



كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD في علم النفس

تخصص: علم النفس المرضي النمو

دراسة استكشافية وقائية للاضطراب ما وراء المعرفي لدي
الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

تحت إشراف:

د. سجلماسي محمد الأمين

إعداد الطالب:

عيناك ثابت إسماعيل

أعضاء لجنة المناقشة:

| | | | |
|--------------|---------------|----------------------|------------------------|
| رئيسا | جامعة تلمسان | أستاذ التعليم العالي | أ.د. مشريط على |
| مشرفا ومقررا | جامعة تلمسان | أستاذ التعليم العالي | د. سجلماسي محمد الأمين |
| عضوا مناقشا | جامعة تلمسان | أستاذ التعليم العالي | أ.د. بشلاغم يحي |
| عضوا مناقشا | جامعة وهران 2 | أستاذ التعليم العالي | أ.د. مزيان محمد |
| عضوا مناقشا | جامعة مستغانم | أستاذ التعليم العالي | أ.د. قماري محمد |
| عضوا مناقشا | جامعة وهران 2 | أستاذ محاضر (أ) | د. فراحي فيصل |

السنة الجامعية: 2016-2017م

كلمة شكر

"رَبِّهِ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ بِعَمَلِكَ الَّذِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدِيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ عَالِمًا تَرْضَاهُ وَأَخِطُبِي بِرَحْمَتِكَ فِي مَجَادِكَ الصَّالِحِينَ"

(سورة الزمل، الآية 19)

الحمد لله الذي وفقني لإنجاز هذا العمل الذي أرجوا له القبول وللقائمين عليه التوفيق.

يطيب لي أن أتقدم بأسمى عبارات الشكر والثناء ومعظيم التقدير إلى الأستاذ الدكتور: " سبلماسي محمد الأمين " الذي أشرف على هذا العمل المتواضع، وبدل فيه جهدا صادقا مخلصا في توجيه هذا البحث فله كل الشكر والامتنان، وأرجوا من الله أن يجزيه الجزاء الأوفى.

كما أتقدم بالشكر إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة، الذين سيثرون هذا العمل ويقيموه من خلال ملاحظاتهم.

كما أتوجه بشكري إلى أسر وأطفال هيئة البحث.

الشكر موصول لأساتذتي وزملائي وزميلاتي اللذين قدموا لي يد الدعم والمساعدة.

في الأخير أشكر كل من ساعدني، ولو بنصيحة أو دعاء في ظهر الغيب، فأسال الله أن يجزي الجميع خير الجزاء.

الإهداء

إلى من لا يمكن للكلمات أن توفي حقهما
إلى من لا يمكن للأرقام أن تحصي فضائلهما

إلى والدي العزيزين أدامهما الله لي
إلى من هي سكن حياتي وزينتها زوجتي

إلى ابني واخوانتي وجميع أفراد عائلتي

إلى أساتذتي الأجلاء أهدي بعضا من طيبه خراسم الكريم تقديرا لعطائهم

إلى جميع الأصدقاء

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على النشاط الما وراء المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. عمدنا إلى الكشف عن مستوى نشاط التعديل الذاتي المعرفي والتعديل الذاتي السلوكي، والكف المعرفي والكف السلوكي، لدى المصابين بهذا الاضطراب، بعد مقارنتهم بالأطفال العاديين. اعتبرنا فرضيا أنّ ظهور اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لدى الطفل، يقترن بضعف القدرة على المحافظة على اتزان الحركة في الأداء المعرفي السلوكي. اعتمدنا في هذه الدراسة على اختبار جزائري مقنن لتشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، كما تم استخدام اختبار "الين مركمان" "وهلين بواسون" (2007) لقياس قدرة الكشف عن المتناقضات النصية، كمعلم من معالم القدرة على استخدام التعديل الذاتي الما وراء المعرفي لمراقبة الأداء المعرفي، وكذلك اختبار لبونتيو و فيلب كيمار (2009) لقياس قدرة الكشف عن المتناقضات السلوكية، كمعلم من معالم القدرة على استخدام التعديل الذاتي الما وراء المعرفي لمراقبة الأداء السلوكي، وأيضاً اختبار ستروب (2008) لقياس قدرة الكشف عن المتداخلات المعرفية، كمعلم من معالم القدرة على استخدام الكف الما وراء معرفي لمراقبة الأداء المعرفي، وأخيراً اختبار شدم وفليس (2010) لقياس قدرة الكشف عن المتداخلات السلوكية، كمعلم من معالم القدرة على استخدام الكف الما وراء المعرفي لمراقبة الأداء السلوكي.

بينت نتائج الدراسة أن نسبة عالية جداً (86%) من الأطفال المصابين باضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه (العينة التجريبية) يعانون في نفس الوقت من اضطراب متصاعد الدرجة في الاضطرابات ما وراء المعرفية الأربعة المذكورة سلفاً (1/ ضعف في كشف المتناقضات النصية، 2/ ضعف في الأداء السلوكي العكسي، 3/ ضعف في سلوكيات الانتباه، 4/ ضعف في سلوكيات الكف السلوكي). في حين أنه لدى الأطفال العاديين (المجموعة الضابطة) فإن نسبة الاضطراب ما وراء المعرفي في مستوياته الأربعة لا تتعدى (15%)، وأنّ نسبة (85%) من الأطفال العاديين يتمتعون بدرجة عالية من الفطنة الما وراء المعرفية لأدراك المتناقضات النصية (أي القدرة على القيام بالتعديل الذاتي المعرفي)، وتنفيذ الأداء السلوكي العكسي (أي القدرة على القيام بالتعديل الذاتي السلوكي)، وكذلك قابلية الأطفال العاديين (المجموعة الضابطة) كانت عالية للقيام بالكف المعرفي والسلوكي، إذا اقتضى ذلك موقف المهمة السلوكية، وذلك لتوطيد الانتباه ورفع قدرة التركيز وضبط وتيرة الأداء للمهمة السلوكية.

الكلمات المفتاحية: ما وراء المعرفة، التعديل الذاتي المعرفي، التعديل الذاتي السلوكي، الكف المعرفي، الكف السلوكي، اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

Résumé:

La présente étude a porté sur l'identification des dysfonctionnements métacognitifs chez les enfants atteints du trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention. Le but visé étant de déterminer les niveaux de dysfonctionnement de l'activité auto-régulative et de l'inhibition cognitivo-comportementale, qui sont dus à la présence de ce trouble chez l'enfant, comparé aux enfants normaux de même âge.

Nous avons considéré hypothétiquement que les manifestations des troubles psychomoteurs, Accompagnées d'une fiable capacité à conserver l'exécution équilibrée du mouvement et renforcées par le manque d'attention, réduiraient la performance exécutive cognitivo-comportementale chez l'enfant hyperactif.

Cette étude s'est basée sur l'utilisation de tests spécifiques ciblés pour la vérification des hypothèses. Nous avons utilisé un test algérien normalisé pour diagnostiquer le trouble de l'hyperactivité et déficit de l'attention (TDAH). L'utilisation des tests de E.Markman et H.Poissant (2008) et de Ponitz et P.Guima(2009) nous ont permis d'évaluer respectivement l'autorégulation métacognitive et l'autorégulation comportementale. Pour l'évaluation de l'inhibition cognitive et l'inhibition comportementale, régulatrice du flux de la conduite, nous avons utilisé respectivement le test de F.Schmid(2010) et celui de Stroop (2008).

Les résultats de cette recherche montrent qu'une proportion importante d'enfants atteints du trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (86%), présentent en même temps un problème de dysfonctionnement métacognitif, tant au niveau de l'autorégulation que de l'inhibition cognitivo-comportementale.

Cependant chez les enfants normaux, le pourcentage des enfants ayant un problème de dysfonctionnement métacognitif ne dépasse pas les (15%) ce qui explique que(85%)de ce derniers possèdent une bonne vigilance métacognitive.

Cette étude a permis ainsi de vérifier la possibilité de détecter les dysfonctionnements métacognitifs chez les enfants hyperactifs avec déficit de l'attention(TDAH), au moyen de tests. De même qu'elle indique l'ouverture d'une piste prophylaxique d'identification des dysfonctionnements

métacognitifs, accompagnants le trouble hyperactif, indiquant en perspective une prise en charge adéquate de ce trouble.

Mots clés: Métacognition; l'autorégulation cognitive; l'autorégulation comportementale; l'inhibition cognitive; l'inhibition comportementale; trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention.

Abstract

The present study focused on the identification of the metacognitive activity in children with attention deficit *hyperactivity disorder*. Our aim was to determine the level of cognitive and behavioral self-regulation activity, as well as the cognitive and behavioral inhibition in people with this disease, after comparing them to normal children. We hypothetically consider that the appearance of disorder in locomotor activity, with a lack of attention in children, is associated with poor ability to maintain a balanced movement in cognitive and behavioral performance. This study is based on an Algerian standard test for diagnosing attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). In addition, we used the self-regulation test of E. Markman and H. Poissant (2007) to assess the detection capability of textual contradictions as a reference in order to be able to use the metacognitive self-regulation to measure the cognitive and behavioral performance. Moreover, we used the behavioral self-regulation test of Ponitz and M. McClelland (2009) to measure the ability to detect the behavioral contradictions as a reference so that the metacognitive self-regulation can be used in order to assess the behavioral performance, in addition to the Go-No/Go test of F. Schmid (2010) to estimate the ability to determine the behavioral interventions as a reference to be able to use the metacognitive inhibition to measure the behavioral performance. In the end, the Stroop test was utilized to evaluate the ability to determine the cognitive interventions as a reference to be able to use the metacognitive inhibition to appraise the cognitive performance. The results of our study evidenced that a significant proportion (84%) of children with attention deficit hyperactivity disorder (experimental sample) suffer at the same time from a growing problem of metacognitive dysfunction, (Weakness in detecting textual contradictions, weakness in adverse behavioral performance, weakness in attention-deficit behavior, weakness in the behavioral inhibition system) and 14% of them do not present any kind of weakness in these activities. For ordinary children (control group), the proportion of those

presenting weaknesses in these four metacognitive activities does not exceed 15%, however, the rest of ordinary children (85%) show a high degree of metacognitive acumen which makes them detect easily the textual contradictions (capacity of *metacognitive self-regulation*) and also easily exhibit an adverse behavioral performance (capacity of behavioral self-regulation). These children are also quite vulnerable to the attention deficit (cognitive inhibition) and performance deficit (behavioral inhibition).

Keywords: Metacognition; cognitive self-regulation; behavioral self-regulation; cognitive inhibition; behavioral inhibition; Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

| الصفحة | قائمة المحتويات |
|--|---|
| أ | شكر وتقدير |
| ج | ملخص الدراسة باللغة العربية |
| و | ملخص الدراسة باللغة الفرنسية |
| ح | ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية |
| ط | فهرس المحتويات |
| ن | فهرس الجداول |
| س | فهرس الأشكال |
| ع | فهرس الملاحق |
| الباب الأول: خلفية نظرية للبحث وطرح الإشكالية. | |
| الفصل الأول: مدخل منهجي للدراسة | |
| 3-1 | المقدمة |
| 6-5 | 1. مدخل عام للموضوع وطرح الإشكالية وصياغتها. |
| 7-6 | 2. فرضيات الدراسة. |
| 7 | 3. الهدف من الدراسة. |
| 8-7 | 4. أهمية الدراسة. |
| 8 | 5. دوافع و مبررات اختيار موضوع الدراسة. |
| 10-9 | 6. المفاهيم الإجرائية للدراسة. |
| 11-10 | 7. حدود الدراسة. |
| 11 | خلاصة عامة. |
| الفصل الثاني: اضطراب فرط في النشاط الحركي مع قصور في الانتباه | |
| 13 | تمهيد. |
| 15-13 | 1. التطور التاريخي لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. |
| 18-15 | 2. تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. |

| | |
|--|--|
| 21-18 | 3. نسبة انتشار فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لدى الاطفال. |
| 31-22 | 4. اسباب ظهور اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. |
| 36-31 | 5. اعراض اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. |
| 42-36 | 6. التشخيص الامثل اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. |
| 44-43 | 7. التشخيص التفريقي لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. |
| 55-45 | 8. الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. |
| 75-56 | 9. علاج اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. |
| 75 | خلاصة عامة للفصل. |
| الفصل الثالث: ما وراء المعرفة واضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه | |
| المبحث الاول: ما وراء المعرفة | |
| 78 | تمهيد. |
| 82-78 | 1. تعريف ما وراء المعرفة. |
| 83-82 | 3. نمو وتطور ما وراء المعرفة. |
| 86-83 | 3. أهمية دراسة ما وراء المعرفة. |
| المبحث الثاني: التعديل الذاتي المعرفي واضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه | |
| 90-88 | 1. تعريف التعديل الذاتي المعرفي. |
| 94-90 | 2. مكونات التعديل الذاتي المعرفي. |
| 98-94 | 3. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط التعديل الذاتي المعرفي. |
| المبحث الثالث: التعديل الذاتي السلوكي واضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه | |
| 101-100 | 1. تعريف التعديل الذاتي السلوكي. |
| 102-101 | 2. مكونات التعديل الذاتي السلوكي. |
| 104-102 | 3. مراحل نمو التعديل الذاتي السلوكي. |

| | |
|--|--|
| 105-104 | 4. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط التعديل الذاتي السلوكي. |
| المبحث الرابع: الكف المعرفي والسلوكي واضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه | |
| 109-107 | 1. تعريف الكف. |
| 111-110 | 2. نمو الكف. |
| 114-112 | 3. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط الكف المعرفي والسلوكي. |
| 114 | خلاصة عامة للفصل. |
| الباب الثاني: الاجراءات المنهجية للدراسة وعرض النتائج ومناقشتها. | |
| الفصل الأول: منهجية الدراسة الميدانية وإجراءاتها. | |
| 117 | تمهيد. |
| 118-117 | 1. منهج الدراسة. |
| 118 | 2. الدراسة الاستطلاعية |
| 118 | 1.2. الهدف من الدراسة الاستطلاعية. |
| 119 | 2.2. ميدان البحث ومدة الدراسة الاستطلاعية. |
| 119 | 3.2. عينة الدراسة الاستطلاعية. |
| 119 | 4.2. اجراءات الدراسة الاستطلاعية |
| 134-120 | 5.2. ادوات الدراسة الاستطلاعية. |
| 135 | 3. الدراسة الاساسية. |
| 135 | 1.3. عينة الدراسة الاساسية. |
| 135 | 2.3. مكان إجراء الدراسة الأساسية |
| 136-135 | 3.3. أدوات الدراسة الأساسية |
| 136 | 4. المعالجة الاحصائية. |

| | |
|---|--|
| 136 | خلاصة عامة للفصل. |
| الفصل الثاني: عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها | |
| 140 | تمهيد |
| 140 | 1. عرض النتائج وتحليلها. |
| 143-140 | 1.1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى. |
| 147-144 | 2.1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية. |
| 150-147 | 3.1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة. |
| 153-150 | 4.1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة. |
| 153 | 2. مناقشة النتائج في ضوء فروضها. |
| 155-153 | 1.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى. |
| 157-155 | 2.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية. |
| 158-157 | 3.3 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة. |
| 161-159 | 4.3 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الرابعة. |
| 164-161 | خلاصة الدراسة والمقترحات. |
| 181-166 | قائمة المصادر والمراجع. |
| 227-182 | الملاحق. |

| الصفحة | عنوان الجدول | رقم الجدول |
|--------|---|------------|
| 19 | يوضح النسب المئوية لانتشار اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لدى بعض الدول. | 01 |
| 21 | يبين نسب انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في بعض الدول. | 02 |
| 58 | يوضح العقاقير الطبية المستخدم لعلاج فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. | 03 |
| 125 | يبين العبارات التي تم تعديلها. | 07 |
| 125 | يبين نتائج صدق الخبراء باستخدام مقياس (كاندال) و (كا ²). | 08 |
| 126 | يبين قيم الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا لكل بعد من ابعاد المقياس. | 09 |
| 127 | يوضح معامل الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس. | 10 |
| 129 | يبين نتائج صدق الخبراء باستخدام مقياس (كاندال) و (كا ²). | 11 |
| 129 | يبين نتائج ثبات الاداة باستخدام معامل ألفا كرومباخ chronback Alpha | 12 |
| 130 | يوضح معامل الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس. | 13 |
| 132 | يبين العبارات التي تم تعديلها. | 14 |
| 132 | يبين نتائج صدق الخبراء باستخدام مقياس (كاندال) و (كا ²) | 15 |
| 133 | يبين نتائج ثبات الاداة باستخدام معامل ألفا كرومباخ (chronback Alpha) | 16 |
| 134 | يوضح معامل الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس | 17 |
| 140 | يوضح نتائج مستويات التعديل الذاتي المعرفي عند العينة التجريبية) الأطفال المصابين بـ TDHA) حسب التكرارات والنسب المئوية. | 18 |

| | | |
|-----|---|----|
| 141 | يوضح نتائج مستويات التعديل الذاتي المعرفي عند العينة الضابطة) الأطفال العاديين) حسب التكرارات والنسب المئوية. | 19 |
| 143 | يوضح نتائج اختبار "T- test" لدراسة فرق التعديل الذاتي المعرفي عند الأطفال المصابين بـ TDHA مقارنة مع الأطفال العاديين. | 20 |
| 144 | يوضح نتائج مستويات التعديل الذاتي السلوكي عند العينة التجريبية) الأطفال المصابين بـ TDHA) حسب التكرارات والنسب المئوية. | 21 |
| 145 | يوضح نتائج مستويات التعديل الذاتي السلوكي عند العينة الضابطة) الأطفال العاديين) حسب التكرارات والنسب المئوية. | 22 |
| 146 | يوضح نتائج اختبار «T- test» لدراسة فرق التعديل الذاتي السلوكي عند الأطفال المصابين بـ TDHA مقارنة مع الأطفال العاديين. | 23 |
| 147 | جدول يوضح نتائج مستويات الكف المعرفي عند العينة التجريبية) الأطفال المصابين بـ TDHA) حسب التكرارات والنسب المئوية | 24 |
| 148 | يوضح نتائج مستويات الكف المعرفي عند العينة الضابطة) الأطفال العاديين) حسب التكرارات والنسب المئوية | 25 |
| 149 | يوضح نتائج اختبار "T- test" لدراسة فرق الكف المعرفي عند الأطفال المصابين بـ TDHA مقارنة مع الاطفال العاديين. | 26 |
| 150 | يوضح نتائج مستويات الكف السلوكي عند العينة التجريبية) الأطفال المصابين بـ TDHA) حسب التكرارات والنسب المئوية. | 27 |
| 151 | يوضح نتائج مستويات الكف السلوكي عند العينة الضابطة) الأطفال العاديين) حسب التكرارات والنسب المئوية. | 28 |
| 152 | يوضح نتائج اختبار "T- test" لدراسة فرق الكف السلوكي عند الأطفال المصابين بـ TDHA مقارنة مع الأطفال العاديين. | 29 |

| الصفحة | عنوان الشكل | رقم الشكل |
|--------|---|-----------|
| 24 | يوضح كيف تنتقل مادة الدومامين عند الاطفال المصابين بقصور في الانتباه مع فرط النشاط الحركي مقارنة مع الاطفال العاديين. | 01 |
| 42 | يبين خطوات عملية القياس والتشخيص. | 02 |
| 46 | علاقة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد باختلال الوظائف الاجتماعية. | 03 |
| 48 | يبين الوظائف السلوكية التي يؤثر عليها اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد. | 04 |
| 93 | تخطيط يمثل كيفية سير عمل التعديل الذاتي المعرفي. | 05 |
| 118 | التصميم التجريبي للدراسة. | 06 |
| 142 | يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في كل مستوي من مستويات التعديل الذاتي المعرفي. | 07 |
| 145 | يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في كل مستوي من مستويات التعديل الذاتي السلوكي. | 08 |
| 148 | يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في كل مستوي من مستويات الكف المعرفي. | 09 |
| 151 | يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في كل مستوي من مستويات للكف السلوكي. | 10 |

| الصفحة | العنوان | الملحق |
|---------|--|--------|
| 182 | العينة التجريبية لدراسة الاستطلاعية. | 01 |
| 183 | العينة الضابطة لدراسة الاستطلاعية. | 02 |
| 184 | العينة التجريبية لدراسة الأساسية. | 03 |
| 185 | العينة الضابطة لدراسة الأساسية. | 04 |
| 189-186 | مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وفقا للدليل التشخيصي والاحصاء للاضطرابات النفسية والعقلية رقم 4. | 05 |
| 190 | عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه و العدوانية وفقا للدليل التشخيصي والاحصاء للاضطرابات النفسية والعقلية رقم 4 للعينة التجربة الإستطلاعية. | 06 |
| 191 | عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه و العدوانية وفقا للدليل التشخيصي والاحصاء للاضطرابات النفسية والعقلية رقم 4 للعينة التجربة الاساسية. | 07 |
| 195-192 | أداة تشخيص التعديل الذاتي المعرفي (لمواقف قرائية لاكتشاف المتناقضات في النص). | 08 |
| 196 | خاص بأسماء الأساتذة المحكمين لأداة تشخيص التعديل الذاتي المعرفي (لمواقف قرائية لاكتشاف المتناقضات في النص). | 09 |
| 197 | عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص التعديل الذاتي المعرفي (لمواقف قرائية لاكتشاف المتناقضات في النص) للعينة التجربة. | 10 |
| 198 | عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص التعديل الذاتي المعرفي (لمواقف قرائية لاكتشاف المتناقضات في النص) للعينة الضابطة. | 11 |

| | | |
|---------|---|----|
| 200-199 | أداة تشخيص التعديل الذاتي السلوكي (لمواقف ادائية للسلوك). | 12 |
| 203 | خاص بأسماء الأساتذة المحكمين لأداة تشخيص التعديل الذاتي السلوكي (لمواقف ادائية للسلوك). | 13 |
| 204 | عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها فيأداة تشخيص التعديل الذاتي السلوكي (لمواقف ادائية سلوكية) للعينه الضابطة. | 14 |
| 205 | عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها فيأداة تشخيص التعديل الذاتي السلوكي (لمواقف ادائية سلوكية) للعينه التجريبية. | 15 |
| 214-206 | اداة تشخيص الكف السلوكي (لمواقف ادائية للسلوك). | 16 |
| 215 | خاص بأسماء الأساتذة المحكمين لأداة تشخيص الكف السلوكي (لمواقف ادائية للسلوك). | 17 |
| 216 | عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها فيأداة تشخيص الكف السلوكي (لمواقف ادائية سلوكية) للعينه الضابطة. | 18 |
| 217 | عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها فيأداة تشخيص الكف السلوكي (لمواقف ادائية سلوكية) للعينه التجريبية. | 19 |
| 218 | اختبار ستروب test de stroop. | 20 |
| 219 | اختبار ستروب test de stroop . | 21 |
| 220 | اختبار ستروب test de stroop. | 22 |
| 221 | اختبار ستروب test de stroop. | 23 |
| 222 | اختبار ستروب test de stroop. | 24 |
| 223 | اختبار ستروب test de stroop. | 25 |
| 224 | عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها فيأداة تشخيص الكف المعرفي (stroop) للعينه الضابطة. | 26 |
| 225 | عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها فيأداة تشخيص الكف المعرفي (stroop) للعينه التجريبية. | 27 |
| 226 | عرض درجات الأقسام التي تم الحصول عليها فيأداة تشخيص | 28 |

| | | |
|-----|--|----|
| | الكف المعرفي (stroop) للعينه الضابطة (الأقسام). | |
| 229 | عرض درجات الاقسام التي تم الحصول عليها فيأداة تشخيص الكف المعرفي (stroop) للعينه التجريبية(الأقسام). | 29 |

يختلف الأطفال في سلوكياتهم من طفل إلى آخر وهو شيء طبيعي وواضح، ولكن هذا الاختلاف يجعلنا في بعض الأحيان حائرين في التفريق بين الطبيعي وغير الطبيعي من تلك السلوكيات، فقد يكون من منظور الوالدين شيئاً طبيعياً، ولكن يراه المختصون من أطباء نفسانيين وتربويين شيئاً غير مألوف وغير طبيعي وغير مقبول في المجتمع. إنّ سلوكيات الأطفال تتأثر أكثر من غيرها بالعوامل والظروف المحيطة بها وتتمثل في الأسرة والمدرسة والمجتمع ككل، فهذه العوامل لها التأثير البالغ والمستمر على سلوك الطفل في المستقبل، لوحظ في السنوات الأخيرة تزايد المشكلات السلوكية، والانفعالية بين الأطفال مثل الغضب، والقلق، والعدوانية، والعنف، والخجل، والانطواء، والخوف الاجتماعي، والعزوف عن الدراسة، وتراجع مستوى التحصيل الدراسي والغياب عن المدرسة، أو الهروب منها، وغيرها من المشكلات السلوكية التي أصبحت حديث الأولياء من جهة والمدرسين من جهة أخرى. ولكن هناك حالات من الأطفال تكون لديهم سلوكيات مضطربة والتي قد لا يكون سببها المجتمع المحيط بالطفل مثل الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. يعتبر هذا الاضطراب من بين اضطرابات النمو العصبية neurodevelopmental disorders اذ يحدث هذا الاضطراب في المراحل العمرية المبكرة إلا أنه قليلاً ما يتم تشخيصه لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، يعتبر النشاط الزائد مع قصور في الانتباه حالة طبية مرضية أطلق عليها في العقود القليلة الماضية عدة تسميات منها متلازمة النشاط الزائد، التلف الدماغى البسيط، الصعوبات التعليمية، وغير ذلك.

كما اشار (احمد الشريف عدنان فرح، 2012: 130)عرفت الجمعية البريطانية لعلم النفس اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على أنه اضطراب نفسي محدد يتمثل بضعف الانتباه و/او بالنشاط الزائد والاندفاعية وهذا الاضطراب لا يلائم المرحلة النمائية العمرية للفرد ويسبب العديد من المشكلات ذات دلالة في التفاعل الاجتماعي والنجاح الاكاديمي وعجز في السلوك المنظم والمنتج ويمكن تشخيص هذا الاضطراب في الطفولة وقد يستمر خلال مرحلة الرشد.

إن هذا الاضطراب في تزايد مستمر حيث تشير دراسة براكلى (Barkley، 1997: 3) أنّ نسبة انتشار الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه تتراوح ما بين 3% إلى 7% من الأطفال المتدربين، وبمس كذلك ثلاثة أضعاف الذكور من الإناث. أمّا بالنسبة لدراسة (وليد السيد خليفة، 2008: 99) أنّ انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يتراوح ما بين 4% الى 20% من أطفال

المدارس الابتدائية وذلك ما بين سن 6 إلى 12 سنة. اشار الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية الخامس، أنّ نسبة انتشار هذا الاضطراب تزيد عن 5% من الأطفال في العالم.

إنّ الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يعانون من صعوبات كثيرة مثل قصور في الانتباه وصعوبات في التحكم في الاندفاعية الزائدة والدائمة في السلوك أي لا يستطيع الطفل أن يجلس بهدوء أبداً سواء في غرفة الصف أو على مائدة الطعام أو في السيارة. مما يسبب له إعاقات خطيرة من الناحية الاجتماعية والانفعالية والمعرفية وكذا ما وراء المعرفي، إذ تشير دراسة هلين بواسون (2008) أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لديهم عجز على مستوى النشاط ما وراء المعرفة. كما أشارت دراسة باركلي Barkley (1997) في (مفيد بن حفيظ، 2014:202) أنّ الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي، يعانون من عجز على مستوى الوظائف التنفيذية، وكذا الحديث الداخلي، وصعوبة في التعديل الذاتي المعرفي وفي التخطيط للسلوكيات عكس الأطفال العاديين. كما أشار السباتين 2006 ودراسة BARRY2002 في (رحاب احمد راغب، 2015: 2) أنّ هؤلاء الأطفال لديهم ضعف في الوظائف التنفيذية أي في المهارات العقلية اللازمة للمضي نحو تحقيق الاهداف المستقبلية من خلال الوعي بالذات وبالمهارات الما وراء المعرفة.

نظرا لتفشي هذا الاضطراب، وما يسببه من تأثيرات وانعكاسات على ما وراء معرفية جاءت الدراسة الحالية لتقدم عرضاً شاملاً حول بعض الاضطرابات الما وراء معرفية مثل التعديل الذاتي المعرفي والسلوكي والكف المعرفي والسلوكي ، والسعي إلى إبراز العلاقة التي تربط كل هذه الاضطرابات الما وراء معرفية واضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. مع تقديم استشارات وقائية وذلك من أجل وقاية الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من الاضطرابات الما وراء معرفية التي يعانون منها.

ينقسم البحث الحالي إلى جانبين، جانب نظري ضم خمسة فصول، الفصل الأول عبارة عن مدخل عام للدراسة، ويتضمن خلفية نظرية للدراسة من خلال طرح إشكالية الدراسة متبوعاً بالأسئلة الفرعية، وفرضيات الدراسة، يليه الهدف والاهمية النظرية والتطبيقية من هذه الدراسة، كما أشار هذا الفصل إلى دوافع ومبررات اختيار الموضوع ، وفي الاخير يتم تقديم المفاهيم الاجرائية مع عرض مختلف الدراسات السابقة التي تناولت موضوع البحث المراد دراسته.

عرضنا في الفصل الثاني التطور التاريخي لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، نسبة انتشاره ومختلف النظريات المفسرة له، وكذا كيفية تشخيصه ومختلف الأسباب المؤدية له مع الإشارة إلى والاضطرابات المرافقة له، و معرفة كيفية الوقاية منه.

وفي الفصل الثالث للدراسة تناولنا ما وراء المعرفة يشمل هذا الفصل خمسة مباحث المبحث الأول ما وراء المعرفة. المبحث الثاني التعديل الذاتي المعرفي وعلاقة اضطراب فرط النشاط مع قصور في الانتباه المبحث الثالث التعديل الذاتي السلوكي وعلاقته بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه المبحث الرابع الكف الذهني وعلاقته بـ TDAH وكذلك إلى الكف السلوكي وعلاقته بـ TDAH. وفيما يتعلق بالجانب التطبيقي للدراسة فضم الفصل الخامس والذي يعالج منهجية الدراسة الميدانية وإجراءاتها ، وفي الفصل السادس للدراسة تم عرض هذه النتائج وتحليلها ومناقشتها.

الفصل الأول:

مدخل منهجي للدراسة

1. مدخل عام للموضوع وطرح الإشكالية وصياغتها.

2. فرضيات الدراسة.

3. الهدف من الدراسة.

4. أهمية الدراسة.

5. دوافع و مبررات اختيار موضوع الدراسة.

6. المفاهيم الإجرائية للدراسة.

7. حدود الدراسة.

خلاصة عامة للفصل.

1. مدخل عام للموضوع وطرح الإشكالية وصياغتها:

إنّ فرط الحركة وضعف الانتباه من بين الاضطرابات العصبية التي تصيب الأطفال وتؤثر على قدرتهم على الانتباه وعلى الاستمرارية في أداء مهامهم بكفاءة وفاعلية، إذ يشعرون بالملل بعد بضع دقائق من القيام بالمهمة. وقد يقود الطفل النشاط الحركي الزائد أو الاندفاعية صعوبة في أداء الواجبات المدرسية، وغالبا ما ينسون أدواتهم المدرسية سواء في المدرسة أو في البيت، ويتصف أداؤهم في الواجبات المدرسية بكثرة الأخطاء مما يترك أثر سلبيا على أداء الطفل في المدرسة وفي المنزل، ويؤثر كذلك هذا الاضطراب على الطفل من الناحية الاجتماعية والانفعالية والمعرفية، كما قد يستمر هذا الاضطراب مع الطفل في سنوات حياته بدرجات واشكال مختلفة.

لدى حظي هذا الاضطراب باهتمام كبير من أخصائيين نفسانيين واجتماعيين وتربويين لما يتركه من أثر سلبية على الطفل في مرحلة الطفولة، والتي قد تستمر مهته حتى مرحلة المراهقة والبلوغ، فتؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة في المنزل والشارع والمدرسة ومع المجتمع بصفة عامة.

تعد مشكلة الطفل المصاب بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي من بين أكثر المشكلات إنتشارا، حيث يمكن ملاحظتها في السنوات ما قبل المدرسة والتي يتم تشخيصها بعد ست سنوات. لقد زاد الاهتمام بالأطفال مضطربي الانتباه مفرطي النشاط في السنوات الاخيرة نظرا لانتشاره بين الأطفال في سن المرحلة الابتدائية، حيث تراوحت نسبة انتشاره ما بين 4% - 20% وأكثر شيوعا بين الأولاد عنه البنات وبنسب تتراوح من (4:1) الى (9:1) ويقع كذلك انتشاره في مختلف الطبقات من الاطفال. وبحسب تقديرات الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية الامريكى (DSM-5 2013) فإن اضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه من الحالات المنتشرة في جميع انحاء العالم، إذ تصل نسبة الاصابة به إلى 10% من الأطفال في العالم، لكن على أكثر التقديرات النسبية معقولة ما بين 5% إلى 6%، وتعتبر هذه النسبة نسبة كبيرة للأطفال والتي لا يجب إغفالها.

كثيراً ما يوصف الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد بالطفل السيء أو الصعب أو الطفل الذي لا يمكن ضبطه فبعض الآباء يزعجهم النشاط الزائد لدى أطفالهم فيعاقبونهم ولكن العقاب يزيد المشكلة تعقيدا وسوء. كذلك فإن إرغام الطفل على شيء لا يستطيع عمله يؤدي إلى تفاقم المشكلة. إنّ هؤلاء الأطفال لا يرغبون في خلق المشكلات لأحد، ولكن الجهاز العصبي لديهم يؤدي إلى ظهور الاستجابات غير مناسبة. ولذلك فهم بحاجة إلى التفهم والمساعدة. وإذا لم نفهمهم فلا يمكننا مساعدتهم فعلينا أن نتوقع أن يخفقوا في المدرسة بل ولعلمهم

يصبحون جانحين أيضاً، إنّ النشاط الزائد وقصور في الانتباه يتصدر عنه قائمة من الخصائص السلوكية والمعرفية والماء وراء المعرفة، فمن الضروري الاهتمام بهذه الفئة من الأطفال من كل الجوانب سواء المعرفية أو السلوكية أو الماء وراء المعرفة لأن كل جانب من هذه الجوانب يتأثر بالآخر ويؤثر عليه، إذ تؤكد الدراسات الحديثة أنّ الاضطرابات الماء وراء المعرفي تمثل جوهر الاضطراب لدي الطفل المصاب بـTDAH، فالأعراض التي يتصف بها من عدم الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية ماهي إلا نتاج عن خلل ما وراء معرفي. وقد اتضح من خلال التراث السيكولوجي أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من عجز على مستوى الوظائف الماء وراء معرفية مثل الحديث الداخلي، وصعوبات في التعديل الذاتي وفي الضبط والتخطيط والتقييم وفي التغذية الرجعية وغيرها، فالشاهد هنا أن الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من اضطرابات ما وراء معرفية، ولكننا لانعرف نسبة انتشار هذه الاضطرابات الماء وراء المعرفة عند الأطفال المصابين TDAH كما اننا لا ندرك هل كل الأطفال المصابين باضطراب TDAH يعانون من اضطرابات ما وراء معرفية بضرورة، وإنّ افترضنا أنهم مصابون بالاضطرابات الماء وراء المعرفة فما هو مستوى الاضطراب لديهم وهل يمكننا وقايتهم من هذه الاضطرابات الماء وراء المعرفة. هذا ما ولد اشكالية البحث وهو السعي إلى دراسة ماهي علامات الاضطرابات الماء وراء المعرفة عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه؟ ولتوضيح مشكلة البحث أكثر نطرح التساؤلات التالية:

- ما هي علامات اضطراب التعديل الذاتي المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه؟
- ما هي علامات اضطراب التعديل الذاتي السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه؟
- ما هي علامات اضطراب الكف المعرفي عند الأطفال المصابون بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه؟
- ما هي علامات اضطراب الكف السلوكي عند الأطفال المصابون بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه؟

2. فرضيات الدراسة:

1.2. الفرضية العامة:

إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف النشاط الماء وراء المعرفي.

2.2. الفرضيات الجزئية:

- إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط التعديل الذاتي المعرفي.
- إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط التعديل الذاتي السلوكي.
- إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط الكف المعرفي.
- إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط الكف السلوكي.

3. الهدف من الدراسة:

يهدف البحث الحالي إلى دراسة استكشافية وقائية للاضطرابات الما وراء المعرفية لدى الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه بمدينة تلمسان والتي تتراوح اعمارهم ما بين (7-12) سنة، وتمثل الاهداف الاجرائية لهذا البحث فيما يأتي .

- معرفة ماهي علامات ضعف نشاط التعديل الذاتي المعرفي عند ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.
- معرفة ماهي علامات ضعف نشاط التعديل الذاتي السلوكي عند ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.
- معرفة ماهي علامات ضعف نشاط الكف المعرفي عند ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.
- معرفة ماهي علامات ضعف نشاط الكف السلوكي عند ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

4. أهمية الدراسة:

تتم هذه الدراسة بتسليط الضوء على فئة الأطفال، بحيث تعتبر مرحلة الطفولة مرحلة الأساس لبناء السلوك وفيها تتولد الاضطرابات السلوكية كما أنّها مرحلة التشكيل والتكوين حيث أنّ الطفل يتعلم، ويكتسب المهارات، والخبرات الأساسية في هذه المرحلة، واضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه أحد الاضطرابات المنتشرة بنسب معتبرة كما سبق الذكر عند هذه الفئة والتي تعتبر عائقا يحول دون النمو والتطور النفسي والمعرفي السوي عند الطفل ولهذا نسعي في بحثنا هذا إلي :

- الاهتمام بشريحة تعتبر من أهم شرائح المجتمع وهم الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

-لفت نظر المعلمين والأخصائيين النفسانيين واطباء الأمراض العقلية للأطفال بالاهتمام أكثر بالأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه والتي تؤثر على توافقهم النفسي والمدرسي ومعرفي واجتماعي.

-المساهمة في توعية الأخصائيين في مختلف المجالات النفسية والتربوية بالاضطرابات الما وراء المعرفية وخاصة مدى تأثيرها على الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

-يعتبر مفهوم التفكير ما وراء المعرفي احد مكونات النظرية والمعرفية في علم النفس النفسي المعاصر، حيث وجد هذا المفهوم اهتماما ملموسا على المستوي النظري والعملي، و لحدثة هذا المفهوم فهو محل اهتمام الباحث في هذه الدراسة وخاصة في البيئة الجزائرية لندرة الدراسات في هذا المجال.

-يتوقع بعد التحقق من الفرضيات أن نقدم اطارا نظريا يثري المكتبة بالدراسة الجديدة، أما عمليا فيتوقع أن يستفيد كل من الأخصائيين النفسانيين وأطباء الامراض العقلية والقائمين على تدريس الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وذلك من رفع مستوى تحصيلهم وتفكيرهم الما وراء المعرفي مما يجعلهم قادرين على حسن التعامل مع المواقف الجديدة ويؤهلهم لمواكبة الأطفال غير المصابين بالأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

5.دوافع ومبررات اختيار موضوع الدراسة:

يحدد موضوع البحث الحالي دراسة استكشافية وقائية للاضطرابات الما وراء المعرفية عند الاطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وذلك لعدة اسباب منها:

-إن اضطرابات السلوكية نالت اهتماما من حيث التشخيص والعلاج في البيئة الاجنبية والعربية منذ ظهور هذا المفهوم وخاصة اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

-الزيادة المضطرة في انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال، وما تسببه من آثار سلبية على الجوي الاسري وخاصة الولدين إذ يعانون ضغوطات، كما يؤثر على التحصيل الدراسي الذي يؤدي بالطفل إلى الرسوب المدرسي مما يسبب مشكلات نفسية كالقلق والتوتر وتقدير الذات المنخفض ناهيك عن الاضطراب الذي يسبب جنوحا وعدم الاستقرار النفسي في الرشد.

-عدم تقديم العلاج بالعقاقير نتائج جيد على هاته الفئة من الأطفال إذ نجد في بعض الاحيان نتائج مؤقتة فقط، وفي بعض الاحيان فشل تام مع أعراض جانبية.

6. المفاهيم الإجرائية للدراسة:

6-1. اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه:

هو اضطراب سلوكي يصاب به الأطفال، حيث يعانون من قصور في الانتباه وعدم القدرة على التركيز وعلى إنهاء الواجبات المدرسية المطلوبة منهم ، بالإضافة إلى عدم استطاعتهم على البقاء هادئين في القسم وخارجه وعدم كفاية اندفاعهم الذي يؤثر عليهم وخاصة على ادائهم الدراسي والعلائقي مع المحيط الخارجي.

قصور الانتباه Inattention:

عدم قدرة الطفل على تركيز انتباهه لفترة زمنية طويلة، مع سهولة تشتت ذهنه بالمؤثرات الخارجية المحيطة به، أثناء ممارسة الأنشطة.

النشاط الحركي الزائد Hyperactivité:

نشاط الطفل الحركي زائد عن معدله الطبيعي حيث لا يستطيع أن يبقى هادئاً ومستقراً لمدة طويلة في مكان واحد بل ينتقل من مكان إلى آخر بدون مبرر.

الاندفاعية Impulsivité:

تصرف الطفل بدون ترويض أو حساب لعواقب الأمور إذ لا يستطيع أن ينتظر دوره فأى نشاط يعرض الطفل للحوادث في حياته اليومية.

6-2. ما وراء المعرفة métacognition:

هو وعي الفرد بوظائفه التنفيذية مثل التعديل الذاتي المعرفي والسلوكي والكف المعرفي وكذلك السلوكي وقدرته على ضبطها من أجل تحقيق الهدف المتمثل في مهمة معينة.

التعديل الذاتي المعرفي l'autorégulation cognitive :

هو ذلك الحكم الذي يقوم به الطفل حول المتناقضات النصية الموجودة في مقياس التعديل الذاتي الما وراء معرفي وذلك من أجل مراقبة الأداء المعرفي.

التعديل الذاتي السلوكي l'autorégulation comportementale:

هو قدرة الطفل على التحكم في المتناقضات السلوكية الموجودة في مقياس التعديل الذاتي السلوكي وذلك من أجل مراقبة الأداء السلوكي.

الكف المعرفي 'l'inhibition cognitive:

هو الايقاف الكامل أو الجزئي للمتداخلات المعرفية الموجودة في مقياس ستروب من أجل مراقبة الأداء السلوكي.

الكف السلوكي 'l'inhibition comportementale:

هو الايقاف الكامل أو الجزئي للمتداخلات السلوكية الموجودة في مقياس الكف السلوكي من اجل مراقبة الأداء السلوكي.

7. حدود الدراسة:

الحدود البشرية: تطبق الدراسة على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 07 و 12 سنة بولاية تلمسان، وشخصوا على أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

الحدود المكانية: أجريت هذه الدراسة في الامكان التالية:

- المدرسة الابتدائية اباجي محمود (دائرة تلمسان ولاية تلمسان)
- المستشفى الجامعي لولاية تلمسان (دائرة تلمسان ولاية تلمسان)
- العيادة الخاصة فاتحة السرور أ.بوحجر(دائرة تلمسان ولاية تلمسان).

الحدود الزمنية: أجريت هذه الدراسة في الفترة الممتدة من 15 مارس 2013 إلى 10/ماي/2016

المنهج المستخدم: اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وذلك لمناسبته لمتغيرات هذه الدراسة.

أدوات الدراسة :

- مقياس خاص لتشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وهو من اعداد "دكتور فقيه العيد".

- مقياس التعديل الذاتي المعرفي "الين مركمان" وهلين بواسون" (2007) لقياس قدرة الكشف عن المتناقضات النصية كمعلم من معالم القدرة على استخدام التعديل الذاتي الما وراء معرفي لمراقبة الأداء السلوكي المعرفي.

- مقياس التعديل الذاتي السلوكي لبونيتز Ponitz وفيلب كيمار Philippe Guima (2009) لقياس قدرة الكشف عن المتناقضات السلوكية كمعلم من معالم القدرة على استخدام التعديل الذاتي الما وراء معرفي لمراقبة الأداء السلوكي.

- مقياس اختبار الكف السلوكي لشدم وفليس Felicia SCHMID, « Go - No/Go » (2010) لقياس قدرة الكشف عن المتداخلات السلوكية كمعلم من معالم القدرة على استخدام الكف الما وراء معرفي لمراقبة الأداء السلوكي في

- مقياس ستروب STROOP لقياس قدرة الكشف عن المتداخلات المعرفية كمعلم من معالم القدرة على استخدام الكف الما وراء معرفي لمراقبة الأداء المعرفي.

خلاصة عامة للفصل:

تم التطرق في هذا الفصل إلى إشكالية الدراسة متبوعة بالتساؤلات الفرعية، بالفرضيات المقترحة ثم تطرقنا إلى الهدف من الدراسة، وأهميتها، وعرفنا المفاهيم الإجرائية المستخدمة في موضوع البحث، وفي الأخير عرضنا مختلف الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية التي اقيمت في موضوع الدراسة الحالية.

الفصل الثاني:

اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

تمهيد:

1. التطور التاريخي لاضطراب فرط النشاط الحركي الزائد مع قصور في الانتباه.
2. تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.
3. نسبة انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لدى الاطفال.
4. اسباب ظهور اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لدى الاطفال.
5. اعراض اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.
6. التشخيص الأمثل لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.
7. التشخيص التفريقي لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.
8. الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.
9. علاج اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

خلاصة عامة للفصل.

تمهيد:

يعد اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من بين الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الأطفال ولعلها أكثر انتشارا، فمنذ نهاية القرن العشرين سجل هذا الاضطراب اهتماما طبيا كبيرا لما له من تأثيرات على الطفل من الناحية المعرفية والسلوكية والعلائقية والاجتماعية. يشكل هذا الاضطراب مصدرا أساسيا لضيق وتوتر وإزعاج الأفراد المحيطين بالطفل من اولياء ومعلمين وغير ذلك. ومما لاشك فيه أنّ سلوك هذا الطفل ومستوى نشاطه قد يؤثر على استجابات الوالدين والمعلمين والقائمين على رعايته، وعلى أسلوب معاملتهم له، مما يؤثر بالتالي على نموه ومستقبله التعليمي والاجتماعي فيما بعد. من أجل التعرف على هذا الاضطراب أكثر سيتم في هذا الفصل التعرف للتطور التاريخي مع عرض مختلف التعاريف التي عرفت هذا الاضطراب سواء من الناحية الطبية أو النفسية، مع معرفة نسبة انتشاره وأسباب التي تؤدي إلى الإصابة به، وذكر اعراضه وكيفية تشخيصه ثم الإشارة إلى أهم الاضطرابات المرافقة له، وفي الاخير يتم التطرق إلى كيفية وقاية الأطفال من هذا الاضطراب.

1. التطور التاريخي لاضطراب فرط النشاط الحركي الزائد مع قصور في الانتباه:

تعود بدايات التعرف على اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، إلى نهاية القرن التاسع عشر إذ كان ينظر إلى هذا الاضطراب على أنه شكل من أشكال عدم الاستقرار الحركي، حيث اشار الطبيب شارل بولنجي CHARLES BOULANGER 1892 في مذكرته حول عدم الاستقرار العقلي l'instabilité mentale، على أنّ اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه هو عبارة عن نقص في توازن الكلمات العقلية مع عدم قدرة الطفل على الاستقرار والتركيز في شيء لمدة طويلة من الزمن.

في نفس الفترة برنوفيل BOURNONVILLE 1897 أشار إلى أنه يجب الاهتمام بهذا الاضطراب في المجال الطبي والنفسي ومعرفة الاسباب التي تؤدي إلى الإصابة به. في نفس السياق قدم طبيب الأطفال الانكليزي جورج ستيل GEORGES STILE 1902 في (فوزية محمدي، 2011: 23) تقارير مفصلة حول الأطفال المصابين بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي، فأشار إلى أنّ هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى احترام السلطة والقواعد والانضباط مع العجز في السيطرة على الروح المعنوية، والمقصود بذلك هو عدم القدرة على الضبط الذاتي، بالمقارنة مع الأطفال العاديين من نفس العمر. كما أشار كذلك على أنّ هذه الفئة من الأطفال لديها

استعدادا بيولوجيا من وراء هذه السلوكيات المضطربة، إذ يرى أنّ هذه السلوكيات لها سببين رئيسين أولها الجانب الوراثي والثاني حدوث لدي الطفل صدمات قبل الولادة أو بعد الولادة.

وفي سنة 1908 اشار ترغولد TERGOLD في (سميرة شرقي، 2007: 51) إلى أنّ الأطفال الذين يعانون من إصابة بسيطة في الدماغ تتلاشي الأعراض الأولية بسرعة ولكن تظهر عليهم اعراض فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، فارجع هذا الاخير سببها إلى تلك الأصابة البسيطة التي حدثت للطفل في الولادة (في الاربعينات تم تجاهل هذه الفكرة تماما). أما في سنة 1917-1918 أصيب عدد كبير من الأطفال بعدوى الالتهاب الدماغى والتهاب السحايا encéphalites فظهر عند الأطفال المصابين مشكلات سلوكية، مثل التهيج، والانذفاعية، وفرط الحركة، وعدم الاستقرار الوجداني ، والسلوكيات العدوانية.

ويذكر قولدشتين Goldchtin ما بين 1936-1939 في (فوزية محمدي، 2011: 23) إلى أنّ الجنود المصابين في الحرب العالمية الأولى وخاصة ممن تعرضوا إلى إصابات في الدماغ، لقد ظهرت عليهم الكثير من الخصائص التي تشبه خصائص الأفراد الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، كما قام ستراوس Straosse ما بين 1930-1940 في (شوقي ممدادي، 2013: 82) ببعض الأبحاث على بعض الأفراد الذين يعانون من إعاقة عقلية، وقد توفرت عند بعضهم خصائص تدل على وجود اضطراب ضعف الانتباه وفرط في النشاط الحركي.

أما فيما يخص تطور تسمية هذا الاضطراب ففي سنة 1960 كان يطلق عليه تسمية بالحد الأدنى من التلف في الدماغ dommages minimes du cerveau وكان يستعمل هذا المصطلح من أجل تشخيص الأطفال الذين لديهم اعراض سلوكية من فرط النشاط الحركي والانذفاعية الزائدة حتي ولو لم يكن لديهم أي علامة تدل على تلف في الدماغ من خلال الاختبارات التي تظهر التلف الموجود في الدماغ. في نفس السياق اشار أحمد وبدر 1999 أنّ مصطلح اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من المصطلحات الحديثة، ولم يتم تحديده بدقة إلا في بداية الثمانينات من القرن الماضي عندما كان يشخص قبل ذلك على أنه إما ضعف في القدرة على التعلم، أو أنه خلل بسيط في وظائف المخ أو أنه إصابة بسيطة في المخ أو أنه نشاط حركي مفرط.

كما أنه يوجد تطور تاريخي للاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه بالنسبة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الثاني في 1968 والذي اشار ولأول مرة إلى مصطلح trouble des réaction hyperkinétiques تحت مصطلح l'hyperactivité الحركي فرط النشاط فرط اضطراب de l'enfance في ردود الفعل الزائد عند الطفل.
- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الثالث في 1980 إذ أشاروا إلى تعريف إكلينيكي منظم ومضبوط لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه تحت مصطلح جديد وهو اضطراب في عجز الانتباه trouble du déficit d'attention (TDA) بدون الإشارة إلى فرط الحركة والاندفاعية. أما في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية الثالث والمعدل 1989 تم إضافة أعراض فرط النشاط الحركي مع الاندفاعية.
- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع والمعدل 2005 كان يشار إلى هذا الاضطراب باضطراب في الانتباه مع أو بدون فرط النشاط الحركة / trouble du déficit de l'attention/ hyperactivité كما صنف هذا الاضطراب ضمن الاضطرابات الطفولة الأولى وتم تقسّمه إلى ثلاثة أشكال، الشكل الأول فرط الحركة مع الاندفاعية بدون قصور في الانتباه الشكل الثاني قصور الانتباه بدون فرط في النشاط الحركي الشكل الأخير وهو المختلط والتي يكون فيها فرط الحركة وقصور الانتباه بنفس الدرجة.
- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس في 2013 وسمي هذا الاضطراب كذلك بقصور في الانتباه مع أو بدون اضطراب في فرط النشاط الحركي attention-deficit/Hyperactivity disorder. الملاحظ انه لا يجد فرق كبير بين الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس و الرابع في التصنيف إذ صنف الدليل التشخيصي الخامس هذا الاضطراب ضمن اضطرابات النمو العصبية Neurodevelopmental Disorder.

2. تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه:

تعددت تعريف اضطراب القصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي تبعا لمنظور الباحثين، فنجد تعريف طبية ركزت على الجانب الوراثي الجيني ، كما نجد من تعريف ركزت على الجانب السلوكي الملاحظ ، خاصة منها الحركات الجسمية وتشتت الانتباه ، إلا أنّ جل التعاريف تتكامل ، ويمكن عرض تعريف هذا الاضطراب على النحو التالي:

1-2 تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من الناحية الطبية:

يعرف بريور وسانسون 1986 Prior et Sanson في (القاضي ، 2011 : 25) أنّ اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يصيب الأطفال قبل سن السابعة، ويظهر عند تلك الفئة من الأطفال الذين يعانون من خلل في الجهاز العصبي المركزي. في نفس السياق عرف تشرنومو زوفا CHERONOMO ZOVA 1996 هذا الاضطراب على أنه قصور في وظائف المخ التي يصعب قياسها بالاختبارات النفسية. ويعرفه (Zametkin, et al, 1990) في (مشيرة ، 2005:17) على أنه اضطراب النشاط الزائد مع قصور الانتباه هو اضطراب جيني المصدر، ينتقل بالوراثة في كثير من حالاته ، وينتج عنه عدم توازن كيميائي ، أو عجز في الوصلات العصبية الموصلة بجزء من المخ، والمسؤولة عن الخواص الكيميائية، التي تساعد المخ على تنظيم السلوك:

ويشير إليه (Barkley 1998) في (حنان زكرياء، 2008: 03) على أنه اضطراب عصبي نفسي يحتوي على مكونات جينية وراثية تتأثر بعوامل بيئية.

ويعرفه المعهد القومي للصحة النفسية لمصر سنة 2000 في (مشيرة، 2005 : 17) على أنه اضطراب في المراكز العصبية، التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل التفكير، التعلم، الذاكرة، السلوك. مما سبق نستنتج أنّ هذه التعاريف ركزت على وجود جين ينتقل بالوراثة ، ويؤثر على المراكز العصبية ، مما يسبب اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه.

2-2 تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من الناحية النفسية والسلوكية:

يعرف اضطراب الانتباه في " الموسوعة الفلسفية"، وذلك سنة 1960 في (محمد علي كامل، 2003 : 137) على أنه الاضطراب الذي يشمل كلا من الشكل التلقائي والإرادي للانتباه، ويدور حول: الضعف في القدرة على تركيز العمليات العقلية في الاتجاه المطلوب، عدم القدرة على التأثر بالأحداث، قصور في عدد الصور المتغيرة المنطبعة في الذهن.

كما يعرف في " موسوعة علم النفس " 1986 في (سميرة شرقي، 2007: 54) بأنه: الطفل الذي ليس لديه القدرة على تركيز انتباهه لمدة طويلة في شيء محدد، ويتسم هذا الاضطراب بالخصائص الآتية: الاندفاعية، فرط في

النشاط الحركي، وتزداد هذه الأعراض شدة في المواقف التي تتطلب من الطفل التعبير عن ذاته، أو التحكم الذاتي. وأيضا يظهر الطفل الذي لديه اضطرابات في الانتباه قصورا في مدى ونوعية التحصيل الأكاديمي، وقصورا في الوظائف المعرفية والمعرفية وراء المعرفية.

لقد عرفه باركلي Barkley سنة 1990 في (مشيرة، 2005 : 18) على أنه اضطراب في منع الاستجابة للوظائف التنفيذية، وقد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات، وعجز في القدرة على تنظيم السلوك تجاه الأهداف الحاضرة والمستقبلية مع عدم ملاءمة السلوك اجتماعيا. بينما اشار برجن Breggin سنة 1991 في (مشيرة ، 2005:18) أنّ الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه هم أطفال الذين لم يحصلوا على اهتمام سلوكي جيد من طرف الوالدين، فحدث لهم هذا الاضطراب السلوكي.

كما اشار عبد الرحمن سليمان 1998 أنّ فرانك والن (WALEN Frank) في (سميرة شرقي، 2007: 57) وضع وصفا للأطفال المصابين بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي بأنهم الأطفال الذين عادة ما يتصفون بانتباه قصير المدى ويحولون انتباههم وتوجيهه بصورة مرضية ويظهرون نشاطا حركيا بصورة أكثر في المواقف التي تتطلب ذلك، فقد ينتقلون من مكان إلى آخر بصورة مزعجة ومستمرة، وفي داخل حجرة الدراسة يخرجون كثيرا من مقاعدهم ويتجولون في الفصل، كما يكونون مندفعين ومتهورين ويقاطعون الآخرين أثناء الحديث ولا يصغون جيدا للحديث.

كما أكدّ جولدستين Goldstein سنة 1999 في (مشيرة، 2005 : 18) أنّ الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه يعانون من مشاكل متعلقة بالوظائف التنفيذية اثناء التعليم، قد يكون السبب في اعاقه نموهم الاكاديمي مما يجعلهم يعانون من صعوبة في العمليات اللفظية المتصلة باللغة.

وفي رأي كلا من باركلي و روسلي Russell A. Barkley في (WODON, 2009:227) إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه يجدون صعوبة في اختيار المعلومات الضرورية وغير الضرورية، والمناسبة وغير المناسبة لموقف ما، هذا ما يجعلهم يفعلون عدة أشياء في نفس الوقت.

أما في تعريف آخر (محمد النوري القمش، 2007 : 27) فإنه أكد على أنّ النشاط الزائد هو حركة جسمية مفرطة، بحيث لا يستطيع الطفل التحكم في حركة الجسم ، كما يرتبط النشاط الزائد مع تشتت الانتباه ارتباطا وثيقا، فوجود احدهما معناه وجود الاخر، ويعتبر النشاط الزائد هو السبب في تشتت الانتباه.

بينما تعرفه (علا عبد الباقي ابراهيم، 1999: 19) النشاط الزائد هو نشاط عضوي مفرط، وأسلوب حركي قهري يبدو في شكل سلسلة من الحركات الجسمية المتتالية، وتحول سريع للانتباه، وضعف القدرة على التركيز في موضوع معين، مع اندفاعية زائدة مما تؤدي إلى الحماقة الاجتماعية.

في دراسة لسرجنت و اخرون Sergeant سنة 2008 إذ أشاروا إلى أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه هم الأطفال الذين يجدون صعوبة في السيطرة المعرفية "contrôle cognitif" والكف المعرفي والسلوكي "l'inhibition cognitive et comportemental".

في حين يعرفه (بطرس حافظ بطرس، 2008: 402) "النشاط الزائد هو افراط الطفل في الحركة، وضعف التركيز، وممارسة حركات عشوائية كثيرة ، وازعاج من حوله " .

بينما أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM4 1994) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، أنّ اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يتضمن الخصائص التالية: نقص الانتباه والقابلية للتشتت، النشاط الزائد والحركة المفرطة، الاندفاعية وترتبط هذه الخصائص الثلاث ببعضها البعض ارتباطاً أساسياً، فتوافر خاصية واحدة من هذه الخصائص الثلاث لدى الفرد معناه تواجد أو إمكانية تواجد الخصائص الأخرى.

وعليه، فإن اضطراب الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي اضطراب سلوكي معرفي يصيب الأطفال بعد عمر الست سنوات، حيث يتميزون باندفاعية كبيرة واستجابات سريعة للمثيرات المحيطة بهم مما يجعلهم يقعون في الأخطاء وخاصة أثناء الاختبارات النفسية، حيث تكون إجاباتهم سريعة وعشوائية وتتسم بعدم الدقة والتركيز، كما يتسمون بعدم القدرة على التحمل والصبر أثناء قيامهم بمهمة ما، وذوي نشاط حركي زائد يجعلهم لا يقومون بالأعمال والنشاطات المطلوبة منهم، سواء كان ذلك في المنزل أو المدرسة مما يؤثر سلباً على توافقهم النفسي والمعرفي والماء وراء المعرفي والاجتماعي وكذا المدرسي.

3. نسبة انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لدى الأطفال:

يعد اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه من بين الاضطرابات الشائعة بين الأطفال "إذ يتراوح معدل انتشاره ما بين 4% إلى 20% من أطفال المدارس الابتدائية في سن 6 إلى 12 سنة، كما أوضح الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع أنّ الاضطراب أكثر شيوعاً عند الذكور منه عند الإناث. كما أشار ويندر

WINDER 2005 في (نايف بن عابد الزارع، 2007: 18) أنّ معدل انتشار اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه في الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض يصل إلى 20 % وأنّ نسبة هذه الحالة بين الذكور و الإناث 6 للذكور مقابل 1 للإناث.

كما تشير (فوزية محمدي، 2011: 37) أنّ نسبة انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يختلف من دولة إلى أخرى، و الجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول رقم (01) يوضح النسب المئوية لانتشار اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لدى بعض الدول.

| الدول | النسبة المئوية للانتشار |
|----------------------------|-------------------------|
| الولايات المتحدة الأمريكية | من 2 % إلى 18% |
| نيوزيلاندا | 13% |
| ألمانيا | 8% |
| إيطاليا | 12% |
| إسبانيا | 16% |
| بريطانيا | 0.5 % إلى 26% |
| فرنسا | 3 % إلى 5% |
| الصين | 11% |

هذا الاختلاف الجغرافي الموجود ليس حقيقيا ولكنه راجع إلى كفية التشخيص وإدراك الاضطراب. لأنّ الدراسات التي تعتمد على CIM10 في التشخيص تكون أقل من التي تعتمد على DSM4 الدراسات الوبائية الوصفية فرقت ما بين نسبة الذكور والإناث 1/2 إلى 1/4 في العينة العامة و 1/9 في العينة الإكلينيكية. كما أشار POLANCZYK، 2007 أنه تم تقدير الانتشار في العالم إلى نسبة 5.29%.

أما في الوطن العربي فأشار (فيصل وغالب، 2002: 52) أنه لا توجد احصائيات دقيقة إلا في بعض الدراسات التي تشير إلى أنّ ما بين 15 % إلى 20% من مجتمع الأطفال وأنّ نسبة الذكور مرتفعة عن نسبة الإصابة لدى الإناث كما أنّ اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور في الانتباه ينتشر بكثرة في المناطق المحرومة، والمدن

الفقيرة وفي الاوساط الاقتصادية والاجتماعية الفقيرة. وما يؤكد ذلك ما اشارة اليه (هناء ابراهيم صندوقلي، 2008: 39) أنه لا يوجد دراسات عربية تدلنا على نسبة انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، ولكن هناك بعض الابحاث التي قام بها احصائيون عرب حول هذا الاضطراب تشير إلى أنّ نسبة الأطفال المصابين بالحركة الزائدة ونقص الانتباه تصل إلى 2,6%، 6 في المراحل العمرية ما بين 7 سنوات و 9 سنوات ويتواجد بين الذكور أكثر من الاناث. وفي دراسة اخرى أجريت في الدمام على عدة مدارس ابتدائية كانت نتيجتها 5,16% لنقص الانتباه منفردا و 6,12% لوجود اعراض الحركة الزائدة والانذفاعية و 7,16% لانتشار الاضطراب المركب.

في حين يذكر كلا من (أحمد وفائقة، 1999: 35-36) أنّ اضطراب فرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه من بين الاضطرابات أكثر شيوعا بين الأطفال حيث ورد تقرير عن وكالة الصحة العقلية الامريكية جاء فيه أنّ نصف الأطفال الحاليين على العلاج كانوا يعانون من هذا الاضطراب، كما بينت نتائج الدراسات العلمية البيئية الحديثة في الطب النفسي أنّ هذا الاضطراب يصيب نسبة تصل إلى 10% تقريبا من أطفال العالم، كما أن معدل انتشاره بين الأطفال في السن المدرسي يتراوح بين 4%-6% والجدير بالذكر أنّ معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض يصل إلى 20% تقريبا، أما عن معدل انتشاره بين الذكور والاناث فهو 2 للذكور مقابل 1 للاناث ومن الباحثين من يري أنّ انتشاره بين الذكور يصل إلى ستة اضعاف انتشاره بين الاناث.

وقد ذكر كل من بلونوسكى، بريدمام، روهات، Polanczyk, Biederman et Rohde سنة 2007 إلى انتشار اضطراب النشاط الحركي مع تشتت الانتباه بالاعتماد على استبيانات مستوحاة من الدليل التشخيصي الرابع و CIM10 و مقابلات عيادية مع الأطفال فإنّ نسبة انتشار الأطفال المصابين بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي تصل إلى 3,5% من الأطفال المتدربين.

كما أشار براكلي BARKLEY 2006 أنّ نسبة الذكور المصابين باضطراب فرط النشاط الحركي مع أكثر من الاناث 1/3. كما كان ينظر دائما إلى اضطراب فرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه هو اضطراب يمس فقط الأطفال في سن التمدرس. أما اليوم فهو اضطراب عصبي بيولوجي مزمن ويلزم الطفل طوال حياته ففي بعض الاحصائية نسبة الانتشار عند الراشد قد تصل إلى 4.4% .

وقد ذكر (حجاج غانم، 2001) في (حنان زكرياء، 2008: 5) من خلال الدراسة التي قام بها أنّ نسبة انتشار النشاط الزائد في بعض الدول كالتالي:

جدول رقم (02) يبين نسب انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في بعض الدول.

| الرقم | المؤلف | السنة | نسبة الانتشار | البلد | نسبة الذكور إلى الإناث |
|-------|------------------------------------|-------|---------------|----------|------------------------|
| 1 | عبد العزيز الشخص | 1985 | 5.71% | مصر | 1-2 |
| 2 | صلاح الدين الشريف | 1991 | 7.7% | مصر | 1-9 |
| 3 | Angier(from:nevid,et al.,1997) | 1992 | 5.3% | أمريكا | 3-9 |
| 4 | Hoghugni , M. | 1992 | 5.2% | انجلترا | 2-5 |
| 5 | زكريا الشرييني | 1994 | 20.5% | مصر | 1-3 |
| 6 | A.P.A(from:Davision & Neale, 1998) | 1994 | 5.3% | أمريكا | أكثر لدى الذكور |
| 7 | Halgin & Whitbourne | 1997 | 5.3% | أمريكا | 1-2 |
| 8 | American Academy Pediatric | 1999 | 5.3% | أمريكا | أكثر لدى الذكور |
| 9 | عبد المنعم الدردير | 1999 | 13.14% | السعودية | أكثر لدى الذكور |
| 10 | Mental Health Foundation | 2000 | 1-0.5% | انجلترا | 1-5 |
| 11 | Mental Health Foundation | 2000 | أكثر من 10% | أمريكا | 1-5 |
| 12 | Mental Health Foundation | 2000 | 5-1% | العالم | 1-5 |

على الرغم من وجود العديد من الدراسات التي اهتمت بتحديد نسبة انتشار الأطفال المصابين بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي إلا أنه يبقى من الصعب تحديد النسبة.

4. أسباب ظهور اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه:

حاول العديد من الباحثين اعطاء تفسير لسبب ظهور اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي، فمنهم من أرجع سبب ذلك إلى عوامل عصبية ومنهم من أرجحها إلى عوامل وراثية أو بيئية، وقد نظر بعض الباحثين إلى أنّ سبب هذا الاضطراب إلى ما هو نفسي واجتماعي ، وفيما يلي سنتعرض لأهم هذه الأسباب:

4-1. الأسباب العصبية الحيوية:

أ- خلل وظائف الدماغ:

خلال القرن العشرين، لاحظ باحثون التشابه والتوافق بين الاعراض العصبية لفرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه واضطرابات الفص الجبهي وبتحديد الاصابات التي تصيب قشرة الفص الجبهي. وقد ظهر هذا الاعتقاد عندما تم تشخيص عدد من الأطفال الذين يعانون من اصابات في قشرة الفص الجبهي فلاحظ الباحثون أنه يوجد اعراض متشابهة ما بين اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي والاصابات التي تصيب قشرة الفص الجبهي. كما استدل الباحثون القدماء وكما تم الذكر من قبل أنّ بعد الحرب العالمية الثانية انتشر وباء تلف المخ فظهر عند هذه الفئة من الأطفال صعوبة في الانتباه والكف السلوكي وتنظيم انفعالهم واندفاعية زائد مع عدوانية في بعض الاحيان، وصعوبة في تحفيزهم وعدم قدرتهم على تنظيم أفعالهم خلال وقت محدد وزمن معين على هذا الأساس استدل الباحثون فقالوا أنّ الأطفال المصابون بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي سببه تلف في الدماغ ولكن هذا التلف يمكن تشخيصه بالأجهزة الطبية.

افترض ديوري DIURY في (سميرة شرقي، 2007: 68) أنّ ظهور سلوك حركي زائد لدى هؤلاء الأطفال يرجع إلى حدوث اصابة أو تلف في المخ، وأكد ذلك شتراوس وكيفارت STRAUS et KIFART حيث توصلوا إلى نتيجة مفادها أنه يمكن الاستدلال على وجود اصابة أو تلف في المخ مع زملة المظاهر السلوكية عند الأطفال المصابين بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي. ويفترض فلاين و هوبس FLEIN et HOBSS أنّ حدوث خلل وظيفي في الجهاز العصبي يؤدي إلى ظهور اعراض اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي.

كما اشار (المرجع سابق: 63) أنّ الدراسات المستخدمة للاختبارات العصبية النفسية والتي تقيم عمل الفص الجبهي وخاصتها في الضبط السلوكي inhibition، أنّ أداء الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يكون أضعف من أداء الأطفال غير المصابين به. ويبدو أنّ القرار المتصل بأهلية حدث ما للانتباه هو وظيفة الفص الجداري، في

حين أنّ الفصوص الجبهية لها علاقة أكبر في تطوير خطة لکیفیه الاستجابة للمواقف، من جانب آخر تشير نتائج الدراسات العصبية النفسية والدراسات المتصلة بالتصوير الوظيفي للدماغ إلى أهمية أجزاء من الفص الجبهي وربما الفص الجداري في إحداث اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عند الأطفال.

كما أکّدت دراسة عثمان لیب فراج 1999 وارمسترج 1993 ARMSTRONG وبرجن BREGGIN في 1991 (فوزیه محمدی، 2011: 28) أنّ سبب اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه هو حدوث تلف في خلايا القشرة المخية، وخاصة في النصف الكروي الايسر، والتي تتركز فيها مراكز التعلم، اللغة، الذاكرة العاملة، الانتباه، النشاط الحركي.

كما يشير كل من هالاهان و كوفمان HALLAHAN et KAUFFAMAN سنة 2006 في (المرجع السابق، 29) إلى أنه وردت الكثير من الأبحاث التي دلت على أن أسباب الإصابة باضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه تعود إلى وجود تلف في الدماغ وقد نتج عن تلك الأبحاث أنّ هناك ثلاثة مناطق بالدماغ لها علاقة كبيرة بالإصابة وهي الفص الأمامي للدماغ وقاعدة الدماغ والمخيخ، ومن خلال الفحوصات الطبية وجد الباحثون أنّ أحجام هذه المناطق الثلاث لدى الأطفال والبالغين الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي أصغر مقارنة بالأفراد العاديين الذين لا يعانون من الاضطراب.

ب- الناقلات العصبية:

إنّ الناقلات العصبية للمخ عبارة عن قواعد كيميائية تعمل على نقل الاشارات العصبية المختلفة للمخ، ويرى العلماء أنّ اختلال التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية يؤدي إلى اضطراب نشاط الانتباه، فتضعف قدرة الفرد على الانتباه و التركيز، ويزداد اندفاعه ونشاطه الحركي، لذلك فإنّ العلاج الكيميائي الذي يستخدمه الاطباء مثل توموكسيسيتين Atomoxétine الذي يعمل على اعادة التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية قد يساعد الطفل على التقليل من الاندفاعية وتشتت الانتباه لديه.

كما اشار الباحثون في المعهد الوطني الخاص بالصحة العقلية National institute mental health، في (سميرة شرقي، 2007: 63) أنّ قياس طبيعة النشاط الأيضي Metabolic activity في داخل الدماغ للأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه، فاتضح أنّ في أدمغة المصابين من الأطفال مادة الجلوكوز وهي مصدر نشاط الدماغ في هذا العمر بمعدل أقل من أدمغة أقرانهم العاديين. وعندما يكون هذا التمثيل بطيئاً ولا

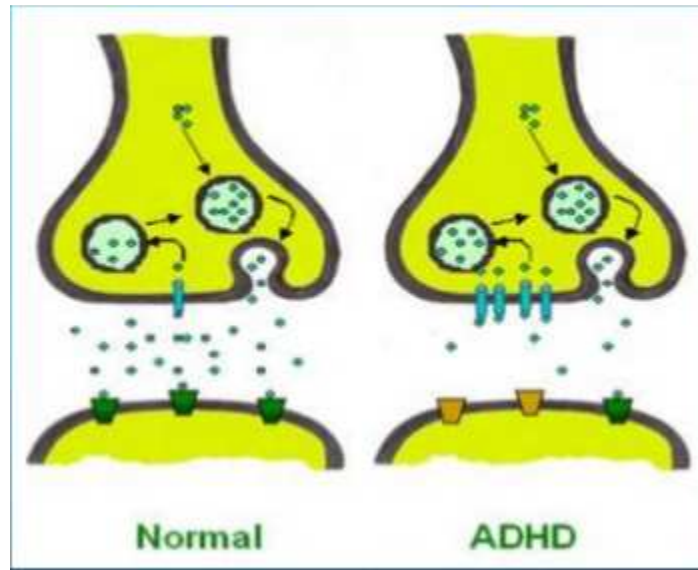
سيما في مناطق الدماغ التي توجه الحركة وتتحكم فيها، فإن النتيجة هي ظهور اضطرابات الانتباه وعدم القدرة على السيطرة على الحركات الهادفة.

وفي دراسة اخرى لبيكهام PECHHAM 2001 (مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي، 2005 : 24) أنه يوجد أكثر من جين مسؤول عن الحالات الوراثية، كما وجد أنّ جين الدوبامين Dopamin4 هو الذي ينظم مظاهر اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال.

في حين ترجع لوفيكى LOUVIKY حدوث هذا الاضطراب إلى مرحلة الحمل، وتتمثل في حدوث خلل نيورولوجي للجيل الناقل للدوبامين.

الشكل رقم 01

يوضح كيف تتنقل مادة الدوبامين عند الأطفال المصابين بقصور في الانتباه مع فرط النشاط الحركي مقارنة مع الأطفال العاديين.



بينما أكدت دراسات كوندال KENDALL 1990، ودراسة ديول DUPAUL 1992 قوردن GORDEN 1991، وكيسر KAISER 1993 في (مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي، 2005 : 26) أنّ سبب الاضطراب هو خلل وظيفي في العمليات الادراكية الخاصة بالانتباه والتشتت والانذفاعية والحركة الزائدة. كما يضيف كلا من السيد علي سيد احمد وفائقة محمد بدر 2004 في (نايف الزارع، 2007 : 20) "أنّ الفص الامامي للدماغ هو المسؤول عن ضعف القدرة على التركيز والانذفاعية وتأخر الاستجابة".

4-2. الأسباب الوراثية:

لا يوجد دراسة قادرة على تقديم دليل على أنه يوجد خلل صبغي أو عصبي عند الأطفال المصابين بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي، ومع ذلك يبدو أنّ للوراثة عامل رئيسي في هذا الاضطراب إذ تشير البحوث إلى إنه ما بين 10% إلى 35% من العائلات التي لديهم أطفال مصابون باضطراب فرط نشاط الحركي مع تشتت الانتباه من المحتمل جدا أن يكون لديهم نفس خطر الإصابة بالاضطراب ويقدر بـ32% في سنة 1986 بيدرمان BIEDERMAN ومساعدون لاحظوا أنّ انتشار الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه تزيد عند الأسر التي لها أحد الولدين يعاني من نفس الاضطراب ويقدر هذا الخطر بـ57%.

بالنسبة للدراسات الأولية حول فرضية السبب الوراثية توصل وارن 1971 WARN في (سميرة شرقي، 2007: 64) إلى أنّ خصائص كروموزومات الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد، إلا أنه فشل في الحصول على اي دلائل تميز تلك الفئة عن الفئات الأخرى. في نفس السياق تشير دراسات اخري وجود علاقة بين العوامل الجينية ومستوى النشاط الزائد، لكنها كذلك فشلت في التوصل إلى علاقة واضحة بين هذه العوامل والنشاط الزائد كظاهرة مرضية.

في حين يشير فرون FARAONE واخرون 1993 إلى أنّ امكانية وجود جينات ناقص أو مضطرب كسبب لاضطراب فرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه يمكن ملاحظة انتشار جيني في العائلة المضطرب. بالنسبة اليهم فإنّ هذا الخلل الجيني ليس سببا دروريا للاضطراب إذ تشير الاحصائيات إلى أنّ 46% من الذكور و 32% من الاناث يحملون هذه الجينات، فرضية جانب الوراثة لا زالت محل الدراسة.

أما فيما يتعلق الدراسات التي اهتمت بالوالدين المتبنين ولهم أطفال مصابون باضطراب فرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه، اشار مورسيون MORRISON و ستيوار STEWART سنة 1973 في مقارنة بين الوالدين متبنين ولهم أطفال مصابين بفرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه مع الولدين بيولوجيين ولهم أطفال مصابون بفرط النشاط الحركي فخلصوا إلى أن الوالدين المتبنين وابنائهم لهم سلوكيات مضطربة أكثر من الاباء البيولوجيين.

اما بالنسبة لدراسة (ماريني مير كولينو وأخرون 2003: 34) حول التوائم فقد وجد تماثل في تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وقدر بـ 81% من التوائم المتطابقة monozygotic و 59% فقط لدى التوائم غير المتطابقة Dizygotic متشابهة الجنس، وجدت الدراسات التي أجريت على الأقرباء من الدرجة الأولى (الإخوان والأبوين) للأفراد ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة أنّ حوالي 25% من هؤلاء الاقرباء يتم

تشخيص الاضطراب لديهم مقارنة مع 4% إلى 8% فقط من اقرباء الافراد غير المصابين بنفس الاضطراب. يؤكد الرأي السابق ما اشار اليه جيليس GILLIS و آخرون سنة 1992 أنه إذا شخصنا توأم باضطراب فرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه، في التوائم المتطابقين فإن نسبة التوافق الاضطراب قدرة بـ 81% والتوائم المتأخرين بـ 29%.

بينما كشفت ديانا هيلز وروبرت هيلز 1999 في (سميرة شرقي، 2007: 64) أنّ حوالي ثلث الأطفال الذين شخصت حالاتهم أنهم يعانون من اضطرابات الانتباه الناجمة عن الحركات المفرطة غير الطبيعية إنما هم قد ورثوها من أحد الأبوين (أو من جهة أحد الأقرباء للأبوين).

كما اشار دراسة كونتس KUNTSI وستيفنسون STEVENSON 2001 حول تقييم فرط النشاط مع تشتت الانتباه مع التوائم باستمارة كونرز CONNERS تبلغ نسبة التوريث بـ 71% من مردود الوالدين و 57% من مردود المعلمين. تشير كذلك النتائج إلى أنّ سلوك الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه إلى أنّ الخلل المعرفي له جانب من الوراثة ونلاحظه في ضبط الاستجابة l'inhibition de réponse بتطبيق اختبار stop task على الوالدين ومقارنتها مع الوالدين الذين ليس لهم أطفال مصابون باضطراب فالنشاط الحركي مع تشتت الانتباه فلو حظ أنّ نسبة الخطء في هذا الاختبار عند الولدين مقارنة مع ابنائهم لا يوجد اختلاف كبير (مع مراعات العمر الزمني).

نستنتج مما سبق أنّ من بين اسباب اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه قد يرجع إلى تأثير جيني وراثي يظهر بوضوح خلال التوائم المتشابهة، أي إذا شخص أحدهما على أنّ لديه نشاط الزائد، يكون لدى الآخر نفس التشخيص، وهذا يدل على تماثل الجينات الوراثية الخاصة بهذا الاضطراب ، أما التوائم الغير المتماثلة فمعدلات التجانس تكون أقل.

4-3. الأسباب البيئية:

تعددت العوامل البيئية حسب الدراسات ، فالتدخين وتعاطي الكحوليات والمخدرات من قبل الأم أثناء الحمل إلى جانب تناوؤها العقاقير من شأنه أنّ يؤدي إلى حدوث هذا الاضطراب لدى الطفل. كما أنّ التسمم الذي يأتي نتيجة الأكل واستخدام بعض اللعب يؤدي إلى حالات شبيهة بأعراض اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد.

وهذا ما اشار إليه كل من فيري فولر 1991 FOWLER، وعثمان فراج 1999 وبيكنهام BECHHAM 2001 في (مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي ، 2005 : 30) إلى أنّ العوامل البيئية المسببة لاضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، اولها في حالت تعرض الطفل إلى تسمم، مثلا بالرصاص كأكل أو استخدام بعض اللعب أو حمض الأستيل سالسيلك الذي يوجد في تركيب بعض المواد التي تضاف إلى الأطعمة. ثانيا التلوث البيئي خلال فترة الحمل، أو فترة مراحل الطفولة المبكرة، والتي يحدث فيها نمو المخ، والجهاز العصبي. ثالثا تعرض الام الحامل للأشعة مثل (اشعة X) بشكل زائد لعلاج كيميائي او اشعاعي. رابعا ادمان الام الحامل على الكحول و التدخين. و اخيرا إصابة الأم الحامل بأحد أعراض التي توقف تغذية الجنين بالأوكسجين مثل مرض السكر، أو تعقد الحبل السري، أو الولادة العسرة وغيرها.

وحسب دراسة ليلي المرسومي 2011 في (بن مصطفى، 2016:26) والتي كان هدفها التحقق من وجود علاقة بين مادة الرصاص في الدم وإصابة الطفل باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، فجاءت نتائج الدراسة مؤكدة على وجود علاقة موجية بينهما فكلما ارتفعت نسبة الرصاص في الدم زاد مستوى اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

4-4. الأسباب النفسية:

قد تقود المشكلات في المزاج لدى الأطفال إلى اضطرابات سلوكية أكثر صعوبة وخاصة عندما يمتعض الوالدان من التهيج الإضافي الذي قد يسببه هؤلاء الأطفال، فالنشاط الزائد لدى الطفل هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض، وبالتالي انخفاض تقدير الذات وزيادة مستوى التهيج لدى الطفل والاعتقاد بدور الأنماط المزاجية في إحداث سلوك النشاط الزائد، فإن المزاج بمفرده قد يزيد من وتيرة النشاط الزائد.

بينما يري (سعد رياض 2000 : 44) أنّ العقد النفسية والصراعات الداخلية تستنفذ قدرا كبيرا من الطاقة العصبية اللازمة لعملية الانتباه، ومن أمثلتها:

- عقدة النقص أو الذنب او الشعور الاضطهاد.

- القلق المعمم وحدة الإنفعال.

- الاسراف في التأمل الذاتي و الاستسلام لأحلام اليقظة.

كما يشير (مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي، 2005 : 32) أنّ الفشل الأطفال المصابين باضطراب نقص

الانتباه وفرط النشاط الحركي ناتج عن إحباط عاطفي مستمر سرعان ما يختص بزوال العوامل المحيطة مثل : الضغوط النفسية واضطراب التوازن العائلي أو العوامل المؤدية إلى التوتر.

يشير حامد زهران 1980 في (فوزية محمدي، 2011: 30) أنّ اضطراب النشاط الزائد ليس مجرد تغيرات مصاحبة للنمو، وأنّ الطفل قد يعاني من بعض المشكلات النفسية في حياته اليومية لا تصل إلى درجة المرض النفسي، ولكن يجب الاهتمام بها قبل أنّ يستفحل الامر إذ أنه يحول دون النمو العادي من الناحية السلوكية عند الطفل. في نفس السياق يشير عبد الفتاح القرشي 1993 في (مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي، 2005: 32) إلى أنه يجب الاهتمام بدوي النشاط الزائد قبل استفحال الامر وأنّ هذه التغيرات قد تكون انعكاسا لأساليب معاملة معينة أو اسلوب دفاعي ضد الشعور بالاكتئاب.

في الاخير ذكر كل من السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر 2004 أنّ بعض الدراسات أشارت إلى أنّ أسباب الاضطراب تعود إلى أساليب المعاملة الوالدية السيئة التي تتسم بالرفض، والإهمال، والحرمان العاطفي.

5.4. الأسباب الما وراء المعرفية:

من بين الدراسات من ارجع سبب اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه الى اسباب ما وراء معرفية اول هذه الدراسات نجد دراسة نادين كيبرف (Nadine Kipfer، 2010: 731) اذ قامت هذه الباحثة بعرض مختلف الدراسات النظرية التي تشير إلى أن فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من الاضطرابات الطفولة والذي يتم تشخيصه في السن السابعة والتي قد تتبعه في سن المراهقة وحتى الرشد. تترافق مع هذا الاضطراب اضطرابات في التعلم، ولقد ارجع الباحثة سبب هذه الاخير إلى اضطرابات ما وراء معرفي مثل تخطيط التعديل الذاتي المعرفي والسلوكي وغيرها من العمليات الما وراء المعرفية. كما اشارة الباحثة إلى مختلف البحوث والدراسات التي تهتم بتدريب الطفل على ضبط العمليات الما وراء المعرفية المضطرب عوض علاجه بالعقاقير لان التدخل بالعقاقير قد ينجم عنه أعراض جانبية كما أنّها لا تعالج الاضطراب من أصله.

في حين ركزت دراسة جونسون و ريد 2011 Johnson & Reid على عجز الوظائف التنفيذية (FE) لدى التلاميذ ذوي اضطراب فرط النشاط المصحوب باضطراب الانتباه ووضحت الدراسة أن الأطفال (TDAH) يكون لديهم مشكلات أكاديمية احد اسبابها هو الصعوبة في الوظائف التنفيذية والتي تعتبر ضرورية لتوجيه السلوك لتحقيق الأهداف المعقدة. وأوضحت النتائج أن هؤلاء الأطفال غالبا ما يكون لديهم ضعف في الوظائف التنفيذية حيث تكون لديهم صعوبة في أداء المهام التي تتطلب مهارات التخطيط والتنظيم والحفاظ على الجهد وأنشطة المراقبة وأوضحت الدراسة أهمية دور المعلمين في علاج ضعف الوظائف التنفيذية لتحسين أداء التلاميذ الاكاديمي.

بينما هدفت دراسة (Ma'ayan et al, 2012) في (رحاب احمد راغب، 2015: 16) إلى تقييم الخلل في الوظائف التنفيذية عند الأطفال المصابين فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، وانقسمت عينة الدراسة إلى جزئين: الجزء الأول يهدف إلى دراسة الخلل في الوظائف التنفيذية لدى الأطفال من ذوي اضطراب (TDAH) في السلوك اليومي (كما يقرره الاباء) وفي أدائهم على الاختبار الاساسي للدراسة، وهدف الجزء الثاني من الدراسة إلى دراسة العلاقة الارتباطية بين اختبارات الدراسة. تكونت عينة الدراسة من 25 طفل تتراوح أعمارهم ما بين (8-11) ولديهم اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب باضطراب الانتباه، و25 اخرين ليس لديهم الاضطراب يتجانسون معهم في السن. أظهرت النتائج وجود اختلافات ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في الوظائف التنفيذية، وبوجه عام توجد اختلافات ذات دلالة احصائية في الوظائف التنفيذية بين المجموعتين خاصة فيما وراء المعرفة وليس في تنظيم السلوك، أشارت النتائج ايضا إلى وجود ضعف في الوظائف التنفيذية الرئيسة في السلوك اليومي، هذه الصعوبة حدثت فيما وراء المعرفة وتنظيم مكونات السلوك اليومي.

4-6. الأسباب الاجتماعية:

مما سبق ذكره نجد أنّ الأسباب الوراثية والاسباب البيولوجية المخية وكذا الأسباب النفسية و الاسباب الما وراء المعرفة هي عوامل تساهم في ظهور اضطراب قصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي كما أنه يوجد دراسات اخري اهتمت بالجانب المحيطي والمتمثل في البيئة الأسرية التي يعيش فيها الطفل المصاب بالاضطراب. اشار فرانس FRANC واخرون سنة 2009 في دراسة حول مفهوم التعلق حيث ترى هذه الدراسة أنّ نوعية العلاقة الموجودة بين الأم والطفل تؤثر تأثيرا كبير على سلوك الطفل وقد يكون سببا من الأسباب المؤدية لاضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي. في نفس السياق يري نفس الباحث أنه إذا كان لاحد الوالدين ضعف عصبي له تأثير على الوظيفة العلائقية بين الام وطفلها أو على السير العلائقي للطفل وخاصة في نوعية التعلق أثناء انشاء التفاعلات المبكرة بين الطفل والوالدين.

أما العوامل البيئية المحيطة بالطفل والمتمثلة في الأسرة وأساليب معاملة الوالدية فإن لها دور مهم في إحداث اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد، لما لها من تأثير قوي في حياة الطفل وخاصة في مراحل نموه الأولى، وقد أكدت على ذلك الكثير من الدراسات، حيث يرى باركلي BARCKLY 1985 في (سميرة شرقي، 2007: 65) أنّ النشاط الحركي الزائد ليس أكثر من أنّ يكون نتيجة ضعف في ضبط سلوك الطفل من قبل والديه، حيث طرق ترويض سلوك الطفل الضعيفة تؤدي إلى اضطراب في سلوكه. و توصل كذلك إلى أنّ هذا

الاضطراب ينشأ من أسلوب معاملة الوالدين للطفل ، ومدى التفاعل بينهما حيث أنّ الطفل يظهر أكثر عصياناً للتوجيهات والأوامر التي توجه له.

بينما يؤكد نيوفيل NEWFIL سنة 1995 (نايف بن عابد الزارع 2007 : 22) أنّ 50% من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يوجد في أسرهم من يعاني من الاضطراب السلوكي. اما بالنسبة لدراسة كابلان وزملائه KAPLAN et al سنة 1994 في (السيد علي واخرون 1999،: 44) والتي كانت تهدف إلى دراسة طبيعة العلاقة بين الحرمان العاطفي من الوالدين واصابة الأطفال باضطراب الانتباه فقد تكونت عينة دراستهم من أطفال يعيشون في مؤسسات للتربية وأطفال يعيشون في البيئة الطبيعية مع أسرهم ، فقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أنّ اضطراب الانتباه يرتفع لدى الأطفال المودعين بالمؤسسات مقارنة بالأطفال الآخرين ، مما يدل على أنّ الحرمان العاطفي من الوالدين يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب الانتباه.

قام كذلك لكارلسون وأخرون 1995 في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 123) بفحص عينة واستخراج عدة اعراض منذ الولادة وكذلك في الطفولة الأولى هذه الأعراض قادرة على التكهن أو توقع بظهور الاضطراب في المستقبل. نتائج هذه الدراسة اظهرت اهمية كبير للخلفية العائلية منذ ولادة الطفل في ظهور سلوك غير توافق مع فرط في النشاط الحركة في الطفولة الاولى، وحسب هذه الدراسة فإنّ المتغيرات الرئيسية المتسببة في ظهور الاضطراب هي الوضعية الاجتماعية للآباء عند ولادة الطفل وكذلك الدخل الاقتصادي المنخفض ومن ناحية اخرى يرون أنّ التحفيز المفرط الابوي للطفل سبب من الأسباب.

وتفيد دراسة بريو PRIOR سنة 1998 في (فوزية محمدي، 2011: 32) أنّ المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة يؤثر في ظهور المشكلات السلوكية، بينما أثبتت دراسة بندا وأخرون PINEDA et al سنة 2001 أنّ أعراض النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه تكون واضحة بدرجة كبيرة في الطبقات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض والأسر التي تحمل رعاية أطفالها. كما يعزى الاضطراب إلى النظام التعليمي وعدم توفر البرامج الخاصة بخفض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه في المدارس، حيث لا يتلقى الأطفال العلاج المناسب للتغلب على هذا الاضطراب.

يمكن أنّ نستنتج من هذا العنصر أنّ الأسباب كثيرة ومتعددة ومختلفة لحدوث اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه حيث يعتقد البعض أنّ هناك عاملا وراثيا يتمثل في اختلافات تشريح المخ والأعصاب ، والبعض

الأخر ينفي ذلك ، بينما هناك من يؤكد ارتباط العامل الجيني الوراثي مع العامل النفسي، وإلى الآن لم تجزم الدراسات ما هو السبب الحقيقي والرئيسي وراء هذا الاضطراب. كما أنه يمكننا أن نستشهد بدراسة BARKLEY حول الاسباب المؤدية لاضطراب النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه، حيث لا يرجع الباحث سبب هذا الاضطراب إلى سبب واحد بل ارجعه إلى عدة اسباب بمعنى اخر ليس نتيجة عامل واحد بل هو ناتج عن عدة عوامل تتفاعل مع بعضها البعض.

5. اعراض اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه:

يمكن تقسيم أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد إلى ثلاث أنماط أساسية ولكن لكل نمط سمات تميزه عن الآخر وذلك على حسب كلا من السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر ، 1999 وفوزية محمدي، 2011 وشوقي ممدادي، 2013 ومفيدة بن حفيظ، 2014.

1-5 نقص الانتباه Inattention:

هو عدم مقدرة الطفل على التركيز لفترة زمنية محدد التي تتناسب مع المرحلة العمرية للطفل وتدل على صعوبة مزمنة في المحافظة على الانتباه في نشاط ما، ويتمثل نقص الانتباه في المظاهر التالية:

- عدم الانتباه :

أي عدم انتباه الطفل للمثير المعروض أمامه، وربما لأنه لا يثير انتباهه، أو بسبب عزوفه عنه لان هناك مثير اخري أهم بالنسبة اليه.

- القابلية للتشتت :

أي عدم قدرة الطفل على تركيز انتباهه لمدة زمنية كافية في المثير المعروض أمامه، وقد يرجع لأسباب عضوية أو نفسية مردها ضيقه أو ملله أو عجزه عن أدراك المثير بالشكل المطلوب والصحيح .

- تثبيت الانتباه :

أي ثبات انتباه الطفل على مثير معين دون الآخر، لأنه يستهويه أو عدم تمتعه بالمرونة الذهنية الكافية لنقل انتباهه من مثير إلى اخر.

أ. سمات نقص الانتباه: تتضمن تلك السمات إلى ما يلي:

- لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة.
- يجد الطفل صعوبة في الانتباه إلى شكل المنبه ومحتوياته ومضمونه.
- تشوش الأفكار مع صعوبة في حل المشكلات.
- صعوبة تنشيط الذاكرة العاملة.
- صعوبة التحكم في نظم الرموز المجردة كالجبر.
- لا يستطيع الطفل متابعة التعليمات المقدمة اليه مما يجعله يفشل في إنهاء الأعمال المطلوب منه التي قد يكون بدء فيها كما أنّ أعماله دائما تخلو من النظم والقواعد.
- يتجنب الطفل المشاركة في الأعمال التي تتطلب منه مجهود عقليا وفكريا سواء كانت تتعلق بالأنشطة التي يمارسها يوميا أو في المجال الدراسي.
- ضعف الباعث الإدراكي الجسمي.
- يجد الطفل صعوبة في عملية الإنصات للآخر، ويبدو أنه لا يستمع عند الحديث إليه.
- ينسى دائما الأشياء الضرورية التي يحتاجها حتى ولو كانت خاصة به مثل الأدوات المدرسية.
- يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة.
- الفشل الدراسي الناجم عن قصور التركيز والانتباه.
- ضعف القدرة على الانتباه بشكل عام خاصة قصور القدرة على تركيز انتباهه نحو مثير معين لفترة طويلة، والانتقال من مهمة إلى أخرى بشكل سريع وبدون مبرر، ويلاحظ المعلمون صعوبة قدرة الطفل على تركيز انتباهه نحو التوجيهات، والإرشادات الموجهة إليه، وعدم القدرة على الإنصات للدروس والتعليمات فهو ينسى دائما الأعمال اليومية المتكررة والمعتادة التي يقوم بها.

إنّ قصور الانتباه كواحد من الاعراض الاساسية التي يمتاز بها اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه،

إذ يتميز هذا العرض بالعديد من السمات والتي قد تؤثر على حياة الفرد حتى في سن الرشد. وهذا ما تؤكدته

دراسة" لينروينر "سنة 1991 حيث أنّ % 23 و 30% من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه مع

فرط الحركة لديهم مشكلات تعليمية، وخاصة في مادة الرياضيات والقراءة. كما قام كل " رابنر وزملاؤه

Rabiner et al في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 88) بدراسة حول الصعوبات التعليمية التي يمر بها الأطفال في

المرحلة الابتدائية حيث كانت الدراسة تقوم على متابعة التغيرات الأكاديمية لمجموعة من الأطفال كانوا يعانون من قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي في مرحلة رياض الأطفال وتمت متابعتهم لخمس سنوات لاحقة من السنوات الدراسية بالمرحلة الابتدائية، وقد كان أداءهم منخفضاً في التحصيل القرائي وصعوبات في القراءة. كما أنّ نفس الباحثين أجروا دراسة أخرى سنة 2000 بهدف تقييم مستوى تحصيل التلاميذ الذين يعانون من فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه في مادة القراءة والرياضيات واللغة المكتوبة حيث توصلت الدراسة أنّ مستوى التلاميذ في القراءة منخفض بنسبة % 76 وفي اللغة المكتوبة بنسبة % 92 عن أقرانهم العاديين إنّ هذه النتائج المنخفضة عن المستوى المطلوب في التحصيل تعود إلى ضعف العمليات الذهنية لدى هذه الفئة بالضرورة وهذه واحدة من سمات ضعف الانتباه. كما أجرى " بينيديتو وتانوك Benedotto and Tannock 1999 في (سحر أحمد الخشمري، 2007: 09) دراسة غرضها تقييم مهارة القيام بالحسابات الرياضية للأطفال الذين لديهم فرط في النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مقارنة الأطفال عاديين وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه أقل من أقرانهم في مادة الرياضيات حتى وإن كانوا في نفس مستوى الذكاء، يعتمد الأطفال المصابين بالاضطراب على إجراء عمليات الحساب باستخدام أصابع اليد وليس على الذاكرة، كما أنّهم يعانون من فهم المفاهيم بشكل المناسب، وهي مهارة تتطلب مهارة أساسية مثل تشغيل الذاكرة والانتباه الذي يشكل جانب ضعف لديهم.

5-2 النشاط الزائد Hyperactivité:

يشير روز واخرون rose et al 1976 في (محمد علي كامل 2003، : 99) إلى أنّ الطفل ذو فرط النشاط على أنه الطفل الذي دائماً ما يبدي مستويات مرتفعة وعالية من النشاط حتى في المواقف التي لا تتطلب ذلك، أو حتى عندما يصبح ذلك غير مناسب أو غير ملائم للموقف، بما أنّ هذا الطفل غير قادر على احتزال وتثبط هذا المستوى العالي من النشاط، مما يثير قلق وانزعاج الكبار.

ب. سمات النشاط الزائد:

- كثرة الحركة.
- صعوبة القدرة على الاستقرار الحركي.
- الخروج من المقعد والتجول في الفصل أو المنزل بدون سبب واضح.

- عدم التناسق في الحركي.
- نشاط زائد للحركات الكبرى، ويهتز باستمرار في بعض الاحيان
- التأرجح على الكرسي، قرع الأصابع.
- إحداث الضوضاء في المكان الذي يتواجد فيه.
- يتململ بيديه وقدميه في مكان تواجده.
- سهولة استثارته انفعاليا.
- عدم تقبلهم اجتماعيا من معلميهم وأقرانهم على حد سواء.
- يظل يمشي ذهابًا و إيابًا في المكان الذي يوجد فيه وذلك بدون سبب أو هدف معين.
- يجعل دائما المكان الذي يوجد فيه مبعثرا وغير منظم.
- كثير الثرثرة ويحدث صخب وضوضاء، ولا يستطيع ممارسة عمله أو نشاطه بهدوء.

إنّ فرط في النشاط الحركي عند الأطفال المصابين بـ TDAH غير مقبول اجتماعيا إذ يمنعه على اقامت علاقات اجتماعية مع الافراد المحيطين به سواء من قريب أو من بعيد، هذا ما اشارت اليه دراسة " أحمد عثمان " 1995 في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 90) أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يتميزون بمزاج سلبي وبارتفاع في درجات الاكتئاب مقارنة بأقرانهم العاديين، وتقر دراسات أخرى لعدد من العلماء من بينهم "باركلي أنّ هؤلاء الأطفال يتميزون بضعف العلاقة مقارنة بالآخرين نتيجة حركتهم الزائدة، وكذا السلوك العدواني الذي قد يؤدي بهم إلى جنوح الأحداث مع تقدير الذات المنخفض حيث قد يكون سيء الضن بالآخرين.

بينما اشار محمد كامل 1998 في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 90) حول دراسته هدفت إلى التعرف على العلاقة بين صعوبات التعلم وكل من التحكم الذاتي والتوافق النفسي من منظور سيكوفيزيولوجي فأوضحت النتائج وجود انخفاض في التحكم الذاتي والتوافق النفسي . كما أشار باركلي سنة 1998 في (المرجع السابق: 90) بأنّ الطفل المصاب بهذا الاضطراب يقوم ببعض السلوكيات المرفوضة اجتماعيا ، والتي تخالف النظام المعمول به كأن يطلب الأشياء من زملائه بطريقة غير مناسبة ، وبشكل مثير للإزعاج، كما أنه قد يقوم بسلوكات عدوانية تجاه الآخرين، وإساءة في التصرف، وقصور في تكوين صداقات وعلاقات مع الاخرين.

5-3 الاندفاعية Impulsivité:

اشارة (محمد النوبي محمد علي، 2005: 60) إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يتميزون بسرعة الاندفاعية في الاستجابة أو سرعة رد، إذ أنّ أي موقف يتعرض له الطفل داخل الفصل مثلا كسؤال ، أو من خلال لعبة مع زملائه في فناء المدرسة نجد أنه لا ينتظر دوره في اللعب، حيث يكون مندفعاً للاستجابة دون تفكير مسبق، فلا يعرف تبعات قيامه بالأفعال، كما يجد صعوبة في انتظار دوره ولا يفكر في البدائل المطروحة قبل أنّ يختار قراره الذي تم اختياره بالعجلة والتسرع .

ج. سمات الاندفاعية:

- صعوبة كف السلوك
- سوء التوافق الشخصي والاجتماعي.
- عدم إتباع التعليمات.
- الانتقال من عمل إلى آخر دون إتمام الأول.
- غير مطيع اجتماعياً.
- لا يحترم الآخرين ولا ينصت إليهم ويقاطعهم في الكلام ويتدخل في أنشطتهم وأعمالهم.
- كثير التدخل في شؤون الآخرين دون أن يطلب منه ذلك.
- يصعب عليه انتظار دوره في اللعب أو في المواقف الاجتماعية.
- آلية في الاستجابة.
- نقص التنظيم السلوكي.
- التغيير المفاجئ في النشاط.
- يقوم بالإجابة عن الاسئلة قبل استكمالها.

- لا يستطيع الانتظار دوره.

يلاحظ المعلمون والآباء الذين يتعاملون مع الأطفال المصابين باضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه بأنهم تغلب عليهم سمة الاندفاعية وهي سمة مميزة وكثيرة الشيوع لدى هذه الفئة، وقد يقوم الطفل بمقاطعة أحاديث الآخرين، والإجابة عن الأسئلة الموجهة إليه دون تفكير، أو الإجابة عنها قبل إتمام السؤال، كما يلاحظ عليهم قصور في القدرة على انتظار الدور، كما أنهم لا يباليون بعواقب الأمور ونتائجها السلبية.

نلاحظ أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لا يمتازون بالاندفاعية في السلوك فقط بل كذلك الاندفاعية من الناحية المعرفية وهذا ما أكده مصطفى محمد كامل سنة 1988 في (سميرة شرقي، 2007: 87) إلى أنّ نسبة كبيرة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم يتميز أسلوبهم المعرفي بالاندفاعية، ويتميز سلوكهم بفرط النشاط، ولما كان الانتباه الانتقائي من الشروط الرئيسية للتحصيل في القراءة فقد اتضح أنّ أصحاب صعوبات التعليم يركزون انتباههم على الكلمات والسطور التي يقرأونها ببطء، ويقعون في أخطاء أكثر بالمقارنة بالعاديين، وترجع صعوبات الكتابة لدى المندفعين إلى أنّها تتطلب تركيزاً على كل المكونات السمعية والشكلية للكلمات والحروف، وهذا لا يتلاءم مع الأسلوب المعرفي الاندفاعي.

يري فنشين واخرون (Finich et al) سنة 1964 وميسر (Messer) سنة 1980 وهلاهان وزملاؤه (Halahan et al) سنة 1983 أنّ الأطفال المتأخرين دراسياً يكونون من الأطفال المندفعين وأنهم متعثرين دراسياً ويعانون من عجز عن التعلم في مجالات مختلفة، وينطبق ذلك على التلاميذ منخفضي التحصيل الدراسي فهم أكثر اندفاعية من متوسط التحصيل، وتبين أيضاً أنّ أداءهم في مجال القراءة البصرية يقل بدرجة واضحة عن أداء الأطفال الغير المندفع.

6-التشخيص الأمثل لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه:

إنّ التشخيص الأمثل لاضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي يجب أنّ يشتمل على فريق طبي متعدد من أجل أنّ يكون التشخيص كامل وهذا ما اشار اليه المعهد الوطني للصحة والتفوق السريري سنة 2008 (National Institute for Health and Care Excellence (NICE)) في دراسة (نايف بن عابد الزارع، 2007 : 44) أنه من أجل تشخيص الأطفال المصابين بقصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي يجب أنّ يقوم بالتشخيص طبيب الامراض العقلية للأطفال وطبيب الأطفال واخصائي نفسي بشرط أنّ يكونوا

مؤهلين ومدربين وتكون لهم الخبرة اللازمة من أجل اعطاء التشخيص الصحيح. ويتم تقويم شامل وواضح لمشكلات الطفل الذي يعاني من اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه من المدرسة عن طريق المعلم وفي المنزل عن طريق الوالدين وفي البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل، تجمع المعلومات التي تتعلق بهذا العنصر الاخير من الوالدين، وبعد أن يتم تحديد طبيعة مشكلة الطفل، ومظاهرها وأبعادها، يتم صياغة برنامج علاجي شامل لهذه المشكلة، فالهدف الأساسي من عملية التشخيص هو معرفة جوانب القوة والضعف عند الطفل، وتصنيف مشكلته لتقدم للمعالج الصورة الشاملة للطفل، و تشمل عملية التشخيص ما يلي:

أولاً: يتم في هذه المرحلة جمع المعلومات الأولية على الطفل للتقييم السريري ونفسي للطفل إذ تحتوي هذه المرحلة على دراسة سلوك الطفل في مختلف مجالات حياته اليومية. يجب الاستعانة بالأدوات التشخيصية اللازمة للحصول على معلومات عن الطفل وذلك من مصادر متعددة ومختلفة من بينها نجد الوالدين والمعلم. يجب الاستعانة بالسجلات الطبية لإجراء مسح طبي عام لاستبعاد أي مشاكل في القدرات الجسمية، من بين التخصصات التي يجب الاستعانة بها من أجل الوصول إلى المسح الطبي الجيد أولاً طبيب عام، طبيب الأمراض العقلية للأطفال، طبيب أعصاب، أخصائي نفسي عيادي.

ثانياً: في هذه المرحلة نقوم بالمقابلة المباشرة مع الطفل من أجل الملاحظة خلال فترة تطبيق الاختبارات المقدمة إليه من أجل الحصول على معلومات هامة حول كيفية تعامل الطفل مع الواجبات البسيطة أو المعقدة، والتعرف على المشكلات البصرية أو السمعية.

ثالثاً: في هذه المرحلة يمكن أن نطلق عليها بالتشخيص الشامل للحالة إذ يتم إجراء تقييم نفسي وإجراء اختبارات الذكاء وتحصيل فردية، وتطبيق قوائم تقدير السلوك وملاحظة صفته بالإضافة إلى إجراء تقييم مبني على المنهج. ثم بعد الانتهاء من التشخيص من قبل الفريق المتعدد التخصصات يقوم هذا الفريق بوضع الخطة التربوية الفردية ومن العناصر الأساسية في عملية تقييم وتشخيص الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وهو التنوع في تطبيق المقاييس سواء قوائم تقدير السلوك أو الاختبارات الفردية المقننة إن وجدت. بالإضافة إلى التاريخ السابق للطفل وجمع ما أمكن من معلومات عن الطفل داخل المدرسة ومراجعة سجلاته المدرسية. وبما أن هنالك بعد طبي وتربوي أكاديمي وتربوي سلوكي ونفسي في هذا الاضطراب، فلا بد من أن يكون الفريق الذي يعمل في التشخيص فريق متعدد التخصصات مثلما تم الإشارة إليه في النقطة الأولى من

الاخصائي النفسي، وطبيب الأطفال أو طبيب الأمراض العقلية للأطفال، بالإضافة إلى الأخصائي المختص، والمدرس العادي ومدرس التربية الخاصة. إن قياس وتشخيص المظاهر السلوكية والانفعالية للطفل من شأنه أن يلقي الضوء عما إذا كانت المشكلات ذات مظاهر خارجية مثل العدوانية واضطرابات التصرف، والقلق، والاكتئاب، والانسحاب الاجتماعي.

1.6. مراحل قياس وتشخيص الأطفال المصابين بقصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي:

يتم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وفقاً للمعايير المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، إذ يقدم هذا الأخير خطوطاً إرشادية لتشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، والاضطرابات النمائية، أو السلوكية، أو الانفعالية الأخرى، وذلك عن طريق عرض قائمة من الأعراض التي قد تشير إلى الاضطراب، وكذلك مجموعة من المعايير لتحديد فيما إذا كان الفرد يعاني من اضطراب أم لا.

يذكر كل من باركلي BARAKELY سنة 1998 وكوفمان KOFMAN سنة 2005 في (نايف الزارع، 2007 : 42-49) أنّ قياس وتشخيص أي طفل يعاني من اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي لا بد أن يتضمن المراحل الآتي:

1. إجراء الفحوصات الطبية المختلفة:

تعمل أسرة الطفل على إجراء بعض الفحوصات التي تخص الجهاز العصبي، والجوانب الصحية، والظروف الطبية مثل أورام الدماغ، والصرع كمسبب لحالة اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه للتأكد من وجود أو عدم وجود مشكلات مرتبطة بها .

2. إجراء المقابلة الطبية :

يعرض الآباء في المقابلة الطبية الطفل على طبيب نفسي من أجل توفير معلومات عن الخصائص الطبية، والنفسية للطفل وتفاعلات الأسرة مع الطفل.

3. تقديرات المعلمين والآباء:

عادة ما يكون الآباء، والمعلمون أكثر اهتماماً بعملية التقييم، والتشخيص من أجل وضع خطة علاجية لضبط السلوك، وتنظيم حياة الطفل، وبيئته المدرسية، وطرق التدريس الفعالة، حيث تعد الطريقة المثلى لتقييم وتشخيص اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه هي تعريض الطفل لمتطلبات البيئة المدرسية، بالإضافة إلى تقديرات المعلمين، والملاحظة المباشرة، والمقابلات المباشرة.

كما يمكن الرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في الطبعة الرابعة الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في تشخيص الاضطراب، وتوجد العديد من مقاييس التقدير التي تستخدم للتعرف على اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه كما أوردها سالم 2001 ومنها ما يلي:

مقاييس تقدير أولياء الأمور : يعتبر مقياس كونر CONNERS المعدل لتقدير أولياء الأمور من أكثر المقاييس شمولية وهو يصلح للأطفال فيما بين 3 سنوات و 17 سنة وهو ثمرة جهد 30 سنة من البحث والتطوير، ويشتمل على ثمانية مقاييس رئيسية إضافة إلى قائمتين تستخدمان للتمييز بين الأطفال العاديين وذوي اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وهذه المقاييس الثمانية هي:

1. مقياس المقابلة أو المعارضة.
 2. مقياس المشكلات المعرفية
 3. مقياس النشاط الزائد والاندفاعية.
 4. مقياس القلق والخجل.
 5. مقياس الإتيان.
 6. مقياس المشكلات الاجتماعية.
 7. مقياس الاضطرابات النفسية.
 8. مقياس اعراض الاضطرابات العقلية التي وردت في دليل التشخيص للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المراجعة والمنقحة والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي.
- يتبين من خلال المقاييس السابقة الذكر التي تعمل تشخيص اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه من خلال تقدير الآباء، تكاملها في تشخيص جوانب عديدة للطفل : المعرفية، النفسية، السلوكية، الاجتماعية، كما أنّ لتقدير المعلمين وملاحظتهم داخل الصف الدراسي أهمية بالغة في تشخيص الاضطراب.

مقاييس تقدير المعلمين:

توجد مجموعة من المقاييس التي تستخدم للحصول على تقديرات المعلمين وأهمها: مقياس كونر CONNERS لتقدير المعلمين ويحتوي على 59 عنصراً مشابهاً للعناصر التي يشتمل عليها مقياس تقدير أولياء الأمور بالإضافة إلى مقياس للجوانب النفسية والجسمية. كما توجد مقاييس أخرى تهتم بالتقدير الذاتي من قبل الطلاب خاصة في المراهقة سوف يتم التعرض لها في العنصر الموالي.

مقاييس التقدير الذاتي خاصة إذا كانت الحالة من فئة الطلاب والمراهقين :

يعتبر مقياس كونر CONNERS للتقدير الذاتي للمراهقين من أكثر مقاييس التقدير الذاتي المستخدمة لتقدير اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه ويتكون هذا المقياس من 87 عنصراً ضمن مجموعة المقاييس الفرعية التالية: (مقياس المشكلات العائلية، مقياس التحكم بالغضب، مقياس الاعراض التي يشتمل عليها الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة، مقياس المشكلات الانفعالية، مقياس مشكلات التعرف، مقياس المشكلات العقلية مقياس النشاط الزائد والاندفاعية) كما تم تطوير نسخة مختصرة لهذا المقياس تحتوي على 27 عنصر ضمن أربعة من المقاييس الأساسية وهي : مقياس النشاط الزائد والاندفاعية، مقياس المشكلات العقلية، مقياس مشكلات التصرف، مقياس المشكلات الانفعالية.

نلاحظ تنوعاً في مقاييس كونر CONNERS حيث تشمل جوانب مختلفة تشخيصية عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وهذا ما يمكن أن نطلق عليه مقاييس مشتركة

مقاييس التقدير المشتركة :

يعتبر مقياس تقييم سلوك الأطفال من المقاييس المختلطة التي يشترك في أدائها مجموعة من المقدرين مثل المعلمين وأولياء الأمور ، والطلاب ، وقد تم تقنينه على عينة مختلطة تقدر بحوالي عشرة آلاف طفل و 2000 معلم ، وأكثر من ثلاثة آلاف ولي أمر ، ويختص المقياس بمعلومات عن الجانب السلوكي، والعقلي، والانفعالي للمفحوص كما يقسم الجزء الخاص بتقدير المعلمين إلى ثلاث مجموعات عمرية:

المجموعة الأولى : من سن 4 إلى 5 سنوات مرحلة الطفولة المبكرة.

المجموعة الثانية : من سن 6 إلى 11 سنة مرحلة الطفولة المتأخرة.

المجموعة الثالثة : من سن 12 إلى 18 سنة مرحلة المراهقة.

ويستغرق تطبيق كل مجموعة ما بين 10 إلى 20 دقيقة للأبعاد الأربعة التالية

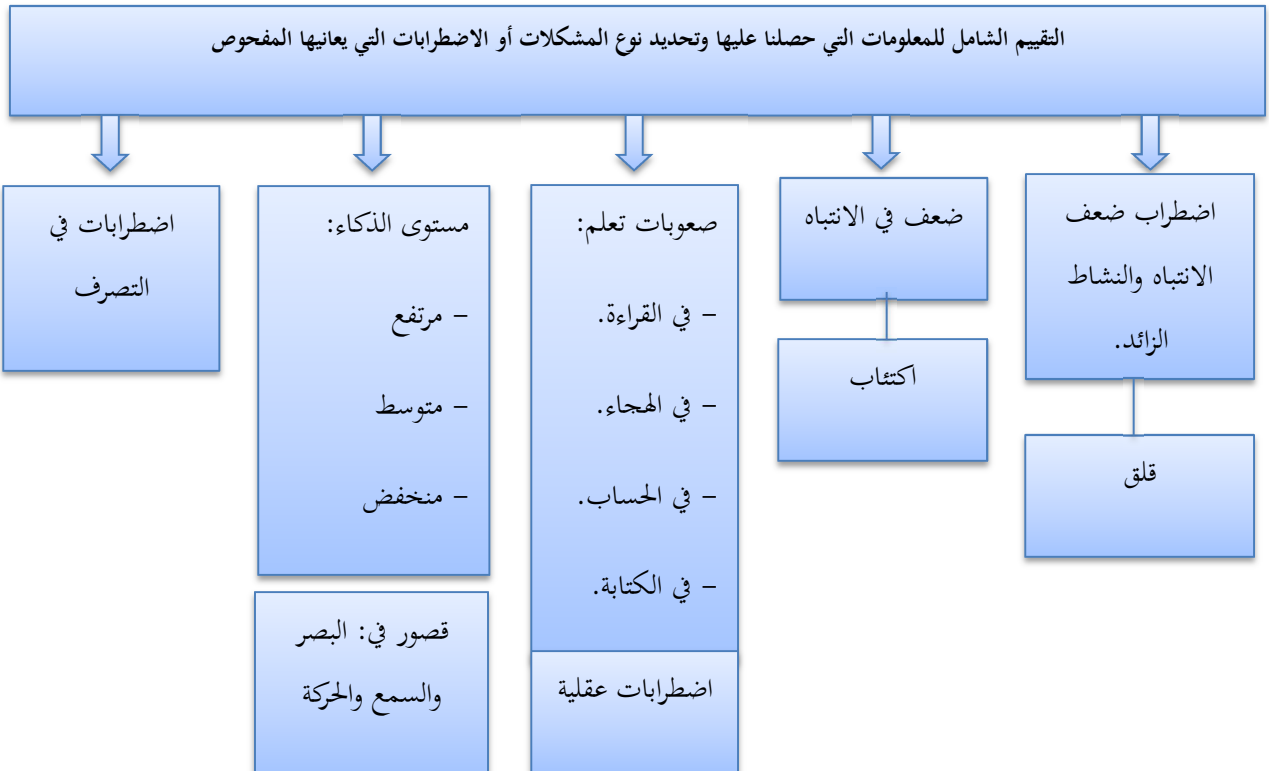
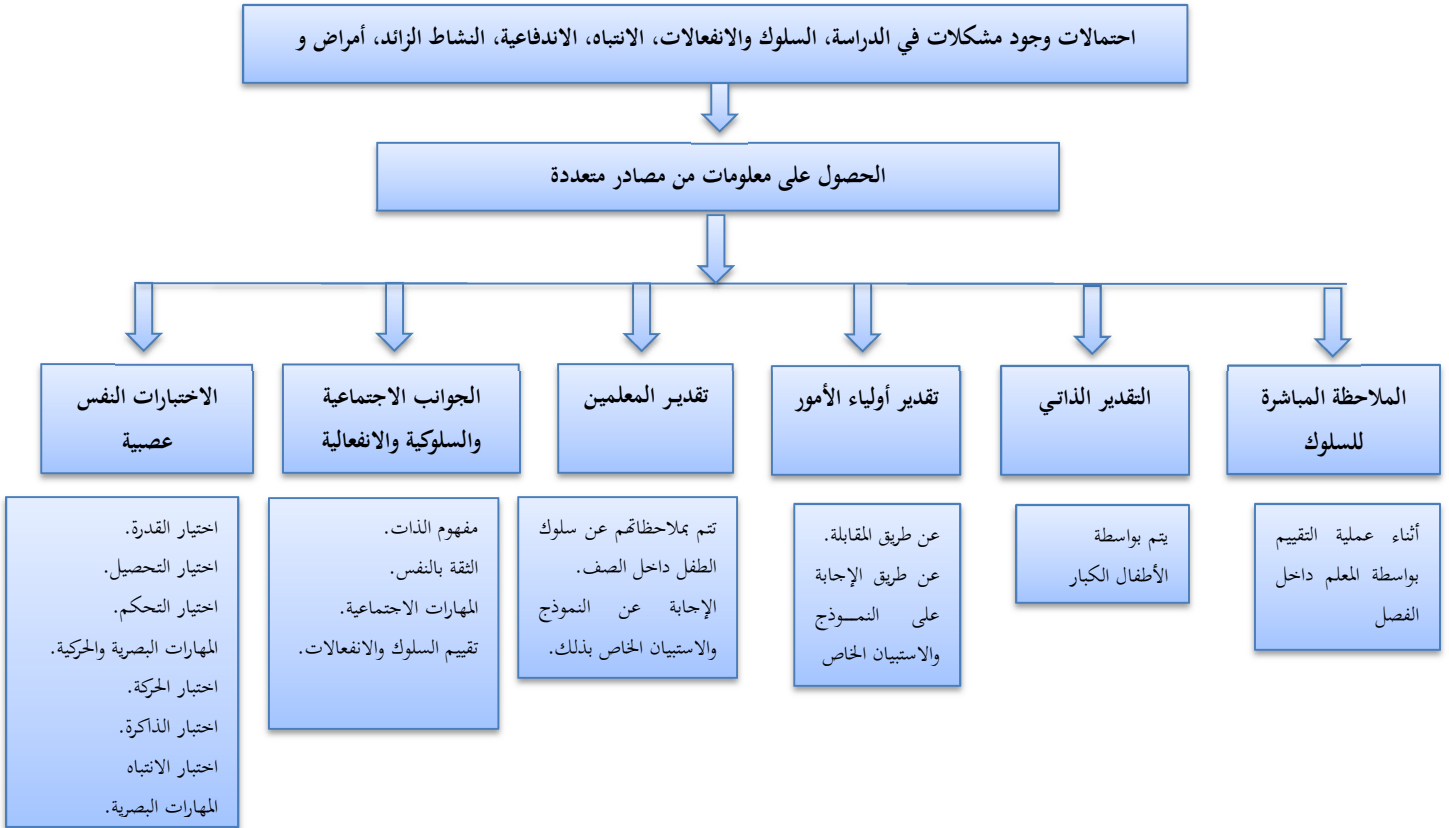
- المشكلات المرتبطة بالعوامل الخارجية المحيطة بالمفحوص
- المشكلات المرتبطة بالعوامل الداخلية الخاصة بالمفحوص
- المشكلات المرتبطة بالمدرسة المشكلات المرتبطة بالتكيف.

يمكن لنا أن نستنتج مما سبق الإشارة إليه أنه من أجل الوصول إلى التشخيص الأمثل لاضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي يتم بواسطة طرق متعددة من بينها معايير الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية، كما هناك من يصمم شبكة الملاحظة.

ويمكن الإعتماد على الخطوات التالية في عملية القياس والتشخيص كما حددها (نايف الزارع 2007:49).

شكل رقم (02)

يبين خطوات عملية القياس والتشخيص:



7. التشخيص التفريقي لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه:

تمتج أعراض اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه مع عوارض لاضطرابات وحالات سلوكية مختلفة، فلهذا عندما يقوم المتخصص العيادي بعملية التشخيص يجب عليه أن يعتمد على ما يسمى بالتشخيص الفارق لتحديد الفوارق الأساسية بين الاضطرابات واضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه.

فحسب (سيد سليمان، 2011) في (بن مصطفى 2016: 39) أنه ليس كل من تظهر عليه أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يعاني بالضرورة من هذا الاضطراب، فهناك مجموعة من الاضطرابات تكون سببا في ظهور سلوكيات تشبه إلى حد كبير أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، كما يصعب في مرحلة الطفولة المبكرة التمييز بين أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عن سلوكيات الأطفال النشطة مثل الجري وغير ذلك.

في نفس السياق اشارت كلا من معين شاهين ونايف العجارمة 2010 وابراهيم صندقلی 2008 ومرتم سليم 2005 إلى أنه يوجد حوالي سبعة تشخيصات طبية لها أعراض مشتركة مع اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه:

أ. متلازمة اسبيرجر:

هو أحد الامراض السلوكية التي تظهر اعراضه في سن الثالثة، فيظهر الطفل حالة من الانزعاج من الأصوات المرتفعة وصعوبة التكيف مع الواجبات الاجتماعية ومشاكل في العلاقات مع الآخرين.

ب. ضعف السمع:

أثبتت العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع أو التهاب الاذنين، لديهم صعوبة في الانتباه وصعوبة في التمييز بين الكلام المسموع فلا يتذكرون بعض تفاصيل المحادثة وبالتالي يبدو أنه غير منتهبه أو غير مصغي وهذا يحدث أيضا مع الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

ت. نقص هرمون الدرق:

يؤدي الخلل في عمل الدرق وإلى زيادة نشاطها وبالتالي إلى زيادة افرازاتها مما يؤدي إلى زيادة التمثيل والامتصاص الغذائي وإلى كذلك تغيرات كيميائية في الخلايا الحية، ويصاحب هذا الخلل ظهور بعض الاعراض الشبيهة بأعراض قصور في الانتباه وفرط النشاط الحركي مثل الشعور بالإحباط والحزن وكذلك صعوبة في التركيز والانتباه، وكثرة

النسيان وزيادة النشاط الحركي والتهيج، بالإضافة إلى زيادة في نشاط الجهاز العصبي ويظهر على شكل تصبب للعرق وزيادة في نبضات القلب.

ث. عوارض توريت:

يعتبر هذا المرض السلوكي من بين أكثر الامراض تشابها باضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من حيث عوارضه ومظاهره، فهو اضطراب نفسي لدي الأطفال تظهر اعراضه قبل مرحلة البلوغ، وتتغير هذه الاعراض بحدتها من وقت لآخر وبحسب الظروف المحيطة وربما تزيد مع تقدم العمر، ومن خصائصه حدوث حركات لا ارادية مفاجئة مصحوبة بأصوات تشبه الشخير أو الهمس أو السعال أو الشهيق أو اطلاق اللعنات والالفاظ النابية.

ج. التخلف العقلي:

يمكن أن تظهر هذه الأعراض على شكل عدم المقدرة على التكيف الاجتماعي مع ضعف الاداء المدرسي والحاجة إلى وقت أطول للاستيعاب.

ح. ضعف التغذية والحساسية من بعض الأطعمة:

حيث يؤدي نقص السكر في الدم إلى العدوانية والنشاط الزائد وعدم القدرة على التركيز.

خ. النوبات الصرعية:

يتشابه الصرع مع اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من حيث تأثير الاثنين على التحصيل الاكاديمي وعدم القدرة على التركيز في انجاز الاعمال الدراسية.

إن حالات الصرع تتنوع من واهم نوبات الصرع ما يسمى نوبات الصرع الخفيف أو الصغير والذي يؤدي إلى انقطاع الانتباه خلال ثواني (أقل من 15 ثانية) ومن السهولة جدا عدم ملاحظة الاخرين لهذه الحالة، ولكن هذه الحالة قد تصل لحد مئة مرة في اليوم الواحد وبعدها يصبح من الصعوبة متابعة الحدث الذي كان امامه. أما بالنسبة للحالة الثانية وهو نوع اخر من أنواع الصرع وهو ما يسمى بصرع الفص الجبهي تحدث هذه الحالات بين المواليد والبالغين واسبابها غير معروفة إلى الان وتبدأ عوارضها بوجود علامات منبهة قبل حدوث النوبة يليها فقدان للوعي بدون السقوط، ويصاحبها تصرفات لا هدف لها كالمشي العشوائي وشد الملابس وحركات غريبة في الوجه كمص الشفاء والبلع والمضغ بالإضافة إلى حركات متكررة في الاصابع وتكون على نمط واحد وبدون هدف مع متممة وكلام غير منطقي.

8. الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه:

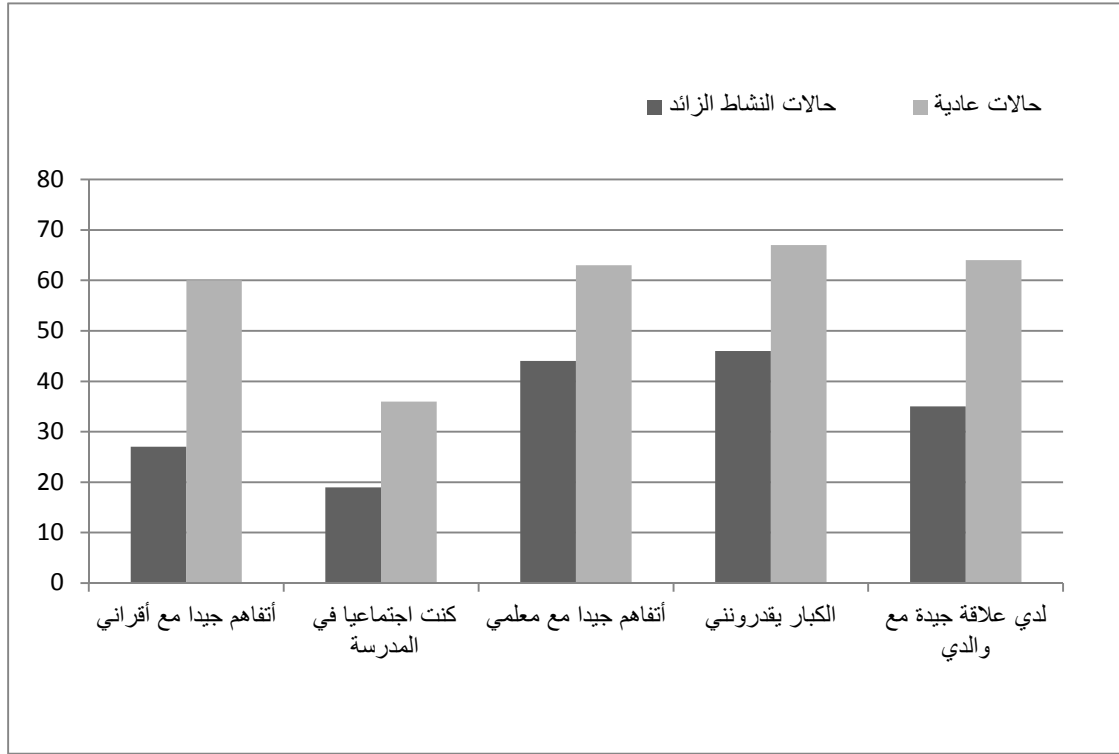
أولاً: اضطرابات الاجتماعية:

إنّ الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي يكونون مندفعين، وعدوانيون وعنيدون في بعض الاحيان كما انهم يتصفون بعدم إتباع القواعد السلوكية التي تحكم التعامل مع الآخرين وهذا ما يجعل المحيطين بهم يشعرون بالاستياء منهم في بعض الاحيان ، أو التعامل معهم سواء في المنزل أو المدرسة ومن ثم فإنهم لا يستطيعون أن يتوافقوا اجتماعيا فيجعل المحيطين بهم يندوهم ولا يتعاملون معهم بشكل جيد ، وبالتالي فإنهم لا يستطيعون أن يتوافقوا اجتماعيا . وهذا ما اشار اليه عبد المعطي سنة 2001 في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 94-95) بأنّ الطفل الذي يعاني من اضطراب يكون مندفعاً وعدوانياً وعنيداً ويرفض إتباع القواعد التي تحكم التعامل مع الآخرين والمتبعة في نشاط معين، مع اتسام سلوكه بالتدخل في أنشطة الآخرين وأحاديثهم وكذلك القيام بالسلوكيات غير مرغوبة التي تؤذي الغير، دون أن يضع في اعتباره مشاعرهم، ولذا يشعر المحيطون به بالاستياء منه سواء في المنزل أو في المدرسة وغيرها، ومن ثم يسود توافق الطفل الاجتماعي لمرجعية رفض المحيطين به له نتيجة لسلوكه.

كما قام جونستون وفريمان Johnston & Freaman سنة 1997 في (السيد علي واخرون ، 1999: 66) بدراسة العلاقة بين تفاعل الوالدين وسلوك الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه، وقد أوضحت هذه الدراسة أنّ تفاعل الوالدين السليبي مع أطفالهم يكمن وراء هذا الاضطراب.

كذلك قام فرانكل وزملاؤه Frankel et al سنة 1997 في(المرجع السابق، 1999 : 68) بدراسة انتقال أثر التدريب المنزلي الذي يتلقاه الطفل مع والديه في البيئة المنزلية لتعديل سلوكه، وتنمية المهارات الاجتماعية، وتعميم أثر هذا التدريب على سلوكه في البيئة المدرسية وقد تم تقسيم الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه والعناد، وعدم إتباع التعليمات إلى مجموعتين، تلقت المجموعة الأولى تدريباً من آبائهم، والمجموعة الثانية كانوا كمجموعة ضابطة لم يتلقوا هذا التدريب، وقد أشارت نتائج الدراسة أنّ الأطفال الذين تلقوا تدريباً من قبل آبائهم استطاعوا أنّ يعدلوا من سلوكياتهم غير المرغوبة، وتعلموا مهارات التفاعل الاجتماعي الإيجابي، كما نقلوا السلوك المتعلم الذي اكتسبوه من التدريب إلى البيئة المدرسية بمعنى أنهم قد قاموا بتعميم السلوكيات التي اكتسبوها في الأسرة إلى سلوكيات مماثلة في المدرسة.

ويبين (Faraone, S, V., et al,2005) في (بن مصطفى 2016: 38) من خلال الرسم البياني اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وخطر إختلال الوظائف الاجتماعية:



شكل رقم (03) علاقة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد باختلال الوظائف الاجتماعية:

ثانيا: الاضطرابات الانفعالية:

إنّ اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي يسبب للأطفال المصابين عدم النضج الانفعالي مقارنة بعمرهم الزمني، والعقلي فيغلب عليه التهور ، وسرعة الغضب ، والميل إلى لوم الآخرين ، وتذبذب المزاج، وتقلب، وصعوبة التأقلم مع الظروف الجديدة وصعوبة إظهار مشاعره ، وعواطفه ، وانفعالاته الداخلية كما يظهرون اضطرابات انفعالية اخري مثل القلق المعمم والاكتئاب المزمن وغيرها. إنّ السلوكيات الغير المقبولة التي يقوم بها هؤلاء الأطفال خاصة النشاط الحركي الزائد والاندفاعية يؤديان إلى رفضهم اجتماعيا من طرف أقرانهم مما يتسبب كذلك في عزلتهم وشعورهم بالوحدة النفسية.

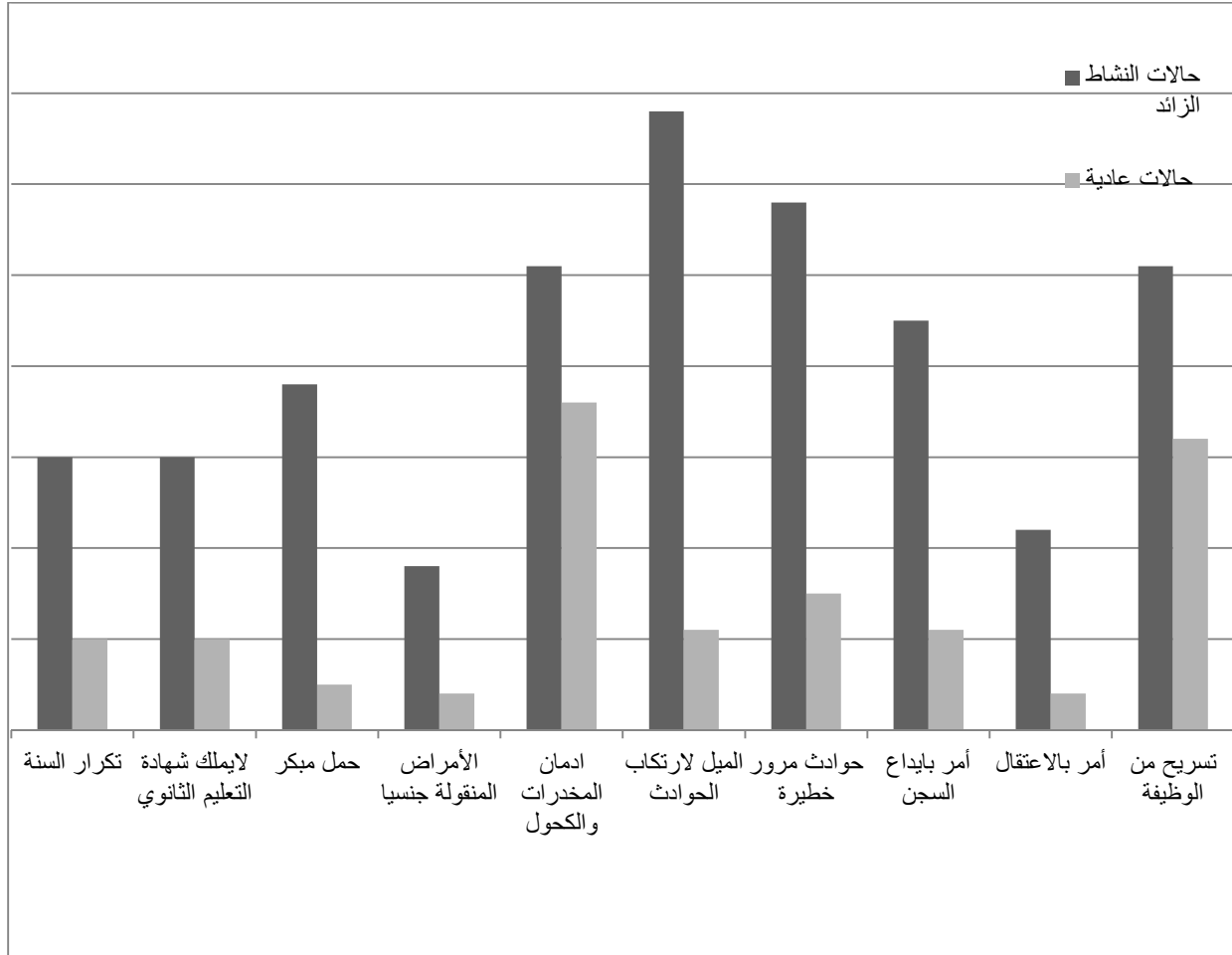
في حين اشار بيدمان Biederman سنة 1991 في (السيد علي واخرون ، 1999: 63) أن هناك نسبة تصل إلى % 75 من الأطفال المصابين باضطرابات الانتباه لديهم اكتئاب و % 25 منهم لديهم قلق عصابي.

كما أجرى نيسباوم Nussbaum سنة 1988 دراسة بهدف التعرف على المشكلات النفسية والاجتماعية التي تلازم اضطراب الانتباه وأسفرت نتائج دراستهم على أنّ السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها هؤلاء الأطفال خاصة فرط النشاط الحركي والاندفاع تؤدي إلى رفضهم الاجتماعي من الاقران وهذا الرفض الاجتماعي يؤدي إلى عزلتهم الاجتماعية لذلك فإنهم دائما يشعرون بالوحدة النفسية، والقلق، والاكتئاب.

ثالثا: الاضطرابات السلوكية:

تنتشر الاضطرابات السلوكية بين الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي وخاصة السلوك العدواني، حيث يؤدي هذا السلوك إلى اضطراب علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين، وبالتالي فإنهم يعجزون عن التكيف مع البيئة المحيطة بهم. وقد أجرى بيدرمان وزملائه Biederman et al 1991 في (المرجع السابق، 60-61) دراسة كان هدفها التعرف على معدل انتشار بعض الاضطرابات السلوكية، فتوصل إلى أن 50% من هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات سلوكية. بينما أجرت ماريا وزملائها Maria et al سنة 1996 دراسة هدفت إلى التعرف على مدى انتشار كلا من اضطراب الانتباه، والاضطرابات الانفعالية، والسلوكية بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، وشملت الدراسة 150 طفلا من المدرسة الابتدائية، وقد بينت نتائج الدراسة أنّ 43 طفلا من العينة لديهم اضطراب الانتباه و 12 طفلا لديهم اضطرابات سلوكية فقط. كما قام بورانس Burns سنة 1997 في (فوزية محمدي، 2011: 48) بدراسة فحصت العلاقة بين كل من سلوك اضطراب الانتباه وعناد الطفل، فأوضحت نتائج الدراسة أنّ هناك علاقة ارتباطية موجبة بين اضطراب الانتباه والعناد، بمعنى آخر أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يزداد عنادهم ومعارضتهم للآخرين، وعدم استماعهم للأوامر والتعليمات الاخرين مقارنة بالأطفال العاديين.

وحسب (Parkly, RA, et al, 1990) في (بن مصطفى، 2016: 36) ومن خلال الرسم البياني فإن اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يؤثر على عدة وظائف:



شكل رقم (04) يبين الوظائف السلوكية التي يؤثر عليها اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

رابعا: اضطرابات النوم:

ينتشر اضطراب النوم بين الأطفال المصابين باضطراب الانتباه مما يجعلهم يشعرون دائما بالإرهاق، لقد قام بال وزملاءه 1997 Ball et al في (فوزية محمدي، 2011: 48-49) بدراسة هدفها التعرف على طريقة النوم لدى الأطفال المصابين باضطراب الانتباه، بينت نتائج دراستهم أن هؤلاء الأطفال كثيرو الحركة والتقلب أثناء نومهم، ويستيقظون كثيرا أثناء النوم، مما يجعلهم يشعرون دائما بالإرهاق، وبالتالي يؤثر على الكفاءة الانتباهية ولذا يتسم هؤلاء الأطفال بأنهم كثيرو الحركة والتقلب أثناء النوم ولذا تم تشبيه فراشهم بحلبة المصارعة.

قام كذلك شيرفن وزملاؤه Chervin et al سنة 1997 في (السيد علي واخرون، 1999: 60) بدراسة العلاقة بين اضطراب النوم واضطراب الانتباه لدى الأطفال، شملت عينة الدراسة مجموعتين الأولى تعاني من اضطراب الانتباه، والثانية تعاني من اضطرابات نفسية فقط، وقد تراوحت أعمار افراد العينة ما بين 2 و 18

سنة، وقد بينت نتائج هذه الدراسة أنّ اضطراب النوم ينتشر بين % 81 من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، و % 25 من الأطفال لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية.

سادسا: اضطرابات الكلام:

يعاني الطفل المصاب بهذا الاضطراب من قصور في اللغة التعبيرية، فقد لا يستطيع ربط الحديث، حيث تكون جملة ناقصة، كما أنه يعاني من بعض اضطرابات في النطق والكلام كالتأتأة أو قلب الحروف.

سادسا: الاضطرابات المعرفية والمعرفية:

ضعف القدرة على التفكير:

نظرا لكون الطفل المصاب بهذا الاضطراب يجد صعوبة في القدرة على الانتباه والتركيز والإنصات والنشاط الزائد فإن الطفل المصاب يعاني من قصور في التفكير بسبب كون المعلومات التي يتلقاها غير منظمة ، وغير مركزة ، وغير مترابطة فيما بينها ، وغير واضحة بالنسبة اليه ، لذلك نجد الطفل قد يخطئ في كثير من الأشياء التي سبق وأن تعلمها، فهو لا يتعلم بشكل صحيح ولا يظهر أثر التعلم بشكل صحيح مع ضعف القدرة على التفكير، إذ أن افكار الطفل غير مترابط، مما يجعله يهتم بالموضوعات هامشية بعيدة عن الموضوع الذي يجب التركيز فيه مع ضعف القدرة على الفهم، وذلك للمعلومات التي يستقبلها الطفل سواء كانت شفوية أو مكتوبة.

وهذا ما اشارت اليه دراسة" كورندلي وآخرون " Corandli et al " 1999 في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 25) والتي هي بعنوان عيوب الذاكرة لدى الأطفال المصابين بقصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن عيوب الذاكرة عند ذوي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، حول دور العمليات التنفيذية، وقد اشترك في هذه الدراسة 28 طفلا في المجموعة التجريبية ومثلهم للمجموعة الضابطة، ثم توزيع استبانة الذاكرة الما وراء معرفية وكذلك اختبار الأشكال المألوفة MFF 20 لقياس الاندفاعية، وتم اختيار الأطفال بشكل فردي من قبل الأخصائي النفسي، ثم تقديم المهمات بالترتيب المحدد في الاختبار وقام المحرب بشرح صور تنتمي إلى أسر محددة وصور لا تنتمي، أخيرا شرح المحرب أن هذا ينبغي أن يساعد في مرحلة الاسترجاع، عندما يتمكن الطفل في مجادلة استرجاع الأشكال من تذكر أن بعضها ينتمي إلى أسر محددة ،

أكدت النتائج أن الأطفال المشاركين في التجربة يظهرون أداء أقل من المجموعة الضابطة في حصة الذاكرة التنظيمية.

الملاحظ من هذه الدراسة أن القصور الذي يعانون منه الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه في الذاكرة التنظيمية يرجع سببه في الاندفاعية الزائدة هذا ما أظهره اختبار الاشكال المألوفة وفي المقابل الاستراتيجية الما وراء المعرفة التي تتأثر بالاندفاعية الزائدة هي الكف بمعنى آخر الأطفال المصابين بـ TDAH يعانون من عجز على مستوى الكف.

في حين قامت دراسة جكلين واخرون (Jacqueline et al، 2002:671) بمقارنة الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، مع الاطفال العاديين في الاستعمال الجيد للوظائف الذهنية مثل الكف والذاكرة مع معرفة هل للأولياء دور ايجابي في التحسين من الكفاءة الذهنية عند أطفالهم. عمد الباحثون بتطبيق الاختبارات الخاصة لقياس هذه الوظائف الذهنية على 39 طفلا مصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه و39 طفلا عاديين والتي تراوحت أعمارهم ما بين 10 سنوات و 12 سنة. اظهرت النتائج الدراسة أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من عجز على مستوى الوظائف الذهنية وخاصة في الكف، و في ذاكرة العمل كما اظهروا اضطرابات على مستوى الذاكرة سواء بعيدة المدى أو قريبة المدى كما اظهرت نتائج الدراسة أن 30 طفلا من عينة الدراسة لهم تأثيرات سلبية من طرف أوليائهم في استعمالهم الجيد للوظائف الذهنية.

وفي سنة 2002 حاول قارن بيرى Barry et al بالمقارنة بين القدرات المعرفية (الذاكرة العاملة، المرونة المعرفية) عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مع الأطفال العاديين. تكونت عينة الدراسة من مجموعتين، المجموعة الأولى تضم الأطفال ذوي TDAH (ن=33). ممن شخصوا وفقا للمحكات التشخيصية لهذا الاضطراب في DSM-4 والمجموعة الثانية من الأطفال العاديين (ن= 33) تتراوح أعمار اطفال المجموعتين من 8,9 إلى 5, 14 سنة. أسفرت نتائج الدراسة على حصول الأطفال في المجموعتين على قدرات معرفية متوسطة. وقرر الباحثون أن الاطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبطة بقصور الانتباه يعانون من صعوبات في بعض القدرات المكونة للوظائف التنفيذية مثل التخطيط، التعديل الذاتي، مما منع ظهور الاستجابة غير المناسبة أو تأجيل الاستجابة للوقت غير المناسب.

نستنتج من هذه الدراسة أن الاطفال المصابين بفرط النشاط الحركي يعانون من تأخر في الاستجابات المعرفية سببها ضعف في الوظائف التنفيذية مثل التخطيط والتعديل الذاتي سواء المعرفي أو السلوكي.

قصور في الوظائف التنفيذية:

ففي دراسة أجريت حديثاً أعدها (بايدرمان، 2004، Piderman) في (بن مصطفى عبد الكريم، 2016: 48-49): حول تأثير اضطراب الوظائف التنفيذية على الإنتاج الأكاديمي للطلاب الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في عينة تشكلت من 259 طالباً وطالبة من الأطفال والمراهقين ممن لديهم هذا الاضطراب، و222 طالب وطالبة لا يعانون من أي اضطراب، وقد تراوحت أعمار أفراد العينة من 6 إلى 17 سنة، وأجريت العديد من الاختبارات على هؤلاء الطلاب كاختبارات الجوانب الأكاديمية والوظائف التنفيذية وغيرها وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي :

الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد أظهروا أداءً أكاديمياً أضعف من العاديين في العديد من المجالات وقد ارتبط هذا الضعف بالحالات التي ظهر لديهم اضطراباً في الوظائف التنفيذية.

بمقارنة الطلاب العاديين والطلاب الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ولا يوجد لديهم اضطرابات في العمليات التنفيذية، مع الحالات التي يوجد لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ولديهم اضطرابات في العمليات التنفيذية، فإن الأطفال الذين كان لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع اضطرابات الوظائف التنفيذية كانوا أكثر رسوباً وإعادة للصفوف وأن 44% منهم كانت لديهم صعوبات التعلم وتحصيل أكاديمي منخفض في مادة الرياضيات، ولديهم كذلك مشكلات واضحة في القراءة مقارنة بمن لا يوجد لديهم مشكلات في الوظائف التنفيذية مما يؤكد على أن اضطراب الوظائف التنفيذية قد يكون هو التغيير الأساسي الذي على ضوءه برزت تلك الاختلافات بين المجموعات، وهو ما تدعو تلك الدراسة إلى الالتفات له وقياسه في مرحلة مبكرة، والعمل على تدريب تلك الوظائف لتجنب حدوث صعوبات التعلم عند التلاميذ.

اشار (نايف بن عابد الزارع 2007: 32) أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون كذلك في قصور القدرة على المشاركة في سلسلة من السلوكيات التي تتطلب توجيهها ذاتياً مثل عدم قدرتهم على تنظيم اجرائاته لتنفيذ مهمة ما بالتسلسل، إضافة لذلك فإنهم يعانون من مشكلات في العمل أو المهام باستخدام الذاكرة العملية، كما يعانون من مشكلات في الحديث الداخلي (الحديث الذي يجريه الفرد داخل نفسه من أجل توجيه سلوك ما أو حل مشكلة ما) وغالباً ما يصاحب ذلك مشكلات في السيطرة على مشاعرهم ، ومستويات الإثارة لديهم، فكثيراً ما يتصرفون بشكل مبالغ فيه تجاه التجارب السلبية والإيجابية السابقة، وينتابهم الصراخ بصوت مرتفع ، وحالات من الغضب تجاه حالات الإحباط التي يمكن تجاوزها عند الشخص العادي.

في حين إعتبر (باركلي 2003، Barkley) في (بن مصطفى، 2016: 48-49) أنّ الاضطراب في الوظائف التنفيذية: هو عدم القدرة على إتخاذ القرار والتخطيط للخطوات التي تساعد على التحكم بالسلوك، كأن يقوم

الطفل الذي لديه مهام وواجبات دراسية طويلة المدى فيلجأ الى تقسيمها إلى أجزاء ومن تم عمل خطة لاستكمال كل جزء، ومتابعة الأداء طوال إنجاز العمل وعلى الرغم من أنه لا توجد قوائم محددة علمياً لهذه الوظائف إلا أن معظم الخبراء يتفقون على أن أهم هذه الوظائف هي:

- 1- التخطيط.
- 2- السببية.
- 3- تشغيل الذاكرة.
- 4- التحكم في السلوك.
- 5- الانتباه وتحويل مجموعات المعرفة.
- 6- المرونة في التفكير.
- 7- التعديل الذاتي المعرفي.

وتعتبر المهارات المرتبطة بالوظائف التنفيذية هامة جدا للسلوكيات الإنسانية المعقدة، لأنها تساعد في تنظيم وتوجيه السلوك بطريقة معدلة ومرنة، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أنّ الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يظهر لديهم قصور في الوظائف التنفيذية. تشير الدراسات الحديثة أنّ جوهر اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد تؤكد هو عجز في نشاط الوظائف التنفيذية، وقد تكون الأعراض التي يتصفون بها مثل عدم الانتباه أو النشاط الزائد أو الإندفاعية ما هي إلا نتاج للخلل في الوظائف التنفيذية في كثير من الحالات.

وقد أشارت بعض الدراسات كذلك إلى أنّ عجز في الوظائف التنفيذية تؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وهي السبب الأساس في الصعوبات التعليمية التي تظهر لدى هؤلاء الأطفال حتى أن بعض البحوث تؤكد على أنه في حال عدم وجود اضطرابات في الوظائف التنفيذية لدى هؤلاء الأطفال فمن الأرجح أنّ لا يعانون على الإطلاق من مشكلات تعليمية

خامسا: التأخر الدراسي:

تبين دراسة " دولي Dolly " 1997 في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 25) و التي كانت تحت عنوان دور الأقسام المكيفة في اكتساب المهارات الما وراء المعرفية من اجل استدراك صعوبات الكتابة، الهدف من هذه الدراسة هو المقارنة ما بين الأطفال الذين يعانون من الفشل المدرسي والأطفال العاديين.

يبين نتائج الدراسة أن عدم فعالية الجهد المبذول من طرف المجموعة الأولى يرجع إلى نقص من نوع ما وراء معرفي أكثر منه معرفي، فهؤلاء الأطفال مثلا: يكتسبون المعارف والقدرات اللازمة لكنهم لا يعرفون كيف يستعملونها ولا كيف يحولونها او يكيّفونها للوضعيات المختلفة التي يتواجدون فيها. نلاحظ أن الصعوبات التي تواجههم ترجع إلى نقص على مستوى الاستراتيجيات الما وراء المعرفية.

الملاحظ من خلال نتائج هذه الدراسة أنّ سبب فشل التلاميذ يكمن في عدم قدرتهم على استخدام المهارات والاستراتيجيات الما وراء المعرفية في تعلمهم، بمعنى أن المقررات الدراسية لا تحمل في طريقة تدريسها كيفية القيام بالتعلم والحفظ والاسترجاع والتوظيف والاستدلال، هذا ما يستوجب تعليم هؤلاء التلاميذ هذه الاستراتيجيات ولو بإنشاء أقسام خاصة لذلك لكون هذه الاستراتيجيات الما وراء المعرفية هي الحل في القضاء على فشل التلاميذ في حين اشار (نايف بن عابد الزارع، 2007: 30) أنّ الأطفال المصابين بقصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي تظهر عندهم تأخر دراسي وتدني في التحصيل كما قد يكون لديهم صعوبات تعليمية، وهذا ما جعل بعض المختصين في صعوبات التعلم يربطون بشكل مستمر صعوبات التعلم مع اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، كما أنّ التلميذ المصاب بهذا الاضطراب قد يفتقر لمهارات حل المشكلات، وبالتالي قد يستمر في طلب المساعدة من زملائه في الفصل وأسرته، بالإضافة إلى ذلك نلاحظ عدم قدرته على إنهاء الواجبات المدرسية وفقدان أدواته المدرسية بشكل مستمر، وقد يبدو على هؤلاء التلاميذ سرعة إنهاء المهام بشكل ملحوظ، كما قد يتأخر دراسياً إلى عامين دراستين بالمقارنة بأقرانه وقد يطرد في بعض الحالات الشديدة التي يظهر فيها التلميذ سلوكيات مرفوضة اجتماعيا. إنّ معظم تلك الصعوبات التعليمية ترجع إلى عدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقرّوة ويقفزون من جملة إلى جملة، ومن فقرة إلى أخرى لذا فإنهم غير قادرين على تقديم الاستجابة الصحيحة في صورة منطقية متسلسلة.

وفي ما يأتي سنشير إلى أهم مخلفات اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي وتأثيره على الجانب المعرفي عند الطفل المصاب.

كثرة النسيان :

يقول أحمد وبدر 1999 في (بن مصطفى، 2016: 51) أنّ من أكثر السمات التي يتسم بها الطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد كثرة النسيان، فكثيرا ما ينسى أدواته الدراسية في البيت، وأثناء عودته من المدرسة إلى البيت فإنه ينسى أيضا بعض كتبه وأدواته التي أخذها معه في الصباح إلى المدرسة، وكذلك ينسى الطفل حل واجباته الدراسية بالمنزل واستذكار دروسه التي يجب عليه استذكارها، وحصيلة كل ذلك أنّ مستوى التحصيل الدراسي لدى هذا الطفل ينخفض لذلك فإنه يتأخر دراسيا. ولعل سمة النسيان تشكل مشكلا كبيرا عند الطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد كان لزاما على معلميه أنّ يسجلوا على دفاتره الواجبات المنزلية التي يجب حلها، بالإضافة إلى كتابة مختلف الأدوات الدراسية التي يجب على الطفل أن يحضرها في كل يوم، لأنه كما قلنا سابقا فإن الجهاز العصبي عند هؤلاء الأطفال لا يحتفظ جيدا بالمعلومات الشفهية المسموعة.

الكتابة الرديئة :

كذلك بالنسبة لكتابة الطفل ذي اضطراب النشاط الزائد مع تشتت في الانتباه تكون مليئة بالأخطاء اللغوية وردئية حتي ولو كان الطفل ينقل من السبورة أو الكتاب، وزيادة على ذلك فإننا نجد هذا الطفل كثير الحو والتشطيب لما كتبه، فتكون كتابته رديئة في غالب الأحيان كما انه قد يظهر لديه اضطراب كعسر الكتاب.

شرد الذهن:

يشتت انتباه الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه بسهولة بين المنبهات الداخلية البعيدة عن المنبه الرئيسي في العملية مما يؤدي إلى فقدان التركيز على المنبه الرئيسي، فأى حركة داخل أو خارج حجرة الدراسة، أو سقوط شيء ما على الأرض، أو تحريك كرسي من الكراسي، أو الكلام مع زميله، تثير انتباه الطفل إليها فلا يتابع ما يقدمه المعلم من معلومات في الحصة التدريسية، ولذا لا يستطيع الفهم ولا إكمال العمل الذي يقوم به.

تجنب الموقف التعليمي :

كثيرا ما يتجنب الطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد المواقف التعليمية خاصة التي تتطلب جهدا عقليا وتركيز انتباهه، فنجده يخلق الأعذار لتجنبها مثل شكواه من الصداع أو المرض، وألم البطن أو يخرج

من القسم إلى دور المياه ويتباطأ في الرجوع منها، أو يطلب شيء من زميليه، أو الخروج من القسم بدون اذن المعلم، كما يحاول كذلك أن يتجنب الموقف التعليمي من خلال قيامه ببعض الأفعال التي تستهلك وقتا طويلا، فمثلا نجده يستغرق وقتا طويلا في مسح السبورة أو بري القلم أو الحديث مع زميليه أو البحث عن الصفحة في الكتاب، أو البحث عن شيء من أدواته في محفظته أو التشطيب في كراسه.

التردد المعرفي:

يغلب على الطفل المصاب بهذا الاضطراب التردد في اتخاذ أي قرار بسبب المشاكل التي يعاني منها، ما يجعله يشك في صحة ، قرارته المعرفة مما يسبب له تأخير الاستجابة، وبالتالي تقديم استجابة خاطئة، مع ضعف في القدرة على التركيز واستدعاء المعلومات الضرورية. ويمكننا أن نشاهد ذلك عندما يقوم بالقراءة أو الكتابة أو بحل مسألة في الرياضيات حيث نجده يخطئ كثيرا في القراءة لأنه يتردد في مخارج الحروف، كما أنه يخطئ أيضا في الرياضيات لأنه يتردد في أسماء الأشكال الهندسية وعلامات الجمع والطرح والقسمة، وعندما لا ينجح في استرجاع ما تعلمه يقدم إجابات خاطئة وعشوائية، الشيء الذي يعود بالسلب على أدائه خاصة في الامتحانات فيحصل على نتائج ضعيفة.

الاستجابة الخاطئة:

ترجع الاستجابة الخاطئة عند الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه إلى مجموعة من الأسباب أهمها ضعف قدرة الطفل على التركيز والتفكير فهو يستغرق وقتا طويلا لربط المعلومات بالشكل الصحيح، وتخزينها في الذاكرة، حيث تفشل العمليات العقلية على استدعاء المعلومات المخزنة في الذاكرة طويلة المدى ثم تعديلها بالشكل الصحيح، وهذا بدوره يؤدي إلى تأخر استجابة الطفل نحو الأشياء أو تكون استجابات خاطئة وغير صحيحة.

قصور في القدرة على إنهاء المهام المعرفية الموكلة إليه:

يعاني الطفل المصاب باضطراب النشاط الزائد بتشتت الانتباه من قصور القدرة على إنهاء المهام الموكلة إليه، وبالتالي فإنه يتململ، ولا ينهي المهام الموكلة إليه، وينتقل من مهمة إلى أخرى بشكل متواصل وبدون مبرر.

9. علاج اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه:

إنّ الطرق العلاجية لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه متعددة الأشكال والمناحي، وذلك للاختلافات الواضحة في مسببات هذا الاضطراب وعوامله، فسعى الباحثون لإيجاد علاج نهائي لهذا الاضطراب، أو على الأقل التخفيف من آثاره واعراضه، ومن ثم ظهرت عدة اساليب علاجية وسيتم في هذا العنصر التطرق إلى أهمها، بداية من العلاج الطبي الذي يستند إلى استخدام الأدوية والعقاقير، والعلاج السلوكي الذي يعتمد إلى تعديل السلوك، والعلاج السلوكي المعرفي الذي يعتمد على التعديل المعرفي، والعلاج الأسري والتربوي والعلاج عن طريق التغذية الصحية.

1.9. العلاج الطبي:

تذكر (هناء ابراهيم صندقلي 2008: 108) أنّ الدراسات الحديثة أكدت على أهمية العلاج الدوائي في حالات اضطراب الحركة الزائدة ونقص الانتباه، وصار للدواء دور مهم في هذا المجال وذلك بالإضافة طبعا للعلاجات الباقية كون الدواء وحده لا يعطينا الفعالية المرجوة بل يجب اتباعها ببرنامج لتعديل السلوك. وحسب (حسن مصطفى عبد المعطي، 2001: 129) فإن العلاج الدوائي قد بدأ استخدامه ما بين عام 1937 و1938 عندما سجل برادلي Bradly آثار البنزدرين Benzedrine على سلوك الأطفال الذين يعانون اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط. في نفس السياق اشارة (مريم سليم 2011: 149) أنه في عام 1937 تم اكتشاف الادوية المنشطة التي تساعد على اليقظة، ولكن لم تستخدم هذه الادوية الا في عام 1957 عندما اكتشف الريتالين.

في بداية التسعينات قام هانت وزملاؤه Hunt et al 1990 المشار اليها في (مشيرة عبد الحميد، 2005: 45) بإجراء تجربة واسعة المدى للتعرف على أنواع العقاقير التي تؤثر في خفض النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، ومن هذه العقاقير : الكلونيدين Clonidine عقار الجوان فاسين Guan Facene هذين اللذين أثبتنا نجاح في خفض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه ، والإحباط والعدوانية ، وذلك بإعطاء الجرعات بنظام ثابت طبقا لكل طفل.

يهدف العلاج باستخدام الادوية الطبية إلى احداث التوازن الهرموني لخلايا المخ في جسم الطفل الذي يعاني من فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وذلك بإعادة التوازن بتنشيط إفراز الخلايا العصبية لأحد الموصلات العصبية مما ينتج زيادة انتباهه وقدرته على التركيز وخفض من حدة النشاط الزائد. ومن هنا نستنج أنّ العقاقير

الطبية تعمل على تنشيط إفراز هذه الموصلات ومن ثم إعادة الحيوية إلى الدوائر العصبية وتنشيط إستجابتها للمنبهات العصبية.

هذا ما أكدته (مريم سليم، 2011: 150) على أنّ هذه الأدوية تعمل على تنشيط مناطق الدماغ التي تعمل ببطء (القشرة الدماغية في منطقة الجبهة والنواة الرمادية في وسط الدماغ). ذلك أن هذه الادوية تعمل على إعادة التوازن إلى وظيفة الدماغ، بحيث تساعد الأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه فرط النشاط على العمل والتفكير والتعلم مثل الأطفال الآخرين. كما أنّها تقلل من مشكلات التركيز ومن الاندفاعية ومن الانفعالات الحادة.

كما اشار (نايف الزارع، 2007: 54) على أنّ هذه الأدوية تعمل على زيادة تركيز الدوبامين في النهايات العصبية، وبالتالي توفر زيادة الموصلات العصبية، مع العلم أنّ الاستخدام المناسب لمثل هذه العقاقير يؤدي إلى تحسن ملموس في السلوك ويسهل عملية التعلم ويجعل الطفل أكثر قدرة على الاستعاب وذلك بنسبة 90% من الصغار الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد. وتستخدم هذه العقاقير حسب (كامل، 2003) في (بن مصطفى، 2016: 55) لتنشيط القشرة المخية للسيطرة على تكوينات ما تحت القشرة المخية، بهدف خفض أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، لأنه إذا نشطت تكوينات ما تحت القشرة المخية بدرجة ما فإنها تؤدي إلى زيادة الحركة والنشاط غير الهادف واضطراب في عملية الانتباه، لكن استخدام مثل هذه العقاقير يعرض متناوليها لبعض الآثار الجانبية والتي قد تسبب عرقلة نمو الطفل في الوزن والقامة.

وقد بينت الدراسات أنّ 3/4 الأطفال ذوي قصور الانتباه مع فرط النشاط يستجيبون بطريقة جيدة للأدوية المنشطة (ريتالين، كونسرتا)، من حيث مختلف مكونات الاضطرابات وخاصة الانتباه في تحسن الاداء الدراسي.

في دراسة سيسالم (2001) في (شوقي مادي، 2013: 127) تبين أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه والذين يعالجون باستخدام العقاقير المنشطة فقد تؤدي إلى أنّ فاعلية استخدام هذه الادوية في الحد من أعراض الاضطراب تتراوح ما بين 60% و 90%. وهذا ما أكدته (مريم سليم، 2011: 151) أنّ الأطفال في سن الدراسة (7- 12 سنة) يستفيدون بصورة كبيرة من تناول هذه العقاقير، كما أنه لوحظ تحسن في حالة 70% من ذوي قصور الانتباه مع فرط النشاط الحركي. أما 30% من الحالات الباقية فإنه لم يلاحظ عليهم أي تغيير وبالتالي فإنهم عانوا من آثار جانبية نتيجة تناول العقاقير.

توجد ثلاثة أنواع رئيسية من الأدوية التي تقدم إلى الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه سنحاول فيما سيأتي عرضها على شكل جدول:

الجدول رقم (03)

يوضح العقاقير الطبية المستخدمة لعلاج فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

| اسم التجارية | رتالين Ratalin | Cylert سايلرت | دكسدرين Dexedrine | سقاطيرا Strattera |
|----------------------------|---------------------|---------------|------------------------|--------------------------|
| عائلة الدواء | Methyl Phenidate | Pemoline | Dextroamp -hetamine | atomoxétine |
| كيفية توفرها (بالمغم) | 1.2.3 | 75.18.5.37 | 10.5 | .10.18.25 40.60.80 |
| الجرعة اليومية (بالمغم) | 6-10 | 5-37 | 4-5 | كبسولة واحدة كل اليوم |
| حدوث التأثيرات | خلال ساعة | متباين | خلال ساعة | بعد ثلاثة اشهر |

كما أنّ هناك عقاقير اخري لعلاج هذا الاضطراب كالأميراميف Imepamine واسمه التجاري Tofranil، وبيروتوفريف Pertoferane والمعروف تجاريا باسم ديسبرامين Desipramine وفلوكستين Flouxetine، واسمه التجاري Prozac وباروكستيف Paroxetine واسمه التجاري باكسل Paxil وهي أدوية مضادة للاكتئاب، أما من الأدوية المنبهة للاعصاب فيوجد كونسيرتا Concerta اسمه التجاري وأدريال Adderrall وهو اقوي من الريتالين.

أما فيما يخص مدى فعالية هذه الأدوية المنبهة أو المنشطة في خفض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه. فقد اشارة دراسة جادو Gadow 1992 في (مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي ، 2005: 45) والتي قام بها على عينة من أربعة أطفال في سن الدراسة والذين يعانون من هذا الاضطراب، حيث اعطي لطفلين جرعات من مركبات الدكسي أمفيتامين Dexamphetamine وتناول طفلان آخران مركبات المثيل فينيدات Methyphenidate بمقدار 8 جلسات، حيث بدأ بأقل الجرعات ثم استمر في زيادتها إلى أن تحصل إلى أعلى درجة تحسن في المظاهر السلوكية للنشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال. في نفس السياق

أوضحت دراسة ليرنز Lerner 2000 في (فوزية محمدي، 2011: 53) والتي قام بها من أجل اختبار مدى فعالية العلاج بالعقاقير النفسية المنبهة للأطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط، ويعانون من قصور في الاداء الحسائي، أن تناول الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه الذين يعانون من مشكلات في الرياضيات لعقار "الميثيل فينيديت" المعروف تجاريا باسم (Ritalin)، حسن من سرعتهم المعرفية، كما حسن من دقة أدائهم على المهام الحسائية مقارنة بإداء الاطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط الذين تناولوا عقار "البلاسيبو" (عقار وهمي) فكان ادائهم ضعيفا.

على الرغم من الفوائد المتعددة لهذه الأدوية، فإن لها بعض التأثيرات الجانبية التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند استخدامها عند الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط، فقد تؤدي هذه الادوية إلى الانسحاب الاجتماعي وإلى زيادة التهيج والقلق المزمن والتوتر والاكتئاب. كما انها تسبب للطفل صداعا في الراس أو تظهر عند البعض آلام في المعدة أو الحساسية. إنّ هذه التأثيرات الجانبية غالبا ما تظهر مع بداية استخدام الطفل الدواء أو عندما يتناوله بكميات كبيرة ولمدة طويلة، وفي جميع الأحوال إن هذه التأثيرات الجانبية يمكن أن يزول تماما بعد ساعات قليلة من التوقف عن تناول الدواء وإذا استمرت يجب تغيير الدواء.

2.9. العلاج السلوكي:

يحتاج الأطفال المصابون بالحركة الزائدة مع قصور في الانتباه بالإضافة إلى العلاج الدوائي علاجا على مستوى السلوك. ويعتمد هذا الاخير على برنامج علاجي سلوكي موضوع بدقة والذي يسعى إلى التعامل مع سلوكيات الطفل المضطربة والتي يجب تعديلها مع احداث تغيير ايجابي في سلوك الطفل، وهذا يطلق عليه برنامج تعديل السلوك.

ترجع أسس العلاج السلوكي إلى نظريات وقواعد التعلم التي وضع اطارها النظري "بافلوف" و"جون واطسون" وغريهما، كما يعتبر هذا النوع من العلاج الجانب التطبيقي لمبادئ وقوانين التعلم التي توصل اليها كلا من سكينر (Skinner) في الاشراف الاجرائي، و"جوزسيف ولبيه (Joseph Wolpe) في الكف بالنقيض.

يمكن لنا أن نعرف العلاج السلوكي بأنه الاسلوب الذي يعتمد على قواعد معينة التي تعمل على تحويل السلوك غير مرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه، ويركز هذا العلاج على السلوكيات الظاهرة والبارزة لدي الطفل.

يري السلوكيون أنّ العلاج السلوكي يعتبر من بين أهم الأساليب العلاجية الفعالة في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. فترى (زينب شقير، 1999: 37) أنّ السلوكيون ينظرون إلى اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه هو ناتج عن أربعة عوامل:

- الفشل في اكتساب سلوك مناسب أو تعلمه.

- تعلم اساليب سلوكية غير مناسبة.

- مواجهة الفرد مواقف متناقضة لا يستطيع اتخاذ قرار مناسب.

- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة.

توجد عدة تقنيات من أجل علاج فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه إذ اشارة (هناء ابراهيم صندقلي في 2008: 113-114) إلى أهم هذه التقنيات، الثواب والعقاب، التعزيز الإيجابي، والتعزيز السلبي، جداول التعزيز، جداول المهمات وغيرها. والهدف الرئيسي من تطبيق هذه التقنيات هو تزويد الطفل بمهارات كان قد فقدتها نتيجة اصابته بهذا الاضطراب. كذلك اشارة نفس الباحثة إلى أنّ العلاج السلوكي يعتمد اساسا على تركيز انتباه الطفل على شيء يجبه أو يغريه للفت نظره ويدفعه إلى زيادة الصبر عنده، وهو بذلك يخضع لعملية تعديل في السلوك، وتتم هذه العملية بشكل تدريجي بحيث يتدرب الطفل بداية على مدة تركيز تستغرق 10 دقائق ثم تزيد المدة شيئا فشيئا. ولضمان نجاح هذه الاستراتيجية هناك امران يجب الالتزام بهما وهما الصبر والحوافز.

توجد عدة نماذج علاجية تعتمد على النظرية السلوكية من أجل علاج أو الخفض من أعراض فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، من بين أهم هذه النماذج العلاجية السلوكية والأكثر انتشارا ، هو ما قدمه باركلي Barkley أن هذا العلاج لا يعتمد على ما هو سلوك فقط بل يعتمد على ما هو معرفي كذلك. ويتوجه هذا العلاج للوالدين وللأطفال ذوي قصور الانتباه مع فرط النشاط الحركي، كما يقوم هذا العلاج فرديا وجماعيا كذلك. الهدف الرئيسي من هذا البرنامج هو تدريب الوالدين على مواجهة المواقف الصعبة التي يواجهونها مع أطفالهم وتعليمهم تقنيات واستراتيجيات ضبط السلوكيات المضطربة التي يقوم بها الطفل لتصبح فعالة ومتناسكة ومناسبة للموقف. استراتيجيات تسمح لهما من التقليل من حدة هذه السلوكيات ومن تأثيراتها على الجو الأسري. كما يهدف هذا البرنامج على تحسين سير العلاقة بين الطفل والوالدين وبالأخص الأم، كما أنه يعمل على تحسين الصورة الذاتية عند الطفل.

ويتحاشى هذا البرنامج اثاره الشعور بالذنب أو اتهام الوالدين بأن لهما سبب في الاضطراب الذي اصاب الطفل. بالعكس تظهر لهما معلومات عن سبب هذا الاضطراب من الناحية الفزيولوجية وغيرها من الأسباب. كما تقترح عليهما المساعدة من أجل إدارة السلوكيات الصعبة التي يقوم بها طفلهما، من أجل تحسين جودة الحياة، مع السعي إلى تجنب تدهور العلاقة الأسرية.

يوجد العديد من الدراسات العربية أو الاجنبية اظهرت مدى نجاعة العلاج السلوكي في علاج او في تعديل السلوكيات السلبية عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. أول هذه الدراسات دراسة (علاء قشطة، 1995) في (صافيناز إبراهيم، 2008:16) إلى التعرف على فاعلية كل من فنيتي التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المتخلفين ذهنياً.

شملت عينة الدراسة 40 طفلاً جميعهم ذكور ملحقين بالمراكز الخاصة بالأطفال المتخلفين ذهنياً وطبق عليهم مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ومقياس التعرف على النشاط الزائد لدى الأطفال، واختبار تجانس الأشكال لكاجان، ومقياس تقدير المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة فاعليتي التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المتخلفين ذهنياً، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فنيتي التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض النشاط الزائد عند هؤلاء الأطفال، وهذا يشير إلى تساوي أثر الفنيات المستخدمة.

كما أجرى ملكاوي 2003 في (أسامة البطاينة، 2011: 991) دراسة هدفت إلى معرفة مدى فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في معالجة اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى طلبة من ذوي صعوبات التعلم، وكان عدد أفراد الدراسة 30 طفلاً من الصفين الثالث والرابع الذكور الملتحقين بغرف صعوبات التعلم في مديرية إربد الثانية في الأردن. ووزع أفراد الدراسة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة بالتساوي، وتم تحديد أفراد الدراسة من خلال قائمة تقدير سلوك ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، وطبق أسلوب التعزيز الرمزي على المجموعة التجريبية لمدة شهر ونصف. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كما أظهرت عدم وجود فروق في اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يعزى لمتغير المستوى الصفي، وللتفاعل بين الصف وطريقة العلاج.

كما نجد أيضاً من الدراسات التي اعتمدت على تعديل سلوك الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه دراسة لاث ولندركامب Lauth & Linderkamp 1998 في (مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي ، 2005:68) والتي هدفت بتطبيق برنامج علاجي يقوم على تعديل سلوك الطفل. تكونت عينة الدراسة من 18 طفلاً ، ويتكون البرنامج من ورش عمل تحتوي على النمذجة ، ولعب الأدوار ، مع التغذية الراجعة ، ومهارات تنظيم السلوك ، وأظهرت النتائج امتثال الأطفال للطاعة والنظام في المواقف ، والأنشطة المقدمة في هذا البرنامج.

يعتبر العلاج السلوكي من أفضل أساليب العلاج لأنه يمتاز بفعالية وبتعدد أساليبه وتنوعها، كما أنه يصلح للعديد من الاضطرابات السلوكية كالتوحد وغيرها وفي مراحل عمرية مختلف. وما يعاب على هذا العلاج انه يقتصر على تعديل السلوك الظاهر دون الاخذ بعين الاعتبار الجانب المعرفي و الجانب الانفعالي. ولهذا ظهر اسلوب علاجي يجمع ما بين ما هو سلوكي وما هو معرفي وهذا ما يسمى بالعلاج السلوكي المعرفي.

3.9. العلاج السلوكي المعرفي:

إنّ أسس العلاج المعرفي السلوكي تقوم على نظرية التعديل المعرفي السلوكي لهاربرت حيث رأي هذا الاخير انه يجب المزج ما بين ما هو سلوكي وما هو معرفي. من بين المفاهيم التي يقوم عليه العلاج السلوكي المعرفي السعي إلى فهم الوظائف التنفيذية المتضرر مثل الحوار الداخلي، الملاحظة الذاتية، واستخدام مهارة التقويم المعرفي السلوكي ومهارة التغذية الرجعية وضبط الذات والتمثيل التعزيز.

ويرتكز العلاج السلوكي المعرفي على حسب(شوقي ممدادي، 2013: 127) في انطلاقه على أنّ للأفراد دورا اساسيا في ظهور الاضطرابات السلوكية، والمشكلات النفسية وفي ظهور اعراض معينة لديهم، والتي تعتمد على كيفية تفسيرهم للأحداث والخبرات المختلفة في حياتهم، ومن هنا فإن العلاج المعرفي يركز ويعمق الافتراض بأن إعادة الفرد لتنظيم افكاره، سيؤدي لا محالة إلى إعادة تنظيم سلوكه وذلك بتطوير الاستراتيجيات الخاصة بالمراقبة. اعتبر الزيات في 1998 في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 125) أنّ العلاج المعرفي السلوكي من بين الأساليب العلاجية المستخدمة مع الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، كما لو كان قد صمم لهذه الفئة من الأطفال بالذات، حيث يقوم التعديل المعرفي للسلوك على تدريب هؤلاء الأطفال على إكساب مهارات التخطيط، حل المشكلات، ضبط الذات التي يفترق إليها مجتمع هذه الفئة من الأطفال، من منطلق أن الضبط أو التحكم اللفظي أو التعبير يعد واحدا من العوامل التي لديها أهمية في ضبط السلوك خلال التطور النمائي له وتطبيق ذلك على الأطفال ذوي اضطراب الانتباه وفرط الحركة، وجد أن خاصية الاندفاع، وهي من الخصائص المهمة لهؤلاء الأطفال، ترجع إلى عدم ضبط إيقاع السلوك مع إيقاع الكلام أو التفكير اللفظي والسلوك المصاحب، ومن الخصائص الشائعة بين الأطفال مضطربي الانتباه مفرطي الحركة الصعوبات التنظيمية.

كما اشار (أحمد محمد يونس قزاقزة في 2005: 31) أنّ العلاج السلوكي المعرفي عند اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يسعى إلى التنظيم والضبط الذاتي والتعزيز الذاتي وحل المشكلات الشخصية ذاتيا والنمذجة والممارسة والتنبيه الذاتي، والتعليم الذاتي، والتسجيل الذاتي، والمراقبة الذاتية، والحديث الذاتي. هذه الاستراتيجيات وغيرها تعمل على زيادة وعي وأدراك الطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط

النشاط الحركي بما يصدر عنه من سلوكيات سلبية، وإدراك الاستجابات التي تصدر عنه، تجاه المهام الأكاديمية والاجتماعية، ومختلف الأنشطة التي يقوم بها وكل ذلك يتم عن طريق إدارة الذات.

كما أجرى نفس الباحث دراسة هدفت إلى معرفة أثر التدريب على المراقبة الذاتية في رفع مستوى الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وقد ضمت عينة الدراسة 78 طفلاً من الصفوف الثالث والخامس والسابع الأساسي، وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وتراوح أعمارهم ما بين 08 سنوات و12 سنة

وقد اعتبرت درجاتهم على مقياس ملاحظة السلوك الانتباهي مؤشراً لمستوى الانتباه قبل تطبيق البرنامج التدريبي. تلقى أفراد المجموعة التجريبية تدريباً على أسلوب المراقبة الذاتية لمدة 72 جلسة بواقع 16 جلسة كل أسبوع، أما أفراد المجموعة الضابطة فلم يتلقوا أي تدريب. أظهرت النتائج فاعلية التدريب على المراقبة الذاتية في رفع مستوى الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما أظهر القياس التبعي فاعلية البرنامج واستمرارية أثره بعد توقف التدريب. وقام القرعان 2006 في (أسامة البطاينة وآخرون، 2011) بدراسة هدفت إلى معرفة أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة أردنية من طلبة الصف الرابع والخامس والسادس الأساسي والذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. وقد بلغ عدد أفراد الدراسة (100) طالباً يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، تم توزيعهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية عددها (50) طالباً، ومجموعة ضابطة عددها (50) طالباً، حيث تلقت المجموعة التجريبية البرنامج التدريبي الذي تضمن استخدام إستراتيجيتين هما: التعليم الذاتي، ومراقبة الذات، بينما استمرت المجموعة الضابطة في برنامجها العادي، وقد استغرق تطبيق البرنامج مدة عشرة أسابيع بواقع (40) حصة تدريبية. أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الأبعاد الفرعية والكلية للمقياس بصورتيه المدرسية والمنزلية ولصالح المجموعة التجريبية. وهذا يشير إلى أن البرنامج التدريبي، كان فعالاً في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وفي دراسة أخرى (لسعيد دبس وإبراهيم السماردي سنة 1998: 23) والتي هدفت إلى التحقق من مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم. وقد تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال تراوحت أعمارهم ما بين 11 و15 سنة وقد تم اختيار العينة وفق الشروط التالية أن يكون الطفل غير مصاب بأية أمراض عضوية، أن يكون الطفل ليس لديه أي اضطرابات عصبية، أن لا يكون تحت تأثير أي عقاقير طبية يمكن أن تؤثر على نشاط الطفل وقدرته

العقلية، أن تتراوح نسب ذكاء أفراد العينة ما بين 60 و 70 درجة. وتم تقسيم أفراد عينة الدراسة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وتم التحقق من تجانس المجموعتين في العمر والذكاء واضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

وقد تم تطبيق قائمة كورنر لتقدير سلوك الطفل ، وقائمة تقدير سلوك الطفل المأخوذ من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM - IV) . بعد التحقق من صدقهما وثباتهما بعدة طرق. كما تم تطبيق برنامج للتدريب على الضبط الذاتي يعتمد على تقديم التعليمات للذات في 18 جلسة تدريبية بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع وذلك على أفراد المجموعة التجريبية .

وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج وتحليل بيانات القياسات القبليّة والبعدية وتحليل الفروق بينها توصلنا إلى النتائج التالية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم كما تقيسها قائمتي تقدير سلوك الطفل بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية وذلك لصالح القياس البعدى. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في درجة اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كما تقيسها قائمتي تقدير سلوك الطفل بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج التدريبي لصالح المجموعة التجريبية ويمكن أن نذكر بعض إستراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي كما حدده (عوني معين شاهين عمر نافع العجارمة 2010) كما يلي:

1. تسهيل عملية التذكر:

حسب نظرية معالجة المعلومات النموذجية ذات الست مراحل كيرك وجلفانت في 1984

اختيار المحتوى وتحديد اهداف ما ينبغي تذكره

- تحديد المعلومات المتوقع تذكرها
- تنظيم المعلومات التي ينبغي تذكرها
- عرض المعلومات الواجب تذكرها
- اختيار استراتيجيات التسميع
- تعليم مراقبة الذات.

في نفس السياق قام كلينبيرج وآخرون Kleinberg et al 2003 باستخدام برنامجا تدريبيًا على الكمبيوتر لتجهيز المعلومات بالذاكرة لدى أطفال لديهم فرط الحركة المصحوب بقصور في الانتباه مع اضطرابات في الوظائف المعرفية، تكونت عينة الدراسة من (50) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (7-12 سنة). توصلت النتائج إلى أن أعراض الاندفاعية والنشاط الزائد وعدم الانتباه لدى الأطفال الذين تعرضوا للبرنامج أقل عما كانت عليه قبل التدريب واستمر ذلك بعد 3 أشهر من التدريب خاصة في جانب الانتباه.

2- تعديل السلوك المعرفي:

والذي يتكون من أساليب من بينها نجد.

أسلوب المراقبة الذاتية:

يستخدم هذه الأسلوب بشكل كبير لمساعدة الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه والذين يواجهون صعوبة في مواصلة تنفيذ مهمة ما داخل القسم، وبشكل خاص خلال وقت العمل المستقل. ويقوم هذا الأسلوب على التقييم الذاتي والتسجيل الذاتي للطفل ويتكون هذا الأسلوب من ثلاث خطوات هي:

- إصدار نغمة من مسجل صوتي تتراوح بين 10 إلى 90 ثانية وبمعدل فترات حوالي 45 ثانية، والتي توهي للطفل بمراقبة الذات.

- استراتيجية التساؤل الذاتي التي يستخدمها الطفل عند مراقبة لذاته.

- وسيلة يسجل عليها الطفل اجابته عن اسئلة التقييم الذاتي من حيث كونه منبها ام لا.

وفي ما يأتي سنشير الى اهم البحوث التي اهتمت بفعالية المراقبة الذاتية أولها دراسة ميكي ووليام MIAKI et WILLIAM 1997 والتي هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن فعالية المراقبة الذاتية عند الأطفال المصابين بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي ممن يحصلون على علاج دوائي. اشتملت عينة الدراسة على ثلاثة أطفال من المرحلة الابتدائية والتي كانت تتراوح أعمارهم ما بين 8 سنوات إلى 11 سنة. حدد الباحثون نموذجاً من المراقبة الذاتية الذي قام به هالمان وآخرون HALLMAN, et el (1993) والذي يساعد الطفل على ضبط ثلاث سلوكيات أولها الاهتمام بعناصر الدروس ثانياً الاهتمام بالمعلم ثالثاً الاهتمام بالتواصل مع المعلم لمدة 10 أيام من التدريب. توصلت نتائج الدراسة إلى أنّ السلوكيات التي تم الإشارة إليها من قبل قد تحسنت بشكل كبير وذلك بعد تدريبهم على المراقبة الذاتية أثناء المهمة.

ثانياً نجد دراسة شيمبكورو و اخرون (SHIMABAKURO, ET AL، 1999: 360) والتي هدفت الى معرفة اثر المراقبة الذاتية المعرفية على الأداء الأكاديمي لدى التلاميذ المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. تكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال ذكور، طفل واحد من السنة الخامسة ابتدائي وطفلين من السنة الاولى متوسط. ثم تدريب التلاميذ على المراقبة الذاتية المعرفية وذلك من خلال ثلاث مجالات أكاديمية وهي: القراءة والحساب والتعبير الكتابي. أعطيت للتلاميذ مدة زمنية قدرها 10 إلى 15 دقيقة لإكمال مهامهم، ثم قام الباحثون بإعداد مجموعة من الاسئلة لمعرفة إذا كانت عينة الدراسة توظف المراقبة الذاتية المعرفية بشكل جيد بعد تدريبهم على ثلاث مجالات المذكورة مسبقاً ام لا. كشفت نتائج الدراسة أن للمراقبة الذاتية المعرفية تأثير إيجابي على التحصيل الأكاديمي عند التلاميذ المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، كما بينت كذلك ظهور مستويات متزايدة من التحصيل الأكاديمي وخاصة في التعبير الكتابي بالنسبة لكل العينة، أما بالنسبة للقراءة والرياضيات فقد أثرت المراقبة الذاتية المعرفية فيهما بنسبة أقل.

كما نجد في الاخير دراسة أحمد محمد يونس القزاقزة 2005 و التي كانت بعنوان أثر فاعلية التدريب على المراقبة الذاتية عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. حاول الباحث دراسة أثر التدريب على المجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. تكونت عينة الدراسة من 78 تلميذا تراوحت اعمارهم ما بين 8 سنوات و 12 سنة، من السنة الثالثة ابتدائي والسنة الخامسة الابتدائي والسنة الاولى متوسط. تلقى أفراد المجموعة التجريبية التدريب على أسلوب المراقبة الذاتية لمدة 72 جلسة بواقع 16 جلسة كل أسبوع، عكس المجموعة الضابطة. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة احصائية عند 0.05 ما بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى الانتباه والمراقبة الذاتية ولصالح المجموعة التجريبية حيث كانت 0.00. أما بالنسبة للمستويات الدراسية الثلاث فقد كانت الفروق في مستوى الانتباه والمراقبة الذاتية، فالسنة الثالثة والخامسة ابتدائي لديهم مستوي اقل من السنة الأولى متوسط.

أسلوب التعلم الذاتي:

- ويتمثل هذا الأسلوب نمطا اخر من اساليب تعديل السلوك المعرفي وتشمل الاجراءات التدريبية الخطوات التالية:
- يقوم المعلم بإداء المهمة وهو يتحدث إلى نفسه بصوت مسموع حيث يطرح على نفسه اسئلة حول المهمة ويوجه نفسه بتعليمات واضحة ويجري تقييما ذاتيا لإدائه.
 - يطلب المعلم من الطفل أن يقلد سلوكه ويتكلم مثله بصوت مسموع عما يفعله

- يقوم المعلم بأداء المهمة الثانية منمذجا تعليم نفسه ولكن بصوت هامس
- يقوم الطفل بنمذجة المعلم عملا وقولا هامسا.
- يقوم الطفل بإداء المهمة بصمت ايضا.

أسلوب الوعي المعرفي:

ويقصد بالوعي المعرفي أو ما وراء المعرفة لدى علماء النفس المعرفي في (عوني معين شاهين واخرون، 2010: 158-159) بمعرفة حول المعرفة أو التفكير حول التفكير أو وعى الفرد حول تفكيره المنهجي حول ما يتعلمه وهي عبارة اخرى القدرة على تسهيل حدوث التعلم بمراقبة العمليات الفكرية وتوجيهها بصفة القدرة على معرفة مالا نعرفه وعلى ما نعرفه. ويتضمن الوعي المعرفي عاملين اساسيين هما الوعي على المهارات والاستراتيجيات والمصادر الازمة لأداء مهمة معرفية بفاعلية والقدرة على استخدام اليات التنظيم الذاتي كوضع خطة لحل المشكلة وتقييم النشاطات الجارية لحلها وتدفق النتائج ومعالجة المصاعب.

نستنج من هذا الاسلوب أنّ سعي المعلم او المدرب إلى تدريب الطفل على نطق الكلمات بصوت مسموع عند قراءتها، حيث يشتمل هذا الاسلوب على سلسلة من الخطوات التي تم الاشارة اليها والتي تعمل على الضبط الشفهي للسلوك وذلك عن طريق محاكات الطفل لأداء المعلم ، وبعد ذلك يتم تدريبه على آدائه بشكل مستقل.

4.9. العلاج الأسري:

إن الأسرة التي لديها أطفال مصابين بالاضطرابات السلوكية كاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وغيرها فإنها تؤدي بأطفالهم إلى عدم التكيف الاجتماعي، وإلى فقدان التوافق الاجتماعي داخل الأسرة . فإن العلاج الأسري يعمل على ادارة السلوكيات الفعالة من طرف الوالدين أو القائمين برعاية الطفل، والتي تتطلب مجموعة من المعارف والاتجاهات الايجابية نحو الأطفال إلى تفهم اوضاعهم، والتأقلم معها قدر المستطاع وكيفية التعامل مع الظروف المختلفة للاضطراب. كما يهدف العلاج الاسري إلى تعديل البيئة المنزلية للطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وإلى تدريب الآباء على كيفية تعديل سلوك طفلهم المصاب (عفاشة، 2008: 52) إلى أنّ العلاج الاسري يهدف الى تنظيم ادوار الاسرة فيما يتعلق بحالة الطفل، وتقويم النظام الاسري في ضوء الحالة، والتدعيم للدور الفردي لكل واحد داخل الاسرة، وتقويم العلاقات الاسرية مما قد يؤثر ايجابيا على حالة الطفل داخل الاسرة. فان هذا العلاج مفيد في حالة وجود مشكلات انفصال او تفكك اسري، أو وجود بناء معرفي مشوش، أو علاقات غير منسقة، فيعمل الاختصاصي على اعادة التوازن الاسري، وتصحيح الاخطاء الموجودة، ووقاية الطفل من الوقوع في مشاكل لاحقة.

توجد دراسات كثيرة اهتمت بالعلاج الاسري ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة براكلي في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 119) التي قام بها سنة 1990 مع وزملائه في محاولة معرفة اثر تدريب الوالدين في خفض اعراض اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط، فقاموا بإجراء دراسة على مجموعة من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، وفق معايير الدليل التشخيصي والاحصائي وتكونت عينة الدراسة من 34 طفلا وتم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية وتضم 19 فردا، والثانية ضابطة وتضم 15 فردا، وتلقى اباء المجموعة الأولى تدريبا حول الاضطراب والصراع الاسري والاساليب العلاجية المناسبة كالتعزيز والثواب وتكلفة الاستجابة واستخدام الحرمان المؤقت، وكيفية التعامل مع مشكلات الفئة من الاطفال، بينما لم يتلق اباء المجموعة الضابطة هذا التدريب.

اوضحت نتائج الدراسة فروقا دالة بين متوسطات افراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة، لصالح افراد المجموعة التجريبية في كل من التوتر وتقدير الذات، الا أنها خلصت إلى إنّ مدة تقديم البرنامج التي استمرت تسعة جلسات فقط، لم تكن كافية.

في نفس السياق أشار " فاق Vaught في دراسته التي هدفت إلى التعرف على مدى تأثير المفاهيم الوالدية وتعاملهم مع الأطفال في التشخيص على أنهم يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه والتي أسفرت على وجود علامة ارتباطية دالة إحصائيا بين المفاهيم الوالدية الخاطئة والسلوك المضطرب، لذا نؤكد على أن للوالدين عامل مؤثر ومهم جدا في تشخيص وعلاج هذا الاضطراب، وهذا ما أكدته كل من " دافيس Davis 2004.

وفي دراسة لباركلي وآخرون Barkley et al 1992 " في (شوقي مّادي، 2013: 139) نجد أنهم قارنوا ما بين ثلاثة برامج أسرية في خفض اضطراب الانتباه لدى المراهقين، وضمت عينة الدراسة 61 مراهقا تراوحت اعمارهم بين 12 سنة و18 سنة، وتم تقسيمهم الى ثلاث مجموعات:

- المجموعة الأولى: استخدم معها برنامج ادارة السلوك وضمت 20 مراهقا.
 - المجموعة الثانية: استخدم معها برنامج حل المشكلات وضمت 21 مراهقا.
 - المجموعة الثالثة: استخدم معها برنامج الارشاد الاسري البنائي وضمت 20 مراهقا.
- استمرت فترة تطبيق البرنامج ما بين 12 اسبوعا و 18 اسبوعا، شارك فيها المراهقون واسرهم، كما واصلوا المشاركة في برنامج المتابعة بعد انتهاء تطبيق البرامج لمدة ثلاثة اشهر، وظهرت النتائج فعالية البرامج الثلاثة في خفض

الاتصال السلبي، والصراع العائلي، والغضب المصاحب للصراع، وخفض الاكتئاب العائلي، وكل هذا أدى إلى خفض اضطراب الانتباه المصحوب بفرط الحركة في جميع البرامج بنسب متفاوتة.

خفض الاتصال السلبي، والصراع العائلي، والغضب المصاحب لهذا الصراع والاكتئاب العائلي مما أدى إلى TDAH عند المراهقين.

اشار فاندر وبيس vander et pace في (عفاشة، 2008: 53) إلى أهم الاستراتيجيات العلاجية الاسرية، لدي اسر ذوي الأطفال المصابين باضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه والتي وضعها ضمن اربع محاور رئيسة وهي:

- برامج المعلومات وهي توفر للآباء الحقائق عن حالة طفلهم.
- برامج علاجية نفسية لمساعدة الالباء في التعامل مع مشكلاتهم ومشكلات اطفالهم.
- برامج تدريب الالباء في تطوير مهارات فعالة لتعلم طفلهم.
- برامج العمل الفردي مع الطفل من اجل الشروع في استراتيجيات الادارة الذاتية مثل (تنمية طريقة منظمة لإنجاز الواجبات المنزلية والمهام الاخرى، وتنمية طريقة حل المشكلات في المواقف الاجتماعية، وتنمية طريقة للتحكم في حالات القلق.

من خلال ما تقدم سنشير الى أهم الفنيات المستخدمة كاستراتيجيات علاجية تدرج ضمن العلاج الأسري للمصابين باضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه المذكور في دراسة(مفيدة بن حفيظ، 2014: 121-122):

تعظيم أو تعزيز قيمة انتباه الوالدين:

ويتأتى ذلك من خلال إثارة الآباء على ضرورة زيادة الاهتمام بملاحظة الطفل، ومتابعته وقضاء وقت يومي في الانغماس في أنشطة سارة ومبهجة للطفل، وعدم محاولة إجهاده أو الضغط عليه، أو توبيخه أو تهديده بالنتائج المترتبة على سلوكه.

تعزيز سلوك المطاوعة أو الطاعة لدى الطفل:

يهدف تخفيض الأنشطة أو الأنماط السلوكية غير المرغوبة التي تصدر عن الطفل، ومن ثم تؤثر عمية تعزيز سلوكه مطاوعة الطفل للكبار وبناء جسور من الثقة بينه وبينهم في التخلص التدريجي من السلوكيات غير المرغوبة أو على الأقل تخفيضه.

إيجاد نظام أسري للكسب والخسارة:

انطلاقاً من فكرة التعزيز المباشر لسلوك الطفل إيجاباً أو سلباً يجب وضع نظام أو قواعد تقوم على المكسب أو الخسارة اعتماداً على السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة التي تصدر من الطفل، ويخسر الطفل على قيم نقدية رمزية مع نقص رصيده أو مع تكرار السلوكيات غير المرغوبة ويمكن عمل قائمة بهذه الأنماط مثل قوائم المكسب والخسارة.

تخصيص وقت حر تلقائي لا يتقيد فيه الطفل بالأوامر:

هذا الوقت يكون بلا أية تعزيزات أي خارج نطاق التعزيز، ويهدف إلى وضع الطفل في مواقف سلوكية يعبر فيها عن ذاته بشكل حر وتلقائي ودون التقيد بالآثار المرتبطة بأشكال التعزيز، مع ملاحظة الأنماط السلوكية التي تصدر عن الطفل خلال هذه المواقف وإلى أي مدى استطاع الطفل أن يعمم السلوكيات المرغوبة في المواقف المختلفة خارج نطاق التعزيز.

شمول أو إتاحة مدة أكبر للسلوكيات:

يمكن إتاحة مدى أكبر لأنماط أخرى من السلوك، ومتابعة تقدم الطفل وتعميمه للسلوكيات المرغوبة خلالها، وهكذا حتى يستوعب الطفل مدى أكبر من السلوكيات في الاتجاه المرغوب.

5.9. العلاج التربوي:

نتطرق في هذا الأسلوب العلاجي الخاص بالمصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه إلى العلاج التربوي لأن للمدرسة الدور الأساسي إذ فيها تندرج الأدوار التربوية من المعلمين إلى المواد التعليمية وغيرها. في هذا العلاج سنحاول أن نشير إلى أهم الاستراتيجيات التعليمية والتي تخدم المعلم وتساعد على تحطيم المشكلات التعليمية الحاصلة مع هؤلاء التلاميذ الموصوفون بفرط الحركة ونقص الانتباه.

وهذا ما أشار إليه كل من السيد على سيد وفائقة محمد بدر 1999 في (محمد القاضي، 2011: 80) إلى أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى التنوع في المواقف التعليمية وكذا مصادر المعلومات، لأنّ الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب سريع الملل، كما أنه يحتاج إلى بعض العناية والاهتمام خاصة في حجرة الدراسة العادية مع أقرانه الأسوياء. حيث ان تشتت انتباهه وضعف قدرته على الانصات وعدم قدرته على متابعة التعليمات، وما يعانيه من اندفاعية في النشاط الحركي يؤثر بطريقة مباشرة على تلقيه للمعلومات ومدى فهمه لها، لهذا يجب على المعلم

أنّ يحاول السيطرة على الاعراض في حجرة الدراسة العادية، من خلال استخدام بعض الاستراتيجيات التربوية التي تعتمد على جذب انتباه الطفل والسيطرة على سلوكه غير المرغوب في موقف تعليمي يتسم بالإثارة والتشويق. إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من صعوبات تعليمية، ولذا أكد كل من فيليس Phyllis 1998 والسيد علي وفائقة بدر 1999 وسحر الخشمري 2004 على أهمية العلاج التربوي الذي يتطلب ما يلي:

- أنّ تكون حجرة الدراسة ذات موقع بعيد عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التي تشتت الانتباه السمعي والبصري لدى الطفل المصاب بهذا الاضطراب. أنّ تكون حجرة الدراسة جيدة الإضاءة والتهوية وأثاث سليم يريح الطفل في جلوسه مما يقلل من تملله وكثرة حركته البدنية.
- أنّ تخلو حجرة الدراسة من اللوحات التي تعلق على جدران القسم وغيرها من الأشياء التي تؤدي إلى تشتيت الانتباه البصري لدى الطفل المصاب بهذا الاضطراب.
- أنّ يتم التدريس لهذا الطفل بطريقة فردية عن طريق معلم متفهم لطبيعة اضطراب الطفل وخصائصه ليقوم بتنوع المواقف التعليمية لمنع حدوث الملل الذي قد ينتج عنه تشتت الانتباه وجعل المواقف التعليمية أكثر إثارة وتشويقاً.
- يجب على المعلم أنّ لا يكثر من نقد الطفل لأنّ ذلك يقابله السلوك العدواني، بينما التفاعل الإيجابي يساعد على تكوين مفهوم إيجابي للذات مما ينعكس على التحصيل.
- يتم تشكيل فريق عمل علاجي من المعلم، والأخصائي التربوي، والأخصائي النفسي، وطبيب الامراض العقلية للطفل لتزويد المعلم بالمعلومات اللازمة عن طبيعة وماهية وأغراض وكيفية علاج هذا الاضطراب لمتابعة الطفل وأنّ يكون هذا الفريق على اتصال دائم بالأسرة هذا الطفل لإمدادهم بالمعلومات والإرشادات لمتابعة سلوك الطفل في البيئة المنزلية.
- إنّ للمعلمين دوراً هاماً وبارزاً لنجاح التلاميذ ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وذلك من خلال تعديل البيئة التعليمية كما تمّ الذكر من قبل، وكذلك تعديل طرق التدريس و تطبيق استراتيجيات التدخل السلوكي المناسبة لعلاج مشكلاتهم التعليمية. ومن هذا المنطلق فإنّ تأهيل المعلمين وتزويدهم بالخبرات اللازمة يعيدان من العناصر الهامة التي تساهم وبشكل فعال في نجاح هؤلاء الأطفال في المدرسة. كما اشارة (ابراهيم صندوقلي، 2008 : 142-144) إلى أهم الاستراتيجيات التي يستوجب على المعلمين اكتسابها:

أ. التدخل السلوكي:

تعتبر هذه الاستراتيجيات من أهم الاستراتيجيات المستخدمة في علاج اطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من أجل السيطرة على سلوكياتهم غير المناسبة، مما يؤدي بدوره إلى تحسين أدائهم المدرسي الأكاديمي فهم يتميزون بالعناد والتصرفات السلبية والحركة الدائمة وعدم اتباع التعليمات. ويمكن تلخيص العلاج السلوكي في أمرين هما

- تدريب الوالدين على تعديل سلوك طفلهم المضطرب.
- تزويد الطفل بمهارات فقدتها بسبب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

ب. علاج الوظائف التنفيذية:

كما تم الإشارة من قبل فإن الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من صعوبات تعليمية مرتبطة بالعمليات العقلية فهم غير قادرين على وضع اهداف لحياتهم او وضع خطط لأعمالهم بالإضافة إلى عدم قدرتهم على الاستجابة المعرفية السريعة والصحيحة. كما أن لديهم صعوبات في الذاكرة إذ لا يتمكنون من حفظ المعلومات واسترجاعها لا حقاً. لهذا كله فان عملية تحفيز الذاكرة والعمليات العقلية يكون لها تأثيرٌ فاعلٌ في تقديم فرص التحسن والنجاح لهؤلاء الأطفال.

كما تبين دراسة مفيدة بن حفيظ 2014 مدى فعالية الاهتمام بالوظائف التنفيذية عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه اذ قامت بتصميم برنامج علاجي للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة، وفقاً للمقاربة العلاجية الميتا معرفية المعتمدة على مهارات التنظيم الذاتي: التخطيط والمراقبة والتقييم، قبل وأثناء وبعد إنجاز المهام، هذه المهارات التي يفتقدها الطفل المصاب بهذا الاضطراب تم التوصل إلى النتائج التالية: نجح البرنامج العلاجي المصمم في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة على حالة الدراسة المعتمدة ، من خلال نجاح علاج أبعاده الثلاث من نقص في الانتباه، فرط الحركة، اندفاعية، وهذا ما يجعلنا نجزم من خلال هذه النتائج المتوصل إليها على ضوء حدود البحث، بفاعلية المقاربة العلاجية الميتا معرفية الموظفة في البرنامج العلاجي المصمم ، والمدربة على مهارات التنظيم الذاتي في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة في مرحلة الطفولة المتأخرة.

ج. طريقة تشغيل الانتباه:

يشمل التدريب في عمليات الانتباه مستويين.

أولاً: السعي بالطفل للبقاء في مكانه لفترة زمنية محددة مع مساعدته على التركيز طيلة هذه الفترة.
ثانياً: الدفع بالطفل من خلال التدريبات على تركيز انتباهه ونقله من نشاط إلى نشاط آخر بمبرر.
من الأساليب التدريبية على الانتباه لدينا تمارين تخص الانتباه السمعي وأخرى لها علاقة بالانتباه البصري وتستخدم في هذه الأساليب أدوات تعليمية ومجسمات للأحرف والأرقام. كمثال على هذه التدريبات كأننا نطلب من الطفل أن يركز انتباهه على عدد المرات التي سمع فيها صوتاً لحرف معين.

د. أسلوب التركيز البصري:

تتم عملية تدريب الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على التركيز البصري بين الأهل والطفل على الشكل التالي:

- يتدرب الأهل على كيفية إعطاء الأوامر للأطفال وذلك بتركيز البصر على الطفل وتركيز بصر الطفل على من يعطيه الأوامر.
- إعطاء نوع واحد من التعليمات فقط في كل مرة و يجب أن تقدم هذه التعليمات بشكل مباشر مثلاً "ضع الكتاب فوق الطاولة الآن" بدلاً من تقديم العبارة على شكل سؤال: "ممكن أن تضع الكتاب على الطاولة؟".
- استخدام نبرة صوت هادئة عند إعطاء الأوامر أو التعليمات مع الغاء المشتتات من حول الطفل.
- النظر إلى الطفل حوالي 20 إلى 30 ثانية بعد إعطاء الأوامر أو التعليمات حتى ولو كان غير مهتم.
- عدم تكرار التعليمات حتى تنتهي فترة 30 ثانية والهدف من هذا هو اعلام الطفل بجدية الأمر.
- تدريب الأهل والمتعاطين مع الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على تحاشي نظرات الغضب أثناء النظر للطفل واستبدالها بنظرات جادة.

هـ. الاشراف والمتابعة الفردية:

إنّ عملية الاشراف والتعليم الموجه الخاص بالطفل المضطرب قد يساعده على اكتساب مهارات هو غير قادر على اكتسابها. ولكن ما يجب لفت النظر إليه أنّ هذا الاشراف الموجه والمتابعة الفردية سيؤديان إلى تحسين قدرات الطفل الأكاديمية وليس علاج الطفل من مشكلاته التعليمية.

ومن بين الأساليب العلاجية في هذا المجال هو أسلوب بتدريس عن طريق الاقران حيث يقوم التلاميذ بتدريس موضوع جديد الى بعضهم البعض تحت اشراف المعلم طبعاً. وقد اشارت الدراسات التربوية العلاجية أن 50 %

من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه قد اظهروا تحسنا في المستوي الدراسي عن طريق استخدامهم اسلوب التعليم عبر الاقران مقارنة مع طريقة التعليم التقليدي. وفي هذا الصدد اشارت العديد من الدراسات التي تقرر بفعالية البرامج العلاجية التربوية من بين هذه الدراسة نجد، دراسة سايح وصباح ساعد 2006 في ((مفيدة بن حفيظ، 2014: 116)) والتي قامت بدراسة ميدانية تهدف إلى وصف واقع مشكلة فرط النشاط الحركي في المرحلة الابتدائية، وطبيعة التكفل بها في المدارس الجزائرية. فإشارات نتائج الدراسة أن نسبة التكفل بهذه الفئة ضعيفة مقارنة مع نسبة انتشار هذا الاضطراب بين تلاميذ المدارس الابتدائية بنسبة % 88.75 وفي المقابل لا توجد أي نصوص تشريعية في النظام التربوي الجزائري تولي اهتماما للمشكلة، أي أنه لا توجد أي برامج مخططة للتكفل بهذه الشريحة، إلا المبادرات الشخصية للمعلمين التي هي مرتفعة داخل المؤسسات التربوية لمواجهة هذه المشكلة.

كما اشارة دراسة (سحر الخشمري، 2007: 4-5) والتي تؤكد في دراستها أن الصعوبات التعليمية للأطفال الذين يعانون من فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، تتركز على جوانب رئيسة مرتبطة بالقراءة والكتابة والاستيعاب والفهم القرائي مع مشكلات في مادة الرياضيات. كما أنهم يظهرون صعوبات نمائية مثل مشكلات في الذاكرة بأنواعها خاصة الذاكرة العاملة والانتباه الانتقائي وتقدير الوقت وتحديد الأهداف. نستنتج من خلال هذا العرض الوجيز حول العلاج التربوي أنّ الاطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من اضطرابات أكاديمية مختلفة مثل القراءة، الكتابة، الاستيعاب القرائي، الفهم، وضعف في الرياضيات، والصعوبات النمائية المتمثلة في مشكلات الانتباه والذاكرة، وكذا صعوبات في الوظائف الدهنية التي تؤثر بدورها على الاستيعاب الاكاديمي كالتخطيط والكف المعرفي والسلوكي والمراقبة الذاتية والتعديل الذاتي المعرفي والسلوكي والمرونة الذهنية وغيرها. كما نستخلص ضمنا في هذا النوع من العلاج إلى ضرورة إقحام معلم التلميذ المصاب بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه كعضو منفذ للبرنامج العلاجي التربوي، لكون المعلم واحد من الأطراف التي تعاني من أعراض ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وآثاره، وواحد من الأطراف التي تؤثر سلبا أو إيجابا على الطفل بوعيها أو عدمه لذا وجب إدراجها مع الوالدين أثناء تقديم العلاج.

6.9. العلاج عن طريق برامج الغذاء:

ذكرت (مریم سليم، 2011: 331) على أنه يوجد علاقة بين أداء المخ لوظيفته وبين التغذية، وعلاقة اخرى بين أداء المخ لوظيفته وردود الفعل الناشئة عن الحساسية. ومن الناحية العيادية يبدو أنّ هذه العلاقات حقيقية بالنسبة

لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مثلها مثل الاضطرابات المخية الاخرى. كما تؤكد الدراسات بأن نقص العناصر الغذائية يؤدي إلى امراض كثيرة كلين العظام في حالات عدم تنوع العناصر الغذائية وافتقارها إلى العناصر الاساسية، كما أنّ الأطفال الذين اكتسبوا اتجاهات سلبية نحو الوان الطعام المختلفة يتعرضون لها. يعتمد التدخل الغذائي في علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد على وجود علاقة ايجابية بين الحساسية للتغذية والإصابة بهذا الاضطراب، فتناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة أو الخضروات والفواكه الملوثة بالمبيدات والاطعمة المحتوية على الوان أو مذاقات صناعية تزيد من الاضطراب، وفي هذا الشأن يجب استبعاد هذه المواد الغذائية الضارة على الأطفال بصفة عامة وخاصة الاطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. كما أشارت العديد من الدراسات إلى ارتباط التغذية باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والتي حددتها سحر الحشرمي في 2007 والمشار إليها في (بن مصطفى، 2016: 70) إلى عدة أشياء منها: الصبغات المضافة إلى الأطعمة والتعرض للتلوث البيئي، والكافيين الموجود في الشيكولاتة، والقهوة والمشروبات الغازية، وبعض العصائر المسكرة، والألوان الصناعية في الأطعمة والعصائر، لذلك من الضروري أن يتجنب الوالدين تناول أبنائهم لمثل هذه الأشياء مع التركيز على الوجبات الغذائية المتكاملة والمتوازنة التي يتم اعدادها في المنزل. كما قدم ناومي وريشاد في 1988 Noami et richard في(القاضي خالد سعد سيد محمد على، 2011: 78) قائمة لبعض الاطعمة التي يجب أن تستبعد من غذاء الأطفال زائد النشاط، حتى تساعدهم على خفض نشاطهم المفرط والوصول إلى المستوى المقبول من النشاط، ومن هذه الاطعمة العصائر المضاف إليها الوان صناعية، أنواع الجبن المضاف إليها الوان صناعية، السمن ، الايس كريم، والجاتوهات، والحلى.

خلاصة عامة للفصل:

تم التطرق في هذا الفصل إلى اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه متنوع بالتطور التاريخي لهذا الاضطراب، فنسبة انتشاره مع اسباب ظهوره ثم تطرقنا إلى اعراض هذا الاضطراب وتشخيصه ومن ثم تفريقه مع الاضطرابات الأخرى ، وعرضنا الاضطرابات المصاحبة، وفي الأخير عرضنا كيفية علاج هذا اضطراب.

الفصل الثالث:

اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه.

تمهيد

المبحث الأول:

ما وراء المعرفة

1. تعريف ما وراء المعرفة.
2. نمو وتطور ما وراء المعرفة
3. أهمية دراسة ما وراء المعرفة.

المبحث الثاني:

اضطراب التعديل الذاتي المعرفي مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه.

1. تعريف التعديل الذاتي المعرفي.
2. مكونات التعديل الذاتي المعرفي.
3. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط التعديل الذاتي المعرفي.

المبحث الثالث:

اضطراب التعديل الذاتي السلوكي مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه.

1. تعريف التعديل الذاتي السلوكي.

2. مكونات التعديل الذاتي السلوكي.

3. نمو التعديل الذاتي السلوكي.

4. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط التعديل الذاتي السلوكي.

المبحث الرابع:

اضطراب الكف المعرفي والسلوكي مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه.

1. تعريف الكف المعرفي والسلوكي.

2. نمو الكف المعرفي والسلوكي.

3. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط الكف المعرفي والسلوكي.

خلاصة عامة للفصل.

تمهيد:

يعد مفهوم ما وراء المعرفة من بين أهم المفاهيم الجديدة في علم نفس المعرفي، فمنذ نهاية القرن العشرين سجل هذا المفهوم اهتماما كبيرا من طرف الباحثين النفسانيين والتربويين لما له من تأثيرات على الطفل من الناحية المعرفية والسلوكية والعلائقية والاجتماعية. يشكل هذا المفهوم مصدرا أساسيا لنجاح الأطفال من الناحية التعليمية سواء في المدرسة أو خارجها. فمن أجل التعرف على ما وراء المعرفة أكثر سيتم في هذا الفصل التعرض إلى أربعة بحوث فالمبحث الأول سنشير فيه إلى تعريف ونمو وأهمية ما وراء المعرفة أما المبحث الثاني سنتطرق فيه إلى أهم الاستراتيجيات الما وراء المعرفة أولها التعديل الذاتي المعرفي، فسيتم الإشارة إلى مختلف التعاريف التي عرفت هذا الأخير ثم الإشارة إلى مكوناته مع ذكر الآثار التي يتركها اضطراب فرط انشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط التعديل الذاتي المعرفي. أما المبحث الثالث سنتطرق فيه إلى التعديل الذاتي السلوكي فسنشير إلى أهم التعاريف التي عرفت هذا الأخير ثم ذكر مكوناته ومن ثم الإشارة إلى مراحل نموه عند الطفل ثم معرفة الآثار السلبية التي يتركها اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط التعديل الذاتي السلوكي اما بالنسبة للمبحث الاخير سنتطرق فيه إلى الكف المعرفي والسلوكي وسنذكر أهم التعاريف التي أهتمت بهذا الاخير ثم الإشارة إلى مراحل نموه مع ذكر أهم الدراسة التي اشارت إلى التأثيرات السلبية التي يتركها اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على الكف السلوكي والمعرفي.

1. تعريف ما وراء المعرفة:

اشار (الزيات، 1996: 400) أنّ ما وراء المعرفة Metacognition واحدا من المكونات النظرية المعرفية المهمة في علم النفس المعرفي المعاصر. حيث ظهر هذا المفهوم على يد فلافل Flavell في بداية السبعينات ليضيف بعدا جديدا في مجال علم النفس المعرفي وحتى التربوي وقد لقي اهتماما ملموسا على المستويين النظري والتطبيقي. يعتبر هذا المفهوم من بين من أشد معاني علم النفس تعقيدا وتركيبا حيث تبدأ ملاحظتنا لهذا التعقيد من التركيب اللغوي للمصطلح إذ أنه يتكون من جزئين ميتا ومعرفية وأحيانا أخرى معرفة يطلق عليها أيضا بما وراء المعرفة.

- أما ميتا META ككلمة ذات أصل يوناني فإنها تعني ما وراء، ما فوق ما يشمل، ما يحمل، على سبيل المثال، métaphysique متجاوز النفس، ما وراء النفس. والتي تشير كذلك على مستوى أعلى وأعم.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

- أما مدلول " ميتا معرفية " الاشتقاقي في علم الاشتقاق يوحي بـ " معرفة المعرفة " *Connaissance de la cognition* فبالتالي فإنّ الميتامعرفية تشير إلى المعرفة بالمعرفة. وقد أطلق على هذا المصطلح بعدة مترادفات منها ما وراء المعرفة، ما فوق المعرفي، ما بعد المعرفة، الميتا معرفية، ما وراء الإدراك، التفكير في التفكير، التفكير حول التفكير، المعرفة الخفية. ويطلق عليها أيضا في مواضيع اخرى بالتفكير في المعرفة والتعلم حول التفكير. يوجد عدة تعاريف حول موضوع ما وراء المعرفة وسنحاول فيما يأتي عرض مختلف هذه التعاريف بتسلسلها التاريخي بدأ ببدء نشير إلى تعريف فلافل *Flavell* سنة 1976 إذ يعتبر من بين الأوئل الذين استخدموا مصطلح ما وراء المعرفة *Métacognition* في مجال علم النفس المعرفي كما تم الإشارة إليه من قبل. يعرفه هذا الاخير على أنه تفكير الفرد عما يعرفه، و تفكيره عما يفعله حاليا، وتفكيره كذلك عن حالته المعرفية والوجدانية المستقبلية.

ولقد أطلق *Flavell* تشبيها على هذا المفهوم بـ *hélicoptère* أي " التحليق في الهواء بطائرة الهليكوبتر " حيث يتمكن الفرد بهذه العملية بملاحظة حقول المفاهيم المعرفية *conceptuel terrain* والارتقاء بالمعرفة إلى مستوى من الفهم الذي يساعده على الوصول إلى معوقات العمليات المعرفية التي تواجهه من أجل تعديلها وهذا ما يمكن أنّ نسميه بالتعديل الذاتي المعرفي.

كما عرف فلافل *Flavell* في (أسماء عاطف أبو بشير، 2012: 43) ما وراء المعرفة في موضع اخر على أنّها وعي الفرد بعملياته المعرفية مع قدرته على ضبطها وإدارتها بنشاط، كما لمح الباحث أنّ ما وراء المعرفة تتكون من ما هو نفسي شعوري وغير شعوري كالانفعالات والدوافع وغيرها ومن ما هو معرفي كالعمليات المعرفية مثل التخطيط التقويم الذاتي وغيرها.

في حين أشار كل من جيمس *James Dewey* ، وديوي *Dewey* (المرجع السابق: 42) إلى أنّ ما وراء المعرفة هي عبارة عن تأمل ذاتي شعوري يقوم به الفرد خلال عمليات التفكير. وعرفه كذلك كل من بلكي *Blakey* وسبنسي *Spence* أنّ التفكير الما وراء المعرفي هو ذلك التفكير الذي يقوم به الفرد لتحديد ما يعرفه وما لا يعرفه من أجل إدارة التفكير، أي ما وراء المعرفة تعمل كهيئة تنفيذية للتفكير.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

بينما يرى باريس Parise وويتسون 1983 Witson في (العلوان 2007 :15) أنّ ما وراء المعرفة هو وعي الفرد بتفكيره عند إنجازها لمهمة ما أو عدة مهمات محددة، ثم استخدام هذا الوعي في المراقبة الذاتية السلوكية لما يفعله.

كما يذكر (بيركنز 1992 Perkins :102) أنّ ما وراء المعرفة هو إهتمام الفرد بمعرفته أي اهتمامه بكيف يفكر وكيف يتعلم، لأن ما وراء المعرفة هي المعرفة بكيفية عمل العمليات المعرفية مع الوعي بها. عرف (أونيل وإبيدي 1996 O'neil & Abedi : 236) أنّ ما وراء المعرفة بأنها فحص ذاتي شعوري ودوري يقوم به الفرد ليدرك إذا كان هدفه تحقق أم لا، وهو اختيار مع تطبيق للاستراتيجيات مختلفة عند الضرورة. كما عرف (فتحي الزيات، 1996: 400) ما وراء المعرفة أنها المعرفة بالنشاطات والعمليات الذهنية وأساليب التعلم والتحكم الذاتي التي يستخدمها التلميذ قبل وأثناء وبعد القراءة للحصول على المعنى المتوفر في النص المقروء.

وهذا ما أكدته (جابر عبد الحميد 1998 :339) أنّ ما وراء المعرفة تعنى تفكير المتعلمين في تفكيرهم وقدرتهم على استخدام استراتيجيات تعلم معينة على نحو مناسب، كأن يتخذ الفرد قرارا بأن يفضل استراتيجية لفهم نص معين كوضع ملخص لأفكاره الرئيسية وربطها ببعضها، ثم يوجز ذلك الباحث بأنها " قدرة الفرد على مراقبة وتنظيم عمليات تفكيره".

كما يرى (فتحي جروان سنة 1999 : 427) أنّ مفهوم ما وراء المعرفة تشير إلى عمليات التفكير العليا التي تتحكم في توجيه وإدارة نشاطات حل المشكلة أو اتخاذ القرار عند الفرد، فتبقيته على وعي لذاته ولغيره أثناء القيام بالمهمات التي تتطلب معالجة المعلومات، وهو نوع من الحديث مع الذات أو التفكير حول التفكير عن طريق التخطيط للأداء ومراقبة وتنفيذ خطة ما وتقييمها فيما بعد.

يشير (Zachary، 2000: 92) أنّ ما وراء المعرفة هي " المعرفة حول المعرفة " فإذا كانت المعرفة الإنسانية تشير إلى البيانات والمعلومات المتوفرة لديه فإنّ ما وراء المعرفة تشير إلى المعرفة الداخلية وإلى عملية معالجة المعلوماتية الداخلية، فما وراء المعرفة تشير إلى كيف يفكر الفرد وكيف يتحكم في عملياته الداخلية.

ويشير كوستا في (أسماء عاطف أبو بشير، 2012: 43) أنّ ما وراء المعرفة هي القدرة على أنّ نعرف ما نعرف وما لا نعرف وهي سمة بشرية فريدة من نوعها.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

في سنة 2005 اشار فيشار أنّ ما وراء المعرفة هو تفكير الفرد في تفكيره الخاص بمعنى اخر معرفة الفرد لنفسه على سبيل المثال اي تحديد ما يعرفه وما تعلمه وتحديد ما يستطيع الفرد عمله لتحسين تعلمه وتحصيله المعرفي وتتضمن ما وراء المعرفة مهارات مثل الإدراك والإحساس بالمشكلات وتحديد عناصر المشكلات والتخطيط لما يفعله الفرد لحل المشكلات ومراقبة الذاتية لتقدمه وتقييم نتائج تفكيره الخاص أو نشاط حل المشكلات.

إنّ مفهوم ما وراء المعرفة بالنسبة إلى (Mcmurray 2005 :17) هو وعي الفرد بتفكيره وتعلمه، والقدرة على التحكم، وتقويم، وتنظيم عملية التعلم. فالفرد الذي لديه تحكم في القدرات الما وراء المعرفة تزيد لديه القدرة على التعلم والتحصيل الأكاديمي الجيد ومن الناحية النفسية يكون لديه تقدير ذات جيد ويكون لديه وعي كافي عن مفهوم الذات واحترام الذات.

في حين أشار كلا من (درار وانصاف محمد، 2006: 330) أنّ مفهوم ما وراء المعرفة Métacognition هو واحد من التكوينات النظرية المعرفية المهمة في علم النفس المعرفي المعاصر، ولقي اهتماماً ملموساً على المستويين النظري والتطبيقي. فالتفكير الما وراء المعرفي هو مهارات عقلية معقدة تعد من أهم مكونات السلوك الذكي في معالجة المعلومات وتنمو عند الطفل مع التقدم في السن والخبرة التي يكتسبها من المحيط، وتقوم بمهمة السيطرة على جميع نشاطات التفكير العاملة الموجه لحل المشكلة باستخدام القدرات المعرفية للفرد بفاعلية في مواجه متطلبات التفكير.

ويعرف كوستا و كالليك، Costa & kallick 2005 والمشار اليهما في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 132-133) التفكير ما وراء المعرفي بأنه التفكير حول التفكير، ويعبر عن مقدرتنا على معرفة ما نعرف وما لا نعرف ويشمل أيضا مقدرتنا على التخطيط لاسراتيجية من أجل إنتاج المعلومات اللازمة لمواجهة الموقف الذي نحن بصدده، كما أنّ الوعي بالخطوات والاسراتيجيات المستخدمة في أثناء عملية حل المشكلات تعتبر من المكونات الرئيسة للتفكير الما وراء المعرفي، ويرى الباحثان كذلك أنّ عملية التقييم والتأمل فيما تم إنجازه عنصر مكمل لهذا النوع من التفكير، ويؤكدان أنّ اللغة الداخلية ضرورية ولازمة لعملية التفكير الما وراء المعرفي والتي تبدأ بالظهور لدى الأطفال في سن الخامسة، ورغم ذلك يتشكل التفكير ما وراء المعرفي ويزدهر في سن الحادية عشر تقريبا. أما (جروان 2012 :121) فيري على أنّها مهارات عقلية معقدة تعد من أهم مكونات السلوك الذكي في معالجة المعلومات، وتنمو مع التقدم في العمر والخبرة، وتقوم بمهمة السيطرة على جميع نشاطات التفكير العاملة الموجهة لحل المشكلة، واستخدام القدرات أو الموارد المعرفية للفرد بفاعلية.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

كما يمكننا تعريف ما وراء المعرفة على أنها قدرة من القدرات الإنسانية التي تساعد الفرد على تنمية ذاته المعرفية ووعيه بما يتعلمه ، كما أنها عبارة عن خبرة يكتسبها الطفل لتمكنه ممارستها على معارف ومواقف مختلفة وجديدة، كما أنها قدرة تؤدي إلى زيادة الخبرات المعرفية عند الطفل من اجل إدراك ومراقبة عمل العمليات المعرفية. ويمكن لنا أنّ نعرفها كذلك على أنها تلك التأمّلات الباطنية التي يقوم بها الفرد عن المعرفة أو التفكير فيما يفكر وكيف يفكر وقدرته على فهم ما لا يفهمه ، وفي هذا الوعي التأملي يلاحظ العقل ويتفحص الخبرة ذاتها بما في ذلك الخبرة الانفعالية.

2. نمو وتطور ما وراء المعرفة:

تشير الدراسات الحديثة إلى أنّ نمو وتطور الحس الما وراء المعرفة عند الطفل يظهر قبل سن التمدرس، أي يكون لدى الطفل مهارة ذهنية ما وراء معرفية ولكن لا تصل إلى مستوى الجيد من التفكير الما وراء المعرفي، وهذا منافي للعديد من الدراسات القديمة التي تشير إلى أنّ ظهور الحس الما وراء المعرفة عند الطفل يظهر في مرحلة سن التمدرس أي بعد ست سنوات. ففي سنة 1977 أشارت الباحثة ماركمان Markman أنّ الأطفال قبل ثماني سنوات يظهرون ضعفا في بعض الاستراتيجيات الما وراء المعرفة مثل التعديل الذاتي المعرفي والمراقبة الذاتية مع عدم قدرتهم على تقويم امكانياتهم المعرفية. وذلك لعدم اكتمال نموهم الما وراء معرفي بشكل دقيق ما يجعلهم يعطون تقديرات غير واقعية عن قدراتهم المعرفية في هذا السن.

وفي سنة 1999 أشار فلافل Flavell في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 84) إلى أنّ الأطفال في ثلاث سنوات يكتسبون بعض الوعي المعرفي عن أنفسهم وعن الآخرين، حيث أنهم يستطيعون ادراك التفكير الذي من شأنه يصلهم إلى الهدف المطلوب إدراكه، ويبدأون بالإشارة إلى معرفتهم الخاصة التي تظهر من خلال استخدامهم بعض الاقوال مثل: أعتقد وأظن ويكون له امكانية تبرير بعض الاشياء.

كما أشار مور Moore و فروو Furrow (المرجع السابق : 141-142) أنّ الأطفال عندما يبلغون الأربع سنوات يبدأون في اكتساب بعض المفاهيم الما وراء المعرفة مثل " يعرف، يعتقد، ويبدأون بفهم الاختلاف بين "فلان يعرف أنّ..." و " فلان يعتقد أنّ..." وفي هذه السنوات الاولى أيضا تكون فترة النمو السريع للوعي المعرفي. في حين أشار كل من ويليامسون Williamson و لنيلسون Nelson سنة 2005 أنّ الطفل يصل إلى الاستخدام الأمثل للتفكير الما وراء معرفي في سن 10 و 11 سنة حيث أن في هذه المرحلة يمتلك معرفة عالية وامكانية متزايدة لاستخدام الاستراتيجيات المعرفية والما وراء المعرفة الجيد التي تؤدي بدورها إلى إثراء المفردات

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

اللغوية، واتساع الفهم العقلي مثلاً من خلال صياغة الأسئلة والتلخيص أثناء القراءة كما يتحسن الفهم القرائي لديه.

اشار (حمدي الفرماوي ، وليد رضوان، 2004: 71) أنّ الأطفال من 5 سنوات إلى غاية 16 سنة تتكون لديهم الاستراتيجيات الما وراء معرفية ولكن بنسب مختلفة كما بين أنّ الاداء الما وراء معرفي مرتبط بالعمر العقلي والعمر الزمني ومع مقدار الخبرات التي يكتسبها الطفل في حياته اليومية، إذ كلما زادة هذه العوامل زاد التفكير الما وراء المعرفي أداء. كما أنّ للمناخ التعليمي دور بليغ في اكتساب الطفل التفكير الما وراء معرفي الجيد.

يمكن لنا أنّ نستنتج من الدراسات السابقة أنّ الأطفال الذين لديهم نمو عقلي جيد يساعدهم ذلك في اكتساب بعض الوعي الما وراء المعرفي بذاتهم وتفريقها عن الآخرين وذلك ابتداء من سن الثالثة. كما تعتبر المرحلة الابتدائية من عمر الطفل من أهم المراحل العمرية التي يكتسب فيها الطفل التفكير الما وراء معرفي، فهي مرحلة مهمة جدا في اكتساب الحس الما وراء معرفي إذ يبدأ فيها الطفل باستخدام مستوى مرتفع من التفكير الما وراء المعرفة الممزوجة بقدر المنطقية نوعا ما، كما أنه يكون بعض الاستراتيجيات الما وراء معرفية كالكف المعرفي والتعديل الذاتي المعرفي، فيظهر ذلك من خلال استخدام الطفل مفاهيم مثل استنتج، وأدلل على ذلك، وأتوقع، وأشك، وأقدر، وأقر بصحة شيء ما. أما بالنسبة لمرحلة الطفولة المتأخرة المتزامنة مع سن السنوات الأخيرة للمرحلة الابتدائية فتمتاز بمستوى أعظم وتوظيف متزايد ومتنامي للاستراتيجيات الما وراء المعرفة الممزوج بالتفكير المنطقي، بفضل عاملين أساسيين هما النضج والخبرة.

3. أهمية دراسة ما وراء المعرفة:

لما وراء المعرفي أهمية كبيرة لأنها تعتبر مكونا من مكونات السلوك الذكي عند الفرد إذ انها تعمل على معالجة المعلومات، فتتمو عند الفرد مع التقدم في العمر والخبرة، فتقوم بمهمة السيطرة على جميع نشاطات التفكير العاملة والموجهة لحل المشكلات. اشارة (Imel, 2002: 39) أنّ ما وراء المعرفة جزء مهم من القدرات الإنسانية المساعدة على تنمية الخبرة لديه ، أي أنه يمكن النظر إلى ما وراء المعرفة على أنها قدرة من القدرات التي تؤدي إلى زيادة خبرات الفرد، كما تشير ما وراء المعرفة إلى قدرة الفرد على إدراك ومراقبة عمليات تعلمه.

كما اشار (العتوم وعدنان 2004:207) أنّ ما وراء المعرفة هي أعلى مستويات التفكير حيث تمكن الفرد من ممارسة عملية التخطيط ، والمراقبة، والتقييم لتفكيره بصورة مستمرة كما يعد شكلا من أشكال التفكير الذي يتعلق بمراقبة الفرد لذاته وكيفية استخدامه لتفكيره، أي التفكير في التفكير.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

من خلال هذا العرض لبعض الباحثين الذين اشاروا إلى أهمية ما وراء المعرفة فنلاحظ أنهم حصروا هذه الأهمية في تلك العملية التي يستخدمها الفرد لمعالجة المعلومات وذلك باستخدامه وظائف ذهنية ما.

كما أنّ لما وراء المعرفة أهمية كبيرة في اكتساب معارف جديدة إذ يوجد ثلاث مسلمات لاكتساب المعرفة الما وراء معرفية، أولها يجب بناء هذه المعرفة وليس مجرد استلامها أو استعان جاهزة، ثانياً توظيف هذه المعرفة حيث يتم استخدام المعرفة السابقة في بناء معارف جديدة، ثالثاً يجب أنّ يعي الفرد بالعمليات الما وراء المعرفة والتحكم فيها. في نفس السياق أكد (جونستون Gunstone ، 1993: 18) على أنّ استخدام الفرد للوظائف الما وراء المعرفة يمكن أنّ تؤدي إلى تنمية قدرته على التفكير في الشيء الذي يتعلمه، ويزيد من قدرته على التحكم في هذا التعلم، لأنه يساهم في تحقيق ما يلي:

- ❖ الوعي بالمهمة وذلك من خلال زيادة وعي الفرد بما يتعلمه في موقف معين.
- ❖ الوعي بالاستراتيجية الما وراء المعرفة الذي ينتج عنها زيادة وعي المتعلم بكيفية تعلمه على النحو الأمثل.
- ❖ الوعي بالأداء ويعني إلى أي مدى تمت عملية التعلم.

كما بين نفس الباحث أن لما وراء المعرفة أهمية كبيرة في التعليم الناجح لذا يجب السعي إلى دراسة كيف نمي ما وراء المعرفة لدى التلاميذ ومساعدتهم على أنّ يصلوا إلى تطبيق العمليات المعرفية التي تهتم بتحقيق وانجاز المهمة من فهم، وتذكر، وانتباه، وتجهيز المعلومات بشكل أفضل من خلال السيطرة على ما وراء المعرفة. عوض حشو أذهانهم بمعلومات مما يجعلهم مخزانا تعباً فيه المعلومات عن طريق الحفظ، وبالتالي الغاء النشاطات العقلية ناهيك عن المعلومات المكررة وغير المتجددة وهذا ما يجعل كثيراً من التلاميذ يتعلمون ويحفظون بعض الحقائق التي يقدمها لهم المعلم في المدرسة، ولكنهم لا يستطيعون التعامل مع ما هو غير متوقع خصوصاً بعد تركه المدرسة، لأنهم تعودوا على الغير في الحصول على المعلومة بينما كان من المفترض أنّ يساعدهم التعليم على أسلوب التفكير الذاتي وتعلم وظائف تنفيذية ذهنية، والقدرة على كسب المهارات غير مرتبطة بمعرفة معينة وهذا هو ما يسمى بما وراء المعرفة. من خلال هذا المنطلق تظهر أهمية مساعدة الطفل على الوصول به إلى التفكير الذاتي والقدرة على إكتساب مهارات غير مرتبطة بمعرفة معينة والتي يمكن ممارستها على معارف مختلفة وعلى مواقف معرفية لا تشابه مع المواقف المعرفية الأولى وهذا ما نسميه بالاستراتيجيات الما وراء المعرفة.

ويتضح مما تقدم أنّ التفكير الما وراء المعرفة يعدّ أمراً ضرورياً وأحد متطلبات التعليم والتعلم الناجح، وما وراء المعرفة هي قدرة مهمة من القدرات الإنسانية التي تساعد التلاميذ على زيادة وعيهم بتعلمهم وبالخبرة التي يكتسبونها، ومن ثمّ تساعد على تنمية خبرة التلميذ.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

ويرى كوستا سنة 2000 (أسماء عاطف أبو بشير، 2012: 45) أنّ لما وراء المعرفة أهمية كبيرة عند الأفراد وتظهر هذه الأهمية في استطاعة الفرد على إدراك تفكيره بصورة أعلى، فإنه بذلك يمكن له أن يصف ما يخطر في رأسه وما يعرفه وما يحتاج لمعرفة، ويمكن أيضا أنّ يصف خطة عمله قبل أن يبدأ في حل المشكلة، وأنّ يضع الخطوات في تسلسل ويوضح أين هو في هذه السلسلة أثناء حل المشكلة، ويمكن أنّ يتعد عن الطرق المسدودة أثناء حل المشكلة، وفي النهاية يقوم مدى نجاحه في تحقيق الاستراتيجية الموضوعية وهو بذلك يطبق الجوانب المعرفية بشكل صحيح ويوظف الاستراتيجيات الما وراء المعرفة بشكل جيد.

وتشير (عفت الطنطاوي، 2001 : 16-17) إلى أهمية التفكير الما وراء المعرفي إذ تتفق مع بعض الباحثين على أنّ قدرة الفرد على التحكم بوعيه في عملية التفكير هي أساس التعلم الجيد، لأن وعى الفرد بعملية التفكير يمكنه من تطبيق هذا التفكير في مواقف مشابهة، كما أجمعوا على أنّ استخدام الأطفال لاستراتيجيات ما وراء المعرفة في مواقف التعلم المختلفة تساعد على توفير بيئة تعليمية تبعث على التفكير، ويمكن أنّ تساهم في تحقيق ما يلي:

- تحسين قدرة الطفل على الاستيعاب.

- تحسين قدرة الطفل على اختيار الاستراتيجية الفعالة والأكثر مناسبة.

- زيادة قدرة الطفل على التنبؤ بالآثار المترتبة على استخدام إحدى الاستراتيجيات دون غيرها.

- مساعدة الطفل على القيام بدور إيجابي في جمع المعلومات وتنظيمها ومتابعتها وتقييمها في أثناء عملية التعلم.

- زيادة قدرة الطفل على استخدام المعلومات وتوظيفها في مواقف التعلم المختلفة.

- تحقيق تعلم أفضل من خلال زيادة قدرة المتعلم على التفكير بطريقة أفضل.

- تحسين أداء التلاميذ ذوى صعوبات التعلم.

أنّ استخدام المتعلم لاستراتيجيات ما وراء المعرفة في المواقف التعليمية المختلفة، هو إحدى المتطلبات الأساسية للتفكير الابتكاري.

كما تتجلى أهمية التفكير الما وراء المعرفي في كونه وسيلة تمكن الفرد من مراقبة ذاته من الناحية المعرفية وتفسير هذه المعرفة وملاحظة السلوكيات التي يتخذها من أجل حل موقف ما. من ناحية الأخرى التفكير الما وراء المعرفي يجعل الفرد أكثر ادراكا لأفعاله وسلوكياته . وذلك لكونه يعمل على تطوير مهارات التخطيط المعرفي أو ما نسميه بالخرائط المفاهيمية، كما ينمي لدى الفرد عملية التعديل الذاتي المعرفي والتي تعتبر من العمليات العقلية الراقية التي يقوم بها الفرد وذلك بهدف التحسين المعرفي. ولي ما وراء المعرفة دور كبير في تنمية أداء الفرد من الناحية

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

الأكاديمية، هذا ما يمكن أن نستنتجه من دراسة رومانفيل Romanniville التي قام بها سنة 1994 في (صالح محمد أبو جادو ومحمد بكر نوفل، 2007: 349) على وجود علاقة وطيدة ما بين التفكير الما وراء المعرفي والتحصيل الدراسي أي كلما زاد التحصيل الدراسي لدى التلاميذ كانوا أكثر وعيا بقواعد ما وراء المعرفة، وأقدر على استدعاء مهاراتها، حيث كانت هذه المعرفة أقوى بناء وتنظيما من التلاميذ الأقل تحصيليا. ويمكن لنا أن نستنتج كذلك أن ما وراء المعرفة هي نمط من أنماط التفكير، وليس نمطا عاديا بل نمطا على مستوى مرتفع من التفكير، ويعد جزء مؤثرا وهاما في تنمية خبرات الأفراد المعرفية وهي تنمو مع التقدم في العمر، ويمكن تنميتها من خلال التعليم والتدريب فأن تنمية التفكير الما وراء المعرفة أصبح له أهمية كبيرة، فيما يأتي سنشير إلى هذه الأهمية:

- تساعد الفرد على إدراك ما لا يعرفه وما يعرفه.
- تنمي لدى الفرد القدرة على تصميم استراتيجيات معرفية جديدة لتعلمه، وتنفيذها ومن ثم متابعة مدى تحقيقها لأهدافه المسطرة من قبل.
- نقل القدرة على تحمل المسؤولية من المحيط الخارجي إلى ما هو ذاتي وهذا ما يسمى بالتعلم الذاتي.
- تساعد الفرد على تنمية قدراته وعلى مراجعة وتنظيم نشاطاته المعرفية في عمليتي التعليم والتعلم، بالإضافة إلى الوعي بالذات وهي شرط من شروط التعديل الذاتي.
- جعل الفرد أكثر وعيا بعمليات نتائج التعلم، وأكثر وعيا كذلك بتفكيره وبكيفية تنظيم تلك العمليات لاكتساب أفضل وجيد.
- جعل الفرد أكثر قدرة على الانتقال من موقف إلى مواقف جديدة.
- جعل الفرد على مقدرة على وصف عمليات تفكيره وإظهار ما يدور في ذهنه للأخر.

المبحث الثاني:

التعديل الذاتي المعرفي واضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

1. تعريف التعديل الذاتي المعرفي.
2. مكونات التعديل الذاتي المعرفي.
3. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط التعديل الذاتي المعرفي.

1. تعريف التعديل الذاتي المعرفي:

إنّ العمليات الماورائية المعرفية من بين أهم المفاهيم التي دخلت حديثاً إلى موضوع علم النفس المعرفي، إذ يحظى هذا المفهوم باهتمام كبير من طرف الباحثين التربويين والنفسانيين. وكما تم الإشارة إليه من قبل فأناً ما وراء المعرفة تعتبر من بين أهم الأنشطة المعرفية العقلية التي يقتضها النشاط العقلي للطفل وذلك من أجل التحكم في عملية تفكيره، والتي تنمو عنده مع التقدم في السن والخبرة. ويكاد يكون جون فلافل John Flavell أول من استخدم هذا المصطلح وذلك في نهاية السبعينات من القرن الماضي. إذ عرف هذا الأخير العمليات الماورائية على أنّها التفكير بعملية التفكير، والوعي بالعمليات المعرفية التي يستخدمها الفرد من أجل معالجة المعلومات، والتي تتم عن طريق استراتيجيات ما وراء معرفية.

في الآونة الأخيرة زاد الاهتمام بالاستراتيجيات الما وراء المعرفة من قبل المختصين في مجال علم النفس المعرفي وذلك لارتباطها الوثيق بالعديد من المواضيع النفسية كالذكاء والنمو المعرفي وأساليب التعلم والذاكرة وغيرها. يوجد استراتيجيات ما وراء معرفية مختلفة ومتعددة، من بين هذه الاستراتيجيات التي سنعالجها في مبحثنا هذا استراتيجية التعديل الذاتي المعرفي. أشار (الزغلول، 2008: 79) على وجود عدد من المفاهيم أو المصطلحات التي تستخدم لوصف التعديل الذاتي المعرفي مثل التنظيم الذاتي *self régulation* والضبط التنفيذي *executive control*.

بينما أشار مونتاك (Montague، 2008: 38) أنّ التعديل الذاتي المعرفي وما وراء المعرفة هي مفاهيم متميزة ومتراطة فيما بينها، في حين أنّ ما وراء المعرفة تتعلق بالوعي الجيد بالمعرفة، أي الوعي الجيد بجوانب القوة والضعف المعرفي. أمّا بالنسبة لـ (Shanker، 2012) التعديل الذاتي المعرفي فهي تلك الكفاءة الما وراء المعرفة التي يكتسبها الطفل من خلال المواقف التعليمية الجديدة والتي تمكنه من التفاعل مع مواقف معرفية جديدة وصعبة من الأولى فتعطيه حالة من الهدوء والوعي والتركيز الجيد بالمعرفة للبقاء على استعداد معرفي من أجل التعامل مع مواقف معرفية جديدة أخرى.

في حين أشار كل من الكسندر Alexander، انتويستال Entwistle وقبان Kabbani و (2001) واشوقنييسي O'Shaughnessy و كول coll (2003) على أنّ التعديل الذاتي المعرفي هو استراتيجية من بين الاستراتيجيات الما وراء معرفية التي تساعد الفرد على الوصول إلى النضج المعرفي الجيد.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

كما بينت البحوث التي قامت بها (هلين بواسون Poissant ، 2008) حول التعديل الذاتي المعرفي أنّ هذا الأخير هو عبارة عن استراتيجية ما وراء معرفية تساعد الفرد على تنظيم والاحتفاظ بالمعلومات المعرفية الواردة وربطها بالمعلومات المعرفية السابقة أي المخزن في الذاكرة كما تمكن الفرد من طرح افكار معرفية جديدة. فمن خلال هذه الاستراتيجية يصبح عند الفرد فهم جيد ومعمق للأحداث والظروف التي تحيط بالمواقف او المشكلات المعرفية. وفي موضوع آخر للباحثة حول ظهور هذه الاستراتيجية عند الأطفال، فأشارت أنّ علماء النفس النمو العصبي اثبتوا أنّ الأطفال العاديين يبدأون في تطوير استراتيجية التعديل الذاتي المعرفي في سن الخامسة وأنّ هذه الاستراتيجية تنمو في نفس الوقت مع نمو الحديث الداخلي *langage interne* الذي يساعدهم على التحكم وعلى التعديل من الاندفاعية الزائدة لديهم كما أنّ لهاتين الاستراتيجيتين علاقة تأثير وتأثر.

إنّ استراتيجية التعديل الذاتي المعرفي تعمل على جعل الفرد يحس بمدى تقدمه فيما يؤديه، بمعنى آخر تعمل على مراقبة الذات من أجل الاستمرار في النشاط المعرفي، وذلك من خلال التخطيط قبل المهمة والمراقبة أثناءه والتقييم بعدها. عندما تستعمل هذه المعارف تحت هذه المراقبة المستمرة فإنها تثبت خبرات واعية تخزن لغاية استثمارها مستقبلا في مهام مقبلة تعرف هذه الخبرات بالخبرات الما وراء المعرفية. إنّ الأطفال الذين لديهم قدرة جيد على التعديل الذاتي المعرفي هم الأطفال الذين يجدون سهولة في التكيف مع المواقف المعرفية اتجاه المثبرات والضغوطات الخارجية المقلقة كما يساعد التعديل الذاتي المعرفي الفرد على ضبط الذات بطريقة جيدة فتعطيه نوعا من الاستقلالية المعرفية الذاتية.

في حين اشارت كذلك (هلين بواسون Poissant ، 2000: 80) أنّ التعديل الذاتي المعرفي يتكون من مجموعة من العمليات الذهنية المختلفة والتي يوجد تداخل وترابط فيما بينها، من بين هذه العمليات نجد التقويم الذاتي، التعلم الذاتي المستقل، التساؤل الذاتي، المراقبة الذاتية، التصحيح الذاتي والتعزيز الذاتي وذلك من أجل مراقبة التفكير والتحكم فيه و من أجل تسهيل عملية التعلم وعملية نقل المعلومات من الذاكرة العاملة إلى الذاكرة طويلة المدى.

يمكن لنا أن نستنتج من دراسة زيرومان وتادلوك (Zumbrunn et Tadlock et al 2011) أنّ التعديل الذاتي المعرفي هو استراتيجية ما وراء معرفية أساسية والتي تعمل على تنظيم قدرة الطفل على التفاعل مع المواقف والمثبرات الخارجية بطريقة واعية ومقصودة ومدروسة، أي التحكم في هذه المثبرات سواء بالاستمرار أو بالتوقف،

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

وعن طريقها يتمكن الفرد من التحكم في تفكيره، وسلوكه واحاسيسه من الأجل اكتساب خبرات جديدة تمكنه من اكتساب مهارات معرفية جديدة.

2. مكونات التعديل الذاتي المعرفي:

فيما يأتي سنحاول عرض مختلف الدراسات التي اشارت إلى مكونات التعديل الذاتي المعرفي، اشار (Jérôme FOCANT، 2003: 50) أنه من الاجل وصول الفرد إلى التعديل الذاتي المعرفي الجيد، يجب على الفرد الاستخدام الامثل لهذه المعارف الثلاثة وهي:

المعرفة التقريبية:

وهي تتضمن المعرفة النظرية أي معرفة الفرد بقدراته كمتعلم ووعيه بأسس المعرفة، وبالاستخدام الجيد للاستراتيجيات الما وراء المعرفة بطريقة فعالة يضمن بها عملية التخطيط والتحكم في السلوك.

المعرفة الاجرائية:

هي معرفة الفرد بالاستراتيجيات التي سيستخدمها في المهام المعرفية من حيث كيفية استخدامها وكيفية تسيير إجراءاتها، وهي المعرفة التي تتصل بكيفية حدوث التعلم.

المعرفة الشرطية:

هي المعرفة التي تتصل بأسباب اختيار إستراتيجية معينة.

في حين اشار فلافل في مفيدة بن حفيظ، 2014 إلى أنّ استراتيجيات التعديل الذاتي المعرفي تتضمن ثلاثة عمليات تنفيذية وهي:

أ.التخطيط planification:

يعتبر التخطيط من أهم مكونات التعديل الذاتي المعرفي فيعمل على تحديد الهدف والتخطيط للوصول إليه، ويكون هذا الاخير إما ذاتيا أو غير ذاتي. في هذه المرحلة توجد مجموعة من الاسئلة الذاتية التي قد يطرحها الفرد على ذاته وهي: ما طبيعة المهمة؟ وما المعلومات والاستراتيجيات المعرفية التي احتاجها لإتمام هذه المهمة بالشكل الجيد؟ وكم من الوقت ومن الخبرات المعرفية التي احتاج لتحقيق الهدف؟ هذا النوع من الاسئلة الذاتية تساعده على ضمان استمرار عملية التخطيط بصورة جيدة، وعندما يصل الفرد بنفسه إلى طرح هذه العبارة على ذاته أو ما يشابهها مثل "حاولت أن أفهم العمل قبل أن أحاول حله" فإنه قد وصل إلى الوعي الجيد بعملية التخطيط .

ب. المراقبة **Contrôle**:

تعمل هذه العملية على مراقبة وضمان سير عملية التخطيط من أجل تحقيق الهدف كما تتضمن هذه العملية كذلك مجموعة من الاسئلة التي قد يطرحها الفرد على ذاتيه مثل: هل لدي فهم جيد واضح لما أفعله؟ وهل للمهمة معنى؟ وهل أصل إلى أهدائي؟ وهل يتعين علي اجراء تغيرات من اجل أن أصل إلى أهدائي؟ من خلال هذه الاسئلة يتم تقييم الفرد على أنه يقوم بعملية المراقبة بصورة جيدة.

ج. التقييم **Evaluation**:

تمثل هذه العملية في تقييم المعرفة الراهنة، مع تقييم سير عملية التخطيط ووضع الأهداف مع تقييم المصادر المعرفية أي هل اختيرت هذه المصادر المعرفية بصورة جيدة أم لا. وتتضمن كذلك هذه العملية اسئلة قد يطرحها الفرد على ذاته مثل: هل بلغت هدفي؟ وما الذي نجح لدي؟ وما الذي لم ينجح؟ وهل سأقوم بعملي بشكل مختلف في المرة القادمة؟. ويذكر فلافل في موضع آخر " أن هذه العمليات مرتبطة فيما بينها وتنمو بنمو المحتوى المعلوماتي الما وراء المعرفي وأن كل واحد يكمل الآخر.

بينما أشار (خالد مصطفى حافظ الكحكي 2002: 76) هو كذلك أن مهارات التنظيم الذاتي تتضمن عدة عمليات تنفيذية مثل التخطيط، والمراقبة الذاتية، واتخاذ القرار واختيار استراتيجية ما، والتوجيه الما وراء المعرفي، والتقييم الذاتي، والمعالجة التنفيذية لصعوبة التقدم في المهمة، والحوار الشخصي الموجه ذاتيا. كما أشار عبد الفتاح سنة 2006 في دراسته حول التنظيم الذاتي للمعرفة، أن التعديل الذاتي المعرفي يتضمن ثلاث مهارات فرعية وهي التخطيط، المراقبة الذاتية، التقييم الذاتي.

أما بالنسبة لكل من زمران Zimmerman 1986 و بوكراتس Boekaerts 1996 و ليموس lemos 1999 و بينتريش Pintrich 2000 في (Jérôme FOCANT 2003: 50) أن مكونات التعديل الذاتي المعرفي هي ثلاث عمليات تنفيذية فرعية أولها تحديد الهدف أو التخطيط الذاتي للهدف « **Détermination d'objectif(s) et planification** ، المراقبة الذاتية **Contrôle** ، التعديل او التقييم الذاتي **Ajustement** .

أ. تحديد الهدف او التخطيط « **Détermination d'objectif(s) et planification** »

تقوم هذه العملية بتحليل المهمة وتحديد الهدف الذي قد يصل إليه الفرد، وأشار الباحث Boekaerts 1996 أن هذه العملية تتكون من عنصرين وهما المعرفة الما ورائية الجيدة للاستراتيجية التعديل الذاتي أي ادراك

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

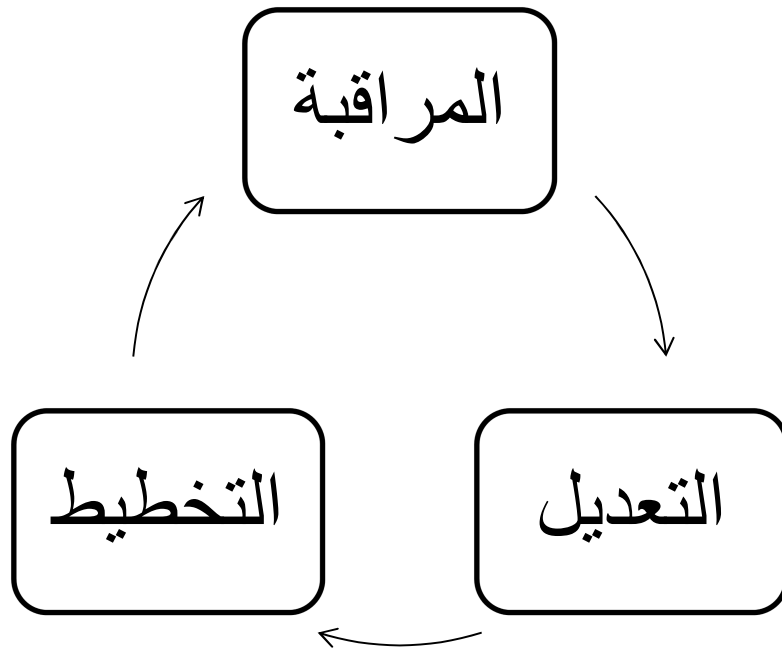
جوانب القوي والضعف وذلك من أجل التحكم في السلوك الذاتي، أما العنصر الثاني فهو الدافعية الايجابية التي تسهل على الفرد تحليل المهمة وتحديد الهدف، هذان عنصران يسهلان من عملية التخطيط ومن الوصول إلى الهدف المحدد من قبل، كما تعتبر هذه المرحلة مرحلة اتخاذ القرار وتوقع النتائج.

ب. المراقبة الذاتية **Contrôle** :

تسمى هذه العملية بالمراقبة الذاتية وهي تعمل على مراقبة سيرورة الافعال مع تقييم نتائجها وذلك على حسب الاهداف المسطر والمحددة من قبل. كما تعمل هذه الاخيرة على ملاحظة سلوك الفرد ومقارنته بالنتائج المتحصل عليها. كما أنّ لهذه العملية دورا آخر وهو تنبيه الفرد في حالة ابتعاده عن الهدف المتوقع الوصول اليه.

ج. التعديل:

تعمل هذه العملية على تعديل سيرورة أفعال الفرد التي تم مراقبتها من قبل، ولا تتم هذه العملية إلا عن طريق عملية المراقبة الذاتية، فتساعد الفرد على اتخاذ القرار المعرفي من أجل الاحتفاظ بالسلوك أو عدم الاحتفاظ به أو التعديل منه، لكي يتوافق مع الهدف المتوقع (وهذا ما نسميه بالتعديل أو التقويم). هذه العملية تسمح كذلك للفرد من تعديل معارفه واستراتيجيته مع تخزين هذه المعرفة في الذاكرة الطويلة المدى من أجل استعمالها في مواقف أخرى. كما أشار كل من زمرمان وشنيكر Schunk & Zimmerman 1998 في (Jérôme 2003 :51) أنّ هذه العمليات تكمل الواحدة الأخرى وقد قاما بتمثيله على شكل حلقيّة دائرية والشكل رقم 5 يوضح ذلك.



الشكل رقم(5) تخطيط يمثل كيفية سير عمل التعديل الذاتي المعرفي.

كما أشارت لراون 1987BROWN في (مفيدة بن حفيظ ، 2014 :155) المهارات الما وراء المعرفة الخاصة بالتعديل الذاتي المعرفي والتي في :

1. نشاطات التخطيط **Planification**:

يقصد بها تحديد الاهداف ووضع مخططات Plans لهذه الأهداف، تتم نشاطات التخطيط قبل أي أداء فهو التنبؤ بالنتائج، وتقدير الاستراتيجيات والأشكال المختلفة للمحاولات والأخطاء المتوقعة قبل الأداء. التخطيط هو بناء أو استعمال تصورات مسبقة هرمية (مخططات) لتوجيه النشاط، يتم هذا التخطيط حسب "هوك 1988 Hoc" بالاعتماد على طريقة عمل تنازلي Démarche descendante أو طريقة عمل تصاعدي، Démarche ascendante أو بإدماج الطريقتين، يتم الانتقال في طريقة العمل التنازلي من الأهداف العامة إلى الأهداف المرحلية، أما التصاعدي فهي تتمثل في بناء المخطط في نفس الوقت الذي يتم تنفيذه في الوضعية أي بناء إلى خطط انطلاقا من التصحيحات المتتالية، وهذا بالاعتماد على المعلومات المتحصل عليها أثناء التنفيذ والتي تتم صياغتها على شكل أهداف مرحلية.

2. نشاطات المراقبة **contrôle**:

تستعمل مهارة المراقبة أثناء النشاط المعرفي من أجل مراقبة ومراجعة المعرفة ومن ثم التأكد منها ليتم اختيارها أو عدم اختيارها.

3. نشاطات التعديل أو التقييم **Régulation**:

تتمثل في تقويم النتائج والاستراتيجيات بالاعتماد على معايير الكفاءة الفعالة. إنّ هذه السيوروات التنفيذية أو النشاطات المخصصة للمراقبة الذاتية للنشاط المعرفي ليست منفصلة عن بعضها، لكن نتيجة تفاعلها تؤدي إلى قرار التعديل المعرفي.

من خلال عرض هذه الدراسات التي اشارت إلى مكونات التعديل الذاتي المعرفي نلاحظ أنّها اتفقت على أنّ التعديل الذاتي المعرفي يتكون من ثلاث مهارات فرعية وهي التخطيط والمراقبة والتعديل كما أننا نجد من بين هذه الدراسات من أضاف مهارة أخرى مثل دراسة خالد محمد خالد الذي أضاف مكوناً آخر وهو الحوار الشخصي تعقبا على هذا الأخير فإنّ هذه المهارة نجدها في بداية نمو التعديل الذاتي المعرفي عند الطفل وهذا استنادا على ما جاءت به دراسة هلين بواسن والتي تم ذكرها من قبل.

4. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط التعديل الذاتي المعرفي:

لا توجد دراسات وبحوث كثيرة اهتمت بدراسة اضطراب التعديل الذاتي المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وقد تكون منعدمة باللغة العربية- في حدود معرفة الباحث- كما تم الإشارة من قبل إلى أنّ اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يؤثر بصورة كبيرة على سلوكيات الطفل كما يؤثر على معارفه فيصبح الطفل يعاني من عجز على المستوى المعرفي والسلوكي، في سنة 1979 اشار جون فلافل في (Jérôme FOCANT 2003:47) أنّ التعديل الذاتي المعرفي يتكون من مجموعة من الخبرات الانفعالية والذهنية التي تحدث أثناء العمل المعرفي وأنها تتشارك مع وظائف تنفيذية ذهنية *fonctions executives (FE)* مختلفة ومتعدد أي تحدث بين هذه الوظائف عملية تأثير وتأثر.

جاءت دراسة (هيلين بواسن Hélène Poissant، 2007 : 72) لتمم ما جاءت به دراسة جون فلافل حيث اشارت أنّ هذه الخبرات *expériences* سواء الانفعالية أو الذهنية تعطي للفرد تغذية رجعية داخلية *Feedback interne* "والتي تم استدعائها من خلال الحديث الداخلي *langage interne* والتي تزود الفرد بالمعلومات المعرفية اللازمة لتمكنه من الوصول إلى المراقبة العقلية *Gestion mentale* الجيدة، والتي

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

تحمل هيئة التساؤل الذاتي *Auto-questionnement* (مثل "هل كل شيء له معنى") وذلك من أجل التحكم في ردود الفعل المعرفية. نستخلص من هاتين الدراستين السابقتين أنّ التعديل الذاتي المعرفي يتكون من أنشطة معرفية مختلفة ومتعدد وتوجد علاقة ترابطية بين هذه الأنشطة، كما أنّها تتشارك مع وظائف ذهنية معرفية أخرى. فمن أجل ضمان السير الجيد لعملية التعديل الذاتي المعرفي يجب مراقبة الأنشطة الما وراء المعرفة والتحكم فيها، وهذا ما لا نجده عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وفيما يأتي سنشرح ذلك بالتفصيل.

عند مقارنة الأطفال العاديين بالأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وخاصة في عملية التعديل الذاتي المعرفي، نلاحظ أنّ الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يظهرون صعوبة في التحكم في الاستجابات الما وراء المعرفة ويرجع سبب ذلك إلى عدم احتفاظهم بالتفكير الداخلي وتنظيمه وتفسيره إلى أفكار أساسية من غيرها بل تكون استجاباتهم بطريقة عشوائية ولا تتوافق مع المثيرات الخارجية.

وهذا ما تؤكده (هلين بواسون، 2008 Hélène Poissant) أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من قصور في الفهم الما وراء المعرفي إذ أنّهم لا يستطيعون التمييز بين ما هو أساسي وما هو ثانوي أي لا يستطيعون ترتيب الأولويات المعرفية ما يؤثر بشكل مباشر على سلوكياتهم من الناحية الأكاديمية والاجتماعية ومنهم من أرجع السبب الرئيسي إلى الاندفاعية الزائدة التي يتميزون بها.

في نفس السياق اشارت الباحثة أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لديهم تأخر في نمو كفاءة التعديل الذاتي المعرفي حيث أنّهم يحتاجون إلى وقت أطول خلافاً للأطفال العاديين من أجل الوصول إلى الكفاءة المعرفية الجيدة. ويظهر هذا التأخر في الدراسة التي قامت بها هلين بواسون حول نمو التعديل الذاتي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مقارنة مع الأطفال العاديين فأظهرت نتائج الدراسة أنّ كفاءة التعديل الذاتي عند الأطفال العاديين ليست نفسها عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، فأشارت إلى أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه في سن 7 سنوات يكون لديهم تعديل ذاتي معرفي مثل الأطفال العاديين في 6 سنوات، والأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وفي 9 سنوات لديهم تعديل ذاتي معرفي مثل الأطفال العاديين في 8 سنوات، أما عندما يبلغ الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه 12 سنة يكون لديه تعديل ذاتي معرفي مثل الأطفال في سن 10 سنوات.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

يمكن لنا أن نستنتج من الأبحاث التي قامت بها هلين بواسون حول علاقة التعديل الذاتي المعرفي باضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه أن التعديل الذاتي المعرفي يعمل على تهيئة ومراقبة تسيير عملية التفكير بصورة جيدة، وذلك من أجل الوصول إلى الفهم الما وراء معرفية الجيد، وهذا ما لا نجده عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه إذ يظهرون تأخرا في نمو التعديل الذاتي المعرفي مقارنة مع الأطفال العاديين، فيظهر لديهم غياب الحدس الما وراء المعرفي الذي يساعدهم على فهم أحداث الحياة اليومية مما يعطي مشاكل في استدعاء الأفكار الصحيحة التي تمكن الفرد من التعامل مع المواقف الجديدة، والذي قد يعطي في الاخير استجابات معرفية خاطئة.

كما يعتقد "باركلي" في (مفيدة بن حفيظ، 2014: 202-206) كذلك أن الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من نقص في التطور الما وراء المعرفي مما يؤدي دائما إلى صعوبات في التعلم لديهم، حتى وإن كانت المعايير النفسية تقرر بمستوى أداء عادي لديهم فإن التعديل المعرفي يضطرب في أداء النشاطات العقلية بين صعوبة المراقبة المعرفية، وتسيير المعالجات المعرفية وضبط الاستجابات المعرفية، بحسب "كلو kluwe" أن سلوك التعديل الذاتي يتكون من ثلاث مكونات أو استراتيجيات هي التخطيط، المراقبة، التنظيم، حيث يستخدم التخطيط أثناء تنظيم المعلومات وتحليلها عندما يكون أمام مهمة لم يشرع فيها بعد، أما استراتيجية المراقبة فتعمل على فحص وتصنيف المعلومات المتعلقة بنشاطاتنا المعرفية في حدود ما تفره المهمة مراعاة لزمان إنجازها. أما التقويم الذاتي فينصب على اتخاذ القرارات التي تمت حول نشاطاتنا المعرفية المرتبطة بالمثابرة في تحقيق الهدف. وهذا ما يغيب عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وهو عدم التخطيط لأفعالهم لأنها تتسم بالاندفاعية الزائدة.

نذكر أن "باركلي" 1998 قد وضع نظريته حول الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه الذين يظهرون صعوبات على مستوى التعديل الذاتي المعرفي، وفيما يخص النص المدرسي، فإن المتغيرات الجديدة المرتبطة مع ما وراء المعرفة والتي تتعلق بالدفاعية، إدراك الكفاءة (مشاكل الفاعلية الذاتية)، والاياعازات (المرتبطة بالرسوب) .

بالنسبة للدفاعية فإن قصة الفشل الدراسي للتلميذ بسبب صعوبات التعلم تعمل على خلق وتكوين أفكار سلبية حول كفاءة التلميذ في ذاته، فيما بعد سيعرف أن استراتيجياته الما وراء المعرفية هي التي لم تكن فعالة.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

يعتقد هؤلاء الأطفال أنّ ليست لديهم لا الكفاءة ولا القدرة على النجاح والأكثر من ذلك أنهم يمتلكون اعتقادات حول أدوارهم غير المحترمة والسلبية لذواتهم ومقدرتهم على النجاح. نستخلص من هذه النظرية أنّ أطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون كذلك من اضطراب في الاستراتيجيات ما وراء معرفية.

يمكن أنّ نستنتج من الدراسات التي قدمها باركلي أنّ اضطراب النشاط الزائد المصحوب بضعف الانتباه هو نتاج لضعف نشاط التعديل الذاتي المعرفي، ومعني ذلك أنّ هؤلاء الأطفال قد لا تنقصهم المهارات المعرفة لكي ينجحوا، ولكن مشكلتهم في التحكم بالذات والتي تمنعهم من الاستفادة من المهارات المعرفة مع عدم إستعمالها في الوقت المناسب وبالشكل المناسب، فمشكلة ضعف الانتباه كما صورها باركلي تكمن في أنّ يفعل الطفل ما يعرف في الوقت المناسب وليس في أنّ يعرف ما سيفعل، فقد يعرف الطفل الخطوات التي يجب اتباعها للنجاح، ولكنه يفشل في أداء العمل لأنّ تحكمه في الوقت كان غير مناسب وسلي.

كما اشار سيرج لرين Serge Larivée 1989 أنّ الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه ينزعون إلى عزو نجاحاتهم لأسباب خارجية مثل الحظ، وفشلهم إلى أسباب داخلية كغياب القدرة وعدم الكفاءة المعرفية. يؤثر هذا التفكير على جميع العمليات الذهنية ومن بينها التعديل الذاتي المعرفي.

في حين أشار كلا من هوزا و بيلهام واخرون (Hoza Pelham، 1993:15) أنّ المشاعر السلبية الذاتية التي يكونها الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه عن أنفسهم وعن كفاءتهم المعرفية الخاصة تأثر بشكل مباشر على مكونات التعديل الذاتي المعرفي مثل عملية التخطيط والمراقبة والتعديل الذاتي المعرفي.

كما بينت في الاخير دراسة باري ودوجلان PARY et DOUGLASS 1982 والتي هدفت الى المقارنة بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وذوي فرط النشاط الحركة مع قصور في الانتباه، واقرانهم من الأطفال العاديين، على مستوى استخدام النشاط الما وراء المعرفي. تكونت عينة هذه الدراسة من 9 أطفال بمعدل 3 أطفال في كل مجموعة. قام الباحثون بإعداد عشرين سؤالاً فيها نوع من الاجام، والمطلوب من الطفل اكتشاف هذا الاجام وذلك من أجل قياس مستوى النشاط الما وراء معرفي عند عينة الدراسة. أثبتت نتائج الدراسة أن الأطفال ذوي قصور في الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كانوا أقل قدرة على الاستفسار عن الأسئلة المبهمة، مع عجز في استخدام استراتيجيات ما وراء معرفية مقارنة مع المجموعتين الاخرين، وخاصة استراتيجيات التعديل والتقويم الذاتي الذي يقوم على الربط بين المكتسبات المعرفية السابقة والمكتسبات المعرفية الحالية. نتبين من هذه الدراسة أن

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لم يكتشفوا المتناقضات الموجودة في المقياس المطبق عليهم، ويرجع سببه إلى عدم استخدامهم الجيد لاستراتيجية الما وراء المعرفة وخاصة التعديل الذاتي المعرفي.

المبحث الثالث:

التعديل الذاتي السلوكي واضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه

1. تعريف التعديل الذاتي السلوكي.
2. مكونات التعديل الذاتي السلوكي.
3. مراحل نمو التعديل الذاتي السلوكي.
4. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط التعديل الذاتي السلوكي.

1. تعريف التعديل الذاتي السلوكي:

أشار كل من ندير كبسون والباوميستير واخرون Nader-Grosbois et Baumeister 2011 إلى أنه يوجد ثلاثة أنواع من التعديل الذاتي أولها التعديل الذاتي المعرفي الذي تم ذكره من قبل وثانيا التعديل الذاتي السلوكي وثالثا التعديل الذاتي الأنفعالي. في نفس المرجع عرف كل من كالكينز وولفيرد Calkins et Williford 2009 على أنّ التعديل الذاتي السلوكي هو قدرة الطفل على التحكم والسيطرة في سلوكياته الذاتية ضمن سياق محدد. كما أشار بعض الباحثون إلى أنّ التعديل الذاتي السلوكي هو عملية من بين العمليات التنفيذية التي تتأثر بالمشيرات الخارجية فتعمل على اعطاء استجابة سلوكية متكيفة مع المشيرات الخارجية ضمن سياق معرفي محدد، كما أنّ هذه العملية تتشارك مع عمليات ذهنية اخرى مثل الانتباه، الذاكرة العاملة والكف السلوكي اي يوجد عملية تأثير وتأثر وعلاقة ترابطية فيما بينهما وذلك من أجل ضمان استجابات سلوكية عادية. كما أشار McClelland 2007 أنّ التعديل الذاتي السلوكي يساعد الطفل على التخطيط والتنظيم والتحكم في سلوكياته وذلك على حسب المشيرات الخارجية فمثلا سلوكه في المدرسة ليس نفسه في البيت وليس نفسه كذلك في الشارع وهكذا، كما أنّها تساعد الطفل على التحكم في الاستجابات اللفظية، مع احترام قواعد الحياة فيصبح الطفل اكثر وعيا بتعليمات الراشدين اليه. كما أنّ الكفاءة الجيدة في التعديل الذاتي السلوكي تعطي للطفل نوعا من بالاستقلالية الذاتية فيصبح أكثر تحمرا وتنظيما لعلاقته مع الأفراد الاخرين مما يقلل من الاندفاعية السلوكية ويساعده على نمو الكفاءة الاجتماعية بصورة جيدة.

قد يختلف الباحثون في مفهوم التعديل الذاتي السلوكي فإشار زيرمان Zimmerman 2000 في) Nader-Grosbois N (2007:18) أنّ التعديل الذاتي السلوكي هو ذلك التنفيذ السلوكي لمهمة ما والتي سبقتها استراتيجية التعديل الذاتي المعرفي من أجل تحديد الهدف، والتخطيط اليه من أجل ضمان سلوك منظم وسوي. يمكن أنّ نستخلص من هذا التعريف أنّ الباحث يشير إلى أنّ التعديل الذاتي السلوكي ما هو إلا عملية سلوكية مكتملة أو متممة لعملية ما وراء معرفية وهي التعديل الذاتي المعرفي لأن دور التعديل الذاتي السلوكي تبين المظاهر المعرفية عن طريق السلوك.

كما اشارت Annie Jézégou 2008 تعقيبا لما أشارت اليه نظرية زيرمان Zimmerman حول التعديل الذاتي السلوكي حيث أنّ الكفاءة الجيدة في هذه الاستراتيجية تعطي للفرد كفاءة جيدة من الناحية الانفعالية والاجتماعية والعاطفية، كما يعمل التعديل الذاتي السلوكي على تنظيم السلوك بشكل جيد وتحديد من الناحية

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

الاجتماعية. أما في حالة قصور في نشاط التعديل الذاتي السلوكي فإنه يولد ضعفا في التحكم الذاتي مع دافعية ضعيفة في التفاعل مع المحيط الخارجي أو اندفاعية زائدة. فيصبح الفرد غير قادر على تنظيم نفسه وتنظيم علاقاته مع المحيط الخارجي كما يصبح الفرد غير قادر على التحكم في ذاته.

يمكن أن نستنتج من دراسة Zimmerman في (Annie Jézégou، 2008: 358) حول التعديل الذاتي السلوكي على أن هذا الأخير هو عبارة عن تفاعل فيما بين ثلاث استراتيجيات أخرى وذلك من أجل ضمان السير الحسن للسلوك وهي التعديل الذاتي الداخلي *autorégulation interne* والذي يعمل على تنظيم ومراقبة الفرد من الناحية العاطفية والاجتماعية والانفعالية، ثانيا التعديل الذاتي السلوك *autorégulation comportementale* وهي الذي يعمل على مراقبة السلوك من ناحية الكفاءة السلوكية، أما في الأخير التعديل الذاتي البيئي *autorégulation environnementale* وهو استراتيجية تهدف إلى مساعدة الطفل على ضبط الأدوات المادية الخارجية من أجل تعديل سلوكه.

أشارت الباحثة (جيرمال Grimal، 2016: 09) أن التعديل الذاتي السلوكي يعمل على تسير انفعالات وأفكار وأفعال الطفل بطريقة تستجيب مع احتياجاته الخاصة وتتوافق مع المحيط الخارجي. كما أنها تساعد الطفل على التخطيط وتكيف وضبط سلوكه على حسب المثيرات الخارجية وذلك من أجل الوصول إلى الهدف المسطر من قبل. من خلال هذا التعريف نستنتج أن عملية التعديل الذاتي السلوكي هي عملية ضرورية عند الطفل لأنها تعمل على التنظيم الوجداني والمعرفي والسلوكي عند الطفل وذلك بغرض الوصول إلى الهدف المسطر من قبل بطريقة تتوافق مع المحيط الخارجي ومع انفعالاته ومع معرفته ومع سلوكه.

2. مكونات التعديل الذاتي السلوكي:

أشارت Nader-Grosbois 2007 باعتمادها على البحوث التي قدمتها WELSH et pennington أن التعديل الذاتي السلوكي هو ذلك الفعل الموجه نحو هدف معين والذي استوجب استخدام مهارة الانتباه الاتقائي من أجل ضبط السلوكيات غير التكوينية والمندفة. بالإضافة إلى ذلك اعتبرت الباحثة أن الفرد الذي يقوم بالتعديل الذاتي السلوكي الجيد هو الفرد الذي يخطط لأفعاله ويتوقع نتيجتها فيقوم بتعديلها وتكيفها مع المثير من خلال الكفاءة المعرفية الموجودة عنده وذلك من أجل تحقيق أهدافه المخطط إليها من قبل.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

نستنتج أنّ من بين مكونات التعديل الذاتي السلوكي الانتباه وخاصة الانتباه الانتقائي والكف السلوكي، كلما زادت كفاءة الانتباه الانتقائي والكف السلوكي كلما استطاع الفرد من تعديل وتكيف أفعاله بصورة تتوافق مع المحيط الخارجي.

اشارت calkins 2004 في (Grimal، 2016: 10) أنّ التعديل الذاتي السلوكي هو ضبط السلوك أو إظهاره فيما يتوافق مع ما هو معرفي وذلك عن طريق وظائف تنفيذية ذهنية وهما الانتباه، الذاكرة العاملة والكف السلوكي.

الكف السلوكي:

هو قدرة الفرد على فعل ما هو متوقع منه عوض اتباع نزواته ورغباته التي قد تدفعه إلى فعل شيء مغاير. كما أنّ الكف السلوكي هو وظيفة أساسية تسمح للفرد بالتصرف بطريقة عقلانية وإيجابية دون الاعتماد على المؤثرات الخارجية.

ب. الانتباه:

هو قدرة الفرد على تركيز الانتباه على شيء واحد دون ترك المحيط والمثيرات الاخر تؤثر عليه.

ج. الذاكرة العاملة :

هو جهاز لمعالجة المعلومات اليومية وهي حلقة الوصل بين الذاكرة الحسية والذاكرة طويلة المدى اللتان تدمانها بالمعلومات.

نستنتج من ما قلناه كل من calkins 2004 و Nader-Grosbois 2007 أنه من أجل ضمان تعديل ذاتي سلوكي جيد أنّ يجب يكون الانتباه الانتقائي جيدا ومن ثم معالجة هذه المعلومات في الذاكرة بصورة جيد ومن ثم إما اصدار السلوك أو الكف عنه .

3. نمو التعديل الذاتي السلوكي:

في ما سيأتي سنشير إلى مراحل نمو التعديل الذاتي السلوكي عند الطفل وذلك منذ الولادة:

اشارة الباحثة (Nader-Grosbois 2007: 5) في تعليقها على دراسة Diaz et Neal 1990 أنّ التعديل الذاتي السلوكي يظهر عند الطفل منذ الولادة وذلك من خلال تحكمه في سلوكه تدريجيا. أما في سنة 1999 أشار كل من Bauer Schwade Wewerbas Delaney بعكس ذلك إلى أنّ التخطيط والتعديل الذاتي السلوكي من المهارات التي تظهر عند الطفل بفترة وجيزة من سن التمدرس.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

في هذا المرجع قامت الباحثة بالإشارة إلى أنّ الأطفال في سن متقدم من العمر يبدأون في تكوين عملية التعديل الذاتي السلوكي وذلك قبل دخولهم المدرسة.

في حين اشارت (Anna Grimal 2005: 5-7) إلى أهم الدراسات التي اشارت إلى مراحل نمو التعديل الذاتي السلوكي.

أولاً: عرف بياجى في 1976 أنّ عملية التعديل الذاتي السلوكي هي قدرة الطفل على تغيير أفعاله وسلوكياته على حسب المثيرات الخارجية مع تقرب نتائج أفعاله، أعتبر أنّ الأطفال يعدلون من سلوكياتهم عن طريق عملية الموازنة والاستيعاب التي ينتج عنه التوازن السلوكي. فبالنسبة إلى بياجى عندما يكون الطفل في موقف صعب يحدث لديه عدم التوازن فإنه يتجاوز هذا الأخير باستعمال عملية الاستيعاب الموقف وذلك من خلال الاستراتيجيات المعرفية التي اكتسبها من قبل، وهذا ما نسميه بالتعديل الذاتي السلوكي، على حسب بياجى فإنّ الأطفال ينتقلون من الاتزان إلى التوازن عن طريق هذه الخاصية. إن قدرة التعديل الذاتي السلوكي تظهر عند الأطفال في هذه المراحل من العمر تقريبا.

-مرحلة (9-12 شهر) يستعين الطفل بأدوات من أجل تحقيق هدفه.

-مرحلة (12-18 شهر) يقوم الطفل بالمحاولة والخطء من أجل الوصول إلى الهدف.

-مرحلة (18-24) يبدأ الطفل بالتنبؤ بأثار افعاله وبوضع استراتيجيات من الاجلال الوصول إلى الهدف. وبالتالي يمكن أنّ نشير إلى أنّ التعديل الذاتي السلوكي يظهر قبل سن التمدرس حسب بياجى.

ثانياً: على حسب كوب kopp تسبق مرحلة ظهور التعديل الذاتي السلوكي عند الطفل مراحل اخري وهي

-التعديل الفسيولوجي العصبي: قبل 3 أشهر يبدأ الطفل بالتحكم في حالة اليقظة والنوم عنده.

-التعديل الحسى الحركي: من 3 أشهر إلى غاية 12 شهرا يبدأ الطفل بإنجاز الأشياء بطريقة إرادية مع رغبة في تحقيق أهدافه المحددة والتي تظهر على شكل أفعال حركية.

-مرحلة المراقبة: من 12 شهرا إلى غاية 24 شهرا يكون الطفل أكثر حذرا وانتباها ومراقبة لأفعاله، كما يكون الطفل قادرا على ضبط السلوكيات غير المرغوب فيها أو الممنوعة كما أنه يكون قادرا على ايقاف أفعاله عندما يطلب منه الراشد ذلك.

-مرحلة المراقبة الذاتية: من 24 شهرا إلى 36 شهرا يصبح الطفل أكثر قدرة على كف الأفعال ولكن يظهر صعوبة في تعديل سلوكه عند ما يواجه مواقف جديدة.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

-مرحلة التعديل الذاتي السلوكي: ابتداء من الشهر 36 يبدأ الطفل في التحكم والسيطرة على سلوكياته بصورة أكثر فاعل وبصورة مختلفة من سلوك إلى آخر.

4. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط التعديل الذاتي السلوكي:

إشارت كل من (شوفالييه chevalier و جواي guay، 2009: 57) أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يظهرون صعوبات سلوكية ومعرفية وما وراء معرفية مثل التعديل الذاتي السلوكي وخاصة من الناحية اللغوية والتعديل الذاتي المعرفي والذاكرة العاملة اللغوية ويرجع سبب تلك الصعوبات إلى قصور في نشاط الفص الجبهي.

كما أكدت كلا من تورجون TURGEON و بارونت PARENT 2012 إلى ما ذكر من قبل أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من إصابة نورولوجية وخاصة في منطقة الفص الجبهي من الدماغ وكذلك في الناقلات العصبية، وأشار الباحثون أنّ هذه المناطق هي المسؤولة عن الانتباه والتعديل الذاتي السلوكي.

كما يشير نموذج براكلي 1997 في (LYSE TURGEON, SOPHIE PARENT، 2012: 15-16) والذي يعتبر من بين أهم النماذج كلاسيكية والتي تعطي تصور معرفي لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، إذ قام براكلي بدراسة العلاقة فيما بين العمليات المعرفية واضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه فتبين أنّ ذوي هذا الاضطراب يعانون كذلك من عجز على مستوى الوظائف المعرفية مثل الذاكرة العاملة والذاكرة غير اللغوية وغيرها وأرجع سبب ذلك إلى الاندفاعية الزائدة وفرط النشاط الحركي الذين يتسببان في قصور نشاط التعديل الذاتي السلوكي.

وفي سنة 2003 أكد براكلي في (Ouellet 2010: 15) أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يظهرون عجز في الكف السلوكي والتعديل الذاتي السلوكي وكذلك في بعض العمليات المعرفية مثل الانتباه الانتقائي والتنظيم المعرفي.

في حين بين لوبلان وآخرون LeBlanc et al 2008 في (Ouellet، 2010: 15-16) أنّ قدرة الانتباه تنمو بطريقة مختلفة من طفل إلى آخر طوال فترة ما قبل التمدرس، كما أنه توجد علاقة ترابطية فيما بين الانتباه الجيد والتعديل الذاتي السلوكي الجيد عند الأطفال العاديين، ولهذا نجد أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يظهرون كذلك قصورا في التعديل الذاتي السلوكي.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

كما اشار هيبب Habib 2011 أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من قصور على مستوى التعديل الذاتي السلوكي والمعرفي ويرجع سبب ذلك إلى الاندفاعية الزائد في الحركة وفي المعرفة التي لا يستطيعون التحكم فيها.

وفي الاخير يشير نموذج Sonuga-Barke 2005 في (JEAN-NICOLAS CARRIER، 2013: 24) إلى أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يفتقرون إلى الثنائية الموجودة فيما بين الفرد وبيئته، فالثنائية الأولى تمثل الخصائص الفردية من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية المستعملة من طرف الفرد أما الثنائية الثانية تمثل ردود أفعال المحيط الخارجي. فالتفاعل فيما بين هاتين الثنائيتين تنمي النمو المعرفي والعاطفي عند الطفل و الاستراتيجيات الما وراء المعرفة مثل استراتيجية التعديل الذاتي السلوكي والتخطيط المعرفي وذلك على حسب المواقف التي يتعرض إليها الطفل وكلما كان التفاعل ايجابي فيما بين الثنائيتين كلما كان هناك اكتساب معرفي وعاطفي إيجابي والعكس صحيح.

المبحث الرابع:

الكف المعرفي والسلوكي واضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه

1. تعريف الكف.
2. نمو الكف.
3. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط الكف المعرفي والسلوكي.

1. تعريف الكف المعرفي والسلوكي:

إنّ كلمة الكف "inhibire" ذات أصل يوناني والتي تعني لغويا "التجديف إلى الخلف" "ramer en arrière"، وتعتبر من أهم العمليات التنفيذية التي يتمتع بها الفرد، وهي عملية معرفية وسلوكية. وهي تعمل على ضبط النشاطات السلوكية عند الطفل وكذلك ضبط النشاطات المعرفية التي من شأنها تعيق الطفل في الوصول إلى هدفه السلوكي أو المعرفي، كما أنّ للكف قدرة على:

- المنع القصدي للاستجابات الآلية أو البارزة.

- توقيف الاستجابات المستمرة.

- التحكم في المثيرات الخارجية والتي تؤثر على المتداخلات.

ترجع جذور الكف المعرفي إلى مدارس نفسية قديمة عدة، فمن بين الباحثين الأوائل الذين اهتموا بعملية الكبت (الكف) هو سيجموند فريد إذ اشار إلى أنّ عملية الكبت هو عملية تعمل على إعاقة التفكير في الوعي الشعوري، وهي عملية نشطة تتطلب جهدا من الفرد، كما أنه يوجد نوع ثاني من الكف والذي يطلق عليه (الكبت الأولى) وهو كبت الخبرات والذكريات في الطفولة المبكرة.

كما أشار كل من لوريا وفيجوتسكي سنة 1962 إلى أنّ عملية الكف لها دور هام في نمو الطفل، فمن خلال هذه الآلية يسيطر الطفل على سلوكيه الاجتماعي مثل السلوك اللفظي حيث أنّ الأطفال الصغار يكونون غير قادرين على السيطرة على سلوكهم اللفظي وفيما بعد يصبحون قادرين على السيطرة عليه. كما أنّ لعملية الكف دورا هاما في عملية التعلم وذلك من خلال السيطرة على آليات التعلم مثل الانتباه.

يعتبر الكف من أهم المكونات الرئيسية للعمليات التنفيذية وهذا ما اشارت Miyake et al 2000 في أعمالها حول العمليات التنفيذية إذ اعتبرت أنّ عملية الكف من بين أهم العمليات التنفيذية التي تعمل على معالجة المعلومات عند الفرد فأطلقت عليها باسم "النظام المشرف على الانتباه" أما في أعمال Norman et Shallice 1986 والمأخوذ من Baddeley et Hitch 1974 في

(RICHARD, Sylvie Sabine، 2011: 3) أطلق على عملية الكف باسم "الوظيفة التنفيذية المركزية". كما شبه كل من Simpson & Riggs 2007 والمذكور من طرف Chevalier 2010 هذه العملية بالغبrial لأنها تعمل على حذف وإزالة الأفعال سواء المعرفية أو السلوكية الزائدة التي من شأنها تعيق تفكير وسلوك الفرد أثناء المهمة التي هي أمامه.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

عرف كلا من Bjorklund & Harnishfeger (1995) في (Benjamin DEVILLE، 2010، 16) أن عملية الكف هي عملية تسمح بتوقيف أو بالاستمرار النشاط المعرفي الذي يكون نشط، كما أنها تعمل على إزالة الأفعال المعرفة التي من شأنها تؤثر على عملية الانتباه، كما تسعى إلى مقاومة المتداخلات بين المثيرات (interférence) المحتمل والتي تأثر على عملية الانتباه. وزاد على هذا التعريف تعريف لكل من Wallon (في REVEL Pauline 2011، 14) أن عملية الكف هي عملية تعمل على كف الاستجابة الآلية والتي يعتقد الفرد أنها صحيحة ، كما أنها عملية تتميز بالليونة المعرفية إذ تساعد الفرد على التكيف مع المواقف الجديدة.

ويعرفه كل من Carlson et Moses 2001 في (Monette, S., & Bigras, M., 2008، 32) أن الكف عملية معرفية تعمل على تأخير الاستجابة المعرفية كما تعمل على حل الصراع المعرفي الذي يكون قائما أثناء موقف معرفي ما مثل ما يحدث في اختبار ستروب.

كما اعتبر كل من Jambaqué et Auclair 2008 أن عملية الكف هي عملية معرفية تسمح بمنع المعلومات أو الاخطوطات المسيطرة على تفكير الفرد والتي من شأنها تعيق وصوله إلى الهدف الذي يريد تحقيقه، كما تعمل هذه العملية على تحديد العناصر المعرفية الأولية والثانوية مع تحديد المعلومات الاكثر ملائمة للحالة الحالية. بصورة معاكسة فإن الاضطراب في الكف يعني صعوبة الفرد على السيطرة على الاخطوطات المعرفية والأفعال المسيطرة مع استخدامها في الاوقات الغير المناسبة.

اعتبر (هود Houdé، 2000، 15) أن عملية الكف عنصر هام من عناصر النمو المعرفي عند الطفل، حيث تعمل هذه العملية على تنمية الذكاء المعرفي عند الطفل فتساعده على إدراك متى يستخدم استراتيجية معينة ومتى يتوقف منها ومتى يستخدم استراتيجية اخرى مغايرة للأولى وهكذا. كما تعمل هذه العملية على منع المتداخلات التي قد تصل إلى الذاكرة العاملة والتي تؤثر على ردود فعل الطفل المعرفية.

أما فيما يخص أنواع الكف أشار Harnishfeger 1995 في (Barral De Pretto Debû & Hauert، 2010 : 56) أنه من المهم جدا التمييز بين الكف السلوكي والذي يتميز بعملية كف الحركة والكف المعرفي والذي يتميز بالسيطرة المقصودة أو غير المقصودة لمحتوى العمليات العقلية وأضاف إلى ذلك Censabella 2007 أنه يوجد ثلاثة أنواع من الكف وليس اثنين وهما الكف المعرفي والكف سلوكي والكف النفسي.

في بحوث كل من Friedman et Miyake 2004 فإنهما ميزا بين ثلاثة أنواع من الكف وهمي:

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

1. الكف الذي يعمل على مقاومة التداخل حتى لا يتشتت انتباه الفرد أو ما يسمى بالتحليل المبكر للمعلومات الواردة والتي تعمل على منعها من الوصول إلى الذاكرة العاملة. وهذا ما أكدته كل (Patrick Perret، 2003 : 347) والتي اشارت إلى أن عملية الكف هي عملية ذهنية تعمل على منع أو إزالة المعلومات الواردة في الذاكرة العاملة والتي من شأنها تؤثر على استجابات الفرد وهو قريب جدا بمفهوم الانتباه الانتقائي.

2. كف الاستجابات الغالبة أو الكف السلوكي والذي يعمل على منع ردود الأفعال السلوكية الآلية والخارجية المنشأ أي البيئية.

3. الكف الذي يعمل على مقاومة التداخلات أثناء قيام الفرد بالفعل المعرفي أو ما يسمى بالكف المعرفي، يعمل هذا الأخير على حذف المعلومات المعرفية الزائدة والتي من شأنها تؤثر على استجابات الفرد المعرفية وتعويقه من الوصول إلى الهدف. كما يعمل هذا النوع من الكف على تزويد الذاكرة العاملة بالمعلومات المعرفية التي تساعده على الوصول إلى هدفه. هذه الأنواع الثلاثة من الكف تمثل القاعدة الأساسية للعمليات التنفيذية.

في حين اشارت Dempster 1993 في (Pennequin Nanty & Khoms، 2004 : 205) إلى أنه يوجد ثلاثة أنواع من الكف التي تعمل على مقاومة التداخلات المعرفية والحركية والحسية.

- كف التداخلات الحركية وهي قدرة الطفل على السيطرة على الحركات الغير المناسب وهذا ما نجده في اختبار (Go/No-Go ou Stop Signal).

- كف التداخلات الحسية وهي قدرة الطفل على السيطرة على المثيرات البصرية البارزة وهذا ما نلاحظه في الاختبارات التي تعمل على قياس الانتباه الانتقائي مثل ستروب.

- كف التداخلات المعرفية وهذا ما نلاحظه في اختبار ستروب عند يطلب من الطفل قراءة كلمة اللون والتي تتداخل مع لون الحبر.

كما اشار الباحث أن هذه الأنواع الثلاثة لا تنمو عند الأطفال بنفس المستوى، فمن الولادة حتى سنتين الطفل فإنّ لديه القدرة على الكف في التداخلات الحركية، بعد السنتين نلاحظ أن الطفل يصبح قادرا على كف التداخلات الحسية، بعد 6 سنوات يصبح الطفل قادرا على كف التداخلات اللغوية، وابتداء من 8 سنوات يصبح الطفل أكثر كفاءة في هذه الأنواع الثلاث إلى أنّ يكتمل نمو هذه المهارة في سن 16 سنة.

2. نمو الكف المعرفي والسلوكي:

فيما يأتي سنشير إلى أهم الدراسات التي اشارة إلى مراحل نمو الكف السلوكي والمعرفي عند الطفل:

❖ في دراسة قام بها ل Diamond (1998) والتي تم الاشارة إليها في Gillet Hommet et Billard 2000 أنّ الأطفال عند بلوغهم 12 شهرا لديهم القدرة على الكف السلوكي وذلك من خلال التجربة التي قام بها الباحث على الأطفال وذلك بوضع صندوق شفاف أمام الأطفال ومن ثم أدخل الجرب لعبة في هذا الصندوق، فالأطفال الذين لديهم 12 شهرا وفما فوق يقومون بالالتفاف من حول الصندوق الشفاف ومن ثم يقومون بإخراج اللعبة من خلال فتحة الصندوق، على عكس الأطفال الصغار سنا فإنهم يحاولون الوصول إلى الشيء من خلال مكان تواجدهم غير مباين بشفافية الصندوق.

❖ وفي دراسة اخرى كذلك ل Diamond 1985 (RICHARD, Sylvie Sabine، 2011 : 14) والتي قام بها من أجل قياس كفاءة الكف عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 7 إلى 12 شهرا قام الباحث بتطبيق مقياس بياحي الكلاسيكي الذي يسمى « A-non-B » في هذا المقياس يقوم الجرب بوضع أمام الطفل شيئا وفوقه غطاء وبجانبه هذا الاخير نضع غطاء ولكن لا توجد تحته أي شيء فيقوم الجرب في المرحلة الأولى بإخراج الشيء ثم إرجاعه إلى مكانه عدة مرات ففي كل مرة نرجعه إلى مكانه نلاحظ أنّ الطفل يذهب من تحت الغطاء لإخراجه أما في المرحلة الثانية نغير موضع الشيء ونضعه في المكان المقابل، فلاحظ الجرب أنّ الأطفال الذين يبلغون 8 اشهر يحاولون اخذ الشيء دائما في موضعه الأول دون الأخذ بعين الاعتبار تغيير مكان الشيء، أما في سن 12 شهرا فالأطفال لديهم القدرة على عملية الكف السلوك فيقوم بإخراج الشيء من المكان الثاني. وقد أرجع الباحث سبب عدم نجاح الطفل ذوي 8 اشهر من الانتقال من الموضع الأول إلى الموضع الثاني إلى ضعف نشاط عملية الكف وكذلك إلى الذاكرة العاملة. في نفس السياق أضاف جارون واخرون 2008 Garon et al أنّ العلاقة الترابطية التي تكون بين عمليتين تنفيذيتين، الذاكرة العاملة وعملية الكف تنمو بشكل جيد عند الطفل في حدود سنتين.

بينما أشار باحثون اخرون Klenberg et al 2001 في (Roy، 2007: 145) أنّ قدرة الكف تبدأ في التحسن أكثر فأكثر في مرحلة ما قبل التمدرس وقد خلص الباحث إلى هذه النتيجة من خلال تطبيق مقياس "Statue" (الذي سيشار إليه فيما بعد) أنه يوجد اختلاف في النتائج فيما بين الأطفال ذوي 3 سنوات

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

والأطفال ذوي 6 سنوات. علماً أنّ هذا المقياس يقوم بقياس الكف السلوكي عند الطفل من خلال مقاومة المثيرات الصوتية.

كما أكد Mischel et Mischel 1983 (RICHARD, Sylvie Sabine، 2011: 14-15) إلى أنّ التحكم في عملية الكف السلوكي عند الأطفال تبلغ نشاطها الجيد في حدود 6 سنوات، مستشهداً على ذلك بالتجربة التي قام بها حول الأطفال وهو بتقدم مكافأتين ماديتين والمكافأة الثانية أفضل من الأولى كما أنه يوجد مهمتين ولكل مهمة مكافأة خاصة بها فالمطلوب من الطفل إذا قام بالمهمتين ينال المكافأتين أما إذا قام بمهمة واحدة فإنه يأخذ مكافأة واحدة فقط، فالجرب يطلب من الطفل القيام المهمة الأولى فإذا نجح فيها فإنه يعده بالمكافأة ثم يطلب منه القيام بالمهمة الثانية لأخذ المكافأتين معاً. فالأطفال ما بين 3 إلى 4 سنوات ليس لديهم قدرة الكف الحركي بل يفضلون المكافأة الأولى ولا يستطيعون الانتظار. بينما الأطفال بين 5 إلى 6 سنوات فيفضلون المكافأتين.

كما أجري Livesey et Morgan 1991 بتطبيق اختبار Go/No-Go على الأطفال التي تتراوح أعمارهم ما بين 3 إلى 4 سنوات فأسفرت النتائج عدم تفوقهم في هذا المقياس فأرجع سبب ذلك إلى عدم قدرتهم على الكف السلوكي كما أشار الباحثين إلى أنّ الأطفال قد فهموا التعليمات ولكنهم لم يستطيعوا التقيد بتعليماتها، بينما الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 5 إلى 6 سنوات فأنهم نجحوا إلى حد ما في هذا المقياس. وفي الأخير أشار كل Huizinga Dolan et Van der Molen 2006 أنه يوجد اختلاف كبير عند الأطفال في بداية الطفولة 6-7 سنوات وفي نهاية الطفولة 9-10 في النمو السلوكي والنمو المعرفي وفي العمليات التنفيذية مثل عملية الانتباه والكف السلوكي والمعرفي وغيرها. كما أشاروا إلى أنّ الكف السلوكي والمعرفي يكتمل نضجه عند الأطفال ما بين 11-15 سنة مستشهدين بذلك بنتائج مقياس Stop-Signal وهو اختبار يشبه اختبار ستروب. أنّ نتائج الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 11-15 سنة تتشابه إلى حد كبير مع نتائج الراشدين.

يمكن أنّ نستنتج في الأخير على أنّ عملية الكف تظهر في صورتها البدائية منذ ولادة الطفل ثم تبدأ بالتطور شيئاً فشيئاً وذلك على حسب الحاجة المعرفية وكذلك على حسب المواقف التي يتعرض لها. وكما تمت الإشارة من قبل إلى أنّها تسعى بالطفل إلى التحكم المعرفي الجيد مما يعطيه تحكماً سلوكياً جيداً بمعنى آخر عملية الكف تعمل على الموائمة بما بين ما هو معرفي وما هو سلوكي عند الطفل.

3. تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على نشاط الكف المعرفي والسلوكي:

اشارت (مفيدة بن حفيظ، 2004: 54) إلى أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يفتقرون إلى ضابطة التسيير والذي هو عبارة عن القدرة على الضبط والسيطرة وعدم التسرع في التصرف مع دراسة البدائل المتعددة واختيار أفضلها قبل التصرف أو البدء في عمل ما، لذلك فالأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لديهم مشكلات مع ضابطة التسيير والمنع، فإنهم عادة ما يتصرفون بالاندفاعية، ويبدوا الأمر أنهم يندفعون وراء أول خاطرة تلوح لهم، فعلى سبيل المثال نجد أنهم ممن يندفعون بالإجابة عن الأسئلة داخل القسم قبل أن يطلب منهم ذلك. إنّ الافتقار لضابطة التسيير والمنع أو الكف يعني عدم القدرة على التخطيط قبل مباشرة المهام مع الاندفاعية والتسرع.

كما افترض " فلاين وهوبسن Flynn et Hopson " أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لديهم خلل في الجهاز العصبي المركزي وخاصة في أبنية المخ الوسطى مما يسبب عدم القدرة على إحداث التوازن بين ميكانزمات الكف والاستشارة.

بينما اشارت دراسة لسرجنت و اخرون Sergeant سنة 2008 أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه هم الأطفال الذين يجدون صعوبة في السيطرة المعرفية "contrôle cognitif" والكف المعرفي "l'inhibition"

كما بينت نتائج دراسة هلين بواسون HELENE POISSANT 2008 أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون كذلك من ضعف في الكف المعرفي وذلك من خلال عدم امكانية الأطفال المصابين بالاضطراب من كف المتداخلات الجود في اختبار ستروب.

في حين اشار " باركلي " إلى أنّ عملية الكف تلعب دورا هاما في المواقف التي تتطلب امتناعا أو توقفا فجائيا للعقل أو الفكر المستمر، فالكف الناقص يؤثر بطريقة مباشرة على الذاكرة العاملة وعلى تنظيم الذات وعلى الحديث الداخلي. وهذا ما يعاني منه الأطفال المصابون بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه فيظهر عندهم عدم القدرة على إعادة بناء السلوك كما يبدو كأنهم يعملون بدون تفكير هذا ما يؤدي إلى عدم استفادتهم من القدرة على استخدام استراتيجية الكف سواء المعرفي أو السلوكي.

كما بينت (المرجع السابق، 2014: 252) أنّ نظام الإنتاجية المعرفية عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يتسم بإنتاجية ضعيفة، وسرعة في الأداء، وصعوبة في تنظيم المخرجات. لعدم وجود التخطيط والمراقبة والمراجعة، حيث أنّ الاندفاعية والتسرع لديهم تلغي دور التقييم والمراجعة لمسار الأفكار المحركة

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

للسلوك، بسبب تضرر الوظائف التنفيذية على مستوى الفص الجبهي المسؤول عن التسيير، المنع، الكف، والضبط، والسيطرة، مما يعطي عدم القدرة على ضبط توقيت مع سرعة المخرجات السلوكية. يرى " باركلي Barkley 2003 في (سحر أحمد الخشمري، 2007: 10) بأنّ أثناء نمو الطفل الكف السلوك لديه يتحول تدريجياً من المصادر الخارجية إلى أنّ يصبح بشكل متزايد محصناً بقوانين ومعايير داخلية، والتحكم بسلوك الفرد بقوانين ومعايير داخلية هو ما يقصد به التحكم الذاتي. في حين أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه تكون لديهم قدرات محدودة في التحكم في سلوكهم الاندفاعي، كما يفعلون عادة ما يخطر على بالهم وإنّ لم يفعلوا فيكون ذلك على الأغلب نتاج موانع محيطية بالموقف كأن يلقي الطفل بالألعاب على الأرض حين يغضب، ويمتنع عند وجود أشخاص محيطين يشكلون مصدر تهديد كالأم مثلاً، وهذا يختلف عن موقف طفل غير مصاب باضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه إذ لديه نفس الدافع لتحطيم لعبة ولكنه لا يفعل لأنه يأخذ بالاعتبار النتائج التالية:

- إنه لن يتمكن من الحصول على نفس اللعبة لاحقاً للعب بها لأنه حطمها.

- أن والديه قد يغضبون لأنه حطم لعبته الجديدة.

- أنه سيشعر بالانزعاج لأنه خذل والديه.

- أنه سيشعر بالانزعاج لأنه ترك غضبه يخرج خارج السيطرة وسيشعر بالإحباط.

بينما قام شولايس واخرون (Shallice et al 2002 في (Arnaud Roy، 2007: 108) بدراسة الكف السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، شملت عينة الدراسة 73 عنصراً تراوحت أعمارهم ما بين 7-12 سنة، استعمل الباحث مقياس "Go/No-Go" فأسفرت نتائج الدراسة أنّ أطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لديهم صعوبة في الكف السلوكي وأرجع الباحث إلى ذلك القصور الموجود في الانتباه وخاصة الانتباه القسري (لا إرادي).

في موضع آخر اشار براكلي (1997 مفيدة بن حفيظ، 2004: 202) أنّ الأطفال المصابون بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون كذلك من إصابة في الفص الجبهي، مما يتسبب في قصور في النمو المعرفي والسلوكي للطفل فمن بين التأثيرات التي يحدثها هذا الاضطراب نجد الكف السلوكي حيث يجد الطفل صعوبة في كف الاستجابات السائدة من أجل إعادة وتنظيم تفكيره، مع عدم مراقبة التداخلات السلوكية. كما اشار بركلي إلى أنّ هذا العجز في الكف السلوكي يؤثر كذلك بدوره على أربعة وظائف ذهنية أخرى: الذاكرة العاملة، اللغة الداخلية، التعديل الذاتي السلوكي والمعرفي، والقدرة على التنظيم الذاتي أي ما يسمي بإعادة البناء.

الفصل الثاني: اضطراب ما وراء المعرفة مع اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور في الانتباه

في حين قام جان كولتين واخرون Jane F. Gaultney 1999 بدراسة الكف المعرفي والمرونة المعرفية عند الاطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، تكون عينة الدراسة من 58 طفلا والتي تتراوح اعمارهم ما بين 8 سنوات و15 سنة مع ذكاء عادي. تنقسم العينة للدراسة إلى ثلاث مجموعات المجموعة الأولى تضم الأطفال المصابين بـ TDAH، المجموعة الثانية هم الأطفال المصابين بـ TDAH ولكن يلجؤون إلى العلاج الكيميائي، أما المجموعة الأخيرة هم الأطفال العاديين، قام الباحثون بالمقارنة بين هاته ثلاث مجموعات الثلاث في عملية الكف الذهني وذلك باستخدام اختبار ستروب، وعملية المرونة المعرفية وذلك باستخدام اختبار Directed-Forgetting Task Recall. بينت نتائج الدراسة أن نسبة عالية من الأطفال المصابين باضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه سواء الذين هم تحت العلاج الكيميائي أو لا يعانون من اضطراب في الكف المعرفي وفي المرونة المعرفية ولكن بدرجات متفاوتة بينهما فلوحظ أن المجموعة الأولى تعاني من قصور في الكف المعرفي والليونة العقلية بصورة اقل من المجموعة الثانية، في حين فأن الاطفال العاديين (المجموعة الثالثة) يملكون القدرة على الكف المعرفي والمرونة المعرفية ولو بعد حين.

وفي الاخير اشارت (2009 CHAILLAUD،BOR : 3-12) أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لهم صعوبة كبيرة في التحكم في المواقف التي يوجهونها، وأرجعت الباحثة سبب ذلك إلى صعوبة في كف المتداخلات الداخلية والخارجية مع صعوبة في كف السلوك مما يولد اندفاعية في سلوكياتهم. كما يجدون صعوبة في السيطرة على المعلومات وتخزينها في الذاكرة القصيرة المدى لأنهم لا يستطيعون كبح المثيرات الخارجية.

خلاصة عامة للفصل:

تم التطرق في هذا الفصل إلى تعريف ما وراء المعرفة متبوع بتطوره وأهميته ثم تم التفصيل في بعض الاستراتيجيات الما وراء المعرفة كالتعديل الذاتي المعرفي والتعديل الذاتي السلوكي ومن ثم الكف المعرفي والكف السلوكي، وفي الأخير عرضنا كيفية تأثير اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على هذه الاستراتيجيات.

الباب الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة وعرض النتائج ومناقشتها.

الفصل الثاني : عرض نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها

1. عرض النتائج وتحليلها.

1.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

2.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

3.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة

4.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة

2. مناقشة النتائج في ضوء فروضها.

1.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى

2.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية

3.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة

4.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الرابعة

خلاصة الدراسة والمقترحات

الفصل الأول :منهجية الدراسة الميدانية وإجراءاتها

تمهيد

1. منهج الدراسة.

2. الدراسة الاستطلاعية

1.2 ميدان البحث ومدة الدراسة الاستطلاعية.

2.2 عينة الدراسة الاستطلاعية.

1.2 اجراءات الدراسة الاستطلاعية.

1.2 ادوات الدراسة الاستطلاعية.

3. الدراسة الاساسية.

1.3 عينة الدراسة الاساسية.

2.3 مكان إجراء الدراسة الأساسية.

3.3 أدوات الدراسة الأساسية.

4. المعالجة الاحصائية.

الفصل الأول:

منهجية الدراسة الميدانية وإجراءاته

تمهيد

3. منهج الدراسة.

4. الدراسة الاستطلاعية

1.3 ميدان البحث ومدة الدراسة الاستطلاعية.

4.2 عينة الدراسة الاستطلاعية.

1.3 اجراءات الدراسة الاستطلاعية.

1.3 ادوات الدراسة الاستطلاعية.

3. الدراسة الأساسية.

1.3 عينة الدراسة الأساسية.

2.3 مكان إجراء الدراسة الأساسية.

3.3 أدوات الدراسة الأساسية.

4. المعالجة الاحصائية.

تمهيد:

يتطرق هذا الفصل إلى الإطار الميداني للدراسة وذلك فيما يخص منهجية الدراسة الميدانية وإجراءاتها، بدءاً ببدء منهج الدراسة ثم التطرق إلى الدراسة الاستطلاعية والتي تحتوي على خمسة نقاط أولها الهدف من هذه الدراسة الاستطلاعية ثم ميدان البحث ومدة الدراسة الاستطلاعية وعينة الدراسة الاستطلاعية وإجراءات الدراسة الاستطلاعية وأخيراً أدوات الدراسة الاستطلاعية، كما تطرقنا في هذا الفصل إلى الدراسة الأساسية والتي تتشكل هي الأخرى من ثلاثة عناصر أساسية أولها عينة الدراسة الأساسية ثم مكان وأدوات الدراسة الأساسية وفي آخر هذا الفصل ثم التطرق إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

1. منهج الدراسة:

أشار (عمار بوحوش، 1995: 43) أنّ المنهج هو عبارة عن مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة العلمية، أي أنّها الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة من أجل اكتشاف الحقيقة، ويعرف بأنه فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة عندما نجعلها، وإما من أجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون بها عارفين. والمنهج أو طرق البحث تختلف باختلاف طبيعة المواضيع، ولهذا توجد عدة أنواع من المناهج العلمية.

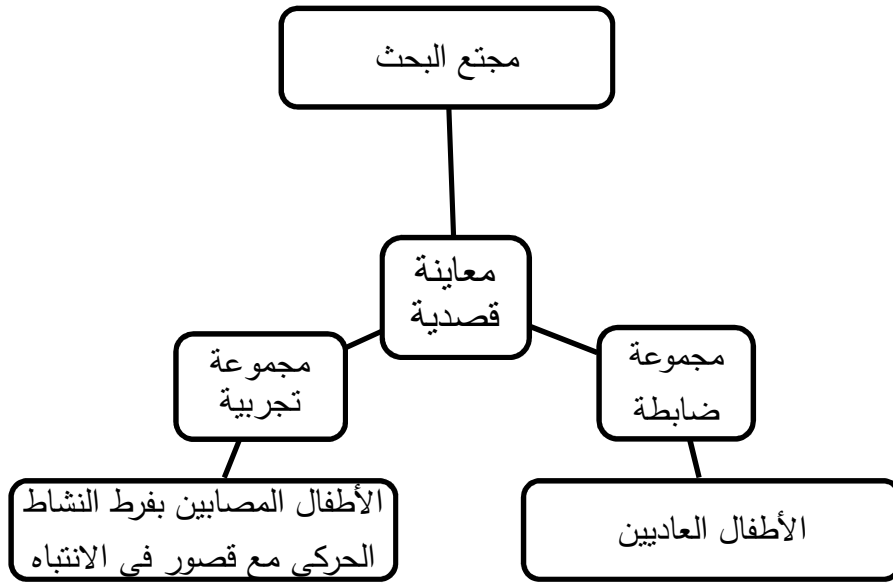
وطبيعة هذه الدراسة تقتضي ضرورة اتباع المنهج التجريبي هذا ما يؤكد (ملحم سامي محمد، 2004: 421) أن هذا الأخير يعتبر أقرب مناهج البحوث لحل المشكلات بالطريقة العلمية، والمدخل الأكثر صلاحية لحل المشكلات التعليمية النظرية والتطبيقية، والتجريب سواء في المعمل أو قاعات الدراسة أو أي مجال آخر يعبر عن محاولة التحكم في جميع المتغيرات والعوامل الأساسية باستثناء متغير واحد يقوم الباحث بتغييره بهدف قياس أثره على باقي المتغيرات الأخرى، فقد أثبتت هذه الطريقة نجاحاً كبيراً في التحقق من الفرضيات المطروحة في ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية والتربوية على حد سواء.

وعلى هذا الأساس ومن أجل تحقيق الهدف الأساسي من الدراسة، والذي يتمثل في دراسة استكشافية وقائية للاضطراب ما وراء المعرفي لدى الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه اعتمدنا على المنهج التجريبي كما سبق الذكر، متبعين في ذلك التصميم التجريبي التالي:

المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، حيث تم اختيارهما عن طريق المعاينة القصدية، ثم تمت المجانسة بينهما للتحقق من تكافئهما في الخصائص المحددة. بعدها تم تطبيق الاختبارات الاستكشافية للاضطرابات الما وراء المعرفة التي سيتم الإشارة إليها فيما بعد للمجموعتين التجريبية والضابطة.

شكل رقم (6)

التصميم التجريبي للدراسة



2. الدراسة الاستطلاعية:

1.2. الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

إن الهدف الرئيسي من الدراسة الاستطلاعية هو تكوين تصور عام للدراسة الأساسية، ومن بين خطوات هذا التصور، أولاً الدراسة السكومترية لبعض أدوات القياس، والتي تتوج بالحذف أو الزيادة أحياناً، وبالتنقيح أو التعديل أحياناً أخرى ومن ثم تجريبيها ودراسة صدقها وثباته من أجل صلاحيتها للدراسة الأساسية، كما أنها تسمح للباحث بالتعرف على مكان إجراء الدراسة من أجل تفادي الصعوبات والعراقيل التي قد تعترضه أثناء القيام بالدراسة الأساسية، بالإضافة إلى التعرف على عينة الدراسة وإنتقائها في ضوء خصائص وأعراض الاضطراب المراد دراسته في البحث.

2.2. ميدان البحث ومدة الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على مرحلتين. المرحلة الأولى والمتمثلة في ضبط موضوع دراسة البحث والتي أجريت في المستشفى الجامعي لولاية تلمسان (دمرجي تيجاني) وبعض المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية تلمسان مثل المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في صيرة وعين نفزة وغيرها، في الفترة الممتدة ما بين 2013/01/15 إلى 2013/04/10 أما المرحلة الثانية والمتمثلة في الدراسة السيكومترية لأدوات الدراسة والتي أجريت في المدرسة الابتدائية (أباحي محمود) لدائرة تلمسان والمستشفى الجامعي لولاية تلمسان (دمرجي تيجاني) في الفترة الممتدة بين 2013/04/10 إلى 2014/02/10، كما أنّ لهذه المؤسسات المذكورة اغراض ثانوية وهي التأكد مما يلي:

- 1- مدى استعداد الطاقم التربوي من معلمين وإداريين على التعاون مع الباحث في إنجاز الدراسة الأساسية.
- 2- مدى استعداد الطاقم الطبي من أخصائيين نفسانيين وأطباء على التعاون مع الباحث في إنجاز الدراسة الأساسية.

3- وجود فضاء خاصة يساعد الباحث على تطبيق الاختبارات الاستكشافية مع حالات الدراسة.

4- مدى معرفة المعلمين بالأعراض التي تميز الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

5- مدى وضوح تعليمات وعبارات استمارة تشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه ومدى فهم المعلمين لها.

6- مدى وضوح تعليمات وعبارات الاختبارات الما وراء المعرفة لدي المعلمين أو الأخصائيين النفسانيين.

3.2. عينة الدراسة الاستطلاعية:

اشتملت عينة الدراسة الاستطلاعية على (36) طفلا وتم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية ضمت (18) طفلا مصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه (3 إناثا، و15 ذكورا)، ومجموعة ضابطة ضمت (18) طفلا عاديين (5 إناثا، و13 ذكورا).

4.2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

تم تقسيم العينة الاستطلاعية إلى مجموعتين مجموعة تجريبية تضم (18) طفلا ومجموعة ضابطة تضم (18) طفلا أيضا وتمت المجانسة بين المجموعتين في السن، والمستوي الدراسي.

5.2. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

استخدمت في الدراسة الحالية مجموعة من الأدوات بيانها فيما يأتي:

1.5.2. الاختبارات النفسية:

أ. مقياس تشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه:

لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بالاستعانة بمقياس خاص لتشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وهو من إعداد (دكتور فقيه العيد، 2013: 31-50).

وصف مقياس الدراسة:

يعتبر مقياس النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه والعدوانية عند الأطفال أداة مفيدة للتشخيص، وتوفر كثيرا من الوقت والجهد، حيث يتضمن هذا المقياس مجموعة من البنود توضح بدقة النشاط الحركي وحالة الانتباه ومستوى العدوانية عند الطفل.

ويشمل المقياس 29 بندا تتوزع 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.

الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

صدق المقياس:

اتبع صاحب المقياس طريقة صدق المحكمين لتقدير صدق المضمون. في هذا الصدد قام بدراسة بنود المقياس لخمسة (5) اساتذة من قسم علم النفس حيث طلب من هؤلاء ابداء رأيهم حول مدى ملائمة كل بند على حدة في قياس الابعاد العيادية الثلاثة وذلك بإعطاء قيمة تتراوح من 0 إلى 10. من خلال النسب المئوية لاتفاق المحكمين على مدى صلاحية العبارة وصدقها فيما تقيسه وجدنا أن كل العبارة تفوق 90%.

استخدم الباحث صدق المحكي اي مدي ارتباط هذا المقياس بمقياس "اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الاطفال" الذي قام بإعداده السيد احمد 1999: ويضم هذا المقياس 62 عبارة في صورته المدرسية، ويشمل ثلاثة ابعاد تتمثل في ضعف القدرة على الانتباه، وزيادة النشاط الحركي، والاندفاعية. و بعد عملية التطبيق وحساب معامل الارتباط بين المقياسين حصل الباحث على معامل ارتباط قدره 0.83

كما استخدم الباحث في حساب صدق هذا المقياس اسلوبا مختلفا يتضمن مقارنة استجابات الاطفال الذين يعانون من هذه المشكلات، ومقارنتها بالسلوك العادي للأطفال، من خلال ملاحظة مختلف القدرات التي يبيدها الطفل غير العادي لفترة من الوقت. اجريت دراسة الصدق على 80 طفلا متمدرسا في المرحلة الابتدائية، من السنة الاولى الى السنة الثالثة، ثم وضع الباحث درجة ايجابية لكل سلوك متسق مع فقرات المقياس، ودرجة سلبية على كل سلوك غير متسق مع بنود المقياس. صنف الباحث كل نوع من الاستجابة على حدة، وقام بحساب النسب المئوية لكل عبارة، وفي النهاية تم حساب مدى الاتساق الداخلي للعبارات، قد بلغ الاتساق نسبة 77% وهي نسبة مقبولة من الصدق.

ثبات المقياس:

لكي يتعرف الباحث على ثبات المقياس استخدم طريقة اعادة التطبيق بفارق زمني قدره 27 يوما. لقد اختار الباحث عينة قصدية قوامها 83 تلميذا، 50 منهم لا يعانون من هذا الاضطراب بينما 33 منهم يعانون من النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه و العدوانية ثم قام بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات التطبيق الاول و التطبيق الثاني، واختصر النتيجة على معامل الثبات باستخدام معادلة سييرمان براون وهي فحصل على معامل ارتباط يساوي 0.70، و منه معامل الثبات باستخدام معادلة سييرمان براون تساوي يتبين من خلال هذه النتيجة ان معامل الثبات المستخرجة للمقياس التي قدرة بـ 0.82 مرتفعة و مقبولة سيكومتريا بحيث يمكن الاعتماد على هذا المقياس كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

ب. مقياس التعديل الذاتي المعرفي:

لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بالاستعانة بأداة لتشخيص التعديل الذاتي المعرفي (مواقف قرائية لاكتشاف المتناقضات في النص) ل Ellen M. Markman وهو مترجم من طرف (عيناد ثابت اسماعيل، 2016: 355).

وصف مقياس الدراسة:

يحتوي مقياس التعديل الذاتي المعرفي للأطفال على ثلاثة نصوص، النص الأول المسمى بالأسماء وفيه نسختين النسخة الأولى فيها متناقضات واضحة أما النسخة الثانية فيها متناقضات ضمنية، النص الثاني موضوعه المثلجات وفيه كذلك نسختين، النسخة الأولى فيها متناقضات واضحة والثانية فيها متناقضات ضمنية، أما بالنسبة للنص الثالث والذي موضوعه النمل، فيه كذلك نسختين النسخة الأولى متناقضات واضحة والثانية متناقضات ضمنية. الشطر الثاني من المقياس وهو وجود عبارة تسمى بالتحقيقات ولكل نص من النصوص الثلاثة لها تحقيقاتها الخاصة بها.

المؤشرات السيكومترية للنسخة العربية للاختبار:

لمعرفة مدى صدق الاختبار وثباته كان لزاما علينا اختيار عينة مناسبة لتجريب الاختبار والتعرف على مؤشرات السيكومترية، وعليه تم اختيار عينة عشوائية تقدر ب(45) طفلا.

صدق الاختبار:

لدراسة صدق الاختبار اتبعنا طريقة صدق المحكمين لتقرير صدق المضمون، لقد تمثلت الخطوة الأولى بترجمة المقياس من اللغة الانكليزية إلى اللغة العربية من طرف الباحث (عيناد ثابت اسماعيل). ثم قدمت هذه النسخة إلى أخصائي في الترجمة وتم اعادة ترجمتها إلى اللغة الاصلية اي اللغة الإنجليزية، ثم تم تقييم ومقارنة النسخة الأصلية مع النسخة الثانية التي تم ترجمتها من طرف اخصائي في الترجمة، وفي الاخير تم عرض هذين النسختين على رئيس شعبة الترجمة في جامعة ابي بكر بلقايد تلمسان حيث طلب منه مقارنة النسخة الاصلية مع النسخة المترجمة، اي إذا حدث تغيير معنى المقياس ام لا، فأشار رئيس شعبة الترجمة إلى أن المقياس الاصلية لم يتغير فيه اي شيء.

في الخطوة الثانية قام الباحث بعرض المقياس على سبعة اساتذة من جامعات مختلفة في الجزائر من أجل مراجعة هذه الترجمة وطلب منهم أن يؤشروا على الصفة المناسبة لوضعية كلا من النصوص الثلاثة والتحقيقات وذلك بوضع علامة امام المعايير الثلاثة التالية: نعم(ملائمة) - لا(غير ملائمة) - نوعا ما(ملائمة نوعا ما).

واعطيت الدرجة الثلاثة لصفة (نعم)، ودرجتين لصفة (نوعا ما)، ودرجة واحدة لصفة (لا). على ضوء الملاحظات التي أبدتها هؤلاء الخبراء. أجريت بعض التعديلات والتصحيحات على العبارات لجعلها أكثر وضوحا واقرب

للتقافة الجزائرية وخاصة إلى القدرات المعرفية للطفل في سن معين. والجدول التالي يبين أهم التعديلات التي طرأت على الاختبار من حيث الصيغ التعبيرية.

الجدول رقم(07): يبين العبارات التي تم تعديلها.

| العبارات قبل التعديل | العبارات بعد التعديل |
|-------------------------|--------------------------|
| هذه هي كل المعلومات ... | سنكتفي بهذه المعلومات... |
| ما رأيك؟ | ما رأيك حول مضمون القصة؟ |

من خلال الجدول رقم (07) يتبين أن التعديلات التي تم القيام بها تضمنت بعض الكلمات الخاصة بالجانب التعبيري للغة. أي تلك التعديلات لم تمس بشكل مباشر المصطلحات السيكولوجية وكيفية التعبير عنها. ومن خلال حساب النسب المئوية لاتفاق المحكمين على مدى صلاحية الاختبار وصدقه فيما يقيسه وجدنا أن نسبة اتفاق المحكمين تفوق 90 بالمائة وهي نسبة مرتفعة ومقبولة سيكومتريا بحيث يمكن الاعتماد على هذا الاختبار كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

اما بخصوص تحليل تقييمهم بمدى ملائمة كل بند من البنود للصفة التي اعدت لتقيسها بإعطاء درجات معينة تتراوح ما بين (3و1) تم حساب صدق الخبراء باستخدام طريقة (كاندال) و (كا²) والجدول التالي يبين النتائج المحصل عليها:

الجدول رقم (08)

يبين نتائج صدق الخبراء باستخدام مقياس (كاندال) و (كا²):

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | كا ² الجدولية | كا ² | W: معامل كاندل | N: عدد الفقرات | K: عدد المحكمين |
|---------------|-------------|-----------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| 0.01 | 6 | 16.81 | 32.88 | 0.15 | 36 | 07 |

من خلال الجدول رقم (08) يلاحظ أن α^2 التجريبية أكبر من α^2 الجدولية. و عليه فالمقياس يتمتع بقدر عال من الصدق وذلك عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كانت معظم العبارات متناسقة فيما بينها ومناسبة لما تقيسه. وذلك بتطبيق القانون التالي:

ثبات الاختبار:

للتعرف على ثبات الاختبار استخدمنا معامل ألفا كرومباخ (Chronbach Alpha)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات الكلي لـ كرومباخ ألفا (0.79)، وهو معامل ثبات مقبول احصائيا يفني بأغراض البحث العلمي.

الجدول رقم (09)

يبين قيم الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من ابعاد المقياس:

| الرقم | أبعاد الاختبار | عدد الفقرات | قيم ألفا |
|---------------------|----------------|-------------|----------|
| 01 | نص الأسماك | 12 | 0.71 |
| 02 | نص المثلجات | 12 | 0.72 |
| 03 | نص النمل | 12 | 0.71 |
| قيمة الفا الاجمالية | | | 0.79 |

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا لكل بعد من ابعاد المقياس والتي تراوحت بين (0.71-0.72) مع القيمة الاجمالية 0.79 وجميعها دالة، وعليه يمكن الاعتماد على هذا الاختبار كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

صدق الاتساق الداخلي:

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معامل ارتباط بين ابعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول رقم (10) يوضح ذلك.

جدول رقم(10)

يوضح معامل الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس:

| الأبعاد | الاختبار ككل | النمل | المثلجات | الأسماء |
|----------|--------------|--------|----------|---------|
| الاسماء | **0,82 | **0,57 | **0,56 | - |
| المثلجات | **0,85 | **0,55 | - | - |
| النمل | **0,84 | - | - | - |

** دالة عند مستوى 0.01

من خلال الجدول رقم(10) نلاحظ أن هناك ارتباطا قويا جدا ودالا احصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.01 بين ابعاد الاختبار فيما بينهم وبين معدل نتائج الاختبار ككل، تدل هذه النتائج أن الاختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن الوثوق في نتائجه أثناء التطبيق.

ج. مقياس التعديل الذاتي السلوكي:

لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث (عيناد ثابت اسماعيل) بترجمة وتقنين اختبار التعديل الذاتي السلوكي للأطفال وتكييفه على المجتمع الجزائري.

وصف مقياس الدراسة:

تم تصور هذا الاختبار من طرف بونتيز واخرون (2009) لقياس التعديل الذاتي السلوكي ويسمى بـ "Head-Toes-Knees-Shoulders الرأس واصابع القدم والكتفين والركبتين". تم ترجمة وتقنين هذا الاختبار وتكييفه على المجتمع الفرنسي سنة 2012 من طرف الباحث فيلب كيمار Philippe Guimard واخرون واستعمله هذا الاخير في بحثه حول التعديل الذاتي السلوكي وعلاقته بالتحصيل الدراسي في المدارس الابتدائية.

تتكون هذه الأداة من جزئيين، الجزء الأول يطلب من الطفل أن يفعل عكس ما يسمعه، إذا قيل له المس رأسك فهو يلمس أصابع قدميه وإذا قيل له المس أصابع قدميك فهو يلمس رأسه. أما بالنسبة للجزء الثاني من المقياس، نزيد على الموضعين الأولين موضعين اخرين من الجسم وهما الركبتين والكتفين، في هذه المرحلة كذلك يفعل الطفل

عكس ما يقال له أي إذا قيل له المس ركبتيك فهو يلمس كتفيه والعكس صحيح، ويصبح للطفل أربعة مواضيع من الجسم مع نفس التعليم حيث يفعل عكس ما يقال له.

الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

لمعرفة مدى صدق الاختبار وثباته كان لزاما على الباحث اختيار عينة مناسبة لتجريب الاختبار والتعرف على مؤشرات السيكومترية، وعليه فقد تم اختيار عينة عشوائية تقدر بـ(32) طفلا.

صدق الأداة:

صدق المحتوى :

لدراسة صدق الاختبار اتبعنا طريقة صدق المحكمين لتقرير صدق المضمون، لقد تمثلت الخطوة الأولى بترجمة المقياس من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية من طرف الباحث (عيناد ثابت اسماعيل).

وفي الخطوة الثانية قام الباحث بعرض المقياس على 6 أساتذة من مختلف الجامعات الجزائرية قصد مراجعة هذه الترجمة وطلب منهم أن يؤشروا على الصفة المناسبة لوضعية كلا بند على حدة لقياس التعديل الذاتي السلوكي وذلك بوضع علامة أمام المعايير الثلاثة التالية: نعم(ملائمة) - لا(غير ملائمة) - نوعا ما(ملائمة نوعا ما). واعطيت الدرجة ثلاثة لصفة (نعم)، ودرجتين لصفة (نوعا ما)، ودرجة واحدة لصفة (لا). على ضوء الملاحظات التي أبدتها هؤلاء الخبراء. أجريت بعض التعديلات والتصحيحات على العبارات لجعلها أكثر وضوحا وأقرب للثقافة الجزائرية وخاصة إلى القدرات المعرفية للطفل في سن معين.

من خلال حساب النسب المئوية لاتفاق المحكمين على مدى صلاحية الاختبار وصدقه فيما يقيسه وجدنا أن نسبة اتفاق المحكمين تفوق 90 بالمائة وهي نسبة مرتفعة ومقبولة سيكومتريا بحيث يمكن الاعتماد على هذا الاختبار كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

أما بخصوص تحليل تقييمهم بمدى ملائمة كل بند من البنود للصفة التي أعدت لتقيسها بإعطاء درجات معينة تتراوح ما بين (3و1) تم حساب صدق الخبراء باستخدام طريقة (كاندال) و (كاس²) والجدول التالي يبين النتائج المتواصل إليها:

الجدول رقم (11)

يبين نتائج صدق الخبراء باستخدام مقياس (كاندال) و (كا²):

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | كا ² الجدولية | كا ² | معامل W : معامل كاندل | N : عدد الفقرات | K : عدد المحكمين |
|------------------|----------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|---------------------|
| 0.01 | 5 | 15.08 | 68.82 | 0.54 | 24 | 06 |

من خلال الجدول رقم (11) يلاحظ أن كا² التجريبية أكبر من كا² الجدولية. وعليه فالمقياس يتمتع بقدر عال من الصدق وذلك عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كانت معظم العبارات متناسقة فيما بينها ومناسبة لما تقيسه. وذلك بتطبيق القانون التالي:

ثبات الاداة:

للتعرف على ثبات الاختبار استخدمنا معامل ألفا كرومباخ (chronback Alpha)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات الكلي ل كرومباخ ألفا (0.89)، وهو معامل ثبات مقبول إحصائيا يفني بأغراض البحث العلمي.

الجدول رقم (12)

يبين نتائج ثبات الاداة باستخدام معامل ألفا كرومباخ (chronback Alpha)

| الرقم | أبعاد المقياس | عدد الفقرات | قيم ألفا |
|---------------------|---------------------------|-------------|----------|
| 01 | المرحلة الأولى من الاداة | 12 | 0.88 |
| 02 | المرحلة الثانية من الاداة | 12 | 0.88 |
| قيمة الفا الاجمالية | | 0.89 | |

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن معاملات الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا لكل بعد من ابعاد المقياس والتي تراوحت بين (0.88-0.88) مع القيمة الاجمالية 0.89 وجميعها دالة، وعليه يمكن الاعتماد على هذا الاختبار كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

صدق الاتساق الداخلي:

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معامل ارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول رقم(13) يوضح ذلك.

جدول رقم(13)

يوضح معامل الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس:

| الأبعاد | المقياس ككل | المرحلة الثانية | المرحلة الأولى |
|---------------------------|-------------|-----------------|----------------|
| المرحلة الأولى من الاداة | **0,94 | **0,88 | - |
| المرحلة الثانية من الاداة | **0,98 | - | |

** عند مستوى دالة 0.01

من خلال الجدول رقم(13) نلاحظ أنّ هناك ارتباطا قويا جدا ودال احصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.01 بين أبعاد الاختبار فيما بينهم وبين معدل نتائج الاختبار ككل، تدل هذه النتائج على أنّ الاختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن الوثوق في نتائجه أثناء التطبيق.

د. مقياس الكف السلوكي:

لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بترجمة وتقنين اداة لتشخيص الكف السلوكي (لمواقف ادائية سلوكية). تتكون هذه الاداة من جزئين، فالجزء الأول والذي مستوحى من بطارية NEPSY اما الجزء الثاني فهو مترجم من الدراسة التي قامت الباحثة "شاهميد فليسا SCHMID, Felicia" سنة 2010 أو الذي يسمى بـ Go/No-Go.

وصف مقياس الدراسة:

يحتوي مقياس الكف السلوكي للأطفال على جزئين فالجزء الأول يطلب من الطفل أنّ لا يحدث اي استجابة أو ردة فعل (حركة الجسم، فتح العينين، النطق) للمنبهات الصوتية التي يقوم بها الفاحص أي يبقي جامدا مع غلق عينه لمدة 75 ثانية.

فتكون التعليم كالاتي "سنحاول أنّ نلعب لعبة وهي أنّ نري ما إذا كنت تستطيع أنّ تبقى واقفا كالتمثال (يجب إظهار للطفل الوضعية وهو ليس بحاجة للمساعدة) عندما اقول لك نبدأ اريد منك أنّ تبقى كالتمثال بلا حركة وكأنك تحمل علما، مع غمض العينين، لا تحرك حتى أصابعك. يجب عليك أن لا تتحرك، يجب أن لا تفتح عينيك ولا تقول اي شيء مهما كان ذلك حتي اقول لك قد انتهينا "هل انت مستعد؟ اغمض عينيك".

الجزء الثاني من المقياس والذي يحتوي على 26 لوحة فيها دوائر خضراء واخرى حمراء مع مطرقة تحمل اللون الازرق من جهة والاحمر من جهة اخري وينقسم هذا الجزء بدوره إلى مرحلتين في المرحلة الأولى نطلب من الطفل التفاعل مع المثير الاخضر وذلك بضرب المثير الاخضر فقط مع عدم التفاعل مع المثير الاحمر والذي يكون أقل من الاخضر بـ 25%. أما المرحلة الثانية نطلب من الطفل التفاعل مع المثير الأحمر وذلك بضرب المثير الأحمر فقط مع عدم التفاعل مع المثير الأخضر والذي يكون أقل من الأحمر بـ 25%. في كلتا المرحلتين ننتقل من لوحة إلى اخري بمعدل ثانية بينهما، قبل البداية من تطبيق هذا الجزء من المقياس يجب أنّ نتأكد من أنّ الطفل يدرك اللون الأخضر واللون الأحمر فيطلب منه تسميتهما.

المؤشرات السيكو مترية للنسخة العربية للاختبار :

لمعرفة مدى صدق الاختبار وثباته كان لزاما علينا اختيار عينة مناسبة لتجريب الاختبار والتعرف على مؤشرات السيكومترية، وعليه تم اختيار عينة عشوائية تقدر بـ (34) طفلا.

صدق الاختبار:

لدراسة صدق الاختبار لقد اتبعنا طريقة صدق المحكمين لتقرير صدق المضمون، لقد تمثلت الخطوة الأولى بترجمة المقياس من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية من طرف الباحث (عيناد ثابت اسماعيل). الخطوة الثانية قام الباحث بعرض المقياس على 5 اساتذة من جامعة تلمسان من أجل مراجعة هذه الترجمة وطلب منهم أنّ يؤشروا على الصفة المناسبة لوضعية كلا بند على حدة لقياس الكف السلوكي وذلك بوضع علامة أمام المعايير الثلاثة التالية: نعم(ملائمة) - لا(غير ملائمة) - نوعا ما(ملائمة نوعا ما).واعطيت الدرجة ثلاثة لصفة (نعم)، ودرجتين لصفة (نوعا ما)، ودرجة واحدة لصفة (لا).على ضوء الملاحظات التي أبداها هؤلاء الخبراء، أجريت بعض التعديلات والتصحيحات على العبارات لجعلها أكثر وضوحا وأقرب للثقافة الجزائرية وخاصة إلى القدرات المعرفية للطفل في سن معين، والجدول التالي يبين أهم التعديلات التي طرأت على الاختبار من حيث الصيغ التعبيرية.

الجدول رقم (14)

يبين العبارات التي تم تعديلها.

| العبارات قبل التعديل | العبارات بعد التعديل |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 75 ثانية نقول للطفل "الامر انتهى" | 75 ثانية نقول للطفل "انتهت اللعبة" |

من خلال الجدول رقم (14) يتبين أن التعديلات التي تم القيام بها تضمنت بعض الكلمات الخاصة بالجانب التعبيري للغة. أي تلك التعديلات لم تمس بشكل مباشر المصطلحات السيكولوجية وكيفية التعبير عنها. ومن خلال حساب النسب المئوية لاتفاق المحكمين على مدى صلاحية الاختبار وصدقه فيما يقبسه وجدنا أن نسبة اتفاق المحكمين تفوق 89.76 بالمائة و هي نسبة مرتفعة ومقبولة سيكومتريا بحيث يمكن الاعتماد على هذا الاختبار كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

أما بخصوص تحليل تقييمهم بمدى ملائمة كل بند من البنود للصفة التي أعدت لتقيسها بإعطاء درجات معينة تتراوح ما بين (3و1) تم حساب صدق الخبراء باستخدام طريقة (كاندال) و (كا²) والجدول التالي يبين النتائج المتواصل إليها:

الجدول رقم (15) يبين نتائج صدق الخبراء باستخدام مقياس (كاندال) و (كا²):

| عدد المحكمين | K: عدد | N: عدد الفقرات | W: معامل كاندل | كا ² | كا ² الجدولية | درجة الحرية | مستوى الدلالة |
|--------------|--------|----------------|----------------|-----------------|--------------------------|-------------|---------------|
| 05 | 57 | 0.14 | 33.2 | 13.27 | 04 | 0.01 | |

من خلال الجدول رقم (15) يلاحظ أن كا² التجريبية اكبر من كا² الجدولية. و عليه فالمقياس يتمتع بقدر عال من الصدق وذلك عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كانت معظم العبارات متناسقة فيما بينها ومناسبة لما تقيسه. وذلك بتطبيق القانون التالي:

ثبات الاختبار:

للتعرف على ثبات الاختبار استخدمنا معامل ألفا كرومباخ (chronback Alpha)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات الكلي ل كرومباخ ألفا (0.80) ، وهو معامل ثبات مقبول إحصائيا يفني بأغراض البحث العلمي.

الجدول رقم (16)

يبين نتائج ثبات الأداة باستخدام معامل ألفا كرومباخ (chronback Alpha)

| الرقم | أبعاد المقياس | عدد الفقرات | قيم ألفا |
|---------------------|---------------------------------|-------------|----------|
| 01 | الجزء الأول | 05 | 0.70 |
| 02 | الجزء الثاني (المرحلة الأولى) | 26 | 0.70 |
| 03 | الجزء الثاني (المرحلة الثانية). | 26 | 0.92 |
| قيمة الفا الاجمالية | | 0.80 | |

يتضح من خلال الجدول رقم (16) أن معاملات الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا لكل بعد من ابعاد المقياس والتي تراوحت بين (0.70-0.92) مع القيمة الاجمالية 0.80 وجميعها دالة، وعليه يمكن الاعتماد على هذا الاختبار كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

صدق الاتساق الداخلي:

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معامل ارتباط بين ابعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول رقم(17) يوضح ذلك.

جدول رقم(17) يوضح معامل الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس:

| الأبعاد | الاختبار ككل | البعد الثالث | البعد الثاني | البعد الاول |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| البعد الاول | **0,99 | **0,76 | **0,99 | - |
| البعد الثاني | **0,99 | **0,76 | - | - |
| البعد الثالث | **0,78 | - | - | - |

** عند مستوى دالة 0.01

من خلال الجدول رقم(17) نلاحظ أنّ هناك ارتباطا قويا جدا ودالا احصائيا عند مستوى دلالة معنوية 0.01 بين ابعاد الاختبار فيما بينهم وبين معدل نتائج الاختبار ككل، تدل هذه النتائج على أنّ الاختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن الوثوق في نتائجه أثناء التطبيق.

هـ. مقياس الكف المعرفي (test de stroop):

اختبار "ستروب" اكتشف من طرف جون ريدلب ستروب سنة 1935 وسمي باسمه و هو من اشهر الظواهر البصرية الانتباهية يستخدم في تقييم الانتباه الانتقائي، وقدرة الكف الذهني للوضعية التي تمثل منافسة بين اجابتين اختياريتين وهذا ما يسمى بالتداخل "interférence". في نفس السياق اشار ديويستر Dempster سنة 1992 أنّ اختبار ستروب يتميز بالمهام المزدوجة أي تداخل في المعلومات عن طريق هذا التداخل نستطيع تقييم قدرة الطفل على الضبط الكف الذهني وذلك من خلال التركيز على جانب واحد من المعلومات مثل لون الكلمة مع كف استشارة اخرى مثل معنى الكلمة. ويحتوي هذا المقياس على ثلاث بطاقات ذات مقاس 30X21)4A (سم).

البطاقة الاولى: تتكون من 50 كلمة مكتوبة بالأسود تمثل كلمات ألوان : "أحمر، اخضر، أصفر، أزرق". أما البطاقة الثانية: فتحتوي على نفس الكلمات لكن في هذه المرة الكلمات مكتوبة بألوان مختلفة لا تمثل المعنى الدلالي لها، مثلاً كلمة أزرق مكتوبة بالأحمر.

البطاقة الثالثة: فتمثل مستطيلات تحمل نفس الالوان السابق ذكرها.

وتمتل الوقت اللازم من اجل اعطاء الاجابة في 45 ثانية لكل طاقة هذه البطاقات تتكون من 10 صفوف كل صف يحمل 05 منبهات.

التعليمة:

يجب أن تكون التعليمات منفصلة ومبسطة قدر الامكان لكي يفهمها الطفل.

الوضعية الأولى (البطاقة أ):

سوف أعطيك ورقة مكتوب عليها كلمات، عليك أن تقرأ الكلمات بصوت مرتفع من اليمين إلى اليسار، في اسرع وقت ممكن. لما تصل إلى أسفل الورقة، أعد القراءة من الأول إلى أن أقول لك توقف. أي بعد 45 ثا. و إذا أشرت لك بأن هناك خطأ عليك أن تصححه. اذا كنت جاهزا عليك أن تبدأ.

الوضعية الثانية (البطاقة ب):

على هذه الورقة تعيد نفس ما قمت به في المرة السابقة، سوف تقرأ الكلمات ولما تصل إلى أسفل الورقة اعد القراءة من الأول.

الوضعية الثالثة (البطاقة ج):

هذه الورقة فيها مستطيلات ملونة، يجب أن تسمي هذه الالوان ولما تصل إلى نهاية الورقة عليك أن تعيد من الاول إلى أن أقول لك توقف.

الوضعية الرابعة (البطاقة ب):

سوف أعطيك ورقة مثل التي أعطيتك اياها في الحين. ولكن هذه المرة يجب ان تقول لي ما هو اللون الذي كتبت به الكلمات وليس قراءة الكلمات. لما تصل إلى نهاية الورقة عليك ان تعيد من الاول إلى أن أقول لك توقف. اذا لم يفهم الافراد التعليمة يجب أن نشرح لهم بمثال او مثالين لأن هذا الاختبار يتطلب مستوي جيد من الفهم

طريقة التنقيط:

على الفاحص أن يضع أمامه أربع بطاقات تحمل الاجابات المحتملة التي يجب على المفحوص اعطاؤها. وفي كل بطاقة يقوم بمتابعة وشطب الأخطاء والترددات. ثم ينقل النتائج على ورقة التنقيط التي تحمل المعلومات الشخصية للمفحوص، الأخطاء التي يقوم بها والترددات التي يقع فيها وعدد الاجابات الصحيحة لكل بطاقة. وإذا تعدى سطر أو عدة سطور، فيجب طرحها من المجموع. بعد ذلك نقوم بحساب درجة الخطأ لكل بطاقة، وهذا بضرب مجموع الاخطاء في 2+ الترددات. بعدها نقوم بحساب درجة التداخل و التي يتم حسابها بانقاص درجة الاجابات الصحيحة في البطاقة (3) والتي تخص تسمية الألوان من درجة الاجابات الصحيحة التي تمثل التداخل (تسمية لون الخبر الذي كتبت به الكلمات) في البطاقة(2).

شروط تطبيق الاختبار:

-عدم إدارة الورقة.

- التأكد من أن الطفل له رؤية جيدة. إذا كان يحمل نظارات للقراءة، من الضروري أن يحملها وقت اجراء الاختبار.

- لا يجب ترك الفرد ينزع النظارات أو يقوم بأي سلوك بإمكانه اعاقه مقروئية الكلمات خاصة في الجزء الرابع.

- يجب أن يكون الفرد يحسن القراءة، ويعرف تسمية الألوان.

- إذا توقف الفرد قبل نهاية الوقت أو حتى عند نهاية الورقة علينا أن نشجعه على المواصلة.

طبيعة النشاط الذهني الموضوع محل الدراسة:

الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو تقييم الكف الذهني عند الأطفال من 7 سنوات إلى 12 سنة وذلك عن طريق اختبار ستروب. الوضعية الأولى(البطاقة الاولى) والوضعية الثانية (البطاقة الثانية) تقيس مدى قدرة الطفل على القراءة، أما في الوضعية الثالثة (البطاقة الثالثة) و الوضعية الرابعة (البطاقة الثانية) تقيس مدى قدرة الطفل على الكف الذهني وخاصة في الوضعية الاخيرة لأن في هذه اللوحة اللون الذي كتبت به الكلمات مغاير معناها وهذا ما سميناه من قبل بالتداخل أي التداخل فيما بين اجابتين محتملتين إذ يجب على الطفل كف إجابة دون الأخرى.

3. الدراسة الأساسية:

1.3. عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 32 طفلا تم جمع هاته العينة من مدارس ابتدائية بمدينة تلمسان ومن المستشفى الجامعي لولاية تلمسان والعيادة الخاصة فاتحة السرور (أ.بوحجر) المذكورين سلفا في الدراسة الاستطلاعية، حيث كان عدد اطفال المجموعة التجريبية 16 وهم الطفل مصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه ، اما المجموعة الضابطة فتتكون من 16 طفلا وهم اطفال لا يعانون من أي اضطراب.

2.3. مكان إجراء الدراسة الأساسية:

أجريت الدراسة الأساسية في الأماكن التالية:

مدرسة (اباجي محمود) دائرة تلمسان و المستشفى الجامعي لولاية تلمسان (دمرجي تيجاني) والعيادة الخاصة فاتحة السرور (أ.بوحجر) في الفترة الممتدة بين 2014/04/10 إلى 2016/05/20.

3.3. أدوات الدراسة الأساسية:

اعتمد الباحث في الدراسة الأساسية على نفس الأدوات التي استخدمها في الدراسة الإستطلاعية، وذلك بعد التأكد من تمتعها بالمؤشرات السيكومترية الواجب توفرها حيث يمكن عرض هذه الأدوات على النحو الآتي:

أ. المقابلة.

ب. الملاحظة.

ج. إستمارة لتشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وهو من اعداد "دكتور فقيه العيد".

د. مقياس التعديل الذاتي المعرفي من اعداد Ellen M. Markman و مترجم من طرف عيناد ثابت اسماعيل 2016.

هـ. مقياس التعديل الذاتي السلوكي من اعداد بونتييز واخرون (Ponitz el 2009) وقد قام الباحث (عيناد ثابت اسماعيل) بترجمته وتقنيه وتكفيته على المجتمع الجزائري.

و. مقياس الكف السلوكي والمتكون من جزئين، فالجزء الأول والذي هو مستوحى من بطارية NEPSY اما الجزء الثاني فهو مترجم من الدراسة التي قامت بها الباحثة "شاهميد فليسا SCHMID Felicia" سنة 2010

(Go/No-Go) وقد قام الباحث (عيناد ثابت اسماعيل) بترجمته وتقنيه وتكفيته على المجتمع الجزائري.

ز. مقياس الكف الذهني (test de stroop).

4. المعالجة الإحصائية:

إعتمد الباحث في تحليل بيانات الدراسة الحالية على مقياس T لدراسة الفرق بين عينتين مستقلتين متساويتين كما أعتمدنا على قانون: ألفا كرونباخ، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري. وذلك باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية "SPSS 20.0" باستخدام الحاسوب.

خلاصة عامة للفصل:

تم في هذا الفصل عرض إجراءات الدراسة بدءاً من الدراسة الاستطلاعية، فالدراسة الأساسية، فقمنا بعرض المنهج المستخدم في الدراسة، ووصف شامل لعينة الدراسة وخصائصها، ثم ذكرنا الأدوات المستخدمة في الدراسة، والتجريب الإستطلاعي لها مع حساب خصائصها السيكومترية، حيث تبين صلاحيتها للتطبيق في الدراسة الأساسية.

في الأخير أشرنا إلى الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة، والتي بواسطتها تحصلنا على نتائج الدراسة والتي سنعرضها مرتبة حسب الفرضيات في الفصل الموالي.

الفصل الثاني:

عرض نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها

1. عرض النتائج وتحليلها.

1.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

2.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

3.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة

4.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة

2. مناقشة النتائج في ضوء فروضها.

1.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى

2.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية

3.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة

4.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الرابعة

خلاصة الدراسة والمقترحات.

تمهيد:

بعد تناول اجراءات الدراسة الميدانية في الفصل السابق، سيتم في هذا الفصل عرض وتحليل النتائج باستعمال الأساليب الاحصائية المناسبة وذلك وفق تسلسل فرضيات هذه الدراسة، ثم مناقشة النتائج على ضوء فروضها.

1. عرض النتائج وتحليلها.

1.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

والتي تنص على ما يلي " إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط التعديل الذاتي المعرفي "

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب أولا التكرارات والنسب المئوية لمقياس التعديل الذاتي المعرفي (لمواقف قرائية لاكتشاف المتناقضات في النص) عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه (العينة التجريبية) والأطفال العاديين (العينة الضابطة)، ثم عرض هذه النتائج على شكل أعمدة بيانية من أجل المقارنة بينهما. ثم حساب معامل T ومعالجته بواسطة البرنامج الإحصائي SPSS ، ثم عرض المتوسطات الحسابية لكل عينة على شكل منحنى.

أولاً: تم حساب التكرارات والنسب المئوية لمقياس التعديل الذاتي المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه: يلخص الجدول التالي النتائج المتحصل عليها.

جدول (18)

توضح نتائج مستويات التعديل الذاتي المعرفي عند العينة التجريبية (الأطفال المصابين بـ TDHA) حسب التكرارات والنسب المئوية.

| النسبة المئوية | عدد الأفراد | العينة التجريبية |
|----------------|-------------|--|
| 6.25% | 1 | المستوى العادي للتعديل الذاتي المعرفي (1-8) |
| 25% | 4 | المستوى المنخفض للتعديل الذاتي المعرفي (9-10) |
| 68.75% | 11 | المستوى الجد المنخفض للتعديل الذات المعرفي (11-12) |

من خلال النتائج التالية حول مستوى نشاط التعديل الذاتي المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه فالأطفال ذوي المستوى العادي قدر بـ 6.25% أما ذوي المستوى المنخفض فقد قدر بـ 25% أما ذوي المستوى الجد المنخفض فقد قدر بـ 68.75%.

ثانياً: تم حساب التكرارات والنسب المئوية لمقياس التعديل الذاتي المعرفي عند الأطفال العاديين: يلخص الجدول التالي النتائج المتحصل عليها.

جدول (19)

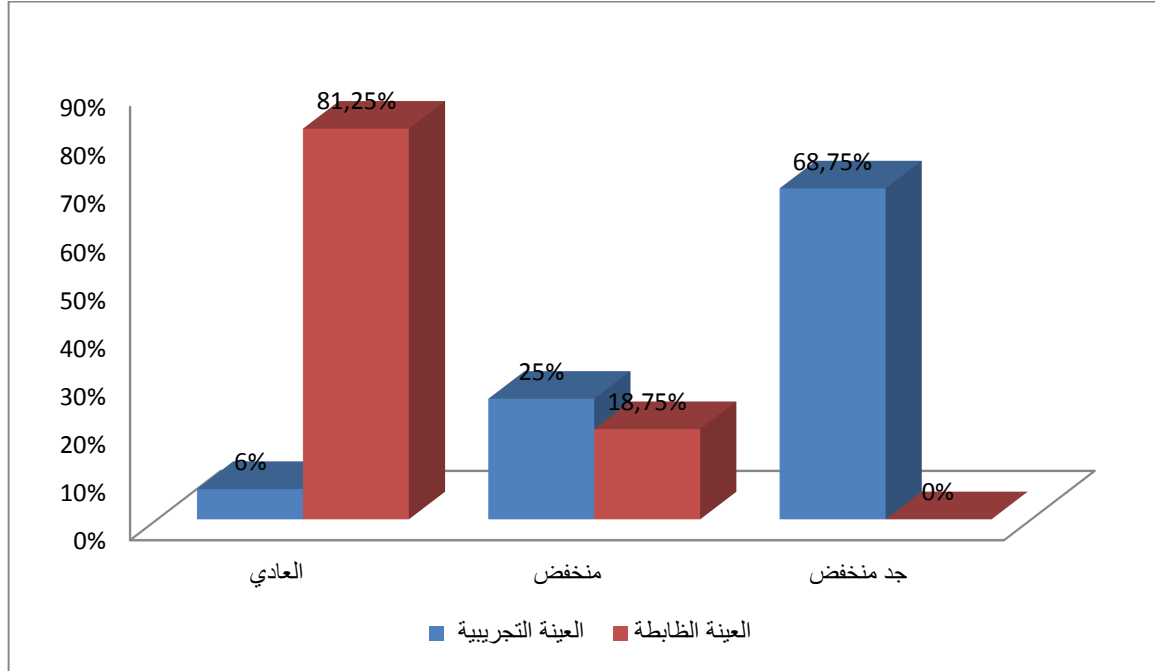
توضح نتائج مستويات التعديل الذاتي المعرفي عند العينة الضابطة (الأطفال العاديين) حسب التكرارات والنسب المئوية:

| النسبة المئوية | عدد الأفراد | العينة الضابطة |
|----------------|-------------|---|
| 81.25% | 13 | المستوى العادي للتعديل الذاتي المعرفي (1-8) |
| 18.75% | 3 | المستوى المنخفض للتعديل الذاتي المعرفي (9-10) |
| 0% | 0 | المستوى الجد المنخفض للتعديل الذاتي المعرفي (11-12) |

من خلال النتائج التالية حول مستوى نشاط التعديل الذاتي المعرفي عند الأطفال العاديين فالأطفال ذوي المستوى العادي قدر بـ 81.25% أما ذوي المستوى المنخفض فقد قدر بـ 18.75%.

شكل رقم (7)

يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في كل مستوي من مستويات التعديل الذاتي المعرفي.



من خلال الشكل نلاحظ وجود فروق واضحة بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في مستوى نشاط التعديل الذاتي المعرفي، حيث أنّ مستوى نشاط التعديل الذاتي المعرفي عند العينة الضابطة كان بين العادي والمنخفض أما بالنسبة للعينة التجريبية فكان بين العادي والمنخفض والجد المنخفض، كانت نسبة الأطفال ذوي نشاط التعديل الذاتي المعرفي العادي عند العينة الضابطة بـ 81.25% وعند العينة التجريبية بـ 6% ، بينما كانت نسبة الأطفال ذوي نشاط التعديل الذاتي المنخفض عند العينة الضابطة بـ 18% وعند العينة التجريبية بـ 25% ، في حين قدرت نسبة الأطفال ذوي نشاط التعديل الذاتي الجد المنخفض عند العينة الضابطة بـ 0% وعند العينة التجريبية بـ 68.75% نستنتج في الاخير مجموع نسبة الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وضعف في نشاط التعديل الذاتي المعرفي بـ 93.75% مقارنة مع مجموع نسبة الأطفال غير المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه ولهم ضعف في نشاط التعديل الذاتي المعرفي بـ 18%.

وللتأكد من مصداقية هذه الفرضية أكثر تم حساب هل يوجد فروق دالة احصائيا في نشاط التعديل الذاتي المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مقارنة مع الأطفال العاديين؟ للتحقق من هذا الاخير تم استخدام الاختبار التائي (T) لعينتين مستقلتين متساويتين، حيث تم حساب المتوسط الحسابي

والانحراف المعياري، من تم حساب قيمة (T) لدلالة الفروق بين العينة التجريبية والعينة الضابطة والجدول التالي يلخص النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم (20)

يوضح نتائج اختبار "T- test" لدراسة فرق التعديل الذاتي المعرفي عند الأطفال المصابين بـ TDHA مقارنة مع الأطفال العاديين.

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | "ت" الجدولية | "ت" المحسوبة | عينة الضابطة | | | عينة التجريبية | | | التعديل الذاتي المعرفي |
|------------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------|------|----|----------------|-------|----|------------------------------|
| | | | | ع1 | م1 | ن | ع1 | م1 | ن | |
| 0.01 | 30 | 2.45 | 5.512 | 2.17 | 6.57 | 16 | 1.68 | 10.33 | 16 | |

يتضح من الجدول رقم (20) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين العينة التجريبية والعينة الضابطة في نشاط التعديل الذاتي المعرفي بقيمة تائية المحسوبة وتساوي 5.512 مقارنة بتاء الجدولية التي قدرت بـ 2.45 ومستوى دلالة 0.01 وتعود الفروق لصالح العينة التجريبية بمتوسط حسابي يبلغ 10.33 وانحراف معياري 1.68 بقيمة مقارنة بالمتوسط الحسابي العينة الضابطة الذي قدر بـ 6.57 وانحراف معياري بقيمة 2.17، من هنا يتضح أنّ المتوسط الحسابي للعينة التجريبية أكبر من قيمته لدى العينة الضابطة في نشاط التعديل الذاتي المعرفي.

2.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

والتي تنص على ما يلي " إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط التعديل الذاتي السلوكي "

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب أولا التكرارات والنسب المئوية لمقياس التعديل الذاتي السلوكي (لمواقف أدائية سلوكية عكسية) عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه(العينة التجريبية) والأطفال العاديين (العينة الضابطة) ثم عرضهما على شكل اعمدة بيانية من أجل المقارنة بينهما ثم حساب معامل T ومعالجته بواسطة البرنامج الإحصائي SPSS ثم عرض المتوسطات الحسابية لكل عينة على شكل منحنى.

أولاً: تم حساب التكرارات والنسب المئوية لمقياس التعديل الذاتي السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه: يلخص الجدول التالي النتائج المتحصل عليها.

جدول(21)

يوضح نتائج مستويات التعديل الذاتي السلوكي عند العينة التجريبية(الأطفال المصابين بـ TDHA) حسب التكرارات والنسب المئوية.

| النسبة المئوية | عدد الأفراد | العينة التجريبية |
|----------------|-------------|--|
| 18.75 % | 03 | المستوى العادي للتعديل الذاتي السلوكي(21-40) |
| 25.00 % | 04 | المستوى المنخفض للتعديل الذاتي السلوكي(11-20) |
| 56.25 % | 09 | المستوى الجدد المنخفض للتعديل الذاتي السلوكي(0-10) |

من خلال النتائج التالية حول مستوى نشاط التعديل الذاتي السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه فالأطفال ذوي المستوى العادي قدر بـ 18.75 % أما عند الأطفال ذوي المستوى المنخفض فقد قدر بـ 25.00 % أما في الاخير فالأطفال ذوي المستوى الجدد المنخفض فقد يبلغ 56.25 %.

ثانياً: تم حساب التكرارات والنسب المئوية لمقياس التعديل الذاتي السلوكي عند الأطفال العاديين: يلخص الجدول التالي النتائج المتحصل عليها.

جدول (22)

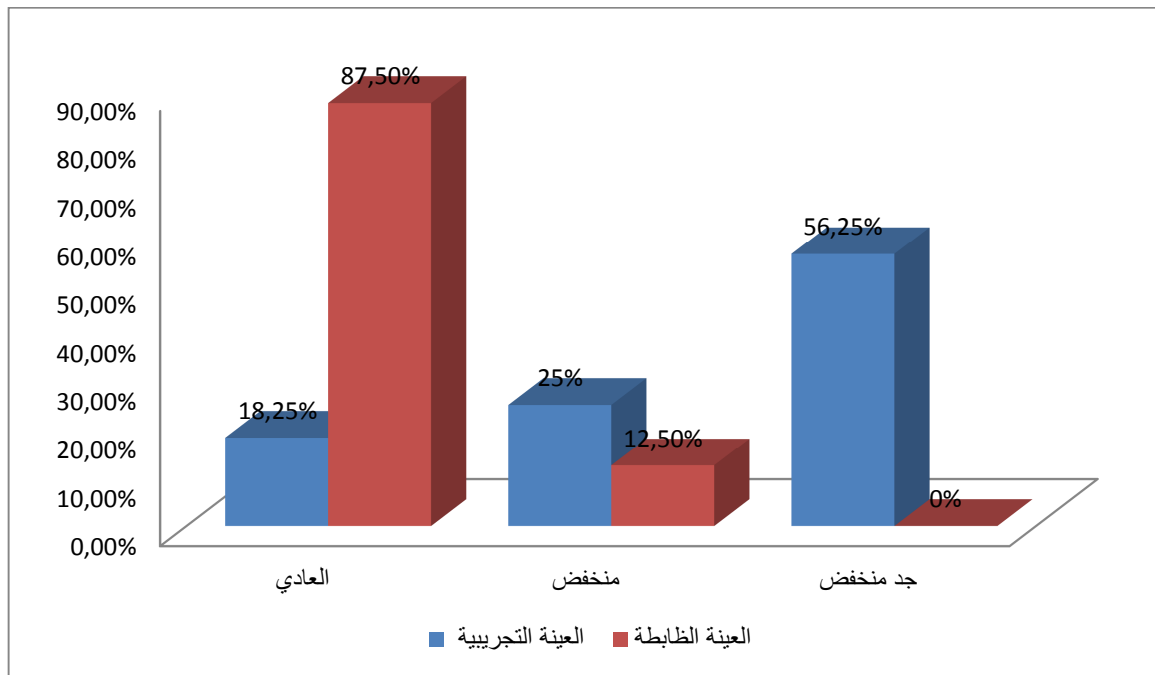
يوضح نتائج مستويات التعديل الذاتي السلوكي عند العينة الضابطة (الأطفال العاديين) حسب التكرارات والنسب المئوية

| النسبة المئوية | عدد الأفراد | العينة الضابطة |
|----------------|-------------|--|
| 87.50% | 14 | المستوى العادي للتعديل الذاتي السلوكي (21-40) |
| 12.50% | 2 | المستوى المنخفض للتعديل الذاتي السلوكي (11-20) |
| 0% | 0 | المستوى الجذ منخفض للتعديل الذاتي السلوكي (0-10) |

من خلال النتائج التالية حول مستوى نشاط التعديل الذاتي السلوكي عند الأطفال العاديين، فالأطفال ذوي المستوى العادي قدر بـ 87.50% أما عند الأطفال ذوي المستوى المنخفض فقد قدر بـ 12.50%.

شكل رقم (08)

يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في كل مستوي من مستويات التعديل الذاتي السلوكي.



من خلال الشكل نلاحظ وجود فروق واضحة بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في مستوى نشاط التعديل الذاتي السلوكي، حيث أنّ مستوى نشاط التعديل الذاتي السلوكي عند العينة الضابطة كان بين العادي والمنخفض أما بالنسبة للعينة التجريبية تراوح بين العادي والمنخفض والجذ منخفض، كانت نسبة الأطفال ذوي

نشاط التعديل الذاتي السلوكي العادي عند العينة الضابطة بـ 87.50% وعند العينة التجريبية بـ 18.75% ، بينما كانت نسبة الأطفال ذوي نشاط التعديل الذاتي السلوكي المنخفض عند العينة الضابطة بـ 12.50% وعند العينة التجريبية بـ 25% ، في حين قدرت في الاخير نسبة الأطفال ذوي نشاط التعديل الذاتي السلوكي الجدد منخفض عند العينة الضابطة بـ 0% وعند العينة التجريبية بـ 56.25% ، نستنتج في الاخير مجموع نسبة الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وضعف في نشاط التعديل الذاتي السلوكي بـ 75% مقارنة مع مجموع نسبة الأطفال غير المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه ولهم ضعف في نشاط التعديل الذاتي السلوكي بـ 12.50%.

وللتأكد من مصداقية هذه الفرضية تم حساب هل توجد فروق دالة احصائيا في نشاط التعديل الذاتي السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مقارنة مع الأطفال العاديين؟ للتحقق من هذا الاخير تم استخدام الاختبار التائي (T) لعينتين مستقلتين متساويتين ، حيث تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، من ثم حساب قيمة (T) لدلالة الفروق بين العينة التجريبية والعينة الضابطة والجدول التالي يلخص النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم (23)

يوضح نتائج اختبار «T- test» لدراسة الفرق التعديل الذاتي السلوكي عند الأطفال المصابين بـ TDHA مقارنة مع الأطفال العاديين.

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | "ت" الجدولية | "ت" المحسوبة | عينة الضابطة | | | عينة التجريبية | | | التعديل الذاتي السلوكي |
|---------------|-------------|--------------|--------------|--------------|------|----|----------------|------|----|------------------------|
| | | | | ع1 | م1 | ن | ع1 | م1 | ن | |
| 0.01 | 30 | 2.45 | 4.25 | 0.68 | 1.25 | 16 | 0.80 | 2.38 | 16 | |

يتضح من الجدول رقم (23) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين العينة التجريبية والعينة الضابطة في نشاط التعديل الذاتي السلوكي بقيمة تائية المحسوبة وتساوي 4.25 مقارنة بتاء الجدولية التي قدرت بـ 2.45 ومستوى دلالة 0.01 وتعود الفروق لصالح العينة التجريبية بمتوسط حسابي يبلغ 2.38 وانحراف معياري 0.80 بقيمة

مقارنة بالمتوسط الحسابي للعينه الضابطة الذي قدر بـ 1.25 وانحراف معياري بقيمة 0.68. من هنا يتضح أنّ المتوسط الحسابي العينة التجريبية أكبر من قيمته لدى العينة الضابطة و T الجدولية أكبر من T المحسوب في نشاط التعديل الذاتي السلوكي .

4.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

والتي تنص على ما يلي " إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط الكف المعرفي "

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب أولا التكرارات والنسب المئوية لمقياس الكف المعرفي (لمواقف كف الانتباه) عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه(العينة التجريبية) والأطفال العاديين (العينة الضابطة) ثم عرضهما على شكل أعمدة بيانية من أجل المقارنة بينهما ثم حساب معامل T و معالجته بواسطة البرنامج الإحصائي SPSS ثم عرض المتوسطات الحسابية لكل عينة على شكل منحنى.

اولا: تم حساب التكرارات والنسب المئوية لمقياس الكف المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه: يلخص الجدول التالي النتائج المتحصل عليها.

جدول(24)

يوضح نتائج مستويات الكف المعرفي عند العينة التجريبية(الأطفال المصابين بـ TDHA) حسب التكرارات والنسب المئوية.

| النسبة المئوية | عدد الأفراد | العينة التجريبية |
|----------------|-------------|-------------------------------------|
| 12.50 % | 02 | المستوى العادي للكف المعرفي (2-5) |
| 18.75 % | 03 | المستوى المنخفض للكف المعرفي(1) |
| 68.75 % | 11 | المستوى الجدد منخفض للكف المعرفي(0) |

من خلال النتائج التالية حول مستوي نشاط الكف المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، فالأطفال ذوي المستوى العادي قدر بـ 12.50 % أمّا عند الأطفال ذوي المستوى المنخفض فقد قدر بـ 18.75 % وفي الاخير الأطفال ذوي المستوي الجدد منخفض فقد تحصلوا على 68.75 %

ثانياً: تم حساب التكرارات والنسب المئوية لمقياس الكف المعرفي عند الأطفال العاديين: يلخص الجدول التالي النتائج المتحصل عليها.

جدول (25)

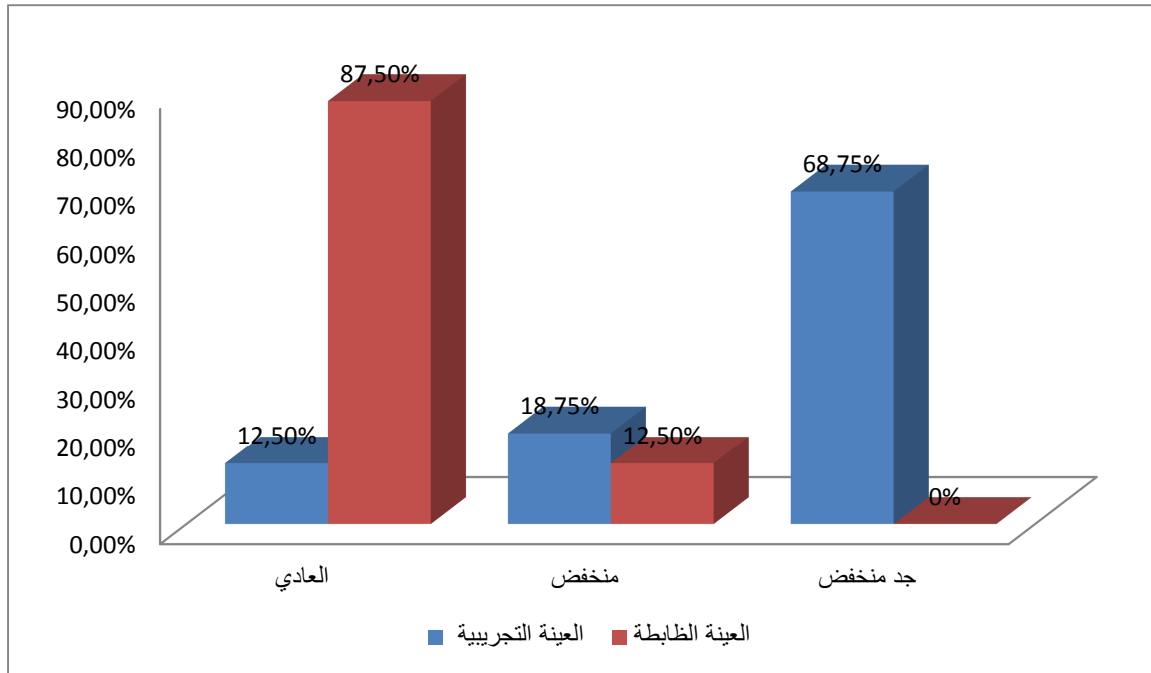
يوضح نتائج مستويات الكف المعرفي عند العينة الضابطة (الأطفال العاديين) حسب التكرارات والنسب المئوية:

| النسبة المئوية | عدد الأفراد | العينة الضابطة |
|----------------|-------------|-------------------------------------|
| 87.50% | 14 | المستوى العادي للكف المعرفي (2-5) |
| 12.50% | 2 | المستوى المنخفض للكف المعرفي (1) |
| 0 | 0 | المستوى الجد منخفض للكف المعرفي (2) |

من خلال النتائج التالية حول مستوى نشاط الكف المعرفي عند الأطفال العاديين، فالأطفال ذوي المستوى العادي قدر بـ 87.50% أما عند الأطفال ذوي المستوى المنخفض فقد قدر بـ 12.50%.

شكل رقم (09)

يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في كل مستوي من مستويات الكف المعرفي.



من خلال الشكل، نلاحظ وجود فروق واضحة بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في مستوى نشاط الكف المعرفي، حيث أن مستوى نشاط الكف المعرفي عند العينة الضابطة كان بين العادي والمنخفض أما بالنسبة للعينة التجريبية، كان ما بين العادي والمنخفض و الجدل منخفض، كانت نسبة الأطفال ذوي نشاط الكف المعرفي العادي عند العينة الضابطة بـ 87.50% وعند العينة التجريبية بـ 12.50%، بينما كانت نسبة الأطفال ذوي نشاط الكف المعرفي منخفض عند العينة الضابطة بـ 12.50% وعند العينة التجريبية بـ 18.75%، في حين قدرت في الاخير نسبة الأطفال ذوي نشاط الكف المعرفي الجدل المنخفض عند العينة الضابطة بـ 0% وعند العينة التجريبية بـ 68.75% نستنتج في الاخير مجموع نسبة الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وضعف في نشاط الكف المعرفي بـ 87.50% مقارنة مع مجموع نسبة الأطفال غير المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه ولهم ضعف في نشاط الكف المعرفي بـ 18.75%.

وللتأكد من مصداقية هذه الفرضية تم حساب هل يوجد فروق دالة احصائيا في نشاط الكف المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مقارنة مع الأطفال العاديين؟ فتم استخدام الاختبار التائي (T) لعينتين مستقلتين متساويتين، حيث تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، من تم حساب قيمة (T) لدلالة الفروق بين العينة التجريبية والعينة الضابطة والجدول التالي يلخص النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم (26)

يوضح نتائج اختبار "T- test" لدراسة فرق الكف المعرفي عند الأطفال المصابين بـ TDHA مقارنة مع الأطفال العاديين.

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | "ت" الجدولية | "ت" المحسوبة | عينة الضابطة | | | عينة التجريبية | | | |
|------------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------|------|----|----------------|------|----|-----------------|
| | | | | ع1 | م1 | ن | ع1 | م1 | ن | |
| 0.01 | 30 | 2.45 | 7.15 | 0.34 | 1.13 | 16 | 0.72 | 2.56 | 16 | الكف المعرفي |

يتضح من الجدول رقم (26) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين العينة التجريبية والعينة الضابطة المتمثلة في نشاط الكف المعرفي بقيمة تائية المحسوبة وتساوي 7.15 مقارنة بتاء الجدولية التي قدرت بـ 2.45 ومستوى دلالة 0.01 وتعود الفروق لصالح العينة التجريبية بمتوسط حسابي يبلغ 2.56 وانحراف معياري 0.72 بقيمة مقارنة

بالمتوسط الحسابي العينة الضابطة الذي قدر بـ 1.13 وانحراف معياري بقيمة 0.34. من هنا يتضح أنّ المتوسط الحسابي العينة التجريبية أكبر من قيمته لدى العينة الضابطة و T الجدولية أكبر من T المحسوب في نشاط الكف المعرفي .

3.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

والتي تنص على ما يلي " إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط الكف السلوكي."

لاختبار صدق هذه الفرضية تم حساب أولاً التكرارات والنسب المئوية لمقياس الكف السلوكي (لمواقف ادائية للكف السلوكي) عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه(العينة التجريبية) والأطفال العاديين (العينة الضابطة) ثم عرضهما على شكل أعمدة بيانية من أجل المقارنة بينهما ثم حساب معامل T ومعالجته بواسطة البرنامج الإحصائي SPSS ثم عرض المتوسطات الحسابية لكل عينة على شكل منحنى.

أولاً: تم حساب التكرارات والنسب المئوية لمقياس الكف السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي: يلخص الجدول التالي النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم(27)

يوضح نتائج مستويات الكف السلوكي عند العينة التجريبية(الأطفال المصابين بـ TDHA) حسب التكرارات والنسب المئوية.

| النسبة المئوية | عدد الأفراد | العينة التجريبية |
|----------------|-------------|--|
| 18.75 % | 03 | المستوى العادي للكف السلوكي(أكثر من 58) |
| 31.25 % | 05 | المستوى المنخفض للكف السلوكي(30-57) |
| 50 % | 08 | المستوى الجدد المنخفض للكف السلوكي(29-6) |

من خلال النتائج التالية حول مستوي نشاط الكف السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، فالأطفال ذوي المستوى العادي قدر بـ 18.75 % أما عند الأطفال ذوي المستوى المنخفض فقد قدر بـ 31.25 % أما في الأخير الأطفال ذوي المستوى الجدد المنخفض فقد تحصلوا على 50 %

ثانياً: تم حساب التكرارات والنسب المئوية لمقياس الكف السلوكي عند الأطفال العاديين: يلخص الجدول التالي النتائج المتحصل عليها.

جدول (28)

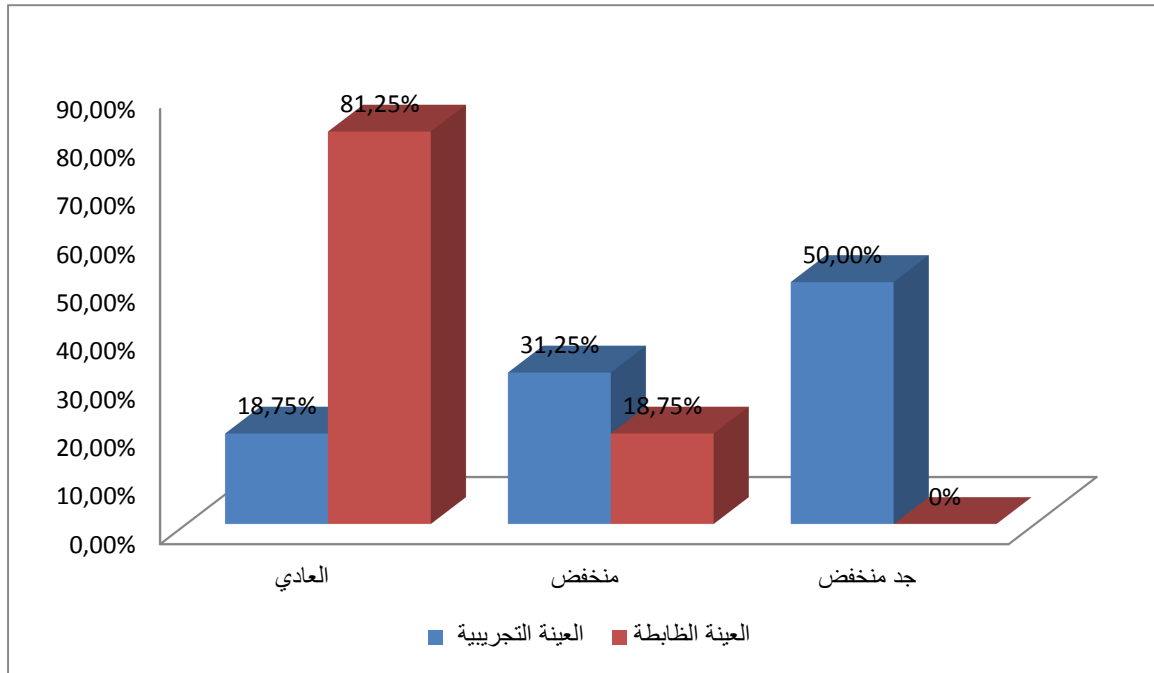
يوضح نتائج مستويات الكف السلوكي عند العينة الضابطة (الأطفال العاديين) حسب التكرارات والنسب المئوية.

| النسبة المئوية | عدد الأفراد | العينة الضابطة |
|----------------|-------------|---|
| 81.25% | 13 | المستوى العادي للكف السلوكي (أكثر من 58) |
| 18.75% | 3 | المستوى المنخفض للكف السلوكي (30-57) |
| 0 | 0 | المستوى الجهد المنخفض للكف السلوكي (29-6) |

من خلال النتائج التالية حول مستوى نشاط الكف السلوكي عند الأطفال العاديين، فالأطفال ذو المستوى العادي قدر بـ 81.25% أما عند الأطفال ذوي المستوى المنخفض فقد قدر بـ 18.75%.

شكل رقم (10)

يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في كل مستوى من مستويات الكف السلوكي.



من خلال الشكل نلاحظ وجود فروق واضحة بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في مستوى نشاط الكف السلوكي، حيث أنّ مستوى نشاط الكف السلوكي عند العينة الضابطة كان بين العادي والمنخفض اما بالنسبة للعينة التجريبية كان بين العادي والمنخفض والجد منخفض، بينما كانت نسبة الأطفال ذوي نشاط الكف السلوكي العادي عند العينة الضابطة بـ 81.25% وعند العينة التجريبية بـ 18.75% ، كما كانت نسبة الأطفال ذوي نشاط الكف السلوكي المنخفض عند العينة الضابطة بـ 18.75% وعند العينة التجريبية بـ 31.25%، في حين قدرت في الاخير نسبة الأطفال ذوي نشاط الكف السلوكي الجد منخفض عند العينة الضابطة بـ 0% وعند العينة التجريبية بـ 50% نستنتج في الاخير أنّ مجموع نسبة الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وضعف في نشاط الكف السلوكي بـ 81.25% مقارنة مع مجموع نسبة الأطفال غير المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وضعف في نشاط الكف السلوكي بـ 18.75% . وللتأكد من مصداقية هذه الفرضية اكثر تم حساب هل يوجد فروق دالة احصائيا في نشاط الكف السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مقارنة مع الأطفال العاديين؟ فتم استخدام الاختبار التائي (T) لعينتين مستقلتين متساويتين ، حيث تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، من ثم حساب قيمة (T) لدلالة الفروق بين العينة التجريبية والعينة الضابطة والجدول التالي يلخص النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم (33)

يوضح نتائج اختبار "T- test" لدراسة فرق الكف السلوكي عند الأطفال المصابين بـ TDHA مقارنة مع الأطفال العاديين.

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | "ت" الجدولية | "ت" المحسوبة | عينة الضابطة | | | عينة التجريبية | | | |
|------------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------|------|----|----------------|------|----|-----------------|
| | | | | ع1 | م1 | ن | ع1 | م1 | ن | |
| 0.01 | 30 | 2.45 | 5.05 | 0.40 | 1.19 | 16 | 0.79 | 2.31 | 16 | الكف السلوكي |

يتضح من الجدول رقم (33) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين العينة التجريبية والعينة الضابطة في نشاط الكف السلوكي بقيمة تائية المحسوبة وتساوي 5.05 مقارنة بتاء الجدولية التي قدرت بـ 2.45 ومستوى دلالة 0.01 وتعود الفروق لصالح العينة التجريبية بمتوسط حسابي يبلغ 2.31 وانحراف معياري 0.79 بقيمة مقارنة

بالمتوسط الحسابي العينة الضابطة الذي قدر بـ 1.19 وانحراف معياري بقيمة 0.40. من هنا يتضح أنّ المتوسط الحسابي للعينة التجريبية أكبر من قيمته لدى العينة الضابطة و ت الجدولية اكبر من ت المحسوب في نشاط الكف السلوكي.

2. مناقشة النتائج في ضوء فروضها.

بعد ما تم عرض نتائج الدراسة وتحليلها، في العنصر السابق، سنتناول في هذا العنصر مناقشة نتائج الفرضيات بالترتيب، معتمدين في ذلك على ما تم التوصل إليه من نتائج في الدراسات السابقة، مع الجانب النظري، ومبرزين نقاط الاتفاق، والاختلاف مع الدراسة الحالية، مع تقديم تفسيرات للنتائج المتوصل إليها.

1.2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى:

والتي تنص على أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط التعديل الذاتي المعرفي. بحيث كشفت نتائج اختبار التعديل الذاتي المعرفي لالين مركمان وهلين بواسون (2008) لقياس قدرة الطفل على الكشف عن المتناقضات النصية كمعلم من معالم القدرة على استخدام التعديل الذاتي الما وراء معرفي وذلك من أجل مراقبة الأداء السلوكي المعرفي. فإنّ 68.75% من الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لديهم ضعف عميق وظاهر وملحوظ في إدراك المتناقضات النصية، و 25% لديهم ضعف ظاهر وملحوظ في إدراك المتناقضات النصية، و 6.25% يملكون القدرة على إدراك المتناقضات النصية ويلجأون إلى التعديل الذاتي المعرفي ولو بعد حين. نستنتج مما سبق أنّ 93.25% من الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لا يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه فقط بل لديهم اضطرابات ما وراء معرفية مرافقة كالتعديل الذاتي المعرفي.

كما أكدت نتائج تطبيق مقياس "T" لدراسة الفروق صحة الفرضية الأولى بحيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة معنوية 0.01 لصالح العينة الضابطة (الأطفال العاديين)، بمعنى آخر فإن مستوى التعديل الذاتي المعرفي عند ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه أقل من العاديين، بحيث بلغ متوسط درجات الأطفال المصابين بفرط النشاط حركي مع قصور في الانتباه عند مقياس التعديل الذاتي المعرفي الذي تم الإشارة إليه سلفاً لقياس قدرة الكشف عن المتناقضات النصية (10.33)، وهو أكبر من متوسط درجات العاديين (6.57). وقد جاءت نتائج هذه الفرضية مؤكدة ومتفقة مع نتائج العديد من الدراسات التي أهتمت باستكشاف الاضطرابات الما وراء المعرفية وخاصة التعديل الذاتي المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط

النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، مثل دراسة هلين بواسون HELENE POISSANT أنّ 72% من الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون كذلك من ضعف في نشاط التعديل الذاتي المعرفي، ودراسة باري ودوجلاس 1982 Pary and douglass تظهر أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لديهم صعوبة كذلك في استرجاع المعلومات السابقة والمخزنة في الذاكرة مع عدم قدرتهم على الربط بين المكتسبات المعرفية لديهم لأنّ هذه الأخيرة تحتاج إلى الذاكرة العاملة والتعديل الذاتي المعرفي، كما قام نفس الباحث بالمقارنة بين مستوى النشاط الما وراء المعرفي عند الأطفال العاديين والأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، فوجد أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه هم أقل نشاطا في استخدام الاستراتيجيات الما وراء المعرفية مقارنة مع الأطفال العاديين. وكذلك تتفق مع ما أشار إليه الزيات سنة 1998 حيث أشار أنّ الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه مع فرط في النشاط الحركي يفتقرون إلى مهارات ما وراء معرفية مختلفة من بين هذه المهارات نجد، التخطيط، حل المشكلات، التعديل الذاتي المعرفي، ضبط الذات وغيرها.

كما اتفقت هذه الفرضية مع دراسة قارن بيرى Barry et al (2002) التي هدفت إلى المقارنة بين القدرات المعرفية (الذاكرة العاملة، المرونة المعرفية) عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه والأطفال العاديين. فأسفرت نتائج الدراسة أنّ الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه يعانون من صعوبات في بعض القدرات المكونة للوظائف التنفيذية مثل التخطيط، التعديل الذاتي، مما يتسبب في ظهور الاستجابة غير المناسبة أو تأجيل الاستجابة لوقت غير مناسب والتي تؤثر بدورها على الذاكرة العاملة والمرونة المعرفية. نستنتج من هذه الدراسة أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي يعانون من تأخر في الاستجابات المعرفية سببها ضعف في الوظائف التنفيذية مثل التخطيط والتعديل الذاتي سواء المعرفي أو السلوكي.

كما تتفق كذلك مع ما أشارت إليه هلين بواسون و نيولط واخرون H. Poissant, I. Neault et al في موضوع آخر أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، يظهرون صعوبة في التحكم في الاستجابات الما وراء المعرفية بشكل كبير إذ أنهم يعانون من عجز في الاحتفاظ بالتفكير الداخلي وعلى تنظيمه وتفسير افكارهم الأساسية من غيرها، إذ يظهرون استجابات عشوائية لا تتوافق مع المثبرات الخارجية. وارجع سبب هذا العجز بشكل أدق إلى قصور في التعديل الذاتي المعرفي لأن هذه الاستراتيجية تمكن الطفل من اصدار

الاحكام المعرفية وتعمل كذلك على ترجمة وتصنيف الأفكار عند الطفل من أفكار أولية واخرى ثانوية وهذا ما لا نجده عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

كما اتفقت هذه الفرضية مع ما يعتقد " باركلي " أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من نقص في التطور الما وراء المعرفي فيظهرون صعوبة في المراقبة المعرفية، وفي تسيير المعالجات المعرفية وضبط الاستجابات المعرفية وفي أداء نشاط التعديل الذاتي مما يؤدي دائما إلى صعوبات في التعلم لديهم.

وفي الاخير يمكننا القول أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون كذلك من اضطراب في نشاط التعديل الذاتي المعرفي.

2.2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية:

والتي تنص على أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط التعديل الذاتي السلوكي بحيث كشفت نتائج اختبار التعديل الذاتي السلوكي لبونتييز وماكلياند (2009) لقياس قدرة الكشف عن المتناقضات السلوكية كمعلم من معالم القدرة على استخدام التعديل الذاتي الما وراء معرفي لمراقبة الأداء السلوكي. وقد أثبتت الدراسة أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لهم مستويات مختلفة من التعديل الذاتي السلوكي 56.25% من لهم مستوى جدّ منخفض و 25% لهم مستوى منخفض و 18.75% لهم مستوى عادى. الملاحظ أنّ ليس جمع الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لهم اضطراب في التعديل الذاتي السلوكي، إذ قدرت نسبة الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مع اضطراب في التعديل الذاتي السلوكي بـ 75% .

كما أكدت نتائج تطبيق مقياس "T" لدراسة الفروق صحة الفرضية الثانية بحيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة معنوية 0.01 لصالح العينة الضابطة (الأطفال العاديين)، بمعنى آخر فإن مستوى التعديل الذاتي السلوكي عند ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه أقل من العاديين، بحيث بلغ متوسط درجات الأطفال المصابين بفرط النشاط حركي مع قصور في الانتباه عند مقياس التعديل الذاتي السلوكي الذي تم الإشارة إليه سلفا لقياس قدرة الكشف عن المتناقضات السلوكية (2.38)، وهو أكبر من متوسط درجات العاديين (1.25). وقد جاءت نتائج هذه الفرضية مؤكدة ومتفقة مع نتائج العديد من الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات الما وراء المعرفية والتعديل الذاتي السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع

قصور في الانتباه سواء العربية أو الأجنبية منها، فدراسة خازيندار Khazindar التي أشار فيها أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لهم ضعف في الاداء السلوكي إذا ما قرناهم مع الأطفال العاديين، وكذلك تتفق مع ما أشار اليه الزيات سنة 1998 أنّ أطفال ذوي اضطرابات الانتباه مع فرط في النشاط الحركي يفتقرون إلى مهارات ما وراء معرفية مختلفة، من بين هذه المهارات نجد التخطيط، حل المشكلات، ضبط الذات، التعديل الذاتي السلوكي من منطلق الضبط أو التحكم اللفظي أو التعبير.

وهذا ما يتفق مع سعيد ديس وإبراهيم السماريني (1998) إذ أشاروا إلى أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه هم أقل فعالية في التحكم في السلوكيات الذاتية وأكثر اندفاعية ويعانون كذلك من ضعف في اتباع التعليمات الذاتية اللفظية والتعليمات السلوكية أي ضعف في التعديل الذاتي السلوكي. كما تتفق مع ما أشار اليه ميكي ووليام MIAKI et WILLIAM 1997 إلى أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون كذلك من ضعف في فعالية المراقبة السلوكية الذاتية.

وتتفق فرضيتنا هذه مع ما أشار اليه قارن بيرى Barry et al (2002) أنّ الأطفال ذوي اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبطة بقصور الانتباه يعانون من تأخر في الاستجابات المعرفية سببها ضعف في الوظائف التنفيذية مثل التخطيط والتعديل الذاتي سواء المعرفي أو السلوكي، مما يتسبب في ظهور الاستجابة غير المناسبة عندهم أو تأجيل الاستجابة لوقت غير مناسب.

بينما تتفق مع ما جاءت به دراسة بونتر وماكلياند M. McClelland C Ponitz 2009 إلى الآن الأطفال الذين لديهم قصور في الانتباه يكون لديهم عجز في نشاط التعديل الذاتي السلوكي وفي التحصيل الدراسي كذلك.

كما تتفق مع دراسة نادين كيبرف Nadine Kipfer 2010 التي قامت بعرض مختلف الدراسات النظرية التي تشير إلى أنّ فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من الاضطرابات الطفولة والذي يتم تشخيصه في السن السابعة والتي قد تتبعه في سن المراهقة وحتى الرشد. تتوافق مع هذا الاضطراب اضطرابات في التعلم، وقد أرجعت الباحثة سبب هذه الاخير إلى اضطرابات ما وراء معرفي مثل التخطيط التعديل الذاتي المعرفي والسلوكي وغيرها من العمليات الما وراء المعرفية المضطربة عندهم.

في حين إعتبر باركلي Barkley, 2003 في بن مصطفى 2016 أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لديهم كذلك عجز في بعض الوظائف التنفيذية مثل عدم قدرتهم على تخطيط، تشغيل الذاكرة العاملة، الانتباه وتحويل مجموعات المعرفة، المرونة في التفكير، التعديل الذاتي.

نستنتج في الاخير أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لا يعانون من اضطرابات سلوكية فقط بل لديهم اضطرابات ما وراء معرفية مرافقة كالتعديل الذاتي السلوكي.

3.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة:

والتي تنص على أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط الكف المعرفي بحيث كشفت نتائج اختبار ستروب STROOP لقياس قدرة الكشف عن المتداخلات المعرفية كمعلم من معالم القدرة على استخدام الكف الما وراء المعرفي لمراقبة الأداء المعرفي . وقد أثبتت الدراسة أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لهم مستويات مختلفة من الكف المعرفي 68.75% لهم مستوى جدّ منخفض و 18.75% لهم مستوى منخفض و 12.50% لهم مستوى عادي. الملاحظ أنّ ليس جمع الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لهم اضطراب في نشاط الكف المعرفي، إذ قدرت نسبة الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مع اضطراب في الكف المعرفي بـ 87.50%. كما أكدت نتائج تطبيق مقياس "T" لدراسة فروق صحة الفرضية الثالثة بحيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة معنوية 0.01 لصالح العينة الضابطة (الأطفال العاديين)، بمعنى اخر مستوى الكف المعرفي عند ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه أقل من العاديين، بحيث بلغ متوسط درجات الأطفال المصابين بفرط النشاط حركي مع قصور في الانتباه عند مقياس الكف المعرفي الذي تم الإشارة إليه سلفا لقياس قدرة الكشف عن المتداخلات المعرفية (2.56)، وهو أكبر من متوسط درجات العاديين (1.13). وقد جاءت نتائج هذه الفرضية مؤكدة ومتفقة مع نتائج العديد من الدراسات التي اهتمت باستكشاف الاضطرابات الما وراء المعرفية عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، مثل دراسة لسرجنت و اخرون Sergeant سنة 2008 إذ أشاروا إلى أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه هم الأطفال الذين يجدون صعوبة في السيطرة المعرفية "contrôle cognitif" والكف المعرفي "l'inhibition". وتتفق مع ما اشارت اليه مفيدة بن حفيظ 2004 أنّ عملية المنع أو الكف هو عبارة عن القدرة على الضبط والسيطرة وعدم التسرع في التصرف مع دراسة البدائل المتعددة، واختيار أفضلها قبل التصرف أو البدء في عمل ما، وهذا ما لا نجده عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه إذ لديهم مشكلات مع ضابط التسيير والمنع، فإنهم عادة ما يتصرفون بالاندفاعية، ويبدوا الأمر أنهم يندفعون وراء أول خاطرة تلوح لهم، فعلى سبيل المثال نجدهم ممن يندفعون بالإجابة عن الأسئلة داخل القسم قبل

أن يطلب منهم ذلك. إن افتقار ضابط التسيير والمنع أو الكف يعني عدم القدرة على التخطيط قبل مباشرة المهام مع الاندفاعية والتسرع.

وكذلك تتفق فرضيتنا مع ما اشارت إليه نتائج دراسة هلين بواسون HELENE POISSANT 2008 أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون كذلك من ضعف في الكف المعرفي وذلك من خلال عدم إمكانية الأطفال المصابين بالاضطراب من كف المتداخلات المجرى في اختبار ستروب.

كما تتفق مع ما إعتبره (باركلي 2003, Barkley) في بن مصطفى 2016 أنّ اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يؤثر على الوظائف التنفيذية مثل عملية الكف التي تساعد على التحكم المعرفي، كأن يقوم الطفل الذي لديه مهام وواجبات دراسية طويلة المدى بتقسيمها إلى أجزاء ومن ثم عمل خطة لاستكمال كل جزء، ومتابعة الأداء طوال إنجاز العمل، وهذا ما لا نجده عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه إذ ينتقلون من جزء إلى آخر دون اتمام الجزء الأول. كما تتوافق مع ما افترضه كل من " فلاين وهوبسن Flynn et Hopson" أنّ حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي يؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، كما أنّ العجز في أبنية المخ الوسطى، وعدم القدرة على إحداث التوازن بين ميكانيزمات الكف والاستثارة يؤدي أيضا إلى حدوث هذا الاضطراب وطبقا لنموذج " باركلي " جاء الكف ليلعب دورا هاما في المواقف التي تتطلب امتناع أو توقف فجائي للعقل أو الفكر المستمر، فالكف الناقص يؤثر بطريقة مباشرة على الذاكرة العاملة، تنظيم الذات، الحديث الداخلي. مما يجعل الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يظهرون عدم القدرة على إعادة بناء السلوكيات كما يبدو وكأنهم يعملون بدون تفكير هذا ما يؤدي إلى عدم استفادتهم من استراتيجية الكف.

وفي الاخير تتفق مع ما أشار إليه CHAILLAUD،BOR 2009 أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لهم صعوبة كبيرة في التحكم في المواقف التي يواجهونها، وأرجعت الباحثة سبب ذلك إلى صعوبة في كف المتداخلات الداخلية والخارجية مع صعوبة في كف المعرفي مما يولد اندفاعية في سلوكياتهم. كما لهم صعوبة في السيطرة على المعلومات وتخزينها في الذاكرة القصيرة المدى لأنهم لا يستطيعون كبح المثيرات الخارجية.

4.2 مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الرابعة:

والتي تنص على أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من ضعف في نشاط الكف السلوكي بحيث كشفت نتائج اختبار الكف السلوكي لشدم وفليس , SCHMID - Go « Felicia No/Go » (2010) لقياس قدرة الكشف عن المتداخلات السلوكية كمعلم من معالم القدرة على استخدام الكف الما وراء معرفي من أجل مراقبة الأداء السلوكي. وقد أثبتت الدراسة أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لهم مستويات مختلفة من الكف السلوكي 50 % من لهم مستوى جدّ منخفض و 31.25 % لهم مستوى منخفض و 18.75 % لهم مستوى عادي. الملاحظ أنّ ليس جمع الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لهم اضطراب في الكف السلوكي، إذ قدرت نسبة الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مع اضطراب في الكف السلوكي بـ 81.25 %. كما أكدت نتائج تطبيق مقياس "T" لدراسة الفروق صحة الفرضية الرابعة بحيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة معنوية 0.01 لصالح العينة الضابطة (الأطفال العاديين)، بمعنى آخر مستوى الكف السلوكي عند ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه أقل من العاديين، بحيث بلغ متوسط درجات الأطفال المصابين بفرط النشاط حركي مع قصور في الانتباه عند مقياس الكف السلوكي الذي تم الإشارة إليه سلفاً لقياس قدرة الكشف عن المتداخلات السلوكية (2.31)، وهو أكبر من متوسط درجات العاديين (1.19). وقد جاءت نتائج هذه الفرضية مؤكدة ومتفقة مع نتائج العديد من الدراسات التي اهتمت باستكشاف الاضطرابات الما وراء المعرفية والكف السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، مثل دراسة " كورندلي وآخرون Corandli et al " 1999 في (مفيدة بن حفيظ، 2014 :25) أنّ الأطفال المصابين بقصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، لديهم قصور في الذاكرة التنظيمية ويرجع سببه إلى الاندفاعية الزائدة وعدم قدرتهم على كف سلوكهم. ودراسة جكلين وآخرون 2001 Jacqueline et al التي هدفت إلى مقارنة الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، مع الأطفال العاديين في الاستعمال الجيد للوظائف الذهنية مثل الكف والذاكرة، فأظهرت نتائج الدراسة إنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من عجز على مستوى الوظائف الذهنية وخاصة في الكف، وفي الذاكرة العاملة كما اظهروا اضطرابات على مستوى الذاكرة سواء بعيدة المدى أو قريبة المدى. كما تتفق فرضيتنا مع ما اشارت اليه ماريني مير كولينو وآخرون 2003 والتي اشارت إلى أنّ الفص الجبهي هو المسؤول عن الكف السلوكي وعن

تطوير الاستراتيجيات المعرفية وأنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من عجز على المستوى هذا الفصل. في نفس السياق اشارة كذلك مفيدة بن حفيظ 2014 أنّ نظام الإنتاجية عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يتسم بإنتاجية ضعيفة، وسرعة في الأداء، وصعوبة تنظيم المخرجات، لعدم وجود التخطيط والمراقبة والمراجعة، حيث أن الاندفاعية والتسرع تلغي دور التقييم والمراجعة لمسار الأفكار المحركة للسلوك، بسبب تضرر الوظائف التنفيذية على مستوى الفص الجبهي المسؤولة عن التسيير، المنع، الكف، والضبط، والسيطرة، بالإضافة إلى عدم القدرة على ضبط توقيت وسرعة المخرجات للافتقاد إلى مهارات الحديث الداخلي التي تستوجب مراقبة وتنظيم وتساؤل ذاتي في ظل تعزيز كل المخرجات السليمة إما معنوياً أو مادياً.

كما تتفق مع ما يراه " باركلي Barkley 2003 في سحر أحمد الخشمري 2007 بأنه أثناء نمو الطفل، فإن الكف السلوك يتحول تدريجياً من المصادر الخارجية إلى أن يصبح بشكل متزايد محصناً بقوانين ومعايير داخلية، والتحكم بسلوك الفرد بقوانين ومعايير داخلية هو ما يقصد به التحكم الذاتي. وهذا ما لا نجده عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه إذ تكون لديهم قدرات محدودة للتحكم بسلوكهم الاندفاعي، يفعلون عادة ما يخطر في بالهم وإنّ لم يفعلوا فيكون ذلك على الأغلب نتاج لموانع.

كما تتفق مع ما بينته دراسة شولايس واخرون 2002 Shallice et al بدراستهم الكف السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، إذ تكونت عينة الدراسة من 73 طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين 7-12 سنة، استعمل الباحث مقياس "Go/No-Go" فأسفرت نتائج الدراسة أنّ أطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لديهم صعوبة في الكف السلوكي وأرجعت الباحث سبب ذلك إلى القصور الموجود في الانتباه وخاصة الانتباه القسري (لا إرادي).

وفي الاخير تتفق مع نموذج براكلي سنة 1997 أنّ أطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه سببه اصابة في الفص الجبهي، مما ينتج عنها عجز في الكف السلوكي وتتكون هذه الوظيفة من ثلاث عمليات أولاً كف الاستجابات السائدة، ايقاف استجابة من أجل اعادة التفكير، ومن ثم مراقبة التداخلات. إن العجز في الكف السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يؤثر بدوره على أربعة وظائف ذهنية أخرى: الذاكرة العاملة اللغة الداخلية، التعديل الذاتي السلوكي والمعرفي، والقدرة على التنظيم الذاتي أي ما يسمى بإعادة البناء.

نستنتج في الاخير أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لا يعانون من اضطرابات سلوكية فقط بل لديهم اضطرابات ما وراء معرفية مرافقة كالكف السلوكي.

خلاصة الدراسة والمقترحات:

لقد تبنت هذه الدراسة فئة الأطفال المصابين باضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، حيث عمد الباحث إلى الكشف عن ظاهرة مرضية شدّت انتباه الباحثين إليها في الآونة الأخيرة، والتي تمثل خطراً على الصحة النفسية والمعرفية لديهم، وعلى أدائهم الدراسي، وهي الاضطرابات المعرفية والمما وراء المعرفية عند ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. وذلك في محاولة منا للمساهمة في استكشاف بعض الاضطرابات المما وراء المعرفية عند هذه الفئة. وقد توصل الباحث، من خلال نتائج اختبار الفرضية الأولى الموضحة في الجدول رقم (22،23) اللذان يوضحان نتائج مستويات التعديل الذاتي المعرفي عند العينة الضابطة والعينة التجريبية وذلك من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية لكل عينة، والجدول رقم (24) الذي يوضح نتائج اختبار "ت" لدراسة فرق التعديل الذاتي المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مقارنة مع الأطفال العاديين. نستخلص من خلال هذه الجداول ثلاثة أنّ اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يؤثر بصورة كبيرة على نشاط التعديل الذاتي المعرفي، ونستخلص كذلك أنّ التعديل الذاتي المعرفي قد نجده عند بعض الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه ولكن بصورة اقل واضعف مقارنة مع اقراهم من الأطفال العاديين.

ومن نتائج اختبار الفرضية الثانية الموضح في الجدول رقم (25،26) اللذان يوضحان نتائج مستويات التعديل الذاتي السلوكي عند العينة الضابطة والعينة التجريبية وذلك من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية لكل عينة، والجدول رقم (27) الذي يوضح نتائج اختبار "ت" لدراسة فرق التعديل الذاتي السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مقارنة مع الأطفال العاديين. نستخلص من خلال هذه الجداول ثلاثة أنّ اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يؤثر بصورة كبيرة على نشاط التعديل الذاتي السلوكي ولكن بصورة أقل مما يؤثر على التعديل الذاتي المعرفي بمعنى آخر التعديل الذاتي المعرفي متضرر أكثر من التعديل الذاتي السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

ومن خلال نتائج اختبار الفرضية الثالثة الموضح في الجدول رقم (28،29) اللذان يوضحان نتائج مستويات الكف المعرفي عند العينة الضابطة والعينة التجريبية وذلك من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية لكل عينة،

والجدول رقم(30) الذي يوضح نتائج اختبار "ت" لدراسة فرق الكف المعرفي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مقارنة مع الأطفال العاديين. نستخلص من خلال هذه ثلاث جداول أنّ اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يؤثر بصورة كبيرة على نشاط الكف المعرفي، كما نستخلص كذلك أنّ الكف المعرفي قد نجده عند بعض الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه ولكن بصورة أقل واطرف مقارنة مع اقراءهم الأطفال العاديين.

ومن نتائج اختبار الفرضية الرابعة الموضح في الجدول رقم (31،32) اللذان يوضحان نتائج مستويات الكف السلوكي عند العينة الضابطة والعينة التجريبية وذلك من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية لكل عينة، والجدول رقم(33) يوضح نتائج اختبار "ت" لدراسة فرق الكف السلوكي عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه مقارنة مع الأطفال العاديين. نستخلص من خلال هذه الجداول ثلاثة أنّ اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يؤثر بصورة كبيرة على نشاط الكف السلوكي ولكن بصورة أقل مما يؤثر على الكف المعرفي بمعنى آخر الكف المعرفي متضرر أكثر من الكف السلوكي عند الاطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

نستخلص في الاخير من هذه الفرضيات ككل أنّ اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يؤثر على ما هو معرفي أكثر مما يؤثر على ما هو سلوكي وذلك من خلال النتائج المتوصل.

ومن هنا تكتسي هذه الدراسة أهميتها كونها تمثل جهدا استكشافيا لوصف هذه الظاهرة، وهو الأمر الذي نحن في أمس الحاجة إليه، حيث يمكن لمثل هذه الدراسة الاستكشافية أنّ تقدم خدمة فعالة لمن هم يعانون من هذا الاضطراب الذي يسبب لهم إعاقة في مجالات مختلفة وفي حياتهم الاجتماعية، والدراسية والأسرية، وصحتهم النفسية.

هذا العجز الذي يعاني منه الأطفال المصابون بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه في بعض الوظائف الما وراء المعرفية مثل التعديل الذاتي المعرفي والتعديل الذاتي السلوكي والكف المعرفي والكف السلوكي، الذي يؤدي عند الكثيرين من ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه إلى اضطرابات ما وراء معرفية اخري وتدهور في مستوى المعرفي لديهم، والمستوي الدراسي. فاستكشاف وتحديد مستوى هذا الضعف يمكننا من وقايتهم من هذه الاضطرابات. وتتلخص الأهداف المحققة من هذه الدراسة في ما يلي:

- استكشاف وقائي للأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من قصور نشاط التعديل الذاتي المعرفي.
 - حساب الخصائص السيكومترية لمقياس التعديل الذاتي المعرفي لالين مركمان وهلين بواسون (2008) بما يلائم البيئة الجزائرية.
 - استكشاف وقائي للأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من قصور نشاط التعديل الذاتي السلوكي.
 - حساب الخصائص السيكومترية لمقياس التعديل الذاتي السلوكي لبونيتز Ponitz و ماكلياند M. McClelland (2009) بما يلائم البيئة الجزائرية أيضا.
 - استكشاف وقائي للأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من قصور نشاط الكف السلوكي.
 - حساب الخصائص السيكومترية الكف السلوكي لشدم وفليس SCHMID, « Go - No/Go » Felicia (2010) بما يلائم البيئة الجزائرية أيضا.
 - استكشاف وقائي للأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من قصور نشاط الكف المعرفي.
- وعليه يقترح الباحث زيادة دراسة مثل هذه الاضطرابات الما وراء المعرفية والإسهام الفعلي في استكشاف هذه الوظائف الما وراء المعرفية باستخدام أدوات مختلفة مسارة.
- وفي الأخير تبقى نتائج هذه الدراسة في إطار حدودها البشرية والمكانية والزمانية المشار إليها في الفصل الأول، إلا أنها تمثل نقطة عبور هامة. ومرجوا أساسيا من هذه الدراسة هو المزيد من الأبحاث والدراسات، باستخدام أدوات أخرى، وعلى عينات مختلفة في الجنس والعمر والتعليم.
- واستكمالا للجهد الذي بذله الباحث، ونتائج هذه الدراسة، يرى الباحث إمكانية القيام بدراسات أخرى في مجال اضطرابات الما وراء المعرفية، حيث يقدم الباحث مجموعة من المقترحات، وهي:
- إجراء دراسات مماثلة على فئة المراهقين.
 - إجراء دراسات مماثلة على اضطرابات سلوكية أخرى كالتوحد وغيرها.
 - إجراء مسح عام لقياس مدى انتشار اضطراب الما وراء المعرفية بين الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

- إجراء دراسات يتم من خلالها المقارنة بين العمليات الما وراء المعرفية المختلف.
- إجراء دراسات طويلة لتتبع تطور اضطراب الما وراء المعرفية لدى عينة من الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.
- دراسة العلاقة بين سمات الأولياء، وأطفالهم الذين يعانون من اضطرابات الما وراء المعرفية.
- دراسة إلى أي مدى تؤثر اضطراب الما وراء المعرفية عند الأطفال المصابين ضعف الانتباه والنشاط الزائد على ظهور صعوبات التعلم الأكاديمية عند الطفل.
- بناء برنامج علاجي مبني على ما هو ما وراء معرفي من أجل تحسين النشاط الما وراء المعرفي عند الأطفال المصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم صافيناز أحمد كمال، 2008، فاعلية البرامج الارشادية والعلاجية في خفض اضطرابات الانتباه لدى الأطفال "دراسة تقويمية"، رسالة ماجستير، كلية التربية والعلوم الانسانية، جامعة طيبة، المدينة المنورة.
2. أحمد محمد يونس قزاقرة، 2005، فاعلية التدريب على المراقبة الذاتية في مستوى الانتباه لدى الأطفال الذين لهم قصور فيه، أطروحة دكتوراه، كلية الدراسات التربوية العليا جامعة عمان الاردن.
3. احمد الشريفى، عدنان فرح، 2012، فاعلية برنامج ارشادي مستند الى رياضة الدماغ في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية، 128، 23-175.
4. أسامة البطاينة، محمد المومني وعادل العوفي، 2011، فاعلية البرامج المقدمة لمعالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد (27) ، العدد (2 أ). ص 991-1006
5. العلوان، أحمد فلاح والغزو، ختام ، 2007 ، فاعلية برنامج تدريبي أو ما وراء المعرفة على تنمية مهارات التفكير الناقد لدى طلبة الجامعة، مجلة العلوم التربوية، كلية التربية، جامعة قطر، عدد 13.
6. السباتين، أحمد إسماعيل أحمد، 2006 ، دراسة مقارنة لمستوى مهارات التفكير فوق المعرفي بين الطلاب الموهوبين وأقرانهم العاديين بالمرحلة المتوسطة في مدارس مكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة لدى كلية الدراسات التربوية العليا، عمان: جامعة عمان العربية.
7. الزيات ، فتحي مصطفى ، 1996 ، سيكولوجية التعلم بين التطور الارتباطي والتطور المعرفي ، سلسلة علم النفس المعرفي (2) ، القاهرة ، دار النشر للجامعات.
8. القاضي خالد سعد سيد محمد على، 2011، تعديل سلوك الاطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ط1، القاهرة.
9. السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر ، 1999 اضطراب الانتباه لدي الاطفال (اسبابه و تشخيصه وعلاجه)، الطبعة الاولى ،توزيع مكتبة النهضة القاهرة مصر.
10. القاضي خالد سعد سيد محمد على، 2011، تعديل سلوك الاطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ط1، القاهرة.

11. العتوم ، عدنان يوسف ، 2004 ، علم النفس المعرفي بين النظرية والتطبيق ، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
12. بن مصطفى عبد الكريم، 2016، فاعلية برنامج علاجي سلوكي قائم على استراتيجية النمذجة في خفض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط ، أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر .
13. بطرس حافظ بطرس، 2008، المشكلات النفسية وعلاجها ، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، الأردن.
14. جابر عبد الحميد جابر، 1999 ، استراتيجيات التدريس و التعلم سلسلة المراجع في التربية و علم النفس ، ط10 ، القاهرة دار الفكر العربي.
15. حمدى الفرماوى ، ووليد رضوان، 2004، الميتامعرفية Meta-cognition : بين النظرية والبحث، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.
16. حسن مصطفى عبد المعطي، 2001، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، دار القاهرة للنشر والتوزيع، القاهرة مصر.
17. حنان زكرياء عبد الغني اسماعيل، 2008، بعض العوامل المساهمة في النشاط الزائد لدى أطفال المرحلة الابتدائية بمحافظة أسوان "دراسة تحليلية"، ملخص رسالة ماجستير، المكتبة الالكترونية لأطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.
18. خالد مصطفى حافظ الكحكي، 2002، الفعالية النسبية لبعض استراتيجيات ما وراء المعرفة في تنمية مهارات البرهان الهندسي واختزال قلقه لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية، جامعة الزقازيق، مصر.
19. ديانا هيلز وروبرت هيلز، 1999 ، العناية بالعقل و الجسم تعريب، علي الجسماني، (د. د. ط)، الدار العربية للعلوم، بيروت-لبنان
20. درار، انصاف محمد ، 2006 ، التعليم وتنمية التفكير ، المؤتمر العلمي الاقليمي للموهبة حول رعاية الموهبة. تربية من اجل المستقبل ، مؤسسة الملك عبد العزيز ورجاله لرعاية الموهوبين ، المملكة العربية السعودية. ص330
21. روبرت سولسو، 1996 ، علم النفس المعرفي ترجمة محمد نجيب الصبوة وأخرون(1)، دار الفكر، الكويت.
22. رافع النصر الزغلول، عماد عبد الرحيم الزغلول، 2008، علم النفس المعرفي، ط 1، عمان الاردن.

23. رحاب احمد راغب، 2015، مهارات ما وراء المعرفة لدى الاطفال الموهوبين من ذوي فرط النشاط المصحوب بضعف الانتباه، مجلة التربية الخاصة والتأهيلن المجلد 2 العدد 7 2015.
24. زينب محمود شقير، 1999 ، فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور (21 مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلة العلمية ، كلية الآداب، جامعة المنيا، المجلة 34 ، أكتوبر.
25. سعد رياض، 2000 ، الاضطرابات النفسية للأطفال و المراهقين (التشخيص و الوقاية والعلاج)، ط(1)، دار الكلمة، مصر.
26. سعيد بن عبد الله إبراهيم ديبس، 1998 فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم المكتبة الالكترونية، أطفال الخليج، ذوي الاحتياجات الخاصة www.gulfkids.com 2016/01/03.
27. سحر أحمد الخشمري، (2007) ، العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم، المكتبة الالكترونية، أطفال الخليج، ذوي الاحتياجات الخاصة www.gulfkids.com 10:49 .20.08.2016
28. سميرة شرقي، 2007، العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي والاسلوب المعرفي التروي والاندفاعية، اطروحة ماجيستر، باتنة.
29. شوقي ممادي، 2013 ، فعالية برنامج تدريبي موجه للمعلمين في خفض اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدي تلاميذهم، أطروحة دكتوراه، جامعة، قاصدي مباح، ورقلة، الجزائر
30. شقير زينب محمود، 1999، فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي متعدد المحاور مقترح في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط، مجلة كلية الآداب والعلوم الانسانية، جامعة المنيا، العدد: 34، ص 71-11.
31. صالح محمد أبو جادو ومحمد بكر نوفل، 2007 ، تعلم التفكير النظرية والتطبيق، دراسة لميسرة، عمان الأردن. ص 349
32. عبد الرحمن سليمان ، 1998، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، (د.ط)، جزء 1) مكتبة زهراء شروق، القاهرة.

33. علا عبد الباقي إبراهيم، 2007، علاج النشاط الزائد لدى الأطفال ، ط2 دون دار نشر، مصر.
34. عوني معين شاهين، عمر نافع العجارمة، 2010، متلازمة النشاط الاندفاعية ونشت الانتباه، عمان دار الشروق.
35. عمار بوحوش، 1995، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
36. عفت مصطفى الطنطاوي، 2002، استخدام استراتيجيات ما وراء معرفية في تدريس الكيمياء لزيادة التحصيل المعرفي وتنمية التفكير الناقد وبعض مهارات عملية العلم لدى طلاب المرحلة الثانوية مجلة البحوث النفسية و التربوية كلية التربية جامعة المنوفية السنة (16)، العدد(2) ص16-17
37. عبد الفتاح ، سعدية ، 2006 ، فاعلية استراتيجية التساؤل الذاتي في تنمية بعض مهارات ما وراء المعرفة والاتجاه نحو مادة علم النفس لدى طلاب المرحلة الثانوية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية البنات للآداب والعلوم التربوية، جامعة عين شمس مصر.
38. فيصل محمد خير الزراد و غالب خليل الخليلي ، 2002 ، اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال، د ط ، منشورات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية ، الإمارات العربية المتحدة.
39. فوزية محمدي، 2011، فعالية برنامجيين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة، أطروحة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
40. فتحي عبد الرحمن جروان، 1999، تعليم التفكير (مفاهيم و تطبيقات) ط 1 عمان الاردن دار الكتاب الجامعي
41. فقيه العيد واخرون، 2013، ترجمة وتكيف وتصميم اختبارات الصحة النفسية، مخبر انثروبولوجية الاديان وقارنتها، جامعة ابي بكر بلقايد تلمسان، الجزائر. ص 31-50
42. فتحي مصطفى الزيات، 1995، الاسس المعرفية لتكوين العقلي وتجهيز المعلومات ، ط(1)، دار صفاء..
43. مريم سليم، 2011، قصور الانتباه فرط النشاط دليل للمعالجين للوالدين للمعلمين، الطبعة رقم 1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت.
44. مصطفى عشوي، 2003، مدخل إلي علم النفس المعاصر، الطبعة 2 ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

45. مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، ط1، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن.
46. محمد النوي محمد علي، 2005، اختبار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة مصر.
47. ماهر محمود عمر، 1988، المقابلة في الارشاد والعلاج النفسي، ط2، دار المعرفة الجامعية، الأزارطية الاسكندرية.
48. مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي، 2005، النشاط الزائد لدى الأطفال، ط2 المركز الجامعي الحديث، مصر.
49. محمد علي كامل، 2003، علم النفس المدرسي (الاحصائي النفسي ودوره في تقدم الخدمات النفسية)، (د. ط)، مكتبة ابن سينا، القاهرة.
50. ماريني مير كولينو وأخرون، 2003، اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة (دليل عملي للعيادين)، ترجمة محمد النوي محمد علي، 2005، اختبار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة /مصر.
51. ملحم سامي محمد، 2004، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة الأردن.
52. محمد نوري القمش و خليل عبد الرحمان المعايطه، 2007، الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، ط 1، دار المسيرة، الأردن.
53. مفيدة بن حفيظ، 2014، تصميم برنامج علاجي ميتا معرفي للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة، اطروحة دكتوراه، باتنة، الجزائر.
54. محمد قاسم عبد الله" : (1994) مآل اضطراب نقص الانتباه وعلاجه"، مجلة الثقافة النفسية، العدد 20، المجلد الخامس، تشرين الأول، دار النهضة العربية، بيروت.
55. نايف بن عابد الزارع، 2007، اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد د ط، دار الفكر، الأردن.
56. وليد السيد خليفة، 2008، كيف يتعلم المخ ذو النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، دار وائل، الأردن.

57. هناء ابراهيم صندقلي، 2008، من صعوبات التعلم اضطراب الحركة وتشتت الانتباه دليل للأهل والاساتذة، دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الأولى.
58. هاندي بنت محمد اسماعيل عفاشة، 2008، فاعلية برنامج ارشادي في خفض اضطراب فرط النشاط قصور الانتباه لدى التلميذات ذوات صعوبات التعلم بالمرحلة الابتدائية، أطروحة ماجستير، جامعة طيبة، المملكة العربية السعودية.

المراجع الأجنبية:

1. Alizadeh, H. et al. ,2015, The Prevalence of Attention Deficit /Hyperactivity Disorder among Primary School Students in an Iranian Rural Region. *Psychology*, 6, 263–268
2. Alexander, K., Entwisle, D. et Kabbani, N. ,2001, « The dropout process in life course perspective: Early risk factors at home and school », *Teacher College Record Volume*, 103(5), p. 760–822
3. Annie Jézégou ,2008, Apprentissage autodirigé et formation à distance, *Distances et savoirs – n3 (Vol. 6)*, p358
4. Anna Grimal ,Le jeu au service du développement de l'autorégulation comportementale des élèves de petite section de maternelle , <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01252585> Submitted on 7 Jan 2016 .
5. Arnaud Roy, 2007, Fonctions exécutives chez les enfants atteints d'une neurofibromatose de type 1 approche clinique et critique. *Psychology*. Université d'Angers, French.
6. Ainad Tabet ismail,2016, TRANSLATION AND LEGALIZATION OF REGULATION TESTING FOR CHILDREN AND ITS ADAPTATION TO THE ALGERIAN

- SOCIETY, *Route Educational and Social Science Journal*,
Volume 3(2).
7. Biederman, Joseph ,1991 , Attention deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), *Annals of clinical psychiatry*, V. (3) N (1)188–165
 8. Ball I.D et al ,1997, sleep patterns among children with attention deficit hyperactivity disorder, A Re-examination of parent perception, *J Pediatr psychol*, 22,398–389
 9. Benjamin DEVILLE, 2010, exploration des aspects intentionnels et non-intentionnels des capacités d'inhibition motrice et perceptive dans le vieillissement normal, Mémoire en vue de l'obtention du grade master en sciences psychologiques, université de liège Belgique .
 10. Barral, J., De Pretto, M., Debû, B., & Hauert, C. A. ,2010, Activation and inhibition of bimanual movements in school-aged children. *Human Physiology*, 36(1), 56–66. P 56
 11. Barkley RA. ,1997,ADHD and the nature of self-control. The Guilford press A Division Guilford of publications, inc 72 spring street, New York, London.
 12. Carlson, E.A., Jacobvitz, D., & Sroufe, L.A. ,1995, A developmental investigation of Inattentiveness and Hyperactivity. *Child Development*, 66, 37–54.
 13. C.C., McClelland, M.M., Matthews, J.S., Morrison, F.J., 2009, A structured observation of behavioral self-regulation and its contribution to kindergarten outcomes. *Developmental Psychology* 45, 605–619

14. Chevalier, N. ,2010, Les fonctions exécutives chez l'enfant : concepts et développement. *Canadian Psychology*, 51(3), 149-163
15. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS FIFTH, EDI T ION .DSM-5,2013
16. Dempster, F.N. , 1992, The rise and fall of the inhibitory mechanism: Toward a unified theory of cognitive development and aging. *Developmental Review*, 12(1), 45-75.
17. Emmanuel Ouellet, 2010, LA RELATION ENTRE LE TROUBLE DEFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE, doctorat en psychologie, UNIVERSITÉ LAVAL QUÉBEC, Canada. p15-16
18. Faraone, S.V. (et al) ,1993, Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: results for a family genetic study. *American Journal of Psychiatry*. 150, 891-895.
19. FRANC N., MAURY M., PURPER-OUAKIL D,2009,Trouble déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH): quels liens avec l'attachement? *L'encéphale* ; 35 (3) : 256-261
20. Gunstone, R. , 1993, Metacognition and The Importance of Specific Science Content, *Proceeding of The International Conference on Physics Teacher's Education*, Dormund, 14-18, Sept.

21. Garon , N., Bryson, S. E., & Smith, I. M. ,2008, Executive function in preschoolers : A review using an integrative framework. *Psychological Bulletin*, 134 (1), 31–60.
22. Gaultney , Jane F. & Kipp , Katherine & Weinstein , JoAnn & McNeill , Jennifer, 1999 , “ Inhibition and Mental Effort in Attention Deficit Hyperactivity Disorder “ In, *Developmental and physical Disabilities* , Vol.11, No.2, p p: (105–114)
23. H.Poissant, I. Neault, S. Dallaire et al ,2008,Développement de l'autorégulation et de l'inhibition chez des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) *J L'Encéphale* 34, 161—169.
24. H.Poissant ,2000,What happens when metacognition fails ? Some implications for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Conscious Cogn*:80
25. Hélène Poissant ,2007,Inhibition et autorégulation : l'exemple des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention *Le Journal des psychologues* *Le Journal des psychologues* /1 (n° 244)Pages : 72 Éditeur : [Martin Média](#)
26. Houdé, O.,2000, Inhibition and cognitive development : object, number, categorization, and reasoning. *Cognitive Development*, p15
27. Huizinga, M., Dolan, C., & Van der Molen, M., 2006, Age-related change in executive function: Developmental trends and a latent variable analysis. *Neuropsychologia*, 44, 2017–2036.

28. Hoza, Betsy; Pelham, William E.; Milich, Richard; Pillow, David; and McBride, Katrina, 1993, The Self-Perceptions and Attributions of Attention Deficit Hyperactivity Disordered and Nonreferred boys". Psychology Faculty Publications.
29. Imel , S , 2002 , Metacognitive Skills of Adult Learning , Trends and Issues Alter , No . 39
30. Jerwan Sabek , 1999, Vel Kenze, Dictionnaire français-arabe maison sabek, S.Ar, L 2ème édition, paris.
31. Jérôme FOCANT ,2003, Impact des capacités d'autorégulation en résolution de problèmes chez les enfants de 10 ans, éducation et francophonie, VOLUME XXXI:2 45-68.
32. JEAN-NICOLAS CARRIER,2013, POURQUOI T'ES DANS LA LUNE? APPORTS DE NOUVEAUX MODÈLES NEUROPSYCHOLOGIQUES EN ANALYSE DES CARACTÉRISTIQUES COGNITNES ET MOTNATIONNELLES DU TDAH, DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC, canada .
33. Jambaqué, I., & Auclair, L. ,2008, Les principaux syndromes. In I. Jambaqué & L. Auclair (Eds.), Introduction à la neuropsychologie de l'enfant et de l'adulte. (pp. 53-75). Paris: Editions Belin.
34. Jacqueline E. Muir-Broaddus , Leslie D. Rosenstein , Dalila E. Medina , Carney Soderberg , 2002, Neuropsychological test performance of children with ADHD relative to test norms and parent behavioral ratings Archives of Clinical Neuropsychology 17 671-689.

35. Livingston, J.A., 1997, "Metacognition. An Overview." Available at. [Http://Www.Gse.Buffalo.Edu/Fas/ Shuell/ Cep 564/Metacog.Htm.](http://www.gse.buffalo.edu/fas/shuell/cep564/metacog.htm)
36. Livesey, D. J., & Morgan, G. A. ,1991, The development of response inhibition in 4 and 5 year-old children. *Australian Journal of Psychology*, 43, 133-137
37. LYSE TURGEON,SOPHIE PARENT, 2012,intervention cognition comportementale ,presses de l'université du Québec canada. P15-16
38. MARTIN-GUEHL C, 2004,Epidémiologie du trouble hyperactivité, déficit de l'attention. *A.N.A.E.*; 79: 273-278
39. MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX DSM-4 RT,2005.
40. MORRISON, J. R., et M. A. STEWART, 1973, « The Psychiatric Status of the Legal Families of Adopted Hyperactive Children », *Archives of General Psychiatry*, vol. 28.
41. MASSÉ, L, 1999, « Le déficit de l'attention/hyperactivité, dans *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative* », Montréal, Gaëtan Morin,
42. McMurray , E . & Sanft , M . , 2005 ,Metacognitive Application Process , a Framework For Teaching Effective Thinking Skills in FYE Courses , A paper presented at the College Survival Becoming a Master Student National Conference , 16 -1 8 February .

43. Markman EM. 1977, Realizing that you don't understand: a preliminary investigation. *Child Dev*;48:986—92
44. Montague, M. ,2008, « Self-regulation strategies to improve mathematical problem solving for students with learning disabilities », *Learning Disability Quarterly*, 31, p. 37-44.
45. McClelland, M.M., Cameron, C.E., Connor, C.M., Farris, C.L., Jewkes, A.M., Morrison, F.J., 2007a. Links between behavioral regulation and preschoolers' literacy, vocabulary, and math skills. *Developmental Psychology* 43, 947–959. Michel Habib, Le cerveau de l'hyperactif : entre cognition et comportement, *Développements* 2011/3 (n° 9), p. 26-40.
46. Monette, S., & Bigras, M. ,2008, La mesure des fonctions exécutives chez les enfants d'âge préscolaire. *Canadian Psychology*, 49(4), 323–341 p324¹. Mischel, W., & Mischel, H. N. (1983). Development of children's knowledge of self-control strategies. *Child Development*, 54, 603–619.
47. Mickiey et William. J , 1997, the effects of self-monitoring on children with attention deficit/Hyperactivity disorder, who are already receiving pharmacological treatment. *Remedial et special Education* vol. 18, Number 2, March/April 1997, Pages 121–128
48. Nicole CHVALIER, MARIE-CLAUD GUAY et al, 2009 Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, Univ du Québec ,canada. P57
49. Nader-Grosbois N, 2007, Régulation, autorégulation, dysrégulation, Mardaga, Wavre, Belgique p 18

50. Nadine Kipfer, Christine Hessels-Schlatter et Jean-Louis Berger
Remédier aux difficultés d'apprentissage des élèves présentant un trouble déficit d'attention et hyperactivité (TDA/H) par une approche métacognitive : revue de la littérature L'Année psychologique / Volume 109 / Issue 04 / December 2009, pp 731 – 767
51. O'neil, H. & Abedi, J. ,1996, "Reliability and Validity of A State Metacognitive Inventory. Potential for Alternative Assessment". Journal of Education Research, Vol. 89, No. 4, Pp. 234-245.
52. POLANCZYK G., DE LIMA M.S., HORTA B.L., BIEDERMAN J., ROHDEL A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis Am. J. Psychiatry 2007; 164: 942-948.
53. Perkins, D. ,1992, Smart School from Training Memories to Education Minds, New York: Mac Millan, Inc. P. 102.
54. P. Guimard, B. Hubert, S. Crusson-Pondeville, I. Nocus. ,2012, Autorégulation comportementale et apprentissages scolaires à l'école maternelle. Psychologie française , 57 143-159.
55. Patrick Perret,2003, Contrôle inhibiteur et développement cognitif : perspectives actuelles, Revue de Neuropsychologie, 13 (3), 345 373.p347
56. Pennequin Valérie, Nanty Isabelle, Khomsi Abdelhamid,2004, Mesurer la résistance à l'interférence chez l'enfant : élaboration d'un nouveau test à « effet Stroop ». In: L'année psychologique. vol. 104, n°2. pp. 203-226;p205

57. Ponitz, C.C., McClelland, M.M., Matthews, J.S., Morrison, F.J., 2009, A structured observation of behavioral self-regulation and its contribution to kindergarten outcomes. *Developmental Psychology* 45, 605–619.
58. RICHARD, Sylvie Sabine, 2011, L'inhibition chez les enfants d'âge préscolaire. Maîtrise : Univ. Genève.
59. REVEL Pauline, 2011, Essai de rééducation psychomotrice du déficit d'inhibition par le biais d'activités corporelles et motrices, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité, TOULOUSE III.
60. Roy, A. ,2007, Fonctions exécutives chez les enfants atteints d'une neurofibromatose de type I. Approche clinique et critique. Thèse de doctorat en psychologie non publiée, université d'Angers, Angers.p 145
61. Sergeant JA, Geurts A, Oosterlaan J ,2002, How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder ? *Behav Brain Res*,130:3—28.
62. Shanker, S. ,2012, Report of the 2012 thinker in residence: Self-regulation. Subiaco, Western Australia : Commissioner for Children and Young People Western Australia. Source : http://www.selfregulation.ca/download/pdf_documents/Thinker%20in%20Residence%20report%202012.pdf

63. Serge Larivée ,Thérèse Bouffard-Bouchard, Richard E. Tremblay, Pierre Charlebois and Claude Gagnon, 1989 STRATÉGIES COGNITIVES ET PROCESSUS D'AUTORÉGULATION CHEZ DES FAMILLES EN SITUATION DE RÉOLUTION DE PROBLÈMES LOGIQU,1989 ; International Journal of Psychology Volume 24, Issue 1-5, pages 465–483, February–October 1989 Article first published online: 27 SEP 2007
64. Sonia BOR, Adeline CHAILLAUD,2009, DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE DE L'ENFANT TDA/H ET ÉTALONNAGE D'UN NOUVEAU TEST : LE LABY 16, UNIVERSITÉ PAUL SABATIER, French p3;12
65. SCHMID, Felicia ,2010, Contribution à la détection et à la prévention des complications cérébro-vasculaires chez les enfants drépanocytaires: étude exploratoire d'une batterie de tests exécutifs destinée aux enfants d'âge préscolaire. Maîtrise : Univ. Genève,
66. Shimabakuro, Pater, and serena, 1999, the effect of self-monitoring of academic performance on students with learning disabilities and ADD/ADHD. Education and treatment of children vol 22- issue 4, p 360–371.
67. Stroop, J.R,1935, Studies of interference in serial verbal reactions. Journal of Experimental Psychology, 18(6), 643–662.
68. Sergeant JA, Geurts A, Oosterlaan J, 2002,How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder ? Behav Brain Res;130:3—28.

69. WODON. Isabelle, 2009, Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent : Comprendre et soigner le TDA/H chez les jeunes. éditions Mardaga..
70. Zumbrunn, S., Tadlock, J. et Roberts, E.D. ,2011, Self-regulation and motivation: A review of the literature. Communication sollicitée pour le Metropolitan Educational Research Consortium, Richmond, VA.
71. Zachary , W. , 2000 , Incorporating Metacognitive Capabilities in Synthetic Cognition , Presented in the Proceedings of the Ninth Conference on Computer Generated Forces and Behavioral Representation .

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف الوقائي للاضطرابات الما وراء المعرفية عند الأطفال المصابين فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه التي تتراوح أعمارهم في ما بين 07 و 11 سنوات. وبعد تطبيق الاختبارات الما وراء المعرفية توصل الطالب إلى أنّ الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون في نفس الوقت من اضطراب متصاعد الدرجة في الاضطرابات الما وراء معرفية كالتعديل الذاتي المعرفي التعديل الذاتي السلوكي الكف المعرفي والكف السلوكي.

الكلمات المفتاحية: ما وراء المعرفة، التعديل الذاتي المعرفي، التعديل الذاتي السلوكي، الكف المعرفي، الكف السلوكي، اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

Résumé :

Ce travail a pour objectif de détecter à l'avance les troubles métacognitifs chez les enfants atteints du déficit de l'attention avec hyperactivité, âgés entre 07 et 11. Les résultats obtenus des tests métacognitifs ont montré que les enfants qui souffrent du déficit de l'attention avec hyperactivité souffrent également de troubles métacognitifs croissants, tels que l'autorégulation cognitive, l'autorégulation comportementale, l'inhibition cognitive et l'inhibition comportementale.

Mots clés: *Métacognition; l'autorégulation cognitive; l'autorégulation comportementale; l'inhibition cognitive; l'inhibition comportementale; trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention.*

Study summary:

The aim of the present work is to detect in advance the metacognitive disorders in children with attention deficit hyperactivity disorder, aged between 07 and 11. After the metacognitive tests, it was found that children with attention deficit hyperactivity disorder also suffer from growing metacognitive disorders, such as cognitive self-regulation, behavioral self-regulation, cognitive inhibition, and behavioral inhibition.

Keywords: Metacognition; cognitive self-regulation; behavioral self-regulation; cognitive inhibition; behavioral inhibition; Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

الملاحق :

الملحق الأول: العينة التجريبية لدراسة الاستطلاعية

| الاسم | تاريخ الازدياد | الجنس | المستوي الدراسي | مكان الدراسة |
|---------|----------------|-------|-----------------|--------------------|
| 01.ب.أ | 2007/05/22 | ذكر | الصف الثالث | المستشفى |
| 02.م.ز | 2008/04/09 | انثي | الصف الثالث | المستشفى |
| 03.م.م | 2008/06/24 | ذكر | الصف الثالث | خواص |
| 04.ح.أ | 2009/06/22 | ذكر | الصف الرابع | خواص |
| 05.ح.م | 2009/11/05 | ذكر | الصف الثاني | المستشفى |
| 06.س.ع | 2008/10/09 | ذكر | الصف الثاني | خواص |
| 07.س.ن | 2005/05/04 | انثي | الصف الرابع | المستشفى |
| 08.س.ج | 2008/05/26 | ذكر | الصف الثاني | المستشفى |
| 09.س.م | 2005/05/15 | ذكر | الصف الخامس | المستشفى |
| 10.ز.م | 2008/06/06 | ذكر | الصف الثاني | المستشفى |
| 11.س.ز | 2006/04/19 | ذكر | الصف الخامس | المدرسة الابتدائية |
| 12.ه.ب | 2009/10/14 | انثي | الصف الثاني | المستشفى |
| 13.ب.بي | 2009/12/16 | ذكر | الصف الاول | المستشفى |
| 14.ب.م | 2005/04/10 | ذكر | الصف الثالث | المدرسة الابتدائية |
| 15.ب.ه | 2008/11/21 | ذكر | الصف الثاني | المدرسة الابتدائية |
| 16.ق.و | 2003/04/29 | ذكر | الصف الخامس | المدرسة الابتدائية |
| 17.ح.س | 2006/02/25 | ذكر | الصف الرابع | المدرسة الابتدائية |
| 18.ب.أ | 2007/05/16 | ذكر | الصف الثاني | المدرسة الابتدائية |

الملحق الثاني: العينة الضابطة لدراسة الاستطلاعية

| الاسم | تاريخ الازدياد | الجنس | المستوي الدراسي | مكان الدراسة |
|--------|----------------|-------|-----------------|--------------------|
| 01.ك.و | 2007/02/01 | انثي | الصف الثالث | المدرسة الابتدائية |
| 02.ب.ع | 2008/05/26 | ذكر | الصف الثانية | المدرسة الابتدائية |
| 03.ب.ب | 2007/04/07 | ذكر | الصف الثالث | المستشفى |
| 04.س.ب | 2007/06/22 | ذكر | الصف الثالث | المدرسة الابتدائية |
| 05.ب.ع | 2005/08/18 | ذكر | الصف الرابع | المدرسة الابتدائية |
| 06.ب.م | 2007/04/24 | ذكر | الصف الثالث | الخواص |
| 07.ب.ا | 2006/09/28 | انثي | الصف الرابع | المدرسة الابتدائية |
| 08.ي.أ | 2006/08/28 | انثي | الصف الثالث | المدرسة الابتدائية |
| 09.ب.ع | 2005/06/20 | ذكر | الصف الرابع | المدرسة الابتدائية |
| 08.ح.ت | 2007/06/02 | انثي | الصف الثالث | المستشفى |
| 09.ح.س | 2006/10/24 | ذكر | الصف الرابع | المدرسة الابتدائية |
| 10.ب.ب | 2007/03/07 | ذكر | الصف الثالث | المدرسة الابتدائية |
| 11.ه.م | 2009/01/15 | ذكر | الصف الاولي | المدرسة الابتدائية |
| 12.ع.ف | 2008/01/01 | ذكر | الصف الثانية | المدرسة الابتدائية |
| 13.ط.و | 2007/08/28 | انثي | الصف الثالث | المستشفى |
| 14.ب.ه | 2007/10/04 | ذكر | الصف الثالث | المدرسة الابتدائية |
| 15.ب.ف | 2005/01/12 | ذكر | الصف الخامس | الخواص |
| 16.س.أ | 2008/01/01 | ذكر | الصف الثانية | المدرسة الابتدائية |
| 17.ب.أ | 2003/04/29 | ذكر | الصف الخامس | المستشفى |
| 18.م.ف | 2006/04/19 | ذكر | الصف الرابع | المستشفى |

الملحق الثالث: العينة التجريبية لدراسة الأساسية

| الاسم | تاريخ الازدياد | الجنس | المستوي الدراسي | مكان الدراسة |
|---------|----------------|-------|-----------------|--------------------|
| 01.ب.أ | 2007/05/22 | ذكر | الصف الثالث | المستشفى |
| 02.م.ز | 2008/04/09 | انثي | الصف الثالث | المستشفى |
| 03.م.م | 2008/06/24 | ذكر | الصف الثالث | خواص |
| 04.ح.أ | 2009/06/22 | ذكر | الصف الرابع | خواص |
| 05.ح.م | 2009/11/05 | ذكر | الصف الثاني | المستشفى |
| 06.س.ع | 2008/10/09 | ذكر | الصف الثاني | خواص |
| 07.س.ن | 2005/05/04 | انثي | الصف الرابع | المستشفى |
| 08.س.ج | 2008/05/26 | ذكر | الصف الثاني | المستشفى |
| 09.س.م | 2005/05/15 | ذكر | الصف الخامس | المستشفى |
| 10.ز.م | 2008/06/06 | ذكر | الصف الثاني | المستشفى |
| 11.ه.ب | 2009/10/14 | انثي | الصف الثاني | المستشفى |
| 12.ب.بي | 2009/12/16 | ذكر | الصف الاول | المستشفى |
| 13.ب.م | 2005/04/10 | ذكر | الصف الثالث | المدرسة الابتدائية |
| 14.ب.ه | 2008/11/21 | ذكر | الصف الثاني | المدرسة الابتدائية |
| 15.ح.س | 2006/02/25 | ذكر | الصف الرابع | المدرسة الابتدائية |
| 16.ب.أ | 2007/05/16 | ذكر | الصف الثاني | المدرسة الابتدائية |

الملحق الرابع: العينة الضابطة لدراسة الأساسية

| الاسم | تاريخ الازدياد | الجنس | المستوي الدراسي | مكان الدراسة |
|--------|----------------|-------|-----------------|--------------------|
| 01.ك.و | 2007/02/01 | انثي | الصف الثالث | المدرسة الابتدائية |
| 02.ب.ع | 2008/05/26 | ذكر | الصف الثانية | المدرسة الابتدائية |
| 03.ب.ب | 2007/04/07 | ذكر | الصف الثالث | المستشفى |
| 04.س.ب | 2007/06/22 | ذكر | الصف الثالث | المدرسة الابتدائية |
| 05.ب.ع | 2005/08/18 | ذكر | الصف الرابع | المدرسة الابتدائية |
| 06.ب.م | 2007/04/24 | ذكر | الصف الثالث | الخواص |
| 07.ب.ا | 2006/09/28 | انثي | الصف الرابع | المدرسة الابتدائية |
| 08.ح.ت | 2007/06/02 | انثي | الصف الثالث | المستشفى |
| 09.ح.س | 2006/10/24 | ذكر | الصف الرابع | المدرسة الابتدائية |
| 10.ب.ب | 2007/03/07 | ذكر | الصف الثالث | المدرسة الابتدائية |
| 11.ه.م | 2009/01/15 | ذكر | الصف الاولي | المدرسة الابتدائية |
| 12.ع.ف | 2008/01/01 | ذكر | الصف الثانية | المدرسة الابتدائية |
| 13.ط.و | 2007/08/28 | انثي | الصف الثالث | المستشفى |
| 14.ب.ه | 2007/10/04 | ذكر | الصف الثالث | المدرسة الابتدائية |
| 15.ب.ف | 2005/01/12 | ذكر | الصف الخامس | الخواص |
| 16.س.أ | 2008/01/01 | ذكر | الصف الثانية | المدرسة الابتدائية |

الملحق الخامس:

مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه و العدوانية وفقا للدليل التشخيصي والاحصاء للاضطرابات

النفسية والعقلية رقم 4.

الاسم: اللقب: الجنس:

المدرسة: القسم:

عنوان الاولياء:

تاريخ تطبيق الاختبار:

العمر الحقيقي: تاريخ الازدياد:

| الرقم | البنود | دائما | احيانا | نادرا | لا تماما |
|-------|---|-------|--------|-------|----------|
| 1 | انتباه الطفل لا يستمر طويلا ولا يتقيد بالتفاصيل عند قيامه بواجباته و المهام التي تطلب منه | | | | |
| 2 | كثيرا ما ينتقل من نشاط الى اخر قبل الانتهاء من النشاط السابق | | | | |
| 3 | في الكثير من الاحيان لا يتمكن من الانتباه جيدا لما يطلب منه اثناء الحديث معه | | | | |
| 4 | يجد صعوبة كبيرة في التقيد بالتعليمات و الاوامر التي تطلب منه | | | | |
| 5 | يجد صعوبة كبيرة في تنظيم اعماله | | | | |
| 6 | ينفر كثيرا من الواجبات المدرسية و الانشطة التي تحتاج لحضور ذهني متواصل | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | يضيع كثيرا الأدوات اللازمة في اعداد الواجبات و المهام التي تطلب منه | 7 |
| | | | | يتشتت انتباهه بسهولة في حضور المثيرات الخارجية | 8 |
| | | | | كثير النسيان في حياته اليومية | 9 |
| | | | | ييدي حركات مستمرة على مستوى الاطراف خاصة عندما يكون جالسا في مقعده | 10 |
| | | | | غالبا ما يتخلى عن مقعده وينتقل من مكان الى مكان اخر | 11 |
| | | | | تستهويه الانشطة الخطرة اثناء اللعب بدون ادراك العواقب | 12 |
| | | | | يجد صعوبة بالغة في ان يلعب بهدوء | 13 |
| | | | | حركاته متعددة وسريعة. | 14 |
| | | | | غالبا ما يثرثر. | 15 |
| | | | | في الكثير من الاحيان يرد على الاسئلة بسرعة وبعيدا عن صلب الموضوع. | 16 |
| | | | | لا يتحمل انتظار دوره خاصة في اللعب. | 17 |
| | | | | غالبا ما يقاطع حديث الاخرين ويتطفل عليهم. | 18 |
| | | | | هل ييدي القساوة عند تعامله مع الاخرين. | 19 |
| | | | | هل ييدي المشاجرة لأتفه الاسباب. | 20 |
| | | | | هل يستمتع بإحراج الاخرين و انتقاداته اللاذعة لهم. | 21 |
| | | | | هل يخيف من يحيطون به بسلوكه الخشن. | 22 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | هل يتلفظ بألفاظ غير اخلاقية امام الاخرين. | 23 |
| | | | | هل يتحدى الكبار و المشرفين. | 24 |
| | | | | هل يسخر من الاخرين | 25 |
| | | | | هل يحاول توريث الاخرين واقاعهم في المشاكل. | 26 |
| | | | | هل يجادل عندما يطلب منه القيام بعمل ما. | 27 |
| | | | | هل يبدي العصبية عند تعامله مع الاخرين | 28 |
| | | | | هل يغضب لأتفه الاسباب | 30 |
| | | | | هل يبدي ردود فعل قاسية عندما يشعر بالإحباط | 31 |
| | | | | هل يقوم بتكسير الاشياء | 32 |
| | | | | هل يبدي الصراخ والمشاحنة عندما يكون يلعب مع زملائه | 33 |
| | | | | هل يقوم بضرب زملائه. | 34 |
| | | | | هل يتضايق كثيرا عندما لا تلبى رغباته. | 35 |
| | | | | هل هو سريع الانفعال. | 36 |
| | | | | هل يبدي سلوك التهور. | 37 |
| | | | | هل يستاء كثيرا عندما يوبخ. | 38 |
| | | | | هل يشعر بالسخط والتوتر عندما يتم انتقاده من طرف المشرفين عليه. | 39 |
| | | | | هل يشعر انه مضطهد وان الاخرين يتعاملون عليه. | 40 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | هل يكثر بالعلامات السيئة التي حصل عليها. | 41 |
|--|--|--|--|--|----|

تششت الانتباه:

من العبارة رقم 1 الى غاية العبارة رقم 9.

- 9 درجات لا يعاني من اضطراب تششت الانتباه
- 9 و 14 درجة خفيف والمتوسط لتششت الانتباه
- 15 و 27 درجة مرتفع والعميق

النشاط الزائد:

من العبارة رقم 10 الى غاية العبارة رقم 18.

- اقل من 9 درجات لا يعاني من النشاط الحركي الزائد
- 9-14 درجة اضطراب خفيف للنشاط الزائد
- اكثر من 14 اضطراب حقيقي للنشاط الحركي الزائد

العدوانية:

من العبارة رقم 19 الى غاية العبارة رقم 41.

- اقل من 23 درجة لا يعاني من العدوانية
- 24-33 درجة لديه اضطراب خفيف للعدوانية
- اكثر من 34 درجة لديه اضطراب حقيقي للعدوانية

الملحق السادس: عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وفقا للدليل التشخيصي والاحصاء للاضطرابات النفسية والعقلية رقم 4. للعيينة التجريبية الاستطلاعية.

| الدرجة الكلية للمقياس | مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية | | | |
|-----------------------|---|---------------|--------------|----|
| | العدوانية | النشاط الزائد | ضعف الانتباه | |
| 91 | 51 | 22 | 18 | 01 |
| 64 | 24 | 23 | 17 | 02 |
| 70 | 25 | 22 | 23 | 03 |
| 77 | 29 | 24 | 24 | 04 |
| 74 | 37 | 20 | 17 | 05 |
| 97 | 48 | 22 | 27 | 06 |
| 91 | 40 | 31 | 20 | 07 |
| 84 | 33 | 24 | 27 | 08 |
| 88 | 38 | 26 | 24 | 09 |
| 79 | 41 | 19 | 19 | 10 |
| 80 | 31 | 25 | 24 | 11 |
| 83 | 40 | 21 | 22 | 12 |
| 70 | 23 | 22 | 25 | 13 |
| 90 | 37 | 26 | 27 | 14 |
| 73 | 24 | 23 | 26 | 15 |
| 80 | 31 | 24 | 25 | 16 |
| 72 | 27 | 26 | 19 | 17 |
| 80 | 33 | 24 | 23 | 18 |

الملحق السابع: عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه و العدوانية وفقا للدليل التشخيصي والاحصاء للاضطرابات النفسية والعقلية رقم 4. للعينه التجريبه الأساسية.

| الدرجة الكلية للمقياس | مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية | | | |
|-----------------------|---|---------------|--------------|----|
| | العدوانية | النشاط الزائد | ضعف الانتباه | |
| 91 | 51 | 22 | 18 | 01 |
| 64 | 24 | 23 | 17 | 02 |
| 70 | 25 | 22 | 23 | 03 |
| 77 | 29 | 24 | 24 | 04 |
| 74 | 37 | 20 | 17 | 05 |
| 97 | 48 | 22 | 27 | 06 |
| 91 | 40 | 31 | 20 | 07 |
| 84 | 33 | 24 | 27 | 08 |
| 88 | 38 | 26 | 24 | 09 |
| 79 | 41 | 19 | 19 | 10 |
| 80 | 31 | 25 | 24 | 11 |
| 83 | 40 | 21 | 22 | 12 |
| 70 | 23 | 22 | 25 | 13 |
| 90 | 37 | 26 | 27 | 14 |
| 73 | 24 | 23 | 26 | 15 |
| 80 | 31 | 24 | 25 | 16 |

الملحق الثامن: اداة تشخيص التعديل الذاتي المعرفي (لمواقف قرائية لاكتشاف المتناقضات في النص):

الاسم: اللقب: الجنس:

المدرسة: القسم:

عنوان الاولياء:

تاريخ تطبيق الاختبار:

النصوص الثلاثة:

الاسماك: المتناقضات واضحة.

يوجد انواع عديدة ومختلفة من الاسماك التي تعيش في المحيط فالبعض رؤوسها تشبه التماسيح، و بعض الاخر رؤوسها تشبه القوط. تعيش الاسماك في مناطق مختلفة من المحيط. يوجد اسماك تعيش قريب من سطح الماء، ويوجد اسماك اخرى تعيش في اعماق المحيط. الاسماك تحتاج الى الضوء لكي ترى. ليس هناك اي ضوء في اعماق المحيط، ظلمة سوداء فقط. عندما تغوص الاسماك في اعماق المحيط لا ترى اي شيء. فأنما لا تستطيع رؤية حتي الالوان. الاسماك التي تعيش في اعماق المحيط تستطيع رؤية ألوان الأطعمة. هذه الطريقة التي عن طريقها تعرف الاسماك ماذا تأكل.

الاسماك: المتناقضات الضمنية.

يوجد انواع عديدة ومختلفة من الاسماك التي تعيش في المحيط فالبعض رؤوسها تشبه التماسيح، و بعض الاخر رؤوسها تشبه القوط. تعيش الاسماك في مناطق مختلفة من المحيط. توجد اسماك تعيش قريب من سطح الماء، و توجد اسماك اخرى تعيش في اعماق المحيط. الاسماك تحتاج الى الضوء لكي ترى، ليس هناك اي ضوء في اعماق المحيط. الاسماك التي تعيش في اعماق المحيط تتعرف على الطعام عن طريق الالوان. الاسماك تأكل الفطريات الحمراء.

التحقيقات الخاصة بالأسماك هي:

- 1- قراءة النص 2- قراءة النص 3- هذه هي كل المعلومات حول الاسماك 4- ما رأيك؟ 5- هل لديك اسئلة حول الاسماك؟ 6- هل ذكرت كل شيء؟ 7- هل كان كل شيء واضحاً وله معنى؟ 8- هل تستطيع ان تقول لي الاشياء التي تعلمتها عن الاسماك؟ قل لي على مدى كان يتكلم النص. (في هذه النقطة تكون لدى الطفل استرجاع للمتناقضات بشكل تلقائي مع تسجيل كل شيء، في حالة ما اذا الطفل نسي جملة هامة من النص يطرح عليه سؤال عام من اجل تذكير الطفل النقطة التي نسها مثل كيف تظهر الحالة في اعماق المحيط؟ كيف تعرف الاسماك ماذا تأكل؟) 9- هل كان كل شيء واضحاً وله معنى؟ 10- هل يوجد ضوء في قاع المحيط. 11- هل تستطيع الاسماك ان ترى بدون ضوء؟ كيف تستطيع الاسماك ان تعرف ماذا تؤكل؟ 12- كيف تستطيع الاسماك رؤية الوان الطعام في الظلمة السوداء؟

تعليقات الطفل:

المثلجات: المتناقضات واضحة.

من بين الاشياء التي يجيها الاطفال في جميع انحاء العالم هي المثلجات. المحلات التي تبيع هذه المثلجات يوجد لديها نكهات مختلفة وعديدة، فنكهة شكولات مع الفانيليا من بين النكهات الاكثر انتشارا. توجد انواع كثيرة من الحلويات التي نستطيع صنعها من المثلجات. بعض المطاعم الفاخرة في العالم تصنع حلويات خاصة بالمثلجات تسمى بالاسكا المطبوخ في الفرن لتحضير هذه الحلويات يوضع فيها مثلجات فقط في هذا النوع من الحلويات تذوب المثلجة لما تسخن ثم تخرج المثلجة من الفرن وتقدم فورا هذا النوع من الحلويات المثلجة تبقى جامدة ولا تذوب.

المثلجات: المتناقضات ضمنية.

من بين الاشياء التي يجيها الاطفال هي المثلجات. المحلات التي تبيع هذه المثلجات يوجد لديها نكهات مختلفة وعديدة، فنكهة الشكولات مع الفانيليا من بين النكهات الاكثر انتشارا. توجد انواع كثيرة من الحلويات التي نستطيع صنعها من المثلجات. بعض المطاعم الفاخرة في العالم تصنع حلويات خاصة جدا، هذه الحلويات تسمى بجيز ألاسكا وهي مصنوعة من المثلجات فقط. لصناعة هذه الحلوية يجب طبخ المثلجة، عند الانتهاء من التحضير تقطع بسكين وتقدم فورا. لصناعة هذا النوع من المثلجات يجب ان تطبخ، بعد الانتهاء تقطع الى قطع بالسكين وتقدم في الحال الى الزبون.

التحقيقات الخاصة بالمثلجات هي:

- 1- قراءة النص 2- قراءة النص 3- هذه هي كل المعلومات حول المثلجات 4- ما رأيك؟ 5- هل لديك اسئلة حول المثلجات؟ 6- كل شيء ذكرته لك. 7- كل شيء في القصة له معنى 8- هل تستطيع ان تقول لي كل شيء تعلمته عن المثلجات؟ قل لي على مدى كان يتكلم النص. (في هذه النقطة تكون لدى الطفل استرجاع للمتناقضات بشكل تلقائي مع تسجيل كل شيء، في حالة ما اذا الطفل نسي جملة هامة من النص يطرح عليه سؤال عام من اجل تذكير الطفل النقطة التي نسها مثال كيف تظهر المثلجات حين تطبخ؟ كيف تقدم هذه المثلجات؟) 9- هل كل المعلومات المشار اليها في القصص لها معنى؟ 10- ما الذي يحدث عندما تطبخ المثلجة؟ 11- هل مثلجات ألاسكا مطبوخ في الفرن؟ 12- هل تستطيع المثلجات ان تبقي ثابت ولا تذوب؟

تعليقات الطفل:

النمل: المتناقضات الواضحة

توجد خصائص مشتركة فيما بين النمل، فعلى سبيل المثال كلهم اقوياء بشكل لا يصدق اذ انهم يستطيعون حمل اوزان لا تصدق، تحمل اوزانا كبيرة تفوق ثقل جسمهم. احيانا تذهب النمل الى اماكن بعيدة جدا عن جحورها وذلك من أجل البحث عن الطعام. اذ انهم يذهبون بعيدا بحيث لا يستطيعون تذكر مكان جحورهم. النمل تترك اثرا غير مرئية من أجل العودة الى جحورها هذه الطريقة هي طريقة خاصة بالنمل فقط. اينما تنتقل النمل فأثما تفرز رائحة كيميائية خاصة من اجسامها، و لا يستعطون شم هاته المادة الكيميائية، ولهذا المادة رائحة خاصة. يجب ان يكون للنمل انف لكي تستطيع ان تشم هذه الرائحة. معلومة اخرى عن النمل هي ان النمل ليس لديه انف، و بالتالي لا يستطيع النمل ان تشم هاته الروائح . النمل دائما تجد طريق العودة وذلك عن طريق الرائحة.

النمل: المتناقضات ضمنية.

توجد خصائص مشتركة فيما بين النمل، فعلى سبيل المثال كلها اقوياء بشكل لا يصدق اذ انها تستطيع حمل اوزان لا تصدق، تحمل اوزانا أكبر من وزنها بعدة مرات. احيانا تذهب النمل الى اماكن بعيدة جدا عن جحورها وذلك من أجل البحث عن الطعام. اذ انها تذهب بعيدا بحيث لا يستطيع تذكر مكان جحورها. النمل تترك مادة غير مرئية من أجل العودة الى جحورها هذه الطريقة هي طريقة خاصة بالنمل فقط. اينما تنتقل النمل فأثما تفرز

مادة كيميائية خاصة من اجسامها. هذه المادة الكيميائية لها رائحة خاصة، شيء اخر بالنسبة للنمل لا تملك أنف، النمل لا تضيع ابدا.

التحقيقات الخاصة بالنمل هي:

- 1- قراءة النص 2- قراءة النص 3- هذه هي كل المعلومات حول النمل 4- ما رأيك؟ 5- هل لديك اسئلة حول النمل؟ 6- كل شيء قلته لك. 7- كل شيء في القصة و له معنى 8- هل تستطيع ان تقول لي كل شيء تعلمته عن النمل؟ قل لي على مدى كان يتكلم النص (في هذه النقطة تكون لدى الطفل استرجاع للمتناقضات بشكل تلقائي مع تسجيل كل شيء، في حالة ما اذا الطفل نسي جملة هامة من النص يطرح عليه سؤال عام من اجل تذكير الطفل النقطة التي نسها مثال كيف تعرف النمل اماكن جحورهم؟) 9- هل كل المعلومات المشار اليها في القصص لها معنى؟ 10- هل اينما تنتقل النمل يفرز مادة كيميائية من اجسامها؟ 11- الى ماذا تحتاج النمل لكي تشم؟ 12- كيف تستطيع النمل ان تجد طريق العودة؟

تعليقات الطفل:

ملحق رقم التاسع خاص بأسماء الأساتذة المحكمين لأداة تشخيص التعديل الذاتي المعرفي (لمواقف

قراءة لاكتشاف المتناقضات في النص):

| الرقم | إسم الأستاذ | الرتبة | التخصص | الجامعة |
|-------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|
| 01 | د بزراوي نور الهدى | أستاذة محاضرة(أ) | علم النفس الإكلينيكي. | جامعة تلمسان |
| 02 | د. حاجب سلسبيل | أستاذة محاضرة(أ) | علم النفس الإكلينيكي. | جامعة تلمسان |
| 03 | د. بن حبيب | أستاذ محاضرة (أ) | الارطفوني. | جامعة تلمسان |
| 04 | أ.د بن مصمودي على | أستاذة التعليم العالي | علم النفس الإكلينيكي. | جامعة معسكر |
| 05 | د. طاشمة | استاذة محاضرة(أ) | علم النفس الاكلينيكي | جامعة تلمسان |
| 06 | أ.د بن عصمان جويذة | أستاذة التعليم العالي | علم النفس الاكلينيكي | جامعة تلمسان |
| 07 | أ.د زروالي لطيفة | أستاذة التعليم العالي | علم النفس الاكلينيكي | جامعة وهران |
| 08 | أ.د بن مهيد نور الدين | أستاذة التعليم العالي | الترجمة | جامعة تلمسان |

الملحق العاشر: عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص التعديل الذاتي المعرفي

(لمواقف قرائية لاكتشاف المتناقضات في النص) للعينة التجربة.

| الدرجة الكلية للمقياس | في أداة تشخيص التعديل الذاتي المعرفي (لمواقف قرائية لاكتشاف المتناقضات في النص): | | | |
|-----------------------|--|----------|---------|-------|
| | النمل | المثلجات | الاسماك | |
| 11.33 | 11 | 11 | 12 | 01 |
| 9.66 | 12 | 05 | 12 | 02 |
| 5.33 | 03 | 10 | 03 | 03 |
| 12 | 12 | 12 | 12 | 04 |
| 11 | 11 | 12 | 10 | 05 |
| 12 | 12 | 12 | 12 | 06 |
| 11.33 | 12 | 10 | 12 | 07 |
| 09 | 09 | 08 | 10 | 08 |
| 8.33 | 07 | 10 | 08 | 09 |
| 10.33 | 11 | 11 | 09 | 10 |
| 10.33 | 12 | 10 | 09 | 11 |
| 11.66 | 11 | 12 | 12 | 12 |
| 10 | 11 | 09 | 10 | 13 |
| 11.33 | 11 | 11 | 12 | 14 |
| 11 | 11 | 10 | 12 | 15 |
| 10.66 | 11 | 10 | 11 | 16 |
| 165.29 | 167 | 163 | 166 | مجموع |

الملحق الحادي عشر عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص التعديل الذاتي

المعرفي (لمواقف قرائية لاكتشاف المتناقضات في النص) للعينه الضابطة.

| الدرجة الكلية للمقياس | في أداة تشخيص التعديل الذاتي المعرفي (لمواقف قرائية لاكتشاف المتناقضات في النص): | | | |
|-----------------------|--|----------|---------|-------|
| | النمل | المثلجات | الأسماك | |
| 6.66 | 08 | 7 | 05 | 01 |
| 8.66 | 08 | 08 | 10 | 02 |
| 2.33 | 01 | 05 | 01 | 03 |
| 04 | 04 | 01 | 07 | 04 |
| 10.66 | 10 | 11 | 11 | 05 |
| 3.33 | 04 | 02 | 04 | 06 |
| 8.66 | 08 | 10 | 08 | 07 |
| 7.33 | 04 | 10 | 08 | 08 |
| 5.66 | 08 | 08 | 01 | 09 |
| 07 | 08 | 05 | 08 | 10 |
| 6.33 | 08 | 07 | 04 | 11 |
| 6 | 08 | 07 | 03 | 12 |
| 5.33 | 10 | 01 | 05 | 13 |
| 08 | 09 | 11 | 04 | 14 |
| 7.66 | 07 | 10 | 06 | 15 |
| 7.66 | 11 | 08 | 04 | 16 |
| 105.27 | 116 | 111 | 89 | مجموع |

الملحق الثاني عشر اداة تشخيص التعديل الذاتي السلوكي (لمواقف ادائية للسلوك):

الاسم: اللقب: الجنس:

المدرسة: القسم:

عنوان الاولياء:

تاريخ تطبيق الاختبار:

تاريخ الازدياد:

ورقة الاجابة.

اذا اشار الطفل الى الموضع الصحيح نعطيه على الفور نقطتين اذا قام بالتصحيح الذاتي مباشرة بدون مطالبة الطفل نعطيه نقطة واحدة اما اذا لمس الموضع الغير الصحيح من الجسم لا نعطيه اية نقطة.

الجزء الاول من الاختبار:

| |
|--------------------------------------|
| أ1. ماذا تفعل اذا قلت لك "المس رأسك" |
| 0(الرأس) 1 2(اصابع القدم) |

المرحلة الاولى التكوين: (ضع دائرة على الاجابة المناسبة)

اعادة التدريب

| |
|--|
| أ2.ماذا تفعل اذا قلت لك "المس اصابع القدم" |
| 0(اصابع القدم) 1 2(الرأس) |

اعادة التدريب

المرحلة الثانية الممارسة: (ضع دائرة على الاجابة المناسبة)

| | | | |
|----------------------|---------------|---|---------------|
| ب1. المس راسك | 0 الرأس | 1 | 2 اصابع القدم |
| ب2. المس اصابع قدميك | 0 اصابع القدم | 1 | 2 الرأس |
| ب3. المس راسك | 0 الرأس | 1 | 2 اصابع القدم |
| ب4. المس اصابع قدميك | 0 اصابع القدم | 1 | 2 الرأس |

غير صحيح *تصحيح ذاتي صحيح

اعادة التدريب

اعادة التدريب تحدث 3مرات فقط

المرحلة الثالثة التطبيق: (ضع دائرة على الاجابة المناسبة)

غير صحيح *تصحيح ذاتي صحيح

| | | | |
|---------------------|---------------|---|---------------|
| 1.المس راسك | 0 الرأس | 1 | 2 اصابع القدم |
| 2.المس اصابع قدميك | 0 اصابع القدم | 1 | 2 الرأس |
| 3. المس راسك | 0 الرأس | 1 | 2 اصابع القدم |
| 4.المس اصابع قدميك | 0 اصابع القدم | 1 | 2 الرأس |
| 5.المس راسك | 0 الرأس | 1 | 2 اصابع القدم |
| 6.المس اصابع قدميك | 0 اصابع القدم | 1 | 2 الرأس |
| 7. المس راسك | 0 الرأس | 1 | 2 اصابع القدم |
| 8.المس اصابع قدميك | 0 اصابع القدم | 1 | 2 الرأس |
| 9.المس راسك | 0 الرأس | 1 | 2 اصابع القدم |
| 10.المس اصابع قدميك | 0 اصابع القدم | 1 | 2 الرأس |

مجموع النقاط: _____

الجزء الثاني من الاداة:

لانتقال الى هذه المرحلة الثانية من الاختبار يجب على الطفل ان ينجح في 5 بنود على الاقل في الجزء الاول.

المرحلة الاولى من التكوين: (ضع دائرة على الاجابة المناسبة)

اعادة التدريب

| | | |
|------------------------------------|---|-------------|
| ج1 ماذا تفعل اذا قلت "المس ركبتك؟" | | |
| 0(الركبتين) | 1 | 2 (الكتفين) |

المرحلة الثانية من الممارسة: (ضع دائرة على الاجابة المناسبة)

غير صحيح *تصحيح ذاتي صحيح

| | | | |
|----------------|--------------|---|--------------|
| د1.المس ركبتيك | 0 (الركبتين) | 1 | 2 (الكتفين) |
| د2.المس كتفيك | 0 (الكتفين) | 1 | 2 (الركبتين) |
| د3.المس ركبتيك | 0 (الركبتين) | 1 | 2 (الكتفين) |
| د4.المس كتفيك | 0 (الكتفين) | 1 | 2 (الركبتين) |

اعادة التدريب

المرحلة الثالثة التطبيق: (ضع دائرة على الاجابة المناسبة)

غير صحيح *تصحيح ذاتي صحيح

| | | | |
|---------------------|---------------|---|---------------|
| 1.المس راسك | 0 الرأس | 1 | 2 اصابع القدم |
| 2.المس اصابع قدميك | 0 اصابع القدم | 1 | 2 الرأس |
| 3.المس ركبتيك | 0 الركبتين | 1 | 2 الكتفين |
| 4.المس اصابع قدميك | 0 اصابع القدم | 1 | 2 الراس |
| 5.المس كتفيك | 0 الكتفين | 1 | 2 الركبتين |
| 6.المس رأس | 0 الرأس | 1 | 2 اصابع القدم |
| 7.المس ركبتيك | 0 الركبتين | 1 | 2 الكتفين |
| 8.المس ركبتيك | 0 الركبتين | 1 | 2 الكتفين |
| 9.المس كتفيك | 0 الكتفين | 1 | 2 الركبتين |
| 10.المس اصابع قدميك | 0 اصابع القدم | 1 | 2 الرأس |

مجموع النقاط: _____

ملحق رقم الثالث عشر خاص بأسماء الأساتذة المحكمين لأداة تشخيص التعديل الذاتي السلوكي)

لمواقف ادائية للسلوك):

| الرقم | إسم الأستاذ | الرتبة | التخصص | الجامعة |
|-------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|
| 01 | د بزراوي نور الهدى | أستاذة محاضرة(أ) | علم النفس الإكلينيكي. | جامعة تلمسان |
| 02 | د. حاجب سلسبيل | أستاذة محاضرة(أ) | علم النفس الإكلينيكي. | جامعة تلمسان |
| 03 | د. بن حبيب | أستاذ محاضرة (أ) | الارطفوني. | جامعة تلمسان |
| 04 | أ.د بن مصمودي على | أستاذة التعليم العالي | علم النفس الإكلينيكي. | جامعة معسكر |
| 05 | د. طاشمة | استاذة محاضرة(أ) | علم النفس الاكلينيكي | جامعة تلمسان |
| 06 | أ.د بن عصمان جويده | أستاذة التعليم العالي | علم النفس الاكلينيكي | جامعة تلمسان |

ملحق رقم الرابع عشر عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص التعديل الذاتي

السلوكي (لمواقف ادائية سلوكية) للعينه الضابطة.

| الدرجة الكلية للمقياس | في أداة تشخيص التعديل الذاتي السلوكي (لمواقف ادائية سلوكية) | | |
|-----------------------|---|-------------|-------|
| | الجزء الثاني | الجزء الأول | |
| 40 | 20 | 20 | 01 |
| 40 | 20 | 20 | 02 |
| 36 | 16 | 20 | 03 |
| 40 | 20 | 20 | 04 |
| 40 | 20 | 20 | 05 |
| 40 | 20 | 20 | 06 |
| 40 | 20 | 20 | 07 |
| 40 | 20 | 20 | 08 |
| 38 | 18 | 20 | 09 |
| 37 | 17 | 20 | 10 |
| 07 | 00 | 07 | 11 |
| 30 | 17 | 13 | 12 |
| 32 | 16 | 16 | 13 |
| 26 | 10 | 16 | 14 |
| 08 | 00 | 08 | 15 |
| 34 | 16 | 18 | 16 |
| 528 | 250 | 278 | مجموع |

الملحق رقم الخامس عشر عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص التعديل الذاتي

السلوكي (لمواقف ادائية سلوكية) للعينة التجريبية.

| الدرجة الكلية للمقياس | في أداة تشخيص التعديل الذاتي السلوكي (لمواقف ادائية سلوكية) | | |
|-----------------------|---|-------------|-------|
| | الجزء الثاني | الجزء الاول | |
| 08 | 00 | 08 | 01 |
| 08 | 01 | 07 | 02 |
| 02 | 00 | 02 | 03 |
| 08 | 00 | 08 | 04 |
| 08 | 00 | 08 | 05 |
| 08 | 02 | 06 | 06 |
| 03 | 00 | 03 | 07 |
| 32 | 17 | 15 | 08 |
| 16 | 06 | 10 | 09 |
| 22 | 09 | 13 | 10 |
| 15 | 05 | 10 | 11 |
| 12 | 00 | 12 | 12 |
| 01 | 01 | 01 | 13 |
| 23 | 13 | 10 | 14 |
| 02 | 00 | 02 | 15 |
| 27 | 08 | 19 | 16 |
| 195 | 62 | 134 | مجموع |

الملحق رقم السادس عشر اداة تشخيص الكف السلوكي (لمواقف ادائية للسلوك):

الاسم: اللقب: الجنس:

المدرسة: القسم:

عنوان الاولياء:

تاريخ تطبيق الاختبار:

تاريخ الازدياد:

تعليمات تطبيق الاختبار:

يقدم هذا الاختبار للأطفال التي تتراوح اعمارهم ما بين 5; 8 و 4; 11 سنة، ينقسم الاختبار الى جزئين:

الجزء الاول:

التعليمة:

يطلب من الطفل في هذه الأداة ان لا يتحرك وان يبقي جامدا، يعلق عينه لمدة 75 ثانية ويجب ان لا يحدث اي استجابة او ردة فعل (حركة الجسم، فتح العينين، النطق) للمنبه الصوتي.

فنقول للطفل سنحاول ان نلعب لعبة وهي ان نري ما اذا تستطيع ان تبقي واقف كتمثال يحمل علما (يجب إظهار للطفل الوضعية وهو ليس بحاجة للمساعدة) عندما اقول لك نبدئ اريد منك ان تبقي كالتمثال بلا حركة وكأنك تحمل علما، مع عيون مغلوق لا تحرك حتى اصابعك. يجب عليك ان لا تتحرك، يجب ان لا تفتح عينيك ولا تقول اي شيء مهما كان ذلك حتي اقول لك قد انتهينا "هل انت مستعد؟ غمض عينيك اتركها مغلوق.

نطلق الموقت ونتبع التعليمات التالية:

- بعد 10 ثواني نسقط القلم على طاولة.
- بعد 20 ثانية السعال بصوت عالي مرة واحدة.
- بعد 30 ثانية نضرب الطاولة مرتين.

- بعد 50 ثانية نقول " Hum Hum !! "

- بعد 75 ثانية نقول للطفل " الامر انتهى "

تنقيط:

نقطتين لكل فترة زمنية دون خطأ، نقطة واحدة عن كل فاصل زمني حدث فيه خطأ واحد الاخطاء هي حركات الجسم، فتح العينين، النطق بكلمة او صوت. 0 نقطة عن كل فاصل زمني يتم فيها تحديد خاطئين او ثلاثة اخطاء.

| المواقف الادائية | لا يوجد خطئ. | خطئ واحد. | خاطئين او ثلاثة. |
|--|--------------|-----------|------------------|
| بعد 10 ثواني نسقط القلم على طاولة. | | | |
| بعد 20 ثانية السعال بصوت عالي مرة واحدة. | | | |
| بعد 30 ثانية نضرب الطاولة مرتين. | | | |
| بعد 50 ثانية نقول " Hum Hum !! " | | | |
| بعد 75 ثانية نقول للطفل " الامر انتهى ." | | | |

الجزء الثاني:

التعليمة:

يحتوي هذا الجزء من الاختبار على 26 صورة فيها دوائر خضراء واخري حمراء مع مطرقة تحمل لون ازرق واحمر عند تطبيق الاختبار نري الطفل صورة بعد صورة بمعدل ثانية واحدة بين الصور قبل البداية يجب ان نتأكد من ان الطفل يدرك اللون الاخضر و اللون الاحمر فيطلب منه تسميتهما. الاختبار فيه مرحلتين المرحلة الاول نطلب من الطفل التفاعل مع المثير الخضراء بمطرقة خاص وذلك بضرب المثير الاخضر بالمطرقة فقط مع عدم التفاعل مع عدم ضرب المثير الاحمر والذي يكون اقل من الاخضر اي ب25% .

اما في الشطر ثانية من التعليمة و في هذه الحالة يجب على الطفل أن يتفاعل مع المثيرات الحمراء مع عدم التفاعل مع المثيرات الخضراء و في هذه الحالة تكون المثيرات الخضراء اقل من الحمراء ب 25% .

التنقيط:

نقطتين عند الاستجابة الصحيح.

نقطة واحدة عند التردد.

صفر نقطة عند الخطء.

المرحلة الأولى:

| خطئ في الاستجابة 0 | التردد 1 | الاستجابة الصحيح 2 | المواقف الادائية |
|--------------------|----------|--------------------|------------------|
| | | | 1. اللون الاخضر |
| | | | 2. اللون الاخضر |

| | | | |
|--|--|--|------------------|
| | | | 3. اللون الاخضر |
| | | | 4. اللون الاخضر |
| | | | 5. اللون الاحمر |
| | | | 6. اللون الاخضر |
| | | | 7. اللون الاخضر |
| | | | 8. اللون الاخضر |
| | | | 9. اللون الاحمر |
| | | | 10. اللون الاخضر |
| | | | 11. اللون الاحمر |
| | | | 12. اللون الاخضر |
| | | | 13. اللون الاخضر |
| | | | 14. اللون الاخضر |
| | | | 15. اللون الاخضر |

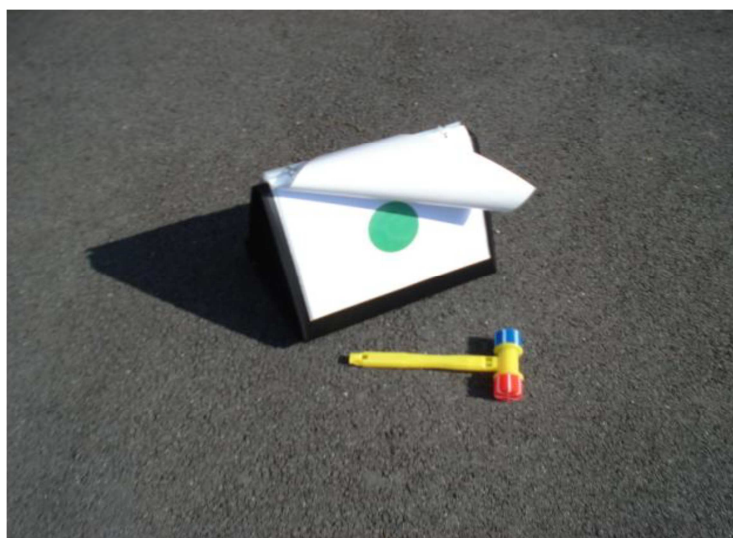
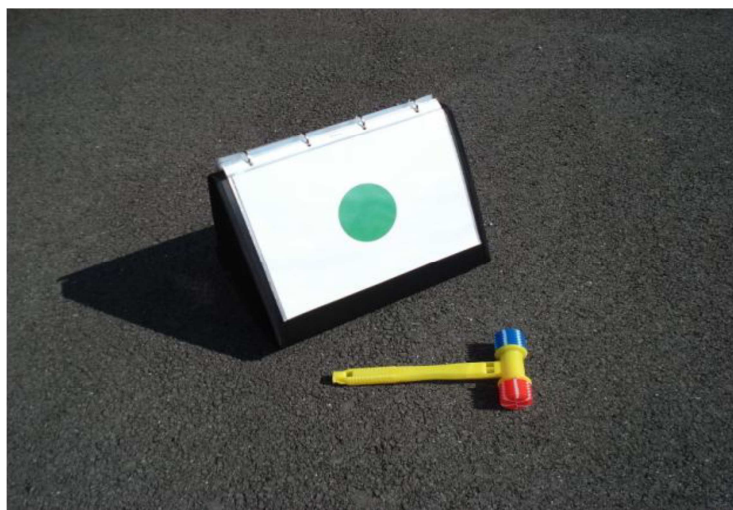
| | | | |
|--|--|--|------------------|
| | | | 16. اللون الاحمر |
| | | | 17. اللون الاحمر |
| | | | 18. اللون الاحمر |
| | | | 19. اللون الاخضر |
| | | | 20. اللون الاخضر |
| | | | 21. اللون الاخضر |
| | | | 22. اللون الاخضر |
| | | | 23. اللون الاحمر |
| | | | 24. اللون الاحمر |
| | | | 25. اللون الاخضر |
| | | | 26. اللون الاخضر |

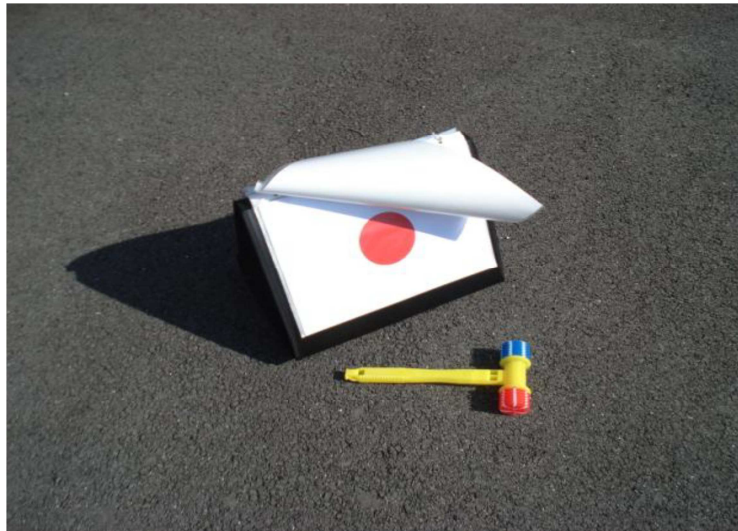
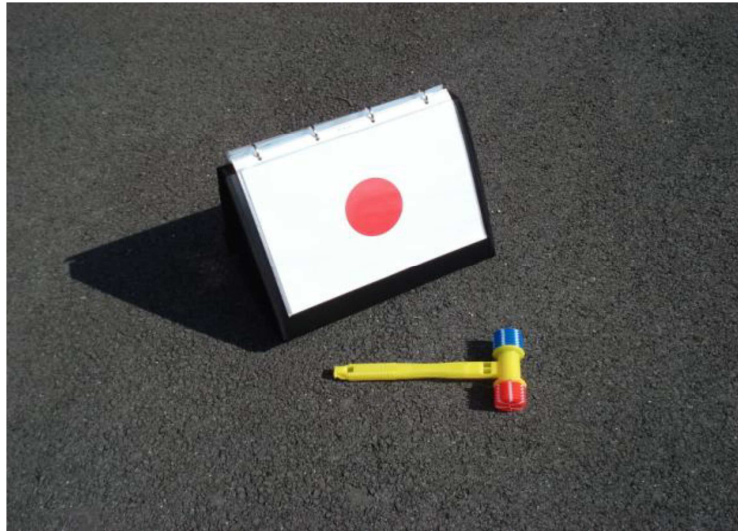
المرحلة الثانية:

| خطى في الاستجابة 0 | التردد 1 | الاستجابة الصحيح 2 | المواقف الادائية |
|--------------------|----------|-----------------------|------------------|
| | | | 1. اللون الاحمر |
| | | | 2. اللون الاحمر |
| | | | 3. اللون الاخضر |
| | | | 4. اللون الاحمر |
| | | | 5. اللون الاخضر |
| | | | 6. اللون الاحمر |
| | | | 7. اللون الاحمر |
| | | | 8. اللون الاحمر |
| | | | 9. اللون الاحمر |
| | | | 10. اللون الاخضر |
| | | | 11. اللون الاخضر |

| | | | |
|--|--|--|------------------|
| | | | 12. اللون الاخضر |
| | | | 13. اللون الاحمر |
| | | | 14. اللون الاحمر |
| | | | 15. اللون الاحمر |
| | | | 16. اللون الاحمر |
| | | | 17. اللون الاخضر |
| | | | 18. اللون الاخضر |
| | | | 19. اللون الاحمر |
| | | | 20. اللون الاحمر |
| | | | 21. اللون الاحمر |
| | | | 22. اللون الاحمر |
| | | | 23. اللون الاحمر |
| | | | 24. اللون الاخضر |

| | | | |
|--|--|--|------------------|
| | | | 25. اللون الاحمر |
| | | | 26. اللون الاحمر |





ملحق رقم السابع عشر خاص بأسماء الأساتذة المحكمين لأداة تشخيص الكف السلوكي (لمواقف ادائية

للسلوك):

| الجامعة | التخصص | الرتبة | إسم الأستاذ | الرقم |
|--------------|-----------------------|-------------------|--------------------|-------|
| جامعة تلمسان | علم النفس الإكلينيكي. | أستاذة محاضرة(أ) | د بزراوي نور الهدى | 01 |
| جامعة تلمسان | علم النفس الإكلينيكي. | أستاذة محاضرة(أ) | د حاجب سلسبيل | 02 |
| جامعة تلمسان | الارطفوني. | أستاذة محاضرة (أ) | د. بن حبيب | 03 |
| جامعة تلمسان | علم النفس الاكلينيكي. | أستاذة محاضرة(أ) | د. بن صالح هديات | 04 |
| جامعة تلمسان | علم النفس الإكلينيكي | استاذة محاضرة(أ) | د. طاشمة | 05 |

ملحق رقم الثامن عشر عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص الكف السلوكي

(لمواقف ادائية سلوكية) للعيينة الضابطة.

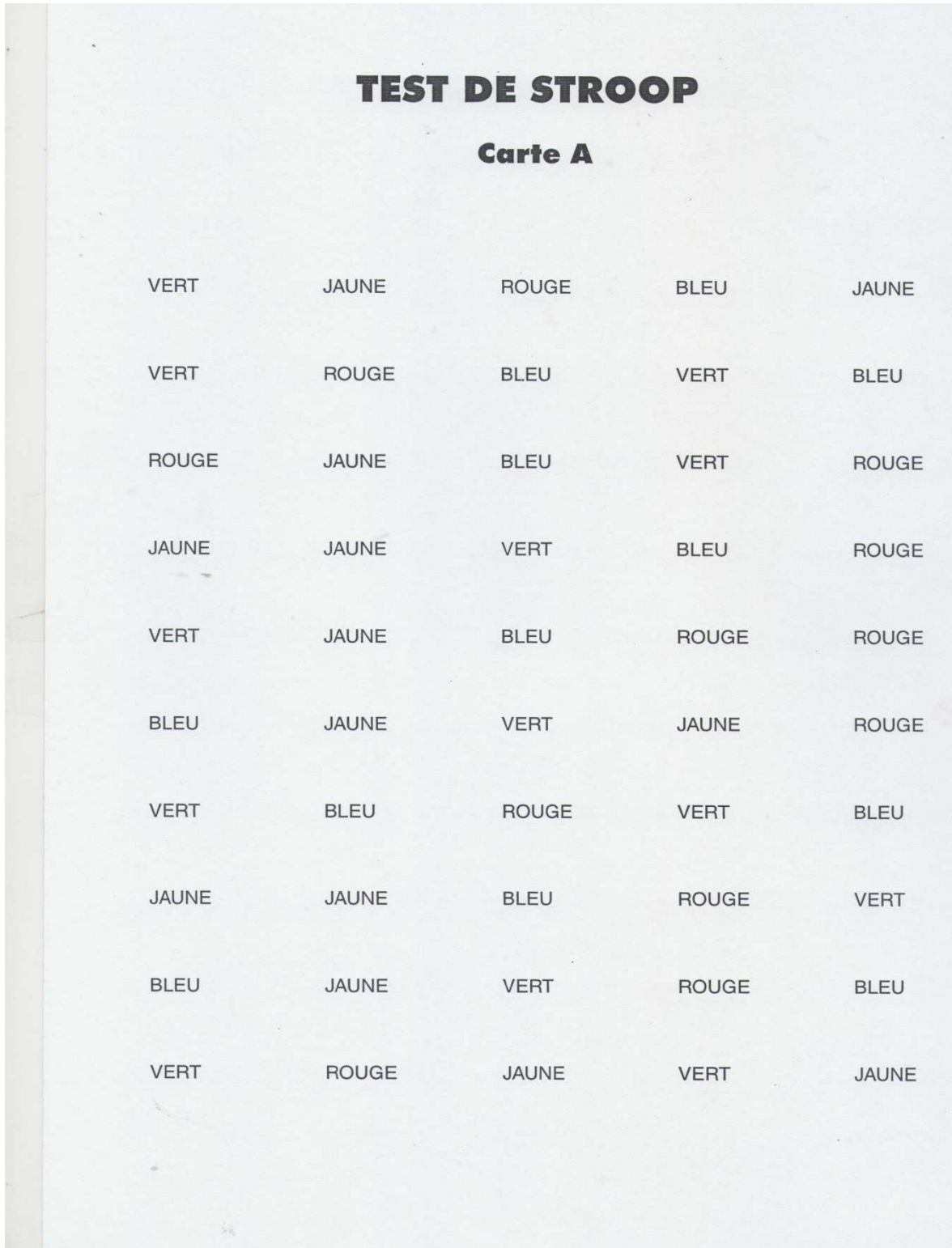
| الدرجة الكلية للمقياس | في أداة تشخيص الكف السلوكي (لمواقف ادائية سلوكية) | | | |
|-----------------------|---|--------------|-------------|-------|
| | الجزء الثاني | الجزء الثاني | الجزء الاول | |
| 111 | 52 | 50 | 09 | 01 |
| 108 | 50 | 49 | 09 | 02 |
| 111 | 51 | 51 | 09 | 03 |
| 109 | 51 | 48 | 10 | 04 |
| 108 | 50 | 48 | 10 | 05 |
| 104 | 49 | 46 | 09 | 06 |
| 103 | 47 | 48 | 08 | 07 |
| 103 | 48 | 47 | 08 | 08 |
| 109 | 50 | 50 | 09 | 09 |
| 101 | 46 | 46 | 09 | 10 |
| 56 | 24 | 24 | 07 | 11 |
| 49 | 20 | 22 | 07 | 12 |
| 100 | 51 | 50 | 09 | 13 |
| 55 | 24 | 25 | 06 | 14 |
| 98 | 46 | 43 | 09 | 15 |
| 106 | 52 | 45 | 09 | 16 |
| 1531 | 722 | 692 | 117 | مجموع |

الملحق التاسع عشر عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص الكف السلوكي

(لمواقف ادائية سلوكية) للعينة التجريبية.

| الدرجة الكلية للمقياس | في أداة تشخيص الكف السلوكي (لمواقف ادائية سلوكية) | | | |
|-----------------------|---|--------------|-------------|-------|
| | الجزء الثاني | الجزء الثاني | الجزء الاول | |
| 05 | 00 | 00 | 05 | 01 |
| 04 | 00 | 00 | 04 | 02 |
| 98 | 46 | 46 | 06 | 03 |
| 00 | 00 | 00 | 00 | 04 |
| 48 | 20 | 22 | 06 | 05 |
| 88 | 40 | 40 | 08 | 06 |
| 53 | 23 | 24 | 06 | 07 |
| 109 | 50 | 50 | 09 | 08 |
| 03 | 00 | 00 | 03 | 09 |
| 12 | 04 | 02 | 06 | 10 |
| 02 | 00 | 00 | 02 | 11 |
| 05 | 00 | 00 | 05 | 12 |
| 45 | 19 | 20 | 06 | 13 |
| 01 | 00 | 00 | 01 | 14 |
| 56 | 24 | 25 | 07 | 15 |
| 50 | 23 | 20 | 07 | 16 |
| 579 | 249 | 249 | 81 | مجموع |

الملحق رقم عشرون: test de stroop



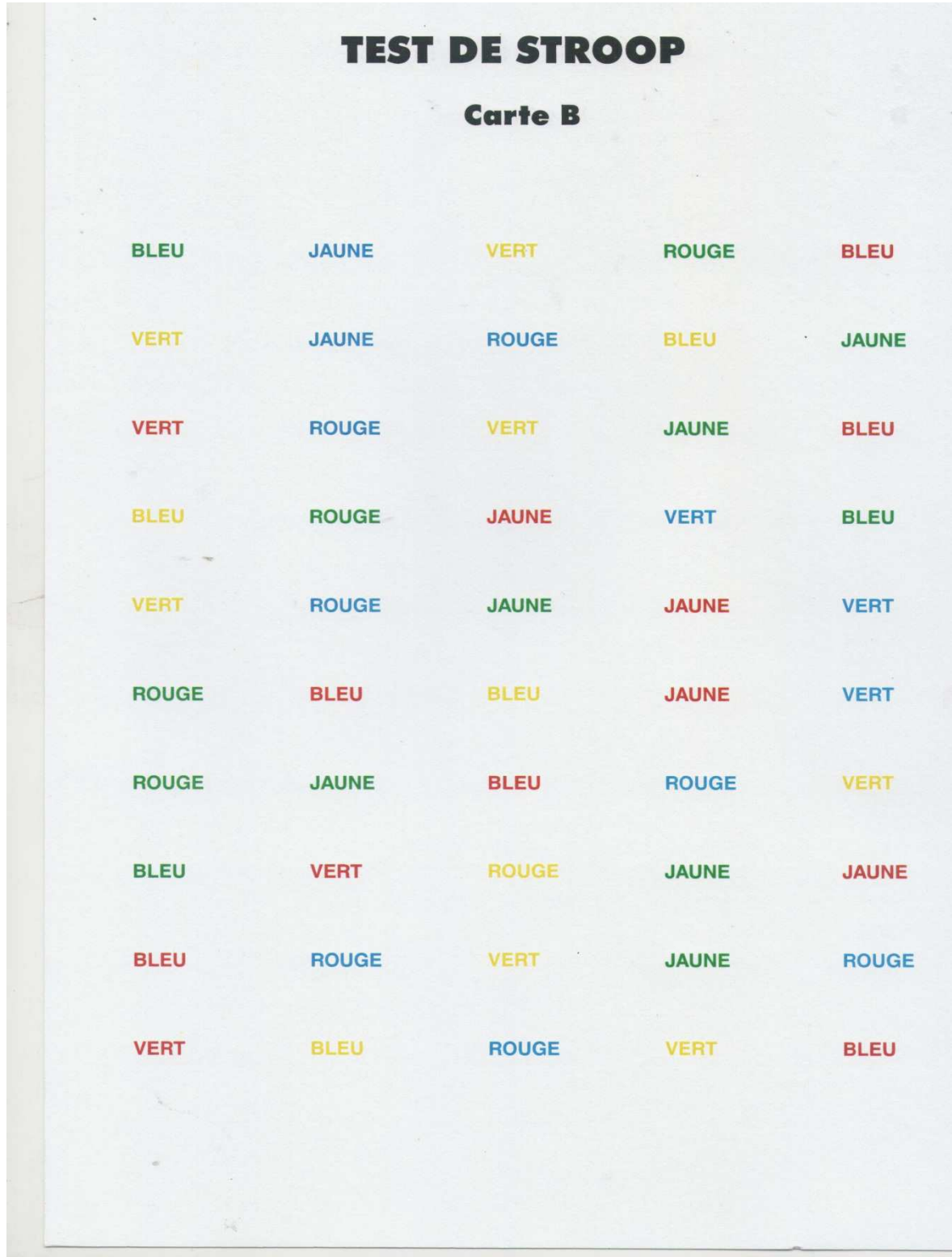
الملحق رقم واحد وعشرون: اختبار ستروب

اختبار ستروب

اللوحة أ

| | | | | |
|------|------|------|------|------|
| اصفر | ازرق | احمر | اصفر | اخضر |
| ازرق | اخضر | ازرق | احمر | اخضر |
| احمر | اخضر | ازرق | اصفر | احمر |
| احمر | ازرق | اخضر | اصفر | اصفر |
| احمر | احمر | ازرق | اصفر | اخضر |
| احمر | اصفر | اخضر | اصفر | ازرق |
| ازرق | اخضر | احمر | ازرق | اخضر |
| اخضر | احمر | ازرق | اصفر | اصفر |
| ازرق | احمر | اخضر | اصفر | ازرق |
| اصفر | اخضر | اصفر | احمر | اخضر |

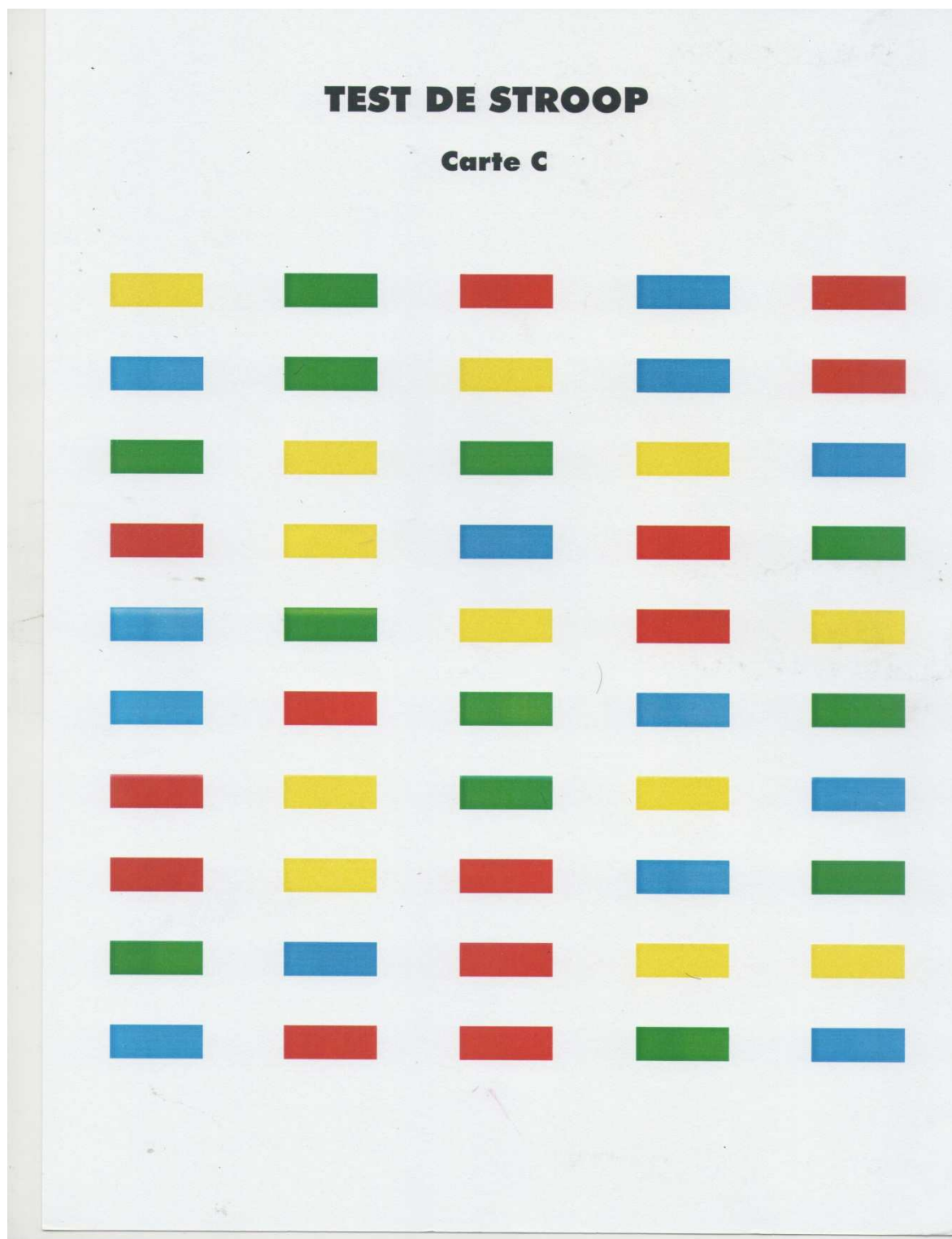
الملحق رقم اثنان وعشرون test de stroop



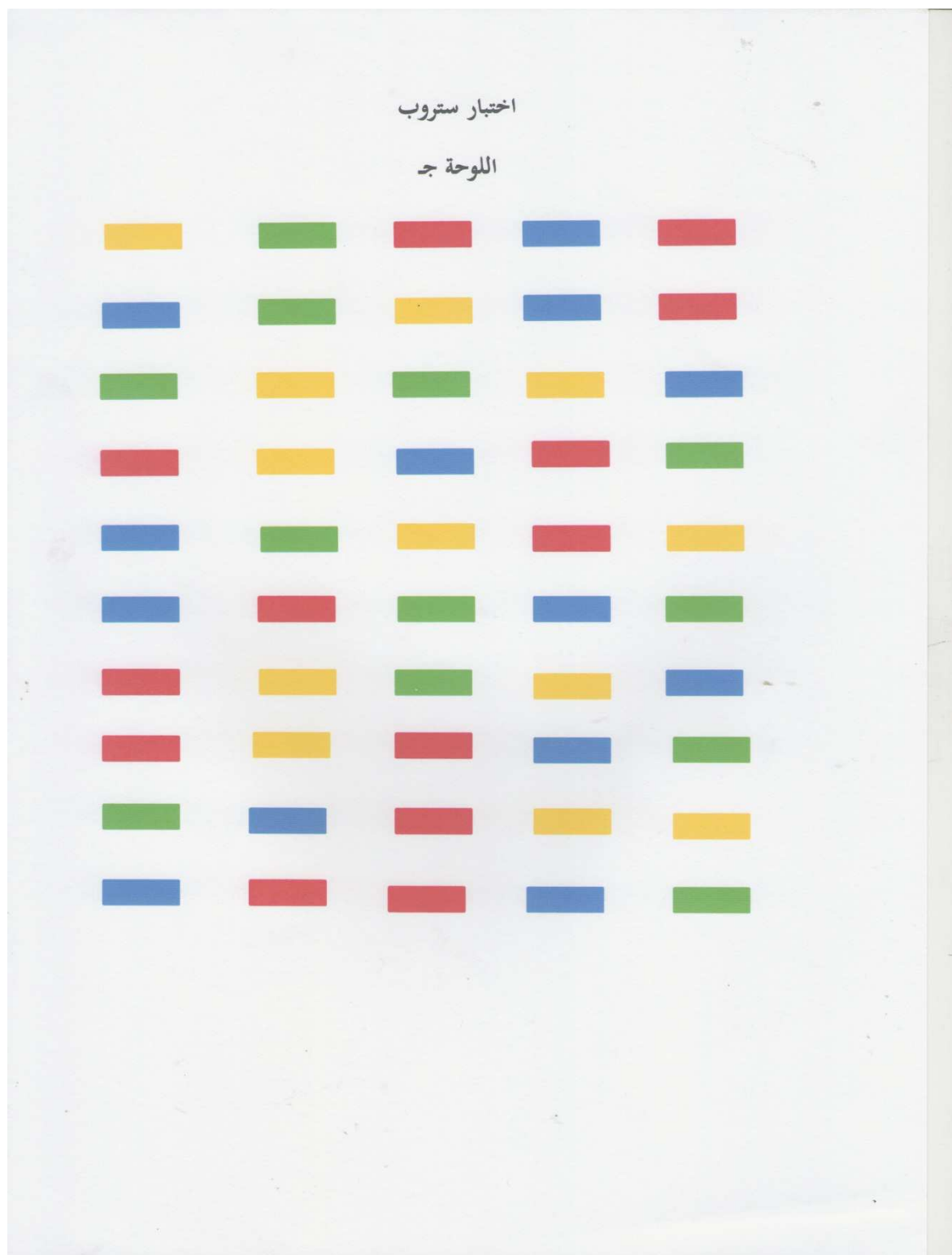
الملحق رقم ثلاث وعشرون : اللوحة ب

| اختبار ستروب | | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| اللوحة ب | | | | |
| ازرق | احمر | اخضر | اصفر | ازرق |
| اصفر | ازرق | احمر | اصفر | اخضر |
| ازرق | اصفر | اخضر | احمر | اخضر |
| ازرق | اخضر | اصفر | احمر | ازرق |
| اخضر | اصفر | اصفر | احمر | اخضر |
| اخضر | اصفر | ازرق | ازرق | احمر |
| اخضر | احمر | ازرق | اصفر | احمر |
| اصفر | اصفر | احمر | اخضر | ازرق |
| احمر | اصفر | اخضر | احمر | ازرق |
| ازرق | اخضر | احمر | ازرق | اخضر |

الملحق رقم اربعة وعشرون: test de stroop



الملحق رقم خمسة وعشرون: اختبار ستروب



ملحق رقم ستة وعشرون عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص الكف المعرفي

(stroop) للعينه الضابطة.

| الدرجة الكلية للمقياس | | في أداة تشخيص الكف المعرفي (Stroop) | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------|-------------------------------------|----------------|----------|----------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|-------|
| الايخطاء | استجابات | التداخلات | اللوحة الرابعة | | اللوحة الثالثة | | اللوحة الثاني | | اللوحة الاولى | | |
| | | نتيجة | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | |
| 00 | 197 | 20 | 00 | 30 | 00 | 50 | 00 | 47 | 00 | 50 | 01 |
| 00 | 210 | 20 | 00 | 30 | 00 | 50 | 00 | 55 | 00 | 55 | 02 |
| 01 | 223 | 15 | 00 | 40 | 00 | 55 | 01 | 53 | 00 | 60 | 03 |
| 33 | 249 | 21 | 12 | 38 | 07 | 60 | 07 | 70 | 07 | 60 | 04 |
| 24 | 57 | 05 | 10 | 05 | 08 | 10 | 05 | 17 | 01 | 20 | 05 |
| 03 | 204 | 20 | 01 | 30 | 01 | 50 | 01 | 52 | 00 | 52 | 06 |
| 00 | 200 | 25 | 00 | 25 | 00 | 50 | 00 | 50 | 00 | 50 | 07 |
| 10 | 180 | 20 | 04 | 25 | 02 | 45 | 02 | 40 | 02 | 50 | 08 |
| 40 | 86 | 10 | 14 | 10 | 10 | 20 | 10 | 26 | 06 | 20 | 09 |
| 05 | 147 | 20 | 04 | 25 | 0 | 45 | 0 | 22 | 01 | 35 | 10 |
| 17 | 215 | 20 | 08 | 30 | 04 | 50 | 02 | 60 | 03 | 55 | 11 |
| 06 | 243 | 20 | 05 | 30 | 01 | 60 | 00 | 66 | 00 | 65 | 12 |
| 14 | 190 | 27 | 10 | 23 | 00 | 50 | 03 | 45 | 01 | 45 | 13 |
| 09 | 247 | 20 | 04 | 40 | 04 | 60 | 00 | 60 | 01 | 63 | 14 |
| 10 | 249 | 33 | 05 | 28 | 04 | 61 | 01 | 60 | 00 | 67 | 15 |
| 00 | 198 | 20 | 00 | 30 | 00 | 50 | 00 | 48 | 00 | 50 | 16 |
| 172 | 3093 | 316 | 77 | 439 | 41 | 766 | 32 | 771 | 22 | 797 | مجموع |

الملحق رقم السابع والعشرين عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص الكف

المعرفي (stroop) للعينة التجريبية(الخام).

| الدرجة الكلية للمقياس | | في أداة تشخيص الكف المعرفي (Stroop) | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------|-------------------------------------|----------------|----------|----------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|-------|
| الايخطاء | استجابات | التداخلات | اللوحة الرابعة | | اللوحة الثالثة | | اللوحة الثاني | | اللوحة الاولى | | |
| | | نتيجة | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | |
| 29 | 170 | 10 | 11 | 30 | 4 | 40 | 7 | 45 | 7 | 45 | 01 |
| 12 | 145 | 09 | 3 | 31 | 4 | 40 | 3 | 35 | 2 | 30 | 02 |
| 30 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 15 | 20 | 45 | 03 |
| 21 | 139 | 08 | 4 | 30 | 7 | 38 | 6 | 28 | 4 | 35 | 04 |
| 5 | 135 | 05 | 2 | 25 | 3 | 30 | 0 | 35 | 0 | 40 | 05 |
| 14 | 170 | 15 | 6 | 30 | 6 | 45 | 1 | 35 | 1 | 45 | 06 |
| 34 | 183 | 05 | 16 | 35 | 9 | 40 | 5 | 53 | 4 | 50 | 07 |
| 13 | 192 | 30 | 9 | 20 | 4 | 50 | 0 | 41 | 0 | 51 | 08 |
| 85 | 65 | 3 | 22 | 15 | 21 | 12 | 20 | 15 | 22 | 20 | 09 |
| 22 | 134 | 2 | 11 | 30 | 4 | 32 | 5 | 30 | 2 | 40 | 10 |
| 77 | 74 | 4 | 12 | 11 | 16 | 15 | 27 | 19 | 22 | 25 | 11 |
| 12 | 128 | 9 | 5 | 30 | 1 | 39 | 3 | 20 | 3 | 30 | 12 |
| 52 | 108 | 10 | 13 | 15 | 15 | 25 | 12 | 25 | 12 | 33 | 13 |
| 37 | 181 | 27 | 7 | 20 | 11 | 47 | 13 | 45 | 6 | 42 | 14 |
| 9 | 180 | 6 | 4 | 30 | 3 | 36 | 2 | 58 | 0 | 50 | 15 |
| 23 | 104 | 12 | 7 | 20 | 0 | 32 | 11 | 20 | 5 | 20 | 16 |
| 475 | 2168 | 155 | 132 | 372 | 108 | 521 | 125 | 519 | 110 | 601 | مجموع |

الملحق رقم الثامن والعشرين عرض درجات الاقسام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص الكف

المعرفي (stroop) للعينه الضابطة (الاقسام).

| الدرجة الكلية للمقياس | | في أداة تشخيص الكف المعرفي (Stroop) | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------|-------------------------------------|----------------|----------|----------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|-------|
| الخطا | استجابات | التداخلات | اللوحة الرابعة | | اللوحة الثالثة | | اللوحة الثاني | | اللوحة الاولى | | |
| | | نتيجة | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | |
| 2 | 8 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 |
| 12 | 10 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 0 | 02 |
| 12 | 10 | 1 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 03 |
| 07 | 11 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0 | 1 | 04 |
| 06 | 15 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 05 |
| 07 | 12 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 06 |
| 00 | 12 | 3 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 07 |
| 03 | 07 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 08 |
| 02 | 00 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 09 |
| 11 | 9 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 10 |
| 09 | 7 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 11 |
| 07 | 14 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 0 | 1 | 12 |
| 08 | 06 | 2 | 0 | 2 | 4 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 13 |
| 06 | 13 | 2 | 4 | 4 | 0 | 4 | 0 | 1 | 2 | 2 | 14 |
| 05 | 08 | 4 | 2 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| 06 | 07 | 2 | 0 | 3 | 4 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 16 |
| 103 | 149 | 36 | 31 | 46 | 38 | 44 | 18 | 12 | 16 | 8 | مجموع |

الملحق رقم التاسع والعشرين عرض درجات الاقسام التي تم الحصول عليها في أداة تشخيص الكف

المعرفي (stroop) للعينة التجريبية(الاقسام).

| الدرجة الكلية للمقياس | | فيأداة تشخيص الكف المعرفي (Stroop) | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------|------------------------------------|----------------|----------|----------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---|-------|
| الاخطاء | استجابات | التداخلات | اللوحة الرابعة | | اللوحة الثالثة | | اللوحة الثاني | | اللوحة الاولى | | | |
| | | نتيجة | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | خطأ | استجابات | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 01 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 02 |
| 4 | 3 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 03 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 04 |
| 6 | 4 | 1 | 4 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 05 |
| 7 | 6 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 06 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 07 |
| 6 | 9 | 4 | 0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 08 |
| 1 | 5 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 09 |
| 10 | 1 | 0 | 3 | 1 | 3 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 10 |
| 5 | 5 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| 5 | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 13 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 15 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| 46 | 39 | 10 | 12 | 22 | 16 | 7 | 9 | 0 | 9 | 0 | 0 | مجموع |