وبحساب الفروق قدرت قيمة T المحسوبة ب 0 وهي أصغر من T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي وهذا ما يبينه المنحنى البياني في الشكل رقم (26).

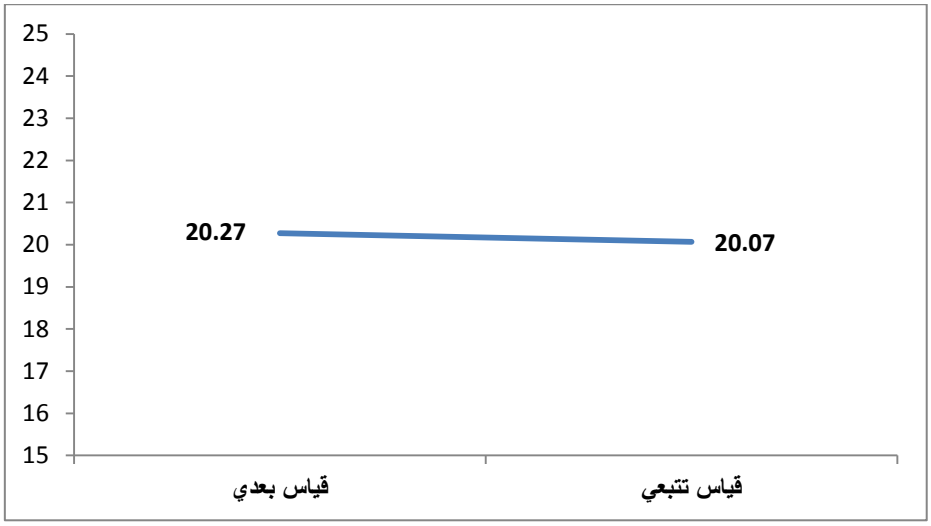
الشكل رقم (26) يوضح الفرق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في بعد فرط النشاط الحركي في القياس البعدي



يتضح من خلال الشكل رقم (26) عدم وجود أي فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي حيث بقيت الدرجات ثابتة مما يعني أن نتائج البرنامج بقيت على حالها حتى بعد الانقطاع عن تطبيق البرنامج لمدة زمنية.

في حين أشارت المعالجة الاحصائية لنتائج البعد الثالث أي العدوانية إلى أن المتوسط الحسابي للأفراد في القياس البعدي قدر ب 20,27 والانحراف المعياري ب 2,987 بينما قدر المتوسط الحسابي لنفس الأفراد في القياس التتبعي ب 20,07 والانحراف المعياري ب 3,348 وبحساب الفروق قدرت قيمة T المحسوبة ب 0,564 وهي أصغر من قيمة T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المنحنى البياني المثبت في الشكل رقم (27).

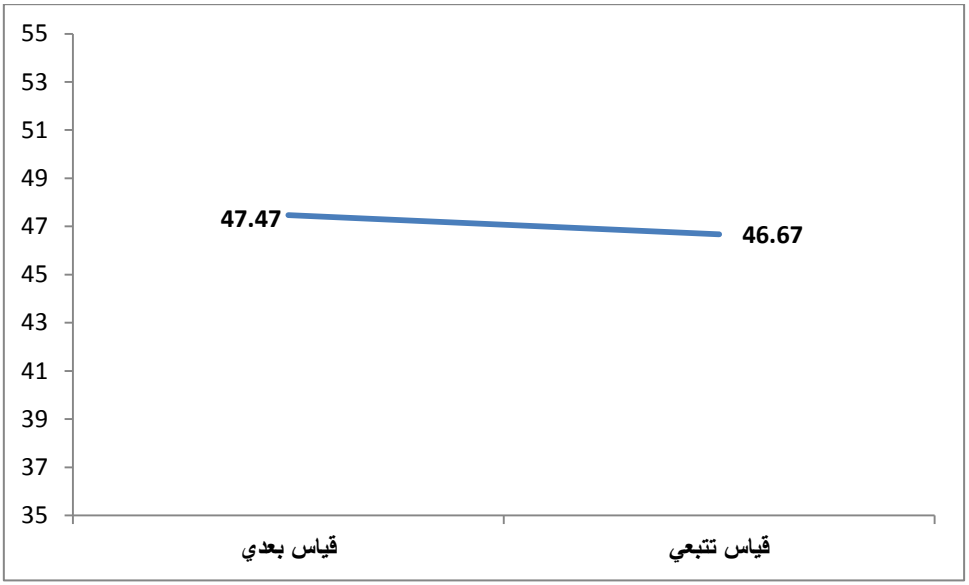
الشكل رقم (27) يوضح الفرق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في بعد العدوانية في القياس البعدي



يوضح الشكل رقم (27) أن النتائج ظلت ثابتة بين القياسين البعدي والتتبعي مما يعني أن فعالية البرنامج العلاجي السلوكي استمرت حتى بعد الانقطاع عن تطبيقه لفترة زمنية.

كما يتضح من خلال نفس الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس حيث بلغ المتوسط الحسابي للأفراد في القياس البعدي 47,47 والانحراف المعياري 7,909 بينما بلغ المتوسط الحسابي في القياس التتبعي 46,67 والانحراف المعياري 7,423 وبحساب الفروق بين نتائج القياسين قدرت قيمة T المحسوبة ب 0,767 وهي أصغر من T الجدولية 2,624 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 14 مما يعني فعالية البرنامج العلاجي السلوكي اسمرت حتى بعد الانقطاع عن تطبيقه ولتوضيح ذلك يمكن الرجوع الى المنحنى البياني الموضح في الشكل رقم (28).

الشكل رقم (28) يوضح الفرق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في الدرجة الكلية على مقياس قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي والعدوانية



يتضح من خلال الشكل رقم (28) عدم وجود أي فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي حيث بقيت الدرجات ثابتة مما يعني أن نتائج البرنامج بقيت على حالها حتى بعد الانقطاع عن تطبيق البرنامج لمدة زمنية.

خلاصة

بعد عرض نتائج كل فرضية على حدى تم التوصل إلى جملة من النتائج نلخصها كما يلي:

_ وجود فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي .

_ عدم وجود فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة .

_ وجود فروق دالة احصائيا بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

_ عدم وجود فروق دالة احصائيا لأفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي يعزى لمتغير الجنس عدا الفرق الواضح على بعد العدوانية لصالح الذكور.

_ وجود فروق دالة احصائيا على مستوى التحصيل الدراسي لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

_ وجود فروق دالة احصائيا على مستوى التحصيل الدراسي بين أفراد المجوعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية.

_ عدم وجود فروق دالة احصائيا بين القياس البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية.

من خلال هذه النتائج يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي أثبت فعاليته في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والعدوانية وذلك من خلال جملة المقارنات بين المجموعات والمعالجات الاحصائية لها.

الفصل السابع:

مناقشة النتائج

تمهيد

1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى

2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية

3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة

4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة

5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة والسادسة

6- **مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة**

تمهيد

بعدما تم عرض نتائج الدراسة في الفصل السابق في ضوء فروض الدراسة ومن خلال الأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من هذه الفروض تحاول الباحثة مناقشتها، وتفسيرها في ضوء التراث الأدبي، والدراسات السابقة موضحين نقاط الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية، والدراسات السابقة ثم نقدم تفسيرات علمية حسب الجوانب النظرية، والمنهج العلاجي السلوكي المتبع في الدراسة الحالية، وسنناقش نتائج الدراسة في ضوء فرضياتها بالترتيب على النحو التالي:

1-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج، ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه".

تبين من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي، والقياس البعدي لصالح القياس البعدي بأبعاده الثلاث: تشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والعدوانية، وهذا ما يؤكد فعالية التدخل باستخدام العلاج السلوكي وما يتضمنه من تقنيات علاجية حيث أدى إلى خفض درجات اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي والاندفاعية كما يقيسه المقياس المستخدم في الدراسة الحالية، حيث تعزو الباحثة التحسن الكبير إلى عدة عوامل منها أن البرنامج طبق بصفة جماعية مع مراعاة أن تكون إنجازات الطفل للسلوك المرغوب بطريقة تنافسية، وشيقة للحصول على المعززات وهذا راجع للتصميم المنظم للجلسات، كما تعزو الباحثة هذا التحسن إلى الأدوات الصغيرة المتنوعة والمختلفة التي استخدمت في الأنشطة والتي كانت تعمل على جذب انتباه التلاميذ وتقوي من تركيزهم في أداء المهمة.

كما تعزو الباحثة التحسن الكبير على مستوى فرط النشاط الحركي إلى أسلوب النمذجة الحية الذي كانت تؤديه بنفسها وترجع نجاحه إلى العلاقة الجيدة بين الباحثة والتلاميذ التي جعلتهم يقلدون ما تقوم به مثل الجلوس بهدوء على المقعد لأطول فترة ممكنة على أن يعقبها التعزيز المحبب من طرف التلاميذ في الحالات التي تستدعي ذلك.

وهذه النتيجة تتفق مع العديد من الدراسات السابقة التي أكدت فعالية العلاج السلوكي في تحسين الانتباه وخفض مستويات فرط النشاط الاندفاعية مثل دراسة (سميرة البدري وجميلة رحيم الوائلي، 2008) التي استهدفت معرفة أثر التعزيز في تعديل قصور الانتباه لدى التلاميذ المتخلفين عقليا حيث أشارت

نتائجها إلى إثبات فاعلية استخدام التعزيز تعديل قصور الانتباه لدى المتخلفين عقليا لصالح المجموعة التجريبية وأسهم التعزيز إلى حد كبير في زيادة مدة الانتباه.

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (حواشين،2003) في (هشام أحمد غراب، 2010: 364) التي هدفت إلى التعرف على أثر التعزيز الرمزي في تقليل السلوك غير المنتبه خلال الدرس لدى عينة من التلاميذ مقسمين إلى مجموعتين تجريبية (وهي الأخرى مقسمة إلى ثلاث مجموعات) ومجموعة ضابطة وأثبتت المعالجة الاحصائية وجود فروق جوهرية بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية مما يعني أن البرنامج العلاجي كان فعالا في خفض درجات الاضطراب.

2-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

والتي تنص على ما يلي: "لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج و متوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه".

ويتضح من خلال المعالجة الاحصائية أنه لا توجد فروق بين القياسيين القبلي، والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة، وهذا يعني أن أفراد هذه المجموعة لم يحصلوا على أي تحسن وتفسر الباحثة ذلك إلى أنهم لم يخضعوا للبرنامج العلاجي السلوكي الذي خضع له أفراد المجموعة التجريبية طيلة السنة الدراسية حيث استمروا في الأداء بنفس المستوى من حيث فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية. وهذه النتيجة تؤيدها العديد من الدراسات السابقة على غرار دراسة ظافر القحطاني 2005 التي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج سلوكي متكامل باستخدام كل من تقنيات التعزيز، والنمذجة، والمناقشة، وأداء الأدوار، والتلقين، وتكلفة الاستجابة، والاقتصاد الرمزي حيث أظهرت النتائج بقاء مستويات الاضطراب على حالها لدى أفراد المجموعة الضابطة بين القياسين القبلي، والبعدي على عكس المجموعة التجريبية التي أثبتت المعالجة الاحصائية وجود تحسن كبير في أداءهم بين القياسين القبلي، والبعدي.

كما تعزو الباحثة عدم وجود أي فروق في أداء التلاميذ في القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة إلى غياب البرامج أو المناهج التي تطبق من طرف المعلمين في المدرسة أو الأولياء في البيت والتي تعمل على الحد من أعراض عدم الانتباه، وتنمية بعض مظاهره، كذلك تعزو الباحثة ثبات مستوى النشاط الحركي الزائد إلى افتقار المعلمين للمنهجية الصحيحة للتعامل معهم فيلجؤون في غالب الأحيان إلى العقاب البدني أو الطرد خارج القسم الأمر الذي يؤدي إلى استمرار الأعراض لديهم

وهذا ما حاولت الباحثة تفاديه عند تصميمها للبرنامج العلاجي السلوكي وتطبيقه على المجموعة التجريبية.

3-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

والتي تنص على ما يلي:" توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط الحركي و قصور الانتباه "

وبالعودة إلى نتائج المعالجة الاحصائية للفرض الثالث يتضح وجود فروق دلالة احصائيا عند 0,01 بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في بعد فرط النشاط الحركي لصالح المجموعة التجريبية، في حين لم يثبت أي تأثير دال على بعدي تشتت الانتباه والعدوانية بعد تطبيق البرنامج، وهذا يعني أن هناك فعالية كبيرة للبرنامج العلاجي السلوكي في خفض مستوى النشاط الحركي الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، بينما لم يثبت فعالية كبيرة في تحسين مستوى الانتباه والعدوانية. ولهذا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة في أحد شقيها وتختلف عنها في باقي الأبعاد بحيث تتفق نتائج الدراسة الحالية مع كل من نتائج دراسة (عمر فواز عبد العزيز،2009) تحت عنوان "فاعلية برنامج التعزيز الرمزي، وتكلفة الاستجابة في تحسين مستوى الانتباه، وخفض النشاط الزائد لدى عينة من تلاميذ ذوي صعوبات التعلم في مدينة جدة " حيث اتبعت المنحى التجريبي ذو المجموعتين التجريبيتين، والمجموعة الضابطة، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا لصالح المجموعتين التجريبيين في مستوى الانتباه في حين بقيت نتائج الأفراد مرتفعة على مستوى فرط النشاط الحركي المصحوب والاندفاعية.

كذلك تتفق مع نتائج دراسة (فوزية محمدي،2011) التي هدفت الى تصميم برنامجين علاجيين لتعديل سلوك النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه، وتعديل صعوبة الكتابة، وخلصت الدراسة بإثبات فعالية البرنامجين العلاجيين في خفض درجة اضطراب فرط النشاط الحركي، وتحسين مستوى الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية على عكس أفراد المجموعة الضابطة فلم يلاحظ على أفرادها أي تحسن، وهذا دلالة على فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المطبق.

في حين تختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (بيترز،2003) في (هشام أحمد غراب،2010: 361) التي هدفت الى التعرف على أثر برنامج سلوكي لأطفال المدرسة الابتدائية باستخدام فنية التعزيز وانتهت الدراسة إلى عدم وجود فاعلية للبرنامج إلا أن الدرجات الخام أشارت إلى

أن أطفال المجموعة التجريبية أحدثوا تحسنا ملحوظا في خفض الانتباه، والضبط الذاتي، وخفض الحركة المفرطة، وكذا العدوانية.

ويمكن تفسير هذه النتائج بالرجوع إلى الاعتقاد السلوكي الذي يرى أن السلوك الخاطئ يرجع الى تعلم خاطئ وبناء عليه يمكن إزالة السلوك الخاطئ وإعادة التعلم للسلوك الصحيح، وهذا ما هدف إليه البرنامج المطبق في الدراسة الحالية الذي يستند الى مسلمات الدراسة السلوكية حيث صممت جلساته خصيصا لتعليم الأطفال سلوكيات مرغوبة عن طريق التعزيز، والنمذجة ولعب الأدوار كل هذا في إطار منظم فيما يعرف بالتشكيل الذي يقوم على أساس تعزيز التقارب التدريجي للسلوك الصحيح وقد ساهم البرنامج العلاجي السلوكي في تعليم الأطفال تحسين مستوى الانتباه عن طريق الجلسات التي هدفت إلى تنمية الانتباه للمثيرات السمعية والبصرية الحسية وكذا التدريب على الأنشطة التي تتطلب حضور ذهني متواصل و التدريب على المثابرة وإتمام المهام، وتدريب الطفل على الانتباه للتفاصيل مع مراعاة التدريب المتكرر والإعادة لأكثر من مرة حتى يحقق السلوك المرغوب وهذه إحدى ايجابيات أسلوب التشكيل المعتمد في الدراسة الحالية، غير أنه ونظرا لقصر مدة تطبيق البرنامج فإن التعديل الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية لم يكن كافيا حيث أن التأثير لم يكن دال إحصائيا غير أن هذا لا يمنع أنه ساهم ولو بشكل بسيط في تحسين أداء التلاميذ ويمكن تفسير التحسن الذي حدث في مستوى الانتباه إلى اختيار الباحثة استخدام بعض الأنشطة التي تعتمد على بعض الأدوات، والألوان، والأشكال، والمجسمات التي تجذب انتباه التلميذ. كما ساهم البرنامج في خفض مستويات النشاط الحركي عن طريق تعزيز الجلوس بهدوء لأكبر قدر من الزمن، أما عن الاندفاعية، والعدوانية فقد خصص البرنامج جلسات تهدف إلى تعليم الطفل انتظار الدور، واتباع التعليمات، والتقيد بها. وقد أثبتته المعالجة الاحصائية هذه الفعالية، وذلك بمقارنة متوسطات المجموعة التجريبية بمتوسطات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي، وأظهرت فرقا دالا احصائيا.

4-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

والذي ينص على ما يلي: توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط و قصور الانتباه يعزى لمتغير الجنس.

حيث يتضح من خلال المعالجة الاحصائية لمتوسطات درجات الذكور، والإناث عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بينهم على مستوى الدرجة الكلية للمقياس عدا بعد العدوانية أين سجل فرقا واضحا لصالح الذكور حيث انخفضت مستويات العدوانية لدى مقارنة متوسطاتهم مقارنة بالإناث.

وبالعودة إلى الدراسات التي بحثت عن تأثير على الجنس نجد الكثير من الدراسات التي تتفق نتائج الدراسة الحالية مثل دراسة (احمد محمد يونس قزاقزة،2005) التي هدفت إلى التعرف على أثر التدريب على المراقبة الذاتية في مستوى الانتباه لدى الأطفال الذين لديهم قصور فيه حيث أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في مستوى الانتباه لصالح المجموعة التجريبية ولم تثبت الدراسة وجود تأثير لمتغير الجنس في الاستجابة للبرنامج. كذلك دراسة (زغلول 2001) في (هشام أحمد غراب، 2010: 359) التي هدفت الى معرفة أثر برنامج سلوكي باستخدام تقنيتا تكلفة الاستجابة والتعزيز التفاضلي للسلوك النقيض في معالجة اضطراب الانتباه لدى طلبة من ذوي صعوبات التعلم، وقد أسفرت النتائج عن فعالية البرنامج العلاجي دون أن يكون لمتغير الجنس أو السنة الدراسية أي أثر ذو دلالة احصائية، كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (حواشين،2003) في (هشام أحمد غراب، 2010: 364) التي لم تظهر أي فوق دالة يمكن أن تعزى لمتغير الجنس.

وقد افترض الباحث وجود فروق دالة في التحسن تعزى لمتغير الجنس استنادا إلى الدراسات السابقة التي أكدت وجود فروق تعزى لمتغير الجنس باعتبار أن الأمر طبيعي فهو نتاج لمجموعة العوامل الثقافية والنفسية والجسمية وهذا ما أشار إليه الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية والنفسية DSM 4 وقد فسر(cantwel.1995) في (بوكرمة فاطمة الزهراء، 2012: 17_18) التحسن الكبير في مستوى العدوانية لدى الذكور مقارنة بالإناث بأن تشتت الانتباه وفرط النشاط يصيب الذكور أكثر من الإناث وأن هناك بنتا واحدة مقابل تسعة ذكور يترددون على العيادات النفسية للعلاج، وأرجع هذا الاختلاف بين الذكور، والاناث إلى كون المشكلة الأساسية عند الإناث هي عدم الانتباه، والمشكلات المعرفية، وتكثر مشكلات الاندفاع والعدوانية عند الذكور مما يفسر قلة نسبة زيارتهن للعيادات النفسية، وبالتالي تتحسن مستويات العدوانية عند الذكور بمجرد الخضوع للتدخل المناسب.

4-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة والسادسة:

لقد قامت الباحثة في الدراسة الحالية بدراسة الأثر الذي خلفه البرنامج العلاجي السلوكي على التحصيل الدراسي للتلاميذ باعتبار أن هذا الاضطراب يعتبر أحد العوامل المؤدية إلى الفشل المدرسي وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات حيث أقر باركلي (barkley,1985) أن الكثير من الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه يتكرر رسوبهم في مادتين أو أكثر من المواد الدراسية، باعتبار أن هذا الاضطراب يمس أكثر القدرات مساهمة في التحصيل الدراسي وهي الانتباه، والتركيز ذات الصلة الوطيدة بالذاكرة والإدراك التي يحتاجها التلميذ في التعلم وحل المشكلات المدرسية، كذلك فإن

النشاط الزائد كما (ابراهيم السمادوني،1990) في (محمد محمد شوكت و زيدان أحمد السرطاوي، بدون تاريخ:6) يجعل الطفل غير قادر على التفكير في انتقاء المثيرات المحددة لهدف من عدد من المثيرات كما يكون له عجز ادراكي فيحدث خطأ في تحديد الهدف خاصة في مادة الرياضيات ولهذا ينخفض تحصيلهم فيها، ولهذا الغرض افترضنا أن أي تحسن على مستوى أعراض هذا الاضطراب سيؤدي الى تحسن على مستوى التحصيل الدراسي، ولهذا الغرض قمنا بإدراج الفرضيتين الخامسة ،والسادسة، وناقشناهما كما يلي:

بالنسبة للفرض الخامس فينص على أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي قبل تطبيق البرنامج، ودرجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج.

بالرجوع الى النتائج المحصل عليها من خلال المعالجة الإحصائية لمتوسطات درجات المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي في التحصيل الدراسي يتضح وجود فروق ذات دلالة احصائية عند 0,01 لصالح المجموعة التجريبية مما يعني أن برنامج العلاج السلوكي كان له تأثير إيجابي على أفراد المجموعة التجريبية فقد أسهم في رفع مستوى التحصيل لديهم في حين ظل تحصيل أفراد المجموعة الضابطة على ما هو عليه لعدم تعرضهم لأي تدخل علاجي، ويمكن تفسير هذا الأثر الواضح الى طول المدة التي طبق فيها البرنامج على أفراد العينة التجريبية حيث دامت مدة فصلين دراسيين كذلك يمكن أن نفسر هاته النتائج بطبيعة، ومحتوى الجلسات التي تضمنت أنشطة تربوية مستخلصة من المقرر الدراسي مثل الجلسات التي كان الهدف منها تنمية المهارات السمعية، والبصرية، والحسية، وكذلك جلسات التدريب على الأنشطة التي تتطلب حضور ذهني متواصل، والتدريب على المثابرة، وإتمام المهام.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع الكثير من الدراسات السابقة مثل دراسة (أمينة ابراهيم شلبي،2009) حول أثر فاعلية برنامج تربوي فردي مقترح للتخفيف من أعراض صعوبات الانتباه مع فرط الحركة لدى تلاميذ الحلقة الثانية من المرحلة الابتدائية، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج في التخفيف من أعراض اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي كما اتضح وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية، ومتوسطات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية مما يعني أن البرنامج العلاجي السلوكي كان فعالا في التخفيف من حدة الاضطراب كما ساهم في الرفع من التحصيل الدراسي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

في حين تختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (توكر ودوسي، 1992: 357) في (هشام أحمد غراب،2010) التي هدفت إلى معرفة أثر أسلوب النمذجة في خفض بعض المظاهر السلوكية غير التكيفية مثل تشتت الانتباه، والسلوك التخريبي، وكذا معرفة تأثيرها على أداء التلاميذ في مادة الرياضيات، وقد اظهرت النتائج تأثير دال لبرنامج العلاج السلوكي بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية ما يؤكد فعاليته في تحسين المظاهر السلوكية غير التكيفية في حين لم تحدث أي تحسن في أداء التلاميذ في مادة الرياضيات.

أما الفرض السادس والذي تنص على ما يلي: "توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي بعد تطبيق البرنامج".

وبالرجوع إلى نتائج المعالجة الإحصائية لمتوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين عند مستوى دلالة معنوية عند 0,01 مما يعني عدم وجود أي تحسن في تحصيل تلاميذ العينة الضابطة وهذا راجع إلى عدم تعرضهم لأي تدخل علاجي الذي كان سيؤثر بطريقة غير مباشرة على التحصيل الدراسي. يمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع إلى التراث الأدبي الذي يفترض أن التحصيل الدراسي يرتبط أساسا بالعمليات المعرفية الأساسية وهي الانتباه ،والذاكرة، والإدراك، والتفكير، وأن هذه القدرات مرتبطة ببعضها ارتباطا وثيقا أي أن أي خلل يمس إحداها سيؤثر بالتأكيد على البقية وبالتالي فإن اضطراب قدرة الانتباه سيؤثر على التركيز والذاكرة والتفكير وهذا ما هدفت اليه الدراسة الحالية التي عملت على تحسين مستوى الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية وقد نجحت في ذلك مما انعكس ايجابا على تحصيلهم الدراسي وهذا ما أوضحته المعالجة الإحصائية بوجود فرق دال بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي لأن مستوى الاضطراب في الانتباه لديهم ظل ثابتا.

7-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة:

والتي تنص على ما يلي :"لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي، ودرجات نفس المجموعة بعد عملية المتابعة على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه".

بعد المعالجة الاحصائية لمتوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي، ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس التتبعي توضح عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياسيين

مما يعني أن المكاسب التي ولدها تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي تم المحافظة عليها حتى بعد أسبوعين من انتهاء التطبيق.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (محمد 2003) في (هشام أحمد غراب، 2010: 363) التي هدفت إلى التعرف على فاعلية استخدام جداول النشاط المصورة في تحسين الانتباه لدى الاطفال المتخلفين عقليا حيث أوضحت نتائج المعالجة الإحصائية وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في كل من القياس القبلي والبعدي في حين لم تثبت وجود أي فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي للسلوك الإنتباهي.

يمكن تفسير هذه النتيجة بطول المدة الزمنية التي طبق فيها البرنامج العلاجي السلوكي على التلاميذ حيث دامت لمدة فصلين دراسيين أثبتت فعاليته في خفض مستوى الاضطراب لديهم مما يعني أن السلوكيات المرغوبة التي اكتسبها التلاميذ خلال فترة العلاج أصبحت راسخة لدى التلاميذ وأن الانقطاع عن الجلسات لم يؤدي الى التخلي عنها أو الانتكاس وهذا ما يزيد من فعالية البرنامج العلاجي حتى بعد التوقف عن تطبيقه.

خلاصة وتوصيات

تظهر أهمية العلاج السلوكي للأطفال من خلال جملة النتائج التي خلصت بها عديد الدراسات العربية والأجنبية والتي أثبتت فاعليته في تحسين أعراض اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية. والدراسة الحالية إسهام جديد في هذا المجال حيث بحثت عن مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي قائم على تقنية التشكيل وجملة من الفنيات العلاجية السلوكية الأخرى في الخفض من حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ومدى مساهمته في الرفع من مستوى تحصيلهم الدراسي. وبعد عرض نتائج فرضيات الدراسة تم التوصل إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، وكذا وجود فروق دالة إحصائيا بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية. في حين لم نجد أي فروق دالة إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها أي برنامج علاجي، كما أثبتت المعالجة الاحصائية عدم وجود أي فروق دالة إحصائيا لأفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي يعزى لمتغير الجنس عدا الفرق الواضح على بعد العدوانية لصالح الذكور. هذا وقد أثر البرنامج العلاجي السلوكي بصورة إيجابية على التحصيل الدراسي لأفراد المجموعة التجريبية حيث أظهرت المعاينة الاحصائية وجود فروق دالة إحصائيا على مستوى التحصيل الدراسي لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، وبما أن المجموعة الضابطة ظلت بدون تدخل علاجي فإن تحصيل أفرادها بقي منخفضا حيث أثبتت المعالجة الاحصائية وجود فروق دالة إحصائيا على مستوى التحصيل الدراسي بين أفراد المجوعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية. كما أثبت البرنامج العلاجي السلوكي فعاليته في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية حيث دل القياس التتبعي الذي قمنا به بعد أسبوعين من التوقف عن جلسات البرنامج عن عدم وجود فروق دالة احصائيا بين القياس البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية مما يعني استمرار المكتسبات التي أحدثها البرنامج حتى بعد الانقطاع عنه.

من خلال هذه النتائج يمكن القول أن البرنامج العلاجي السلوكي أثبت فعاليته في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والعدوانية وذلك من خلال جملة المقارنات بين المجموعات والمعالجات الاحصائية لها. ومما سبق نستطيع القول بأن هذه الدراسة دعمت فاعلية أساليب العلاج السلوكي في معالجة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية، بحيث

انعكس هذا التحسن على مستوى أعراض الاضطراب إلى تحسن التحصيل الدراسي لأفراد الدراسة، هذا فضلا عن المتغيرات الأخرى التي لم تبحثها.

وفي ضوء النتائج التي تحصلت عليها الدراسة الحالية توصي الباحثة بما يلي:

_ بضرورة الكشف المبكر عن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في المدارس وتقديم الخدمات الداعمة لهم أي التدخل المبكر لتفادي تفاقم المشكل وكذلك لتفادي الأثار السلبية له على مجالات حياة الطفل الأخرى وأهمها التحصيل الدراسي الذي يرتبط ارتباطا وثيقا بهذا الاضطراب.

_ ضرورة تكوين العلمين والمعلمات وكل العاملين بالمدارس على التعامل مع هؤلاء الأطفال وذلك بعقد دورات تكوينية حول أساليب العلاج السلوكي وتطبيقاتها في الميدان، وتدريبيهم على استراتيجيات التدريس لهاته الحالات الخاصة.

_ ضرورة تخصيص مجال للأنشطة الترفيهية، والنشاطات الموجهة التي تتطلب انتباه وتركيز كبيرين للأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه ضمن البرنامج الدراسي.

_ ضرورة تثقيف وتحسيس الأولياء بالمشكلة التي يعاني منها أطفالهم وتوجيههم إلى أساليب المعاملة الصحيحة معهم بما يتناسب والاضطراب الذي يعانون منه ولتفادي أساليب المعاملة الخشنة التي يلجأ إليها أغلب الأولياء والتي تخلف أثارا سلبية على المعاش النفسي للطفل ذو فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه.

_ كما توصي الباحثة الأخصائيين النفسيين والمعلمين والأولياء بالرجوع إلى البرنامج العلاجي السلوكي المصمم في الدراسة الحالية واستعماله كمرجع في التعامل مع الحالات التي تعاني من الاضطراب خاصو وأن البرنامج تم تصميمه بطريقة بسيطة ومفهومة وواضحة ويستطيعون تكييفه على باقي الفئات العمرية في المرحلة الابتدائية.

_ الحرص على تهيئة جو ملائم أثناء القيام بعملية التدريس وإزالة كافة المشتتات ومنها الحرص على اختيار موقع المدارس بحيث تكون بعيدة عن الطرق، والمصانع والأماكن التي تتميز بالضوضاء بصفة عامة.

_ كما توصي الباحثة ضرورة تهيئة جو القسم، وتوفير إمكانيات إضافية للأقسام التي بها أطفال يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه مثل الصور التوضيحية، والمجسمات

لمساعدة الطفل على التركيز، وتحرص الباحثة على ملائمة القسم لأنه المكان الذي يتلقى فيه التلميذ دروسه وبالتالي يتحكم في مستوى تحصيله.

أما من الناحية الأكاديمية فتوصي الباحثة بضرورة إجراء دراسات مستقبلية في المجال مثل:

_ إجراء دراسات واسعة تعمم على كافة دور الحضانة والمدارس الابتدائي وحتى المتوسطات لمعرفة نسب انتشار هذا الاضطراب في مدارسنا.

_ دراسة أثر التدخل المبكر على مآل ومسار الاضطراب.

_ دراسة فعالية البرامج التي تعتمد على برنامج علاجية متكاملة: سلوكي، معرفي، معرفي سلوكي، تربوي، إرشادي في تحسين أعراض الاضطراب.

_ بحث مدى فاعلية مثل هذه البرامج على جوانب مختلفة من نواحي حياة الطفل مثل الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي والتحصيل الدراسي.

قائمة المراجع

المراجع باللغة الأجنبية:

1- (WWW.wikipedia,2006) ADHAD2 2004, an Introduction to AD/HD : the hsitory and theh Characteristics of AD/HD.
http://Users2.ev1.net

2- DHD2(2004).An introduction to AD/HD : the history and the characteristics of AD/HD.
http://users2.ev1.net

3-achime, n. c. (2006). trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. puc.

4- Brun.v, & Revol.o. (2012). trouble de déficite de l'atte,tion avec au sans hyperactivité. masson.

5- cause, c. (2006). vivre avec un enfant hyperactive "comprendre la maladie et acquirire les bon réflexes. Alpen.

6- Cottraux, J. (2011). *La psychothérapie comportementale et cognitive* (éd. 5). Paris: Elsevier,Masson.

7- france, m. b. (2006). l'hyperactivité de l'enfant a l'age adulte (éd. 2).

8- Goggin, J. (1975). sex defferences in activity level of prescool children as a possible precursor of hyoeractivity. j.genitic psychology, 21(1).

9- James , p. S. (2002). attention deficit hyperactivity disorder Mstate of the science.best practice. kingston: civic research institide.

10- jolie, f. (2008). l'enfant hyperactive de quoi s'agit-il ? pour quoi s'agit-il ? édition papylus.

11- laby, m. d. (2010). une épreuve de dépistage du déficite de l'attention avec au sans hyperactivité (tdha). psychomotricité.

12- Mechel, J. (2004). l'hyperactivité infantile.débats et enjeux de roger mises. paris: Donod.

13- perkly. (2006). la difficulté rencontrée lors d'un enfnt tdha.

14- qurdier, v. (2008). du dévelloppement de la temporalité dans les hyperactivité de l'enfance. france: Amazon.

15- rommelse, n. (2010). cognition et trouble déficitaire d'attention avec hyperactivité. encyclopédie sur le développemnt des jeune enfants.

16- ross, a. f. (2000). dsm4 cas cliniques . france: masson.

17- saiage, m. c. (2004). l'hyperactivité infantile débate et enjeux. paris: dunod.

18- vanpen huevel, g. b. (2009). je suis hyperactive "le trouble défichte de l'attention avec hyperctivité (tdah) chez l'adulte. brucselles: de boeck université.

19- vantalon, v. (2005). l'hyperactivité de l'enfant. paris: johne lappey eurotesct.

20- wodon, i. (2009). déficite de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent .comprendre etsoignner le tdha. margada.

المراجع باللغة العربية

21_ البدري، سميرة و الوائلي، جميلة رحيم (2008) استخدام التعزيز في تعديل قصور الانتباه لدى الاطفال المتخلفين عقليا تخلفا بسيطا.

22_ البكري، أمال وعجرود، نادية (2006) علم النفس المدرسي، الاردن: المعتز.

23_ الحاج إبراهيم، إيمان فؤاد (2011) فاعلية برنامج سلوكي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (دراسة اكلينيكية مقارنة بين برنامجين دوائي و دوائي سلوكي مشترك)الدى عينة من الاطفال المراجعين للعيادات النفسية.

24_ الخشرمي، سحر (2005) فعالية طريقة العد في تخفيض الاعراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه. مؤتمر التربية الخاصة العربي :الواقع والمأمول. الأردن، عمان.

25_ الخطيب، جمال (2003) تعديل سلوك الاطفال المعوقين.

26_ الخطيب، عبد الرحمن (بلا تاريخ) الخدمة الاجتماعية كممارسة تخصصية مهنية في المؤسسات التعليمية.

27 - الروسان، فاروق (2012) تعديل و بناء السلوك الانساني، ط3، عمان: دار الفكر.

28_ الزارع، نايف عابد (2007) اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد دليل عملي للاباء والمختصين،ط 1، دار الفكر.

29_ الزغلوان، حسن ياسين (2001) فعالية برنامج سلوكي في معالجة ضعف الانتباه لدى الاطفال ذوي الصعوبات التعلمية. تم الاسترداد من http.//www.dr-bandaralotaibi.com.

30_ الزويد، أماني السيد ابراهيم (2002) أثر التعزيز على أداء بعض المهام القرائية والحسابية لذي اضطراب الانتباه من تلاميذ المرحلة الابتدائية، جامعة الزقازيق: كلية التربية.

31_ الزيات، فتحي مصطفى (19-2006/11/22) اليات التدريس لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط. المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم، الرياض-المملكة العربية السعودية.

32_ السرطاوي، محمد محمد شوكت و زيدان، أحمد (بلا تاريخ) النشاط الزائد لدى الاطفال ذوي صعوبات التعلم والمتخلفين عقليا والعاديين من الجنسين. تاريخ الاسترداد الاحد ديسمبر، 2014، من www.de-bandaralotaibi.com

33_ السلاموني، سهام (2001) فعالية بعض فنيات الارشاد السلوكي في خفض النشاط الحركي الزائد وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، كلية التربية-جامعة المنصورة: رسالة ماجستير غير منشورة.

34_ السيد، سمير وشحاتة، ابراهيم (2013) فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفضحدة الارق لدى الاطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوب باضطراب الانتباه والنشاط الزائد، المؤتمر الدولي الثاني المتخصص في صعوبات التعلم واضطراب تشتت الانتباه /فرط النشاط: تقييم وعلاج، الكويت.

35_ السيد، علي سيد أحمد ومحمد بدر، فائقة (1999) اضطراب الانتباه لدى الاطفال اسبابه و تشخيصه و علاجه،ط1، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

36_ السيد محمد، ابو هاشم (اكتوبر، 2008) مكونات الذكاء الاجتماعي والوجداني والنموذج العلائقي بينهما لدى طلاب الجامعة المصريين والسعوديين: دراسة مقارنة، مجلة كلية التربية، المجلد 18 ، العدد76.

37_ الشرقاوي، أنور محمد (2003) علم النفس المعرفي المعاصر، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

38_ الشناوي، محمد محروس ومحمد السيد، عبد الرحمن (1998) العلاج السلوكي الحديث اسسه و تطبيقاته، القاهرة: دار قباء.

39_ الصاعدي، رحاب حمد (بلا تاريخ) اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الاطفال المعاقين عقليا طبيعته واساليب معالجته.

40_ الطنطاوي، عبد الرحمن سيد سليمان والطنطاوي، محمود محمد (افريل، 2011) اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:التشخيص والتشخيص الفارق، مجلة الارشاد النفسي، العدد.28

41_ العمايرة، محمد حسن (2007) المشكلات الصفية :السلوكية -التعليمية -الاكاديمية، الاردن: دار الميسرة.

42_ العيسوي، عبد الرحمن (1997) العلاج السلوكي، بيروت: دار الرتب الجامعية.

43_ القاضي، خالد سعد سيد (يوليو، 2010) ابعاد الاساءة للاطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه و فرط النشاط و علاقتها ببعض المتغيرات، المجلد 16.

44_ القحطاني، ظافر بن محمد حمد (2005) فاعلية برنامج سلوكي لخفض درجة عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المتخلفين عقليا القابلين للتعلم. رسالة ماجستير، كلية التربية: جامعة الملك سعود.

45_ اللصاصمة، عبير سليم (2010) فاعلية برنامج الارشاد باللعب في خفض سلوك النشاط الحركي الزائد لدى طلبة المرحلة الاساسية من (1-4) في لواء القصر، رسالة ماجستير، جامعة مؤتة.

46_ المرسومي، ليلى يوسف كريم (2011) فاعلية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط الحركة، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

47_ المعايطة، خليل عبد الرحمن والقمش، مصطفى نوري (2007) الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، الاردن: دار الميسرة.

48_ الناطور، محمد ميادة والقرعان، جهاد (افريل، 2008) اثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الاعراض الاساسية لاضطرابي ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد،مجلة دراسات نفسية، المجلد 18، العدد2.

49_ النوبي، محمد علي (2009) اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى ذوي الاحتياجات الخاصة، الأردن: دار وائل للنشر.

50_ بخش، أميرة طه (بلا تاريخ) فعالية الارشاد الاسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الاطفال المتخلفين عقليا، مكة المكرمة.

51_ بطرس حافظ، بطرس (2008) المشكلات النفسية وعلاجها،ط1، الأردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع.

52_ بن حفيظ، مفيدة (2013_2014) تصميم برنامج علاجي ميتامعرفي للاطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة :دراسة تجريبية وفق تصميم المفحوص الواحد، اطروحة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر: باتنة.

53_ بوثلجة، مختار (2006_2007) الحاجات الارشادية للاطفال مفرطي النشاط في ضوء متغري السن والجنس، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر: باتنة.

54_ بوجملين، حياة وبوكرمة، فاطمة الزهراء (جوان، 2012) تاثير اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط ADHAعلى الدافع للانجاز والتحصيل الدراسي لدى الاطفال -دراسة ميدانية ل 50 حالة-، مجلة دراسات في الطفولة، العدد 1 .

55_ بوعزي، سمية وسلطاني، لويزة (2005) الاساليب العلاجية الحديثة في الوسط المدرسي -تعديل السلوك _ ودورها في علاج بعض المشكلات لدى التلاميذ: اضطراب الانتباه وفرط النشاط الحركي نموذجا، الملتقى المغاربي حول العلاج النفسي بين التكوين والممارسة.

56_ ثابت، أحمد جعفر (بلا تاريخ) الانتباه والادراك البصري وعلاقتهما بالتحصيل الدراسي لدى عينة من ذوي الاحتياجات الخاصة من طلاب الصف الاول والصف الثالث الابتدائي، المؤتمر العلمي الاول، جامعة بنها: قسم الصحة النفسية -كلية التربية.

57_ ثائر، رشيد حسن (2005) السلوك الاجتماعي المدرسي بين التلاميذ بطيؤو التعلم والاسوياء_دراسة مقارنة_ على تلاميذ الصف الرابع بمحافظة ديالي، مجلة الفتح، العدد 23.

58_ جابر، عبد الحميد جابر (1986) مدخل لدراسة السلوك الانساني، ط4، القاهرة: دار النهضة.

59_ جابر، نصر الدين و براهيمي، الطاهر (فيفري، 2005) اضطراب الانتباه في ظل البيئة الصفية، مجلة العلوم الانسانية، العدد7.

60_ جمال الدين خلف الله، كوثر ودفع الله أحمد، عبد الباقي (فيفري، 2011) فاعلية برنامج علاجي في تحسين الانتباه/ فرط الحركة لدى تلاميذ ذوي صعوبات التعلم بمرحلة الاساس.

61_ حسن رضوان، فوقية (2003) دراسات في الاضطرابات النفسية: تشخيص-علاج، القاهرة: دار الكتاب الحديث.

62_ حسون، تيسير (2004) المرجع السريع الى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي و الاحصائي المعدل الرابع للامراض العقلية، دمشق.

63_ دحماني، ماما (2007_2008) سلوك فرط النشاط وعلاقته بصعوبات الادراك: الطور الابتدائي انموذجا. رسالة ماجستير: جامعة تلمسان.

64_ ركزة، سميرة (جوان، 2012) العلاقة بين فرط النشاط والتحصيل عند الطفل الاصم، مجلة دراسات في الطفولة،دار الخلدونية للنشر والتوزيع، العدد1.

65_ زهران، حامد عبد السلام (1975) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، القاهرة: عالم الكتب.

66_ سعدي، لينا والداهري، صالح (اذار، 2010) فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لاطفال ما قبل المدرسة و برنامج توجيهي لوالديهم على اعراض اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه لديهم، مجلة البصائر، العدد 2، المجلد 13.

67_السلاموني، سهام (2001) فعالية بعض فنيات العلاج السلوكي كالالعاب الرياضية،النمذجة في علاج ضعف الانتباه.

68_ شرفية، مونية (2010) تأثير العبء الادراكي على الانتباه الانتقائي البصري، رسالة ماجستيير.

69_ شرقي، سميرة (2006) العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط والاسلوب المعرفي :التروي /الاندفاع، رسالة ماجستير.

70_ شفيق، محمد (2002) العلوم السلوكية، الاسكندرية: المكتبة الجامعية.

71_شقير، زينب محمود (2002) نداء من الابن المعوق ، سلسلة سيكولوجيات الفئات الخاصة والمعاقين، مصر

72_ شقير، زينب محمود (أكتوبر،1999) فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور في تعديل بعض خصائص الاطفال مفطري النشاط، المجلة العلمية، جامعة المنيا، المجلد 34.

73_ شلبي، إبراهيم أمينة (يناير، 2009) اثر فاعلية برنامج تربوي فردي مقترح للتخفيف من اعراض صعوبات الانتباه مع فرط الحركة لدى تلاميذ الحلقة الثانية من المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، العدد.69

74_ طنطاوي، محمود محمد و سيد سليمان، عبد الرحمن (افريل، 2011) اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :التشخيص والتشخيص الفارقي، مجلة الارشاد النفسي، مركز الارشاد النفسي، العدد 28.

75_ عبد الحميد، مشيرة واليوسفي، أحمد (2005) النشاط الزائد لدى الاطفال وبرامج الخفض، المكتب الجامعي الحديث.

76_ عبد الرؤوف، طارق وربيع، محمد (2008) تدريب الاطفال ذوي الاظطرابات السلوكية، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

77_ عبد الستار، ابراهيم (1978) علم النفس الحديث، الكويت: المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الاداب.

78_ عبد الستار، ابراهيم و اخرون (1993) العلاج السلوكي للطفل اساليبه و نماذج من حالاته.

79_ عبد الستار، ابراهيم (2003) العلاج السلوكي للطفل والمراهق، ط3، الرياض: دار العلوم للطباعة والنشر.

80_ عبد العزيز، عبد الباقي إيهاب (يوليو، 2006) انماط اضطرابات النوم لدى الاطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، مجلة كلية التربية: جامعة بني سويف.

81_ عبد العزيز، عمر فواز وعبيدات، يحيى فوزي (2009) فاعلية برنامج التعزيز الرمزي و تكلفة الاستجابة في تحسين مستوى الانتباه و خفض النشاط الزائد لدى عينة من تلاميذ ذوي صعوبات التعلم في مدينة جدة.

82_ عبد العزيز، محمد عبد الجبار (1997) نماذج العلاج في التربية الخاصة، الرياض: مركز البحوث التربوية.

83_ عزمي، محمد عصام الدين (بلا تاريخ) تاثير برنامجرياضي مقترح باستخدام جداول النشاط المصورة على بعض القدرات الادراكية الحس حركية والانتباه والنشاط الحؤكي الزائد للتلاميذ المعاقين ذهنيا القابلين للتعلم بمدينة المني،ا مجلة اسيوط للعلوم وفنون التربية الخاصة.

84_ عسكر، عبد الله (2005) الاضطرابات النفسية للاطفال، ط1، القاهرة: مكتبة الانجلوسكسونية.

85_ عصفور، محمود (04 اوت، 2011) أكاديمية علم النفس، تاريخ الاسترداد 4 مارس، 2015، من قاعة الطب النفسي: http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=10144

86_ عود،ة نظمي والنجار، حامد محمد (جانفي، 2002) مدى فاعلية برنامج باستخدام فنيتي التعزيز و التعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الاطفال المعوقين عقليا القابلي للتعلم، مجلة الجامعة الاسلامية، المجلد العاشر، (عدد خاص).

87_ غراب، هشام أحمد (افريل، 2010) برنامج ارشادي مقترح للتخفيف من حدة اضطراب التشتت ونقص الانتباه لدى اطفال يعانون من صعوبات التعلم. مجلة مستقبل التربية العربية، المجلد 17، العدد 62.

88_ غسان، الصالح (2003) الاسباب التي تعزى اليها صعوبات التعلم، مجلة جامعة دمشق، العدد 1، المجلد 19.

89_محمد بدر، فائقة و السيد، علي سيد احمد (1999) اضطراب الانتباه لدى الاطفال اسبابه و تشخيصه و علاجه، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

90_ فقيه، العيد (2013) ترجمة وتكييف وتصميم اختبارات الصحة النفسية، مخبر انثربولوجيا الاديان ومقارنته: تلمسان.

91_ قزاقزة، أحمد محمد يونس (2005) فاعلية التدريب على المراقبة الذاتية في مستوى الانتباه لدى اطفال لديهم قصور فيه، جامعة عمان للدراسات العليا.

92_ كامل، محمد علي (2003) الاخصائي النفسي و المدرسي و اضطراب الانتباه، الاسكندرية: الاسكندرية للكتاب.

93_مليكة، لويس كامل (1990) العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

94_ ل،س واطسون (1988) تعديل سلوك الاطفال، (محمد فرغيلي فراج -سلوى الملا، المترجمون)، ط1، الكويت: دار الكتاب الحديث.

95_ عبد الله غني، مثال (نيسان، 2010) صعوبات التلعم لدى الاطفال، مجلة دراسات تربوية، العدد 1.

96_ محمد علي، محمد عثمان (2005) النشاط الزائد وعلاقته بالتحصيل، دمشق.

97_ محمدي، فوزية (2011) فعالية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة، رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح: ورقلة.

98_ محمود صديق، رحاب و شربت أشرف محمد، عبد الغني (2008) برنامج العلاج السلوكي للاطفال ذوي النشاط الزائد، الاسكندرية: مؤسسة جورس الدولية.

99_ ملكاوي، محمود زايد (2003) فاعلية اسلوب التعزيز الرمزي في علاج ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي لدى الاطفال من ذوي صعوبات التعلم.

100_ ممادي، شوقي (ديسمبر، 2012) مدى معرفة معلمي المرحلة الابتدائية باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد9.

101_ ناصرالدين، ابوحماد (2008) تعديل السلوك الانساني واساليب حل المشكلات السلوكية، ط1، الاردن: جدار للكتاب العالمي.

102_ نيسان، خالدة (2008) سلوكيات الاطفال بين الاعتدال و الافراط، ط1، عمان: دار اسامة.

103_ يحيى أحمد، خولة (2000) الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

الملاحق:

الملحق رقم(1)

مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية رقمDSM IV4

المفحوص: ـــــالجنس:ـــــ

السن :ـــــ المستوى الدراسي:ـــــ

تعليمة المقياس

يتضمن هذا المقياس مجموعة من البنود توضح بدقة النشاط الحركي وحالة الانتباه عند الطفل، يمكن الاستفادة منه للتعرف على اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه. والمطلوب إجابة صحيحة عن السلوك الذي يبديه الطفل في القسم خلال الستة أشهر الماضية.

1	انتباه الطفل لا يستمر طويلا ولا يتقيد بالتفاصيل عند قيامه بواجباته والمهام التي تُطلب منه	**دائما**	**أحيانا**	**نادرا**	**لا تماما**
2	كثيرا ما ينتقل من نشاط إلى آخر قبل الانتهاء من النشاط السابق.				
3	في الكثير من الأحيان لا يتمكن من الانتباه جيدا لما يطلب منه أثناء الحديث معه.				
4	يجد صعوبة كبيرة في التقيد بالتعليمات والأوامر التي تطلب منه.				
5	يجد صعوبة كبيرة في تنظيم أعماله.				
6	ينفر كثيرا من الواجبات المدرسية والأنشطة التي تحتاج لحضور ذهني متواصل.				
7	يضيع كثيرا الأدوات اللازمة في إعداد الواجبات والمهام التي تطلب منه.				
8	يتشتت انتباهه بسهولة في حضور المثيرات الخارجية.				
9	كثير النسيان في حياته اليومية.				
10	يبدي حركات مستمرة على مستوى الأطراف خاصة عندما يكون جالسا في مقعده.				
11	غالبا ما يتخلى عن مقعده وينتقل من مكان إلى مكان آخر.				
12	تستهويه الأنشطة الخطرة أثناء اللعب بدون ادراك للعواقب.				
13	يجد صعوبة بالغة في أن يلعب بهدوء.				

14	حركاته متعددة وسريعة.				
15	غالبا ما يثرثر.				
16	في الكثير من الأحيان يرد على الأسئلة بسرعة وبعيدا عن صلب الموضوع.				
17	لا يتحمل انتظار دوره خاصة في اللعب.				
18	غالبا ما يقاطع حديث الآخرين، ويتطفل عليهم.				
19	يبدي القسوة عند تعامله مع الآخرين				
20	يبدي المشاجرة لأتفه الأسباب				
21	يستمتع بإحراج الآخرين وانتقاداته اللاذعة لهم				
22	يخيف من يحيطون به بسلوكه الخشن				
23	يتلفظ بألفاظ غير أخلاقية أمام الآخرين				
24	يتحدى الكبار والمسؤولين عليه				
25	يسخر من الآخرين				
26	يحاول توريط الآخرين وإيقاعهم في المشاكل				
27	يجادل عندما يطلب منه القيام بعمل ما				
28	يبدي عدم احترام لزملائه أو من هم أكبر منه				

الملحق رقم (2)

قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي السلوكي (من إعداد الباحثة)

الرقم	اسم الأستاذ	الرتبة	التخصص	الجامعة
1	أ.د فقيه العيد	أستاذ التعليم العالي	علم النفس الاكلينيكي	جامعة تلمسان
2	أ.د بلميهوب كلثوم	أستاذة التعليم العالي	علم النفس الاكلينيكي	جامعة الجزائر 2
3	أ. بن عصمان جويدة	أستاذة محاضرة أ	علم النفس الاكلينيكي	جامعة تلمسان
4	أ. براشد رشيدة	أستاذة محاضرة أ	علم النفس الاكلينيكي	جامعة تلمسان

الدرجات الخام للدراسة الاستطلاعية

الملحق رقم(3)

الدرجات الخام أفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياس القبلي والقياس والبعدي في الدراسة الاستطلاعية

الأفراد	القياس القبلي			الدرجة الكلية للمقياس	القياس البعدي			الدرجة الكلية للمقياس
	تشتت الانتباه	فرط النشاط	العدوانية		تشتت الانتباه	فرط النشاط	العدوانية	
1	20	19	22	61	13	15	16	44
2	13	12	18	43	10	10	13	33
3	24	14	28	66	21	10	20	51
4	18	15	24	57	16	12	19	47
5	12	12	28	52	10	10	26	46
6	10	18	18	46	8	12	12	32

الملحق رقم (4)

الدرجات الخام لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياس القبلي والبعدي في الدراسة الاستطلاعية

الأفراد	القياس القبلي			الدرجة الكلية للمقياس	القياس البعدي			الدرجة الكلية للمقياس
	تشتت الانتباه	فرط النشاط	العدوانية		تشتت الانتباه	فرط النشاط	العدوانية	
1	10	18	18	46	10	18	17	45
2	18	15	24	57	17	16	24	57
3	28	14	24	66	29	15	24	68
4	21	18	21	60	20	17	21	58
5	14	12	17	43	14	12	17	43
6	14	14	26	54	14	14	26	54

الملحق رقم (5)

تجانس أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وفق متغير العمر الزمني بالأشهر في الدراسة الاستطلاعية

الأفراد	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
1	108	108
2	111	116
3	116	114
4	120	122
5	123	123
6	125	124

الملحق رقم (6)

تجانس افراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وفق متغير درجة الاضطراب في الدراسة الاستطلاعية

الأفراد	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
1	61	46
2	43	57
3	66	66
4	57	60
5	52	43
6	46	54

الدرجات الخام للدراسة الأساسية

الملحق رقم (7)

الدرجات الخام لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في الدراسة الأساسية

الأفراد	القياس القبلي				القياس البعدي			
	تشتت الانتباه	فرط النشاط	العدوانية	الدرجة الكلية للمقياس	تشتت الانتباه	فرط النشاط	العدوانية	الدرجة الكلية للمقياس
1	17	17	22	56	15	12	20	47
2	17	15	20	52	16	12	17	45
3	20	19	22	61	15	14	20	49
4	21	20	28	69	20	17	28	65
5	26	17	22	65	22	15	22	59
6	13	12	18	43	12	12	18	42
7	9	18	24	51	7	10	22	39
8	17	13	18	48	15	11	17	43
9	23	14	22	59	20	10	24	54
10	24	14	23	61	18	12	20	50
11	17	15	16	48	17	15	16	48
12	18	15	24	57	10	11	20	41
13	10	14	22	46	6	8	20	34
14	12	22	24	58	8	16	20	44
15	24	17	23	64	20	12	20	52

الملحق رقم (8)

الدرجات الخام لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياسين القبلي والبعدي في الدراسة الأساسية

الأفراد	القياس القبلي				القياس البعدي			
	تشتت الانتباه	فرط النشاط	العدوانية	الدرجة الكلية للمقياس	تشتت الانتباه	فرط النشاط	العدوانية	الدرجة الكلية للمقياس
1	17	19	24	60	17	19	25	61
2	19	18	23	60	19	18	23	60
3	20	17	20	57	20	17	20	57
4	12	17	18	47	12	17	17	46
5	16	16	22	54	16	16	22	54
6	18	18	22	58	18	19	20	57
7	15	22	24	61	15	21	24	60
8	18	23	20	61	18	23	20	61
9	20	9	28	57	20	10	28	58
10	12	13	20	45	12	12	21	45
11	22	14	24	60	22	12	25	59
12	15	12	15	42	15	12	15	42
13	17	16	24	57	17	16	24	57
14	12	12	22	46	12	11	22	45
15	23	16	24	63	23	17	24	64

الملحق رقم (9)

الدرجات الخام لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياس التتبعي في الدراسة الأساسية

الأفراد	تشتت الانتباه	فرط النشاط	العدوانية	الدرجة الكلية للمقياس
1	16	13	19	48
2	16	11	18	45
3	14	12	19	45
4	21	17	29	67
5	20	14	20	45
6	12	13	17	42
7	8	9	24	41
8	15	12	16	43
9	19	10	23	52
10	17	11	21	49
11	18	14	17	49
12	10	13	21	44
13	7	9	17	33
14	8	16	20	44
15	20	13	20	53

الملحق رقم (10)

الدرجات الخام للإناث على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياس البعدي في الدراسة الأساسية

الأفراد	تشتت الانتباه	فرط النشاط	العدوانية	الدرجة الكلية للمقياس
1	16	12	17	45
2	12	12	18	42
3	15	11	17	43
4	17	15	16	48
5	6	8	20	34

الملحق رقم (11)

الدرجات للذكور على مقياس فرط النشاط وتشتت الانتباه والعدوانية في القياس البعدي في الدراسة الأساسية

الأفراد	تشتت الانتباه	فرط النشاط	العدوانية	الدرجة الكلية
1	15	12	20	47
2	15	14	20	49
3	20	17	28	65
4	22	15	22	59
5	7	10	22	39
6	20	10	24	54
7	18	12	20	50
8	10	11	20	41
9	8	16	20	44
10	20	12	20	52

الملحق رقم (12)

نتائج الفصلين الأول والثالث لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في الدراسة الأساسية

الأفراد	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
الفصول	الفصل الأول	الفصل الثالث	الفصل الأول	الفصل الثاني
1	4,14	5,05	4,06	4,4
2	3,55	4,15	4,14	4,22
3	5,16	6,18	2,33	2,6
4	2,2	5,5	5,2	5,15
5	5,33	7,36	4	3,18
6	5,18	6,99	3,3	3,03
7	5,38	6,56	5,15	5
8	4,7	6	6,01	5,37
9	5,15	5,38	6,15	5,57
10	3,3	5,35	5,15	5,6
11	4,18	5,15	5,2	5,05
12	5,24	7,09	7,4	6,75
13	6,17	7,68	2,14	3,25
14	2,15	5,18	6,16	5,75
15	4,33	6,98	1,75	1,33

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التقصي حول مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي في الخفض من حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وهل سيساهم في تحسين مستواهم الدراسي. حيث تكونت عينة الدراسة من (30) تلميذ يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه تم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية عددها (15) وضابطة عددها (15) حيث تلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامج علاجي سلوكي مدة ثلاثة أشهر ونصف بواقع (26) جلسة وبعد القيام بالمعالجة الاحصائية للمعطيات أثبت البرنامج العلاجي السلوكي فعاليته في خفض مستوى اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه للتلاميذ كما ساهم في تحسين مستواهم الدراسي بينما لم يثبت أي تأثير يعزى لعامل الجنس.

الكلمات المفتاحية:

فرط النشاط الحركي – تشتت الانتباه _ البرنامج العلاجي السلوكي _ تلاميذ المرحلة الابتدائية _ التحصيل الدراسي

SUMMARY:

The present study attempts to investigate the impact of behavioral treatment program to decrease the severity of attention deficit with hyperactivity disorder for learners in primary school and the way that it could improve their learning outcomes. The study was conducted over a sampling of 30 learners with attention deficit – hyperactivity disorder the sampling was randomly put into two groups: the control group (15 learners) and the experienced group (15 learners). This latter received a behavioral treatment program where as the control group has not received any therapy. After the application of behavioral treatment program for 3 months and a half over 26 sessions and after the scientific treatment of data, the program has proved its efficiency in decrease the severity of attention deficit with hyperactivity disorder as it improves their learning outcomes with no effect for sex variable.

KEY WORDS

Hyperactivity – attention deficit - behavioral treatment program –learners in primary school- learning outcomes.

RESUME:

La présente étude visait a étudié l'efficacité d'un programme thérapeutique comportemental dans la réduction de trouble de dispersion de l'attention avec l'hyperactivité pour les élèves de l'école primaire, et la façon dont cela pourrait améliorer les résultats scolaire .

L'étude a été appliquée sur un échantillon de 30 élèves qui ont des troubles de dispersion de l'attention avec l'hyperactivité. L'échantillon a été mis au hasard avec deux groupes : groupe contrôle (15 élèves) et groupe expérimental (15eleves).

Apres l'application du programme thérapeutique comportemental qui a duré pendant 3 mois et 15 jours au moyen de 26 séances . Après le traitement scientifique des données, le programme est avéré efficace pour alléger le trouble ; comme il a amélioré les résultats scolaires sans aucun effet vis-à-vis du variable sexe.

MOTS CLEE :

L'hyperactivité – dispersion de l'attention - programme thérapeutique comportemental – les élèves de stade primaire - achèvement scolaire.