

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبو بكر بلقايد * تلمسان *

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل م د

تخصص تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي تحت عنوان:

فاعلية برنامج علاجي سد وكي قائم
على استراتيجية النمذجة في خفض
اضطراب ضعف الانتباه والنشاط
الزائد عند أطفال المرحلة الابتدائية

تحت إشراف:

أ. د. فقيه العيد

من إعداد الطالب:

بن مصطفى عبد الكريم

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ. د بوغازي طاهر
مشرفا ومقررا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ. د فقيه العيد
عضوا مناقشا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر (أ)	د. سجلماسي محمد امين
عضوا مناقشا	جامعة وهران 2	أستاذ محاضر (أ)	د. فسيان حسين
عضوا مناقشا	جامعة وهران 2	أستاذ محاضر (أ)	د. فراحي فيصل
عضوا مناقشا	جامعة مستغانم	أستاذ محاضر (أ)	د. بن أحمد قويدر

السنة الجامعية 2016/20015

كلمة شكر

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

يطيب لي أن أتقدم بأسمى عبارات الشكر والثناء وعظيم التقدير إلى الأستاذ الدكتور: " فقيه

العيد" الذي أشرف على هذا العمل المتواضع، وبدل فيه جهدا صادقا مخلصا في توجيه هذا البحث

فأرجوا من الله أن يجزيه الجزاء الأوفى.

الشكر والتقدير إلى كل أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة.

كما أتوجه أيضا بالشكر الجزيل إلى مدير التربية لولاية تلمسان ومديري المدارس الابتدائية والمعلمين والتلاميذ على

مساعيهم في القيام بالدراسة الميدانية.

الإهداء

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

إلى والدي العزيزين أدامهما الله لي

إلى أخواتي وجميع أفراد عائلتي

إلى أساتذتي الأجلاء أهدي بعضا من طيب غرسهم الكريم تقديرا لعطائهم

إلى جميع الأصدقاء

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تصميم برنامج علاجي سلوكي قائم على إستراتيجية النمذجة من أجل خفض شدة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وتطبيقه على عينة من الأطفال يعانون من هذا الاضطراب وتمتد أعمارهم بين 07 و 09 سنوات، لذا فإن الاشكالية العامة للدراسة هي:

إلى أي مدى يساهم البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة في خفض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال الذين تمتد أعمارهم بين 07 و 09 سنوات بتلمسان؟ وما هو حجم تأثيره؟

لقد اعتمدت الدراسة على اختيار المنهج التجريبي لملاءمته متغيرات الدراسة، كما تم اختيار عينة تقدر بـ 30 طفل، منها 10 أطفال لقياس فعالية الجزء الأول من البرنامج العلاجي الخاص بنمط سيطرة ضعف الانتباه، مقسمة بالتساوي إلى مجموعتين واحدة ضابطة والأخرى تجريبية، و 10 أطفال لقياس فعالية الجزء الثاني من البرنامج العلاجي الخاص بنمط سيطرة النشاط الزائد والإنذافية، مقسمة بالتساوي إلى مجموعتين واحدة ضابطة والأخرى تجريبية، و 10 أطفال لقياس فعالية الجزء الثالث من البرنامج الخاص بالنمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية، مقسمة بالتساوي إلى مجموعتين واحدة ضابطة والأخرى تجريبية.

كما تم الاعتماد في هذه الدراسة على استمارة التشخيص المستمدة من الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، ومقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد للدكتورة (اليحمدي، 2014)، بالإضافة إلى تصميم برنامج علاجي قائم على إستراتيجية النمذجة، وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة تم تطبيق البرنامج العلاجي بأجزائه الثلاثة على ثلاث عينات مقصودة من أطفال المرحلة الابتدائية، وبعد رصد درجات العينات الثلاثة ومعالجتها إحصائياً، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

يساهم البرنامج العلاجي القائم على إستراتيجية النمذجة بأجزائه الثلاثة في خفض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال الذين تمتد أعمارهم بين 07 و 09 سنوات بتلمسان، وكان حجم تأثير كل جزء كبيراً.

تم تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ظل نتائج بعض الدراسات السابقة، وانتهت الدراسة ببعض التوصيات الموجهة للمعنيين بشؤون التلاميذ والعاملين في مجال البحث.

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي، النمذجة، اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

Resumé:

La présente étude porte sur la conception et l'élaboration d'un programme thérapeutique comportemental basé sur la stratégie de modélisation aux fins de réduire l'intensité des principaux symptômes de trouble du déficit de l'attention et de hyperactivité, et son application sur un échantillon d'enfants souffrant de ce trouble âgés de 07 à 09 ans. De ce fait, la problématique générale de l'étude est :

« Jusqu'à quel point ce programme thérapeutique comportemental basé sur la stratégie de modélisation peut aider à la réduction des troubles du déficit de l'attention et de l'hyperactivité chez les enfants à Tlemcen, âgés de 07 à 09 ans ? Et quels sont ses effets ?

L'étude s'est appuyée sur la méthode expérimentale comme convenant aux changements qui peuvent affecter l'étude. En outre, un échantillon de 30 enfants a été sélectionné, dont 10 pour mesurer l'efficacité de la première partie du programme thérapeutique relatif à la méthode du contrôle du déficit de l'attention, répartis en deux groupes égaux ; un groupe contrôle et un groupe expérimental. 10 enfants pour mesurer l'efficacité de la deuxième partie du programme thérapeutique relatif à la méthode du contrôle de l'hyperactivité et de l'impulsivité, répartis en deux groupes égaux ; un groupe contrôle et un groupe expérimental. 10 enfants pour mesurer l'efficacité de la troisième partie du programme thérapeutique relatif à la méthode complexe dominée par le déficit d'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité répartis en deux groupes égaux ; un groupe contrôle et un groupe expérimental.

En sus, L'étude s'est basée sur le formulaire de diagnostic tirée du quatrième manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et de l'échelle du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité du docteur (ELYAHMADI 2014), outre la conception d'un programme thérapeutique basé sur la stratégie de modélisation. Qu'après s'être assuré des caractéristiques psychométriques des outils de l'étude, un programme thérapeutique a été appliqué avec ses trois échantillons sur d'enfants délibérés sélectionnés du palier primaire. Une fois les trois échantillons ont été notés, traités statistiquement, l'étude s'est soldée par les résultats suivants :

Le programme thérapeutique basé sur la modélisation en ses trois parties contribue à la réduction du trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité chez les enfants à Tlemcen âgés de 07 à 09 ans. L'effet de chaque partie est important.

L'interprétation et le débat autour de ces résultats se sont passés à la lumière de certaines études précédentes. L'étude s'est achevée par quelques recommandations destinées aux personnes chargées des affaires des élèves et travaillant dans le domaine de la recherche.

Mots clés : thérapie comportementale, modélisation, trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité.

Study summary:

The current study aims to design Behavioral treatment program design is based on modeling strategy in order to reduce the severity of the core symptoms of attention deficit disorder, hyperactivity, and apply it to children who are between the ages of 07 and 09 years, so the general dilemma of the study are: To what extent contributes to the therapeutic program based on behavioral modeling strategy in reducing attention deficit hyperactivity in children who span the ages of 07 and 09 years of Tlemcen disorder? What is the size of influence?

The study relied on the choice of the experimental method for suitability variables of the study, was selected as the sample an estimated 30 children, including 10 children to measure the effectiveness of the first part of your control attention deficit pattern therapeutic program, divided equally into two groups and one control group and the other pilot, and 10 children to measure the effectiveness of the The second of your control hyperactivity and impulsivity pattern therapeutic program, divided equally into two groups and one control group and the other pilot.

It was also rely in this study on the diagnosis form derived from the fourth Statistical Manual of Mental Disorders in 1994, and the measure of attention deficit hyperactivity Dr. disorder (Yahmadi 0.2014), as well as the design is based on modeling strategy treatment program, and after confirmation of the psychometric characteristics of the study tools were applied therapeutic program of the three-volume three intentional samples of primary school children, and after monitoring grades three samples and processed statistically significant, the study found the following results: Therapeutic program based on modeling contributes to the three-volume strategy in reducing attention deficit hyperactivity in children who span the ages of 07 and 09 years of Tlemcen disorder, and had the effect of each significant portion size.

As has been the interpretation and discuss the results of the study in light of the results of some previous studies, and the study ended with some recommendations geared for those involved in the affairs of students and workers in the field of research.

Keywords: Behavioral therapy, modeling, disorder attention deficit hyperactivity

الرقم	قائمة المحتويات	الصفحة
/	كلمة شكر	أ
/	الإهداء	ب
/	ملخص الدراسة	ج
/	فهرس المحتويات	و
/	فهرس الجداول	ي
/	فهرس الأشكال	ل
/	مقدمة	01
الباب الأول: خلفية نظرية وتحديد مفاهيم البحث.		
الفصل الأول: خلفية نظرية للبحث وطرح الإشكالية.		
أولا	خلفية نظرية للبحث في ضوء الدراسات السابقة.	06
ثانيا	تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية في ضوء الإشكالية التي تطرحها.	11
ثالثا	فرضيات الدراسة.	14
رابعا	أهداف الدراسة.	15
خامسا	أهمية الدراسة.	15
سادسا	التعاريف الإجرائية للدراسة.	15
سابعا	حدود الدراسة.	16
الفصل الثاني: اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.		
أولا	التطور التاريخي لمفهوم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	19
ثانيا	تعريف اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	20
ثالثا	تصانيف اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	22
رابعا	انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	22
خامسا	أسباب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	24
سادسا	أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	27
سابعا	تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	31
ثامنا	التشخيص التفريقي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	36
تاسعا	الاضطرابات المصاحبة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	37
عاشرا	المشكلات التعليمية المصاحبة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	41

الفصل الثالث: علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.		
55	العلاج الطبي.	أولا
57	العلاج السلوكي.	ثانيا
59	العلاج السلوكي المعرفي.	ثالثا
61	العلاج الأسري.	رابعا
67	العلاج التربوي.	خامسا
70	العلاج عن طريق برامج الغذاء.	سادسا
71	علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال المتخلفين عقليا.	سابعا
الفصل الرابع: العلاج السلوكي والعلاج السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة.		
75	العلاقة بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي.	أولا
75	مفهوم العلاج السلوكي.	1.
76	مسلمات العلاج السلوكي.	2.
77	النظريات المؤسسة للعلاج السلوكي.	3.
81	إجراءات العلاج السلوكي للطفل.	4.
83	أساليب العلاج السلوكي.	5.
90	العلاج السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة.	ثانيا
90	الملامح الأساسية لنظرية باندورا للتعلم الإجتماعي.	1.
91	الإفترضات التي تقوم عليها نظرية باندورا للتعلم الإجتماعي.	2.
93	المفاهيم والمصطحات المستخدمة في نظرية باندورا للتعلم الإجتماعي.	3.
94	أساليب العلاج وفق نظرية التعلم الإجتماعي.	5.
الفصل الخامس: البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة.		
100	الخلفية النظرية للبرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة.	أولا
103	مراحل تصميم البرنامج العلاجي.	ثانيا
103	تصميم الجزء الأول الخاص بعلاج نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة ضعف الانتباه.	1.
103	المراحل العلاجية.	أ.
105	محتوى الجلسات العلاجية.	ب.
120	تصميم الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة النشاط الزائد والإندفاعية.	2.

120	المراحل العلاجية.	أ.
122	محتوى الجلسات العلاجية.	ب.
132	تصميم الجزء الثالث الخاص بعلاج نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النمط المركب الذي تسيطر عليه أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية.	3.
132	المراحل العلاجية.	أ.
134	محتوى الجلسات العلاجية.	ب.
الباب الثاني: الاجراءات المنهجية للدراسة وعرض النتائج و مناقشتها.		
الفصل الأول: الاجراءات المنهجية للدراسة.		
137	منهج الدراسة.	أولا
137	المعالجات الإحصائية.	ثانيا
138	عرض البرنامج العلاجي الذي تم تصميمه.	ثالثا
138	عرض جلسات الجزء الأول الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه.	1.
141	عرض جلسات الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والإنذافية.	2.
142	عرض جلسات الجزء الثالث الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية.	3.
الفصل الثاني: الدراسة الاستطلاعية.		
144	الهدف من الدراسة الإستطلاعية.	أولا
144	ميدان البحث ومدة الدراسة الإستطلاعية.	ثانيا
145	أدوات الدراسة الإستطلاعية.	ثالثا
150	عينة الدراسة الإستطلاعية.	رابعا
153	نتائج الدراسة الإستطلاعية.	خامسا
153	النتائج الخاصة بالتجربة الإستطلاعية للبرنامج العلاجي.	1.
154	النتائج الخاصة بتشخيص حالات الدراسة.	2.
159	النتائج الخاصة بالتقييم القبلي.	3.
الفصل الثالث: الدراسة الأساسية.		
162	مكان إجراء الدراسة الأساسية.	أولا
162	أدوات الدراسة الأساسية.	ثانيا
162	عينة الدراسة الأساسية.	ثالثا
163	مرحلة تطبيق البرنامج العلاجي.	رابعا

170	مرحلة المتابعة.	خامسا
171	عرض النتائج وتحليلها.	سادسا
171	عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.	1.
174	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.	2.
178	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.	3.
181	عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.	4.
183	عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.	5.
185	عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.	6.
187	سابعاً - مناقشة النتائج في ضوء فروضها.	سابعاً
187	مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى.	1.
189	مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية.	2.
190	مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة.	3.
192	مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الرابعة.	4.
192	مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الخامسة.	5.
193	مناقشة النتائج في ضوء الفرضية السادسة.	6.
194	خلاصة	/
197	خاتمة.	
198	المصادر والمراجع	/
203	الملاحق	/

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح تطور مفهوم اضطراب النشاط الزائد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية	20
02	يبين نسب انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في بعض الدول.	23
03	يبين توزيع الجلسات العلاجية الخاصة بالجزء الأول من البرنامج العلاجي مرتبة حسب الأهداف السلوكية والمدة الزمنية والفنيات والأدوات المستخدمة في كل جلسة.	139
04	يبين توزيع الجلسات العلاجية الخاصة بالجزء الثاني من البرنامج العلاجي مرتبة حسب الأهداف السلوكية والمدة الزمنية والفنيات والأدوات المستخدمة في كل جلسة.	141
05	يبين معامل ارتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه للصورة المدرسية	147
06	يبين معامل ارتباط الدرجة الكلية للبعد مع الدرجة الكلية للمقياس ككل للصورة المدرسية.	148
07	يبين معامل ارتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه للصورة المدرسية	148
08	يبين معامل ارتباط الدرجة الكلية للبعد مع الدرجة الكلية للمقياس ككل للصورة المنزلية.	149
09	يبين معامل الثبات للمقياس بالنسبة للصورة المدرسية.	149
10	يبين معامل الثبات للمقياس بالنسبة للصورة المنزلية.	150
11	يبين توزيع عدد تلاميذ المدرسة الابتدائية (فلاوسن الجديدة) موزعين حسب متغير المستوى الدراسي والجنس.	151
12	يبين توزيع أفراد العينة الإستطلاعية حسب متغير المستوى الدراسي والجنس والسن ونوع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بمدرسة فلاوسن الجديدة:	151
13	يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين نتائج القياسين القبيل والبعدي لعينة التجربة الإستطلاعية للبرنامج العلاجي على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:	153
14	يبين توزيع عدد تلاميذ المدرسة الابتدائية (عيدوني عمرو) موزعين حسب متغير المستوى الدراسي والجنس.	155
15	يبين توزيع أفراد العينة الإستطلاعية حسب متغير المستوى الدراسي والجنس والسن ونوع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	156
16	يبين عدد تلاميذ المدرسة الابتدائية (عبد الحميد بن باديس) موزعين حسب متغير المستوى الدراسي والجنس.	158
17	يبين توزيع أفراد العينة الإستطلاعية حسب متغير المستوى الدراسي والجنس والسن ونوع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بمدرسة عبد الحميد بن باديس.	158
18	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية:	162
19	يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين درجات العينتين في بعد ضعف الانتباه على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	164
20	يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين العينتين في متغير العمر بالأشهر.	164
21	يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين درجات العينتين في بعد النشاط الزائد والإندفاعية على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	166

166	يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين العينتين في متغير العمر بالأشهر.	22
168	بين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين درجات العينتين في جميع الأبعاد على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	23
168	يبين نتائج المقارنة بين المجموعتين في متغير العمر بالأشهر.	24
171	يبين نتيجة الدلالة الإحصائية لاختبار t للفرق بين نتائج العينة الضابطة الأولى والتجريبية الأولى على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في القياس البعدي.	25
173	يبين قيمة (n2) ومقدار حجم تأثير الجزء الأول من البرنامج العلاجي في القياس البعدي لأفراد العينة التجريبية الأولى.	26
173	يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي عند نفس أفراد العينة التجريبية الأولى.	27
175	يبين نتيجة الدلالة الإحصائية لاختبار t للفرق بين نتائج العينة الضابطة الثانية والتجريبية الثانية على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في القياس البعدي.	28
176	يبين قيمة (n2) ومقدار حجم تأثير الجزء الثاني من البرنامج العلاجي في القياس البعدي لأفراد العينة التجريبية الثانية.	29
177	يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي عند نفس أفراد العينة التجريبية الثانية.	30
178	يبين نتيجة الدلالة الإحصائية لاختبار t للفرق بين نتائج العينة الضابطة الثالثة والتجريبية الثالثة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في القياس البعدي.	31
180	يبين قيمة (n2) ومقدار حجم تأثير الجزء الثالث من البرنامج العلاجي في القياس البعدي لأفراد العينة التجريبية الثالثة.	32
180	يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي عند نفس أفراد العينة التجريبية الثالثة.	33
182	يبين نتائج المقارنة بين القياسين البعدي والتبعي للعينة التجريبية الأولى على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	34
184	يبين نتائج المقارنة بين القياسين البعدي والتبعي للعينة التجريبية الثانية على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	35
186	يبين نتائج المقارنة بين القياسين البعدي والتبعي للعينة التجريبية الثالثة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.	36

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
35	يبين خطوات عملية القياس والتشخيص	01
38	علاقة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد باختلال الوظائف الاجتماعية	02
39	يبين الوظائف التي يؤثر عليها اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد	03
90	يبين كيفية التفاعل بين الفرد البيئة والسلوك	04

مقدمة:

يعاني الطفل في سن المدرسة من مشكلات نفسية وسلوكية عديدة تؤثر على تكيفه مع أقرانه والأفراد المحيطين به، ومن بين أكثر هذه المشكلات إنتشاراً خاصة في الوسط المدرسي نجد اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث يعتبر حالة نفسية سلوكية تبدأ في مرحلة الطفولة، وهي تسبب نموذج من التصرفات تجعل الطفل غير قادر على إتباع الأوامر أو على السيطرة على تصرفاته أو أنه يجد صعوبة بالغة في الإنتباه للقوانين وبذلك هو في حالة إلهاء دائم بالأشياء الصغيرة.

فالمصابون بهذه الحالة يواجهون صعوبة في الإندماج في صفوف المدارس والتعلّم من مدرسيهم، ولا يتقيدون بقوانين الفصل، مما يؤدي إلى تدهور الأداء المدرسي لدى هؤلاء الأطفال بسبب عدم قدرتهم على التركيز وليس لأنهم غير أذكياء، لذلك يعتقد أغلبية الناس أنهم مشاغبون بطبيعتهم.

هذه الحالة تعتبر أكثر الحالات النفسية شيوعاً في العالم إذ يبلغ عدد المصابين بقصور الإنتباه وفرط الحركة حوالي 5% من مجموع شعوب العالم، والنسبة تزيد عن ذلك في الدول المتطورة (دول العالم الأول). هذه الإحصائيات جعلت بعض الباحثين يعتقدون أن تركيبة الدول المتطورة وأجوائها قد تكون سبب لحالة قصور الإنتباه وفرط الحركة عند شعوبها.

لذلك يشكل التعامل مع الأطفال المصابين بكثرة الحركة ونقص الانتباه تحدياً كبيراً لأهاليهم ومدرسيهم في المدرسة وحتى لطبيب الأطفال وللطفل نفسه أحياناً.

هذه الحالة لا تعتبر من صعوبات التعلم ولكنها مشكلة سلوكية عند الطفل ويكون هؤلاء الأطفال عادة مفرطي النشاط وإندفاعيين ولا يستطيعون التركيز على أمر ما لأكثر من دقائق فقط، يصاب من ثلاثة إلى خمسة بالمئة من تلاميذ المدارس بهذه الحالة والذكور أكثر إصابة من الإناث، ويشكل وجود طفل مصاب بهذه الحالة مشكلة حقيقية أحياناً للأهل، وحتى الطفل المصاب يدرك أحياناً مشكلته ولكنه لا يستطيع السيطرة على تصرفاته ويجب

على الوالدين معرفة ذلك ومنح الطفل المزيد من الحب والحنان والدعم، وعلى الأهل كذلك التعاون مع طبيب الأطفال والمدرسين من أجل كيفية التعامل مع الطفل.

لذلك يجب التدخل المبكر لعلاج مثل هذه الحالات قبل أن يستفحل الأمر، في هذا الصدد أشار (الزيات، 2006:18) إلى أن التدخلات العلاجية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، لم تحظ بالقدر من إهتمام الدراسات والبحوث خاصة في المواقف المدرسية.

ومن هذا المنطلق جاءت الدراسة الحالية لتتفحص فعالية برنامج علاجي سلوكي قائم على إستراتيجية النمذجة في خفض شدة هذا الاضطراب عند الأطفال الذين تمتد أعمارهم بين 07 و 09 سنوات بولاية تلمسان. فقد إعتمدت الدراسة الحالية على بابين، حيث جاء الباب الأول كخلفية نظرية لتحديد مفاهيم البحث وتكون من خمسة فصول فتضمن الفصل الأول طرح إشكالية الدراسة وتساؤلاتها الفرعية، وأهميتها وأهدافها، وتعريفها الإجرائية، وكذلك حدود الدراسة.

بينما إشتمل الفصل الثاني على اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بداية من التطور التاريخي لمفهوم هذا الاضطراب، وبعض تعاريفه، وتصنيفه، ونسبة انتشاره، وأسبابه، وأعراضه، وتشخيصه، والاضطرابات والمشكلات التعليمية المصاحبة له.

في حين إشتمل الفصل الثالث على علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، بداية من العلاج الطبي، والسلوكي، والسلوكي المعرفي، والأسري، والتربوي، والعلاج عن طريق برامج الغذاء، ثم علاج هذا الاضطراب عند الأطفال المتخلفين عقليا.

أما الفصل الرابع العلاج السلوكي والعلاج السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة فإشتمل أولا على العلاقة بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي، ومفهوم العلاج السلوكي، ومسلماته، والنظريات المؤسسة له، وإجراءات وأساليب العلاج السلوكي للطفل، في حين إشتمل ثانيا على العلاج القائم على إستراتيجية النمذجة بداية من الملامح

الأساسية لنظرية باندورا للتعلم الاجتماعي، وافترضاؤها، والمفاهيم والمصطلحات المستخدمة فيها، وأساليب العلاج التي تقوم عليها.

أما الفصل الخامس فخصص للبرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة المصمم من طرف الطالب، فتطرقنا إلى الخلفية النظرية التي يركز عليها ثم مراحل تصميمه بداية من تصميم الجزء الأول الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه، وتصميم الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية، وتصميم الجزء الثالث الخاص بالنمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية.

أما الباب الثاني كان تطبيقيا حيث إشتمل على ثلاثة فصول فتطرقنا في الفصل الأول إلى الإجراءات المنهجية للدراسة بداية من منهج الدراسة ثم المعالجات الإحصائية المستخدمة ثم عرض مختصر لجلسات البرنامج العلاجي المصمم، في حين إشتمل الفصل الثاني على الدراسة الإستطلاعية بداية من أهدافها، ومكان ومدة إجراءاتها، وأدواتها، وعينتها، ونتائجها، أما الفصل الثالث فخصص للدراسة الأساسية بعرض أدواتها، وعينتها، ومرحلة تطبيق البرنامج العلاجي ثم عرض النتائج وتحليلها ثم مناقشة النتائج المتوصل إليها في ضوء فروضها، كما تم عرض مختلف المراجع المستخدمة في هذه الدراسة.

الباب الأول: خلفية نظرية وتحديد مفاهيم البحث.

الفصل الأول: خلفية نظرية للبحث وطرح الإشكالية.

الفصل الرابع: العلاج السلوكي والعلاج السلوكي القائم على

إستراتيجية النمذجة.

أولا: خلفية نظرية للبحث في ضوء الدراسات السابقة.

ثانيا: تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية في ضوء

الإشكالية التي تطرحها.

ثالثا: فرضيات الدراسة.

رابعا: أهداف الدراسة.

خامسا: أهمية الدراسة

سادسا: التعاريف الإجرائية للدراسة.

سابعا: حدود الدراسة.

الفصل الثاني: اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

أولا - التطور التاريخي لمفهوم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط

الزائد.

ثانيا - تعريف اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

ثالثا - تصانيف اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

رابعا - انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

خامسا - أسباب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

سادسا - أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

سابعا - تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

ثامنا - التشخيص التفريقي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط

الزائد.

تاسعا - الاضطرابات المصاحبة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط

الزائد.

عاشرا - المشكلات التعليمية المصاحبة لاضطراب ضعف الانتباه

والنشاط الزائد.

الفصل الثالث: علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

أولا - العلاج الطبي.

ثانيا - العلاج السلوكي.

ثالثا - العلاج السلوكي المعرفي.

رابعا - العلاج الأسري.

خامسا - العلاج التربوي.

سادسا - العلاج عن طريق برامج الغذاء.

سابعا - علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند

الأطفال المتخلفين عقليا.

أولا: العلاقة بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي.

1- مفهوم العلاج السلوكي.

2- مسلمات العلاج السلوكي.

3- النظريات المؤسسة للعلاج السلوكي.

4- إجراءات العلاج السلوكي للطفل.

5- أساليب العلاج السلوكي.

ثانيا: العلاج السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة.

1 - الملامح الأساسية لنظرية باندورا للتعلم الاجتماعي.

2- الافتراضات التي تقوم عليها نظرية باندورا للتعلم الاجتماعي.

3- المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في نظرية باندورا للتعلم

الاجتماعي.

4- أساليب العلاج وفق نظرية التعلم الإجتماعي.

الفصل الخامس: البرنامج العلاجي السلوكي القائم على

إستراتيجية النمذجة.

أولا: الخلفية النظرية للبرنامج العلاجي السلوكي القائم على

إستراتيجية النمذجة.

ثانيا: مراحل تصميم البرنامج العلاجي.

1- تصميم الجزء الأول الخاص بعلاج نمط اضطراب ضعف الانتباه

والنشاط الزائد مع سيطرة ضعف الانتباه.

أ- المراحل العلاجية.

ب- محتوى الجلسات العلاجية.

2- تصميم الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط اضطراب ضعف الانتباه

والنشاط الزائد مع سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية.

أ- المراحل العلاجية.

ب- محتوى الجلسات العلاجية.

3- تصميم الجزء الثالث الخاص بعلاج نمط اضطراب ضعف

الانتباه والنشاط الزائد النمط المركب الذي تسيطر عليه أعراض

ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية.

أ- المراحل العلاجية.

ب- محتوى الجلسات العلاجية.

الفصل الأول: خلفية نظرية للبحث وطرح الإشكالية.

أولاً: خلفية نظرية للبحث في ضوء الدراسات السابقة.

ثانياً: تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية في ضوء الإشكالية التي تطرحها.

ثالثاً: فرضيات الدراسة.

رابعاً: أهداف الدراسة.

خامساً: أهمية الدراسة.

سادساً: التعاريف الإجرائية للدراسة.

سابعاً: حدود الدراسة.

أولاً: خلفية نظرية للبحث في ضوء الدراسات السابقة:

إن المشكلات السلوكية للطفل تمتد في تصوري من تلك التي تبدو في شكلها الأولي بسيطة تثير بعض الإزعاج لدى الآباء والأمهات والمهتمين برعاية الطفل، إلى تلك التي تتزايد وتشتد بصورة تتطلب تدخلا مهنيا أو ربما تقتضي الإقامة في إحدى المصحات أو دور الرعاية.

ومن بين المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال والتي نالت إهتماما كبيرا من طرف الباحثين والدارسين في علم النفس حسب (الحجار، 2004:76) اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، الذي يعد من بين الاضطرابات السلوكية الأكثر شيوعا لدى الأطفال، حيث يشير هذا المصطلح إلى ذلك الاضطراب السلوكي الذي يعد النشاط الحركي المفرط وضعف الانتباه والإندفاع أهم مكوناته.

ويشير (أحمد وبدر، 1999:35) أن مشكلة ضعف الانتباه تعتبر من أهم المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال، فإستنادا للدراسات العلمية الوبائية الحديثة في الطب النفسي أن هذا الاضطراب يصيب نسبة تصل إلى 10% من أطفال العالم.

وهذا ما أكدته الدراسات المسحية في (الخطيب، 2003:190) على أنه يظهر لدى ما يزيد 5 % من الأطفال، وتزيد نسبة إنتشار هذا الاضطراب لدى الذكور بمعدل (3 إلى 9) أضعاف عنها لدى الإناث. كما ذكر كل من (حمودة، 1991:155) وسيدل (Seidel, 1990:217) أن هذا الاضطراب يشيع بين التلاميذ في مرحلة التعليم الابتدائي، حيث أن تقدير انتشاره يتوقف على تعريفه، وأدوات تشخيصه، والجنس الذي ينتمي إليه، والعمر والبيئة الاجتماعية، هذا ما عكسته بعض الدراسات التي تبين أن نسبة انتشاره في الولايات المتحدة تبلغ 3% وفي بريطانيا 1 % مصر 6.2% عند الاعتماد على تقدير المعلم، مع العلم أن النسبة تنخفض إلى 3.4 % عند إستخدام الأساليب الإكلينيكية.

في الوقت الحالي أصبحت هذه الظاهرة كما يرى (العاسمي، 2008:01) محط إهتمام الباحثين والقائمين على تربية الطفل، نتيجة للآثار السلبية التي تحدثها على المستوى المعرفي والإنفعالي والإجتماعي، وما تحدثه أيضا من مشكلات لأسرته، إذ يصاب الوالدين في الغالب بالحرج والإحباط نظرا لعدم قدرتهم على التعامل مع طفلهما بصورة سليمة، أو مساعدته على التحكم في سلوكه، لذلك يضطر الوالدين إلى الانسحاب مع طفلهما من المواقف الإجتماعية خشية التعرض للإنتقاد.

كما يلجأ الوالدين حسب (العاسمي، 2008:04) إلى أساليب تربوية خاطئة للحد من هذه السلوكيات غير المرغوب فيها، كإتباع أساليب تتم غالبا بالرفض الصريح مثل: (الإهمال والتحكم، اللامبالاة، النبذ والحرمان العاطفي، العقاب البدني والنفسي) كما يفكر هؤلاء الآباء أحيانا أن طفلهم هو المسؤول الوحيد عن سوء سلوكه، لكنهم لا

يدركون أن أسلوب رعايتهم الخاطئ يؤدي إلى حدة هذا الاضطراب، كما لا تغفل عن بعض الممارسات السيئة التي يقوم بها بعض المدرسون مع هذه الفئة من ضرب وعقاب تجعل الطفل يحس أنه غير مرغوب فيه، فيترتب عن ذلك بعض المشكلات النفسية والاجتماعية.

هذا ما أشارت إليه نتائج دراسة كل من: ناي وتارنوسكي (Tarnowski et Nay, 1997) ودراسة كلارك وهيلفيل (Clark et Heilveil, 1990) إلى أن هؤلاء الأطفال يتعرضون للعدوان من محيطهم، كما يعانون من الإهمال وعدم الاهتمام من الآخرين.

يؤكد (الدسوقي، 2006:63) أنه إذا لم تقدم الرعاية اللازمة لهته الفئة من الأطفال سيستمر الاضطراب إلى مرحلة المراهقة، حيث يمكن أن يتحول إلى سلوك مضاد للمجتمع يعرف باضطراب التواصل، فاستنادا إلى دراسة ميكي (Mekke, 1995) وجد أن هناك نسبة تتراوح بين 30% و70% من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب تستمر معهم الأعراض المرضية إلى مرحلة الرشد، فلا يستطيعون التغلب عليها أو التأقلم معها، بل تنشأ لديهم مشكلات مرضية مثل: الاكتئاب وهذه الفئة تستدعي الاهتمام الطبي بدرجة كبيرة.

ولقد أظهرت الدراسة التتبعية التي قام بها مانيوزا وآخرون (Manyoza, et al) على مجموعة من الأطفال أن 25 منهم ظلوا يعانون من الأعراض المرضية وذلك في سن 16 و23 سنة، حيث كان اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب سوء استخدام المادة أكثر الاضطرابات شيوعا.

ومن هذا المنطلق فقد إستقطب التدخل العلاجي إهتمام المربين، الباحثين والآباء والمنظمات المعنية بالتربية الخاصة وصعوبات التعلم خصوصا، حيث أفرزت هذه الإهتمامات إتساع قاعدة التدخل العلاجي بما فيه الطبي، النفسي، السلوكي والسلوكي المعرفي والتربوي...

ما يؤيد الرأي السابق في ضرورة الإهتمام بذوي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد دراسة أجراها كوبيلاندي ويسبرود (Copeland et Weissbord, 1980) في (نجاح الصايغ، 2006) حيث أجرى الباحثين دراسة للتعرف على أثر التعلم بالنموذج مع إضافة التعزيز على خفض النشاط الزائد، حيث تكونت عينة الدراسة من 32 طفلا، 16 من الأطفال ذوي النشاط الزائد و16 من الأطفال العاديين، تراوحت أعمارهم بين 6-10 سنوات، حيث إستخدما الباحثين فيلمان مصوران بالفيديو كفنية من فنيات التعلم بالنموذج بالإضافة إلى التعزيز من أجل تعديل ممارسات الأطفال للأنشطة الإجتماعية.

أسفرت النتائج على نجاح البرنامج في تحقيق تحسن ملحوظ من خلال قياس الإنخفاض الدال على مستوى النشاط الزائد لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج.

أما كوريل وهيتشسون (Correl et Huthcttisson, 1987) بدراسة بهدف التعرف على أكثر البرامج العلاجية شيوعاً التي يمكن إستخدامها مع أطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، فكان من أهم نتائج هذه الدراسة أن البرامج العلاجية السلوكية أكثر فعالية خاصة مع حالات العدوان.

كما قام بانياغو وآخرون (Paniagua, et al,1990) في (مشيرة عبد الحميد، 2005:61) بدراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي يساهم في تنظيم السلوك الفوضوي المصاحب لاضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، لعينة من الأطفال الذكور من المدرسة الابتدائية، حيث استخدمت هذه الدراسة اللعب ضمن أساليب التعزيز المختلفة للسلوك المرغوب.

أثبتت النتائج أن البرنامج التدريبي أدى إلى تصحيح الإستجابات وتنظيم السلوك الفوضوي وجعله يتجه إلى السلوك الطبيعي، أما التأثير غير المباشر فتمثل في تحسين الأداء الأكاديمي للطفل.

ونجد أيضاً في (سليمان القرعان، 2006:61) دراسة بير ونيترز (Baer et Neitzel, 1991) التي تمت بمراجعة 36 دراسة استخدمت أساليب تعديل السلوك المعرفي والعلاج السلوكي من أجل خفض الإندفاعية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، حيث إستخدام عدة أساليب (أسلوب التعلم الذاتي، تكلفة الاستجابة، النمذجة، التعزيز، التدريب على الإسترخاء).

كما قام ولتر سدروف (woltersdorf, 1992) في (مشيرة عبد الحميد، 2005:61) بدراسة تحت عنوان (برنامج النمذجة الذاتية) باستخدام شريط الفيديو لغرض علاجي يساهم في خفض المظاهر السلوكية اللاتكيفية (تشتت الانتباه، السلوك التخريبي، الألفاظ البذيئة) لدى أطفال يعانون سلوك فرط النشاط وقصور الانتباه في المدرسة وإستخدم هذا البرنامج كذلك في رفع مستوى الأداء في مادة الرياضيات عند هؤلاء الأطفال.

إشتملت عينة الدراسة على أربع أطفال يعانون من هذا الاضطراب بالإضافة إلى سوء التكيف، تراوحت أعمارهم بين 9-10 سنوات، حيث قام الباحث بتطبيق مقياس تقدير المعلم ومقياس الإنجاز لمعرفة مستوى الأداء الأكاديمي في مادة الرياضيات، كما إستخدم برنامج النمذجة الذاتية عن طريق الفيديو، وقام بعدة جلسات مختلفة في العلاج السلوكي لهؤلاء الأطفال، بالإضافة إلى استخدامه برنامج يدرّب من خلاله الوالدين على كيفية التعامل مع هذه الفئة.

توصلت نتائج الدراسة إلى ظهور تحسن وإنخفاض واضح في المظاهر السلوكية اللاتكيفية لدى الأطفال المضطربين، كما ظهر تحسن في مستوى الأداء الأكاديمي في مادة الرياضيات.

تراوحت أعمار العينات المدروسة بين 4-17 سنة بمتوسط 9.6 سنة، وكان معظم عينات الدراسة ذكور، حيث بينت نتائج التحليل الإحصائي لتلك الدراسات تحسن في أعراض الإندفاعية لدى معظم عينات الدراسة المدروسة.

وقد قام باركلي وآخرون (Barkly, et al, 1992) بدراسة مقارنة حول فاعلية ثلاث برامج علاجية في خفض اضطرابات الانتباه لدى عينة من الأطفال، وامتدت البرامج الثلاثة من (12 - 18) جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً لمدة ثلاث أشهر، وتعتمد هذه البرامج على:

1- تعلم مهارات إدارة السلوك.

2- حل المشكلات.

3- الإرشاد الأسري البنائي.

وجاءت النتائج على النحو التالي:

فاعلية البرامج الثلاثة في خفض الاتصال السلبي والصراع العائلي والغضب المصاحب لهذا الصراع والإكتئاب العائلي، مما أدى إلى خفض اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى هؤلاء الأطفال بنسبة متقاربة. كما أكدت هذه الدراسة على أن حالات الدراسة لديها نقص في المهارات الاجتماعية وغضب داخلي وإحباط وعدم الثقة بالنفس.

نجد أيضاً في (مشيرة عبد الحميد، 2005:68) الدراسة التي قام بها كل من لاث ولندركاب (Lauth et al, 1998) وذلك بتطبيق برنامج لتعديل السلوك على عينة مكونة من 18 طفلاً في سن المدرسة، يعانون من اضطراب النشاط الزائد وتشتت الانتباه.

تكون البرنامج من ورشات عمل تحتوي على النمذجة، لعب الأدوار مع التغذية الراجعة ومهارات تنظيم السلوك، أظهرت النتائج إمتثال الأطفال للطاعة والنظام في المواقف ومختلف الأنشطة المقدمة خلال تطبيق هذا البرنامج.

ودراسة إبتسام سطيحة (Satiha ibtissam, 1998) التي أظهرت فاعلية العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة في تعديل خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه والنشاط الزائد.

بينما هدفت دراسة زينب شقير (zinneb chakir, 1999) إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط ومعرفة تأثير دور الأم والمعلمة بجانب دور الباحثة في تعديل بعض أشكال السلوك اللاتوافقي لمجموعة من الأطفال ذوي النشاط الزائد، الذي يتمثل في: (اضطراب الانتباه، فرط النشاط، العدوانية، الإندفاعية) حيث تكونت العينة من 12 تلميذاً بالقسم الرابع ابتدائي تم

توزيعهم على مجموعتين، الأولى تجريبية والثانية ضابطة بواقع 6 تلاميذ في كل مجموعة، طبق عليهم مقياس كونر (Conner) لملاحظة سلوك الطفل وقائمة الملاحظة الإكلينيكية لسلوك الطفل ومقياس وكسلر لدكاء الأطفال، بالإضافة إلى برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور يشمل على التقنيات التالية: (النمذجة، المناقشة، تبادل الحوار، لعب الأدوار، الإسترخاء العقلي، التعزيز، الواجبات المنزلية).

إستغرق البرنامج 16 جلسة بواقع جلستين أسبوعيا، وأشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائيا للتدخل بالعلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور في تحسين متغيرات الدراسة: (اضطراب الانتباه، فرط النشاط العدوانية، الإندفاعية).

كما قام علا عبد الباقي (Alla Abdelbaki, 1999) في (مشيرة عبد الحميد، 2005:73،74) بدراسة هدفت إلى وضع برنامج لتعديل سلوك النشاط الزائد لدى الأطفال وذلك بإستخدام بعض أساليب العلاج السلوكي للحد من المظاهر السلوكية لهذا الاضطراب، بإستعمال أسلوب (التعزيز، أسلوب التعلم بالنموذج) حيث يمكن تطبيق هذا البرنامج بواسطة عدة أطراف (المعلم، الأخصائي الاجتماعي، الوالدين أو أحد الإخوة).

تضمن البرنامج 24 جلسة، تم فيه توزيع الموضوعات المختارة من مادتي الحساب واللغة العربية وأجري هذا البرنامج وفق 3 طرق إجرائية:

- الأولى: بإستخدام التعزيز.

- الثانية: بإستخدام التعلم بالنموذج.

- الثالثة: بإستخدام التعزيز والتعلم بالنموذج معا.

وبعد متابعة كل إجراءات الدراسة، أسفرت بمجموعة من النتائج نذكر منها:

- تخليص الطفل من الحركات المفرطة غير المقبولة.

- عودته إلى الهدوء مع اندماج الوالدين في الحياة العامة.

- عودة الهدوء إلى حجرة الدراسة واندماجه في الأنشطة مع زملائه وبالتالي تحقيق التكيف.

- إنخفاض نسبة المشكلات الدراسية، والاجتماعية والنفسية المرتبطة بالنشاط الزائد.

- إنخفاض المشكلات الصحية الناجمة عن النشاط الزائد وبالتالي يتمكن الطفل من العودة إلى الحالة الطبيعية.

كما نجد دراسة سهام السلاموني (Esalamouni Siham, 2001) التي استخدمت فيها بعض فنيات العلاج السلوكي (الألعاب الرياضية الصغيرة، النمذجة) في خفض مستوى النشاط الزائد لدى 35 تلميذ بالمرحلة الإبتدائية، وقد أظهرت النتائج فاعلية الفنيات المستخدمة في خفض مستوى النشاط الزائد، وإرتفاع مستوى التحصيل لدى

التلاميذ، حيث كانت أفضل المجموعات التي إستخدم معها الألعاب الرياضية الصغيرة مع النمذجة مقارنة بالمجموعات الأخرى.

بينما هدفت دراسة صافيناز إبراهيم (Safinaz Ibrahim, 2008) إلى التعرف على فاعلية البرامج الإرشادية والعلاجية في خفض اضطرابات الانتباه لدى الأطفال من خلال مراجعة 15 برنامج في رسائل للماجستير والدكتوراه وبحوث منشورة في المجالات العلمية، وباستخدام أسلوب ما وراء التحليل meta-Analysis، وأسلوب حجم التأثير Effect-Size كمدخل لتقويم فاعلية هذه البرامج أظهرت النتائج مايلي:

- أكثر الإستراتيجيات الإرشادية والعلاجية المستخدمة في هذه البرامج هي: الإرشاد الأسري والفنيات التالية (التعزيز، النمذجة، المناقشة، أداء الأدوار، التلقين، تكلفة الاستجابة، الانتباه، الأداء الحركي، الدافعية، الواجبات المنزلية) إستراتيجيات ماوراء المعرفة، فنيات التحكم الذاتي، التعليمات الذاتية، المهارات الإجتماعية، التدريب على الضبط الذاتي.

- أكثر التصميمات التجريبية المستخدمة هو التصميم التجريبي لمجموعتين تجريبية وضابطة مع قياس قبلي وبعدي.

- حجم التأثير للبرامج الإرشادية والعلاجية في خفض اضطرابات الانتباه كبير.

- حجم العينة المستخدمة في هذه البرامج صغير.

- الفترات الزمنية المستخدمة لتنفيذ هذه البرامج قصيرة، بالإضافة إلى الإكتفاء بحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، أو متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لمعرفة تأثير البرنامج دون وجود قياس تتبعي لمعرفة التأثير على المدى البعيد.

ثانياً: تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية في ضوء الإشكالية التي تطرحها:

من خلال عرضنا لمختلف الدراسات التي تتناول علاج أو تعديل بعض الخصائص السلوكية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، يتضح أن هذه المشكلة يعاني منها الكثير من الأطفال، مما يترتب عليه وجود أعباء إضافية تواجه القائمين على رعاية الطفل من آباء، أمهات ومعلمين عند التعامل مع هؤلاء الأطفال، الأمر الذي يتطلب البحث عن العلاج المناسب للتصدي لتلك المشكلات بهدف زيادة إندماجهم مع أقرانهم في جميع الأنشطة الإجتماعية.

نلاحظ أن هذه الدراسات تناولت اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عند الأطفال من عدة

جوانب، فهناك دراسات إستخدمت برامج تعديل السلوك مثل: دراسة كويلاند ويسبرود (Copelad et

Weissbord, 1980)، بنيغو وآخرون (Paniagua, et al, 1990)، علا عبد الباقي (Ala Abdelbaki, 1999) أما

الدراسات التي إعتمدت على برامج وأساليب علاجية نجد دراسة زينب شقير (Zineb Chakir, 1999) ، سهام

السلاموني (Esalamouni Sham, 2001)، إبتسام سطيحة (Satiha Ibtissam, 1998)، باركلي وآخرون (Barkly, et al, 1992).

ومن الدراسات التي استخدمت برامج بأساليب متعددة نجد الدراسات التالية: دراسة لاث ولاندركاب

(Lautht et Linder Kamp, 1998)، بير ونيترز (Baer et Neitzel, 1991)، صافيناز إبراهيم (Safinaz

.Ibrahim)

ما يلاحظ أيضا أن كل الدراسات التي استخدمت برامج التدخل إنتهجت المنهج التجريبي، وتصميم

المجموعتين التجريبية والضابطة لملاحظة الفرق في فعالية البرامج.

أما فيما يخص العمر الزمني للعينات المستخدمة فقد تراوح بين 4-17 سنة بمتوسط 9.5 سنة منهم الذكور

والإناث، أما حجم العينات تراوح من 4 إلى 35 طفلا.

أما فيما يخص الأدوات المستخدمة نجد أن هذه الدراسات إستخدمت قائمة تقدير اضطراب النشاط الزائد

المصحوب بتشتت الانتباه من وجهة نظر المعلمين والآباء، والقائمة الإكلينيكية لسلوك الطفل، بالإضافة إلى

إختبارات الذكاء، ومن الدراسات من استخدمت فيلمان مصوران مثل دراسة كوبيلاندي ويسبرود (Copeland et

.Weissbord, 1980).

أما عن أساليب علاج وتعديل سلوك اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد نجد أن أغلب

الدراسات ركزت على التعزيز الإيجابي كما في دراسة كوبيلاندي ويسبرود (Copelad et Weissbord, 1980) بنيانغو

وآخرون (Paniagua, et al, 1990) بير ونيترز (Baer et Neitzel, 1991)، زينب شقير (Zineb Chakir, 1999)،

علا عبد الباقي (Ala Abdelbaki, 1999)، صافيناز إبراهيم (Safinaz Ibrahim, 2008).

أما أسلوب النمذجة وإشراكه مع أساليب وفيات أخرى نجده قد أستخدم في دراسة كل من: لاث

ولاندركاب (Lautht et Linder Kamp, 1998)، بير ونيترز (Baer et Neitzel, 1991)، دراسة زينب شقير

(Zineb Chakir, 1999)، سهام السلاموني (Esalamouni Siham, 2001)، إبتسام سطيحة (Satiha Ibtissam,

1998)

أما أسلوب لعب الأدوار نجده قد أستخدم في كل من دراسة لاث ولاندركاب

(Lautht et Linder Kamp, 1998) ودراسة زينب شقير (Zineb Chakir, 1999) أما الدراسات التي استخدمت

التعلم بالنموذج نجد دراسة، كوبيلاندي ويسبرود (Copeland Weissbord, 1980) ودراسة علا عبد الباقي (Ala

Abdelbaki, 1999)، أما أساليب التعلم الذاتي والنمذجة الذاتية نجدها في دراسة وولتر سدروف

(wolter sdrof, 1991) ودراسة بير ونيترز (Bear et Neitzel, 1991)

أما نتائج الدراسات السابقة فقد أجمعت كلها على وجود فرق دال إحصائياً بين العينات الضابطة والعينات التجريبية التي خضعت لبرامج التدخل، وأكدت الدراسات فاعلية البرامج المستخدمة في خفض اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وحسب إطلاع الطالب فيما تم ذكره من دراسات سابقة حول موضوع علاج وتعديل اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، يمكن أن نذكر بعض النقاط التي لم يتم التطرق إليها في هذه الدراسات وهي كمايلي:

- اقتصرت عملية تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد على مؤشرات موضوعية مثل: استمارة الأهل والمعلمين، مقياس كونر (Conner)، واستمارة معايير جمعية الطب النفسي...

ولم تعتمد على مقاييس وأدوات تستبعد من خلالها الحالات التي تعاني من: (إصابات في الجهاز العصبي، الاكتئاب، الصرع، صعوبات تعلم محددة، العدوانية) على اعتبار أن أعراض هذه الاضطرابات تتداخل كثيراً مع أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، لذا نحتاج في واقع الأمر إلى تشخيص دقيق يعتمد على استخدام العديد من المحكاة التشخيصية.

- معظم الدراسات إكتفت بالقياس البعدي مباشرة بعد إنتهاء تطبيق البرنامج العلاجي أو التدريبي دون وجود قياس تتبعي لتأثير البرنامج.

- أغلب الدراسات إكتفت بحساب مستويات الدلالة الإحصائية للاختبار المستخدم، ولم تتطرق لحساب حجم التأثير.

أصبح من الضروري التفكير في تصميم برنامج علاجي سلوكي جديد قائم على إستراتيجية النمذجة لمساعدة الأطفال في التخلص من الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وتخليص المحيطين بهم من بعض المعاناة نتيجة سلوكياتهم السلبية، وأن هذا الاضطراب مركب من عدة فئات وأن فنيات معالجته تفرض علينا علاج كل فئة على حدة.

فهل إذا قام الطالب ببناء برنامج علاجي سلوكي يقوم على أساس النمذجة وتطبيقه على أرضية الميدان له فاعلية في حالة تصنيف الاضطراب إلى فئات؟

وإلى أي مدى يساهم هذا البرنامج في خفض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال الذين تمتد أعمارهم بين 07 و 09 سنوات بتلمسان؟ وماهو حجم تأثيره؟

ولتوضيح مشكلة الدراسة نطرح التساؤلات التالية:

1- هل يؤثر الجزء الأول من البرنامج العلاجي بعد تطبيقه على العينة التجريبية الأولى التي يعاني أفرادها من نمط سيطرة ضعف الانتباه؟

- 2- هل يؤثر الجزء الثاني من البرنامج العلاجي بعد تطبيقه على العينة التجريبية الثانية التي يعاني أفرادها من نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية؟
 - 3- هل يؤثر الجزء الثالث من البرنامج العلاجي بعد تطبيقه على العينة التجريبية الثالثة التي يعاني أفرادها من نمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية؟
 - 4- هل توجد فروق بين متوسطي درجات العينة التجريبية الأولى في نمط سيطرة ضعف الانتباه في القياسين البعدي والتتبعي؟
 - 5- هل توجد فروق بين متوسطي درجات العينة التجريبية الثانية في نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية في القياسين البعدي والتتبعي؟
 - 6- هل توجد فروق بين متوسطي درجات العينة التجريبية الثالثة في نمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية في القياسين البعدي والتتبعي؟
- ثالثا: فرضيات الدراسة:**

- 1- يؤثر الجزء الأول من البرنامج العلاجي بعد تطبيقه على العينة التجريبية الأولى التي يعاني أفرادها من نمط سيطرة ضعف الانتباه.
- 2- يؤثر الجزء الثاني من البرنامج العلاجي بعد تطبيقه على العينة التجريبية الثانية التي يعاني أفرادها من نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية.
- 3- يؤثر الجزء الثالث من البرنامج العلاجي بعد تطبيقه على العينة التجريبية الثالثة التي يعاني أفرادها من نمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العينة التجريبية الأولى في نمط سيطرة ضعف الانتباه في القياسين البعدي والتتبعي.
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العينة التجريبية الثانية في نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية في القياسين البعدي والتتبعي.
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العينة التجريبية الثالثة في نمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية في القياسين البعدي والتتبعي.

رابعاً: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى مجموعة من الأهداف يمكن عرضها على النحو التالي:

- الإجابة على إشكالية وتساؤلات الدراسة.
- تصميم برنامج علاجي سلوكي قائم على إستراتيجية النمذجة يساعد في خفض شدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال الذين تمتد أعمارهم بين 07 و 09 سنوات بولاية تلمسان.
- تطبيق البرنامج العلاجي على عينة الدراسة من أجل التأكد من فرضيات الدراسة.
- محاولة إيجاد حل لمشكلة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الطفل.

خامساً: أهمية الدراسة:

تكمن في مدى تعميم هذا البرنامج في حال ماثبتت نجاعته في خفض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند أطفال الذين تمتد أعمارهم بين 08 و 09 سنوات بإستخدام العلاج السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة، والمساهمة كذلك في خفض وتقليل كم من المعاناة التي يعانيها سواء الوالدين في البيت أو المعلمين في المدارس من جراء سلوكيات هؤلاء الأطفال.

بالإضافة إلى إتمام جهود سابقة لما توصلت إليه بعض النظريات السلوكية والمعرفية، ومايزيد الدراسة قدرا من الأهمية كونها ضمن البحوث التشخيصية والعلاجية التي تتصدى لأحد أبرز وأكثر المشكلات السلوكية إنتشارا بين أطفال المدارس الإبتدائية، ألا وهي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

سادساً: التعاريف الإجرائية للدراسة:

- **فاعلية:** هي الأثر الذي يمكن أن يتركه أو يحدته البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة في خفض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال الذين تمتد أعمارهم بين 07 و 09 سنوات، ويتم تحديد هذا الأثر إحصائيا من خلال حجم التأثير لكل إختبار إحصائي مستخدم في التحقيق من تأثير البرنامج.

- اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

هو عدم إستطاعة طفل السبع أو الثمان أو التسع سنوات أن يركز انتباهه والإحتفاظ به من خلال ممارسته مختلف الأنشطة المدرسية والمنزلية مع عدم الإستقرار والحركة الزائدة دون الهدوء، مما يجعله مندفعاً يستجيب للأشياء، دون تفكير مسبق، ويتضح ذلك من خلال حصوله على درجة مرتفعة من قبل الوالدين والمدرسين على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

- **الطفولة الوسطى:** هي تلك المرحلة التي حددها الباحثون سن السادسة والثانية عشر من عمر الطفل على إعتبار أن سن حالات الدراسة يقع في هذه المرحلة.

- البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة:

يتضمن البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة ثلاث أجزاء:

- الجزء الأول خاص بعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النمط الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه، حيث يضم 10 جلسات علاجية، وفيها تدريبات مفصلة لمختلف مهارات الانتباه والتركيز وتعتمد على الأساليب التالية: الحوار، والنمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، والنمذجة من خلال المشاركة، والتعزيز المادي أو اللفظي.

- الجزء الثاني خاص بعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النمط الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإندفاعية، حيث يضم 10 جلسات علاجية، وفيها تدريبات على مختلف الأنشطة التي تساعد الطفل على ضبط حركته الزائدة، حيث تعتمد على الأساليب التالية: الإسترخاء، الحوار، النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي أو اللفظي.

- الجزء الثالث خاص بعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية حيث يضم 20 جلسة، وتحتوي على مختلف التدريبات والأساليب المستخدمة في الجزء الأول والثاني.

سابعاً: حدود الدراسة:

الحدود البشرية: تطبق الدراسة على الأطفال الذين تمتد أعمارهم بين 07 و09 سنوات بولاية تلمسان، وشخصوا على أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بأتماطه الثلاثة.

الحدود المكانية: أجريت هذه الدراسة بالمدارس الإبتدائية التالية:

المدرسة الإبتدائية عيدوني عمرو (دائرة فلاوسن ولاية تلمسان)

المدرسة الإبتدائية عبد الحميد بن باديس (دائرة ندرومة ولاية تلمسان)

المدرسة الإبتدائية فلاوسن الجديدة.

الحدود الزمنية: أجريت هذه الدراسة في الفترة الممتدة من 15 سبتمبر 2014 إلى 20/ماي/2015

المنهج المستخدم: إتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي بثلاث مجموعات تجريبية وثلاث مجموعات ضابطة، وذلك لمناسبته لمتغيرات هذه الدراسة.

أدوات الدراسة :

- إستمارة تشخيص اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

المستمدة من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994.

- مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي لدى الأطفال (الصورة المدرسية والمنزلية) من إعداد (بنت سالم اليحمدي، 2014)

- البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة من إعداد الطالب.

الفصل الثاني: اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

أولاً - التطور التاريخي لمفهوم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

ثانياً - تعريف اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

ثالثاً - تصنيف اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

رابعاً - انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

خامساً - أسباب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

سادساً - أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

سابعاً - تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

ثامناً - التشخيص التفريقي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

تاسعاً - الاضطرابات المصاحبة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

عاشراً - المشكلات التعليمية المصاحبة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

من بين أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً بين الأطفال، نجد اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث سيتم في هذا الفصل التعرض للتطور التاريخي لمفهوم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، تعريفه، تصانيفه ونسبة انتشاره، أسبابه وأعراضه وطرق تشخيصه، والاضطرابات المصاحبة له، والصعوبات التعليمية الناتجة عنه.

أولاً- التطور التاريخي لمفهوم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

تعود بدايات التعرف على اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد حسب (نايف الزارع، 2007:14) إلى

القرن العشرين، حيث يعتبر جورج ستيل (George Still, 1902) من الأوائل الذين بحثوا في اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث أشار إليه آنذاك على أنه العجز في السيطرة على الروح المعنوية، والمقصود بذلك هو عدم القدرة على الضبط الذاتي.

ويعتبر (قولدشتين Goldchtin وستراوس Straws وكرويكشانك Cruickshank) كذلك من أوائل الباحثين الذين بحثوا في هذا المجال.

فوجد بحوث قولدشتين Goldchtin حول خصائص الجنود المصابين في الحرب العالمية الأولى وخاصة ممن تعرضوا إلى إصابات في الدماغ، وقد ظهرت عليهم الكثير من الخصائص التي تشابه خصائص الأفراد الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، كما قام ستراوس Straosse في الثلاثينات والأربعينات ببعض الأبحاث على بعض الأفراد الذين يعانون من إعاقة عقلية، وقد توافرت في بعضهم خصائص تدل على وجود اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

ويضيف كرويكشانك Cruickshank في (نايف الزارع، 2007:14) من خلال الأبحاث التي أجراها، فتوصل إلى أن الأطفال الذين يعانون من شلل دماغي يحتل مثل هذه الخصائص لذا هذه الفئة، وأن الأطفال الذين تمت دراستهم كانوا جميعاً من ذوي الذكاء العادي ولا يعانون من أي إعاقة عقلية، لذا من المحتمل أن يتواجد اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى ذوي الذكاء العادي.

أما فيما يخص تطور تسمية هذا الاضطراب فإن (أحمد وبدر، 1999:34) يعتبر مصطلح اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من المصطلحات الحديثة ولم يتم تحديده بدقة إلا في بداية الثمانينات من هذا القرن 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.

وتوضح (مشيرة عبد الحميد، 2005:16) تطور مفهوم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في الدليل

التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (01) يوضح تطور مفهوم اضطراب النشاط الزائد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات

العقلية

الدليل التشخيصي الرابع (DSM 4 1994)	الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل (DSM 111-R 1987)	الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (DSM111 1980)
<p>1- نشاط زائد وقصور الانتباه مصحوب بتشتت الانتباه DHD وتعرفه ستة أعراض فقط في تشتت الانتباه من قائمة بما تسعة أعراض.</p> <p>2- نشاط زائد وقصور الانتباه مصحوب بالإندفاعية ونشاط حركي زائد.</p>	<p>- اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه ADHD ويحتوي على ثمانية أعراض في قائمة بما أربعة عشر عرضاً يدل على قصور الإندفاعية، النشاط الزائد.</p>	<p>1- اضطراب قصور الانتباه ADD بدون نشاط زائد وهو يحتوي على ثلاثة أعراض لقصور الانتباه، وثلاثة أعراض للإندفاعية.</p> <p>2- قصور الانتباه واضطراب النشاط الزائد ADHD ويحتوي على عرضين للنشاط الزائد.</p>
<p>ADHD وتعرفه ستة أعراض فقط من قائمة بما تسعة أعراض منها ستة أعراض تدل على النشاط الزائد، وثلاثة أعراض تدل على الإندفاعية.</p> <p>نمط مشترك ADHA وتعرفه الأعراض التي ذكرت في رقم 1 و 2 أعلاه.</p>		

وحسب (مشيرة عبد الحميد، 2005:17) تم تغيير المفهوم رسمياً وأصبح اضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه طبقاً

لتعريف الجمعية النفسية الأمريكية في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM4 1994.

ثانياً - تعريف اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

تعددت تعريفات اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد تبعاً لتعدد الخلفية النظرية لكل باحث، من هذه التعاريف

نجد التعريف الطبي الذي يركز على الجانب الوراثي الجيني ونجد التعريف السلوكي الذي يركز على الجانب السلوكي

الملاحظ، ويمكن عرض تعريف هذا الاضطراب على النحو التالي:

1- التعريف الطبي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

يعرفه (Kelly Henderson, 2003:01) هو اضطراب ذو أسباب عصبية يتضمن مشكلات ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد مع الإندفاعية.

ويعرفه (Zametkin, et al,1990) في (مشيرة عبد الحميد، 2005:17) على أنه 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.

ويعرفه (ضياء منير، 1987) في (شرقي سميرة، 2006:57) على أنه اضطراب سلوكي يتميز بثلاث أعراض أساسية هي ضعف الانتباه والإندفاعية والحركة المفرطة غير الهادفة تتزامن مع ظهور بعض الأعراض الثانوية مثل: ضعف التحصيل وضعف العلاقات مع الآخرين وعدم الطاعة والعدوان وإحداث الفوضى وعدم تحمل الإحباط. ويشير إليه (Barkley 1998) في (حنان زكرياء، 2008:03) على أنه اضطراب عصبي نفسي يحتوي على مكونات جينية وراثية تتأثر بعوامل بيئية.

فالتعاريف الطبية حسب (فوزية محمدي، 2010:25) ركزت على وجود عامل جيني ينتقل بالوراثة ويؤثر على المراكز العصبية، مما يسبب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

2- التعريف السلوكي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

يعرفه (Barkely, 1990) في (مشيرة عبد الحميد، 2005:18) على أنه اضطراب في منع الإستجابة للوظائف التنفيذية قد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات، وعجز في القدرة على تنظيم السلوك تجاه الأهداف الحاضرة والمستقبلية مع عدم ملائمة السلوك بيئياً.

وتعرفه (خولى يحيى، 2008:179) على أنه نشاط جسمي وحركي حاد، ومستمر وطويل المدى لدى الطفل بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه، بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة.

بينما يعرفه (القمش وآخرون، 2007:29) على أنه حركة جسمية مفرطة بحيث لا يستطيع الطفل التحكم في حركة الجسم، كما يرتبط النشاط الزائد مع تشتت الانتباه إرتباطاً وثيقاً، فوجود أحدهما معناه وجود الآخر، ويعتبر النشاط الزائد هو السبب في تشتت الانتباه.

في حين يعرفه الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل (2001) في (نايف الزارع، 2007:15) على أنه عبارة عن الصعوبة في التركيز والبقاء على المهمة، يصاحبه نشاط زائد بحيث يعرف النشاط الزائد بأنه نشاط حركي غير هادف لا يتناسب مع الموقف أو المهمة، ويسبب الإزعاج للآخرين.

بينما أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM4 1994) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد TDAH هو عدم قدرة الطفل على الانتباه والقابلية للتشتت والحركة المفرطة، أي صعوبة الطفل في التركيز عند القيام بأي نشاط مما يؤدي بعدم إكمال أي نشاط بنجاح.

وفي رأي (فوزية محمدي، 2010:27) فإن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد هو اضطراب يتمثل في مجموعة من الحركات الجسمية العشوائية غير الهادفة تظهر في تشتت الانتباه والإنذافية والحركة المفرطة، تتسبب فيه عوامل وراثية أو بيئية أو ما يلاقيه الأطفال من ضغوط نفسية واجتماعية في المنزل.

ثالثاً - تصانيف اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

حسب (مشيرة عبد الحميد، 20، 2005:19) فإن المرجع الوحيد الذي يمدنا بتصنيف كامل، هو الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية DSM4 1994 حيث يضع مجموعة من الأعراض يتطلب ظهورها لنجاح التشخيص، وقد أشار إلى ثلاث تصانيف هي كمايلي:

- 1- نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة أعراض ضعف الانتباه.
- 2- نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة أعراض النشاط الزائد والإنذافية.
- 3- نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع المركب.

ويضيف (Goldstein) في (فوزية محمدي، 2010:27) أن هناك نمطا رابعا لم يتم تحديده بعد لعدم توافر أعراضه، في حين يذكر أن النمط المركب لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد هم النمط الشامل والسائد لجميع أعراض النشاط الزائد.

رابعا- انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

تشير الدراسات السابقة حسب (عسان يعقوب، 1995:193) أن نسبة إنتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد تتراوح بين 3% إلى 7% من أطفال المرحلة الإبتدائية حسب كل مجتمع، وأن عددهم في الولايات المتحدة يصل إلى خمسة ملايين طفل، كما تشير الإحصائيات الأمريكية إلى أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يشكلون نسبة من 30% إلى 70% من مجمل الاضطرابات النفسية عند الأطفال المترددين على العيادات الخارجية والمستشفيات.

في حين يذكر (الزاد، 2002:52) أنه لا توجد إحصائيات دقيقة في الوطن العربي إلا بعض الدراسات التي تشير إلى أن ما بين 15% إلى 20% من مجتمع الأطفال وأن نسبة الذكور مرتفعة عن نسبة الإصابة لذا الإناث، كما

أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ينتشر بكثرة في المناطق المحرومة والمدن والأوساط الإقتصادية والإجتماعية الفقيرة.

وقد ذكر (حجاج غانم، 2001) في (حنان زكرياء، 2008:05) من خلال الدراسة التي قام بها أن نسبة انتشار النشاط الزائد في بعض الدول كآآتي:

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 الشريبي	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

من خلال قراءة الجدول رقم (02) نلاحظ مايلي:

- أن نسبة النشاط الزائد في مصر ازدادت بنسبة 14.29% في خلال 9 سنوات فقط مما يستوجب الإهتمام بهذه المشكلة المتزايدة سريعا.

- أن نسبة النشاط الزائد في السعودية 13.14% وهي نسبة كبيرة جدا.

- أن نسبة النشاط الزائد في أمريكا تزداد بنسبة 5% في خلال 9 سنوات.

- أن نسبة النشاط الزائد في إنجلترا تتناقص بنسبة 4% في خلال 8 سنوات.

خامساً- أسباب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

من خلال الإطلاع على التراث السيكلوجي المتاح وما كتب عن أسباب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لخصها (أحمد وبدر، 1999:30) حول ما هو متعلق بالدماغ، ومنها ما يتعلق بالوراثة، وما يتعلق بالبيئة ومنها ما يتعلق بالغذاء ومنها ما يتعلق بالعلاقة بين الطفل ووالديه، هذه الأسباب يمكن ذكرها على النحو الآتي:

1- الأسباب المتعلقة بالدماغ:

إن أسباب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد المتعلقة بالدماغ قد ترجع حسب (أحمد وبدر، 1999:32) إما لوجود خلل في وظائف الدماغ، وإما لإختلال التوازن الكيميائي في القواعد الكيميائية للناقلات العصبية ولنظام التنشيط الشبكي لوظائف الدماغ وهذه الأسباب يمكن ذكرها كالاتي:

أ- خلل وظائف الدماغ:

يعتقد (داوود وحمدى، 1996) بأن الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يعانون من خلل وظيفي في الدماغ مما يسبب لديهم حركات غير هادفة، إضافة لإحتمالية حدوثه نتيجة الصدمات على الرأس. وحسب (Kaufman) في (نايف الزارع، 2007:20) أن بعض الدراسات أثبتت أن هناك ثلاث مناطق بالدماغ لها علاقة كبيرة بالإصابة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وهي الفص الأمامي للدماغ وقاعدة الدماغ والمخيخ، ومن خلال الفحوصات الطبية وجد الباحثون أن أحجام هذه المناطق الثلاثة لدى الأطفال والبالغين الذين يعانون من هذا الإضطراب أصغر مقارنة بالأفراد العاديين.

ويضيف كل من (أحمد وبدر، 1999:38) أن الفص الجبهي الأيمن هو المسؤول عن ضعف القدرة على التركيز والإندفاع وتأخر الاستجابة خلال ما وصل اليه (Nossloum & Bigler) بأن أحد الشخصيات البارزة في المجتمع الأمريكي قد أصيب بطلق ناري في جبهته، وبالرغم من أنه تم علاجه وشفى تماماً إلا أنه ضل طيلة حياته يعاني من ضعف القدرة على التركيز والإندفاع وتأخر الاستجابة والتردد الشديد عند إتخاذ أي قرار حتى لو كان بسيطاً.

ب- الناقلات العصبية:

يذكر (أحمد وبدر، 1999:38) أنّ الناقلات العصبية للمخ هي عبارة عن قواعد كيميائية تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالدماغ، ويرى العلماء أنّ إختلال التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية يؤدي إلى اضطراب ميكانيزم الانتباه، فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركيز والحرص من المخاطر ويزداد إندفاعه ونشاطه الحركي، وفي رأي (kaufman, 2005) في (نايف الزارع، 2007:23) فهناك علاقة بين عدد من

الجينات وحدوث حالات اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، لكن يصعب تحديدها لعدم وجود دراسات تتفق نتائجها مع بعضها البعض.

ج- نظام التنشيط الشبكي لوظائف الدماغ:

إن شبكية المخ عبارة عن قواعد كيميائية تمتد من جذع المخ حتى المخيخ، وهي تعمل حسب (أحمد وبدر، 1999:39) على تنمية القدرة الإنتباهية لدى الفرد، وتوجيه الانتباه نحو المنبه الرئيسي وانتقائه من بين المنبهات الدخيلة، كما تعمل على رفع مستوى الوعي والحرس من المخاطر، فإختلال نظام التنشيط الشبكي للدماغ سيؤدي إلى اختلال وظائفه، لهذا السبب يصاب الفرد باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

2- الأسباب المتعلقة بالوراثة:

تلعب العوامل الوراثية دورا كبيرا في نقل الخصائص والصفات من الآباء إلى الأبناء، حيث يؤكد (أحمد وبدر، 2004) في (نايف الزارع، 2007:22) دور العوامل الوراثية في إصابة الأطفال باضطراب ضعف الإنتباه والنشاط الزائد، إما بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات التي تحملها الخلية التناسيلة لعوامل وراثية خاصة بضعف أو تلف المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه في الدماغ، أو بصفة غير مباشرة من خلال نقل المورثات لمشكلات تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ وبالتالي تؤدي إلى ضعف الانتباه.

يؤكد الرأي السابق (السرطاوي، 2003) الدراسات التي أجريت على التوائم فقد وجدت أن هناك تماثل في تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى 59% إلى 81% من التوائم المتطابقة ممن يعانون من هذا الاضطراب، أما نسبة الإصابة بين الأقارب من الدرجة الأولى للأفراد الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بلغت 25%.

ويضيف (Nevill, 1995) في (نايف الزارع، 2007:22) أن 50% تقريبا من الأطفال المصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يوجد في أسرهم أحد الأفراد يعاني من هذا الاضطراب.

وتذكر دراسات (Pinker, 2002, Hallaran & Kauffman, 2006, Faranone & Doyle, 2001) في (المرجع السابق: 22) عن احتمالية ولادة أو إصابة فرد باضطراب ضعف الإنتباه والنشاط الزائد لآباء لديهم طفل مصاب سابقا تكون بنسبة 32%، كما عن احتمالية إنجاب أبناء مصابين بهذا الاضطراب لآباء مصابين لم ينجبوا من قبل بنسبة 7%، كما أن الآباء الذين يعانون من هذا الاضطراب غالبا ما يكونون عرضة لإنجاب أطفال مصابين ب 2 إلى 8 مرات من آباء الأطفال الذين لا يعانون.

3- الأسباب البيئية:

تعددت العوامل البيئية حسب دراسات (Leehy 1994 , Fowler 1991 , Bechham ,2001)، عثمان فراج، (1999) في (مشيرة عبد الحميد، 2005:29) يمكن تلخيصها في مايلي:

أ- التلوث البيئي خلال فترة الحمل أو في مراحل الطفولة المبكرة.

ب- اضطراب الزيادة أو النقصان في إفرازات الغدة الدرقية.

ج- الأدوية والعقاقير التي تتناولها الأم أثناء فترة الحمل دون إستشارة الطبيب.

د- تعرض الأم الحامل للأشعة (أشعة اكس) بشكل زائد أو علاج كيميائي أو إشعاعي في حالة الإصابة بالسرطان.

هـ- إصابة الأم الحامل بأحد الأعراض التي توقف تغذية الجنين بالأكسجين، مثل مرض السكر أو تعقد الحبل السري أو الولادة العسيرة.

و- إدمان الأم أثناء الحمل على التدخين أو الكحوليات أو المخدرات.

وحسب دراسة (ليلي المرسومي، 2011:63) في (الحمري، 2015:46) 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 موجبة بينهما فكلما إرتفعت نسبة الرصاص في الدم زاد مستوى اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

وتفيد دراسة (kaufman, 2005) في (نايف الزارع، 2007:23) على أن بعض الأطعمة المعلبة والأطعمة الجاهزة والخضروات الملوثة بالمبيدات الحشرية والسموم، وكذلك بعض الحلويات التي تحتوي على نسبة كبيرة من الملونات الغذائية والسكريات قد تكون سببا في الإصابة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

في حين يذكر (أحمد وبدر، 1999:43) أن المواد السكرية لا تؤدي إلى إصابة الطفل بهذا الاضطراب ولكن تساعد على زيادة نسبة الطاقة لديه.

إضافة إلى الأسباب التي تم ذكرها سابقا فهذا لا يمنع من وجود أسباب أخرى تعمل على إكتساب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، ومنها الأسباب النفسية والاجتماعية.

4- الأسباب النفسية والاجتماعية:

يذكر (Barkly ,1998) في (نايف الزارع، 2007:24) أن الأسباب النفسية للإصابة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد تتعلق بنظرية التعلم الاجتماعي، فالعديد من الدراسات التي تناولت النمذجة والمحاكاة لتوضيح كيفية إكتساب الطفل سلوكيات غير سوية من خلال ملاحظة الآباء والأقران والأصدقاء.

في حين يذكر (أحمد وبدر، 2004) أن بعض الدراسات أشارت إلى أن أسباب هذا الاضطراب تعود إلى أساليب معاملة الوالدين لطفلهما التي تتسم بالرفض والإهمال والحرمان العاطفي مما يؤدي لحدوث اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

يؤيد الرأي السابق ما توصل إليه (Barkely 1992) في (مشيرة عبد الحميد، 2005: 31،30) إلى أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ينشأ من أسلوب معاملة الوالدين للطفل ومدى التفاعل بينهما، حيث أنه أكثر عصياناً في كثير من المواقف والأوامر التي توجه إليه.

وأشارت دراسة (Mash & Hobanston,1990) (Araisto poulos,et al ,1992) في (أحمد وبدر، 1999:43) إلى أن أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض الصريح أو المقنع، والإهمال، واللامبالاة بالطفل، والعقاب البدني أو النفسي الشديد والتي يشعر الطفل منها بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه تؤدي إلى الإصابة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

كذلك قام (Kaplan et al ,1994) في (المرجع السابق: 44) بدراسة كان هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين الحرمان العاطفي من الوالدين وإصابة أطفالهم باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وتكونت عينة دراستهم من أطفال يعيشون في مؤسسات إيداع نتيجة لتصدع أسرهم وأطفال يعيشون في البيئة الطبيعية مع أسرهم وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يرتفع لدى الأطفال المودعين بمؤسسات الإيداع مقارنة بالأطفال الذين يعيشون مع أسرهم، وبهذا تؤكد هذه الدراسة أن الحرمان العاطفي من الوالدين الذي ينجم عن التفكك الأسري له دور كبير في إصابة الطفل باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

إذن ومما سبق ذكره نجد أن أسباب اضطراب ضعف الانتباه تتمثل في الأسباب المتعلقة بالدماغ وأخرى متعلقة بالوراثة وأخرى بالبيئة في حين أن الأسباب النفسية والاجتماعية يمكن إرجاعها إلى الحرمان العاطفي من الوالدين، بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة حيث أن تكامل هذه الأسباب يؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد سواء كانت أعراض جسمية أو معرفية.

سادساً- أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

يمكن تقسيم أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد حسب (الدسوقي، 2006:22)

إلى ثلاث أنواع فرعية منه ألا وهي:

- اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة ضعف الانتباه.
- اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة النشاط الحركي الزائد والإندفاع.
- النوع المركب الذي يجتمع فيه نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد والإندفاع معا في آن واحد.

ويمكن تحديد أعراض النوع الذي يغلب عليه نقص الانتباه حسب (الدسوقي، 2006:24) كمايلي:

- تشتت الذهن بسهولة وعدم الانتباه للتفاصيل والنسيان والإنتقال الدائم من نشاط إلى آخر.
 - صعوبة التركيز في أمر واحد.
 - الشعور بالملل من أداء نشاط واحد بعد بضع دقائق ما لم يكن هذا النشاط ممتعاً.
 - صعوبة تركيز الانتباه على تنظيم وإستكمال عمل ما أو تعلم شيء جديد.
 - صعوبة إتمام الواجبات المدرسية أو أدائها وفقدان الأغراض في كثير من الأحيان (مثل أقلام الرصاص والألعاب والواجبات المدرسية) اللازمة لإنجاز المهام أو الأنشطة.
 - ظهور المريض كأنه لا يصغي عند التحدث إليه.
 - الإستغراق في أحلام اليقظة والإرتباك بسهولة والتحرك ببطء.
 - صعوبة معالجة المعلومات بسرعة وبدقة كالآخرين.
 - صعوبة إتباع التعليمات.
- ويتضمن النوع الذي يغلب عليه النشاط الحركي الزائد والإندفاع الأعراض التالية:
- القلق والتملل في المقاعد.
 - التحدث بصورة مستمرة.
 - التحرك المستمر في كل مكان، وملامسة أي شيء أو اللعب بكل شيء تقع عليه أيدي المريض.
 - صعوبة الجلوس في سكون أثناء تناول الطعام وفي المدرسة ووقت الإستعداد للنوم.
 - الحركة الدائمة.
 - صعوبة أداء المهام أو الأنشطة بجدوء.
- وتشير الأعراض التالية أيضاً إلى الاندفاع بصفة أساسية:
- الإدلاء بتعليقات غير ملائمة وإبداء المشاعر دون ضبط النفس والتصرف دون إعتبار للعواقب.
 - صعوبة انتظار حصولهم على الأشياء التي يريدونها أو انتظار دورهم في اللعب.
- وتختلف هذه الأعراض لدى الأطفال بإختلاف المرحلة العمرية التي يمرون بها، وسوف نتطرق لأعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال في مرحلة التمدرس كما حددها (أحمد وبدر، 1999:48) كمايلي:

أ- الانتباه القصير:

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد نجد أن إنتباهه قصير ولا يستطيع تركيز انتباهه على أي منه أكثر من بضع ثوان متتالية، فغالبا ما نجد إنتباهه ينتقل بسرعة شديدة بين المنبهات الموجودة أمامه.

ب- سهولة تشتت الانتباه:

يتشتت إنتباه الطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بسهولة إلى درجة أنه يصعب عليه تركيز انتباهه على منه معين وتجاهل ما يحدث حوله في البيئة المحيطة به، ولذلك نجده غالبا ما يحول انتباهه تجاه الحركة التي تقع في مجال إدراكه لكي يكتشف ما يحدث حوله.

ج- ضعف القدرة على الإنصات والتفكير:

إن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب لديه ضعف في القدرة على الإنصات، لذلك يبدو وكأنه لا يسمع، لهذا السبب نجد لديه صعوبة كبيرة في فهم المعلومات التي يتلقاها. وينتج عن ذلك أن المعلومات التي يكتسبها عن طريق حاسة السمع تكون مشوشة ومختلفة وغير واضحة، هذا بدوره يؤدي إلى ضعف قدرته على التفكير، فنجد أنه يخطئ كثيرا عند قيامه بعمل الأشياء التي سبق أن تعلمها.

هـ- قصور في القدرة على إنهاء العمل الذي يقوم به:

يعاني الطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من قصور القدرة على إنهاء المهام الموكلة إليه وذلك بسبب قصور قدرته على الانتباه والتركيز والإستجابة، وبالتالي فإنه يتململ ولا ينهي المهام الموكلة إليه وينتقل من مهمة إلى أخرى بشكل متواصل، كما لا يستطيع إنهاء أي عمل يقوم به دون تدخل الآخرين لمساعدته.

و- النشاط الحركي المفرط:

يتميز الطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بكثرة حركته البدنية دون سبب أو هدف واضح، لذلك نجده دائما يترك مقعده ويتجول ذهابا وإيابا في المكان الذي يوجد فيه دون سبب، كما أنه كثير الحركة والتمايل عند جلوسه على مقعده، ودائما يلتوي بيديه ورجليه، ويقوم بوضع الأشياء التي تقع في متناوله مثل: الأقلام. كما يقوم أيضا ببعض الحركات والتصرفات التي تحدث ضوضاء وتزعج الآخرين من حوله فمثلا قد يفرك قدميه في الأرض ليحدث صوتا، أو يضرب جوانب منضدته، أو يحوم بيده في المكان الذي يجلس فيه لكي يلتقط الأشياء القريبة منه، أو يدق بالأقلام على المنضدة كما نجده في كثير من الوقت يزحف بالكرسي في المكان الذي يجلس فيه.

ز- الاندفاع:

إن الإندفاع من أكثر الأعراض التي تميز الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه والنشاط الزائد، فغالبا ما نجده يقاطع حديث الآخرين، كما يجيب عن الأسئلة قبل الإنتهاء من طرحها، ويجب تلبية طلباته في الحال، ويرفض إنتظار دوره إذا كان مع أطفال آخرين.

فضلا عما سبق ذكره فانه يقوم ببعض الأفعال التي تعرض حياته للخطر دون التفكير في العواقب المترتبة عليها، مثل القفز من أماكن مرتفعة، أو الجري في شارع عمومي مزدحم بالسيارات دون أن ينظر إلى الطريق.

ن- السلوك الاجتماعي:

إنّ الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب لا يتمسك بالتقاليد والنظم المعمول بها إجتماعيا، لذلك فإنه لا يهتم بالسلوك الإجماعي المقبول الذي يرضي الآخرين، بل يقوم ببعض السلوكات الشاذة التي تؤدي إلى الاشمزاز منه.

ح- لوم الآخرين:

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لا يعترف بأخطائه لكي يتعلم منها ويتجنبها، وإنما يبرأ نفسه دائما ويلقي باللوم على الآخرين، كما يرفض الإستماع لما يوجه له من النقد.

د- تأخر الاستجابة:

حسب (براهمي وجابر، 2005) فإنّ التأخر ناجم عن بطئ العنليات العقلية في معالجة المعلومات، بالإضافة إلى تأخر إستدعاء المعلومات السابقة المخزنة في الذاكرة، ما يجعل الطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يستغرق وقتا طويلا في التفكير وإتمام ما يطلب منه في وقت محدد.

ط- التردد وأحلام اليقظة:

يشير (Barkely, 1998) في (نايف الزارع، 2007:30) إلى أن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب يتردد في إتخاذ أي قرار بسبب المشاكل التي يعاني منها، وهذا ما يجعله يشك في صحة أو خطأ قرارته بشأن مهمة ما، مما يسبب له تأخير الإستجابة وبالتالي قطع المهمة المؤكدة له، كما نجده يحملق بشكل مستمر في بعض الأشياء إلى السماء أو البيئة المحيطة كأنه يعيش في عالم آخر.

ي- التصديق المستمر:

إنَّ الطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط يصدق كل ما يقال له ولا يستطيع التفريق بين الحديث الجاد والمزاح، لذلك فإنَّ إستجابته دائماً تتم بشدة الإنفعال خاصة عندما يكتشف أن ما يقال له غير حقيقي.

ك- عدم القناعة:

يتسم الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب بشدة الطمع حيث لا يكتفي بنصيبه أو ما يخصه، لذلك نجده يريد أخذ كل الأشياء التي يراها عند أقرانه، وإذا كان هناك شيء يوزع عليهم فإنه يريد أن يأخذ أكثر منهم.

ل- اضطرابات الكلام:

يورد (الحامد:2002) في (نايف الزارع،2007:30) أنَّ الطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد يعاني من قصور في اللغة التعبيرية، فقد لا يستطيع ربط الحديث ببعضه وقد تكون جملة ناقصة، بالإضافة إلى معاناته من بعض اضطرابات النطق واللغة.

م- الأداء الأكاديمي المنخفض:

يذكر (Barkely 1998) في (نايف الزارع،2007:31) أن الطفل المصاب بهذا الاضطراب يعاني من تدني في التحصيل بشكل عام وقد يكون لديه صعوبات تعليمية، هذا ما يجعل بعض المختصين في صعوبات التعلم يربطون بشكل مستمر صعوبات التعلم مع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، كما نجد أن هذا الطفل يفتقر لمهارات حل المشكلات وبالتالي قد يستمر في طلب المساعدة من زملائه في الفصل الدراسي، وقد يتأخر دراسياً إلى عامين دراسيين عن سنه الدراسي الفعلي وقد يطرد الطفل في بعض الحالات الشديدة التي يظهر فيها سلوكيات مرفوضة إجتماعياً.

سابعاً- تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

يذكر (Barkly 1998) و (Kauffman, 2005) في (نايف الزارع،2007:38) أن قياس وتشخيص أي فرد يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لا بد أن يتضمن الأتي:

1- إجراء الفحوصات الطبية المختلفة:

يجب على الأسرة أن تجري بعض الفحوصات الطبية التي تخص الجهاز العصبي والجوانب الصحية الأخرى والظروف الطبية مثل أورام الدماغ والصرع كأحد الأسباب المساهمة في حدوث هذا الاضطراب للتأكد من وجود أو عدم مشكلات مرتبطة بها.

2- إجراء المقابلة الطبية:

في هذا الإجراء يقوم الآباء بتقديم الطفل على طبيب نفسي من أجل توفير معلومات عن الخصائص الطبية النفسية للطفل، وتفاعلات الأسرة مع الطفل، فعند حضوره لعيادة الطبيب النفسي يبدوا وكأنه لا يعاني من أي اضطراب لذلك لا بد أن يكون لدى الطبيب الحس الإكلينيكي لتشخيص مثل هذه الحالات.

3- تقديرات المعلمين والآباء:

يكون الآباء والمعلمين عادة أكثر اهتماما بعملية التقييم والتشخيص من أجل وضع خطة علاجية لضبط سلوك الطفل وتنظيم حياته وبيئته الدراسية وطرق التدريس الفعالة.

فعمليتي القياس والتشخيص لا تبرز إلا عند دخول الطفل للمدرسة وذلك لمواجهة للمتطلبات المدرسية ولا يلاحظ ذلك شخص أكثر من معلم الفصل الذي يستطيع مقارنة سلوك الطفل بأقرانه في الفصل وبذلك يستطيع المعلم التأكد من أن هذا الطفل يحتاج لخدمات التربية الخاصة.

وهذا ما يؤكد (القحطاني، 2005) في (الحمري، 2015: 52) أن التشخيص الأفضل هو الذي يعتمد على عدة أساليب تشخيصية، كالفحص الطبي وإجراء بعض الإختبارات النفسية أو المعرفية، ومن تلك الأساليب الملاحظة ومقاييس تقدير السلوك.

كما يمكن الرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، مع العلم أنه توجد عدد من مقاييس التقدير التي تستخدم للتعرف على هذا الاضطراب كما أوردها سيسالم في (الزراع، 2007: 40، 41) ومنها ما يلي:

1- مقاييس تقدير أولياء الأمور:

يعتبر مقياس كونر Conner المعدل لتقدير أولياء الأمور من أكثر المقاييس شمولية، ويصلح للأطفال فيما بين (3 و 17 سنة) وهو ثمرة جهد 30 سنة من البحث والتطوير ويشتمل على ثمانية مقاييس فرعية هي:

أ- مقياس المقابلة أو المعارضة.

ب- مقياس المشكلات المعرفية.

ج- مقياس النشاط الزائد والاندفاعية.

د- مقياس القلق والحجل.

هـ- مقياس الإتقان.

و- مقياس المشكلات الاجتماعية.

ز- مقياس الاضطرابات النفسية.

ح- مقياس أعراض الاضطرابات العقلية التي وردت في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية.

2- مقاييس تقدير المعلمين:

توجد مجموعة من المقاييس التي تستخدم للحصول على تقديرات المعلمين وأهمها:

أ- مقياس كونر Connors لتقدير المعلمين: ويحتوي هذا المقياس على 59 عنصرا مشابها للعناصر التي يشتمل عليها مقياس تقدير أولياء الأمور، إضافة إلى مقياس إضافي وهو مقياس الجوانب النفسجسمية، وقد تم تقنين هذا المقياس على عينة من 2000 معلم للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (3- 17 سنة).

ب- مقياس سبادافورد Sbadaford: يستخدم هذا المقياس لتقدير اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، يحتوي على 50 عنصرا لتقدير سلوك الإندفاعية والنشاط الزائد وضعف الانتباه والتوافق الاجتماعي وقد قنن هذا المقياس على عينة تكونت من 760 طالبا، حيث يستخدم مع معلمي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (5 سنوات و19 سنة).

ج- مقياس تقدير المعلمين الشامل: ويتكون هذا المقياس من 24 عنصرا وأربع مقاييس رئيسية لقياس الانتباه والنشاط الزائد والمهارات الاجتماعية والسلوك المخالف، حيث يزودنا هذا المقياس بمعايير ونتائج منفصلة للبنين والبنات وهو مناسب للأطفال من سن (5-15) سنة.

3- مقاييس التقدير الذاتي: يعتبر مقياس كونر Connors للتقدير الذاتي للمراهقين من بين أكثر مقاييس التقدير الذاتي المستخدمة لتقدير اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، ويتكون هذا المقياس من 87 عنصرا ضمن مجموعة المقاييس الفرعية التالية:

- مقياس المشكلات العائلية.
- مقياس التحكم بالغضب.
- مقياس الأعراض التي يشتمل عليها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية -الطبعة الرابعة-
- مقياس المشكلات الإنفعالية.
- مقياس مشكلات التعرف.
- مقياس المشكلات العقلية.
- مقياس النشاط الزائد والإندفاعية.
- كما تم تطوير نسخة مختصرة لهذا المقياس تحتوي على 27 عنصرا ضمن أربعة من المقاييس الأساسية وهي:
- مقياس النشاط الزائد والإندفاعية.

- مقياس المشكلات الفعلية.
- مقياس مشكلات التصرف.
- مقياس المشكلات الإنفعالية.

4- مقاييس التقدير المختلطة، المشتركة:

يعتبر مقياس تقييم سلوك الأطفال من المقاييس المختلطة التي يشترك في آدائها مجموعة من المقدرين مثل المعلمين وأولياء الأمور والطلاب، وقد تم تقنينه على عينة مختلطة تقدر بحوالي عشرة آلاف طفل و2000 معلم وأكثر من ثلاث آلاف ولي أمر، ويختص المقياس بمعلومات عن الجانب السلوكي، والعقلي، والإنفعالي للمفحوص، كما يقسم الجزء الخاص بتقدير المعلمين إلى ثلاث مجموعات عمرية:

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

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

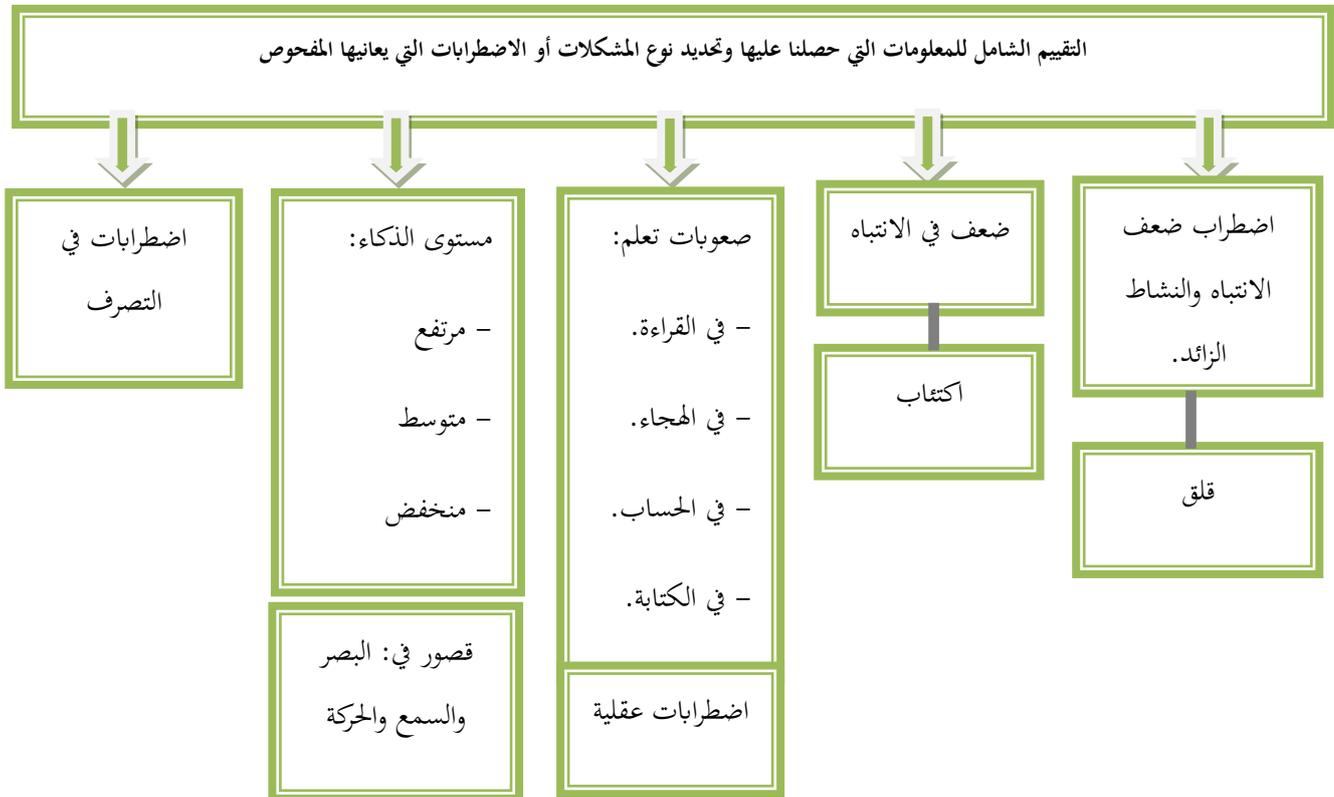
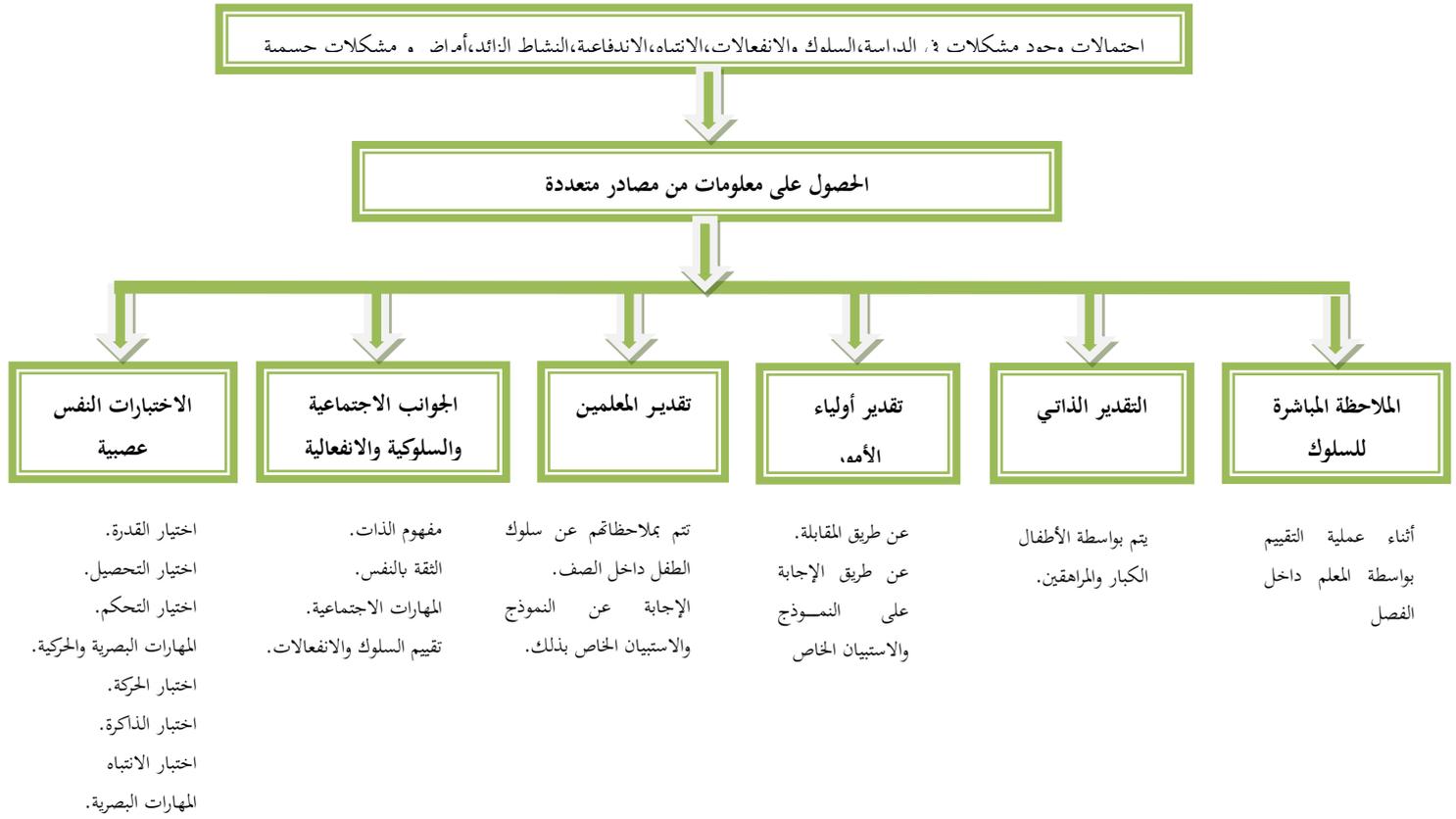
العينة الثالثة: من سن 12 إلى 18 سنة مرحلة المراهقة.

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.

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

شكل رقم (01) يبين خطوات عملية القياس والتشخيص:



ثامنا- التشخيص التفريقي لإضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

لتشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، يجب إستبعاد عدد من الحالات المرضية الطبية والنفسية الإكلينيكية المحتملة.

فحسب (سيد سليمان، 2011:287) في (الحمري، 2011:56) 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. كما يمكن أن نلاحظ أعراض مشابهة لأعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد خاصة عند الأطفال ذوي القدرات العقلية المنخفضة والذين يتم إدراجهم في أوضاع تعليمية لا تتناسب مع قدراتهم العقلية والمعرفية، والشيء نفسه بالنسبة للأطفال الذين يتميزون بقدرات عقلية مرتفعة عندما يتم وضعهم في مواقف تعليمية لا تستثير قدراتهم. وفي هذا الصدد تشير (مفيدة بن حفيظ، 2014:100، 99) في (الحمري، 2015:56) إلى وجود تداخل عدد من الاضطرابات النفسية وإضطراب ضعف الانتباه والنشاط مما يجعل عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيدا، تحتاج من القائم على عملية التشخيص مزيدا من الدقة والحذر، ومن الحالات التي تتداخل مع هذا الاضطراب نجد الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك المعارض مع وجود مقاومة لإنجاز الواجبات المدرسية، إضافة إلى المهام التي تتطلب بدلا مجهود فكري، وهو الأمر ذاته بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وتوصي كذلك بعدم التسرع في تقديم تشخيص لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد إذا ظهر على الحالة أعراض تحسب لصالح اضطراب آخر مثل اضطراب الإكتئاب أو القلق أو التفكك أو تغيير الشخصية بسبب حالة صحية معينة أو اضطراب نتج عن تناول العقاقير.

وتضيف (مفيدة بن حفيظ، 2014) في (الحمري، 2015:56) إذا ظهرت أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ضمن الدورة الزمنية لاضطراب النمو العام أو الاضطراب الذهاني لا ينبغي تقديم تشخيص لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، والأمر نفسه إذا ظهرت أعراض هذا الاضطراب بسبب إستخدام أحد العقاقير الطبية من نوع مضادات الذهان قبل السن السابعة، والتشخيص الصحيح الذي يجب أن يقدم هو اضطراب متعلق بعناصر أخرى غير محددة.

نجد كذلك في لدراسة التي قام بها (Purper Ouakil, et al,2006:36,72) حول التشخيص التفريقي والأشكال الحدودية لإضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وجد أنه عند الطفل الصغير يصعب أحيانا التمييز بين أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والسلوكيات المرتبطة بالسن عند الأطفال الذين يمتلكون مستوى مرتفع من النشاط، أو ينتمون إلى وسط مشوش.

كما وجد أيضا أن بعض الأعراض قريبة جدا من أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، قد توجد في الاضطرابات التي تغزو التخلف العقلي.

في الوضع الحالي، هناك معايير تشخيصية لا نستطيع وضع تشخيص إضافي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد إلا إذا كانت الأعراض أكثر بروزا، ولا تسمح بتحديد العمر العقلي للطفل.

كما نجد أن أعراض اضطراب Asperger واضطراب طيف التوحد دون تأخر اللغة، يشكل تشخيص تفريقي صعب أحيانا لأن عدم الاستقرار الحركي منتشر بكثرة.

الاضطراب ثنائي القطب المبكر يشكل تشخيص تفريقي وأيضا اعتلال مشترك لكثير من الأطفال، بالإضافة إلى نوبات الجنون التي تتميز بصعوبة التحكم في الشعور.

كما توصلوا إلى أن الاضطرابات السلوكية تكون ردا على عامل القلق، حيث تبدأ بعد حادثة خاصة ومؤقتة من الحياة، يمكن أن تختفي في ظرف ستة أشهر، في حين الأطفال الذي يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يملكون قلق في المحيط أكثر من الأطفال العاديين.

كما يجب تمييز بعض الآثار الجانبية لبعض الأدوية التي تعالج أمراض الربو والسل والأعصاب، لأنها قد تحدث نوبة إثارة أو تعذر الحركة.

تاسعا- الاضطرابات المصاحبة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

يذكر (أحمد وبدر،1999:61) أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد قد تصاحبه بعض الاضطرابات يمكن عرضها على النحو الآتي:

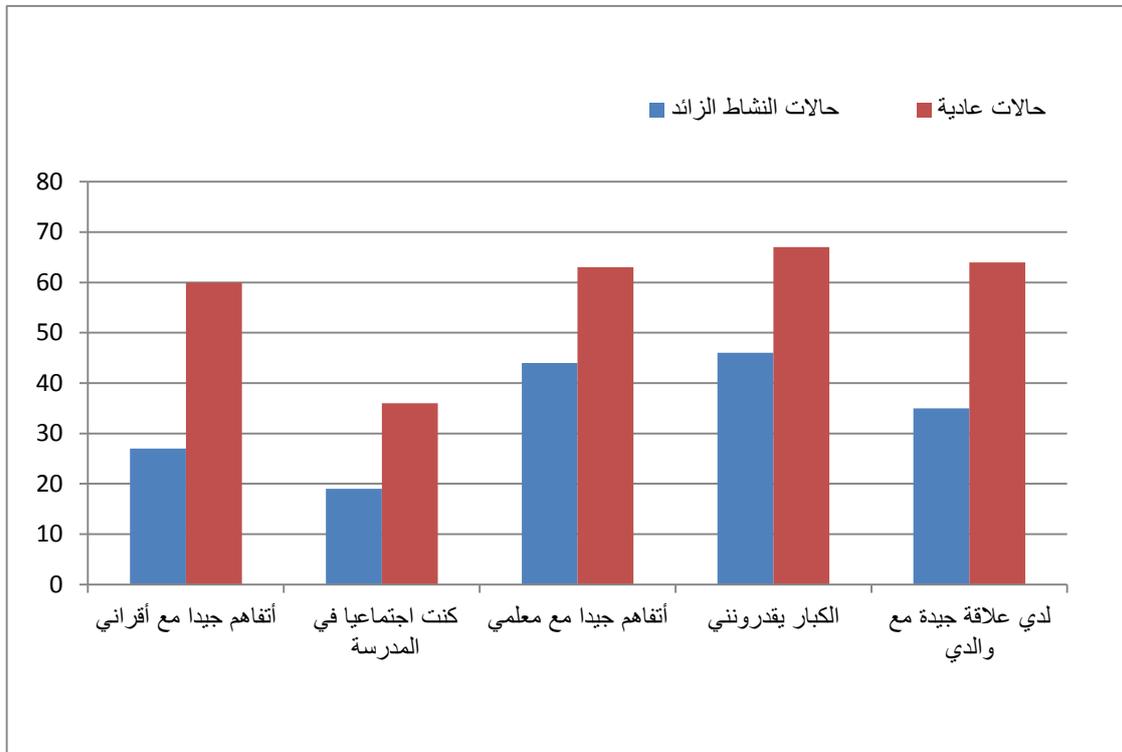
1- الاضطرابات السلوكية:

تشير دراسة كل من (Loney & Milish,1982) (Lakey, et al) (Hinshaw,1987) في (أحمد وبدر،1999:61) إلى أن الاضطرابات السلوكية تنتشر بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد خاصة السلوك العدواني، حيث يؤدي هذا السلوك المشكل لديهم إلى اضطراب علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين وبالتالي فإنهم يعجزون عن التكيف مع البيئة المحيطة بهم، ويشير (Martin Gignac:07) إلى أن اضطراب

ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يصاحب أمراض أخرى، حيث يتمسكون دائما بأعراضهم في سن الرشد، فحوالي 80% من الأطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يقدمون أمراض مصاحبة مثل: السلوك التخريبي، اضطرابات المزاج، اضطرابات القلق.

ويبين (Faraone, S, V., et al,2005) في (Martin Gignac:9) من خلال الرسم البياني اضطراب

ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وخطر إختلال الوظائف الإجتماعية:

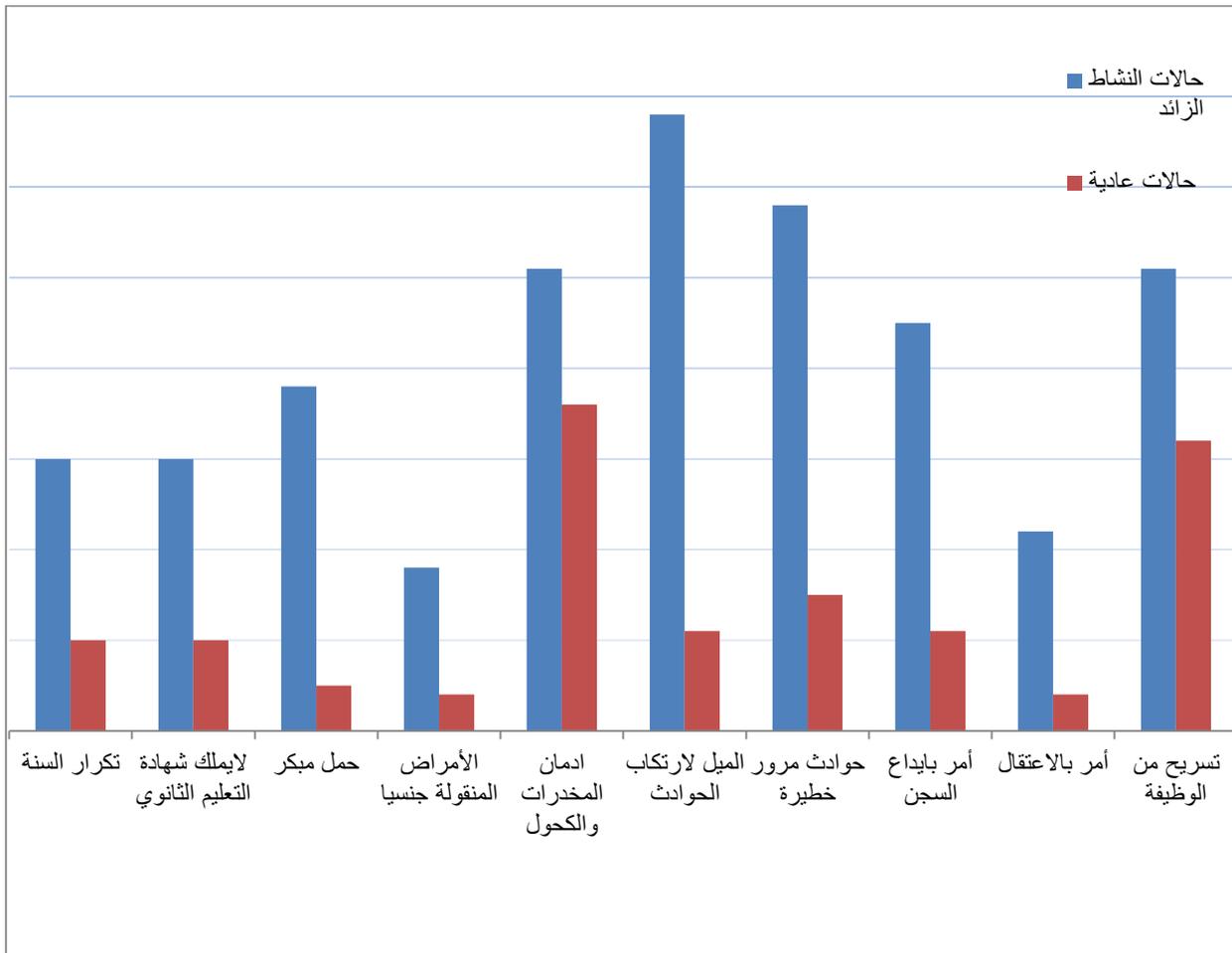


شكل رقم (02) علاقة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد باختلال الوظائف الاجتماعية:

كما يذكر كل من (Barkely&Murphy, 1998) و (American Academy of Pediatrics, 2001) و (Chadd, 2000, Weyandt, 2001) في (الحمد، د:ت:1401) أنه يمكن أن يظهر على الأطفال المصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بعض المشاكل السلوكية والأكاديمية مثل: صعوبات التعلم، اضطراب القلق، التصرف، الإكتئاب.

وحسب (Parkly, RA, et al, 1990) في (Martin Gignac:6) فإن اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يؤثر على عدة وظائف:

شكل رقم (03) يبين الوظائف التي يؤثر عليها اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:



ولقد أجرت (ماريا وزملاؤها Maria ,et al,1996) في (أحمد وبدر، 1999:61) دراسة إستهدفت من خلالها التعرف على مدى إنتشار كل من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاضطرابات السلوكية والإنفعالية بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، وقد تكونت عينة الدراسة من 150 طفل من تلاميذ المرحلة الابتدائية لديهم صعوبات تعلم، وقد بيّنت نتائج هذه الدراسة أن 43 من هؤلاء الأطفال لديهم اضطراب الانتباه والنشاط الزائد 12 طفل لديهم اضطرابات سلوكية.

2- الاضطرابات الانفعالية:

كثيرا ما يتلازم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال بالاضطرابات الانفعالية خاصة القلق والإكتئاب، فقد بين (بيدرمان وآخرون Biedrman, et al 1991) في (أحمد وبدر، 1999:62) أن هناك نسبة تصل إلى 75% من الأطفال المصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لديهم إكتئاب، و25% منهم لديهم قلق عصبي.

وأن ما يقارب 25% من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يظهر لديهم اضطراب المزاج ثنائي القطب، ويشترك معه اضطراب الوسواس القهري في الكثير من العناصر الوراثية.

كما قام (بيدرمان وآخرون Biedrman, et al 1998) في (أحمد وبدر، 1999:63) بدراسة كان الهدف منها التعرف على طبيعة العلاقة بين الاكتئاب واضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال، وقد تكونت عينة دراستهم من 76 طفل يعانون من هذين الاضطرابين معا، وقد إستمر الباحثون في متابعة أفراد العينة مدة أربع سنوات متتالية، وقد بينت نتائج الدراسة أن أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، ترتفع لدى الأطفال الذين يعانون من إكتئاب مستمر، بينما كانت هذه الأعراض تنخفض حدتها لدى الأطفال الذين يعانون من نوبات إكتئابية، حيث تحف أعراض اضطراب ضعف الانتباه عندما تحف أعراض الإكتئاب.

في حين قام (بيتر وآخرون Peter, et al) في (أحمد وبدر، 1999:64) بدراسة كان هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين كل من ضغوط الحياة، والقلق والإكتئاب باضطراب عجز الانتباه لدى الأطفال، وقد أسفرت النتائج على أن هناك علاقة موجبة بين ضغوط الحياة وكل من القلق والإكتئاب، واضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، بينما لم تكن هناك علاقة بين ضغوط الحياة وهذا الاضطراب، بمعنى أن ضغوط الحياة أدت إلى إصابة الأطفال بكل من القلق والإكتئاب وبعد ذلك ظهر اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد كعرض للقلق والاكتئاب.

3- اضطراب النوم:

يذكر (أحمد وبدر، 1999:65) بعض الدراسات الحديثة التي قام بعض الباحثين بهدف الكشف عن طريقة نوم الأطفال المصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وفحص طبيعة العلاقة بين هذين الاضطرابين.

ومن هذه الدراسات نجد دراسة (بال وآخرون Ball, et al, 1997) التي كان هدفها التعرف على طريقة النوم لدى الأطفال المصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وقد بينت نتائج دراستهم أن هؤلاء الأطفال كثيروا

الحركة والتقلب أثناء نومهم لدرجة أن الباحثين قد شبهوا فراشهم بجلبة المصارعة، كما أوضحت النتائج أن هؤلاء الأطفال يكونون قلقين في نومهم ويستيقظون كثيرا أثناء النوم مما يجعلهم يشعرون دائما بالإرهاق.

في حين قام (شيرفن وآخرون 1997, Chervin, et al) في (أحمد وبدر، 1999:65) بدراسة العلاقة بين اضطراب النوم واضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وقد تكونت عينة دراستهم من مجموعتين من الأطفال، الأولى تعاني من اضطراب الانتباه والثانية تعاني من اضطرابات نفسية فقط، وقد تراوحت أعمار أفراد العينة (2 و 18 سنة)، وبينت نتائج الدراسة أن اضطراب النوم ينتشر بين 81% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

كما أنه ينتشر أيضا بين (25%) من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية فقط.

عاشرا- المشكلات التعليمية المصاحبة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

يذكر (Rabiner, 2002) في (سحر الخشرمي، 2007:6) أن الدراسات الحديثة توصلت إلى ما يقارب 80% من الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد تظهر لديهم مشكلات الإخفاق الأكاديمي وإعادة الصفوف الدراسية والتحويل إلى فصول التربية الخاصة أو الإنسحاب والفصل من الدراسة.

وحتى الدراسات التي أجريت على عينة من الأطفال الذين لديهم مشكلات في الانتباه لكنهم لم يشخصوا رسميا على بأنهم يعانون من هذا الاضطراب، حيث أشارت إلى أن هذه الفئة واجهت مشكلات وصعوبات تعليمية على مدى الدراسة اللاحقة، كصعوبة القراءة أو الرياضيات أو الإستيعاب والفهم، أو صعوبة إستخدام الوقت أو غيرها من صعوبات التعلم النمائية.

ومن خلال هذا العنصر سوف نتطرق إلى الصعوبات الأكاديمية والنمائية التي يمكن أن تظهر عند الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب كما حددها (سحر الخشرمي، 2007:27) والتأخر الدراسي كما حدده (أحمد وبدر، 1999:105) كمايلي:

1- الصعوبات الأكاديمية:

أ- الصعوبات اللغوية: في دراسة قام بها (رابنر وزملاءه، 1999, Rabiner et al) في (سحر الخشرمي، 2007:27) حول الصعوبات التعليمية التي يمر بها الأطفال في المرحلة الابتدائية، حيث قام الباحثون بمتابعة عينة من الأطفال يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في المرحلة الابتدائية لمدة خمس سنوات، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود مشكلات أكاديمية متعلقة بالتحصيل القرائي، مما يدل على أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد له علاقة بظهور صعوبات في القراءة إذا ما أهمل التكفل به.

كما نجد أن نفس الباحثين قاموا بدراسة سنة 2000 على عينة تكونت من 620 طفل ممن يدرسون بالمرحلة الابتدائية وذلك في 08 مدارس بالولايات المتحدة، وفي نهاية العام الدراسي تم تقييم تحصيلهم في ثلاث مواد أساسية القراءة والرياضيات واللغة المكتوبة، بالإضافة إلى تطبيق مقياس conner بهدف تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وقد أشارت النتائج إلى تدني مستوى القراءة بنسبة 76% لدى الأطفال الذين ظهرت لديهم أعراض ضعف الانتباه مقارنة بمن لم تظهر لديهم الأعراض.

ومقارنة الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب مع أقرانهم العاديين نجد أن لديهم أداء منخفض في اللغة المكتوبة بنسبة 92 %، مع العلم أن هذه الدراسة أوصت بضرورة التدخل المبكر لعلاج جوانب الضعف في عملية الانتباه عند الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في سن مبكر، مع التركيز على الأسباب التي أدت إلى الصعوبات الأكاديمية عند هؤلاء الأطفال وليس على الصعوبات الأكاديمية ذاتها.

وشدد أيضا (تايروش وكوهين 1998، Tirosh & Cohen) في (سحر الخشرمي، 2007:28) من خلال الدراسة التي أجريها على عينة مكونة من 3208 لعلاج الأسباب المؤدية لصعوبات التعلم عند الأطفال الذين تم تشخيصهم أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وقد تم تشخيص 5 % من عينة الدراسة يعانون من أعراض هذا الاضطراب، وبعد تطبيق مقياس لتقييم اللغة لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مقارنة بالأطفال الذين لا يوجد لديهم مشكلات في القراءة، فقد ظهر بأن 45% ممن لديهم هذا الاضطراب يعانون من صعوبات لغوية، كما تبين بأنها تظهر لدى البنات أكثر من البنين، وقد أشار الباحث إلى أن الصعوبات اللغوية غير المعالجة ترتبط بشكل كبير بالصعوبات الأكاديمية في الجوانب اللغوية، لذا فإن التقييم المستمر للجوانب اللغوية للأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يشكل جزءا هاما بالنسبة لتعليم هؤلاء الأطفال، خاصة وأن الصعوبات اللغوية ترتبط بالصعوبات الأكاديمية في جانب الوظائف الأكاديمية.

كما أن الإرتباط بين الصعوبات اللغوية عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد كان محط إهتمام العديد من الدراسات، حيث أكدت بعض الدراسات على أن ضعف المهارات اللغوية كضعف اللغة التعبيرية أو اللغة الإستقبالية وكذلك الذكاء اللغوي المنخفض يترافق في أغلب الأحيان مع هذا الاضطراب.

كما نجد دراسة (ماكلينس ورفاقه، 2003، McInnes, et al) في (سحر الخشرمي، 2007:28) والتي أجريت على عينة مكونة من 77 تلميذ تتراوح أعمارهم بين (9-12) سنة شخصوا على أن لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد فقط و18 تلميذ آخر يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مصحوب بصعوبات لغوية و19 لديهم صعوبات لغوية فقط بدون اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد و19 آخرون لا توجد لديهم أي

مشكلات، حيث تم تقييمهم باستخدام إختبارين أحدهم للإستماع مع الفهم، والآخر لإكتشاف الأخطاء في 8 قطع للقراءة، فقد أشارت نتائج إختبار الإستماع مع الفهم إلى أن جميع الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في عينة الدراسة كان أداءهم أقل بكثير من بقية الأطفال في العينة الضابطة في شرح ما تم فهمه من القطعة المستمعة، إلا أن أداءهم جاء قريبا من الأطفال العاديين، وأفضل من الأطفال الذين لديهم مشكلات لغوية فقط أو اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مصحوب بمشكلات لغوية حين توجه لهم أسئلة محددة حول ما تم الاستماع له.

كذلك بالنسبة لإكتشاف الأخطاء في القطع القرائية، فإن الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد كان أداءهم أضعف بكثير من أداء الأطفال في العينة الضابطة، وأفضل من الأطفال العاديين الذين لديهم مشكلات في إكمال المهام الدراسية وبين ضعف مهارات الإستيعاب للمعلومات المعقدة التي قد تقدم في التعليمات الصفية والدروس أو القطع القرائية.

وتؤكد هذه الدراسة العلاقة الطردية بين ضعف مهارات الإستيعاب في المراحل الدراسية الأولى، وتأثيرها على التحصيل الأكاديمي المتدني في المراحل الدراسية اللاحقة، وتؤكد أيضا على ضرورة الانتباه إلى جانب الفهم والإستيعاب لدى الأطفال في التعليمات الصفية والمعلومات المعروضة من المعلم لتجنب حدوث عجز في الإستيعاب يقود إلى مخرجات تعليمية ضعيفة.

ب- صعوبات الرياضيات:

يوجد الكثير من الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لديهم صعوبة التحصيل في العديد من المجالات الأكاديمية على غرار مادة الرياضيات.

ومن المشكلات البارزة في الرياضيات لدى هؤلاء الأطفال تلك المشكلات المرتبطة بإستيعاب مفاهيم الرياضيات، وإستيعاب الحقائق الأساسية لإستكمال حل المشكلات بالوقت المناسب، كذلك إستخدام الإستراتيجيات المناسبة لحل المشكلات الرياضية بفعالية، كما أن تطبيق الحقائق الخاصة بالجمع والطرح وجداول الضرب تأخذ وقت أطول مما يستهلك الطفل الذي لا يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وهذا بدوره يؤثر على التعلم اللاحق للمستويات الأعلى من الرياضيات والمهارات التقنية.

كما أشارت دراسة (رايبنر، 2005، Rabiner) في (سحر الحشرمي، 2007: 29) إلى أن التلاميذ الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يبدون أداء أفضل عندما تنظم المهام الرياضية لتناسب مع المستوى الأكاديمي الفردي المناسب للتلميذ، وعندما تقدم لهم تغذية راجعة مستمرة حول أدائهم. وكذلك عندما تكون نتائج أدائهم

ظاهرة ومرتبطة بعملهم، وحين يتم استخدام إجراءات مناسبة لتقديم دروس الرياضيات لهم كإستخدام القصص والأساليب المثيرة، فإن ذلك يشد انتباه الأطفال ويعمل على تحسين أدائهم الأكاديمي.

ففي الدراسة التي أجراها (بينديتو وتانوك 1999 Benedetto & Tannock) في (سحر الخشرمي، 2007:30) لتقييم مهارة القيام بالحسابات الرياضية للأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مقارنة مع الأطفال الذين ليس لديهم أعراض هذا الاضطراب، حيث أجريت الدراسة على 15 طفل تم تشخيصهم على أن لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، 13 منهم ذكور و2 إناث، إضافة إلى 15 طفل لا يوجد لديهم هذا الاضطراب وكانت تتراوح أعمارهم جميعا من (7-11) سنة ونسب الذكاء متقاربة بين المجموعتين، حيث قدمت مهارات حسابية للطلاب في العينة التجريبية والضابطة خلال 10 دقائق، مرة قبل إستخدام أي علاج دوائي مع العينة التجريبية، ومرة أخرى بإستخدام علاج دوائي كالريتالين مع العينة التجريبية، وقد حسبت مهارات الأطفال في الإستجابة الصحيحة على مسائل متعددة تشمل الجمع والطرح، كما حسب مستوى الدقة في الإستجابة، وعدد الأخطاء والسلوك المصاحب، وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

- 1- الكثير من الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد كان أداءهم أقل من أقرانهم العاديين في مادة الرياضيات حتى وإن كانوا في نفس مستوى الذكاء.
- 2- يعتمد الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند القيام بعملية الحساب على أصابع اليد وليس على الذاكرة.
- 3- يعاني العديد من الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من مشكلات في فهم مفهوم الإستلاف، وهي مهارة تتطلب مهارات أساسية مثل تشغيل الذاكرة والانتباه والذي يعتبر علامة ضعف لدى هؤلاء الأطفال، لذا يقترح الباحثين تدريب المعلمين على كيفية توجيه وتحسين تلك الجوانب عند هذه الفئة.
- 4- إستخدام العلاج الدوائي يقلل من إستخدام أصابع اليد في إجراء العمليات الحسابية ويساعد في إستخدام الذاكرة، وكذلك يقلل من أخطاء عمليات الطرح إلا أن الدواء لا يحسن مشكلة عدم فهم مفهوم الإستلاف.
- 5- يحتاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد إلى وقت أطول من الأطفال الذين لا يعانون من هذا الاضطراب لحل المشكلات الرياضية خاصة في الإستلاف، كذلك تقليص عدد المسائل التي تقدم لهم في الواجبات والإختبارات مقارنة مع الأقران الآخرين في الفصل الدراسي، ويقترح الباحثين تحديد ذلك في البرنامج التربوي الفردي للأطفال.

6- على الرغم من أن استخدام الدواء قد حسن من أداء الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في الاستجابة بالانتباه لاختبار الرياضيات، إلا أن الدواء لم يعالج صعوبات الرياضيات التي يعاني منها الأطفال، فتلك الصعوبات ينبغي تحديدها في برنامج الطفل الفردي وإستخدام أسلوب علاجي تدريبي مناسب معها.

وفي دراسة (مارشال، 1997، Marshall et al, 2007:30) (سحر الخشرمي، 2007:30) التي كان هدفها مقارنة الأداء الأكاديمي للأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (النوع المركب) أي الأطفال الذين لديهم أعراض نشاط زائد واندفاعية إضافة إلى عدم الانتباه، مع أداء الأطفال الذي شخصوا على أن لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه فقط.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن الصعوبات المرتبطة بالنوع المركب كانت أكثر من تلك التي تتواجد لدى الطلاب الذين لديهم مشكلات انتباه فقط، وذلك فيما يتعلق بالمشكلات السلوكية، إلا أن الأطفال الذين لديهم مشكلات انتباه فقط كانوا أكثر عرضة للمشكلات المرتبطة بالوظائف الأكاديمية، فالأطفال الذين يعانون من مشكلات انتباه فقط يبدون مستويات منخفضة في التحصيل في مادة الرياضيات، ويرى الطالبون بان صعوبات الانتباه لدى هؤلاء الطلاب تتعارض مع قدراتهم على تكوين أنظمة رمزية مختصرة خاصة لاكتساب مهارات الرياضيات الأساسية في الصفوف الابتدائية، ويبدو أن الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الانتباه فقط، حين يكونون في سن مبكر، لا تظهر عادة هذه المشكلة واضحة لديهم لعدم ارتباطها بمشكلات سلوكية، مما قد لا يسترعي الإهتمام لتقديم متابعة خاصة لهم، لذا فإن هؤلاء الأطفال قد لا يتمكنوا من إكتساب المهارات الأساسية اللازمة لمادة الرياضيات والتي يحتاجونها لمراحل لاحقة.

وتقترح هذه الدراسة توجيه الانتباه للأطفال الذين يبدون أداء أكاديمي منخفض في مهارات الرياضيات وإجراء اختبارات مبكرة للوظائف الأكاديمية لتلك المهارات، لتجنب الصعوبات الأكاديمية التي قد تواجهه لاحقاً.

2- الصعوبات النمائية:

لقد برز الإهتمام بهذا الجانب ضمن الدراسات التي تناولت الصعوبات التعليمية عند الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من عدة زوايا كالتالي:

أ- القدرة على التحكم بالذات: إعتبر (باركلي، 2003، Barkley) أحد أهم الخصائص الأساسية عند الأفراد الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، في نمط ضعف الانتباه فقط، هو عدم القدرة على التحكم بالذات، تليها مشكلة عدم الانتباه، كما يعتقد أن اضطراب الانتباه يختلف في خصائصه ومشكلاته عن اضطراب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بشكله المزدوج (اضطراب انتباه مع نشاط زائد واندفاعية).

والنظرية التي يصفها باركلي يمكن تلخيصها كالتالي:

يرى (باركلي Barkley) أنه أثناء مرحلة نمو الطفل، فإن التأثير والتحكم بسلوك الطفل يتحول تدريجياً من المصادر الخارجية إلى أن يصبح وبشكل متزايد محصناً بقوانين ومعايير داخلية، والتحكم بسلوك الفرد بقوانين ومعايير داخلية هو ما يقصد به التحكم الذاتي، فعلى سبيل المثال الطفل الصغير تكون لديه قدرات محدودة للتحكم بسلوكه الإندفاعي، فمن الشائع أن الأطفال الصغار يفعلون عادة ما يخطر على بالهم، وإن 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 عند موقف طفل أكبر لديه نفس الدافع لتحطيم لعبة لكنه لا يفعل لأنه يأخذ بالإعتبار النتائج التالية:

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

2- سيغضب والديه منه لأنه حطم لعبته الجديدة.

3- سيشعر بانزعاج لأنه خذل والديه.

4- سيشعر بانزعاج لأنه ترك غضبه يخرج خارج السيطرة وسيشعر بالإحباط.

وحسب هذا المثال فالطفل يتعلم أن يتحكم وينظم سلوكه على ضوء معايير وقوانين داخلية، وليس بناءً على تهديدات ومواقف خارجية.

ويرى (باركلي Barkley) بأن الأطفال الذين لديهم ضعف الانتباه فقط هم غالباً يعانون من ضعف التحكم بالذات ناتج عن أسباب بيولوجية وليس لأسباب تربوية.

وكتناج لعدم القدرة على التحكم بالذات فإن بعض من الوظائف والعمليات الأساسية المحددة والهامة قد لا تنمو بشكل مناسب وقد تشمل مايلي:

ب- تشغيل الذاكرة: ويقصد به القدرة على إستدعاء عناصر الماضي والتحكم بها في عقل الإنسان حتى تتمكن من توقع ما سيحدث مستقبلاً، وهذا إجراء هام للتعامل مع مواقف الحياة اليومية والتي يعتقد (باركلي Barkley) بأنها لا تعمل بشكل جيد عند من يعانون من اضطراب ضعف الانتباه فقط.

ج- الكلام مع الذات: القدرة على إستخدام الكلام الداخلي الموجه ليقود سلوك وأفعال الإنسان، (باركلي Barkley) يعتقد بأن هذه القدرة تتطور في وقت متأخر وبشكل غير مكتمل لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه فقط.

د- الإحساس بالوقت: ويشير إلى القدرة على تقدير الوقت المحدد لأداء المهمة والتحكم بسلوك الفرد على ضوء معرفته بذلك الوقت، كأن يتمكن الطفل من إنهاء مهمة محددة بوقت مناسب لكي يتمكن من الإنتقال لمهمة أخرى، ويعتقد (باركلي Barkley) بأن الأطفال الذين لديهم اضطراب في جانب الانتباه يكون لديهم الإحساس الذاتي

بالوقت معطل مما يعيق أداءهم للأفعال المطلوبة في الوقت المناسب، كما توصل (باركلي Barley, 1997) في دراسته إلى أن صعوبة التحكم في الوقت قد تكون أيضا عنصر أساسي للمشكلات التعليمية للأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، ففي دراسته التي أجراها على 12 طفل يعاني من هذا الاضطراب و26 طفلا لا يوجد لديهم هذا الاضطراب ممن تراوحت أعمارهم بين 6 و14 سنة وتم إختبارهم في استخدام مهام تنظيم الوقت، حيث قدمت لهم مهام يتم فيها رصد استجاباتهم كل 12، 24، 36، 48، 60، 120 ثانية وأثناء نصف هذه الفترة كان تقدم مثيرات مشوشة للتأكد من مدى تأثيرها على أدائهم وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الطلاب الذين لا توجد لديهم أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد استطاعوا الإستجابة في الوقت المناسب في الفترات التي تمت مقاطعتهم فيها عن الإستجابة، كما أنهم لم يتأثروا بالمشتتات التي تم عرضها عليهم أثناء العمل، وهو عكس ما ظهر مع الأطفال الذين لديهم الاضطراب، فحتى عندما قدمت لهم أدوية خاصة لتحسين الانتباه، لم تتحسن قدرتهم على تقدير الوقت والإستجابة في الوقت المناسب مما يشير إلى أن هناك مشكلة أساسية لدى هؤلاء الأطفال في تقدير الوقت وقد تكون هي أساس لعدم انجازهم للمهام المطلوبة في الوقت المناسب ويؤكد هذا البحث على أهمية تدريب مهارات الإحساس بالوقت وتقديره من خلال إستخدام ساعات التوقيت الرقمية والرملية وبطاقات لفت الانتباه وغيرها من المنبهات التي يلفت انتباه الأطفال لها من خلال المعلمين والأسرة.

هـ- سلوك توجيه الأهداف: أي القدرة على تحديد أهداف في ذهن الفرد وإستخدام الصور الداخلية لتلك الأهداف لتشكيلها وتوجيهها والتحكم بسلوك الفرد وتوجيهه، وهي خاصية مهمة للإنسان لتحديد ما يريد عمله وتحديد الجهد المبذول والمطلوب بإستمرارية في العمل لتحقيق الأهداف، فقد يكون محبطا وصعبا على الإنسان أن لا يتمكن من الإحتفاظ بأهدافه لفترة طويلة في ذهنه، والأطفال الذين لديهم تشتت انتباه يواجهون صعوبة في الحفاظ على الرغبة بالإستمرار بالجهد المطلوب لتحقيق أهداف طويلة المدى.

وحسب نظرية (باركلي Barkley) فإن اضطراب ضعف الانتباه هو ناتج عن ضعف التحكم بالذات وليس لعدم الانتباه وهذا يعني بأن الأشخاص الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بنمط ضعف الانتباه قد لا تنقصهم المهارات والمعرفة لكي ينجحوا، ولكن مشكلتهم في التحكم بالذات والتي تم استفادتهم من المعرفة والمهارات التي يمتلكونها في الوقت المناسب.

فمشكلة ضعف الانتباه كما صورها (باركلي Barkley) تكمن في أن يفعل الفرد ما يعرف بالوقت المناسب وليس في أن يعرف ما سيفعل، فقد يعرف الطفل الخطوات التي يتبعها للنجاح بعمل مدرسي مثلا، ولكنه يفشل في أداء العمل لأن تحكمه في الوقت كان غير مناسب، وأن إستخدامه للأهداف طويلة المدى لتقود سلوكه كان محمدا، ويقترح (باركلي Barkley) لعلاج هذه المشكلات بأن يتم التركيز على مساعدة الأفراد الذين لديهم ضعف انتباه

على تطبيق المعرفة التي لديهم بالوقت المناسب بدلا من تعليمهم كيف يكتسب المهارات اللازمة لتلك المعرفة كما يقترح متابعة الأطفال من المعلمين وتركيزهم على المهام المطلوبة والقوانين التي تحكم العمل أو سلوكيات من وقت لآخر.

و- اضطراب الوظائف التنفيذية: ويقصد بهذا الجانب القدرة على إتخاذ القرار والتخطيط للخطوات التي تساعد للتحكم بالسلوك، كأن يقوم الطفل الذي لديه مهام وواجبات دراسية طويلة المدى بتقسيمها إلى أجزاء ومن ثم عمل خطة لإستكمال كل جزء، ومتابعة الأداء طوال إنجاز العمل وعلى الرغم من أنه لا توجد قوائم محددة علميا لهذه الوظائف إلا أن معظم الخبراء يتفق 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.

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 أن الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يظهرون مهارات الوظائف التنفيذية بصورة مقاربة لتلك التي يظهرها الأطفال الذين لا توجد لديهم أعراض هذا الاضطراب، ولكن المفاهيم الحديثة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد تؤكد على أن هذه الوظائف التنفيذية، قد تمثل جوهر الاضطراب لدى الأطفال وقد تكون الأعراض التي يتصف بها هذا الاضطراب ليصف سلوكيات عدم الانتباه أو النشاط الزائد أو الإندفاعية ما هي إلا نتاج للخلل في الوظائف التنفيذية في كثير من الحالات.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الوظائف التنفيذية غير المناسبة والتي تقود إلى أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد قد تكون هي الأساس في الصعوبات التعليمية التي تظهر لدى هؤلاء الأطفال حتى أن بعض الدراسات تؤكد على أنه في حال عدم وجود اضطرابات في الوظائف التنفيذية لدى هؤلاء الأطفال فمن الأرجح أن لا يعانون على الإطلاق من مشكلات تعليمية.

ففي دراسة أجريت حديثا أعدها (بايدرمان، 2004، Piederman) في (سحر الحشرمي، 2007:33) حول تأثير اضطراب الوظائف التنفيذية على الإنتاج الأكاديمي للطلاب الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط

الزائد في عينة تشكلت من 259 طالب 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 :

1. الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد أظهروا أداءً أكاديميًّا أضعف من العاديين في العديد من المجالات وقد ارتبط هذا الضعف بالحالات التي ظهر لديهم اضطراب في الوظائف التنفيذية.
2. 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 كان لديهم صعوبات التعلم وتحصيل أكاديمي منخفض في مادة الرياضيات، كذلك لديهم مشكلات واضحة في القراءة مقارنة بمن لا يوجد لديهم مشكلات في الوظائف التنفيذية مما يؤكد على أن اضطراب الوظائف التنفيذية قد يكون هو التغير 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.
- 3- التأخر الدراسي:

يقدم لنا (أحمد وبدر،،1999:74) المشكلات التي تنجم عن إصابة الطفل باضطراب الانتباه، وتؤدي إلى تأخره دراسياً، وهي كما يلي:

أ- ضعف القدرة على الفهم:

إنَّ الأطفال المصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يعانون من ضعف القدرة على فهم المعلومات التي يستقبلونها سواء كانت شفوية أو مكتوبة.

فبالنسبة للمعلومات الشفهية جاءت الدراسات الحديثة مؤكدة على أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لا يفهمون أكثر من (30 %) من مجموع المعلومات التي يسمعونها، وتعتبر هذه النتيجة أمراً مهماً وحقيقة علمية يجب التوقف عندها لأن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب لا يفهم إلا ثلث المعلومات التي يتلقاها خلال اليوم الدراسي.

مع العلم أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف القدرة على الإنصات ويظهر عليهم وكأنهم لا يسمعون، لهذا نجد أن قدرتهم ضعيفة في استقبال المعلومات عن طريق حاسة السمع، ويمكن الإشارة إلا أن ضعف القدرة على

الإنصات لدى هؤلاء الأطفال ليس لها علاقة بالقدرة على السمع، حيث أن حاسة السمع لديهم سليمة، ولكن مشكلتهم على مستوى الجهاز العصبي الذي يتصف بضعف القدرة على معالجة المعلومات المسموعة وربطها بالمعنى.

ويمكن الإستدلال على هذا عندما يكون الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب وهو يتحاور مع أطفال آخرين، فغالبا لا يفهم الطفل ما يدور حوله وكأنه في عزلة تامة، لذلك نجد يتجنب مثل هذه المواقف، وإذا اشترك معهم في الحوار فإن حديثه لا يرتبط بما يدور فيه، فعلى سبيل المثال: إذا كان المعلم يشرح الدرس ثم قام بتوجيه سؤالاً للطفل تكون إجابته بعيدة عن مضمون السؤال المطروح، لهذا نجد أن الأطفال الذي يعانون من هذا الاضطراب غالبا ما يخفقون في الإختبارات التي تتطلب قدرات شفوية لعدم تمكنهم من فهم الأسئلة بشكل سليم.

وزيادة على ما تم ذكره فإن الطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يفتقد للمهارات التي تسمح له بمتابعة جميع المعلومات المسموعة، فإذا أراد المعلم أن يراجع مع الطفل ما تم شرحه في أحد النشاطات الدراسية، فإن الطفل يتعجب مما يقوله المعلم إلى درجة أنه ينكر ما سمعه من معلمه.

ويضيف (أحمد وبدر، 1999:74) أن الجهاز العصبي للطفل المصاب بهذا الاضطراب لا يستطيع معالجة كل ما يستقبله من المعلومات المقروءة، فنجده يرتكب الكثير من الأخطاء أثناء قراءته للنصوص، وترتفع نسبة الأخطاء كلما كانت المادة المقروءة كبيرة، حيث إن الطفل قد يقرأ الصفحة الأولى بدون أخطاء، أما في الصفحة الثانية فإنه يخطئ، وتصل نسبة أخطائه فيها إلى 20% تقريبا، وفي الصفحة الثالثة ترتفع نسبة هذه الأخطاء لتصل إلى حوالي 20% تقريبا، وهكذا يزداد معدل الأخطاء كلما زادت المادة المقروءة، ولذلك يطلب من المعلم تقسيم المادة المقروءة إلى مجموعة من الوحدات بين الوحدة والوحدة الأخرى فترة استراحة، إلى أن يتمكن الطفل من قراءتها كلها.

ومما سبق ذكره فإن الجهاز العصبي المركزي عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يفتقدون القدرة على معالجة المعلومات المستقبلية كانت سمعية أو بصرية، ما يترتب على ذلك قدرة فهم ضعيفة تؤدي في أغلب الأحيان إلى تكوين استجابات خاطئة.

ب- الإستجابة الخاطئة:

ترجع الاستجابة الخاطئة عند الطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد حسب (أحمد وبدر، 1999:75) إلى مجموعة من الأسباب أهمها ضعف في القدرة على فهمه لما يطلب منه من مهام بالإضافة إلى ضعف قدرته على التذكر حيث تفشل العمليات العقلية على استدعاء المعلومات الضرورية التي يحتاجها في هذا الوقت من الذاكرة طويلة المدى، لذلك تكون أغلب استجاباته خاطئة وغير صحيحة، ويمكننا أن نشاهد ذلك لدى الطفل المصاب بهذا الاضطراب عندما يقو بالقراءة أو بحل مسألة في الرياضيات حيث نجده يخطئ كثيرا في القراءة لأنه ينسى أسماء الحروف، كما أنه يخطئ أيضا في الرياضيات لأنه ينسى أسماء الأشكال الهندسية وعلامات الجمع

والطرح والقسمة، ولذلك فإنه يتوقف كثيرا ليبحث في ذاكرته عن هذه المعلومات التي نسيها، وعندما لا ينجح في استرجاع ما تعلمه يقدم إجابات خاطئة، الشيء الذي يعود بالسلب على أدائه خاصة في الامتحانات فيحصل على نتائج ضعيفة.

هذا لا ينفي أن الطفل المصاب بهذا الاضطراب لا تعمل ذاكرته بشكل جيد، حيث تبدأ ذاكرته في العمل بشيء جيد لكن سرعان ما تبدأ تضعف وهذا يرجع إلى نوع العمل الذي يقوم به الطفل والفترة الزمنية التي يستغرقها في ذلك، فعلى سبيل المثال إذا طلب المعلم إنجاز بعض المسائل الرياضية فإنه ينجح في الأولى ولا يرتكب أي خطأ لكن تكثر أخطائه في المسائل اللاحقة.

ويمكن الإشارة في هذا الصدد أن الطفل المصاب بهذا الاضطراب يقوم بالإستجابة الخاطئة رغما عنه ومن دون قصد، ويعود ذلك لعدم امتلاكه القدرة على التحكم بشكل جيد في جهازه العصبي وإلى اضطراب في عملياته العقلية، لذلك نلاحظ أن المعلم يقوم بعقاب الطفل وتوبيخه على أخطائه فيشعر بالفشل والدونية ويكون مفهوما سلبيا عن ذاته.

ج- كثرة النسيان:

يقول (أحمد وبدر،،1999:76) أن 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، ومحصلة كل ذلك أن 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 أن يسجلوا على دفاتره الواجبات المنزلية التي يجب حلها، بالإضافة إلى كتابة مختلف الأدوات الدراسية التي يجب على الطفل أن يحظرها في كل يوم، لأنه كما قلنا سابقا أن الجهاز العصبي عند هؤلاء الأطفال لا يحتفظ جيدا بالمعلومات الشفهية المسموعة.

د- شروذ الدهن:

يتطلب النجاح في عملية التعلم أن يكون الطفل دائم التركيز على جميع المنبهات الرئيسية، وفي نفس الوقت يعمل على تجاهل المنبهات التي ليس لها علاقة بالمنبه الرئيسي، وهذه العملية تشكل صعوبة كبيرة للطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لسهولة تشتت انتباهه وفقدان التركيز على المنبه الرئيسي.

فأي حركة داخل أو خارج حجرة الدراسة، أو سقوط شئ ما على الأرض، أو تحريك كرسي من الكراسي، تثير انتباه الطفل إليها فلا يتابع ما يقدمه المعلم من معلومات فب الحصة التدريسية ويمكن الإشارة إلى التشتت المتكرر لانتباه الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب يكون سببا في جعله لا يستكمل أي نشاط يقوم به، فمثلا إذا قام الطفل بحل مجموعة من المسائل الرياضية وتشتت انتباهه لوجود منبهات دخيلة، ثم عاد مرة أخرى ليكمل ما انقطع عنه في السابق، فإنه يعتقد أن المسألة التي كان يقوم بحلها قد انتهت، ويبدأ في حل مسألة جديدة ولا يدرك أن تشتت انتباهه لا ينهي حل المسألة السابقة، ويتكرر حدوث ذلك كلما تشتت انتباه الطفل، لذلك يجد المعلم صعوبة كبيرة في متابعة عمل الطفل بسبب وجود الكثير من الفجوات والأخطاء، وعند ابلاغ الطفل بذلك فإنه يندهش معتقدا أنه أنهى عمله على أكمل وجه غير مدرك لتشتت انتباهه.

هـ- نمط التفكير:

يتميز الطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في رأي (أحمد وبدر، 1999:76) بقدرات ضعيفة في التفكير على الرغم من أن مستوى الذكاء يكون من عادي إلى جيد، إلا أنه يظهر عليه عدم ترابط أفكاره، فنجد أنه يفكر في موضوعات جانبية ليس لها علاقة بالعمل الذي يقوم به، كما أن أفكار هذا الطفل تنتقل بسرعة كبيرة ومن موضوع إلى موضوع آخر، فنجد أنه يفقد تركيزه في أغلب الأعمال التي يقوم بها ما يؤدي به إلى ارتكاب الكثير من الأخطاء.

و- الكتابة الرديئة:

كذلك بالنسبة لكتابة الطفل ذو النشاط الزائد نجد أنها مليئة بالأخطاء اللغوية حتى لو كان يقوم بالنقل من كتاب أمامه أو من السبورة.

ومثالا على ذلك إذا طلبنا من الطفل كتابة بعض الصفحات من كتاب اللغة أو نقل درس من على السبورة، وأردنا تصحيح ما كتبه، فإننا نجد الكثير من الأخطاء على الرغم من أن هذا الطفل كان يرى الكلمات من أمامه. وزيادة على ذلك فإننا نجد هذا الطفل كثير الحو والتشطيب لما كتبه، فتكون كتابته رديئة في غالب الأحيان، ما يجعله يقوم بإخفاء دفاتره عن معلمه

ز- تجنب الموقف التعليمي:

كثيرا ما يتجنب الطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد المواقف التعليمية خاصة التي تتطلب مزيدا من الجهد والتفكير، فنجد أنه يخلق الأعذار لتجنبها مثل أن يتداعى بالمرض أو يطلب الخروج من القسم إلى دورات المياه، أو يطلب استعارة شئ من زميله، كما يضيع كثيرا من الوقت عند قيامه بمثل هذه التصرفات.

أما داخل حجرة الدراسة فإن هذا الطفل يحاول 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 بحث عن شيء من أدواته في حقيبة كتبه، وإذا عجز عن تجنب الموقف التعليمي بأي حيلة عن الحيل السابقة أو غيرها فإنه يجلس على مقعدة ويستغرق في أحلام اليقظة بعيدا عن الموقف التعليمي.

كما نجد هذا الطفل كثير التأخر عن الوصول إلى المدرسة أو الدخول إلى حجرة الدراسة.

الفصل الثالث: علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

أولا - العلاج الطبي.

ثانيا - العلاج السلوكي.

ثالثا - العلاج السلوكي المعرفي.

رابعا - العلاج الأسري.

خامسا - العلاج التربوي.

سادسا - العلاج عن طريق برامج الغذاء.

سابعا - علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال المتخلفين عقليا.

إن علاج اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد علاج متعدد الأشكال، حيث لا يزال تقديم العلاج بناءً على أعراض هذا الاضطراب وليس بناءً على الأسباب المؤدية إليه، لذا يتم التدخل العلاجي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد باستخدام عدة أساليب علاجية، لذلك سيتم في هذا الفصل التطرق إلى أهم الأساليب العلاجية التي تستخدم مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بداية من العلاج الطبي ثم العلاج السلوكي والسلوكي المعرفي والتربوي وبرامج العلاج الغذائي وأساليب علاج هذا الاضطراب عند الأطفال المتخلفين عقلياً.

أولاً- العلاج الطبي:

يذكر (حسن مصطفى، 2001:254) أن العلاج الدوائي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد باستخدام العقاقير قد بدأ في عام 1938 عندما سجل برادلي Bradly آثار البنزدرين ولكن قوبل هذا المنحى الدوائي في العلاج كعذر لتجنب المسؤولية، بحيث أنه وسيلة لجعل الطفل يسلك درياً معيناً من السلوك. فعلاج هذا الاضطراب طبيياً يعتبر من الأمور المعقدة إلى حد ما والسبب في ذلك أنه لا يوجد عقار أو دواء خاص بهذا الاضطراب، لكن يبقى الهدف من هذا العلاج هو إعادة التوازن الكيميائي في جسم الفرد المصاب بهدف زيادة الانتباه والقدرة على التركيز وخفض حدة النشاط الحركي الزائد. وتستخدم العقاقير الطبية حسب (صافيناز إبراهيم، 2008:09) كمنبهات للجهاز العصبي المركزي خاصة "الدكسترو أمفستامين" ويعرف تجارياً باسم "الدكسدرين"، و"المثيل فينيدات" ويعرف تجارياً باسم "رتالين"، وكذلك أملاح الأمفيتامينات المختلطة (الأديرال). ويعتمد العلاج الدوائي حسب (النوبي، 2004:47) على إعادة التوازن الهرموني لخلايا المخ بتنشيط إفراز الخلايا العصبية لأحد الموصلات العصبية، ومن هنا تعمل العقاقير الطبية على تنشيط إفراز هذه الموصلات ومن ثم إعادة الحيوية إلى الدوائر العصبية وتنشيط إستجابتها للمنبهات العصبية. وتستخدم هذه العقاقير حسب (كامل، 2003) في (الحمري، 2015:62) 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 لنمو الطفل في الوزن والطول.

ومن أمثلة هذه العقاقير في رأي (أحمد وبدر، 1999:84) مضادات الإكتئاب مثل Imipramine & Desipramine فتستخدم كعلاج بديل لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد خاصة إذا رافقه اضطراب القلق والاكتئاب.

كما هناك عقار Alpha adrenergie والذي يعرف تجاريا بإسم Clonidine حيث يستعمل كعلاج بديل لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد خاصة إذا رافقه التوتر الشديد. وقد أظهر نتائج جيدة في خفض الإندفاع والعدوانية.

وتعمل الأدوية في رأي (نايف الزارع، 2007:54) على زيادة تركيز الدوبامين في النهايات العصبية، وبالتالي زيادة الموصلات العصبية، مع العلم أن الاستخدام المناسب لمثل هذه العقاقير يؤدي إلى تحسن ملموس في السلوك ويسهل عملية التعلم ويجعل الطالب أكثر قدرة على التعلم وذلك بنسبة 90% من الصغار الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

ما يؤيد الرأي السابق وجود العديد من الدراسات التي إهتمت بدراسة تأثير الأدوية المنبهة أو المنشطة في خفض هذا الاضطراب نجد دراسة (جادو و Gadow, 1992) في (مشيرة عبد الحميد، 2005:48) والتي كانت على عينة مكونة من أربع أطفال في سن المدرسة يعانون من هذا الاضطراب، وإعتمدت على تقارير الوالدين في جمع المعلومات عن حالة كل طفل، وتاريخ الحالة، وزمن ظهور الأعراض وتم تقديم برنامج إعطاء الجرعات من مركبات الدكسي أمفيتامين لطفلين ومركبات المثيل فينيدات لطفلين آخرين، بمقدار 8 جلسات، حيث بدأ بأقل الجرعات ثم إستمر في زيادتها إلى أن تحصل على أعلى درجة تحسن في المظاهر السلوكية لضعف الانتباه والنشاط الزائد.

كما يبرز دور العلاج الطبي في الدراسة التي قام بها (اسكاكر وتانوك و Schachar et Tarnok 1993) في (مشيرة عبد الحميد، 2005:51) بهدف إثبات فاعلية مركبات المثيل فينيدات في خفض المظاهر السلوكية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث تم إختيار 18 تلميذا من المدرسة الابتدائية يعانون من هذا الاضطراب، وتم تقسيم العينة إلى مجموعة تجريبية عددها 7 ومجموعة ضابطة عددها 11 تلميذا، حيث تلقت العينة التجريبية العلاج بمركب المثيل فينيدات وعقار بلاسيو بنظام جرعات ثابتة في صورة متبادلة، وأظهرت النتائج تحسنا كبيرا في خفض المظاهر السلوكية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى العينة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة.

نجد كذلك دراسة (روزيتز ولافافي و Ressler et Lavaque, 1995) في (فوزية محمدي، 2010:53) والتي هدفت إلى فحص فعالية التغذية الراجعة الحيوية بجهاز الأشعة المقطعية للمخ EEG وقد تمت المعالجة من خلال 20 جلسة بواقع 3 جلسات في الأسبوع وأظهرت النتائج أن أطفال العينتين قد انخفضت لديهم المظاهر السلوكية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

لكن بالرغم من المزايا التي يحققها العلاج الطبي للأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب، إلا أنه ظهر في الآونة الأخيرة عدد من المعارضين لاستخدام هذا النوع من العلاج مبررين معارضتهم بالأثر السلبي المحتمل الذي قد تسببه هذه الأدوية على الفرد المصاب، والمتمثلة حسب (أحمد وبدر، 1999:85) في الأرق والخمول والميل للنوم وفقدان الشهية للطعام والصداع وآلام البطن وتقلب الحالة المزاجية لدى الأطفال.

ويضيف (أحمد وبدر، 1999:85) أن العقاقير التي تستخدم في علاج هذا الاضطراب تؤدي إلى تقلص العضلات مما يجعلها تتحرك بطريقة لاإرادية عند الطفل وتظهر في ما يسمى باللوازم العصبية.

كما أنه من مساوئ علاج هذا الاضطراب باستخدام العقاقير الطبية يستمر لفترة زمنية طويلة مما يؤدي إلى الإدمان.

كذلك نجد من سلبيات العلاج الدوائي أنه يؤدي إلى تحسين السلوك على المدى القصير، ولا يؤدي إلى تغيرات ملموسة على المدى الطويل، لذلك ينصح في علاج هذا الاضطراب بأنواع أخرى من العلاج لقلّة مضاعفاته على الطفل مثل: العلاج السلوكي.

ثانياً- العلاج السلوكي:

يعتبر العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال، حيث يقوم هذا الأسلوب العلاجي حسب (الخطيب، 2003:198) على قوانين وقواعد التعلم التي تصف العلاقات الوظيفية بين المتغيرات البيئية وسلوك فرط النشاط، لذلك يقوم المعالج السلوكي بضبط المتغيرات المسؤولة عن السلوك،

من هنا يرى السلوكيون أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ناتج عن أربعة عوامل حددتها (زينب شقير، 1999:37) هي كمايلي:

* الفشل في اكتساب سلوك مناسب أو تعلمه.

* تعلم سلوكيات غير مناسبة.

* مواجهة الفرد مواقف متناقضة لا يستطيع اتخاذ قرار مناسب بشأنها.

* ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة.

حيث يستخدم في هذا الأسلوب العلاجي أساليب بناء وتعديل السلوك مثل التعزيز بنوعيه الإيجابي والسلبي، والإقتصاد الرمزي وتكلفة الاستجابة والإقصاء وغيرها من الاستراتيجيات التي تتناسب وطبيعة المشكلة.

يؤكد هذا (أحمد وبدر، 1999:86) بأن التعزيز الإيجابي يكون بمكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يتدرب عليه وقد يكون التعزيز الإيجابي إما ماديا مثل تقديم الحلوى أو معنويا مثل تقبيل الطفل أو مداعبته، أو مدحه بعبارات شكر مختلفة.

مع العلم أن التعزيز يجب أن يكون عقب السلوك المراد تعزيزه مباشرة لأن تأجيله قد يؤدي إلى نتائج عكسية، كما يجب عند إختيار إستراتيجية علاج هذا الاضطراب، أن تكون مقبولة من طرف الطفل والأفراد المهمين في حياته وأن يؤخذ بعين الإعتبار الظروف المحيطة به كذلك عمره والمرحلة النمائية التي يمر بها وطبيعة المشكلة السلوكية وشدة السلوك وتكراره كلها تعمل بمثابة مؤشرات لإختيار الإستراتيجية العلاجية المناسبة.

أما فاعلية العلاج السلوكي لهذا الاضطراب نجد دراسة (Kendal, et al, 19985) في (أحمد وبدر، 1999:87) التي هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية هذا الأسلوب العلاجي في خفض مستوى الإندفاع لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وقد بينت نتائج دراستهم أن إستخدام فنيات العلاج السلوكي في التدريب قد أدى إلى انخفاض مستوى إندفاعهم، ونمى لديهم القدرة على التحكم في سلوكياتهم غير المرغوبة.

كما أجرى (Kirbi & Grimly, 1986) في (أحمد وبدر، 1999:88) دراسة مشابها هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكي في تعديل السلوكيات السلبية داخل حجرة الدراسة عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، والتي كانت تعيق العملية التعليمية وتؤثر على تحصيلهم الدراسي، وقد تكونت عينة دراستهم من أطفال يعانون من هذا الاضطراب تتراوح أعمارهم بين (6 و 12 سنة). وقد أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج السلوكي كان فعالا جدا في علاج وتعديل السلوكات السلبية عند هؤلاء الأطفال.

بينما هدفت 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 ذهنيا. وتكونت عينة الدراسة من 40 طفلا جميعهم ذكور ملحقين بمؤسسات ومعاهد التربية الفكرية بمحافظة القاهرة والجيزة وطبق عليهم مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ومقياس التعرف على النشاط الزائد لدى الأطفال، وإختبار تجانس الأشكال لكاجان، ومقياس تقدير المستوى الإقتصادي والإجتماعي، وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة فاعليتي التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المتخلفين ذهنيا، 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 نجد دراسة (أميرة طه بحش، 1998:97،133) والتي إستخدمت فيها المهارات الإجتماعية في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المتخلفين ذهنياً القابلين للتعليم بالسعودية، وتكونت عينة الدراسة من 40 طفلة من الإناث ذوي النشاط الزائد وإمتدت أعمارهم بين (10 و 14 سنة) من المقيمت بمؤسسة التربية الفكرية بجدة، وطبق عليهن مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ومقياس المستوى الإقتصادي والإجتماعي للأسرة، ومقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث أظهرت النتائج وجود تحسن في مستوى أداء العينة التجريبية مقارنة بأداء أفراد العينة الضابطة، وكذلك أهمية التدريب على المهارات الإجتماعية للمتخلفين ذهنياً كأسلوب فعال في خفض مستوى النشاط الزائد من خلال التدريب على بعض مهارات التواصل اللفظي ومهارات الإستماع والتحدث والإتصال والمشاركة الوجدانية والصدقة والتعاون وخاصة مهارات الحياة اليومية.

هذه بعض الدراسات التي أثبتت فاعلية إستراتيجيات العلاج السلوكي في خفض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال، وفي نفس الوقت مهدت لظهور نوع آخر من العلاج ألا وهو العلاج السلوكي المعرفي.

ثالثاً- العلاج السلوكي المعرفي:

يتضمن العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد حسب (نايف الزارع، 2007:64) استراتيجيات التنظيم الذاتي، والضبط الذاتي، والتعزيز الذاتي، وحل المشكلات الذاتية شخصياً، بالإضافة إلى مساعدة الطفل على إكتساب مهارات التخطيط وحل المشكلات، وضبط الذات والتحكم اللفظي، وكذلك كيفية التعامل مع الأقران من خلال تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي، بحيث تعمل هذه الاستراتيجيات كما ذكر (Hallahan & Kaufman, 2006) في (نايف الزارع، 2007:64) على زيادة وعي وإدراك الفرد المصاب بهذا الاضطراب بسلوكياته السلبية وإدراك الإستجابات التي تصدر منه تجاه المهام الأكاديمية والإجتماعية ومختلف الأنشطة التي يمارسها، كل ذلك يتم عن طريق إدارة الذات.

هذا ما يؤكد (Phyllis, 1998:175) في (الطيباني والطيباني، 2013) أن العلاج السلوكي المعرفي يقوم على تدريب الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب كيف يكتسبون مهارات التخطيط وحل المشكلات وضبط الذات والتحكم اللفظي.

ويمكن أن نذكر بعض إستراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي كما حدده (Kaufman, 2005) في (نايف الزارع، 2007:65) كما يلي:

1/ إستراتيجية الحرف الأول والكلمات المفتاحية والكلمات الضخمة فعلى سبيل المثال:

يقوم المعلم بإستخدام كلمة (أعماق) لمساعدة المصاب لتذكر خمسة في العالم (الأحمر، العرب، الأبيض المتوسط، قزوين، الميت) إن إستخدام هذه الإستراتيجية يتطلب إختيار صورة أو حرف مشابه للكلمة من أجل تذكر وإسترجاع المعلومة، فعلى سبيل المثال: يقوم المعلم بمساعدة الطفل لتصوير (دب) لتذكر كلمة (ذباب) أو الجمع بين كلمتين من خلال صورتين وهكذا.

2/ إستراتيجية التعليم الذاتي: تتطلب هذه الإستراتيجية تعليم الطفل المصاب أن يتحدث لنفسه عما يقوم بعمله وما يجب أن يفعله، فعلى سبيل المثال: يقوم المعلم بتدريب الطفل على نطق الكلمات بصوت مسموع عند قراءتها، حيث تشتمل هذه الإستراتيجية على سلسلة من الخطوات التي تتضمن النمذجة على الضبط الشفهي للسلوك من قبل المعلم ومن ثم تتم محاكاته من قبل الطفل، وبعد ذلك يتم تدريبه على أدائه بشكل مستقل، كما يمكن أن يكون عن طريق تنفيذ أي مهمة شفهيًا ثم آدائها.

3/ إستراتيجية المراقبة الذاتية: تستخدم هذه الإستراتيجية بشكل كبير لمساعدة الأطفال الذين يواجهون صعوبة في مواصلة تنفيذ مهمة ما داخل الصف، وبشكل خاص خلال وقت العمل المستقل، حيث يتم إستخدام جهاز تسجيل من أجل إصدار نغمات مسجلة مسبقا لكي تصدر أصواتا على فترات متقطعة تتراوح بين 10 إلى 90 ثانية وبمعدل فترات حوالي 45 ثانية، والتي توحى للطفل بالمهمة التي يجب القيام بها حتى يضل منتبها.

يؤكد الرأي السابق (ميكنباوم Meicheenbaum, 1977) في (سهيلة الفتلاوي، 2005:255) أن التعلم الذاتي يكمن في تخلص الطفل من التحدث إلى الذات بطريقة سلبية وإحباطية وإهزامية، وإستبدالها بالتحدث الإيجابي حيث يكون أكثر فاعلية في تعديل الأنماط السلوكية غير التكيفية مثل: السلوك العدواني، النشاط الحركي الزائد، الإحباط.

في حين يقترح (Golde, et al) في (المرجع السابق:256) أن السلوك غير المرغوب مثل النشاط الحركي والإندفاعية هو نتاج عجز المتعلم على حل المشكلات بطريقة منظمة من خلال الخطوات التالية:

- شعور المتعلم بالمشكلة وتحديدها.
 - تحديد المتعلم لعناصر المشكلة بدقة ليتم تحديد ما يمكن تحقيقه.
 - وضع المتعلم للحلول الممكنة لحلها وفق التفكير العلمي المنطقي.
 - تقييم المتعلم لنتائج تلك الحلول.
- توصل المتعلم لقرار إختيار إحدى الحلول، وفي حالة لم تحقق الخطة الأهداف المرجوة على المتعلم تجريب حلا آخر.

ومن الدراسات التي أثبتت فاعلية العلاج السلوكي المعرفي نجد دراسة (هشام الخولي، 2005) في (صافيناز إبراهيم، 19: 2008) والتي أثبتت فاعلية الإستراتيجيات التالية: "التنبؤ الذاتي، المراقبة الذاتية، التقييم الذاتي، الضبط الذاتي، التخطيط والتقييم الذاتي) في خفض حدة اضطرابات الانتباه لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

كما نجد دراسة (سعيد دبيس وآخرون، 1998) التي أستخدم فيها فنية التدريب على الضبط الذاتي في علاج عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد لدى عينة من الأطفال المتخلفين ذهنياً القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراسة من 10 أطفال بمعهد التربية الفكرية شرق مدينة الرياض، حيث تراوحت أعمارهم بين 10 إلى 14 سنة، وطبق عليهم مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (الجزء العملي) وقائمة كونر لتقدير سلوك الطفل، وقائمة تقدير السلوك للطفل المستمدة من الدليل الإحصائي الرابع DSM 4 بالإضافة إلى البرنامج العلاجي التدريبي الذي يعتمد على إستراتيجية الضبط الذاتي وبلغت جلسات البرنامج المستخدم (18 جلسة) بواقع (3 جلسات) في الأسبوع حيث تراوحت مدة كل جلسة بين (40-30 دقيقة) وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الذي يقوم على تدريب العينة كيفية تقديم التعليمات اللفظية للذات في خفض الحركات غير المضبوطة وزيادة تركيز الانتباه لدى الأطفال والإحتفاظ به مدة أطول.

بينما هدفت دراسة (زينب شقير، 1999) إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي متعدد المحاور في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط، ومعرفة تأثير دور الأم والمعلمة بجانب دور الباحثة في تعديل بعض أشكال السلوك اللاتوافقي لمجموعة من الأطفال ذوو النشاط الزائد والعدوانية والإندفاعية، وتكونت عينة الدراسة من 12 تلميذ ممن يدرسون بالصف الرابع ابتدائي تم توزيعهم على مجموعتين الأولى تجريبية والثانية ضابطة، 6 تلاميذ في كل مجموعة وطبق عليهم مقياس كونر لملاحظة سلوك الطفل وقائمة الملاحظة الإكلينيكية، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال،

وبرنامج علاجي سلوكي معرفي متعدد المحاور يشتمل على الفنيات التالية: النمذجة والمناقشة وتبادل الحوار ولعب الأدوار والإسترخاء العقلي والتعزيز والواجبات المنزلية، حيث إستغرق البرنامج (12 جلسة) بواقع جلستين أسبوعياً.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير دال إحصائياً للتدخل بالعلاج السلوكي المعرفي متعدد المحاور في تحسين متغيرات الدراسة (اضطراب الانتباه، فرط النشاط، العدوانية والإندفاعية) لدى الأطفال.

رابعاً- العلاج الأسري:

يعاني الأطفال المصابون باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من بعض الاضطرابات السلوكية المصاحبة لهذا الاضطراب مثل: الإندفاعية والعناد والعدوانية وغيرها من أشكال السلوك غير المقبول إجتماعياً، هذه

الاضطرابات ينجم عنها حسب (أحمد وبدر، 2004) في (نايف الزارع، 2007:66) اضطراب في علاقة الفرد المصاب بالأفراد المحيطين به، مما يؤثر على تكيفه الاجتماعي، ومن هنا جاء العلاج الأسري في رأي (باركلي، Barkely) 1998 بهدف تعديل البيئة المنزلية للطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، كما يهدف إلى تدريب الآباء على كيفية تعديل سلوك الطفل وكيفية التعامل مع الظروف المختلفة للاضطراب ضمن إطار البيئة، ومن برامج العلاج الأسري يذكر (نايف الزارع، 2005:67،68) نوعان من البرامج وهي كالتالي:

1- برنامج العلاج البيئي:

إنطلق هذا الأسلوب من افتراض مفاده أن المشكلات الانسانية تنتج عن العمليات المضطربة التي تقع بين الطفل والبيئة (الأسرة، الرفاق، المعلمون) حيث يقوم هذا الأسلوب على وجوب التعامل مع الطفل والأفراد المحيطين به إيجاد حل مناسب للمشكلة التي تعترضه، ويعمل الأسلوب على تحقيق الأهداف التالية:

أ- العمل على تغيير سلوك الطفل.

ب- العمل على إحداث تغيير في بيئة الطفل.

ج- إحداث تغيير في الاتجاهات والتوقعات.

ويمكن تطبيق هذا البرنامج العلاجي من خلال النقاط التالية:

أ- العمل مع الطفل: بناء قدرات جديدة، تغيير في الأولويات، توفير المصادر القريبة، إيجاد بيئات أكثر ملاءمة.

ب- العمل مع الكبار: ويكون ذلك من خلال تغيير المدركات، إزالة أو خفض التوقعات، زيادة الفهم والمعرفة، إعادة بناء الأنشطة.

ج- العمل مع المجتمع: توفير مصادر أكثر للمدرسة والسماح بالدخول في المجتمع بصورة أشمل، وتطوير أو اصر التعاون بين المدرسة والمجتمع.

د- تطوير نماذج جديدة للعلاج: من خلال التربية المفتوحة، المدارس العامة البديلة، التركيز على الوقاية، تدريس الصحة النفسية.

2- برنامج تعديل السلوك:

يشير هذا الأسلوب إلى استخدام قواعد معينة لتحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه مع التركيز على السلوك الظاهر والقابل للملاحظة.

أما عن طريقة تطبيقه فتكون بتدريب الأسرة على كيفية التعامل مع طفلها بإتباع الإجراءات التالية:

أ- في حالة ظهور السلوك المرغوب فيه لدى الطفل تقوم الأسرة بتعزيزه عن طريق تقديم مكافأة مناسبة للطفل حسب حجم السلوك وورغبة الطفل بالمعززات.

ب- في حال قيام الطفل بسلوكيات غير مرغوب فيها، على الأسرة أن لا تركز كثيراً على هذا السلوك بل تتجاهله، ولكن في حال عدم إستفادة الطفل من التجاهل وإستمرار السلوك أو إحتتمالية خطورته على الطفل والمحيطين به، هنا تلجأ الأسرة إلى أساليب عقابية للسلوك، كالحرمات من الأشياء المرغوبة، أو تكليف الطفل بمهام غير مرغوبة مع الإمتناع التام عن العقاب اللفظي والبدني.

ج- في حالة رغبة الأسرة بتعليم الطفل سلوكاً غير موجود، هنا يجب عليها أن تحاول بناء السلوك لدى الطفل بتهيئة الظروف المحيطة بذلك، وتقديم نموذج يلاحظه الطفل مع تشجيعه على تقليده وتعزيز كل المحاولات الناجحة وتجاهل المحاولات التي لا تمت بصلة للسلوك المرغوب، إلى أن يتمكن الطفل من إتقان السلوك، ويعتمد تعديل السلوك على ثلاث جوانب رئيسية هامة هي:

1- القواعد: وضع قواعد للسلوك المطلوب مكتوبة أو مصورة للأطفال داخل المنزل.

2- التوقعات: توضيح المتوقع من الطفل القيام به في المواقف المختلفة.

3- التواصل: التأكد من فهم الطفل للمعلومات أو التعليمات المقدمة له عن طريق مايلي:

النظر إلى الطفل وقد يحتاج إلى توجيهه توجيهها جسدياً.

وضوح الصوت وعدم الصراخ.

تقديم تعليمات مباشرة ومركزة على ما تريده الأسرة.

التأكد من فهم الطفل لما سمع بطلب إعادة ما سمعه،

إذا كرر الطفل المعلومات بشكل صحيح يعزز لفظياً، ويتم إبلاغه بأنه يجب عليه الآن الإلتزام بالتعليمات.

مع العلم أنه توجد ثلاث أنماط من التواصل:

1- التواصل السلبي: يتم الإكتفاء فيه بتنبية الطفل وترك الحرية له للإستجابة، وهو تواصل غير مناسب.

2- التواصل العدواني المتشدد: في هذا النمط تتسم شخصية الأسرة بالتسلط والتحكم وإظهار الجدية والتهديد بالعقاب، وتكون نتيجة هذا التواصل إستجابة مؤقتة أثناء تواجد الأسرة، وينشأ عنها حقد وشعور بالغضب ورغبة في الإنتقام.

3- التواصل التوكيدي: يقوم الأهل بتقديم التعليمات بشكل مهذب وبأسلوب ثابت مع ربط تنفيذها بالمعزز ثم يطلبون من الطفل تنفيذ ما جاء في التعليمات ويحرصون إلى جذب انتباه الطفل إليهم قبل إصدار التعليمات، ويراقبون بشكل مباشر تنفيذ ما طلب منه، مع التأكيد على ضرورة قيام الطفل بالاستجابة للتعليمات مع الثبات على الرأي في حالة رغبة الطفل بمناقشة الأوامر الموجهة إليه للتخلص منها، وهذا أسلوب مرغوب للتواصل لأنه يعتمد على التعبير عن الأفكار والحاجات والرغبات مع احترام حقوق ومشاعر الآخرين وبالتالي يدعم العلاقة بين الطفل والأسرة

ويشجع التفكير الاستقلالي، ومن برامج العلاج الأسري التي نجحت في خفض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يذكر (نايف الزارع، 2007:69) مجموعة من البرامج منها:

1- برنامج فورهند وماكماهون: Programme de Forhande et Mac-Mahon

تعريفه: صمم هذا البرنامج سنة 1981 لعلاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال من (8-2) سنوات، ثم استخدم بعد ذلك لعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لنجاحه في علاج الكثير من الاضطرابات السلوكية، ويستند هذا البرنامج على نظرية التعلم الاجتماعي، بالإضافة إلى استخدام التعزيز والعقاب لكل استجابة سلوكية تصدر من الطفل، وذلك بتدريب الوالدين على كيفية التعامل مع تلك السلوكيات داخل المنزل. طريقة تطبيقه:

الخطوة الأولى: يجري المعالج مقابلة مع الوالدين دون حضور الطفل ليتعرف على مشكلاته، ثم بعد ذلك يجري مقابلة أخرى مع الأسرة بوجود الطفل ليلاحظ طريقة تفاعلهم مع بعضهم البعض، ثم يوضح المعالج السلوك المشكل لدى الطفل ومدى ملاءمته أو عدمه لعمر الطفل.

الخطوة الثانية: يتم تدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع طفلهم وتتم عادة في عشر جلسات يمكن ان تزيد حسب مشكلات الطفل، حيث يستخدم أسلوب لعب الدور، فيتقمص المعالج شخصية أحد الوالدين، ويتقمص الأب أو الأم شخصية الطفل ليوضح كيفية التعامل المناسب.

الخطوة الثالثة: ملاحظة التفاعل بين الوالدين والطفل في غرفة ملاحظة مخصصة لدى المعالج، حيث يراقب المعالج الأسرة والطفل من خلف الزجاج لكي لا يستطيع مشاهدته، ويضع الوالدين سماعة في أذنيهم يتلقون من خلالها التعليمات من المعالج بكيفية التفاعل مع السلوك المشكل، ثم المتابعة المنزلية لما تم البدء به في غرفة الملاحظة.

الخطوة الرابعة: وتتمثل في تدريب الوالدين طريقة اقضاء أو عزل الطفل، وهي العزل في غرفة خاصة على شرط أن تكون آمنة وغير مثيرة بحيث يقفل الباب ويعزل لمدة 5 دقائق حتى يهدأ ويتعهد للوالدين بعدم تكرار السلوك غير المرغوب، وإذا ما إستمر في السلوك غير المرغوب فإنه يعزل من جديد، وإذا أصر تسحب منه المكافآت مع إستمرار أسلوب العزل إلى أن يتبع التعليمات.

2- برنامج كونر: programme de Conner

تعريفه: يتضمن هذا البرنامج 14 جلسة خلال 12 ساعة أسبوعياً إضافة إلى ثلاثة جلسات تعزيزية بواقع جلسة واحدة كل شهر، تشمل محاضرات جماعية عن السلوك المرغوب فيه، ومعلومات عن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وأساليب العلاج.

طريقة تطبيقه: تتضمن جلسات البرنامج العلاجي محاضرات جماعية ومعلومات مفيدة عن أنواع السلوك وطرق التعامل معها، ثم تعطي لأولياء الأمور واجبات منزلية لأدائها، إضافة إلى فرصة التحوار هاتفيا مع المدرب خلال فترة التدريب، كما تقدم للأسرة إستبانة للممارسات السلوكية الخاصة بهذا الاضطراب قبل التدريب وبعد التدريب لتوضيح مدى التغير الحاصل لدى الأسرة بعد التدريب.

1- برنامج باترسون: Programme de Pattersson

تعريفه: يهدف هذا البرنامج إلى تخفيف حدة السلوك غير المرغوب لدى الأطفال من خلال تدريب الوالدين بطريقة مناسبة للتفاعل مع السلوك بعيدة عن الأسلوب الجدي، ويقوم هذا البرنامج أيضا على نظرية التعلم الإجتماعي، كما يجب أن يقوم بعملية التدريب مدرب ملم بنظرية التعلم الإجتماعي والعلاج السلوكي، والبرنامج مكون من خمس دورات تدريبية لكل واحدة هدف خاص بها، وكل دورة تتكون من عدد من الجلسات يقدمها الوالدين.

طريقة تطبيقه:

الدورة الأولى: في هذه الدورة يقوم المدرب بجمع معلومات كافية عن الطفل وعن مشكلاته وتأثيرها على الأسرة وكيفية معالجتها لها، ثم يشرح المعالج نظرية التعلم الاجتماعي، وكيف أن السلوك لا يمكن أن يختفي بلا تدخل مناسب من الوالدين، ويقوم بعرض أنماط مشكلات سلوكية في أعمار مختلفة، ويوضح بأن التعامل معها يختلف باختلاف كل مرحلة

الدورة الثانية: يدرّب الوالدين على بناء علاقة إيجابية مع طفلهم، ويتم تحديد مشكلة سلوكية واحدة ليتدووا بالتدخل والتفاعل، وإذا كان السلوك معقدا يتم تجزئته ولا ينتقل لسلوك آخر حتى ينتهوا من السلوك الأول.

الدورة الثالثة: يدرّب الوالدين على العزل أو الاقصاء وهي نفس الطريقة التي استخدمها فورماند وماكماهون، ولكن في هذا البرنامج يستخدم شريط فيديو ويعرض على الأهل كيفية تطبيق هذه الطريقة.

الدورة الرابعة: يدرّب المعالج الوالدين على كيفية استخدام طريقة العزل أو الاقصاء لمشكلات سلوكية أخرى غير الأولى سواء قام بها الطفل داخل المنزل أو خارجه.

الدورة الخامسة: متابعة أفراد الأسرة للتأكد من إستمرار طريقة التفاعل الصحيحة بينهم وبين طفلهم.

3- برنامج باركلي: Programme de Parkly

تعريفه: صمم هذا البرنامج سنة 1987 بهدف تدريب الوالدين على علاج المشكلات السلوكية لدى أطفالهما الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، الذين تتراوح أعمارهم بين (11-2 سنة) ويستفيد أكثر من هذا البرنامج الوالدان اللذان وصلا في تعليمهما إلى مرحلة الثانوية، ولديهما قدر بسيط من المشكلات العائلية والضغوط النفسية الناجمة عن مشكلة طفلهما.

طريقة تطبيقه:

الخطوة الأولى: جمع معلومات عن الحالة وعن وضع الأسرة، مع التأكيد على علاج مشكلاتهم الأسرية بأسرع وقت ممكن لتوفير بيئة مناسبة للطفل، كما يقدم لهم بعض المعلومات عن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

الخطوة الثانية: تدريب الأسرة على التفاعل السليم مع السلوك وتعزيز الطفل بعد كل أداء إيجابي وتوفير الحب والحنان.

الخطوة الثالثة: تدريب الطفل على الانشغال بعيدا عن الوالدين بتوظيف المعززات المادية.

الخطوة الرابعة: تدريب الوالدين على كيفية العقاب باستخدام أسلوب الحرمان من اللعب والعزل أو الاقصاء من خلال وضع الطفل على مقعد منزوي في غرفة خالية من الأثاث، مع منعه من ترك المقعد إلى أن يتعهد بإتباع التعليمات، ويدرب الأهل في البداية على التعامل مع سلوك سلبي واحد ثم الانتقال إلى سلوكيات سلبية أخرى.

الخطوة الخامسة: تدريب الوالدين السيطرة على السلوك السلبي لطفلهم خارج المنزل وذلك بتوضيح التوقعات المناسبة منه مسبقا قبل مغادرة المنزل وتحديد المعززات وطرق العقاب المتوقع له، كما إقترح باركلي 1996 أن يقوم الوالدين بتصوير الطفل على شريط فيديو أثناء لعبة أو تعامله مع الأقران و الإخوة والأخوات، ثم يتم عرض الشريط مع وجود الطفل والتوقف عن السلوكيات غير المناسبة لمناقشتها مع الطفل ثم تقديم التعزيز المناسب.

4- برنامج فيلان: Programme de Philan

تعريفه: صمم هذا البرنامج لتدريب الوالدين على طريقة التعامل مع سلوكيات الانبناء الايجابية والسلبية في سن 2-12 سنة بطريقة تقلل من فرص الانفعال السلبي من جهة الوالدين وتطور العلاقة بينهم وبين أطفالهم، وتتميز هذه الطريقة ببساطتها وفعاليتها داخل وخارج المنزل، كما يمكن تطبيقها في المدرسة وذلك بتدريب المعلمين على استخدامها، ويقوم بالتدريب مدرب مؤهل من المتخصصين في علم النفس أو التربية الخاصة أو التخصصات المشابهة.

طريقة تطبيقه:

الخطوة الأولى: تقييم مستوى العلاقة بين الطفل ووالديه قبل البدء بالتدريب من خلال إستمارة خاصة.

الخطوة الثانية: تدريب الوالدين من خلال جلسة أو جلستين من 6-8 ساعات بشكل فردي أو ضمن مجموعة من الأسر على كيفية إستخدام أسلوب العد للسلوكيات السلبية وأساليب التحفيز والتعزيز للسلوكيات المرغوبة بإستخدام الأسلوب العملي وعرض أفلام توضيحية.

الخطوة الثالثة: السماح للأسر بالتواصل مع المدرب للإستفسار عن الطريقة المتبعة من خلال زيارات مكتبية أو الإتصال الهاتفي.

الخطوة الرابعة: عقد جلسات مع الأسر بعد أسبوع أو أسبوعين من بدء الطريقة للمناقشة أو المتابعة.

الخطوة الخامسة: تقييم مستوى العلاقة بين الطفل ووالديه بعد استخدام الطريقة بإستعمال تقييم العلاقة الوالدية مع الطفل بعد التدريب.

خامسا: العلاج التربوي:

يذكر هالاهان وكوفمان Hallahan et Kauffman, 2006 في (نايف الزارع، 2007:74،75) أن العلاج التربوي للأفراد المصابين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يقوم على محورين هما:

1- بنية غرفة الصف وتوجيهات المعلم:

يعمل تنظيم البيئة الصفية على التقليل من المثيرات البيئية غير المناسبة لعملية التعلم والتي تؤثر على سير العملية التعليمية داخل القسم، كما يحرص المعلم على زيادة المواد الضرورية لعملية التعلم من خلال برنامج منظم يركز بشدة على توجيهاته، فعند دخول الطفل مثلا إلى القسم يقوم بتعليق معطفه في المكان المخصص لذلك، حيث أن هذا المكان ليس من إختيار الطفل بل من إختيار وتنظيم المعلم، ثم يقوم الطفل بوضع صندوق غذائه في مكان مخصص لذلك ثم يذهب إلى مقعده ويجلس لمتابعة تعليمات المعلم فيما يتعلق بمهام التعليم، بالإضافة إلى متابعة التعليمات المتعلقة بتناول الطعام واستخدام دورة المياه وغير ذلك من الأنشطة.

فالبرنامج اليومي المنظم يكون مبنيا بحيث يتجنب أي خبرات فشل قد يتعرض لها الطفل في القسم كما يجب أن تتناسب المهمات التعليمية الموكلة للطفل مع قدراته وإمكاناته.

فجميع الأطفال المصابون باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يستفيدون من الروتين الواضح الممكن التنبؤ به داخل القسم، بحيث يكون على نطاق وحدات زمنية واسعة متكررة بشكل يومي ومتشابهة من حيث الإنقطاعات أثناء المهام والأنشطة الفرعية مع التأكيد على التقليل من المدة الزمنية للمهام حيث تكون قصيرة إلى حد ما مع عدم التعرض لتعريف الطفل بتفاصيل المهام.

2- قياس وتقييم السلوك الوظيفي وكفاية إدارة الذات:

إن قياس وتقييم السلوك بشكل فعال يعتبر عنصرا هاما في التعامل مع المشكلات السلوكية عند الأفراد الذين يعانون من إعاقة عقلية، وهو مفيد أيضا في التعامل مع الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في البرمجة التربوية.

فعملية قياس وتقييم السلوك بشكل فعال تتطلب تحديد النتائج والآثار والأحداث التي تؤدي إلى حدوث المشكلات السلوكية، فمن أمثل الوظائف النموذجية للسلوك غير المناسب عند هؤلاء الأطفال مايلي:

- تجنب أداء مختلف المهام.

- كسب انتباه الآخرين خصوصا زملاء في الصف.

من هنا نجد أن طرق إدارة الذات عادة ما تتطلب توفر أشخاص يتابعون سلوكيات الأطفال المصابين مع التعزيز المناسب للحصول على النتائج.

ويحتاج العلاج التربوي إلى مجموعة من الشروط لا بد من توفرها لضمان نجاحه، ذكرها (أحمد ويدر، 1999: 92، 93) كما يلي:

أ- يجب أن يحسن إختيار المعلم الذي سيقوم بتدريس الأطفال المصابون باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بحيث يتمتع بالصبر مع وجود الإستعداد النفسي والبدني للعمل مع هؤلاء الأطفال.

ب- أن يتم تدريب معلم هذه الفئة على كيفية التدريس وتزويده بفنيات العلاج التربوي التي تساعده على نجاحه في عمله معهم.

ج- يجب أن يتم تكوين فريق عمل بالمدرسة يتكون من مدير المدرسة والمعلم الذي تم إختياره لهذه الفئة، والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي، والمرضة إن وجدت، بحيث يتم تزويدهم بالمعلومات الكافية عن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بداية من الأسباب والأعراض إلى مظاهر والاضطرابات السلوكية المصاحبة له.

د- يجب أن يقوم فريق العمل بوضع خطة علاجية شاملة يشترك أعضاء هذا الفريق كل حسب تخصصه، كما يجب أن يقوم كل عضو بمتابعة الطفل بتسجيل أية ملاحظات لمناقشتها مع فريق العمل، فمثلا يقوم المعلم بتسجيل كل الملاحظات التي تشير إلى أعراض ضعف الانتباه في القسم.

هـ- يجب أن يكون هناك إتصال مستمر بين فريق العمل وأسرة الطفل لكي يحصلوا من الوالدين على معلومات متعلقة بالتاريخ التطوري لهذا الاضطراب، وكذلك أعراضه في البيئة المنزلية ليزودوا الوالدين ببعض الارشادات يمكن أن تساعدهم في البيئة المنزلية.

و- بعض الآباء ليس لديهم معلومات سابقة عن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، كما لا يعلمون أن ابنهم مصاب بهذا الاضطراب، لذلك على فريق العمل عدم تبليغهم مباشرة بأن طفلهم يعاني من هذا الاضطراب ولكنهم يقولون للوالدين أن المعلم لاحظ على طفلهم عدم الانتباه وكثرة نشاطه الحركي والسقوط من على الكرسي، وبعد مرور فترة زمنية من التعامل والتعاون بين فريق العمل والوالدين يمكن تبليغهم تدريجيا بأن طفلهم يعاني من هذا الاضطراب.

كما توجد تدخلات تربوية تقدم لمساندة الطفل في بيئته المدرسية نظرا لأن المدارس تتطلب مهارات في

المجالات التالية:

- الانتباه.

- المهام والوظائف التنفيذية.

- الذاكرة.

لذلك يقدم (نايف الزارع، 2007:76،77) التوجيهات التالية:

1- اختيار المعلم المساند:

وذلك بوضع الطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع معلمين ايجابيين ومرنين، لديهم قدرات عالية على حل المشكلات التي تواجه الطفل، لاستعمالهم عبارات المدح وامتلاكهم الرغبة في مساعدة هذه الفئة.

2- تكييف المناهج وطرق التدريس: من خلال التركيز على النقاط التالية:

- تقديم التدريس المباشر، والتدريس الفردي والتدريس الموجه قدر الإمكان.

- تصميم دروس يستجيب لها الطلبة بفعالية مثل الدروس التي يكون فيها أنشطة بدنية، النهوض، التحرك، التوجه إلى السبورة.

- تصميم مهمات تحتوي على فرص نجاح عالية ومستويات فشل قليلة.

- استخدام الحاسوب في التدريس.

- تغيير طرق التقييم بما يتلاءم مع أنماط تعلم الطفل وقدراته.

3- تقديم المساندة لتعزيز سلوكيات إنجاز المهام:

- تعليم الأطفال كيفية حل الخلافات ومهارات توسط الزملاء.

- وضع جداول للمواضيع الصعبة لتدرس في الأوقات المناسبة للطفل.

- المحافظة على قنوات التواصل بين المنزل والمدرسة.

ومن الدراسات التي إهتمت بالمدخل التربوي في تفسير اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد نجد دراسة (جينفر وتوم، 1994، Jennifer et Tom) في (أحمد وبدر، 1999:90) التي هدفت إلى فحص العلاقة بين الوضع الاجتماعي بين الاقران وتقدير الذات لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وقد تكونت عينة الدراسة من الأطفال الذين يدرسون بالصف الثالث ابتدائي حيث كان من بينهم ثمان أطفال يعانون من هذا الاضطراب من النوع المركب وطفلان لديهما النوع الذي يغلب عليه تشتت الانتباه و 26 طفل من الاسوياء. جاءت نتائج الدراسة لتبين أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين الوضع الاجتماعي للطفل بين أقرانه وتقديره لذاته، بمعنى أن هذا الاضطراب يزداد لدى الطفل كلما انخفض تقديره لذاته.

كما أجرى (جون وآخرون 1995, John, et al) في (أحمد وبدر، 1999:91) دراسة كان هدفها التعرف على طبيعة علاقة كل من المعلم والأقران بالطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وأثرها على سلوكه غير المرغوب في حجرة الدراسة، وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاث أطفال يعانون من هذا الاضطراب وأقرانهم العاديين بحجرة الدراسة ومعلم الفصل، وقد تراوحت أعمارهم بين (7-9) سنوات. جاءت نتائج الدراسة لتبين أن التفاعل السلبي بينهم كما يؤدي إلى زيادة المشكلات السلوكية عند هؤلاء الأطفال بينما كان التفاعل الايجابي بينهم يقلل من عدد وحدة المشكلات السلوكية لديهم.

كما نجد دراسة جورج وباتريكا George et Patricia, 1993 في (أحمد وبدر، 1999:91) التي هدفت إلى التعرف على فاعلية التفاعل الإيجابي بين الأقران في خفض أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال وأثر ذلك على تحصيلهم الدراسي، وقد بينت نتائج الدراسة ان التفاعل الايجابي مع الاقران يرفع تقدير الذات الموجب عند الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب، كما أن التفاعل الايجابي يزيد في تركيز الطفل على العملية التعليمية وقلل من نشاطه المفرط، كما أن مستوى تحصيله الدراسي قد إرتفع.

كما نجد أسلوب تربوي حديث يقوم على استخدام الألعاب المحسوبة حيث نجد هذا الأسلوب قد أستخدم من طرف (العتوم، 2013) في محاولته علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد، حيث تكونت عينة دراسته من 40 طفلا تراوحت أعمارهم بين (7-9) سنوات وقسمت العينة إلى مجموعتين واحدة تجريبية وأخرى ضابطة، وبعد عملية التخيص قام الباحث بتطبيق مجموعة من الألعاب المحسوبة إستغرقت مدة تطبيقها ستة أسابيع، وبعد معالجة النتائج توصل الباحث لوجود تحسن في الانتباه لدى عينة الدراسة.

سادسا- العلاج عن طريق برامج الغذاء:

يعتمد التدخل الغذائي في علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد حسب (صافيناز إبراهيم، 2008:12) على وجود علاقة ايجابية بين الحساسية للتغذية والإصابة بهذا الاضطراب، فتناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة أو الخضروات والفواكه الملوثة بالمبيدات تزيد من الاضطراب، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى ارتباط التغذية باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والتي حددتها (سحر الخشرمي، 2007) في 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.

سابعاً - علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند المتخلفين عقلياً:

إذا كان اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يمثل مشكلة كبيرة بالنسبة للأطفال في سن المدرسة والمحيطين بهم، فإن حجم المعاناة للأطفال المتخلفين عقلياً ومن يقومون برعايتهم يزداد إلى حد كبير حيث يرى (دوبرول وآخرون، 1992، Dupaul, et al) في (أميرة طه بخش، 1998:01) أن هؤلاء الأطفال يعانون إلى جانب ذلك من المشكلات السلوكية منها صعوبة إكتساب الخبرات والمهارات الأساسية، وانخفاض مستوى آدائهم للمهام المطلوبة سواء في البيت أو المدرسة، والقيام ببعض السلوكيات غير المقبولة إجتماعياً كالعدوان وعدم التعاون مع الأقران في اللعب أو مشاركتهم في الأنشطة المختلفة.

لذلك نادى (سولرس وزملاؤه، 1990، Soraci, et al) في (أحمد وبدر، 1999:95) بضرورة تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً على تنمية الانتباه البصري حتى يمكنهم الإستفادة من البرامج التربوية المقدمة لهم، وهنا يرى (لوفاس وزملاؤه، 1979، Lovase, et al) أن المثيرات البصرية التي تستخدم في تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً على تنمية الانتباه البصري لديهم يجب أن تقدم لهم وفق ثلاث حالات:

الحالة الأولى: يطلب فيها من الطفل أن ينتبه لمثير بصري واحد موجود بين عدد من المثيرات البصرية الأخرى والتي تشترك معه في بعض الخصائص الفيزيائية، وتختلف معه في أحدها مثل الطول والوزن والشكل وهذه المثيرات الأخيرة يطلق عليها المثيرات المشوشة، وفي هذه الحالة ينبه (ديسنمور، 1985، Dinsmoor) بأن هذه المثيرات المشوشة يجب أن تكون قليلة العدد لأن كثرتها يؤدي إلى تشتت الانتباه البصري لدى الطفل المتخلف عقلياً.

الحالة الثانية: يطلب فيها من الطفل الانتباه إلى تفاصيل محددة داخل المثير الهدف نفسه وذلك مثل اختلاف جزء معين منه في اللون أو الشكل أو الطول.

الحالة الثالثة: يطلب من الطفل الانتباه لمثير يقع بين عدد من المثيرات التي تختلف عنه في الخصائص الطبيعية، وهذا النوع يطلق عليه الانتباه إلى الضد.

ويعرض (أحمد وبدر، 1997، 1999:96) بعض الدراسات منذ سنة 1980 إلى 1998 التي أجريت بهدف علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال المتخلفين عقلياً كمايلي:

فقد قام (مكليسكي وزملاؤه، 1982، Mcleskey, et al) بدراسة كان هدفها التعرف على وسائل توجيه وجذب الانتباه للمثيرات البصرية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً حتى يمكن الإستفادة منها في البرامج التعليمية التي تناسب أطفال هذه الفئة، وقد تكونت عينة الدراسة من 65 طفل تراوحت نسبة ذكائهم بين (80-55) درجة، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن التعليمات المكتوبة أو المنطوقة التي تقدم قبل عرض المشهد البصري بثوان قليلة، وكذلك السهم الذي يشير إلى جهة ظهور المثير الهدف لهم فعالية قوية في توجيه انتباه الأطفال المتخلفين عقلياً لموقع

المثير الهدف، كما بينت النتائج أيضا أن حركة المنبه إلى الامام والخلف أو من جهة إلى أخرى وسيلة هامة في جذب الانتباه لدى اطفال هذه الفئة، كما أوضحت النتائج أيضا أن موقع المنبهات له دور كبير في جذب الانتباه حيث أن المنبهات القريبة تجذب الانتباه أكثر من المنبهات البعيدة، كما ان المنبهات التي تقع في الجزء الأعلى من المشهد البصري تجذب الانتباه أليها أكثر من المنبهات التي تقع في الجزء الاسفل منه.

كذلك قام (مكليسكي، 1985، Mcleskey) بدراسة كان هدفها تحسين ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا من خلال استخدام وسيلتين لتوجيه الانتباه هما السهم والتناقض في اللون، وقد تكونت عينة الدراسة من 35 طفلا تراوحت نسبة ذكائهم بين (80-55) درجة، وقد بينت نتائج الدراسة أن السهم الذي يشير إلى موقع المثير الهدف قد أدى إلى تحسين الانتباه البصري لدى أفراد العينة، على عكس استخدام التناقض في الألوان الذي لم يؤدي إلى أي تحسن.

كذلك أجرى (جوتز، 1987، Goetz) دراسة استطلاعية كان الهدف منها التعرف على مدى امكانية تعلم الانتباه البصري لدى المتخلفين عقليا، وقد تكونت عينة دراسته من طفلة واحدة عمرها ثلاث سنوات لديها تخلف عقلي شديد، وقد بينت نتائج الدراسة أن مستوى الانتباه البصري قد تحسن لدى هذه الطفلة حيث زادت مدته بعد تدريبها على أنشطة البرنامج.

وقام (السيد علي، 1998) بدراسة حديثة هدفت إلى تنمية الانتباه البصري لدى الأطفال المتخلفين عقليا من خلال تدريبهم على برنامج صممه الباحث لهذا الغرض، ولقد تكونت عينة الدراسة من 20 طفلا تراوحت أعمارهم بين (12-8) سنة، كما تراوحت نسبة ذكائهم بين (63-56) درجة، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الباحث تمكن من تنمية مدة الانتباه البصري لدى أفراد العينة لكل من الضوء واللون والاتجاه والحجم والشكل بعد تريبهم على أنشطة البرنامج.

من ناحية أخرى إستهدفت الدراسة التي أجراها (دييس والسمادوني، 1998) في (أميرة طه بخش، 1998:7) إلى التعرف على فاعلية برنامج للتدريب على الضبط الذاتي في خفض حدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم قوامها 10 أطفال من معهد التربية الفكرية بشرق مدينة الرياض تتراوح أعمارهم بين (15-11) سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين بالتساوي واحدة ضابطة والأخرى تجريبية تم تطبيق البرنامج على أعضائها في حين لم تخضع العينة الضابطة لأي إجراء تجريبي، وتطبيق قائمة تقدير سلوك الطفل الخاصة بالوالدين والمعلم، وبرنامج التدريب على الضبط الذاتي، وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود فروق دالة احصائيا بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، مما يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم في خفض حدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال المتخلفين عقليا.

وتذكر أيضا (أميرة طه بخش، 1998:08) الدراسة التي قام بها (يوسف أبوحميدان، 1994) من أجل التعرف على أثر تدريب الأسرة على استخدام طرق وإجراءات تعديل السلوك في سبيل الحد من السلوكيات غير المرغوبة من جانب أطفالهم المتخلفين عقليا، وتم التركيز على إرشاد الوالدين لتعديل سلوك طفلهم، وذلك من خلال تدريبيهما على لغة ومفاهيم الطفل وأسلوب الملاحظة، والتسجيل القياسي ولعب الأدوار والتغذية الراجعة، وأكدت النتائج على أن حصول الأم على المعلومات اللازمة لتعديل سلوكيات طفلها المتخلف عقليا وإجادتها للمهارات الضرورية، ساهم كثيرا في تغيير تعاملها مع طفلها، وبالتالي إنعكس ذلك إيجابيا على إحداث تعديل في سلوكيات الطفل.

كما هدفت دراسة (جوث، 1993، Goth) في (أميرة طه بخش، 1998:08) إلى التعرف على أكثر طرق التفاعل بين الطفل المتخلف عقليا وأفراد أسرته العاديين من خلال دراسة 200 أسرة لدى كل منها طفل متخلف عقليا يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وبتطبيق مقياس العلاقات والتفاعلات بين أفراد الأسرة بهدف الكشف عن أبعاد التفاعل الأسري التي تتضح من خلال إنشغال الأسرة الكامل بالطفل، أو خيبة الأمل التي تصيب أفراد الأسرة نتيجة لوجود هذا الطفل بينهم، وطريقة معاملة إخوته العاديين له، ومدى المشاركة والتعاون بين أفراد الأسرة في رعاية هذا الطفل.

جاءت نتائج الدراسة دالة على وجود درجة مرتفعة من الحزن والأسى لدى الوالدين نتيجة وجود مثل هذا الطفل في الأسرة وكذلك وجود تعاون ومشاركة إلى حد كبير وبخاصة من جانب الإناث في رعاية هذا الطفل والإهتمام به، وتدعم هذه النتائج للأهمية الكبيرة التي يحضها بها العلاج الأسري في خفض شدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال المتخلفين عقليا.

الفصل الرابع: العلاج السلوكي والعلاج السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة.

أولاً: العلاقة بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي.

- 1- مفهوم العلاج السلوكي.
- 2- مسلمات العلاج السلوكي.
- 3- النظريات المؤسسة للعلاج السلوكي.
- 4- إجراءات العلاج السلوكي للطفل.
- 5- أساليب العلاج السلوكي.

ثانياً: العلاج السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة.

- 1 - الملامح الأساسية لنظرية باندورا للتعلم الاجتماعي.
- 2- الافتراضات التي تقوم عليها نظرية باندورا للتعلم الاجتماعي.
- 3- المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في نظرية باندورا للتعلم الاجتماعي.
- 4- أساليب العلاج وفق نظرية التعلم الاجتماعي.

يتضمن هذا الفصل العلاقة بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي، ومفهوم العلاج السلوكي ومسلماته والنظريات المؤسسة له بالإضافة إلى إجراءات العلاج السلوكي للطفل وأشهر أساليب هذا النوع من العلاج، كما تطرقنا إلى العلاج السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة من خلال الملامح والإفتراضات التي تقوم عليها نظرية التعلم الإجتماعي، والمفاهيم والمصطلحات الخاصة بها، وأشهر الأساليب العلاجية التي تركز عليها والمتمثلة في إستراتيجية النمذجة.

أولاً- العلاقة بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي:

يؤكد (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1993:36) أنه يجب التمييز بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي، لذلك نجد أن الباحثين قد اعتادوا على استخدام مفهوم العلاج النفسي عند الإشارة إلى طرق العلاج غير السلوكية مثل: العلاج بالتحليل النفسي، العلاج الإنساني والوجودي.

لكن الشائع بين كثير من الأطباء النفسيين النظر إلى العلاج النفسي بأشكاله المختلفة والعلاج السلوكي كليهما على أنهما يشكلان تيارا واحدا مستقلا في مقابل العلاج الطبي.

ويتبين من خلال هذا التصور على أن العلاج السلوكي والعلاج النفسي يهدفان بشكل عام إلى تعديل الحالات المرضية بالإعتماد على وسائل غير طبية لكن لا يجب أن نقول بأن العلاج السلوكي هو نفسه العلاج النفسي، فالعلاج السلوكي تيار مستقل له مسلماته الخاصة ووسائله المستقلة.

1- مفهوم العلاج السلوكي:

يعرفه (عبد الستار إبراهيم، 1993): هو شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياته المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية، ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك.

وعرفه (محمد محروس الشناوي، 1996): على أنه أسلوب من الأساليب الحديثة، يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم ويشمل على إحداث تغيير إيجابي في سلوك الفرد.

بينما يعرفه (عبد المنعم الحفني، 1994): يعتمد هذا العلاج على المدرسة السلوكية التي تعتقد أن السلوك الخاطيء يرجع إلى تعلم وتكيف خاطئين ومن ثم يهدف العلاج السلوكي إلى إزالة السلوك الخاطيء وإعادة التعلم والتكيف.

وفي الدراسة الحالية تم استخدام مصطلح العلاج السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة بدلا من مصطلح تعديل السلوك على أساس أنه أكثر شمولاً في مدلوله من مصطلح تعديل السلوك.

حيث يقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظريات التعلم، فالمعالج يعمل على تحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى أطفال النشاط الزائد وإستبدالها بسلوكيات أكثر توافقاً مع متطلبات محيط الطفل المدرسية والمنزلية والإجتماعية... إلخ

فالسلكيون يعتبرون أن اضطراب ضعف الإنتباه والنشاط الزائد ناتج عن أربعة عوامل حددتها (زينب شقير، 1999:37) كمايلي: الفشل في إكتساب سلوك مناسب أو تعلمه، وتعلم أساليب سلوكية غير مناسبة، ومواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها إتخاذ قرار مناسب، ربط إستجابة الفرد بمنبهات جديدة لإستثارة إستجابة.

2- مسلمات العلاج السلوكي:

تتميز نظرية العلاج السلوكي حسب (لويس مليكة، 1990:24) عن غيره من أنواع العلاج النفسي بخصائص فريدة نذكر منها ما يلي:

- المعالج السلوكي يركز إهتماماته على علاج الأعراض في وضعها الراهن عكس زميله في التحليل النفسي الذي يركز على تغيرات لا شعورية للسلوكيات، فلو أراد المعالج السلوكي علاج طفل مصاب بالقلق أو الخوف المرضي من السلطة المدرسية لا يبحث عن ذكريات الطفولة ولا يعالج الخوف على أنه نتاج عوامل لا شعورية أو صراعات داخلية بل يجعل التحرر من أعراض الخوف هو الهدف الرئيسي الذي يجب أن تتجه إليه جهود العلاج.

- المعالج السلوكي ينظر إلى الإضطرابات على أنها سلوكيات شاذة ثم إكتسابها بسبب أخطاء في عملية التعلم.

- تتمثل عملية التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيئان ملتحمان، فالمعالج السلوكي عندما يقوم بعملية التشخيص فإنه يبحث عن الشروط التي أحاطت بعملية تعلم السلوك المرضي، فإذا أمكن إزالة هذه الأسباب وهذه الشروط يتحقق العلاج.

- المعالج السلوكي لا يجعل من واجباته إزالة ما وراء الأعراض من أمراض أو صراعات داخلية، على الرغم من تناوله الجذري لمسببات المشكلة، إلا أنه يرى الهدف هو علاج المرض، وأن العلاج الفعال هو الذي يمكننا من التخلص من تلك الأعراض بنجاح.

ويضيف (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1993:38) الخصائص التالية:

- المعالج السلوكي يستخدم الطرق العلمية التي تهتم بالمجالات المنظمة وضبط السلوك بما في ذلك الملاحظة الذاتية والضبط الذاتي.

- يهتدي المعالج السلوكي بالحقائق العلمية والتجريبية في العلوم السلوكية وبتكيز خاص على نظريات التعلم التي ترى أن الإستجابة (أو مجموعة الإستجابات) المرضية والشاذة شئ يمكن إكتسابه بفعل خبرات خاطئة.

- التخلي عن الأعراض بعلاجها مباشرة بالطرق السلوكية لا يؤدي إلى النجاح في إزالة هذه الأعراض فحسب بل تعلم نتائجها لتحديث تغييرات إيجابية في الشخصية والسلوك لم تكن موضوعا مباشرا للعلاج فالنجاح يخلق نجاحا آخر وإكتساب الثقة في علاج مشكلة معينة يؤدي إلى مزيد من الثقة في إكتساب أشكال إيجابية أخرى من السلوك.

- إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيئا ملتصقان، فالمعالج السلوكي عندما يقوم بعملية التشخيص فإنه يبحث عن الشروط التي أحاطت بعملية التعلم المرضي، وهي الأسباب التي إن أمكن إزالتها تحقق العلاج.

3- النظريات المؤسسة للعلاج السلوكي:

أ- نظرية الإشراف الكلاسيكي:

ترجع بدايات هذه النظرية إلى الدراسات التي قام بها العالم الروسي بافلوف (1849-1936) للفعل المنعكس والتي أكسبته تقديرا واسعا بين العلماء وجعلت منه مؤسسي النظرية السلوكية في علم النفس، فمن خلال التجارب التي قام بها على الكلاب، أثبت أنها تستجيب بإفراز اللعاب لمنبهات محايدة، كصوت الجرس مثلا، إذا ما إقترن تقديم المنبه المحايد بظهور منبه أصلي، وإعتقادا على هذه النتائج يقول (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1990:40) إننا نستجيب ونتصرف نحو كثير من الأشياء المحايدة إذا ما أصبح ظهورها شرطا من شروط منبهات أخرى تشبع حاجاتنا الرئيسية للطعام والجنس والمكانة.

حيث يوجد الكثير من إضطرابات وسمات الشخصية، تكتسب بهذا الشكل حتى تصبح عادات مرضية أو صحية وليست نتاجا لصراعات داخلية أو أزمات حدثت في مرحلة الطفولة، فالقلق والخوف والحزن والسرور جميعا يمكن تفسيرها بالإعتماد على نظرية بافلوف Pavlov على أنها استجابات شرطية لمنبهات إكتسبت قدرتها على إثارة هذه الجوانب السلوكية، بسبب إرتباطها بأحداث تبعث على الضرر أو الألم أو النفع.

فالتعلم الشرطي يتم حسب (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1990:40) عبر عمليات رئيسية نجح بافلوف في وضع قائمة منها مازالت تساهم بشكل كبير في تطور حركة العلاج السلوكي، فلكي يحدث التعلم الشرطي، لا بد أن يحدث اقتران بين حدوث المنبه الشرطي (صوت الجرس) والمنبه الاصلي (الطعام)، أو أن يكون المنبه الأصلي (الطعام) مسبوق بالمنبه الشرطي بفرق زمني ضئيل، حتى لا تحدث مشتتات أخرى تمنع تكوين الرابطة بين المنبهين، وقد لخص فرنون Vernon في (أحمد الظاهر قحطان، 2004:40) بعض المبادئ المتعلقة بالإشراف الكلاسيكي:

1- عند إقتران مثير مشروط بمثير غير مشروط، يمنح المثير المشروط قوة ذاتية لإثارة نفس الإستجابة التي تمنح بها للمثير غير المشروط.

2- إذا كان المثير غير المشروط قويا، فإن الإستجابة الإنعكاسية تكون قوية والعكس صحيح.

3- إذا كان المثير غير المشروط قويا وعالي الفعالية أثناء عملية التعديل السلوكي، فإن إستجابة المثير المشروط خلال إقترانها تكون قوية أيضا.

4- إذا إزدادت مرات إقتران المثير المشروط، بدرجة كافية ومناسبة بالمثير غير المشروط، فإن ذلك يساعد المثير المشروط على إكتساب إستجابة المثير غير المشروط بشكل كاف.

5- إن تقديم مثيرات متشابهة للمثير المشروط، يؤدي إلى ظهور إستجابات متتابعة تبين أن **واطسون الأمريكي** إستفاد كثيرا من نظرية بافلوف، حيث قام هو وماري جونز Jones في (اجلال محمد سري، 2000:121) بتجربة على الطفل ألبرت في علاج حالات الخوف، والتي توصلوا من خلالها إلى مبادئ هامة ومفيدة في العلاج السلوكي، منها أن التعلم الشرطي يفسر مخاوفنا الشاذة، وأن عملية الإشراف يمكن أن تستخدم للتخلص من الخوف المتعلم، ونجحت ماري جونز Jones في إستخدام الإشراف المباشر، وهو ربط موضوع الخوف بمثير يثير إستجابة سارة مثل الحلوى.

ويذكر (أحمد الظاهر قحطان، 2004:43) ما تصوره العالم الأمريكي **ثروندايك** (1874-1949) حول الحيوانات، وكذلك الإنسان، على أنهم يقومون بحل المشكلات بالتعلم عن طريق المحاولة والخطأ، وتصبح الأساليب السلوكية الناجحة هي الأكثر تكرارا، وفي نفس الوقت يقل احتمال حدوث الأفعال غير الناجحة، وبناء على نتائج دراساته، وضع **ثروندايك** قانونا سماه قانون الأثر الذي يتلخص في الإرتباط القوي بين المثير والإستجابة، إذا أعقب الإستجابة التي أحدثها المثير، حالة إرتياح، ويضعف الإرتباط إذا أعقب الإستجابة التي أحدثها المثير حالة عدم إرتياح.

ب- نظرية الإشراف الإجرائي:

إرتبطت هذه النظرية بالعالم الأمريكي **سكينر** (1904-1991) حيث تقوم في مجملها حسب (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1990:54) على قاعدة رئيسية مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدي له من نتائج وآثار، ومن هنا يسمي **سكينر** نظريته بإسم التشريط الفعال (الإجرائي)، للإشارة بأن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية (كالتدعيم أو المكافأة) أو سلبية (العقاب).

وتتضمن نظرية التعلم الفعال عددا من المبادئ الرئيسية التي إرتبطت بنمو العلاج السلوكي للطفل من أهمها التدعيم (التعزيز الإيجابي) التدعيم (التعزيز السلبي) العقاب والتشكيل.

فالتعزيز الإيجابي يشير إلى مختلف المكافآت أو الحوافز التي تستخدمها لتشجيع ظهور سلوك معين هذا التدعيم يكون إما عبارة عن حوافز ومكافآت مادية مثل (حلوى، ألعاب...) أو تدعيم اجتماعي (كالملاح والابتسام...).

أما التدعيم السلبي فهو يعني تدعيم السلوك بإيقاف أو إبعاد شيء أو حدث مزعج، فمثلا إذا توقف شيء أو حدث منفر أو مزعج نتيجة لحدوث سلوك ما فإن ذلك سيشجع هذا السلوك على التكرار تحت ظروف مماثلة. ويضيف (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1990:47) بأن التدعيم السلبي يتضمن إيقاف أو إبعاد منبه منفر أو كرهه حال ظهور السلوك المرغوب فيه، والتدعيم السلبي والإيجابي يتشابهان من حيث أنّ كليهما يمكن استخدامه لزيادة شيوع الجوانب المرغوب فيها في السلوك، أما العقاب فيعني تقديم منبه مؤلم إثر ظهور سلوك غير مرغوب فيه، فضرب الطفل عندما يصدر منه سلوك سييء يعتبر مثالا شائعا لإستخدام العقاب في تعديل السلوك.

أما التشكيل فيستخدم في تعليم السلوكات المركبة التي يصعب تعليمها دفعة واحدة كتعلم الكتابة أو اللغة، ومن هنا ينبغي تقسيم السلوك المراد تعليمه إلى خطوات صغيرة وتدعيم انجاز الخطوات الصغيرة المؤدية إلى الهدف النهائي.

إن المدرس لنظرية الإشراف الإجرائي سيزوده بمعلومات في غاية من الأهمية، في خلق جو صحي، لجعل المتعلم في وضع جيد، من خلال التأكيد على نتائج السلوك وفتح المجال أمام المدرس للوصول إلى آدائه التدريسي.

ج- نظرية التعلم الإجتماعي:

تعتبر نظرية التعلم الإجتماعي كما صاغها باندورا Bandura في رأي (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1990:48) إحدى النظريات المعاصرة التي أثرت في تطور حركة العلاج السلوكي للطفل ولعل من أهم إسهامات "باندورا" في مجال العلاج السلوكي دراساته وتجاربه على الأطفال كالعنوان الذي كان أحد الموضوعات الرئيسية له، حيث تتكون بفعل القدوة ومشاهدة الآخرين وهم يقومون بها، فقد إبتكر باندورا النموذج العملي لعلاج الرهاب وخاصة (رهاب الثعابين) عن طريق عرض نموذج عملي حي (من جانب المعالج) والمشاركة بالتدريج، كما استخدم باندورا أشكالا للنموذج العملي منها:

* استخدام لعب ودمى تمثل مصدر الخوف.

* مشاهدة أفلام لأطفال وكبار يلعبون بالثعابين.

* عرض نموذج عملي حي، حيث يشاهد المريض المعالج من خلال حاجز وهو يداعب ثعبانا، يلي ذلك مشاهدة مباشرة متدرجة حيث يستطيع المريض لمس الثعبان بعد عدة جلسات، وقد بين (باندورا Bandura) في (اجلال محمد سرى، 2000:125) من خلال دراساته أن عملية التعلم الإجتماعي هي عملية نشطة تحتاج إلى شروط تضمن نجاحها منها:

- إعطاء تعليمات لطيفة خلال ملاحظة النموذج.

- إثارة الدوافع والإهتمامات الشخصية للطفل، التي تحثه على أن يتعلم بسرعة الأشياء التي تتفق مع هذه الحاجات.

- الأداء الفعلي للسلوك.

- إرتفاع درجة الذكاء.

- قدرة الشخص على تنظيم ذاته وبيئته.

كما استخلص (باندورا Bandura) في (لويس مليكة، 23، 1990:22) أن الشخصية هي أساسا نتاج النمذجة والتقليد، فالناس يتأثرون بما يلاحظونه بطرق مختارة، فمن خلال البحوث المستفيضة والشاملة التي قام بها درس خصائص النموذج وإدراك عواقب ملاحظته تحت ظروف أداء مختلفة، وخلص إلى أن النماذج ذات المكانة العالية غالبا ما يميل الفرد إلى تقليدها.

ويتوقف السلوك الذي يقلد على العواقب الملحوظة للنموذج، فمثلا إذا لاحظ طفل زميلا له في الدراسة أكبر منه سنا وأكثر إحتراما، ينخرط في أعمال عدوانية ويعاقب عليها بشدة فإنَّ الفرصة تكون قليلة لتقليد هذا النموذج، وكذلك وجد باندورا أن الإبتهاجات والتوقعات وحتى الإستجابات الإنفعالية يمكن تعلمها دون حاجة إلى أن أي يخبر الملاحظ أي عواقب مباشرة، فوجهة نظرية التعلم الإجتماعي تنظر إلى أفعال الفرد على أنها تنتظم عن طريق ثلاث عمليات رئيسية هي:

1- ضبط المنبه 2- الضبط الداخلي 3- ضبط الناتج.

وتشكل إستجابات الشخص الرمزية غير الظاهرة محورا رئيسيا في نظرية التعلم الإجتماعي، كما يميز بين اكتساب السلوك (تعلمه) وأدائه. وتلعب العملية الرمزية الحسية الدور الرئيسي في تعلم السلوك الجديد، بينما تحدد عوامل التدعيم الخارجية (العواقب أو النتائج) إذا ما كان التعلم يمارس بعد ذلك في الأداء، وينظر إلى التدعيم أساسا إمدادا بالمعلومات وحافزا لها، ويمكن للفرد أن يتعلم دون أداء ظاهر ودون تدعيم مباشر.

د- نظرية التعلم المعرفي:

ترى نظرية التعلم المعرفي حسب (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1990:49) أن الناس لا يتعلمون فقط من خلال القواعد التشريطية أو التعلم الاجتماعي، بل وأيضا من خلال التفكير في المواقف، وإدراك وتفسير الحوادث التي يمر بها ، فالعلاج النفسي وفق هذه النظرية يفرض الإشارة إلى أربعة أبعاد معرفية وهي على النحو التالي:

1- الكفاءة أو القصور المعرفي أي المهارات والقدرات الخاصة والذكاء، فالشخص الدكي المرن عقليا والذي يملك رصيد جيد من المعلومات حول موضوع ما، يتعلم بطريقة جيدة وأفضل من الشخص المتصلب.

2- مفهوم الذات وما يحمله الفرد من اعتقادات خاطئة عن نفسه وإمكانياته وقدراته الشخصية، فالطفل الذي يعتقد في نفسه أنه أقل ذكاءً من غيره أو بأنه غير محبوب، عادة ما يتبنى جوانب من السلوك المرضي كالقلق والإكتئاب، أكثر من الطفل الذي يعتقد أنه محبوب من الآخرين.

3- القيم والإتجاهات التي يتبناها الفرد تفاعله مع مواقف معينة، فالطفل الذي يعتقد أن الجاذبية الإجتماعية وتقبل الأطفال الآخرين له أهم لديه من النجاح الأكاديمي يشعر بالإحباط الشديد عندما يوضع في موقف يشعر فيه برفض الآخرين له.

4- التوقعات التي يتبناها الفرد عند التفاعل مع المواقف الخارجية تحدد نوع المشاعر التي تنتابه في هذه المواقف، حيث يؤكد (ألبرت إليس، 1962، Elliss، وبيك، 1976، Beck) في (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1990:50) أن كثيراً من الإضطرابات النفسية والعقلية تتكون بفعل التوقعات المختلفة مع الآخرين.

كما يشير ميكينباوم Meichenbaum في (بطرس حافظ، 2008:180) بأن عملية التعلم لا يمكن أن تنحصر في شكل مثير وإستجابة كما ترى النظرية السلوكية، بل إذا أردنا تغيير سلوك الفرد فلا بد أن يتضمن معتقداته، ومشاعره، وأفكاره، والحديث الإيجابي مع نفسه، كلها تلعب دروا كبيرا في عملية التعلم، حيث إستخدم ميكينباوم أسلوب التوجيه الذاتي على الأطفال ذوي النشاط الزائد، وعلمهم أن يتكلموا مع أنفسهم، بحيث يفهموا متطلبات المهمات المطلوب منهم القيام بها حيث إنطلق ميكينباوم من الفرضية التي مفادها أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دورا هاما في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد، وتعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة والحديث الداخلي يخلق الدافعية، ويساعد على تضعيف مهارات الفرد وتوجيه التفكير للقيام بالمهارة المطلوبة.

يقول ميكينباوم ما أقصده بالبنية المعرفية هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو أنه يراقب، ويوجه الإستراتيجية والطريق، وإختيار الأفكار، وأن تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدوث، يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج، وتعتبر النظرية المعرفية بأن عملية التغيير تتطلب من الفرد أن يجد سلوكا جديدا بدلا من السلوك القديم، من خلال عملية التكامل بين البناء المعرفي القديم والجديد وذلك من أجل ضبط سلوكهم.

4- إجراءات العلاج السلوكي للطفل:

في حقيقة الأمر ليس هناك اتفاق بين الباحثين والدارسين في علم النفس على إجراءات موحدة للعلاج السلوكي للطفل، لكننا سنعمد على الإجراءات الأساسية التي صاغها (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 146، 135:1990) كمايلي:

الخطوة الأولى: تحديد السلوك المحوري:

السلوك المحوري هو السلوك الذي نريد علاجه، لذلك يجب على المعالج أن يتفق مع المريض أو الأسرة على أنه إذا تم تعديله سيؤدي إلى تحقيق العلاج.

ويلزم تحديد السلوك المحوري تحديدا نوعيا، فليس من المقبول أن نستعمل عبارات مثل: مكتئب أو ضعيف الشخصية، بل يجب تحديد الشكوى في شكل مظاهر سلوكية فبدلا من من أن نقول لديه ضعف الشخصية، يمكن أن نقول إنه لا يستطيع الإحتكاك البصري أو لا يعبر عن غضبه عندما تحرق حقوقه.

الخطوة الثانية: وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه:

في هذه الخطوة يمكن الإعتماد على وسائل الملاحظة والإستمارات المعدة لجمع البيانات عن عدد المرات التي يظهر فيها السلوك، حتى نصل لما يسمى بخط الإنتشار القاعدي، وهو القدر الذي يظهر به السلوك تحت الظروف القائمة قبل العلاج.

هذه البيانات تبين لنا كميا مقدار شيوع هذا السلوك بما في ذلك الأوقات أو الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه، كما تعطينا فرصة لمتابعة التطورات العلاجية لهذا السلوك وبذلك يمكننا تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة.

الخطوة الثالثة: تحدد السوابق واللواحق:

نحتاج في هذه الخطوة إلى التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه مثال: الطفل يهجم على الأم في الوقت الذي تكون الأم فيها منشغلة بمداعبة أخته الصغرى، وتتطلب هذه الخطوة أن نستكشف من خلال دراسة الحالة ولقاء الأبوين متى بدأ السلوك الخاطيء في الظهور، وتمثل إستمارة (السوابق واللواحق السلوكية) نموذجا جيدا لتقدير الإستجابات البيئية للسلوك المرضي وهي تغطي الجوانب التالية:

- 1- أنواع السلوك مصدر الشكوى.
- 2- تاريخ حدوثه.
- 3- الوقت الذي استغرقه.
- 4- مع من حدث؟
- 5- كم مرة يحدث في اليوم؟
- 6- ما الذي حدث قبل ظهور السلوك؟
- 7- كيف كانت لستجابة الآخرين للسلوك؟
- 8- ما المكاسب التي جناها الطفل من جراء سلوكه الخاطيء؟

9- أي ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة؟

الخطوة الرابعة: بناء توقعات علاجية وتتكون هذه الخطة مما يلي:

تشجيع الإلتجاه الإيجابي لدى الطفل والأسرة، ويعني هذا تشجيع الأسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الأيجابية المرغوب فيها، من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب فيه، مثلا: تقوم العائلة بعمل ثلاث جلسات أسرية ثلاث مرات أسبوعيا لمدة نصف ساعة يمتنع خلالها الأبوين عن التأييب أو النقد، بل يتبادلان الحوار عن الأشياء الإيجابية التي يتمتع بها الطفل، حيث يتخلل هذه الجلسات بعض النكت المرححة والقرب البدني.

الخطوة السادسة: تعميم السلوك:

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الإيجابية للسلوك يبقى تعميم هذا السلوك الجديد على الطبيعة أو المواقف الحية، إذ ينبغي تشجيع الطفل على تعميم خبراته التي تعلمها في المنزل على مواقف جديدة في الخارج مع الأصدقاء.

4- أساليب العلاج السلوكي:

عند التحدث عن أساليب العلاج السلوكي لا بد من ذكر أسلوبان رئيسيان تندرج تحتها مجموعة من الأساليب العلاجية السلوكية حيث قسمها (القمش وآخرون، 93:2007) إلى قسمين:

أولا- أساليب زيادة السلوك: ويتلخص هذا الاجراء بتطبيق الأساليب التي تعمل على زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب فيه، ويضم هذا الأسلوب مايلي:

1- التعزيز: يمكن تعريف التعزيز على أنه عملية تدعيم السلوك المناسب أو زيادة احتمال تكراره في المستقبل بإضافة مثيرات ايجابية أو إزالة مثيرات سلبية بعد حدوثه، فهو ذو أثر ايجابي من الناحية الإنفعالية والوجدانية العاطفية والمعلوماتية، ويكون التعزيز إما إيجابيا أو سلبيا.

أ- التعزيز الإيجابي: هو تقديم معززات محببة لدى الطفل شرط قيامه بسلوكات مرغوب فيها، أو امتناعه عن القيام بسلوكات غير مرغوب فيها، وعادة ما يقدم للطفل أشياء محببة كالحلوى والألعاب الشيء الذي يجعله يميل إلى تكرار السلوك في المستقبل، مع الإلتزام بتقديم المعزز مباشرة بعد حدوث السلوك المرغوب لأن تأجيله يفقد قيمة المعزز، مع مراعات الفروق الفردية عند تقديم المعززات فقد ينجح المعزز مع فرد ولا ينجح مع فرد آخر.

وتقسم لنا (سهيلة الفتلاوي:287:2005،285،282) في (فوزية محمدي،2010:131:132) المعززات

إلى ثلاث أنواع:

1- المعززات الأولية: هي عبارة عن مجموعة من المعززات تعمل على اشباع الحاجات الأساسية للمتعلّم، وتتخذ أحد الأشكال التالية:

أ- المعززات الغذائية: وتشمل جميع أنواع الطعام والشراب المفضلة للطفل مثل الحلويات، إلا أن هناك من يعارض استخدام هذا النوع من المعززات بشكل مستمر لأنه بمجرد أن يحصل الطفل على تلك المعززات سيتوقف عن ممارسة السلوك المطلوب.

ب- المعززات المادية: وتشمل الألعاب والمجلات التي يحصل عليها الطفل بعد قيامه بسلوك مناسب أو امتناعه عن القيام بسلوك غير مناسب، ويمكن استخدام هذا النوع من المعززات مع كل الأفراد في جميع الأعمار مع مراعاة الفروق بينهم، حيث يجب تقديم معززات مادية تناسب عمر الطفل وإلا يفقد المعزز قيمته.

ج- المعززات الاجتماعية: يكون هذا النوع من المعززات من خلال تقديم عبارات الشكر والمدح للطفل مثل: عملك كان جيدا أحسنت، وهناك تأثير فعال للمعززات الاجتماعية ليس فقط في جعل الطفل يبادر للقيام بالسلوك المرغوب مرة أخرى ولكن تساهم أيضا في اكسابه الثقة بالنفس والزيادة في تقدير الذات، ولا يتطلب هذا النوع من المعززات جهدا كبيرا من المحيطين بالطفل، فقط الانتباه لما يصدر عنه من سلوكيات بعد ذلك نقدم ابتساما وعناق بعد حدوث السلوك مباشرة.

2- المعززات الثانوية: أو ما يسميه البعض المعززات المشروطة، فقد ظهر في الآونة الأخيرة نظام جديد للتعزيز في المجال التربوي أطلق عليه نظام التعزيز الرمزي حيث يشترط على الطفل من أجل الحصول على المكافأة أن يجمع عدد من الرموز (نجوم، قطع من الورق أو البلاستيك...) يحدد عددها المعلم في الفصل، فاذا وصل الطفل إلى جمع العدد المحدد يمكنه استبدالها بمعززات أخرى.

3- معززات النشاط: يستند هذا النوع من المعززات إلى مبدأ بريماك (premack) في التعزيز حيث يعمل السلوك المفضل عند الطفل كمعزز للسلوك غير المفضل، ونجاح هذا النوع من المعززات يكون مرتبطا بالمعلم الفصل والسلوكيات المفضلة عند المتعلمين.

فمثلا يمكن للمعلم أن يلاحظ الملل على أطفاله عندما يقدم لهم بعض الواجبات المنزلية خاصة المتعلقة بمادة الرياضيات، فيشترط عليهم عند تأديتها ممارسة بعض الأنشطة الرياضية في فناء المدرسة مثل لعب كرة القدم التي تعتبر اللعبة المفضلة عند الكثير من الأطفال.

ب- **التعزيز السلبي:** يتلخص هذا الأسلوب حسب (القمش وآخرون، 2007:93) بإزالة شيء غير محبب بالنسبة للطفل نتيجة قيامه بسلوك مناسب ومرغوب أو امتناعه عن القيام بسلوك غير مرغوب، والتعزيز السلبي ليس عقابا

كما يعتقد البعض، التعزيز السلبي يقوي احتمالية تكرار السلوك المناسب في المستقبل بينما يعمل العقاب على اضعاف السلوك غير المناسب.

ويمكن للمعالج السلوكي أو المعلم داخل الفصل استخدام التعزيز بطريقة منظمة من خلال الاعتماد على جداول التعزيز والتي تنقسم إلى نوعين:

جداول التعزيز المستمر: إنَّ التعزيز المستمر يتم فيه تعزيز الطفل مادام يقوم بالسلوك المرغوب والمناسب، حيث يستخدم لتقوية السلوك مبدئياً، أي أن استخدام التعزيز المستمر يكون مفيداً عند تعلم سلوكيات جديدة.

جداول التعزيز المتقطع: أو التعزيز الجزئي، ويقصد به تعزيز السلوك المناسب في بعض مرات حدوثه وليس في كل مرة، وذلك بتعزيز استجابة من كل ثلاث استجابات أو أربعة أو خمسة، ويستخدم بشكل عام في المحافظة على السلوك المتعلم، ويمكن تصنيف جداول التعزيز المتقطع على أساس بعدين:

1- جداول النسبة: ويقصد بها مدى التغير أو الثبات في جدول التعزيز وهي بدورها تنقسم إلى قسمين:

أ- جداول النسبة الثابتة: عندما نُحدد عدد الاستجابات المطلوبة لنقدم المعزز.

ب- جداول النسبة المتغيرة: عندما يكون اختلاف بين عدد الاستجابات لنقدم المعزز.

2- جداول الزمن: يعتمد هذا النوع من الجداول على مرور الزمن قبل تقديم التعزيز وينقسم إلى قسمين:

أ- جداول الزمن الثابت: في هذا الجدول يجب أن تمر فترة محددة لنقدم التعزيز، فالسلوك الذي نطلب من الطفل أن يؤديه، لكن لا يتم ذلك السلوك قبل انتهاء الفترة المحددة، فالسلوك هنا لا يعزز في هذا النوع من الجداول.

ب- جداول الزمن المتغير: التعزيز هنا يقدم في أي وقت، فالطفل لا يستطيع أن يعرف طول الفترة التي ستمر لكي يعزز على سلوكه، لذلك في هذا النوع من الجداول يسعى الطفل دائماً إلى الحفاظ على مستوى ثابت من الاستجابات.

وقد اثبتت العديد من الدراسات استخدام أسلوب التعزيز في خفض الاضطرابات السلوكية الأكثر انتشاراً بين الأطفال مثل السلوك التخريبي والحجل والانسحاب، فنجد دراسة ماثيوز ومكلوفين وهنسيكر (Mathews, Mclaughlin, Hunsaker, 1980) في (القمش وآخرون، 2007:93) حيث هدفت إلى معرفة أثر استخدام أسلوب انتباه المعلم كمعزز لخفض السلوك التخريبي لدى عينة من الأطفال داخل الفصل الدراسي، وكان هذا الاجراء بتدريب المعلمين على الانتباه إلى الأطفال الذين يتسمون بالسلوك الفوضوي، وقد أظهرت نتائج هذا الأسلوب تحسن ملحوظ في سلوك الأطفال بعد ثلاث أسابيع من تطبيقه في حصة الفن اليومية ومدتها (45) دقيقة.

كما نجد دراسة دورتي ودورتي (Dougherty & Dougherty, 1977) في (القمش والمعاطبة، 2007:94) التي هدفت لعلاج السلوك التخريبي عند عينة من الأطفال امتدت أعمارهم بين (8-11) سنة وكانت طريقة التعامل معهم برسائل تقارير يومية لوالديهم من أجل تعزيزهم في البيت شرط امتثالهم لقواعد السلوك الصفي المقررة.

2- تشكيل السلوك:

يرتكز هذا الأسلوب العلاجي على قاعدة رئيسية مفادها أنه في كثير من الحالات لا يستطيع الطفل تعلم بعض السلوكيات المعقدة دفعة واحدة، هنا يلجأ المعالج السلوكي لتجزئ السلوك إلى مجموعة من الأجزاء، حيث يعتمد تشكيل السلوك حسب (القمش وآخرون، 2007:94) على استخدام كل من التعزيز والإطفاء بالتوفيق بينهما، وبعد تقسيم السلوك إلى عدة أجزاء يتم تحديد الجزء الذي يبدأ به السلوك ويستمر المعالج في تعزيز الأجزاء المرغوبة وإطفاء السلوكيات غير المرغوبة التي تصاحب السلوك حتى يصل المعالج إلى السلوك النهائي.

3- التعاقد السلوكي:

يكون هذا الأسلوب العلاجي بعقد اتفاق بين المعلم والطفل مثلاً على إنجاز بعض المهمات تم تحديدها من طرف المعلم، وعندما يلتزم الطفل بانجازها يقدم له التعزيز، مع مراعاة المعلم لقدرات الطفل في تحقيق تلك المهمات، وفي رأي (القمش وآخرون، 2007:95) يجب مراعاة الشروط التالية عند كتابة العقد وهي:

أ- فورية التعزيز وتكون بتقديم المعزز عقب حدوث التغيير مباشرة، لأن التأجيل يفقد المعزز قيمته.

ب- يجب ألا تكون العقود تعجيزية بل قابلة للتحقيق من طرف الطفل.

ج- الالتزام بصياغة العقود بطريقة ايجابية واضحة بعيدة عن التعقيد.

د- يجب أن تعمل العقود على تحقيق السلوك المرغوب.

ويمكن الإشارة إلى أن هذا الأسلوب العلاجي نجح في خفض السلوك العدواني، لدى يمكن للآباء والمعالجين والقائمين على تربية الطفل تطبيقه على الأطفال الذين يظهرون مشكلات سلوكية وانفعالية.

ثانياً- أساليب خفض السلوك:

تهدف الأساليب العلاجية التي يتضمنها هذا الشكل إلى خفض شدة السلوكيات غير المرغوب فيها وهي كمايلي:

1- العقاب:

إذا كان التعزيز يعمل على تقوية السلوك المرغوب فيه فإن العقاب يعمل على اضعاف احتمالية تكرار

السلوك في المستقبل، ويتخذ أحد الشكلين التاليين حسب ما أكده (القمش وآخرون، 2007:97)

أ- العقاب من الدرجة الأولى: ويكون بإضافة مثيرات سلبية ومنفرة في الغالب عندما يقوم الطفل بسلوك غير مناسب.

ب- العقاب من الدرجة الثانية: ويكون بسحب وإزالة مثيرات تعزيزية محببة عند الطفل نتيجة قيامه بسلوك غير مناسب.

والطريقة الوحيدة التي يمكن من خلالها معرفة ما إذا كان المثير عقابيا أم لا هي ملاحظة نتائجه على سلوك الطفل، فإذا ضعف السلوك يكون المثير عقابيا والعكس صحيح.

ومن أجل الحصول على نتائج جيدة بعد استخدام أسلوب العقاب يجب مراعاة بعض النقاط الأساسية:

1- نلجأ للعقاب كأسلوب أخير في عملية تعديل السلوك، وذلك بعد فشل الأساليب الأخرى في تحقيق تغيرات إيجابية.

2- يجب أن يعرف الطفل السبب الذي عوقب من أجله.

3- يجب أن يرافق أسلوب العقاب أساليب تربوية أخرى حتى لا يكون العقاب النمط المميز للمدرسين فيؤدي إلى نفور التلاميذ منهم.

4- عند استخدام أسلوب العقاب يجب على المدرس أن ينتقل من أبسط أشكال العقاب إلى أشدها.

5- لا ينبغي التركيز على عقاب السلوك غير المقبول بل يجب الانتباه إلى السلوك المقبول وتقديم بعض التعزيز.

ويمكن الإشارة إلى أن أسلوب العقاب يتضمن العديد من الأساليب العلاجية يمكن ذكرها على النحو الآتي:

أ- تكلفة الاستجابة:

تعتبر تكلفة الاستجابة من أكثر الأساليب العلاجية استخداما، حيث يرى (سولزر ومايير، 1997) في (فوزية محمدي، 2010: 137) أن أسلوب تكلفة الاستجابة يكون بفقدان الطفل لجزء من المعززات التي يملكها نتيجة قيامه بسلوك غير مرغوب فيه، ويتوقف نجاح تكلفة الاستجابة إذا طبقت بشكل منظم عن طريق برنامج يومي، فلا يجب أن نتساهل مع الطفل عند قيامه بأي تجاوز، بل يكون السحب فوريا للمعززات التي بجوزته.

مع العلم أنه يجب مراعاة بعض الشروط لنجاح هذا الأسلوب حددتها كارولي (Caroly, 1980) في (فوزية

محمدي، 2010: 139) على النحو التالي:

- عند ظهور السلوك غير المرغوب من الطفل يجب سحب المعززات التي بجوزته فوريا.

- الاستمرار في التعزيز الإيجابي للاستجابات المرغوبة.

- يجب أن تكون المعززات المسحوبة ذات قيمة في نظر الطفل.

- يجب أن تسحب وتقدم المعززات بطريقة منظمة، حيث لا تسحب مرة واحدة أو دفعة واحدة وفي نفس الوقت،

وهذا لا يعني أن يكون السحب بطيئا إلى الحد الذي لا يلاحظ.

ب- الإبعاد المؤقت:

ويقدم لنا (أحمد الظاهر قحطان، 2004:187) في (فوزية محمدي، 2010:140) أسلوب الإبعاد المؤقت كشكل من أشكال العقاب يلجأ إليه الكثير من المدرسين في الفصل عندما يصدر من أحد التلاميذ بعض السلوكيات الفوضوية، فيقوم بإبعاده عن أقرانه لفترة قصيرة في آخر الفصل أو خارجه، لكن ما يجب الانتباه إليه هو أن يكون الإبعاد عقوبة، لأنه في بعض الأحيان يكون مكافأة مثل إبعاد الطفل المنعزل، لذلك يجب إبعاد الطفل الذي يرغب في البقاء داخل الفصل وممارسة مختلف الأنشطة الصفية، ويتخذ الإبعاد المؤقت أحد الأشكال التالية:

1- الإقصاء: حسب (سهيلة الفتلاوي، 2005:318) في (فوزية محمدي، 2010:140) فإن الإقصاء يكون بأخذ الطفل إلى مكان داخل الصف ولا يسمح له بمراقبة زملائه والتواصل معهم، كأن يوضع ستار يفصل بينه وبين التلاميذ الآخرين ولا يسمح له بالإتصال البصري، ولنجاح هذا الأسلوب لا بد على المعلم مراعاة بعض الشروط منها:

- إقصاء الطفل من البيئة المعززة مباشرة بعد قيامه بالسلوك غير المرغوب لفترة قصيرة.
- إعلام الطفل بسبب إقصائه وأن الأمر سيعود إلى ما كان عليه فور توفقه عن السلوك غير المرغوب.
- الإقصاء يكون لفترة وجيزة، مع العلم إذا استمر الطفل في إصدار السلوكات السلبية يقوم المعلم بتمديد فترة الإقصاء دون جدال أو مناقشة إلى أن يكف عن السلوكات غير المرغوب فيها.
- عند قيام الطفل بالسلوك المرغوب والمناسب يجب إعادته إلى ما كان عليه.

2- العزل: يشتمل هذا الأسلوب العلاجي حسب (Walker, 1984) في (القمش وآخرون، 2007:99) على

إقصاء المتعلم من بيئة معززة إلى بيئة غير معززة وتسمى غرفة العزل، مع العلم أنه يجب الانتباه إلى أن مدة العزل لا تستمر إلى أكثر من عدة دقائق، ويجب مراعاة بعض الشروط لنجاح هذا الأسلوب منها:

- أن تكون غرفة العزل آمنة بعيدة عن كل خطر وفي موقع قريب داخل المدرسة يمكن مراقبته.
- فترة الحجز تكون قصيرة ومدروسة.
- أن تفتقد غرفة العزل لمختلف المثيرات المعززة.

كما يجب مراعاة الحالة النفسية للمتعلم الذي يتم عزله، لأنه يمكن عزل حالات تعاني مشكلات نفسية كالرهاب، فعوض التخفيف من حدة المشكلة نزيد من حدتها.

3- التصحيح الزائد:

في هذا الإجراء يطلب من الطفل تصحيح الأخطاء التي وقع فيها، وإجباره على ممارسة السلوكات الصحيحة

بشكل مستمر، فإذا قام الطفل بالكتابة على الجدران يطلب منه مسح ما كتب وتنظيف كلي للجدران، حيث لا

يتطلب هذا الأسلوب العلاجي جهدا كبيرا من القائمين على تربية الطفل بل فقط التعامل معه بصرامة وانضباط، لأن العديد من الدراسات أثبتت فاعليته خاصة في علاج السلوك التخريبي والسلوك العدواني.

4- الإغفال والتجاهل:

يحاول المعالج في هذا الأسلوب العلاجي محو السلوك غير المرغوب فيه بتجاهله وإغفاله حتى ينطفئ ذلك السلوك، وقد أستخدم هذا الأسلوب بنجاح حسب (Pear&Martin,1983) في (القمش وآخرون،2007:98) في علاج بعض الاضطرابات النفسجسدية وفي خفض السلوك العدواني غير الشديد، مع العلم أنه لا يجب تجاهل السلوك المؤذي للذات وللآخرين بل يجب في هذه الحالة إتباع أساليب علاجية أخرى.

5- الإشباع والممارسة:

يتضمن هذا الأسلوب العلاجي في رأي (فوزية محمدي،2010:142) التكرار المستمر للسلوك غير المرغوب فيه، لأن تكراره بشكل مستمر يؤدي إلى الملل وإخفاء إيجابيته لتحل محلها السلبية نتيجة الإشباع، حيث يعتبر (Elion) أشهر من استخدموا هذا الأسلوب العلاجي، فتزداد فاعليته خاصة مع الحركات اللاإرادية مثل تحريك الرأس، وقضم الأظافر، فالمعالج في هذا الأسلوب يطب من الطفل أن يكرر السلوك السلبي بشكل سريع ومستمر إلى الحد الذي يصل فيه للتعب والإعياء والملل، مع العلم أنه لا يجب استخدامه في علاج مشكلات تتعلق بالحق الأذى بالآخرين، بل يجب استخدامه في علاج مشكلات تتعلق بالفرد نفسه.

6- التغذية الراجعة:

تكون التغذية الراجعة أو المرتدة بأن يقدم المعالج أو المعلم في الفصل معلومات متعلقة بسلوك الطفل، وذلك بهدف توضيح الأثر الذي خلفه سلوكه، فيساعد هذا الأجراء الطفل في معرفة نتائج سلوكه كانت إيجابية أو سلبية. وفي هذا الصدد يقدر (ميكولاس،1987) في (القمش وآخرون،2007:98) النتائج التي يمكن أن تتركها التغذية الراجعة وهي على النحو التالي:

- تكون التغذية الراجعة بمثابة تعزيز (التغذية الراجعة الإيجابية) أو بمثابة عقاب (التغذية الراجعة السلبية)
- تساهم التغذية الراجعة في تنمية مستوى دافعية الطفل.
- التغذية الراجعة تقدم معلومات تعمل على توجيه آدائه وتعلمه وهذا ما يسمى بالتغذية الراجعة التصحيحية.
- إذن ومما سبق ذكره فإن التغذية الراجعة تلعب دورا مهما في تشكيل سلوك الأطفال المضطربين في السلوك. وبالإضافة إلى هذه الأساليب التي تعمل على خفض وإطفاء السلوكات غير المرغوبة، فإن هناك أساليب أخرى تعمل على إكساب الطفل سلوكات جديدة مثل:

7- النمذجة:

تعتبر إستراتيجية النمذجة أو التعلم بالملاحظة طريقة بسيطة ليتعلم الطفل سلوكات جديدة لم تكن في رصيده المعرفي، ويتلخص هذا الإجراء بأن يقوم المعلم أو أي شخص آخر ويسمى النموذج بسلوك ما على مرآى من الطفل ثم يطلب منه القيام بمثل ما شاهده، وفي هذه الحالة يحتاج الطفل إلى مزيد من الانتباه والتعزيز والتشجيع. وحسب (السرطاوي وسالم، 1987) في (القمش والمعايطة، 2007:98) فإن إستراتيجية النمذجة يمكن أن تترك ثلاث آثار إيجابية وهي كمايلي:

أ- تأثير النموذج: حيث يكتشف الطفل سلوكات يؤديها النموذج لم تكن معروفة سابقا.
ب- تأثير المنع أو الكبح: عندما يتم معاقبة النموذج على سلوك غير مرغوب فإن الطفل يمتنع عن القيام بالسلوكات المشابهة لذلك السلوك.

ج- تأثير الإستخراج: يتم استخراج السلوك المماثل لسلوك النموذج من خبرات الطفل المخزنة.

ثانيا: العلاج السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة:

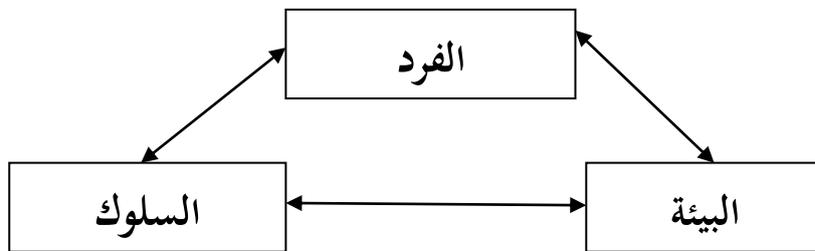
1- الملامح الأساسية لنظرية باندورا للتعليم الاجتماعي:

يمكن ذكر بعض الملامح الرئيسية لنظرية باندورا Bandura حول التعلم الاجتماعي كما صاغها (أبو جادو، 1998:125) كمايلي:

- تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي القائم على الملاحظة لباندورا على التفاعل الحتمي المتبادل والمستمر للسلوك والتأثيرات البيئية والمعرفة.

- تؤكد هذه النظرية على أن السلوك الإنساني ومحدداته الشخصية والبيئية تشكل نظاماً متشابكاً من التأثيرات المتبادلة والمتفاعل، ولا يمكن إعطاء أي من هذه المحددات الرئيسية الثلاثة أية مكانة متميزة على حساب المحددين الآخرين. ويمكن توضيح العلاقة بالشكل التالي:

شكل رقم (04) يبين كيفية التفاعل بين الفرد والبيئة والسلوك:



من خلال الشكل رقم (04) نلاحظ أن هنا تفاعل متبادل بين المحددات الثلاثة وليس هنا مكانة محددة يتميز بها محدد عن باقي المحددات.

- يرى باندورا أن معظم أنماط السلوك الإنساني لا تكون محكومة بالتعزيزات الفورية الخارجية التي يؤكد عليها السلوكيون الكلاسيكيين أو (السلوكية الراديكالية واطسون، سكرنر، ثورندايك) إنما هناك خبراتهم السابقة حيث تتحدد توقعات الناس في ضوء هذه الخبرة، وأن أنماطاً معينة من السلوك تؤثر على قيمهم، وأن أنماطاً أخرى تحدث نتائج غير مرغوبة كما قد يكون تقدير الناس لبعض الأنماط أكثر إيجابية، ومن ثم فإن سلوكنا على هذا النحو يتحدد إلى حد كبير بآثاره المتوقعة المبنية على خبرات الفرد الماضية، ويعتقد باندورا أن الأنماط الجديدة من السلوك يمكن أن تُكتسب حتى في غياب التعزيز الخارجي، حيث تكتسب العديد من أنماط السلوك من خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين والنتائج المترتبة عليها، وكذا أنماط تفاعلهم مع المتغيرات والمثيرات البيئية، وهذا ما يؤكد عليه باندورا وهو التعلم بالملاحظة أو الاقتداء بالنموذج أكثر من التعزيز المباشر، ولعل هذه الخاصية تشكل أهم ملامح نظرية باندورا للتعلم الاجتماعي القائم على الملاحظة.

- من المحددات الهامة التي تميز نظرية التعلم الاجتماعي والتي أشار إليها باندورا خاصية تنظيم أو ضبط الذات، وهو خاصية ينفرد بها الإنسان عن طريق ترتيب المتغيرات البيئية الموقفية وابتكار أو خلق أسساً معرفية، وإنتاج الآثار المرغوبة التي يمكن اشتقاقها من هذه المتغيرات البيئية الموقفية، لذلك فإن طاقتنا أو قدراتنا العملية تكون مشغولة بالتفكير الرمزي الذي يمدنا بالطرق والوسائل والأساليب والإستراتيجيات التي تمكننا من التعامل المستمر والناجح مع البيئة.

2- الافتراضات التي تقوم عليها نظرية باندورا للتعلم الاجتماعي:

تقوم نظرية التعلم الاجتماعي حسب كل من (نشواني، 1986:355) (أبوجادو، 1998:181) (الزيات، 1995:376) على الإفتراضات التالية:

- معظم أنماط التعلم الإنساني تحدث من خلال الملاحظة والتقليد أو المحاكاة، يصبح التعلم الإنساني بطيئاً وغير عملي خاصة إذا إعتد كلية على الخبرات المباشرة أو على ناتج سلوكنا الخاص، فمن غير المنطقي أن يمارس الفرد تجاوز إشارات المرور الحمراء ويصطدم بسيارة أخرى أو أحد المارة كي يتعلم مدلول إشارات المرور، وعلى ذلك نحن نتعلم من خلال ملاحظة الآخرين وأنماط السلوك التي تصدر عنهم، ومتابعة أشكال التعزيزات التي يتلقاها هؤلاء الآخرين نتيجة ممارستهم هذه الأنماط السلوكية.

فإكتساب اللغة والعادات والتقاليد والأنماط السلوكية المشبعة بها الثقافة التي يعيش فيها الفرد وكذا الإتجاهات وردود الأفعال والإنفعالات وغيرها يتم تعلمها من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم أو محاكاتهم.

- ومعنى آخر ينطوي هذا الإفتراض على أهمية تربية بالغة، إذا إعتبرنا أن التعليم بمفهومه الأساسي، عملية إجتماعية، إذ بيدوا من غير الممكن أن يتم التعليم عن طريق الممارسة والخبرة المباشرة فقط أي طبقاً للآثار التعزيزية أو العقابية

للسلوك الذي يؤديه الفرد المتعلم ذاته، ولو كان الأمر كذلك لما إستطاع معظم الناس البقاء على قيد الحياة حتى مرحلة الرشد لأنّ مبادئ الإشراف بنوعيه الكلاسيكي والإجرائي تفشل في أحوال كثيرة، في تفسير تمكن الطفل من أداء بعض الإستجابات الجديدة كلياً، في حال توافر نموذج يقوم بأداء هذه الإستجابات أمام الطفل، وإملاكه للقدرات اللازمة لأدائها.

- التعلم الإجتماعي القائم على الملاحظة يقوم على عمليات من الانتباه القصدي، بدقة تكفي لإستدخال المعلومات والرموز والإستجابات المراد تعلمها في المجال المعرفي الإدراكي للفرد.

- تتأثر عملية النمذجة أو التعلم بالملاحظة أو الإقتداء بالنموذج بعدة عوامل:

أ- عوامل تتعلق بالفرد الملاحظ منها: العمر الزمني، والإستعداد العقلي العام، وإتجاهه نحو النموذج، إدراكه لمدى أهمية ما يصدر عن النموذج وتقديره للقيمة العلمية والمكانة الإجتماعية له كما يدركها الفرد، الجاذبية الشخصية أو الإرتياح النفسي القائم على التفاعل مع النموذج.

ب- عوامل تتعلق بالنموذج الملاحظ منها: المكانة الإجتماعية للنموذج، ودرجة نجوميته، جنس النموذج... الخ

ج- عوامل تتعلق بالظروف البيئية منها: مدى التوافق بين القيم السائدة والمحددات الثقافية والإجتماعية والدينية والأخلاقية، من ناحية وبين ما يصدر عن النموذج، فمثلاً من الصعب الدعوة إلى الأصالة والإعتماد على آثار الماضي، في ظل ظروف التطور.

- تحدث عمليات التعلم بالملاحظة بصورة فعالة ومرضية إذا كانت البواعث أو الدوافع أو التعزيزات التي يتلقاها الفرد أو يتوقع الحصول عليها أو إشباعها تترتب على الإقتداء بالنموذج أو إنتاج مثل إستجاباته أو أنماطه السلوكية.

- الإقتداء بالنموذج أو محاكاة الأنماط السلوكية التي تصدر عنه إنتقائية تحكمه دوافع الفرد الملاحظ والتعزيزات التي يتلقاها أو يتوقع الحصول عليها نتيجة الإقتداء بالنموذج أو محاكاته.

- تشكل المعرفة أساساً هاماً من الأسس التي يقوم عليها التعلم الإنساني القائم على الملاحظة.

- تختلف الآثار التي ينتجها التعلم بالملاحظة باختلاف الأهداف التي يسعى المعلم إلى نمذجتها لملاحظتها والإقتداء بها. تشير الدراسات والبحوث التي أجريت في مجال التعلم الإجتماعي القائم على الملاحظة إلى تباين الآثار المترتبة على التعلم بالملاحظة حيث تتمايز هذه الآثار في ثلاثة آثار هي:

أ- تعلم سلوكيات أو استجابات جديدة: يستطيع الملاحظ تعلم أنماط سلوك جديدة إذا لاحظ أداء الآخرين، مع العلم أن سلوك الفرد لا يتأثر فقط بالنماذج الحقيقية أو الحية فقط، فالتمثيلات الصورية والرمزية المتوافرة عبر الصحافة

والكتب والسينما والتلفزيون والأساطير والحكايات الشعبية، تشكل مصادر هامة للنماذج ، وتقوم بوظيفة النموذج الحي.

ب- الكف والتحرير: قد تؤدي عملية ملاحظة سلوك الآخرين إلى كف بعض الاستجابات، أو تجنب أداء بعض أنماط السلوك، وبخاصة إذا واجه النموذج.

عواقب سلبية أو غير مرغوب من جراء انهماكه في هذا السلوك، وقد تؤدي عملية ملاحظة سلوك الآخرين عكس ذلك، أي إلى تحرير بعض الاستجابات المكفوفة أو المقيدة، وخاصة في الحالة التي لاواجه فيها النموذج عواقب سيئة أو غير سارة نتيجة ما قام به من أفعال.

ج- التسهيل: قد تؤدي عملية ملاحظة سلوك النموذج إلى تسهيل ظهور الإستجابات التي تقع في حصيله الملاحظ السلوكية، والتي تعلمها على نحو مسبق إلا أنه لا يستخدمها، أي أن سلوك النموذج يساعد الملاحظ على تذكر الإستجابات المشابهة لإستجابات النموذج، بحيث يبدو إستخدامها في الأوضاع المشابهة أكثر تواتراً، فالطفل الذي تعلم بعض الإستجابات التعاونية ولم يمارسها، يمكن أن يؤديها عندما يلاحظ بعض الأطفال منهمكين في سلوك تعاوني، ويجب أن نفرق بين عملية التحرير والتسهيل، فالتسهيل يتناول الإستجابات المتعلمة غير المكفوفة أو المقيدة، والتي يندر حدوثها أو تواترها بسبب النسيان أو عدم الإستخدام، أما تحرير السلوك، فيتناول الإستجابات المكفوفة أو المقيدة التي تقف منها البيئة الاجتماعية موقفاً سلبياً، فيعمل على تحريرها بسبب ملاحظة نموذج يؤدي مثل هذه الإستجابات دون أن يصيبه سوء.

- يشكل التعزيز دور مهم في أغلب نظريات التعلم السلوكية، إلا أنه في التعلم بالملاحظة لايشكل مثل هذه الأهمية، ويقيم باندورا رؤيته لدور التعزيز في التعلم بالملاحظة على الإفتراضات التالية:

- التعزيز ليس لعملية التعلم لكنه ليس ضروري لإتمامها أو لإكتساب التعلم.
- أن هناك العديد من العوامل الأخرى غير التعزيز ومرتباته تقف خلف مايعمله الناس أو يسلكونه، فكثير من الأنماط السلوكية التي تصدر عن الفرد يجد نفسه مدفوعاً لآدائها دون سبب أو تفسير واضحاً له على الأقل.
- بينما تقدر نظرية التعلم الاجتماعي التعزيز الخارجي، فأنها تعطي وزناً أكثر أهمية لتأثيرات التعزيز الداخلي، ويرى باندورا أن التعزيز الخارجي يقوم بوظيفتين هما: إعلامية والثانية باعث ويعتبر التعزيز الداخلي محدد للسلوك.

3- المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في نظرية باندورا للتعلم الاجتماعي:

أ- التعلم الاجتماعي:

يقصد بالتعلم الاجتماعي عند باندورا إكتساب الفرد أو تعلمه لإستجابات أو أنماط سلوكية جديدة من خلال موقف أو إطار اجتماعي.

ب- التعلم بالملاحظة أو النمذجة:

هو تعلم الإستجابات أو الأنماط السلوكية الجديدة عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين أو من خلال ملاحظة النماذج ويسمى في هذه الحالة التعلم القائم على الإقتداء بالنموذج.

ج- التنظيم أو الضبط الذاتي:

هي قدرة الفرد على التنظيم أو الضبط الذاتي لسلوكه في علاقته بالمتغيرات البيئية المستدخلة في الموقف، وبمعنى آخر تكييف سلوكه وبناءه المعرفي وعملياته المعرفية والمتغيرات البيئية بصورة متبادلة ومتفاعلة الفرد السلوك البيئية.

د- العمليات المعرفية:

تأخذ العمليات المعرفية عند باندورا شكل التمثيل الرمزي للأفكار والصور الذهنية وعمليات الانتباه القصدي والإحتفاظ التي تتحكم في سلوك الفرد في تفاعله مع البيئة كما تكون محكومة بهما أيضاً.

هـ- الحتمية التبادلية:

يقصد بالحتمية التبادلية عند باندورا التفاعل الحتمي المتبادل ذو الإتجاهين بين الفرد والبيئة كسببين معتمدين على بعضهما البعض ومتفاعلين ومنتجين للسلوك.

4- أساليب العلاج وفق نظرية التعلم الإجتماعي:

- إستراتيجية النمذجة: جزء أساسي من برامج كثيرة لتعديل السلوك، وهي تستند حسب (لويس كامل مليكة، 1990:104) إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين نتيجة تعرضهم بصورة منتظمة للنماذج، وتكون بإعطاء الشخص فرصة لملاحظة نموذج ثم يطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج.

يعرفها (Holiday,2001:57) بأنها عملية تصور عقلي للعلاقات التي بين أشياء أو ظواهر أو أحداث

باستخدام تمثيلات وأشكال تيسر شرح وتفسير هذه الأشياء والظواهر والأحداث والتنبؤ بها.

ويستخدم هذا الأسلوب في تعليم جوانب سلوكية، وأكاديمية ومهارية، ويتأثر التقليد بعوامل عدة، كالعمر،

والنضج العقلي، بحيث يكون الصغار أكثر تقليداً من الكبار، كما يتأثر التقليد بجاذبية النموذج، ويتأثر الأطفال

بالنماذج الناجحة أكثر من النماذج الفاشلة، فمن غير المنطق أن يقلد طفل ذكي طفلاً متخلفاً.

ويذكر (قحطان أحمد الظاهر، 2004:159) أن التقليد أو النمذجة لا تقتصر على إكتساب سلوكيات

جديدة لم تكن موجودة من قبل، أو تعديل السلوك القديم بل يمكن تعليم السلوك الإجتماعي الجيد من خلال المراقبة

لحالات متنوعة، بل قد تؤدي النمذجة إلى ظهور سلوكيات كانت مكبوتة بسبب الخوف أو القلق.

وتأخذ إستراتيجية النمذجة في رأي (قحطان أحمد الظاهر، 2004:161) عدة أشكال كالنمذجة الحية، النمذجة الرمزية أو المصورة والنمذجة من خلال المشاركة وفي مايلي تعريف كل نموذج:

النمذجة الحية: هي قيام النموذج بتأدية السلوك المستهدف أما الشخص الذي نريد تعليمه ذلك السلوك.

النمذجة الرمزية أو المصورة: هو أن يقوم الشخص المراد تعليمه بمراقبة سلوك النموذج من خلال الأفلام والصور.

النمذجة من خلال المشاركة: وهو مراقبة النموذج وتأدية السلوك المراد تعليمه بمساعدة المعززات المرغوبة والتشجيع على تأدية الاستجابة الصحيحة.

ويقدم (Bandura, 1980: 07-08) تفسيراً على أساس نظرية التعلم الإجتماعي، فيرى أن النمذجة

تقدم معلومات يكتسبها الشخص بوصفها تمثيلات رمزية للحدث المنمذج، ويرى بانندورا أن هناك أربع عمليات متضمنة في النمذجة هي:

1- العمليات الإنتباهية: وهي تنظم المدخل الحسي وإدراك الحدث المنمذج، ويشمل ذلك خصائص النموذج التي تجذب الإنتباه والحوافز مثل التدعيم المحتمل للإنتباه للحدث.

2- عمليات الإحتفاظ: وهي تشير إلى عمليات الترميز والتي يترجم فيها الحدث الملاحظ إلى دليل للأداء مستقبلاً حيث تشمل عمليات الإحتفاظ بتدريب على الخبرات في إطار نظام رمزي، وقد ييسر الإحتفاظ من خلال تلخيص أو رصف العميل أو النموذج لما حدث، أو أن يتدرب العميل على السلوك المنمذج.

3- عملية إعادة الإنتاج الحركي: وهي تشير إلى تكامل مختلف الأفعال المكونة في أنماط استجابة جديد.

4- عمليات الحافز: وهي التي تحدد ما إذا كانت الاستجابات المكتسبة من خلال الملاحظة سوف تؤدي، طبقاً لباندورا فإن دور التدعيم والحوافز هو تيسير الإنتباه إلى الحدث المنمذج.

وقد أوضحت الخبرات الكثيرة أنه يمكن تعديل السلوك عن طريق النمذجة في مواقف متنوعة أشار إليها (لويس كامل مليكة، 1990:105) كمايلي:

- تغيير الإستجابات للمنبهات في المخاوف المرضية.

- إكتساب السلوك الإجتماعي والمعرفي.

- تحديد محكات ذاتية لسلوك الفرد والتحدث بصراحة عن الذات.

وقد تكون النماذج أشخاصاً أحياء، ولكن يمكن إستخدام الأفلام أو أشرطة الفيديو لهذا الغرض، ومن

الأفضل أن يكون النموذج مشابهاً للعميل إلا في حالات معينة كأن يكون النموذج طفلاً يمسك بثعبان والعميل راشداً.

وقد يكون من الأفضل أن لا يكون النموذج ظاهر الهدوء تماما عند إقترابه من موضع الخوف لأن ذلك يبدو غير واقعي بالنسبة للعميل كما أنه يزيد من قلقه وشعوره بالعجز.

وتزداد فاعلية النمذجة إذا جمع بينها وبين إجراءات علاجية أخرى فمثلا، في الإقلال من المخاوف يجمع بين إزالة الحساسية عن طريق الإتصال والنمذجة والمشاركة الموجهة، وفي الإشراف الإجرائي تكون إستراتيجية النمذجة طريقة فعالة لكي يحدث السلوك، بينما يكون التدعيم طريقة للإحتفاظ بالسلوك بعد حدوثه، وكذلك يمكن إستخدام النموذج لتعليم السلوك في مختلف مراحل الهريرية، وفي المواقف الإكلينيكية يكون لعب الأدوار والتدريب السلوكي إضافات مساندة مفيدة للنمذجة.

ومن خلال الدراسة التي قام بها أوكونر Oconer في (لويس مليكة، 1990:106) نجده أنه استطاع أن يغير السلوك الإنزوائي الإجتماعي لدى أطفال دور الحضانة إلى سلوك فيه أكبر قدر من التفاعل الإجتماعي عن طريق عرض فيلم يظهر تفاعلات اجتماعية نشطة وإيجابية بين الأطفال، في الوقت الذي يؤكد فيه صوت الفيلم على السلوك المناسب للنماذج.

وكذلك يمكن تعديل سلوك الأطفال المنطوين على ذواتهم عن طريق تعريضهم لنماذج من أطفال يظهرهم سلوكا إجتماعيا مثل الأخذ والعطاء، بل أمكن تغيير قائدي السيارات نحو مساعدة السائقين الآخرين ممن يحتاجون إلى مساعدة (مثلا في تغيير إطار السيارة) عن طريق تعريضهم في الطريق لنموذج شخص يساعد سائقا آخر في حاجة إلى المساعدة، وقد زاد السلوك التعاوني بهذا الإجراء مقارنة بسلوك قادة السيارات الذين تعرضوا لسيارة أخرى لا يتوقف أحد لمساعدة قائدها المحتاج إلى تلك المساعدة.

ويمكن تعليم الأحداث الجانحين من خلال نمذجة بعض المهارات الإجتماعية والمهنية مثل طلب عمل أو مقاومة الضغوط الإجتماعية الموجهة إليهم للسلوك غير المرغوب، حيث تكشف لنا بعض التجارب المستوحات من الحيات اليومية على أن الأفراد يمكن لهم أن يقلدوا السلوك العدواني المنمذج في الأفلام، كما أننا نلمس في بعض مرتكبي جرائم العنف أنهم استمدوا بعض أفكارهم من مشاهدة التلفزيون.

وعلى الرغم من أن إجراءات النمذجة تختلف من موقف لآخر، إلا أنها تبدأ عادة بأن يقدم المعالج في خطوات سلسلة نماذج حية أو رمزية (تسجيلات صوتية أو مرئية أو أوصاف مكتوبة) لعرض السلوك الذي يحتاج العميل إلى إكتسابه لحل مشكلته.

ومن أوائل التجارب في هذا المجال تلك التي قام بها كرمبولتز وثوريسين حيث إستخدما الأسلوب الذي سمي (العلاج عن طريق النموذج - التدعيم)، وفيه يقدم المعالج شريطا مسجلا لمقابلة تتم بين معالج و عميل، يدعم فيها المعالج النموذج العميل لفظيا حين يناقش هذا الأخير الأنواع المختلفة من سلوك إتخاذ القرار، فيما يتصل بخططه

المدرسية والمهنية، وبعد أن يستمع العميل للشريط، يقوم المعالج بتدعيم الإستجابات اللفظية للعميل والتي تشير إلى تقليده للسلوك المرغوب أو لإعطائه إستجابات شبيهة بما أعطاه العميل النموذج، وقد وجد الباحثان أن النمذجة مع التدعيم أكثر فعالية مع الذكور، أما الإناث فقد إستجبن للنمذجة الإجتماعية أو للنمذجة مع التدعيم بنفس الفعالية، كما أن العلاج الجماعي كان بنفس القدر من الفعالية مثل العلاج الفردي، إلا أن الذكور كانوا أكثر سعياً وراء المعلومات في العلاج الجماعي، وبالإضافة إلى إستخدام النموذج لمساعدة عميل على إكتساب سلوك جديد أو تقوية سلوك قائم، فقد أستخدم أيضاً للمساعدة في إنطفاء إنفعالية قائمة أو إكتساب إستجابة جديدة، وإجراءات النمذجة المتخذة لهذا الغرض تدرج تحت ثلاث فئات حددها (لويس مليكة، 1990: 107، 108) كمايلي:

أ- الإنطفاء غير المباشر أو البديل: وفيه يعرض المعالج العميل لسلسلة من الأحداث النمذجية التي يكون فيها منهج النموذج في مواجهة المنبه الباعث على الخوف أو في مواجهة السلوك المثير للقلق، مؤدياً إلى عواقب إيجابية بدلا من عواقب نفور، ويفترض نظريا أن التعرض لهذه الإجراءات النمذجية يسمح للعميل بأن يخبر الاستجابات الإنفعالية بصورة غير مباشرة ولكن في مستوى من الإستشارة أقل مما يدفع العميل عادة إلى تجنب الموقف المشكل.

وفي تجارب لباندورا وزملائه Bandura, et al في علاج الخوف من الثعابين وجدت نسبة النجاح التالية في المجموعات التجريبية الثلاثة على التوالي مقارنة ب بالعينة الضابطة:

1- نماذج رمزية تستخدم ذاتيا (فيلم) مع إجراءات الإسترخاء 33%.

2- نمذجة حية متدرجة مع ممارسة موجهة فورية من قبل الملاحظ 92%.

3- التخلص التدريجي من الحساسية 25%.

ب- الإستشارة غير المباشرة أو البديلة: تستخدم في حالات العملاء الذين يعجزون عن الإستجابة الإنفعالية أو الذين يقدمون استجابات غير ملائمة لمواقف معينة، فمثلا بالإضافة إلى الحساسية والتدريب على الإسترخاء، قد يستعان بعرض أفلام تقدم نماذج متدرجة من الإستشارة في مواقف مرتبطة بالموضوع.

ج- التقليد: يستخدم المعالج المحاكاة، أي مواقف نموذجية تقلد مختلف جوانب بيئة العميل، حيث يسمح هذا الإجراء للعميل بأن يمارس مع المعالج في المواقف التي ينخفض فيها الضغط والمعاناة، أنواع السلوك التي يكون فيها أقل كفاءة، وبذلك ييسر الأقلال من إستجابات التجنب وإعطاء إستجابات الإقبال، ويستخدم في هذا الأسلوب لعب الأدوار، وبعض الصور المعدلة من السيكدوراما، والعلاج عن طريق اللعب، وفي أسلوب باندورا Bandura المعروف بإسم (النمذجة المشاركة المتدرجة) يبدأ العلاج بإعداد قائمة تدرج فيها صعوديا المواقف أو الموضوعات التي تستثير الخوف، فمثلا: قد يبدأ العلاج بإدخال طفل إلى حجرة قد ربط في نهايتها على بعد محدد كلب صغير إلى كرسي،

ويشجع الطفل على الإقتراب من الكلب على خطوات متدرجة صغيرة، إلى أن يستطيع لمسه واللعب معه، وقد تكون الخطوة الأخيرة اللعب مع كلب طليق أكبر حجماً.

خلاصة: تم التعرض في هذا الفصل إلى العلاقة بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي، ومفهوم العلاج السلوكي ومسلماته والنظريات المؤسسة له بالإضافة إلى اجراءات العلاج السلوكي للطفل وأشهر أساليب هذا النوع من العلاج، كما تطرقنا إلى العلاج السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة من خلال الملامح والافتراضات التي تقوم عليها نظرية التعلم الاجتماعي، والمفاهيم والمصطلحات الخاصة بها، وأشهر الأساليب العلاجية التي تركز عليها والمتمثلة في إستراتيجية النمذجة.

الفصل الخامس: البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة.

أولاً: الخلفية النظرية للبرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة.

ثانياً: مراحل تصميم البرنامج العلاجي.

1- تصميم الجزء الأول الخاص بعلاج نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة ضعف الانتباه.

أ- المراحل العلاجية.

ب- محتوى الجلسات العلاجية.

2- تصميم الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة النشاط الزائد

والإندفاعية.

أ- المراحل العلاجية.

ب- محتوى الجلسات العلاجية.

3- تصميم الجزء الثالث الخاص بعلاج نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النمط المركب الذي تسيطر

عليه أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية.

أ- المراحل العلاجية.

ب- محتوى الجلسات العلاجية.

يتطرق الطالب في هذا الفصل إلى تحديد مختلف الخطوات التي إعتدتها في تصميم البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة بهدف خفض شدة أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، بداية من الخلفية النظرية التي يركز عليها هذا البرنامج إلى مراحل ومحتوى الجلسات العلاجية الخاصة بعلاج كل نوع من هذا الاضطراب، سواء النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه أو النوع الذي يسيطر عليه النشاط الحركي الزائد والإندفاعية أو النوع المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد والإندفاعية.

أولاً: الخلفية النظرية للبرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة:

يرتكز البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة في خفض شدة أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال، على نظرية التعلم الاجتماعي التي صاغ مبادئها الأساسية العالم الأمريكي (ألبرت باندورا, Bandura Albert) وبعد الإطلاع على التراث النظري والسيكولوجي الخاص بهذه النظرية وأدبيات البحث العلمي، تم الإعتماد في البرنامج الحالي على إستراتيجية النمذجة أو كما يسميها البعض التعلم بالتمودج. حيث تعتبر هذه الإستراتيجية العملية المفتاحية في الإكتساب السريع عند الطفل للكثير من السلوكات المعقدة، هذا ما يؤكده باندورا في (لويس مليكة، 1990:23) على أن الشخصية هي أساس نتاج النمذجة والتقليد، فالناس يتأثرون بما يلاحظونه بطرق مختارة.

فمنهج التعلم الاجتماعي في السلوكية المعاصرة لا يتصور السلوك في ضوء ثلاثية (سكينر Skinner) ولا يستخدم السمات والدوافع والبواعث التي يستخدمها السلوكيون التقليديون، ولا يفرض دلالة العمليات والأحداث الداخلية، ولكن ينظر إلى أفعال الفرد على أنها تنظيم عن طريق ثلاث عمليات رئيسية هي: ضبط المنبه، والضبط الداخلي الرمزي، وضبط الناتج.

وتشكل إستجابات الشخص الرمزية غير الظاهرة محورا رئيسيا في نظرية التعلم الاجتماعي، كما أنها تميز بين إكتساب وتعلم السلوك المطلوب وبين أدائه، حيث تلعب العملية الرمزية الحسية الدور الرئيسي في تعلم السلوك الجديد، وتنظر إلى التدعيم بوصفه أساسا في الإمداد بالمعلومات وحافزا لها، مع العلم أن نظرية التعلم الاجتماعي تنظر إلى الفرد بوصفه كائنا ديناميا متغيرا وليس فرد سلمي يستجيب إليها استجابة دائمة.

ويمكن ذكر بعض خصائص منهج هذه النظرية كما ذكرها (ثورسين, Torrassin) في (لويس مليكة، 1990:24)

كمايلي:

1- نظرة موحدة للفرد ونبذ لثنائية نظرية العقل والجسم.

2- يتحدد سلوك الفرد بالبيئة المباشرة بما فيها البيئة الداخلية للفرد.

3- استخدام الطرق العلمية التي تهتم بالملاحظة المنظمة.

ومن هنا تبدوا حاجة الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد إلى العديد من الطرق والمداخل بهدف ضبط وتعديل سلوكهم الذي يتصف بالعجز في عملية الانتباه والتركيز وزيادة في معدل الحركة والإندفاعية.

ومن بين الطرق والاستراتيجيات التي يمكن للمعالج أن يستخدمه بنجاح في علاج الحالات التي تعاني من هذا الاضطراب إستراتيجية النمذجة أو التعلم بالملاحظة.

والأساس الذي ينطلق منه تصميم البرنامج العلاجي الحالي هو:

القاعدة الأولى: انطلاقاً مما توصلت إليه (زينب شقير، 1999:28) على أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ناتج عن أحد العوامل التالية:

- الفشل في إكتساب سلوك مناسب.

- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.

- مواجهة الطفل لمواقف متناقضة لا يستطيع معها إتخاذ قرار مناسب.

- ربط استجابات الطفل بمنبهات جديدة لإستثارة الإستجابة.

فالطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه إما أنه تعلم أن يسيئ التصرف من خلال ملاحظته لنماذج متعددة في أوساط مختلفة، أو أنه لم يتعلم كيف يحسن التصرف، وفي كلتا الحالتين لابد من إعادة تعليمه السلوك السوي والمرغوب فيه.

القاعدة الثانية: إنه لا يكفي توجيه تعليمات لفظية للطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من أجل ضبط سلوكه، ولكن لابد من ترجمة هذه التعليمات إلى نماذج سلوكية يمكن للطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب مشاهدتها ثم ترميزها على مستوى الذاكرة ثم ترجمتها إلى سلوك ظاهر بمساعدة المعالج، وهذا من أجل تيسير إيصال التعليمات إلى الطفل، مع مراعاة الشروط التي وضعها باندورا لنجاح إستراتيجية النمذجة.

القاعدة الثالثة: بما أن الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي قدم لنا ثلاث فئات رئيسية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وهي كمايلي:

- النوع الذي يغلب عليه ضعف الانتباه.
 - النوع الذي يغلب عليه النشاط الحركي الزائد والإندفاعية.
 - النوع المركب الذي يضم نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد والإندفاعية معا.
- وهذا ما نلمسه في الوسط المدرسي والتربوي، من خلال بعض الزيارات التي قام بها الطالب أثناء الدراسة الإستطلاعية إلى عدة مدارس ابتدائية بولاية تلمسان بحيث إكتشف وجود الفئات الثلاثة الرئيسية لهذا الاضطراب.
- فالأساس الذي تنطلق منه هذه الإستراتيجية هو إتاحة الفرصة للأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مشاهدة عدة نماذج تكون إما حية أو رمزية تقوم بعدة مهمات سلوكية مختلفة تعكس مايلي:
- 1-** مختلف السلوكات التي تعمل على تنمية مهارات الانتباه والتركيز، ويكون هذا بالتفصيل في المراحل العلاجية الخاصة بالجزء الأول من هذا البرنامج، والذي يستفيد من جلساته الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من النوع الذي يسيطر عليه نقص أو ضعف الانتباه.
 - 2-** مختلف السلوكات التي تعمل على ضبط النشاط الحركي الزائد والإندفاعية، ويكون هذا بالتفصيل في المراحل العلاجية الخاصة بالجزء الثاني من هذا البرنامج، والذي يستفيد من جلساته الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من النوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإندفاعية.
 - 3-** مختلف السلوكات التي تعمل على تنمية مهارات الانتباه والتركيز وضبط النشاط الحركي الزائد والإندفاعية، ويكون هذا بالتفصيل في المراحل العلاجية الخاصة بالجزء الثالث من هذا البرنامج، والذي يستفيد من جلساته الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من النوع المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد والإندفاعية.
- وبعد مشاهدة هذه النماذج من طرف حالات الدراسة نطلب منهم محاكاة سلوكات كل نموذج بمساعدة وتشجيع المعالج.

مدة تطبيق الجزء الأول من البرنامج العلاجي 35 يوما بواقع جلستين أسبوعيا، كذلك بالنسبة للجزء الثاني 5 أسابيع بواقع جلستين أسبوعيا، أما بالنسبة للجزء الثالث من البرنامج العلاجي 7 أسابيع بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا،

ثانيا: مراحل تصميم البرنامج العلاجي:

1- تصميم الجزء الأول الخاص بعلاج نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة ضعف الانتباه:

أ- المراحل العلاجية:

❖ المرحلة العلاجية الأولى:

في هذه المرحلة يمكن تحديد النقاط التالية:

المشكل أو الاضطراب الذي تتجه إليه جهود العلاج هو: اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يغلب عليه ضعف الانتباه.

الفئة المستهدفة: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 07 و 09 سنوات.

الأطراف المشاركة في البرنامج العلاجي:

- الطالب.

- آباء الحالات.

- معلمي الحالات.

مكان تطبيق الحصص العلاجية: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو.

❖ المرحلة العلاجية الثانية:

- تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه.

- استبعاد الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإندفاعية والنوع المركب.

- استبعاد الحالات التي تعاني من أمراض مزمنة بالرجوع للملف الطبي المدرسي للطفل.

❖ المرحلة العلاجية الثالثة:

1 / تحديد السلوك المستهدف.

- في هذه الخطوة يقوم الطالب بالتعاون مع آباء ومعلمي الحالات على تحديد نوعي لمشكل ضعف وتشتت انتباه الطفل، وذلك بتجزئة المشكلة إلى أعراض أساسية مثال:

- لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه على شيء محدد لمدة طويلة.

- يتشتت انتباهه لأي شيء يحدث حوله حتى لو كان بسيطاً.
- لا يلاحظ التشابه والاختلاف بين الأشياء.
- يجد صعوبة في عملية الإنصات.
- يتردد عند اتخاذ أي قرار حتى لو كان بسيطاً.
- ينسى التعليمات و يحتاج إلى تذكيره بها.

2 / قياس السلوك المستهدف:

بالشكل الذي يمكن ان نعبّر عليه بطريقة كمية أو رقمية وتكون الاستجابة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من طرف معلمي الحالات وآبائهم باعتبارهم الأكثر دراية بسلوك الطفل، حيث تفيدنا هذه الخطوة في تحديد شدة الاضطراب قبل تنفيذ الخطة العلاجية.

3 / التحليل الوظيفي للسلوك:

يحاول الطالب في هذه الخطوة بالتعاون مع آباء ومعلمي الحالات تحديد المكان والزمان ومختلف الظروف المحيطة بحدوث السلوكات التي تدل على ضعف وتشتت إنتباه الطفل.

تفيدنا هذه الخطوة في تحديد مختلف العوامل التي تؤدي إلى تشتت إنتباه الطفل من أجل تعديل بيئة الطفل الصفية أو المنزلية.

4 / تحديد السلوك النهائي بعد التعديل:

في هذه الخطوة يكون إتفاق مسبق مع أسرة ومعلمي الطفل على ماهي مختلف السلوكات الإيجابية التي نريد الوصول إليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

تفيدنا هذه الخطوة في معرفة مدى استعداد أسر ومعلمي الحالات على التعاون مع الطالب لتحقيق أهداف البرنامج العلاجي.

5/ تصميم خطة علاج أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه:

تتضمن الخطة العلاجية تدريبات مفصلة لمختلف مهارات الانتباه، سواء إلى الذات أو إلى البيئة الخارجية، وكذلك انتقاء مثير أو أكثر، بالإضافة إلى التدريب على مهارات الانتباه السمعي والبصري، الإصغاء، الاختيار، التركيز، الإحاطة والتعقب، حيث يمكن للحالات مشاهدة تدريبات يقوم بها أطفال في نفس سنهم مع مدرب راشد على شكل

شرائط فيديو، وبعد مشاهدتهم لها، يقومون بنفس العمل مع الطالب، مع العلم أنه تم مراعاة مختلف الشروط التي يجب توفرها في السلوك الملاحظ وهي كالآتي:

أولاً: السلوكيات الملاحظة قابلة للأداء من طرف الحالات لأن الأطفال النموذج هم في نفس سن حالات الدراسة.

ثانياً: مراعاة مختلف العوامل التي تؤدي إلى جذب انتباه الحالات وهي كمايلي:

1/العوامل الخارجية:

أ- حجم المنبه: الأشياء ذات الأحجام الكبيرة تؤدي إلى جذب الانتباه أكثر من الأشياء ذات الأحجام الصغيرة، لذلك قمنا باختيار جهاز مكبر الصورة لعرض مختلف المشاهد.

ب- حركة وتغير المنبه: الأشياء المتحركة والمتغيرة تجذب الانتباه أكثر من الأشياء الثابتة، لذلك قمنا باختيار نماذج في وضعيات مختلفة ثابتة ومتحركة.

ج- حداثة المنبه: المنبهات الجديدة التي تدخل في خبرة الفرد لأول مرة تجذب إنتباهه إليها أكثر من المنبهات المألوفة، لذلك كان من شروط إختيار الحالات أنها لم تتعرض لمثل هذه التدريبات.

د- تكرار المنبه: إعادة عرض المنبه يؤدي إلى جذب الانتباه، لذلك كلما عرضنا شريط فيديو على الحالات إلا وقمنا بإعطاء فرصة لمشاهدته مرة ثانية.

هـ- التباين والتضاد: وهو إختلاف الشكل عن الأرضية، هذا الإختلاف يؤدي إلى جذب الانتباه، لذلك كانت ألبسة الأطفال النموذج مختلفة عن الأرضية.

2/العوامل الداخلية:

أ- الدافعية: كلما كانت دافعية الطفل كبيرة كان الانتباه جيد والعكس، لذلك كان لزاما علينا تنمية هذا العامل عند الحالات سواء من طرف الأسرة أو المعلم أو الطالب.

ب- الراحة والتعب: كلما كان الطفل غير تعبان ولا تبدو عليه علامات النوم كان الانتباه جيد للنموذج الملاحظ، لذلك كان هذا شرطا ضروريا لا بد من توفره في الحالات.

ب- محتوى الجلسات العلاجية:

1/الجلسة الأولى:

الهدف العام من الجلسة: بناء علاقة إيجابية مع الحالات.

الأهداف الخاصة:

- الإلتقاء بحالات الدراسة.

- شرح الأهداف التي نريد الوصول إليها بعد نهاية هذا البرنامج العلاجي.

- ضبط مكان ومواعيد تقديم الجلسات.

الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 35 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، المناقشة والاستماع.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو.

في هذه الجلسة نحاول خلق جو من الألفة والثقة بين المعالج والحالات، من خلال شرح أهداف البرنامج والمشكلات التي تواجههم وتؤثر على تفهمهم وأن هذه الجلسات ستعود عليهم بالفائدة، خاصة في تحسين مهارات الانتباه والتركيز، وفي الأخير تقديم الشكر للحالات على قبولها المشاركة في هذا البرنامج والتأكيد على عدد وتوقيت ومكان الجلسات القادمة.

2/الجلسة الثانية:

أهداف الجلسة:

- تنمية الإحتكاك البصري.

- القدرة على تثبيت الانتباه في مثير واحد ومتحرك.

- الحركة في إتجاهات مختلفة.

- تنمية التفاعل الإيجابي.

- تنمية التواصل البصري.

الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو.

الوسائل المستعملة: مكبر الصورة (datachow)- كمبيوتر محمول- صفاة - بساط - كرنومتر.

مدة النشاط	محتوى الجلسة
5 د	ترحيب بالحالات.
10 د	ترك الأطفال يلعبون ألعاب حرة على بساط الحجر، من أجل تحضير الطفل لمشاهدة شريط الفيديو.
2 د	يعطي الطالب إشارة (صوت الصافرة) من أجل الجلوس بانتظام على بساط الحجر لمشاهدة شريط الفيديو الذي يتضمن مايلي: يوجد شخص راشد يمثل دور المدرب مع مجموعة من الأطفال، حيث يطلب منهم أن يركزوا انتباههم على عينيه، في نفس الوقت يكون يمشي على البساط في الإتجاهات الأربع (يمين، شمال، أمام، خلف)، مدة 3 دقائق.
5 د	بعد الإنتهاء من مشاهدة شريط الفيديو يقدم الطالب تعزيز لفظي أو مادي للحالات مثل قول: انتباهكم كان جيدا أحسنتم. بهدف تيسير العمليات الانتباهية للنموذج الملاحظ.
5 د	نعيد عرض الشريط مرة ثانية، لكن قبل إعادته يمكن للباحث طرح سؤال على الحالات بصيغة التعجب. مثل: تريدون مشاهدة الفيديو مرة أخرى! هنا يمكن للباحث أن يلاحظ على الحالات الرغبة في المشاهدة مرة ثانية وهذا شيء ايجابي، في حين إذا لاحظ العكس لابد من تنمية هذه الرغبة.
8 د	في هذه الخطوة يقوم الطالب بنفس العمل لعدة مرات متتالية مع الحالات، أي ترجمة الحدث الملاحظ الموجود كرمز على مستوى ذاكرة الطفل إلى أداء فعلي.
5 د	يمكن إضافة تعزيز مادي أو لفظي على الأداء الجيد من أجل الحفاظ على السلوك المكتسب. ختم الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الجلسة الموالية.

3/الجلسة الثالثة:

أهداف الجلسة:

- تنمية الانتباه إلى مثير ثابت.
- تنمية الانتباه السمعي الإنتقائي.
- تنمية السرعة في الاستجابة.
- تنمية التفاعل الايجابي.
- الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الحية، النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو.

الوسائل المستعملة: مكبر الصورة (datachow)- كمبيوتر محمول- صفارة - بساط - كرونومتر، مناديل بلون أسود.

مدة النشاط	محتوى الجلسة
5 د	ترحيب بالحالات.
10 د	ترك الأطفال يلعبون ألعاب حرة على بساط الحجرة، من أجل تحضير الطفل لمشاهدة شريط الفيديو.
2 د	يعطي الطالب إشارة (صوت الصفارة) من أجل الجلوس بانتظام على بساط الحجرة لمشاهدة شريط الفيديو الذي يتضمن مايلي: يوجد شخص راشد يمثل دور المدرب مع مجموعة من الأطفال، حيث يجلس كل طفل وجها لوجه مع زميله، تفصل بينهما مسافة 40 سم، وبين الطفلين والطفلين الآخرين مسافة 1 م في وضعية مستقيمة حتى لا يحدث احتكاك بين الأطفال.
5 د	يوجد بين كل طفلين منديل أسود، ويطلب من كل طفل أخذ المنديل الأسود بسرعة قبل زميله، عند سماع الإشارة التالية (اثنان)

لكن في نفس الوقت يصدر المدرب منبهات أخرى (تصفيق، صوت صفارة،...) هنا لا يجب على الطفل أخذ المندبل الأسود.	
نعيد عرض الشريط مرة ثانية، لكن قبل إعادته يمكن للباحث طرح سؤال على الحالات بصيغة التعجب. مثل: تريدون مشاهدة الفيديو مرة أخرى! هنا يمكن للباحث أن يلاحظ على الحالات الرغبة في المشاهدة مرة ثانية وهذا شيء ايجابي، في حين إذا لاحظ العكس لابد من تنمية هذه الرغبة.	د 5
في هذه الخطوة يقوم الطالب بنفس العمل لعدة مرات متتالية مع الحالات، أي ترجمة الحدث الملاحظ الموجود كمجموعة من الرموز على مستوى ذاكرة الطفل إلى أداء فعلي. يمكن إضافة تعزيز مادي أو لفظي على الأداء الجيد من أجل الحفاظ على السلوك المكتسب. ختام الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الجلسة الموالية	د 8 د 5

4/ الجلسة الرابعة:

أهداف الجلسة:

- تنمية الانتباه البصري لأكثر من مشير.
- تنمية الانتباه السمعي الإنتقائي.
- تنمية الانتباه البصري الإنتقائي.
- تنمية السرعة في الإستجابة.
- تنمية التفاعل الإيجابي.

الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو.

الوسائل المستعملة: مكبر الصورة (datachow)- كمبيوتر محمول- صفارة - بساط - كرنومتر. مناديل باللون الأزرق والأحمر، مثبتات.

محتوى الجلسة	مدة النشاط
ترحيب بالحالات.	5 د
ترك الأطفال يلعبون ألعاب حرة على بساط الحجر، من أجل تحضير الطفل لمشاهدة شريط الفيديو.	10 د
يعطي الطالب إشارة (صوت الصفارة) من أجل الجلوس بانتظام على بساط الحجر لمشاهدة شريط الفيديو الذي يتضمن مايلي: يوجد شخص راشد يمثل دور المدرب مع مجموعة من الأطفال، حيث يجلس كل طفل وجها لوجه مع زميله، تفصل بينهما مسافة 40 سم، وبين الطفلين والطفلين الآخرين مسافة 1 م في وضعية مستقيمة حتى لا يحدث إحتكاك بين الأطفال.	2 د
المدرب يثبت على صدر كل طفل منديل بلون أحمر في الجهة اليمنى، ومنديل أزرق في الجهة اليسرى، ونفس الشيء بالنسب للطفل المقابل وباقي الأطفال الآخرين.	8 د
يطلب المدرب من الأطفال عند سماع كلمة أزرق أن يأخذ كل طفل المنديل الأزرق الموجود على صدر زميله باليد اليمنى وعند سماع كلمة أحمر يأخذ المنديل الأحمر باليد اليسرى.	8 د
مع العلم أن المدرب يصدر منبهات أخرى مثل قول (أسود، أبيض، تصفيق.....) وهنا يجب على الأطفال عدم القيام بأخذ أي منديل.	8 د
نعيد عرض الشريط مرة ثانية، لكن قبل إعادته يمكن للباحث طرح سؤال على الحالات بصيغة التعجب. مثل: تريدون مشاهدة الفيديو مرة أخرى! هنا يمكن للباحث أن يلاحظ على الحالات الرغبة في المشاهدة مرة ثانية وهذا شيء ايجابي، في حين إذا لاحظ العكس لابد من تنمية هذه الرغبة.	8 د

في هذه الخطوة يقوم الطالب بنفس العمل لعدة مرات متتالية مع الحالات، وهذا حسب تأكيد الطالب من أن ردود فعل الأطفال أصبحت أكثر تناسبا مع الإشارات التي يصدرها الطالب، أي ترجمة الحدث الملاحظ الموجود كمجموعة من الرموز على مستوى ذاكرة الطفل إلى أداء فعلي.	8 د
يمكن إضافة تعزيز مادي أو لفظي على الأداء الجيد من أجل الحفاظ على السلوك المكتسب. ختام الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الجلسة الموالية.	5 د

5/ الجلسة الخامسة:

أهداف الجلسة:

- تنمية الانتباه إلى أكثر من مثير.
- تنمية الانتباه السمعي الإنتقائي.
- تنمية الانتباه البصري الإنتقائي.
- تنمية ردود افعال مناسبة.
- تنمية السرعة في الإستجابة.
- تنمية التفاعل الإيجابي.

الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو.

الوسائل المستعملة: مكبر الصورة (datachow) - كمبيوتر محمول- صفارة - بساط - كرنومتر - مناديل بلون احمر

وأزرق- مثبتات.

مدة النشاط	محتوى الجلسة
5 د	ترحيب بالحالات.
10 د	ترك الأطفال يلعبون ألعاب حرة على بساط الحجر، من أجل تحضير الطفل لمشاهدة شريط الفيديو.

<p>يعطي الطالب إشارة (صوت الصافرة) من أجل الجلوس بانتظام على بساط الحجرة لمشاهدة شريط الفيديو الذي يتضمن مايلي:</p> <p>يوجد شخص راشد يمثل دور المدرب مع مجموعة من الأطفال، حيث يجلس كل طفل وجها لوجه مع زميله، تفصل بينهما مسافة 40 سم، وبين الطفلين والطفلين الآخرين مسافة 1 م في وضعية مستقيمة حتى لا يحدث احتكاك بين الأطفال.</p> <p>المدرب يثبت على صدر كل طفل منديل بلون أزرق في الجهة اليمنى، ومنديل أحمر في الجهة اليسرى، كما يشد على اليد اليسرى للطفل منديل احمر وعلى اليد اليمنى منديل ازرق ونفس الشيء بالنسب للطفل المقابل وباقي الأطفال الآخرين.</p> <p>يطلب المدرب من الأطفال عند سماع كلمة ازرق أن ياخذ كل طفل المنديل الأزرق الموجود على صدر زميله لكن باليد المشدود عليها منديل بلون ازرق، وعند سماع كلمة أحمر يجب عليه أن ياخذ المنديل الأحمر باليد المشدود عليها منديل بلون أحمر، مع الأخذ بعين الاعتبار سرعة الاستجابة. مع العلم أن المدرب يصدر منبهات أخرى مثل قول(أسود، أبيض، تصفيق.....) وهنا يجب على الأطفال عدم القيام بأخذ أي منديل.</p>	<p>د 2</p> <p>د 8</p>
<p>نعيد عرض الشريط مرة ثانية، لكن قبل إعادته يمكن للباحث طرح سؤال على الحالات بصيغة التعجب.</p> <p>مثل: تريدون مشاهدة الفيديو مرة أخرى!</p> <p>هنا يمكن للباحث أن يلاحظ على الحالات الرغبة في المشاهدة مرة ثانية وهذا شيء ايجابي، في حين إذا لاحظ العكس لابد من تنمية هذه الرغبة.</p>	<p>د 8</p>
<p>في هذه الخطوة يقوم الطالب بنفس العمل لعدة مرات متتالية مع الحالات، وهذا حسب تأكد الطالب من أن ردود فعل الأطفال أصبحت أكثر تناسبا مع الإشارات التي يصدرها الطالب، وفي حالة ملاحظة تفاوت بين الأطفال في سرعة الاستجابة يقوم بتشجيع الطفل صاحب أسرع استجابة للمنبه، من اجل خلق روح التنافس.</p> <p>يمكن إضافة تعزيز مادي أو لفظي على الأداء الجيد من أجل الحفاظ على السلوك المكتسب.</p> <p>ختام الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الجلسة الموالية.</p>	<p>د 8</p> <p>د 5</p>

6/ الجلسة السادسة:

أهداف الجلسة:

- تنمية تثبيت الانتباه.
- تنمية التركيز على مثير ثابت.
- تنمية ردود أفعال مناسبة.
- تنمية التفاعل الايجابي.
- الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الحية، النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو.

الوسائل المستخدمة: مكبر الصورة (datachow) - كمبيوتر محمول - صفارة - بساط - كرنومتر - مناديل بلون احمر وأزرق - مثبتات.

مدة النشاط	محتوى الجلسة
5 د	ترحيب بالحالات.
10 د	ترك الأطفال يلعبون ألعاب حرة على بساط الحجر، من أجل تحضير الطفل لمشاهدة شريط الفيديو.
2 د	يعطي الطالب إشارة (صوت الصفارة) من أجل الوقوف بانتظام على بساط الحجر لمشاهدة شريط الفيديو الذي يتضمن مايلي:
8 د	يوجد شخص راشد يمثل دور المدرب مع مجموعة من الأطفال، حيث يقف كل طفل وجها لوجه مع زميله مع رفع اليدين في شكل موازي للأرضية، الطفل الأول يحمل في كل يد منديل بلون احمر والطفل الآخر لا يحمل أي شيء، تفصل بينهما مسافة 40سم، وبين الطفلين والطفلين الآخرين مسافة 1 م في وضعية مستقيمة حتى لا يحدث احتكاك بين الأطفال. هنا يجب على الطفل الذي لا يحمل أي شيء أن يأخذ بيده أحد المنديلين الموجودة في يدي زميله،

<p>لكن هذا الأخير يجب عليه أن يسحب يديه إلى الخلف حتى لا يأخذ من يده المنديل، لكن بعد سماع إشارة من المدرب تسمح بالبدء في العملية.</p>	
<p>نعيد عرض الشريط مرة ثانية، لكن قبل إعادته يمكن للباحث طرح سؤال على الحالات بصيغة التعجب. مثل: تريدون مشاهدة الفيديو مرة أخرى! هنا يمكن للباحث أن يلاحظ على الحالات الرغبة في المشاهدة مرة ثانية وهذا شئ إيجابي، في حين اذا لاحظ العكس لابد من تنمية هذه الرغبة.</p>	8 د
<p>في هذه الخطوة يقوم الطالب بنفس العمل لعدة مرات متتالية مع الحالات، وهذا حسب تأكد الطالب من أن ردود فعل الأطفال أصبحت أكثر تناسبا مع الإشارات التي يصدرها الطالب، أي ترجمة الحدث الملاحظ الموجود كمجموعة من الرموز على مستوى ذاكرة الطفل إلى أداء فعلي. يمكن إضافة تعزيز مادي أو لفظي على الأداء الجيد من أجل الحفاظ على السلوك المكتسب. ختام الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الجلسة الموالية.</p>	8 د 5 د

7/الجلسة السابعة:

أهداف الجلسة:

- تنمية التركيز على أكثر من مثير.

- تنمية التفاعل والاحتكاك الايجابي.

الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو.

الوسائل المستعملة: مكبر الصورة(datachow)- كمبيوتر محمول- صفارة - بساط - كرونومتر - مناديل بلون احمر -

مثبت.

مدة النشاط	محتوى الجلسة
5 د	ترحيب بالحالات.
10 د	ترك الأطفال يلعبون ألعاب حرة على بساط الحجرة، من أجل تحضير الطفل لمشاهدة شريط الفيديو.
2 د	يعطي الطالب إشارة (صوت الصافرة) من أجل الجلوس بانتظام على بساط الحجرة لمشاهدة شريط الفيديو الذي يتضمن مايلي:
5 د	يقوم المدرب بتثبيت منديل احمر في مؤخرة كل طفل وعند سماع إشارة يحددها المدرب (صفارة..) هنا يبدأ كل طفل بمحاولة نزع المنديل الموجود في مؤخرة زميله، وفي نفس الوقت يجب على كل طفل أن ينتبه للمنديل المثبت على مؤخرته كي لا يؤخذ من طرف طفل آخر.
5 د	نعيد عرض الشريط مرة ثانية، لكن قبل إعادته يمكن للباحث طرح سؤال على الحالات بصيغة التعجب. مثل: تريدون مشاهدة الفيديو مرة أخرى! هنا يمكن للباحث أن يلاحظ على الحالات الرغبة في المشاهدة مرة ثانية وهذا شيء ايجابي، في حين إذا لاحظ العكس لابد من تنمية هذه الرغبة.
5 د	في هذه الخطوة يقوم الطالب بنفس العمل لعدة مرات متتالية مع الحالات، وهذا حسب تأكيد الطالب من أن ردود فعل الأطفال أصبحت أكثر تناسبا مع الإشارات التي يصدرها الطالب، أي ترجمة الحدث الملاحظ الموجود كمجموعة من الرموز على مستوى ذاكرة الطفل إلى أداء فعلي.
5 د	يمكن إضافة تعزيز مادي أو لفظي على الأداء الجيد من أجل الحفاظ على السلوك المكتسب. ختام الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الجلسة الموالية

8/ الجلسة الثامنة:

أهداف الجلسة:

- تنمية الانتباه إلى الذات.
- تنمية الإحساس والشعور بوضعية الجسم في الفضاء المكاني.
- تنمية ذاكرة الطفل.
- تنمية قدرة الطفل على الاحتفاظ.
- الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الحية، النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو.

الوسائل المستعملة: مكبر الصورة (datachow) - كمبيوتر محمول - صفارة - بساط - كرنومتر - مناديل بلون أسود - مثبت.

محتوى الجلسة	مدة النشاط
ترحيب بالحالات.	5 د
ترك الأطفال يلعبون ألعاب حرة على بساط الحجر، من أجل تحضير الطفل لمشاهدة شريط الفيديو.	10 د
يعطي الطالب إشارة (صوت الصفارة) من أجل الجلوس بانتظام على بساط الحجر لمشاهدة شريط الفيديو الذي يتضمن مايلي:	2 د
يقف الأطفال في ثلاث صفوف متوازية بين كل صف وصف آخر 2.5 م أمام كل طفل منديل أسود، يقول المدرب للأطفال كل واحد منكم ينتبه لمكان المنديل الموجود أمامه لمدة 20 ثانية، يطلب منهم التحرك: خطوة إلى اليمين ثم خطوة إلى الورا ثم إلى اليسار ثم إلى الأمام، بعد ذلك يطلب منهم الإشارة إلى مكان المنديل الأسود بيده اليمنى،	8 د

<p>نعيد عرض الشريط مرة ثانية، لكن قبل إعادته يمكن للباحث طرح سؤال على الحالات بصيغة التعجب.</p> <p>مثل: تريدون مشاهدة الفيديو مرة أخرى!</p> <p>هنا يمكن للباحث أن يلاحظ على الحالات الرغبة في المشاهدة مرة ثانية وهذا شيء إيجابي، في حين إذا لاحظ العكس لابد من تنمية هذه الرغبة.</p>	<p>8 د</p>
<p>في هذه الخطوة يقوم الطالب بنفس العمل لعدة مرات متتالية مع الحالات، أي ترجمة الحدث الملاحظ الموجود كمجموعة من الرموز على مستوى ذاكرة الطفل إلى أداء فعلي.</p> <p>يمكن إضافة تعزيز مادي أو لفظي على الأداء الجيد من أجل الحفاظ على السلوك المكتسب.</p> <p>ختام الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الجلسة الموالية</p>	<p>8 د</p> <p>5 د</p>

9/الجلسة التاسعة:

أهداف الجلسة:

- تنمية مهارات الانتباه إلى الذات.
- اتباع التعليمات.
- تنمية الإحساس بالجسم في الفضاء المكاني.
- الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.
- مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو.

الوسائل المستعملة: مكبر الصورة (datachow)-كمبيوتر محمول- صفارة - بساط - كرنومتر.

محتوى الجلسة	مدة النشاط
ترحيب بالحالات.	5 د
ترك الأطفال يلعبون ألعاب حرة على بساط الحجرة، من أجل تحضير الطفل لمشاهدة شريط الفيديو.	10 د
يعطي الطالب إشارة (صوت الصافرة) من أجل الجلوس بانتظام على بساط الحجرة لمشاهدة شريط الفيديو الذي يتضمن مايلي:	2 د
يقف الأطفال في ثلاث صفوف متوازية بين كل صف وصف آخر 2.5 م أمام كل طفل منديل أسود، يقول المدرب للأطفال كل واحد منكم ينتبه لمكان المنديل الموجود أمامه لمدة 20 ثانية، بعد ذلك يطلب منهم إغماض الأعين وعدم فتحها حتى يطلب منهم ذلك، ثم يطلب منهم التحرك: خطوة إلى اليمين ثم خطوة إلى الورا ثم إلى اليسار ثم إلى الأمام، بعد ذلك يطلب منهم الإشارة إلى مكان المنديل الأسود بيده اليمنى، بعد ذلك يطلب منهم فتح الأعين لملاحظة وضعية اليد تجاه المنديل الأسود.	8 د
نعيد عرض الشريط مرة ثانية، لكن قبل إعادته يمكن للباحث طرح سؤال على الحالات بصيغة التعجب. مثل: تريدون مشاهدة الفيديو مرة أخرى! هنا يمكن للباحث أن يلاحظ على الحالات الرغبة في المشاهدة مرة ثانية وهذا شيء إيجابي، في حين إذا لاحظ العكس لابد من تنمية هذه الرغبة.	8 د
في هذه الخطوة يقوم الطالب بنفس العمل لعدة مرات متتالية مع الحالات، أي ترجمة الحدث الملاحظ الموجود كمجموعة من الرموز على مستوى ذاكرة الطفل إلى أداء فعلي. يمكن إضافة تعزيز مادي أو لفظي على الأداء الجيد من أجل الحفاظ على السلوك المكتسب. ختم الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الجلسة الموالية.	8 د 5 د

10/ الجلسة العاشرة والأخيرة:

أهداف الجلسة:

- تعزيز مكتسبات الجلسات السابقة.

- التعرف على مدى استفادة الأطفال من نشاطات الجلسات السابقة.

الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الإبتدائية عيدوني عمرو.

الوسائل المستعملة: بساط بلون أزرق وآخر بلون أصفر، كرونومتر.

مدة النشاط	محتوى الجلسة
5 د	ترحيب بالحالات.
30 د	في هذه الجلسة يمكن للمعالج تقديم بعض الأنشطة، حيث تظهر بالنسبة للأطفال على أنها ألعاب فقط، لكن في حقيقة الامر تعكس الكثير من قدرات الطفل الانتباهية، حيث يقوم المعالج بوضع بساط بلون أزرق وبجانبه بساط اخر بلون اصفر طول كل واحد 8 متر وعرضه 1 متر، ثم يقوم بوضع الأطفال في شكل قوس من أجل شرح النشاط الذي يتضمن التعليمات التالية: يوجد أمامكم بساطين واحد بلون أزرق ويسمى البحر، والآخر بلون أصفر ويسمى الشاطئ، يطلب منهم الوقوف على البساط الأزرق، ثم يقول عندما تسمعون كلمة شاطئ هنا يجب على كل واحد القفز إلى البساط الأصفر وعند سماع كلمة بحر لا بد من القفز إلى البساط الأزرق وكل من يتأخر أو يخطئ في الاستجابة للتعليمات يخرج من النشاط ويبقى فقط من تكون استجاباته صحيحة. ويمكن للمعالج القيام بذلك في البداية أمام الحالات من اجل تيسير فهم محتوى هذا النشاط. يمكن القيام بهذا النشاط لعدة مرات حسب رغبة الحالات.
5 د	ختام الجلسة بتقديم عبارات الشكر للحالات على مشاركتها طيلة فترة تطبيق الجلسات العلاجية الخاصة بالجزء الأول من البرنامج العلاجي.

6 / تقييم خطة العلاج:

في هذه الخطوة يطلب الطالب من آباء ومعلمي الحالات الاستجابة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، من أجل الوقوف على مدى التقدم الذي يجزه الطالب مع الحالات في علاج أعراض ضعف وتششت الانتباه النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه.

2- تصميم الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع سيطرة النشاط الزائد والإندفاعية:

أ- المراحل العلاجية.

❖ المرحلة العلاجية الرابعة:

في هذه المرحلة يمكن تحديد النقاط التالية:

المشكل أو الاضطراب الذي تتجه إليه جهود العلاج هو: اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يغلب عليه النشاط الحركي الزائد والإندفاعية.

الفئة المستهدفة: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 07 و 09 سنوات.

الأطراف المشاركة في البرنامج العلاجي:

- الطالب.

- آباء الحالات.

- معلمي الحالات.

مكان تطبيق الحصص العلاجية: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عبد الحميد بن باديس دائرة ندرومة ولاية تلمسان.

❖ المرحلة العلاجية الخامسة:

- تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه النشاط الحركي الزائد والإندفاعية.

- إستبعاد الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنوع المركب.

- إستبعاد الحالات التي تعاني من أمراض مزمنة بالرجوع إلى الملف الطبي المدرسي للطفل.

❖ المرحلة العلاجية السادسة:

1/ تحديد السلوك المستهدف.

- في هذه الخطوة يقوم الطالب بالتعاون مع آباء ومعلمي الحالات على تحديد نوعي لمشكل ضعف وتششت انتباه الطفل، وذلك بتجزئة المشكلة إلى أعراض أساسية مثال:
- ينتقل من مكان إلى آخر دون سبب.
- يقوم بقتل رجليه ويديه.
- يدفع زملاءه في الصف.
- يجيب على الاسئلة قبل اكتمالها.
- لا يمكن توقع ما سيفعله.

2 / قياس السلوك المستهدف:

بالشكل الذي يمكن ان نعبر عليه بطريقة كمية أو رقمية وتكون الاستجابة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من طرف معلمي الحالات وآبائهم باعتبارهم الأكثر دراية بسلوك الطفل، حيث تنفيذنا هذه الخطوة في تحديد شدة الاضطراب قبل تنفيذ الخطة العلاجية.

3/ التحليل الوظيفي للسلوك:

يحاول الطالب في هذه الخطوة بالتعاون مع آباء ومعلمي الحالات تحديد المكان والزمان ومختلف الظروف المحيطة بحدوث السلوكات التي تدل على النشاط الحركي الزائد والإندفاعية. تنفيذنا هذه الخطوة في تحديد مختلف العوامل التي تؤدي بالطفل لكثرة حركته وزيادة اندفاعه.

4 / تحديد السلوك النهائي بعد التعديل:

في هذه الخطوة يكون إتفاق مسبق مع أسرة ومعلمي الطفل على ماهي مختلف السلوكات الإيجابية التي نريد الوصول إليها بعد تطبيق الخطة العلاجية. تنفيذنا هذه الخطوة في معرفة مدى إستعداد أسر ومعلمي الحالات للتعاون مع الطالب لتحقيق أهداف الخطة العلاجية.

5 / تصميم خطة علاج أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه النشاط الحركي الزائد والاندفاعية:

تتضمن جلسات الجزء الثاني من البرنامج العلاجي الذي تستفيد من جلساته فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، النوع الذي يسيطر عليه النشاط الحركي الزائد والاندفاعية، مختلف المهارات التي تعكس قدرة الطفل على التحكم في حركاته العشوائية واندفاعيته الزائدة، حيث يعتمد المعالج على إستراتيجية النمذجة الحية والنمذجة بالمشاركة في عرضه لهذه المهارات.

ب- محتوى الجلسات العلاجية.

1/الجلسة الأولى:

الهدف العام من الجلسة: بناء علاقة ايجابية مع الحالات.

الأهداف الخاصة:

- الإلتقاء بحالات الدراسة.
- شرح الأهداف التي نريد الوصول إليها بعد نهاية هذا البرنامج العلاجي.
- ضبط مكان ومواعيد تقديم الجلسات.
- الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.
- مدة الجلسة: 35 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، المناقشة والاستماع.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عبد الحميد بن باديس.

في هذه الجلسة نحاول خلق جو من الألفة والثقة بين الطالب والحالات، من خلال شرح أهداف البرنامج والمشكلات التي تواجههم وتؤثر على تكيفهم، وأن هذه الجلسات ستعود عليهم بالفائدة، خاصة في تحسين القدرة على ضبط والتحكم في الحركة الزائدة وكيفية إستثمارها في نشاطات مفيدة، وفي الأخير تقديم الشكر للحالات على قبولها المشاركة في هذا البرنامج والتأكيد على عدد وتوقيت ومكان الجلسات القادمة.

2/الجلسة الثانية والثالثة:

أهداف الجلسة الثانية والثالثة:

- تدريب على الإسترخاء بطريقة منظمة.
- التقليل من توتر الأطفال.
- تحضير الطفل للدخول في الجلسات العلاجية اللاحقة.

نوع العلاج: فردي.

الأطراف المشاركة: الطالب – الحالات.

مدة الجلسة: 35 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الإسترخاء، الحوار، النمذجة الحية، النمذجة بالمشاركة.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عبد الحميد بن باديس.

الوسائل المستعملة:أريكتان.

تكون هذه الجلسة فردية بين المعالج والطفل، في البداية يرحب المعالج بالطفل ويشرح له محتوى هذه الجلسة وماهي مختلف إجراءاتها.

ثم يطلب منه الإستلقاء على الأريكة في وضع مريح، اذا لاحظ المعالج أن الطفل لم يفهم تعليمته يقول له: انتبه لي جيدا كيف أفعل ذلك إنه أمر سهل، عليك الانتباه لكل خطوة أقوم بها، ثم إفعل ذلك لوحدهك.

يبدأ المعالج بالذراعان ثم اليدان، الكفان والكتفان، عضلات الوجه والرقبة، الجزء الأعلى من الظهر البطن، الفخذان الساقان والأقدام.

مثال توضيحي بالنسبة لكيفية إرخاء الكفان:

يقوم المعالج بإغلاق كفيه بإحكام مع إظهار التوتر والشدة في المعصم وظهر اليد، في نفس الوقت يقوم بعملية الشهيق لمدة عشر ثوان، ثم بعد ذلك يقوم بعملية الزفير مع إرخاء كفيه إلى ما كانت عليه في الأول حتى يشعر بتنميل ينتشر في اليدين والمعصمين وأجزاء كثيرة من الجسم.

ثم بعد ذلك يطلب من الطفل القيام بذلك لوحده مع تقديم المساعدة في كل مرة يحتاج إليها الطفل.

وهكذا حتى ينتهي من إرخاء جميع العضلات التي ذكرت سابقا.

في الأخير يقدم المعالج تعزيزا ماديا للطفل على أدائه الجيد، ثم يختم الحصة العلاجية بعبارات الشكر.

3 / الجلسة الرابعة:

أهداف الجلسة:

- الإستجابة للتعليمات.
- ضبط الحركات العشوائية.
- تعليم السير في الاتجاهات التي يحددها المعالج.
- الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.
- مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عبد الحميد بن باديس.

الوسائل المستعملة: شريط لاصق من الحجم الكبير بلون أزرق وأحمر واخضر، كرونومتر.

مدة النشاط	محتوى الجلسة
5 د	ترحيب بالحالات.
5 د	في هذه الجلسة يقوم المعالج برسم ثلاث مستقيمت على الارض في شكل موازي طول كل مستقيم 6 متر وبين كل مستقيم ومستقيم آخر 1 متر، باستعمال الشريط اللاصق (أزرق، أحمر، أخضر)
20 د	ثم يطلب من الأطفال مايلي: عليكم أن تتبهاوا لي جيدا كيف أمشي على المستقيم الأزرق ثم الأحمر ثم الأخضر، ثم يطلب من الأطفال أن يفعلوا ذلك بمفردهم كل واحد على حدى بمساعدة المعالج. إذا لاحظ المعالج أن الأطفال لم يفهموا المطلوب منهم عليه أن يفعل ذلك مرة أخرى إلى أن يتأكد من أن الحالات يمكنها القيام بهذا النشاط بمفردها. كما يمكن للمعالج أن يضيف بعض التعليمات مثل: ينادي أحد الأطفال بإسمه ثم يقول له إمشي على المستقيم الأحمر ويطلب من آخر إمشي على المستقيم الأزرق... الخ
5 د	يمكن إضافة تعزيز مادي أو لفظي على الأداء الجيد من أجل الحفاظ على السلوك المكتسب. ختام الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الجلسة الموالية.

4/ الجلسة الخامسة:

أهداف الجلسة:

- تنمية الإستجابة للتعليمات.
- تنمية مهارات المشي في إتجاهات مختلفة.
- تعلم تغيير الإتجاه.
- الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 35 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عبد الحميد بن باديس.

الوسائل المستعملة: شريط لاصق من الحجم الكبير بلون أزرق وأحمر وأخضر، كرونومتر.

محتوى الجلسة	مدة النشاط
ترحيب بالحالات.	5 د
في هذه الجلسة يقوم المعالج برسم الأشكال التالية علىأرضية القاعة (دائرة، مربع، حرف S) محيط كل شكل 8 متر، وكل شكل بلون مخالف للشكل الآخر.	5 د
حيث يطلب المعالج من الأطفال أن ينتبهوا اليه وهو يمشي على حدود الأشكال بانتظام ثم يطلب من كل طفل أن يفعل مثله. إذا لاحظ المعالج أن الأطفال لم يفهموا المطلوب منهم يمكنه أن يفعل ذلك مرة أخرى إلى أن يتأكد أن الحالات أصبح لها القدرة على محاكاة ما لاحظوه. كما يمكن للمعالج أن يضيف بعض التعليمات مثل: ينادي أحد الأطفال بإسمه ثم يقول له إمشي على حدود المربع الأحمر ويطلب من آخر إمشي على حدود الدائرة... الخ	20 د
يمكن إضافة تعزيز مادي أو لفظي على الأداء الجيد من أجل الحفاظ على السلوك المكتسب. ختام الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الجلسة الموالية.	5 د

5/ الجلسة السادسة:

أهداف الجلسة:

- تنمية الإستجابة للتعليمات.
- الثبات على حركة واحدة.
- تنمية التفاعل الإيجابي.
- تنمية مهارات اللعب مع الجماعة.
- الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 35 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عبد الحميد بن باديس.

الوسائل المستعملة: شريط لاصق بلون أحمر، راديو كاسيت، شريط موسيقى، كرونومتر.

مدة النشاط	محتوى الجلسة
5 د	ترحيب بالحالات.
5 د	يقوم المعالج في هذه الجلسة برسم مستطيل على الارض باستعمال الشريط اللاصق طوله 6 متر وعرضه 3 متر.
20 د	يطلب المعالج من الأطفال أن ينتبهوا اليه وهو يتحرك داخل المستطيل، في نفس الوقت تكون الموسيقى مفتوحة وعندما تتوقف الموسيقى فجأة يتوقف عن الحركة في وضع ثابت لا يتحرك. ثم يطلب المعالج من الأطفال الدخول إلى المستطيل المرسوم على الأرض حيث يوجه لهم التعليمات التالية: عليكم التحرك داخل هذا المستطيل وبينما أنتم تستمعون إلى المقطع الموسيقي سوف أقوم بإيقافه فجأة، هنا يجب علي كل واحد منكم أن يتوقف في مكانه ولا يتحرك حتى تسمعوا من جديد المقطع الموسيقي، ومن يتحرك من مكانه يخرج من المستطيل. يمكن للمعالج أن يطيل فترة الوقوف تدريجيا حتى يتعلم الأطفال التوقف عن الحركات العشوائية، كما يمكنه أن يغير سلوك الوقوف بسلوك الجلوس. وفي حالة لم يفهم الأطفال تعليمات هذا النشاط يمكن للمعالج أن يعيد تمثيل هذه التعليمات من جديد، حتى يتأكد من فهمهم لما طلب منهم.
5 د	يمكن تقديم تعزيز لفظي أو مادي للطفل الذي يبقى في وضعية ثابتة أكثر من زملائه. ختام الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الجلسة الموالية.

6/ الجلسة السابعة:

أهداف الجلسة:

- تعليم الطفل إنتظار الدور.
 - تعليم الطفل إحترام التعليمات.
 - تنمية مهارة التذكر.
- الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.

مدة الجلسة: 35 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، المناقشة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عبد الحميد بن باديس.

الوسائل المستعملة: - بساط - كرونومتر.

مدة النشاط	محتوى الجلسة
5 د	ترحيب بالحالات.
25 د	في هذه الجلسة يجلس المعالج مع الأطفال في شكل دائرة يفصل بين الطفل والطفل الآخر مسافة 50 سم. يطلب المعالج من الأطفال مايلي: سوف أقول لزميلكم كلمة بصوت مسموع في أذنه، وبعد سماعه هذه الكلمة يجب عليه أن يقول نفس الكلمة للطفل المجود بجانبه وهكذا حتى نصل إلى آخر طفل. في المرة الثانية يمكن للمعالج أن يلقي الكلمة في أذن الطفل بصوت خافت وكذلك بالنسبة للطفل الموجود بجانبه والأطفال الآخرين، تمر العملية هكذا وصولا إلى آخر طفل في الدائرة. هنا يطلب المعالج من الطفل الموجود في آخر الدائرة أن يقول بصوت مرتفع إسم الكلمة التي سمعها، فنجد الكلمة إما تختلف أو لا تختلف مع الكلمة التي قالها المعالج للطفل الأول. يمكن للمعالج أن يغير النشاط إلى مايلي: يجلس الأطفال في نفس الوضعية ويطلب المعالج من الطفل الأول أن يقول: (اليوم ذهبت إلى السوق واشترت كذا ويذكر شيئا من خياله) ثم يأتي دور الطفل الثاني يكرر مقاله الأول ويضيف غرضا آخر وهكذا حتى ينسى أحد الأطفال غرضا ما فيخرج من الحلقة.
5 د	يقدم المعالج تعزيزات لفظية أو مادية للأطفال الذين يحترمون دورهم ويستطيعون تذكر كل الأشياء التي سمعوها. ختام الجلسة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الحصة الموالية.

7/ الجلسة الثامنة:

أهداف الجلسة:

- تنمية الإستجابة للتعليمات.
- تنمية الشعور بالوقت.
- إحترام المواعيد والأنظمة المدرسية.
- تنمية التفاعل الإيجابي.
- تنمية مهارة إنتظار الدور.
- الأطراف المشاركة: الطالب- الحالات.
- مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عبد الحميد بن باديس.

الوسائل المستعملة: ساعة كبيرة يمكن التحكم في عقاربها باليد، أوراق ملونة عليها أسماء أيام الأسبوع، أوراق ملونة عليها أسماء أشهر السنة الميلادية، كرونومتر.

مدة النشاط	محتوى الجلسة
5 د	ترحيب بالحالات.
10د	يقوم المعالج في هذه الجلسة بتعليق الساعة على الحائط على مسافة تمكن الأطفال من لمسها ومشاهدتها، وكذلك بالنسبة للأوراق المكتوب عليها أيام الأسبوع وأشهر السنة الميلادية.
30 د	قوم المعالج بصف الأطفال أمامه ويطلب منهم الانتباه إليه ثم يقول: اليوم استيقظت على الساعة السابعة والنصف صباحا ثم يذهب إلى الساعة الموجودة على الحائط ويثبت عقاربها إلى التوقيت الذي استيقظ فيه. بعد ذلك يطلب من كل طفل أن يذكر التوقيت الذي استيقظ فيه اليوم ثم يذهب إلى الساعة ويثبت عقاربها على ذلك التوقيت. يمكن للمعالج تغيير التعليمات بالإشارة إلى توقيت الدخول إلى المدرسة صباحا والخروج منها مساء، وهكذا بالنسبة لجميع الأطفال. يقوم المعالج بتعزيز الإستجابات الصحيحة فورا.

<p>بعد ذلك يقول المعالج. البارحة كان يوم السبت مثلاً ويذهب إلى الحائط الذي علق عليه أيام الأسبوع ويقوم بنزع الورقة التي كتب عليها يوم السبت، ثم يسأل الأطفال في أي يوم نحن؟ أو غدا سيكون يوم!</p> <p>ومن يذكر اليوم الصحيح يذهب إلى نزع الورقة التي كتب عليها اسم اليوم الذي ذكره. يقوم المعالج بتعزيز الإستجابات الصحيحة فوراً.</p> <p>بعد ذلك يقول المعالج أنا ولدت في شهر كذا من سنة كذا ثم يتوجه إلى نزع الورقة التي بها اسم الشهر الذي ذكره.</p> <p>ثم يطلب من كل طفل أن يذكر الشهر والسنة التي ولد فيها ثم يذهب لنزع الورقة التي بها اسم الشهر الذي ذكره وهكذا بالنسبة لجميع الأطفال.</p> <p>يقوم المعالج بتعزيز الاستجابات الصحيحة فوراً.</p>	<p>30 د</p>
<p>في الأخير يختم المعالج الحصة بتقديم عبارات الشكر للأطفال مع التأكيد على موعد الجلسة القادمة.</p>	<p>5 د</p>

8/ الجلسة التاسعة:

أهداف الجلسة:

- تنمية مهارة القدرة على حل المشكلات.
- الصبر على أداء المهمات السهلة والصعبة.
- القدرة على إستكمال الأنشطة.

مدة الجلسة: 40 دقيقة.

الأطراف المشاركة: الطالب، الحالات.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الإبتدائية عبد الحميد بن باديس.

الوسائل المستعملة: سبورة بلون أبيض، أقلام السبورة بألوان مختلفة، كراسي، طاولات، كتاب التمارين لمادة الرياضيات،

كرونومتر.

مدة النشاط	محتوى الجلسة
5 د	ترحيب بالحالات.
30 د	يستعين المعالج في هذه الجلسة بطفل لا يعاني من هذا الاضطراب وفي نفس سن الأطفال حالات الدراسة، حيث يطلب منه المعالج إنجاز بعض العمليات الحسابية الموجودة على السبورة، تتدرج من السهلة إلى الصعبة. يطلب من الأطفال الانتباه إلى هذا الطفل وهو يقوم بحل هذه العمليات، ثم بعد ذلك نطلب من كل طفل القيام بنفس العمل حيث يبدأ المعالج بعمليات سهلة ثم ينتقل إلى عمليات أكثر صعوبة. مع العلم أن التمارين الحسابية تكون مستمدة من الكتاب المدرسي لحالات الدراسة. يقدم المعالج تعزيز لفظي أو مادي كلما لاحظ أن إستجابات الحالات تتناسب مع التعليمات التي يقدمها.
5 د	ختام الحصة بشكر الحالات مع التأكيد على موعد الحصة القادمة.

9 / الجلسة العاشرة والأخيرة:

أهداف الجلسة:

- إبراز مكتسبات الجلسات العلاجية السابقة.
- تنمية التفاعل الإيجابي.
- إحترام قوانين اللعب مع الجماعة.
- تنمية مهارة إنتظار الدور.

الأطراف المشاركة: الطالب - الحالات.

مدة الجلسة: 40 دقيقة.

التقنيات المستخدمة: الحوار، النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.

المكان: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عبد الحميد بن باديس.

الوسائل المستخدمة: زجاجات فارغة، مرمى صغير طوله 1.5 وارتفاعه 80 سم، كرونومتر.

محتوى الجلسة	مدة النشاط
ترحيب بالحالات.	5 د
ترك الأطفال يلعبون ألعاب حرة على بساط الحجر.	5 د
يقوم المعالج في هذه الجلسة بصف الأطفال على شكل مستقيم مقابل مجموعة من الزجاجات الفارغة حوالي 10 زجاجات تبعد عن الأطفال حوالي 5 أمتار، يحاول المعالج التصويب اتجاه هذه الزجاجات باستعمال كرة متوسطة الحجم، ثم يطلب من الأطفال ان يفعل كل واحد مثله، حيث يعطي ثلاث أو أربع محاولات لكل طفل، وفي كل مرة نحسب عدد الزجاجات التي سقطت ومن يستطيع أن يسقط عدد أكبر من الآخرين يكون الفائز. يقدم المعالج تعزيزات على احترام الأطفال لدورهم في النشاط وكذلك لمن يقوم بإسقاط عدد أكبر من الزجاجات. بعد ذلك يقوم المعالج بنشاط آخر باستخدام مرمى صغير يبعد عن الأطفال 4 أمتار التصويب بالأرجل تجاه المرمى باستخدام كرة متوسطة. ثم يطلب من الأطفال القيام بنفس العمل كل واحد على حدى لخمس محاولات، ومن ينجح أكثر في اخال الكرة يكون الفائز، ويستفيد من تعزيز مادي أو لفظي يقدمه المعالج.	30 د
يختم المعالج الجلسة الأخيرة بتقديم عبارات الشكر للحالات على تعاونه ومشاركتها في البرنامج العلاجي.	5 د

6/ تقييم خطة العلاج:

في هذه الخطوة يطلب الطالب من آباء ومعلمي الحالات الاستجابة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، من أجل الوقوف على مدى التقدم الذي يحرزه الطالب مع الحالات في علاج أعراض النشاط الزائد والإنذافية.

3- تصميم الجزء الثالث الخاص بعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النمط المركب الذي تسيطر عليه أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية.

أ- المراحل العلاجية.

❖ المرحلة العلاجية السابعة:

في هذه المرحلة يمكن تحديد النقاط التالية:

المشكل أو الاضطراب الذي تتجه إليه جهود العلاج هو: اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع المركب الذي يسيطر عليه النشاط الحركي الزائد والإنذافية وضعف الانتباه.

الفئة المستهدفة: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 07 و 09 سنوات.

الأطراف المشاركة في البرنامج العلاجي:

- الطالب.

- آباء الحالات.

- معلمي الحالات.

مكان تطبيق الحصص العلاجية: قاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو.

❖ المرحلة العلاجية الثامنة:

- تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع المركب الذي يسيطر عليه النشاط الحركي الزائد والإنذافية وضعف الانتباه.

- استبعاد الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنوع الذي يسيطر عليه الحركة الزائدة والإنذافية.

- استبعاد الحالات التي تعاني من أمراض مزمنة بالرجوع إلى الملف الطبي المدرسي للطفل.

- قياس ذكاء الحالات.

❖ المرحلة العلاجية التاسعة:

1/ تحديد السلوك المستهدف.

- في هذه الخطوة يقوم الطالب بالتعاون مع آباء ومعلمي الحالات على تحديد نوعي لمشكل ضعف وتشتت انتباه الطفل، وذلك بتجزئة المشكلة إلى أعراض أساسية مثال:
- لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه على شيء محدد لمدة طويلة.
- يتشتت انتباهه لأي شيء يحدث حوله حتى لو كان بسيطاً.
- لا يلاحظ التشابه والاختلاف بين الأشياء.
- يجد صعوبة في عملية الإنصات.
- يتردد عند اتخاذ أي قرار حتى لو كان بسيطاً.
- ينسى التعليمات و يحتاج إلى تذكيره بها.
- ينتقل من مكان إلى آخر دون سبب.
- يقوم بقتل رجليه ويديه.
- يدفع زملاءه في الصف.
- يجيب على الاسئلة قبل اكتمالها.
- لا يمكن توقع ما سيفعله.

2 / قياس السلوك المستهدف:

بالشكل الذي يمكن أن نعبر عليه بطريقة كمية أو رقمية وتكون الاستجابة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من طرف معلمي الحالات وآبائهم باعتبارهم الأكثر دراية بسلوك الطفل، حيث تفيدنا هذه الخطوة في تحديد شدة الاضطراب قبل تنفيذ الخطة العلاجية.

3/ التحليل الوظيفي للسلوك:

يحاول الطالب في هذه الخطوة بالتعاون مع آباء ومعلمي الحالات تحديد المكان والزمان ومختلف الظروف المحيطة بحدوث السلوكات التي تدل على ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد والإنذاعية.

تفيدنا هذه الخطوة في تحديد مختلف العوامل التي تؤدي بالطفل تشتت انتباهه وكثرة حركته وزيادة اندفاعه.

4 / تحديد السلوك النهائي بعد التعديل:

في هذه الخطوة يكون اتفاق مسبق مع أسرة ومعلمي الطفل على ماهي مختلف السلوكيات الايجابية التي نريد الوصول إليها بعد تطبيق الخطة العلاجية.

تفيدنا هذه الخطوة في معرفة مدى استعداد اسر ومعلمي الحالات للتعاون مع الطالب لتحقيق اهداف الخطة العلاجية.

5 / تصميم خطة علاج أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع المركب الذي يسيطر عليه النشاط الحركي الزائد والاندفاعية وضعف الانتباه:

تتضمن جلسات الجزء الثالث من البرنامج العلاجي الذي تستفيد من جلساته فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، النوع المركب الذي يسيطر عليه النشاط الحركي الزائد والاندفاعية وضعف الانتباه، مختلف المهارات التي تعكس قدرة الطفل على التحكم في حركاته العشوائية واندفاعيته الزائدة، ومختلف مهارات الانتباه والتركيز، حيث يعتمد المعالج على إستراتيجية النمذجة الحية والنمذجة الرمزية عن طريق الفيديو والنمذجة بالمشاركة في عرضه لهذه المهارات.

ب- محتوى الجلسات العلاجية:

محتوى الجلسات العلاجية الخاصة بالجزء الثالث من البرنامج العلاجي المقترح هي محتوى الجلسات العلاجية الخاصة بالجزء الأول، زائد محتوى الجلسات العلاجية الخاصة بالجزء الثاني من البرنامج العلاجي وهي مذكورة بالتفصيل في الجزئين السابقين.

6 / تقييم خطة العلاج:

في هذه الخطوة يطلب الطالب من آباء ومعلمي الحالات الاستجابة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، من اجل الوقوف على مدى التقدم الذي يحرزه الطالب مع الحالات في علاج أعراض ضعف وتشتت الانتباه النوع المركب الذي تسيطر عليه أعراض ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

الباب الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة وعرض النتائج ومناقشتها.

الفصل الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة.

أولاً- منهج الدراسة.

ثانياً- المعالجات الإحصائية.

ثالثاً- عرض البرنامج العلاجي الذي تم تصميمه.

1- عرض جلسات الجزء الأول الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه.

2- عرض جلسات الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية.

3- عرض جلسات الجزء الثالث الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية.

الفصل الثاني: الدراسة الاستطلاعية.

أولاً- الهدف من الدراسة الاستطلاعية.

ثانياً- ميدان البحث ومدة الدراسة الاستطلاعية.

ثالثاً- أدوات الدراسة الاستطلاعية.

رابعاً- عينة الدراسة الاستطلاعية.

خامساً- نتائج الدراسة الاستطلاعية.

1- النتائج الخاصة بالتجربة الاستطلاعية للبرنامج العلاجي.

2- النتائج الخاصة بتشخيص حالات الدراسة.

3- النتائج الخاصة بالتقييم القبلي.

الفصل الثالث: الدراسة الأساسية.

أولاً- أدوات الدراسة الأساسية.

ثانياً- عينة الدراسة الأساسية.

ثالثاً- مرحلة تطبيق البرنامج العلاجي.

رابعاً- عرض النتائج وتحليلها.

خامساً- مناقشة النتائج في ضوء فروضها.

الفصل الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة.

أولاً- منهج الدراسة.

ثانياً- المعالجات الإحصائية.

ثالثاً- عرض البرنامج العلاجي الذي تم تصميمه.

1- عرض جلسات الجزء الأول الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه.

2- عرض جلسات الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية.

3- عرض جلسات الجزء الثالث الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية.

أولاً- منهج الدراسة:

من مجالات التحول التي طرأت على الدراسات والبحوث النفسية والتربوية، الإنتقال من الإهتمام بالدراسات الوصفية القائمة على وصف وتفسير الظواهر، إلى الدراسات التجريبية القائمة على التحكم والضبط في متغير أو أكثر للتعرف على أثره في متغير أو عدة متغيرات تابعة، والبرامج العلاجية ما هي إلا تصميم من تصميمات الدراسات التجريبية التي تسعى لإحداث تغيير مقصود في سلوك عينة من المفحوصين، بمعنى أن هذه البرامج إستراتيجياتها المختلفة هي المتغير المستقل وتغيير سلوك المفحوصين هي المتغير التابع.

هذا ما يؤكد (ملحم سامي محمد، 2004:421) أن المنهج التجريبي يعد من 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 الطالب بتغييره بهدف قياس أثره في باقي المتغيرات، فقد أثبتت هذه الطريقة نجاحا كبيرا في التحقق من الفرضيات المطروحة في ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية.

وعلى هذا الأساس يتبع الطالب في هذه الدراسة المنهج التجريبي لملاءمته متغيرات الدراسة، بثلاث مجموعات تجريبية طبق عليهم البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة، وثلاث مجموعات ضابطة لم تخضع لأي برنامج علاجي.

ثانياً- المعالجات الإحصائية:

إعتمد الطالب في تحليل بيانات الدراسة الحالية على مقياس t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين وقانونه:

$$t = \frac{\text{مجم ف}}{\sqrt{\frac{(\text{ف})^2 - \text{مجم ف} \cdot \text{مجم ن}}{\text{ن} - 1}}}$$

حيث تشير:

مجم ف: مجموع الفرق بين درجتى الاختبار أو الأداة المستخدمة.

ن: عدد أفراد المجموعتين.

كما أعتمد على قانون: ألفا كرونباخ، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري.

قانون حجم التأثير:

$$n^2 = \frac{t^2}{t^2 + df}$$

t^2 = تمثل قيمة t مربع الناتجة عن اختبار t لدراسة الفرق بين عينتين.

$d.f$ = درجة الحرية.

يجب تحويل قيمة n^2 إلى D لايجاد حجم التأثير من خلال القانون التالي:

$$D = \frac{2\sqrt{n^2}}{\sqrt{1 - n^2}}$$

إذا كانت قيمة D أكبر من 1 فإن حجم التأثير يكون كبيراً.

ثالثاً- عرض البرنامج العلاجي الذي تم تصميمه:

قام الطالب بتصميم البرنامج الحالي من خلال المراجعة والإطلاع على الأدب النظري للبرامج والدراسات والبحوث التي إهتمت بتطبيق برامج سلوكية وعلاجية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد أو المشكلات السلوكية الأخرى، وفي ضوء ذلك تم بناء وإعداد برنامج علاجي سلوكي قائم على إستراتيجية النمذجة، حيث يهدف في هذه الدراسة إلى خفض شدة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال تمتد أعمارهم بين 07 و 09 سنوات، مع العلم أن هذا البرنامج مقسم إلى ثلاث أجزاء كل جزء تتجه جلساته لعلاج نمط معين من هذا الاضطراب وفي مايلي عرض مختصر لجلسات كل جزء على حدى:

1- عرض جلسات الجزء الأول الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه:

تتجه الجلسات العلاجية لهذا الجزء للأطفال الذي يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع

الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه وفي مايلي عرض مختصر لهذه الجلسات:

جدول رقم (03) يبين توزيع الجلسات العلاجية الخاصة بالجزء الأول من البرنامج العلاجي مرتبة حسب

الأهداف السلوكية والمدة الزمنية والفنيات والأدوات المستخدمة في كل جلسة.

رقم الجلسة	الأهداف السلوكية	المدة	الفنيات المستخدمة	الأدوات
01	تحقيق التعارف بين الطالب وأفراد العينة التجريبية الأولى وشرح أهداف البرنامج العلاجي	35 دقيقة	الحوار- المناقشة- الاستماع	_____
02	تنمية الاحتكاك البصري، القدرة على تثبيت الانتباه في مثير واحد ومتحرك، الحركة في اتجاهات مختلفة، تنمية التفاعل الإيجابي والتواصل البصري	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	جهاز مكبر الصورة- كمبيوتر محمول-صفارة- بساط- كرونومتر- معززات غذائية
03	تنمية الانتباه إلى مثير ثابت، والانتباه السمعي الإنتقائي، والسرعة في الاستجابة، والتفاعل الايجابي.	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	جهاز مكبر الصورة- كمبيوتر محمول-صفارة- بساط- كرونومتر- مناديل بلون أسود- معززات غذائية
04	تنمية الانتباه لأكثر من مثير، الانتباه السمعي الإنتقائي، الانتباه البصري الإنتقائي وتنمية السرعة في الاستجابة والتفاعل الايجابي.	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	جهاز مكبر الصورة- كمبيوتر محمول-صفارة- بساط- كرونومتر- مناديل بلون أزرق وأحمر- معززات غذائية
05	تنمية الانتباه البصري الإنتقائي، وتنمية ردود أفعال مناسبة والسرعة في الاستجابة والتفاعل الايجابي	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	جهاز مكبر الصورة- كمبيوتر محمول-صفارة- بساط- كرونومتر- مناديل بلون أزرق وأحمر- مثبتات- معززات غذائية
06	تنمية تثبيت الانتباه والتركيز على مثير	40	الحوار- النمذجة الرمزية عن	جهاز مكبر الصورة-

<p>كمبيوتر محمول-صفارة- بساط- كرونومتر- مناديل بلون أزرق وأحمر- مثبتات- معززات غذائية.</p>	<p>طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.</p>	<p>دقيقة</p>	<p>ثابت والتفاعل الايجابي.</p>	
<p>جهاز مكبر الصورة- كمبيوتر محمول-صفارة- بساط- كرونومتر- مناديل بلون أحمر،- مثبتات- معززات غذائية.</p>	<p>الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.</p>	<p>40 دقيقة</p>	<p>تنمية التركيز على أكثر من مثير، والتفاعل والاحتكاك الايجابي.</p>	<p>07</p>
<p>جهاز مكبر الصورة- كمبيوتر محمول-صفارة- بساط- كرونومتر- مناديل بلون أسود- معززات غذائية</p>	<p>الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.</p>	<p>40 دقيقة</p>	<p>تنمية مهارة الانتباه إلى الذات، وتنمية الإحساس والشعور بوضعية الجسم في الفضاء المكاني، والقدرة على الاحتفاظ.</p>	<p>08</p>
<p>جهاز مكبر الصورة- كمبيوتر محمول-صفارة- بساط- كرونومتر- معززات غذائية</p>	<p>الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.</p>	<p>40 دقيقة</p>	<p>تنمية مهارة الانتباه إلى الذات، وتنمية مهارة اتباع التعليمات والإحساس بالجسم في الفضاء المكاني.</p>	<p>09</p>
<p>بساط بلون أزرق وآخر بلون أصفر- كرونومتر.</p>	<p>الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.</p>	<p>40 دقيقة</p>	<p>تعزيز مكتسبات الجلسات السابقة والتعرف على مدى استفادة الحالات منها</p>	<p>10</p>

2- عرض جلسات الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والإنذافية:

تتجه الجلسات العلاجية لهذا الجزء للأطفال الذي يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع

الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإنذافية وفي مايلي عرض مختصر لهذه الجلسات:

جدول رقم (04) يبين توزيع الجلسات العلاجية الخاصة بالجزء الثاني من البرنامج العلاجي مرتبة حسب

الأهداف السلوكية والمدة الزمنية والفنيات والأدوات المستخدمة في كل جلسة.

رقم الجلسة	الأهداف السلوكية	المدة	الفنيات المستخدمة	الأدوات
01	الالتقاء بحالات الدراسة وشرح الأهداف التي نريد الوصول اليها بعد نهاية الجلسات العلاجية وضبط مكان ومواعيد تقديم الجلسات	35 دقيقة	الحوار- المناقشة- الاستماع	—
02 و 03	تدريب الحالات على الإسترخاء بطريقة منظمة والتقليل من توترهم بالإضافة إلى تحضيرهم للدخول في الجلسات العلاجية اللاحقة	35 دقيقة	الحوار- الإسترخاء- النمذجة الحية- النمذجة بالمشاركة	أريكتان
04	تنمية مهارة الاستجابة للتعليمات وضبط الحركات العشوائية وتعليم السير في الاتجاهات التي يحددها المعالج	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	شريط لاصق من الحجم الكبير بلون أزرق وأحمر وأخضر- كرونومتر- معززات غذائية
05	تنمية مهارة الاستجابة للتعليمات ومهارة الملشي في اتجاهات مختلفة وتعلم تغيير الاتجاه	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	شريط لاصق من الحجم الكبير بلون أزرق وأحمر وأخضر- كرونومتر- معززات غذائية
06	تنمية مهارة الاستجابة للتعليمات ومهارة الثبات على حركة واحدة والتفاعل الايجابي واللعب مع الجماعة	35 دقيقة	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	شريط لاصق بلون أحمر- جهاز تسجيل الموسيقى- معززات غذائية
07	تعليم الحالات انتظار الدور واحترام	35	الحوار- المناقشة- التعزيز	بساط- كرونومتر

	التعليمات وتنمية مهارات التذكر	دقيقة	المادي واللفظي .	
08	تنمية الاستجابة للتعليمات ومهارة الشعور بالوقت واحترام المواعيد والأنظمة المدرسية	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي .	ساعة كبيرة، أوراق ملونة عليها أسماء أيام الأسبوع وأخرى عليها أسماء أشهر السنة الميلادية، كرونومتر .
09	تنمية مهارة القدرة على حل المشكلات والصبر على أداء المهمات السهلة والصعبة والقدرة على استكمال الأنشطة	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي .	سبورة بلون أبيض- أقلام السبورة بألوان مختلفة- كراسي- طاولات- كتاب التمارين لمادة الرياضيات - كرونومتر
10	مساعدة الحالات على إبراز مكتسبات الجلسات السابقة وتنمية مهارة احترام قوانين اللعب مع الجماعة	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي .	قارورات بلاستيكية مملوءة بالماء- مرمى صغير طوله 150سم وارتفاعه 80سم- كرونومتر

3- عرض جلسات الجزء الثالث الخاص بعلاج النمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية:

جلسات هذا الجزء هي جلسات الجزء الأول الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه وجلسات الجزء الثاني

الخاص بنمط سيطرة النشاط الزائد والإندفاعية وهي موجودة في الجدول رقم (03) والجدول رقم (04).

الفصل الثاني: الدراسة الاستطلاعية.

أولاً- الهدف من الدراسة الإستطلاعية.

ثانياً- ميدان البحث ومدة الدراسة الإستطلاعية.

ثالثاً- أدوات الدراسة الإستطلاعية.

رابعاً- عينة الدراسة الإستطلاعية.

خامساً- نتائج الدراسة الإستطلاعية.

1- النتائج الخاصة بالتجربة الإستطلاعية للبرنامج العلاجي.

2- النتائج الخاصة بتشخيص حالات الدراسة.

3- النتائج الخاصة بالتقييم القبلي.

أولاً- الهدف من الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر خطوة لا بد منها للإختبار الأولي لأدوات القياس، والتي تتوج بال حذف أو الزيادة أحيانا، وبالتنقيح أو التعديل أحيانا أخرى، كما أنها تسمح للباحث بالتعرف على مكان إجراء الدراسة ليتفادى الصعوبات والعراقيل التي قد تعترضه أثناء القيام بالدراسة الأساسية، بالإضافة إلى التعرف على حالات الدراسة وإنتقائها في ضوء خصائص وأعراض الاضطراب المراد دراسته، لنتهي في الأخير بالتأكد من قبول أو رفض الفرضيات الأساسية.

ثانياً- ميدان البحث ومدة الدراسة الإستطلاعية:

أجريت الدراسة الإستطلاعية بالمدرسة الإبتدائية (عيدوني عمرو) ومدرسة (فلاوسن الجديدة) دائرة فلاوسن، والمدرسة الإبتدائية (عبد الحميد بن باديس) بدائرة ندرومة ولاية تلمسان، في الفترة الممتدة بين 2014/09/20 إلى 2014/12/30 وقد دامت حوالي ثلاث أشهر وعشرة أيام، فمن خلال الزيارات المتكررة التي قام بها الطالب إلى المدارس المذكورة للتأكد مما يلي:

- 1- مدى إستعداد الطاقم التربوي من معلمين وإداريين على التعاون مع الطالب في إنجاز هذه الدراسة.
- 2- وجود حالات تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بأنواعه الثلاثة، وفي أي مستوى من المستويات الدراسية الموجودة.
- 3- وجود قاعة خاصة تساعد الطالب على تطبيق البرنامج العلاجي مع حالات الدراسة.
- 4- مدى معرفة المعلمين بالأعراض التي تميز الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.
- 5- مدى وضوح تعليمات وعبارات إستمارة تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وفهم المعلمين لها.
- 6- مدى وضوح تعليمات وعبارات مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وفهم المعلمين له.
- 7- الصعوبات التي تواجه المعلمين عند الإستجابة على إستمارة التشخيص أو مقياس هذا الاضطراب.
- 8- الوقت الذي يستغرقه المعلم في الإجابة على فقرات الإستمارة والمقياس.
- 9- معلومات عن أسر الحالات التي تشخص على أنها تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، من أجل الإتصال بهم لمعرفة مدى إستعدادهم على التعاون مع الطالب في عملية تشخيص وقياس هذا الاضطراب، والموافقة على أن يستفيد أطفالهم من جميع الجلسات العلاجية لهذا البرنامج.
- 10- القيام بتجربة علاجية لجميع جلسات البرنامج على عينة بسيطة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.
- 11- التأكد من صلاحية جلسات البرنامج العلاجي القائم على إستراتيجية النمذجة.

ثالثاً- أدوات الدراسة الإستطلاعية:

1- استمارة تشخيص اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

تعتبر من المعايير الرسمية لتشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والمستمدة من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي. وتتكون هذه الإستمارة من 20 عبارة موزعة على ثلاث أبعاد:

أ- بعد ضعف الانتباه: ويضم 09 عبارات.

ب- بعد فرط النشاط الزائد: ويضم 06 عبارات.

ج- بعد الإندفاعية: ويضم 05 عبارات.

حيث يطلب من أحد الأفراد وثيقي الصلة بالطفل بالإستجابة على هذه الإستمارة، سواء كان المعلم في المدرسة أو أحد الوالدين في البيت أو كلاهما، كما يجب التأكد من فهم المستجيب لتعليمات وعبارات الإستمارة. مع العلم أن هذه الإستمارة من أنواع الاستبيان المباشر لأنها قدمت مباشرة للمبحوثين، وهي كذلك من أنواع الاستبيان المغلق لأن الإستجابة تكون إما بنعم أو لا.

وتعتبر من بين المؤشرات الموضوعية التي يمكن الاستناد إليها في تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال كما تؤكد (سحر الخرشومي، 2004).

2- المقابلة:

يعرفها (روبرت كاهن، Robert kahin) في (مروان إبراهيم، 2000:172) على أنها مجموعة أعمال الاتصال الشخصي وأوجه نشاطه، التي يكون فيها شخص في مركز الطالب لمعلومات من شخص آخر ويكون هذا الشخص الأخير في مركز المعطي و المزود لتلك المعلومات للشخص الأول، وقد أستخدمت المقابلة في هذه الدراسة من أجل تحقيق هذا الغرض بهدف رصد مختلف المعلومات المتعلقة بالأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وكذلك مختلف السلوكيات التي تصدر عنهم سواء مع معلمهم في المدرسة أو والديهم في البيت.

3- الملاحظة:

يعرف (مروان إبراهيم، 2000:174) الملاحظة بأنها مشاهدة منهجية تعتمد على الحواس وما تستعين به من أدوات للقياس، فهي مشاهدة الظواهر في أحوالها المختلفة وأوضاعها المتعددة لجمع البيانات وتسجيلها وتحليلها والتعبير عنها بأرقام، وقد إستخدم الطالب الملاحظة غير المباشرة والتي لا توحى للحالة بأنها مراقبة وملاحظة وبالتالي تمكنا من رصد السلوكيات الحقيقية للحالات المدروسة، وإقتصرنا ملاحظتنا لمختلف الحالات داخل القسم وفي الساحة أثناء فترات الإستراحة وحصص التربية البدنية.

4- مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من إعداد (اليحمدي، 2014):

أ- وصف المقياس:

تم إعداد هذا المقياس من طرف (اليحمدي، 2014) من خلال مراجعة الدراسات والبحوث السابقة والأدب النظري والكتب العلمية الحديثة التي تناولت أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد منها (القرعان، 2006، السعدي، 2004، العتوم، 2007، سرحان، 2007، شولي، 2004، الدسوقي، 2008، العندس، 2004، الدردير، 2004، قزاقزة، 2005، المحكات التشخيصية للدليل الحصائي للإضطرابات العقلية النسخة الرابعة لعام 2000، زوكو وبتليلير، 1978، كونر، 1969)

ويتكون المقياس من صورتين، صورة للتقييم الأسرية والمدرسية تقيس كل واحدة منهما الأبعاد التالية: ضعف الانتباه، والنشاط الزائد، والإندفاعية، وتدرج الإستجابة على فقرات المقياس إلى خمسة مستويات هي: دائما وتأخذ خمس درجات، غالبا وتأخذ أربع درجات، أحيانا وتأخذ ثلاث درجات، نادرا وتأخذ درجتان، أبدا وتأخذ درجة واحدة، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (75-375) أما الدرجات الفرعية للمقياس بصورتيه المدرسية والمنزلية فهي تتوزع على النحو التالي:

1- مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد الصورة المدرسية:

البعد الأول: ضعف الانتباه ويتكون من 16 فقرة، والدرجة الفرعية لهذا البعد تتراوح بين (80-16) درجة.
البعد الثاني: النشاط الزائد ويتكون من 12 فقرة، والدرجة الفرعية لهذا البعد تتراوح بين (60-12) درجة.
البعد الثالث: الإندفاعية ويتكون من 14 فقرة، والدرجة الفرعية لهذا البعد تتراوح بين (70-14) درجة.
وتتراوح الدرجة الكلية لصورة المقياس المنزلية ما بين (210-42)

2- مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد الصورة المنزلية:

البعد الأول: ضعف الانتباه ويتكون من 11 فقرة، والدرجة الفرعية لهذا البعد تتراوح بين (55-11) درجة.
البعد الثاني: النشاط الزائد ويتكون من 11 فقرة، والدرجة الفرعية لهذا البعد تتراوح بين (55-11) درجة.
البعد الثالث: الإندفاعية ويتكون من 11 فقرة، والدرجة الفرعية لهذا البعد تتراوح بين (55-11) درجة.
وتتراوح الدرجة الكلية لصورة المقياس المنزلية ما بين (165-33)

ويتمتع المقياس بدرجات عالية من الصدق، بعد تطبيقه على عينة مكونة من 22 تلميذ يدرسون بالحلقة الأولى بمدرسة الرجاء للتعليم الأساسي بمحافظة جنوب الباطنة، ومن خلال النتائج المتوصل إليها بلغ معامل ارتباط الدرجة الكلية للبعد مع الدرجة الكلية للمقياس بالنسبة للصورة المدرسية 0,67 لبعد ضعف الانتباه و0,75 لبعد الحركة المفرطة و0,7 لبعد الإندفاعية، أما بالنسبة للصورة المنزلية فقد بلغ معامل الارتباط 0,64 لبعد ضعف الانتباه

و0,81 لبعء الحركة المفرطة و0,79 لبعء الإندفاعية وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 مما يعكس صدق هذه الأداة، أما ثبات المقياس فقد استخدمت الطالبة طريقة ألفا كرونباخ للصورة المدرسية فوجدت 0,76 لبعء ضعف الانتباه و 0,76 لبعء الحركة المفرطة و0,73 لبعء الإندفاعية، أما الصورة المنزلية فوجدت 0,71 لبعء ضعف الانتباه و0,75 لبعء الحركة المفرطة و0,73 لبعء الإندفاعية، وبالتالي تشير هذه النتائج إلى تمتع هذا المقياس بدرجات عالية من الثبات. بينما قام الطالب باستخراج المعايير السيكومترية الخاصة بهذا المقياس في البيئة الجزائرية بحساب الصدق والثبات كمايلي:

3- صدق المقياس: قام الطالب بالتحقق من صدق المقياس من خلال حساب صدق الإتساق الداخلي للمقياس على عينة مكونة من 30 طفل يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من تلاميذ المرحلة الإبتدائية والذين تمتد أعمارهم بين 06 و10 سنوات بولاية تلمسان خارج عينة الدراسة الإستطلاعية، ومن خلال النتائج المتحصل عليها تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعء الذي تنتمي إليه وبين درجة كل بعء والدرجة الكلية للصورة التي ينتمي إليها البعء، حيث يمكن توضيح ذلك كمايلي:

أ- صدق الصورة المدرسية للمقياس:

جدول رقم (05) يبين معامل ارتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعء الذي تنتمي إليه للصورة المدرسية

البعء	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعء	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعء	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
ضعف الانتباه	1	.51	0,01	النشاط الزائد	1	.58	0,01	الإندفاعية	1	.52	0,01
	2	.53	0,01		2	.62	0,01		2	.39	0,05
	3	.56	0,01		3	.78	0,01		3	.64	0,01
	4	.44	0,05		4	.71	0,01		4	.55	0,01
	5	.72	0,01		5	.69	0,01		5	.65	0,01
	6	.47	0,01		6	.42	0,05		6	.44	0,05
	7	.43	0,05		7	.64	0,01		7	.72	0,01
	8	.55	0,01		8	.41	0,05		8	.59	0,01
	9	.71	0,01		9	.75	0,01		9	.69	0,01
	10	.69	0,01		10	.56	0,01		10	.57	0,01
	11	.84	0,01		11	.73	0,01		11	.50	0,01
	12	.59	0,01		12	.62	0,01		12	.64	0,01
	13	.61	0,01								
	14	.74	0,01								
15	.51	0,01									
16	.49	0,01									

من خلال حساب معامل إرتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه توصل الطالب إلى أن معاملات الإرتباط لعبارات البعد الأول مع الدرجة الكلية للبعد نفسه كانت بين (0,43 و 0,83) وفي البعد الثاني فقد جاءت معاملات الإرتباط بين درجات عبارات البعد الثاني والدرجة الكلية للبعد نفسه بين (0,42 و 0,78) أما معاملات الإرتباط في البعد الثالث فقد كانت بين (0,39 و 0,72) وهي عبارات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,01 و 0,05).

كما قام الطالب بحساب معامل الإرتباط بين الدرجة الكلية للبعد الواحد مع الدرجة الكلية للمقياس بالنسبة للصورة المدرسية، والجدول التالي يوضح هذه المعاملات:

جدول رقم (06) يبين معامل ارتباط الدرجة الكلية للبعد مع الدرجة الكلية للمقياس ككل للصورة المدرسية.

أبعاد الاضطراب	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
ضعف الانتباه	0.59	0,01
النشاط الزائد	0.65	0,01
الإندفاعية	0.61	0,01

يتضح من خلال الجدول رقم (06) أن معاملات الإرتباط لأبعاد المقياس بالنسبة للصورة المدرسية تتراوح بين (0.59-0.65) وهي ذات دلالة إحصائية عند 0,01 مما يعكس صدق محتوى هذه الأبعاد.

ب- صدق الصورة المنزلية للمقياس:

جدول رقم (07) يبين معامل ارتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه للصورة المدرسية

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
ضعف الانتباه	1	.44	0,05	النشاط الزائد	1	.61	0,01	الإندفاعية	1	.52	0,01
	2	.56	0,01		2	.58	0,01		2	.61	0,01
	3	.63	0,01		3	.66	0,01		3	.59	0,01
	4	.66	0,01		4	.70	0,01		4	.74	0,01
	5	.55	0,01		5	.40	0,05		5	.60	0,01
	6	.62	0,01		6	.69	0,01		6	.56	0,01
	7	.75	0,01		7	.44	0,05		7	.74	0,01
	8	.51	0,01		8	.75	0,01		8	.63	0,01
	9	.66	0,01		9	.77	0,01		9	.71	0,01
	10	.59	0,01		10	.64	0,01		10	.44	0,05
	11	.43	0,05		11	.59	0,01		11	.39	0,05

إعتمد الطالب في التحقق من صدق هذا المقياس على طريقة الإتساق الداخلي له بحساب معاملات الإرتباط بين عبارات كل بعد من أبعاد المقياس للصورة المنزلية مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، فقد جاءت معاملات الإرتباط بين درجات العبارة الواحدة والدرجة الكلية للبعد الأول الذي تنتمي إليه بين (0.43 و 0.75) وفي البعد الثاني فقد جاءت معاملات الإرتباط بين درجات عبارات البعد الثاني والدرجة الكلية للبعد نفسه بين (0.40 و 0.77) أما معاملات الإرتباط في البعد الثالث فقد كانت بين (0.39 و 0.74) وهي عبارات دالة عند مستوى (0,01 و 0,05)

كما قام الطالب بحساب معامل الإرتباط بين الدرجة الكلية للبعد الواحد مع الدرجة الكلية للمقياس للصورة المنزلية، والجدول التالي يوضح هذه المعاملات:

جدول رقم (08) يبين معامل ارتباط الدرجة الكلية للبعد مع الدرجة الكلية للمقياس ككل للصورة المنزلية.

أبعاد الاضطراب	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
ضعف الانتباه	0,59	0,01
النشاط الزائد	0,54	0,01
الإندفاعية	0,66	0,01

يتضح من خلال الجدول رقم (08) أن معاملات الإرتباط لأبعاد المقياس بالنسبة للصورة المنزلية تتراوح بين (0,54-0,66) وهي ذات دلالة إحصائية عند 0,01 مما يعكس صدق محتوى هذه الأبعاد.

2- ثبات المقياس:

قام الطالب بتطبيق مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بصورتيه المدرسية والمنزلية على عينة قوامها 30 تلميذ من أطفال المرحلة الإبتدائية حيث تتراوح أعمارهم بين 06 و 10 سنوات من أجل حساب معامل الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ للتأكد من ثبات المقياس وكانت النتائج كمايلي:

جدول رقم (09) يبين معامل الثبات للمقياس بالنسبة للصورة المدرسية.

أبعاد الاضطراب	معامل الثبات ألفا كرونباخ
ضعف الانتباه	0,78
النشاط الزائد	0,74
الإندفاعية	0,71
المجموع الكلي	0,83

جدول رقم (10) يبين معامل الثبات للمقياس بالنسبة للصورة المنزلية.

أبعاد الاضطراب	معامل الثبات ألفا كرونباخ
ضعف الانتباه	0,75
النشاط الزائد	0,71
الإندفاعية	0,70
المجموع الكلي	0,81

من خلال قراءة الجدول رقم (10) والجدول رقم (09) يتضح بأن قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس بالنسبة للصورتين تتراوح بين (0,70 و 0,76)، كما كان معامل الثبات ككل بالنسبة للصورة المدرسية 0,83 وبالنسبة للصورة المنزلية 0,81، وبالتالي تشير هذه النتائج سواء المتعلقة بصدق المقياس أو ثباته على أنه يتمتع بمؤشرات سيكومترية جيدة تسمح بتطبيقه على عينة الدراسة الحالية.

رابعا- عينة الدراسة الإستطلاعية:

من أجل التحقق من صلاحية جلسات البرنامج العلاجي القائم على إستراتيجية النمذجة قام الطالب بمايلي:

1- صدق جلسات البرنامج العلاجي:

تم الإعتماد في هذه الخطوة على صدق المحكمين، وذلك بعرض جلسات البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة على ثلاث أساتذة من قسم علم النفس من أجل تقديم ملاحظاتهم حول جلسات هذا البرنامج ومدى تناسب محتوى كل جلسة مع الأهداف التي يريد الطالب الوصول إليها، مع العلم أن القائمة الإسمية للأساتذة المحكمين موجودة في الملحق رقم (16) حيث يمكن تقديم ملاحظات الأساتذة المحكمين كمايلي:

- صياغة الأهداف العامة والخاصة لكل جلسة علاجية.

- تحديد مدة ومكان تنفيذ الجلسات العلاجية.

- تحديد الأدوات المستخدمة في الجلسات العلاجية.

- حذف جلستين من الجزء الأول من البرنامج العلاجي تفاديا للتكرار.

- تقسيم جلسات الجزء الأول والثاني من البرنامج العلاجي بالتساوي 10 جلسات في كل جزء.

كما قام الطالب بتطبيق جلسات البرنامج العلاجي على عينة بسيطة من الأطفال تم تشخيصهم على أنهم

يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من بين الأطفال الذين يدرسون بالمدرسة الإبتدائية (فلاوسن

الجديدة) بمساعدة مدير ومعلمي هذه المدرسة وفي مايلي وصف لمجتمع الدراسة التي تم من خلاله تشخيص هذه الحالات:

جدول رقم (11) يبين توزيع عدد تلاميذ المدرسة الإبتدائية (فلاوسن الجديدة) موزعين حسب متغير المستوى

الدراسي والجنس:

المجموع	اناث	ذكور	المستوى الدراسي
39	15	24	التعليم التحضيري
36	16	20	السنة الأولى ابتدائي
36	18	18	السنة الثانية ابتدائي
38	16	22	السنة الثالثة ابتدائي
35	18	17	السنة الرابعة ابتدائي
26	14	12	السنة الخامسة ابتدائي
210	99	111	المجموع الكلي

ومن مجتمع الدراسة الحالي تم تشخيص عينة بسيطة من الأطفال يعانون من اضطراب ضعف الانتباه

والنشاط الزائد بأنواعه الثلاثة حيث يمكن عرض نتائج هذا التشخيص على النحو التالي:

جدول رقم (12) يبين توزيع أفراد العينة الإستطلاعية حسب متغير المستوى الدراسي والجنس والسن ونوع

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بمدرسة فلاوسن الجديدة:

العدد	الجنس	العدد	السن	العدد	المستوى الدراسي	العدد	نوع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
09	ذكور	00	5 سنوات	00	التحضيري	02	النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه
		02	6 سنوات	02	السنة الأولى		
		03	7 سنوات	06	السنة الثانية	04	النوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والاندفاعية
03	8 سنوات	06	السنة الثالثة				
02	9 سنوات	03	السنة الرابعة				
03	إناث	02	فوق 10	03	السنة الخامسة	06	النوع المركب

من خلال الجدول رقم (12) نلاحظ أن عدد الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد 12 حالة تعاني من الأنواع الثلاثة للاضطراب حيث كان الهدف من تشخيص هذه الحالات إجراء تجربة علاجية بسيطة لجلسات البرنامج العلاجي تستفيد منها الحالات التي تحصلت على درجات كبيرة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بالنسبة للصورة المدرسية والمنزلية، حيث بلغ عددها 10 حالات تعاني من هذا الاضطراب بدرجات مرتفعة أتاحت الفرصة للطلاب تطبيق جلسات البرنامج العلاجي العشرين وذلك بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، وقد دامت حوالي سبعة أسابيع إبتداءً من يوم: 2014/11/05 إلى غاية 2014/12/30 وكانت إجراءات التجربة العلاجية بعد موافقة مدير المدرسة وفق المراحل التالية :

- 1- مرحلة تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد باستخدام الإستمارة المستمدة من الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي.
- 2- استبعاد الحالات التي تعاني من مشكلات نفسية وصحية بالرجوع إلى الملف الطبي المدرسي لكل حالة.
- 3- قياس شدة الاضطراب باستخدام مقياس ضعف الانتباه والنشاط الزائد بصورتيه المنزلية والمدرسية:

بعد تفريغ الاستجابات على هذا المقياس قام الطالب باختيار الحالات التي تحصلت على درجات مرتفعة في جميع الأبعاد، ليحصل في الأخير على 06 حالات تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من النوع المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية ما يسمح للطلاب تطبيق الجزء الثالث للبرنامج العلاجي الخاص بهذا النمط، ومن أجل ذلك قام الطالب باختيار التصميم التجريبي ذو العينة الواحدة بقياسين قبلي وبعدي، ونتائج القياس القبلي للتجربة الاستطلاعية موجودة في الملحق رقم (01)

- من خلال النتائج الموجودة في الملحق رقم (01) نلاحظ أن درجات الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد تتراوح بين 243 و258 درجة بالنسبة للمقياس ككل وهي درجات مرتفعة عموماً تسمح للباحث إعتبار الحالات أنها تعاني من هذا الاضطراب وبالتالي تطبيق جلسات البرنامج العلاجي الخاص بهذا النوع.
- 4- مرحلة تطبيق جلسات البرنامج العلاجي:

في هذه الخطوة قام الطالب بالتنسيق مع مدير المدرسة ومعلمي الحالات بتحديد أوقات الفراغ حتى يتسنى تطبيق جميع جلسات البرنامج العلاجي دون التأثير على سير الحصص الدراسية مع العلم أنه تم إستغلال أيام العطلة الشتوية في تطبيق جزء من هذا البرنامج، ويمكن الإشارة إلى أن 05 حالات فقط إستفادت من جميع جلسات

البرنامج العلاجي بعد غياب الحالة رقم 06 عن ثلاث جلسات متتالية، وبعد الإنتهاء من تطبيق جميع الجلسات قام الطالب بالخطوة التالية:

5- قياس شدة الاضطراب باستخدام مقياس ضعف الانتباه والنشاط الزائد بصورتيه المنزلية والمدرسية:

وكان هذا القياس بمثابة قياس بعدي بالنسبة للحالات التي استفادت من جميع الجلسات العلاجية وعددها 05 حالات، والنتائج الخاصة بهذا التقييم موجودة في الملحق رقم (02)

خامسا: نتائج الدراسة الإستطلاعية:

1- النتائج الخاصة بالتجربة الإستطلاعية للبرنامج العلاجي:

من أجل التعرف ما إذا ترك البرنامج العلاجي القائم على إستراتيجية النمذجة أثرا على عينة الدراسة الإستطلاعية والبالغ عددها 05 حالات من أطفال المرحلة الابتدائية، قام الطالب بمقارنة نتائج القياس القبلي بنتائج القياس البعدي باستخدام مقياس t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين، وبعد هذه المعالجة الإحصائية توصل الطالب إلى النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (13) يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين نتائج القياسين القبيل والبعدي لعينة التجربة

الإستطلاعية للبرنامج العلاجي على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	عينة الدراسة الإستطلاعية				مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
				القياس البعدي		القياس القبلي		
				2ع	2م	1ع	1م	
دالة	04	3,74	16,96	12,15	190,2	6,017	250,8	المقياس ككل
دالة	04	3,74	18,61	7,32	103,2	5,58	136,8	الصورة المدرسية
دالة	04	3,74	8,77	0,89	41,6	2,30	51,6	بعد ضعف الانتباه
دالة	04	3,74	6,5	3,71	31,4	3,24	42	بعد النشاط الزائد
دالة	04	3,74	6,19	6,2	30	3,42	43,2	بعد الإندفاعية
دالة	04	3,74	11,31	5,95	87	6,44	114	الصورة المنزلية
دالة	04	3,74	5,93	2,28	29,8	1,92	38,8	بعد ضعف الانتباه
دالة	04	3,74	6,67	3,77	28,8	1,82	37,4	بعد النشاط الزائد
دالة	04	3,74	7,08	3	28	4,32	37,8	بعد الإندفاعية

يتبين من خلال الجدول رقم (13) أن حجم عينة التجربة الإستطلاعية للبرنامج العلاجي بلغ 05 حالات تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع المركب الذي يسيطر عليه كل من ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية، وأن المتوسط الحسابي لهذه العينة في القياس القبلي قدر بـ 205,8 وإنحراف معياري 6.017 أما المتوسط الحسابي لنفس العينة في القياس البعدي فقد قدر بـ 190,2 وإنحراف معياري 7,32 وبحساب الفروق بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي بعد تطبيق الجزء الثالث من البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي، قدرت قيمة t المحسوبة للمقياس ككل 16.96، وبمقارنتها بـ t الجدولية عند درجة حرية 04 ومستوى دلالة معنوية 0,01 عند إختبار ذو الطرف الواحد 3.74، وبما أن قيمة t المحسوبة أكبر من قيمة t الجدولية فهي دالة إحصائياً وبالتالي يوجد فرق بين نتائج القياسين القبلي والبعدي في اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد نمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية ويعزي الطالب هذا لفاعلية الجزء الثالث من البرنامج العلاجي الخاص بهذا النمط.

مع العلم أن تأثير هذا الجزء من البرنامج العلاجي كان على الصورتين المدرسية والمنزلية وفي جميع الأبعاد (بعد ضعف الانتباه، النشاط الزائد، الإنذافية) وليس فقط في الدرجة الكلية للمقياس.

وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي القائم على إستراتيجية النمذجة صالح لتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية، فالنتائج المتوصل إليها من خلال التجربة العلاجية التي قام بها الطالب على عينة بسيطة من الأطفال في الدراسة الإستطلاعية تسمح لنا بالقيام بالدراسة الأساسية وفقاً للمراحل التالية:

- مرحلة تشخيص حالات الدراسة.

- مرحلة التقييم القبلي.

وفيما يلي عرض النتائج الخاصة بكل مرحلة:

2- النتائج الخاصة بتشخيص حالات الدراسة:

من أجل تشخيص حالات الدراسة التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد قام الطالب بزيارات عديدة للمدرسة الابتدائية (عيدوني عمرو) بعد تلقي خطاب الموافقة من طرف مديرية التربية لولاية تلمسان وفي مايلي عرض لمجتمع الدراسة الذي شخّصت منه الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

جدول رقم (14) يبين توزيع عدد تلاميذ المدرسة الابتدائية (عيدوني عمرو) موزعين حسب متغير المستوى

الدراسي والجنس:

المجموع	اناث	ذكور	المستوى الدراسي
90	38	52	التعليم التحضيري
109	65	44	السنة الأولى ابتدائي
135	60	75	السنة الثانية ابتدائي
160	61	99	السنة الثالثة ابتدائي
145	70	75	السنة الرابعة ابتدائي
115	57	58	السنة الخامسة ابتدائي
754	351	403	المجموع الكلي

فمن خلال مجتمع الدراسة الحالي والذي يبلغ عدد تلاميذه 754 تلميذ تم تشخيص 32 حالة تعاني من الأنواع الثلاثة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يمكن توزيعها حسب المتغيرات التالية: (متغير المستوى الدراسي، متغير الجنس، متغير السن، متغير نوع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد) مع العلم أن متغير المستوى الدراسي ومتغير الجنس ومتغير السن تم تحديده بمساعدة معلمي الحالات، أما متغير وجود الاضطراب من عدم وجوده والنوع الذي ينتمي اليه تم تحديده من طرف الطالب انطلاقا من استجابات المعلمين على استمارة تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وفق المعايير المستمدة من الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي والتي يمكن تحديدها على النحو التالي:

أ- النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه:

يمكن التعرف على هذا النوع إذا وجدت ستة أعراض أو أكثر تدل على ضعف الانتباه، بينما تشير الأعراض الأخرى وهي أقل من ستة أعراض إلى زيادة النشاط الحركي والاندفاع.

ب- النوع الذي يسيطر عليه النشاط الحركي الزائد والاندفاع:

يمكن التعرف على هذا النوع إذا وجدت ستة أعراض أو أكثر تدل على النشاط الحركي الزائد والاندفاع مع وجود أقل (من ستة أعراض) تشير إلى وجود نقص انتباه.

ج- النوع المركب الذي يجتمع فيه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاع في آن واحد:

يمكن التعرف على هذا النوع إذا وجدت ستة أعراض أو أكثر من ضعف الانتباه وستة أعراض أو أكثر تدل على النشاط الحركي الزائد والاندفاع.

في هذا الصدد يمكن القول أنه لا توجد حدود فاصلة بين هذه الأنواع ولكن هناك سيطرة أعراض نوع على حساب أعراض نوع آخر، بمعنى أن الطفل الذي يشخص على أنه يعاني من النوع الأول الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه، لا ينبغي أنه لا يعاني أعراض النشاط الزائد والاندفاعية، وهذا ينطبق على جميع أنواع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

جدول رقم (15) يبين توزيع أفراد العينة الإستطلاعية حسب متغير المستوى الدراسي والجنس والسن ونوع

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

نوع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد	العدد	المستوى الدراسي	العدد	السن	العدد	الجنس	العدد
النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه	13	التحضيرى	03	5 سنوات	03	ذكور	23
		السنة الأولى	03	6 سنوات	03		
النوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والاندفاعية	07	السنة الثانية	05	7 سنوات	06	إناث	09
		السنة الثالثة	06	8 سنوات	08		
النوع المركب	12	السنة الخامسة	03	فوق 10	03		

من خلال الجدول رقم (15) يتبين لنا أن هناك عدد من الأطفال في المرحلة الابتدائية يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بأنواعه الثلاثة، كما ينتشر عند الذكور أكثر من الإناث خاصة في المرحلة العمرية الممتدة بين 7 إلى 9 سنوات، كما قدرت نسبة إنتشاره في التشخيص الأولي حوالي 4.24 % وهذه النسبة قريبة من النسبة العالمية التي تتراوح بين 3-5 % حسب ما تؤكدته دراسة (سميرة شرقي، 2007).

من أجل تحقيق أهداف الدراسة الإستطلاعية أجرى الطالب زيارات متكررة لهذه المدرسة وقد قابل فيها جميع المعلمين الذين يدرسون بهذه المدرسة بالنسبة لجميع المستويات، وأثناء المقابلات التي جمعتهم بالطالب، وجهت لهم بعض الأسئلة عن أكثر التلاميذ الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، والهدف الذي يريد الطالب الوصول اليه، من خلال أن المعلم جزء أساسي في هذه الدراسة خاصة في عملية تشخيص هذا

الاضطراب عند الطفل وكذلك عملية قياس شدته سواء قبل تطبيق البرنامج العلاجي أو بعد الانتهاء من تطبيقه أو في مرحلة المتابعة، كما قدم لهم الطالب إستمارة التشخيص المستمدة من الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ومقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد الصورة المدرسية وعموما إلتمس الطالب قدرات جيدة عند هؤلاء المعلمين في معرفتهم بالأعراض الأساسية التي يتميز بها هذا الاضطراب، وفهمهم لتعليمات وعبارات الأدوات المستخدمة، مع وجود إستعداد جيد لمساعدة الطالب في إنجاز هذه الدراسة.

وبعد تأكد الطالب من فهم المعلمين لعبارات وتعليمات الإستجابة على الإستمارة، تم توزيعها على جميع المعلمين في كل المستويات الدراسية، وبعد عملية التفرغ تحصل الطالب على عينة من الأطفال يعانون مبدئيا من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وهم موزعون حسب مجموعة من المتغيرات في الجدول رقم (15)، حيث أن هذه الحالات تعاني من الأنواع الثلاثة الفرعية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد خاصة النوع المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية، والنوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه وأن أكثر الحالات هي التي تبلغ من العمر بين (7 إلى 9 سنوات) ما يجعل الطالب قادرا على تطبيق الجزء الأول والثالث من البرنامج العلاجي الخاص بهذين النوعين لتوفر العدد الكافي من الحالات، أما بالنسبة للحالات التي تستفيد من جلسات الجزء الثاني من البرنامج العلاجي تم تشخيصها في هذه المدرسة لكن عددها كان قليلا نوعا ما، مما تطلب البحث عن حالات إضافية يمكن تشخيصها مبدئيا على أنها تعاني من النوع الثاني الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإندفاعية، بهدف تطبيق الجزء الثاني من البرنامج العلاجي، وجب على الطالب الانتقال إلى مدارس ابتدائية أخرى بولاية تلمسان، وهذا ما كان في المدرسة الابتدائية (عبد الحميد بن باديس) بدائرة ندرومة ولاية تلمسان بعد تلقي خطاب الموافقة من طرف مديرية التربية لولاية تلمسان، حيث يمكن عرض نتائج تشخيص حالات الدراسة على النحو الآتي:

1- تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه:

في هذه الخطوة قام الطالب بتشخيص 13 حالة تعاني من نمط سيطرة ضعف الانتباه، حيث تم الاعتماد في عملية التشخيص على الإستمارة المستمدة من الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، كما تم إستبعاد الحالات التي تعاني من أي مرض من خلال متابعة السجل الطبي لكل حالة.

2- تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع المركب:

كذلك في هذه الخطوة إكتفى الطالب بالحالات التي شخصت بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو وعددها 12 حالة تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع المركب، باستخدام نفس أداة التشخيص، مع التأكد من أنها لا تعاني من أي مرض بالرجوع إلى الملف الطبي لكل حالة.

3- تشخيص الحالات التي تعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإنذافية:

لتشخيص الحالات التي تعاني من هذا النوع قام الطالب بتشخيص أولي عن طريق استخدام استمارة تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد المستمدة من الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وذلك في المدرسة الابتدائية (عبد الحميد بن باديس، دائرة ندرومة، تلمسان) التي تضم حوالي 443 تلميذ موزعون على الشكل التالي:

جدول رقم (16) بين عدد تلاميذ المدرسة الابتدائية (عبد الحميد بن باديس) موزعين حسب متغير المستوى

الدراسي والجنس:

المجموع	اناث	ذكور	المستوى الدراسي
68	33	35	التعليم التحضيري
78	35	43	السنة الأولى ابتدائي
95	45	50	السنة الثانية ابتدائي
69	30	39	السنة الثالثة ابتدائي
71	33	38	السنة الرابعة ابتدائي
62	35	27	السنة الخامسة ابتدائي
443	211	232	المجموع الكلي

حيث قام الطالب بتوزيع إستمارة التشخيص على جميع المعلمين في هذه المدرسة، وسألهم عن أكثر الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية بهدف الإستجابة على عبارات هذه الإستمارة، وبعد تفريغ هذه الإستجابات تم الحصول على 18 حالة تعاني مبدئيا من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بأنواعه الثلاثة وهي موزعة على النحو الآتي حسب متغير المستوى الدراسي، والجنس والسن ونوع الاضطراب:

جدول رقم (17) يبين توزيع أفراد العينة الإستطلاعية حسب متغير المستوى الدراسي والجنس والسن ونوع

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بمدرسة عبد الحميد بن باديس:

العدد	الجنس	العدد	السن	العدد	المستوى الدراسي	العدد	نوع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
14	ذكور	00	5 سنوات	00	التحضيري	04	النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه
		02	6 سنوات	02	السنة الأولى		
		04	7 سنوات	06	السنة الثانية		
06	إناث	06	8 سنوات	06	السنة الثالثة	12	النوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإنذافية
		04	9 سنوات	03	السنة الرابعة		
		02	فوق 10	03	السنة الخامسة		

من خلال الجدول رقم (17) يتبين لنا أن هناك عدد من الأطفال في المرحلة الابتدائية يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بأنواعه الثلاثة، كما ينتشر عند الذكور أكثر من الإناث خاصة في المرحلة العمرية الممتدة بين 7 إلى 9 سنوات، كما قدرت نسبة إنتشاره في التشخيص الأولي حوالي 4.51%.
تم الإكتفاء بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة النشاط الزائد والإندفاعية وعددها 12 حالة، مع التأكيد على أنها لاتعاني من أي مرض بالرجوع إلى الملف الطبي لكل حالة.

3- النتائج الخاصة بمرحلة التقييم القبلي:

من أجل قياس شدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الحالات التي شخصت على أنها تعاني من الأنواع الثلاثة لهذا الاضطراب كانت عملية القياس وفق الخطوات التالية:
أ- قياس شدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الحالات التي تعاني من النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه: من أجل قياس شدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الحالات التي تعاني من النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه تم توزيع المقياس على معلمي وآباء الحالات التي تبين أنها تعاني من هذا النوع، وعددها 10 حالات تم إستبعاد ثلاث حالات تعاني من التبول اللاإرادي، وكانت نتائج هذا القياس بمثابة قياس قبلي للجزء الأول من البرنامج العلاجي الذي تتجه جلساته لعلاج هذا النوع من الاضطراب، والدرجات التي تم الحصول عليها موجودة بالملحق رقم (03).

ب- قياس شدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الحالات التي تعاني من النوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإندفاعية:

كذلك بالنسبة لهذا النوع تم الإستجابة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد معلمي الحالات بالنسبة للصورة المدرسية وآباء نفس الحالات بالنسبة للصورة المنزلية، وكان عددها 10 تم إستبعاد حالتين لتداخل هذا الاضطراب مع مشكلات سلوكية أخرى، وكانت نتائج هذا القياس بمثابة قياس قبلي للجزء الثاني من البرنامج العلاجي، والدرجات التي تم الحصول عليها موجودة بالملحق رقم (04).

ج- قياس شدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الحالات التي تعاني من النوع المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية:

كذلك بالنسبة لهذا النوع تم الإستجابة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد معلمي الحالات بالنسبة للصورة المدرسية وآباء نفس الحالات بالنسبة للصورة المنزلية، وكان عددها 10، وكانت نتائج هذا القياس بمثابة قياس قبلي للجزء الثاني من البرنامج العلاجي، والدرجات التي تم الحصول عليها موجودة في الملحق رقم (05).

الفصل الثالث: الدراسة الأساسية.

أولاً- مكان إجراء الدراسة الأساسية.

ثانياً- أدوات الدراسة الأساسية.

ثالثاً- عينة الدراسة الأساسية.

رابعاً- مرحلة تطبيق البرنامج العلاجي.

خامساً- مرحلة المتابعة.

سادساً- عرض النتائج وتحليلها.

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.

6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.

سابعاً- مناقشة النتائج في ضوء فروضها.

1- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى.

2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية.

3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة.

4- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الرابعة.

5- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الخامسة.

6- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية السادسة.

أولاً- مكان إجراء الدراسة الأساسية:

أجريت الدراسة الأساسية في المدارس التالية:

مدرسة (عيدوني عمرو) دائرة فلاوسن ومدرسة (عبد الحميد بن باديس) دائرة ندرومة بولاية تلمسان في الفترة الممتدة بين 2015/01/05 إلى 2015/04/20.

ثانياً- أدوات الدراسة الأساسية:

إعتمد الطالب في الدراسة الأساسية على نفس الأدوات التي إستخدمها في الدراسة الإستطلاعية، وذلك بعد التأكد من تمتعها بالمؤشرات السيكمومترية الواجب توفرها حيث يمكن عرض هذه الأدوات على النحو الآتي:

أ- المقابلة.

ب- الملاحظة.

ج- إستمارة تشخيص اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المستمدة من الدليل الإحصائي الرابع الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994.

د- مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد الصورة المنزلية والمدرسية من إعداد (بنت سالم اليعمدي، 2014) وقد قام الطالب بتقنيه على البيئة الجزائرية.

هـ- البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة من إعداد الطالب.

ثالثاً- عينة الدراسة الأساسية:

إعتمد الطالب في الدراسة الأساسية على نفس الحالات التي شخصت أثناء الدراسة الإستطلاعية حيث يمكن توزيعها على النحو التالي:

جدول رقم (18) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية:

اسم المدرسة	أجزاء البرنامج العلاجي	نوع العينة	عدد الحالات	نوع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
عيدوني عمرو	تستفيد من جلسات الجزء الأول	التجريبية الأولى	05	النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه
	لا تستفيد من أي نوع من العلاج	الضابطة الأولى	05	
عبد الحميد بن باديس	تستفيد من جلسات الجزء الثاني	التجريبية الثانية	05	النوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإندفاعية
	لا تستفيد من أي نوع من العلاج	الضابطة الثانية	05	
عيدوني عمرو	تستفيد من جلسات الجزء الأول والثاني	التجريبية الثالثة	05	النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية
	لا تستفيد من أي نوع من العلاج	الضابطة الثالثة	05	

من خلال الجدول رقم (18) نلاحظ أن أفراد عينات الدراسة جاءت متساوية العدد حيث بلغ عدد كل مجموعة 05 حالات تعاني من أحد الأنواع الثلاثة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد قام الطالب بتطبيق البرنامج العلاجي المصمم وفق المراحل التالية:

رابعاً- مرحلة تطبيق البرنامج العلاجي:

تم تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة من خلال ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: تطبيق الجزء الأول الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه:

قبل تطبيق جلسات هذا الجزء قام الطالب بتقسيم الحالات التي تبين أنها تعاني من نمط سيطرة ضعف الانتباه من خلال استمارة التشخيص، وحصلت على درجات مرتفعة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بصورتيه المنزلية والمدرسية خاصة في بعد ضعف الانتباه، إلى عينتين واحدة تجريبية تستفيد من الجلسات العلاجية لهذا الجزء، وتسمى في هذه الدراسة العينة التجريبية الأولى، وأخرى ضابطة لا تستفيد من أي علاج وتسمى في هذه الدراسة العينة الضابطة الأولى، حيث كان التقسيم عشوائياً وبالتساوي 5 حالات في كل عينة مع مراعاة الطالب تجانس أفراد العينتين في بعض المتغيرات التي رأى أنها مهمة حيث يمكن تناولها على النحو التالي:

1- تجانس أفراد العينة التجريبية الأولى والعينة الضابطة الأولى في متغير نوع الاضطراب:

من أجل تحقيق تجانس أفراد العينتين في هذا المتغير راعى الطالب القاعدة التالية:

إذا وجدت ستة أعراض أو أكثر تدل على ضعف الانتباه، بينما تشير الأعراض الأخرى وهي أقل من ستة أعراض إلى زيادة النشاط الحركي والاندفاع، وهذا ما إنطبق على جميع الحالات في العينة التجريبية الأولى والعينة الضابطة الثانية.

2- تجانس أفراد العينة التجريبية الأولى والعينة الضابطة الأولى في شدة نمط سيطرة ضعف الانتباه:

من أجل مجانسة أفراد العينتين في هذا المتغير قام الطالب بالمقارنة بين نتائج أفراد العينة التجريبية الأولى ونتائج أفراد العينة الضابطة الأولى على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (الصورة المدرسية والمنزلية) في بعد ضعف الانتباه وكانت نتائج المقارنة باستخدام معامل t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين على النحو التالي:

جدول رقم (19) بين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين درجات العينتين في بعد ضعف الانتباه على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	العينة الضابطة الأولى		العينة التجريبية الأولى		البعء
				2ع	2م	1ع	1م	
غير دالة احصائيا	04	4,6	0.39	4.32	114	4.91	115	ضعف الانتباه

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة التجريبية الأولى ودرجات أفراد العينة الضابطة الأولى مما يشير إلى تجانس العينتين في متغير بعد ضعف الانتباه.

3- تجانس أفراد العينة التجريبية الأولى والعينة الضابطة الأولى في متغير السن:

من أجل مجانسة أفراد العينتين في هذا المتغير قام الطالب بالمقارنة بين أعمار أفراد العينة التجريبية الأولى وأعمار أفراد العينة الضابطة الأولى، حيث كان عمر كل حالة بالأشهر وليس السنوات وكانت نتائج المقارنة باستخدام معامل t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين على النحو التالي:

جدول رقم (20) يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين العينتين في متغير العمر بالأشهر.

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	العينة الضابطة الأولى		العينة التجريبية الأولى		البعء
				2ع	2م	1ع	1م	
غير دالة احصائيا	04	4,6	0.78	10.1	98.4	9.9	100	العمر بالأشهر

من خلال الجدول رقم (20) نلاحظ بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أعمار أفراد العينة التجريبية الأولى وأعمار أفراد العينة الضابطة الأولى، مما يشير إلى تجانس العينتين في متغير العمر.

4- تجانس أفراد العينة التجريبية الأولى والعينة الضابطة الأولى في أن كل فرد منها لم يخضع لأي نوع من العلاج لمدة ستة أشهر الأخيرة:

من خلال المقابلات التي أجراها الطالب مع معلمي وآباء الحالات تبين له أن أفراد العينتين لم يتلقوا أي نوع من العلاج خلال ستة أشهر الأخيرة مما يدل على تجانس أفراد العينتين في هذا المتغير. وبعد التأكد من تجانس أفراد العينة التجريبية الأولى والعينة الضابطة الأولى في المتغيرات التي حددها الطالب قام بتطبيق الجزء الأول من البرنامج العلاجي على العينة التجريبية الأولى والتي يعاني أفرادها من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد نمط سيطرة ضعف الانتباه بقاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو، حيث احتوى هذا الجزء على 10 جلسات علاجية استغرق تطبيقها 5 أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً.

المرحلة الثانية: تطبيق الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والإنذافية:

قبل تطبيق جلسات هذا الجزء قام الطالب بتقسيم الحالات التي تبين أنها تعاني من نمط سيطرة النشاط الزائد والإنذافية من خلال استمارة التشخيص، وحصلت على درجات مرتفعة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بصورتيه المنزلية والمدرسية خاصة في بعدي النشاط الزائد والإنذافية، إلى عينتين واحدة تجريبية تستفيد من الجلسات العلاجية لهذا الجزء، وتسمى في هذه الدراسة العينة التجريبية الثانية، وأخرى ضابطة لا تستفيد من أي علاج وتسمى في هذه الدراسة العينة الضابطة الثانية، حيث كان التقسيم عشوائياً وبالتساوي 5 حالات في كل عينة مع مراعاة الطالب تجانس أفراد العينتين في بعض المتغيرات التي رأى أنها مهمة حيث يمكن تناولها على النحو التالي:

1- تجانس أفراد العينة التجريبية الثانية والعينة الضابطة الثانية في متغير نوع الاضطراب:

من أجل تحقيق تجانس أفراد العينتين في هذا المتغير راعى الطالب القاعدة التالية:

إذا وجدت ستة أعراض أو أكثر تدل على النشاط الحركي الزائد والإنذافية، مع وجود أقل (من ستة أعراض) تشير إلى وجود نقص انتباه.

2- تجانس أفراد العينة التجريبية الثانية والعينة الضابطة الثانية في شدة نمط سيطرة النشاط الزائد والإنذافية:

من أجل مجانسة أفراد العينتين في هذا المتغير قام الطالب بالمقارنة بين نتائج أفراد العينة التجريبية الثانية ونتائج أفراد العينة الضابطة الثانية على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (الصورة المدرسية والمنزلية) في بعدي النشاط الزائد والإنذافية وكانت نتائج المقارنة باستخدام معامل t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين على النحو التالي:

جدول رقم (21) يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين درجات العينتين في بعد النشاط الزائد والإندفاعية على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	العينة الضابطة الثانية		العينة التجريبية الثانية		البعء
				2ع	2م	1ع	1م	
غير دالة احصائيا	04	4,6	1.94	11.9	183	3.67	187	النشاط الزائد والإندفاعية

من خلال الجدول رقم (21) نلاحظ بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة التجريبية الثانية ودرجات أفراد العينة الضابطة الثانية مما يشير إلى تجانس العينتين في متغير بعد النشاط الزائد والإندفاعية.

3- تجانس أفراد العينة التجريبية الثانية والعينة الضابطة الثانية في متغير السن:

من أجل مجانسة أفراد العينتين في هذا المتغير قام الطالب بالمقارنة بين أعمار أفراد العينة التجريبية الثانية وأعمار أفراد العينة الضابطة الثانية، حيث كان عمر كل حالة بالأشهر وليس السنوات وكانت نتائج المقارنة باستخدام مقياس t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين على النحو التالي:

جدول رقم (22) يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين العينتين في متغير العمر بالأشهر.

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	العينة الضابطة الثانية		العينة التجريبية الثانية		البعء
				2ع	2م	1ع	1م	
غير دالة احصائيا	04	4,6	1.36	9.05	98	6.57	95.2	العمر بالأشهر

من خلال الجدول رقم (22) نلاحظ بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أعمار أفراد العينة التجريبية الثانية وأعمار أفراد العينة الضابطة الثانية، مما يشير إلى تجانس العينتين في متغير العمر.

4- تجانس أفراد العينة التجريبية الثانية والعينة الضابطة الثانية في أن كل فرد منها لم يخضع لأي نوع من العلاج لمدة ستة أشهر الأخيرة:

من خلال المقابلات التي أجراها الطالب مع معلمي وآباء الحالات تبين له أن أفراد العينتين لم يتلقوا أي نوع من العلاج خلال ستة أشهر الأخيرة مما يدل على تكافؤ أفراد المجموعتين في هذا المتغير.

وبعد التأكد من تجانس أفراد العينة التجريبية الثانية والعينة الضابطة الثانية في المتغيرات التي حددها الطالب قام بتطبيق الجزء الثاني من البرنامج العلاجي على العينة التجريبية الثانية والتي يعاني أفرادها من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد نمط سيطرة النشاط الزائد والإندفاعية بقاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عبد الحميد بن باديس بدائرة ندرومة، حيث احتوى هذا الجزء على 10 جلسات علاجية استغرق تطبيقها 5 أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً.

المرحلة الثالثة: تطبيق الجزء الثالث الخاص بعلاج النمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية:

قبل تطبيق جلسات هذا الجزء قام الطالب بتقسيم الحالات التي تبين أنها تعاني من النمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية من خلال استمارة التشخيص، وحصلت على درجات مرتفعة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بصورتيه المنزلية والمدرسية في جميع الأبعاد، إلى عينتين واحدة تجريبية تستفيد من الجلسات العلاجية لهذا الجزء، وتسمى في هذه الدراسة العينة التجريبية الثالثة، وأخرى ضابطة لا تستفيد من أي علاج وتسمى في هذه الدراسة العينة الضابطة الثالثة، حيث كان التقسيم عشوائياً وبالتساوي 5 حالات في كل عينة مع مراعاة الطالب تجانس أفراد العينتين في بعض المتغيرات التي رأى أنها مهمة حيث يمكن تناولها على النحو التالي:

1- تجانس أفراد العينة التجريبية الثالثة والعينة الضابطة الثالثة في متغير نوع الاضطراب:

من أجل تحقيق تجانس أفراد المجموعتين في هذا المتغير راعى الطالب القاعدة التالية:

إذا وجدت ستة أعراض أو أكثر من ضعف الانتباه و ستة أعراض أو أكثر تدل على النشاط الحركي الزائد والاندفاع.

2- تجانس أفراد العينة التجريبية الثالثة والعينة الضابطة الثالثة في شدة النمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية:

من أجل مجانسة أفراد العينتين في هذا المتغير قام الطالب بالمقارنة بين نتائج أفراد العينة التجريبية الثالثة ونتائج أفراد العينة الضابطة الثالثة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (الصورة المدرسية والمنزلية) في جميع الأبعاد وكانت نتائج المقارنة باستخدام مقياس t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين على النحو التالي:

جدول رقم (23) بين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين درجات العينتين في جميع الأبعاد على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	العينة الضابطة الثالثة		العينة التجريبية الثالثة		البعد
				2ع	2م	1ع	1م	
غير دالة احصائيا	04	4,6	1.26	7.6	239	2.68	242	ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية

من خلال الجدول رقم (23) نلاحظ بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة التجريبية الثالثة ودرجات أفراد العينة الضابطة الثالثة مما يشير إلى تجانس العينتين في متغير بعد ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية.

3- تجانس أفراد العينة التجريبية الثالثة والعينة الضابطة الثالثة في متغير السن:

من أجل مجانسة أفراد العينتين في هذا المتغير قام الطالب بالمقارنة بين أعمار أفراد العينة التجريبية الثالثة وأعمار أفراد العينة الضابطة الثالثة، حيث كان عمر كل حالة بالأشهر وليس السنوات وكانت نتائج المقارنة باستخدام معامل T لدراسة الفرق بين عينتين مستقلتين على النحو التالي:

جدول رقم (24) يبين نتائج المقارنة بين المجموعتين في متغير العمر بالأشهر.

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	العينة الضابطة الثالثة		العينة التجريبية الثالثة		البعد
				2ع	2م	1ع	1م	
غير دالة احصائيا	04	4,6	0.19	10.14	97.6	12.2	97.2	العمر بالأشهر

من خلال الجدول رقم (24) نلاحظ بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أعمار أفراد العينة التجريبية الثالثة وأعمار أفراد العينة الضابطة الثالثة، مما يشير إلى تجانس العينتين في متغير العمر.

4- تجانس أفراد العينة التجريبية الثالثة والعينة الضابطة الثالثة في أن كل فرد منها لم يخضع لأي نوع من العلاج لمدة ستة أشهر الأخيرة:

من خلال المقابلات التي أجراها الطالب مع معلمي وآباء الحالات تبين له أن أفراد العينتين لم يتلقوا أي نوع من العلاج خلال ستة أشهر الأخيرة مما يدل على تكافؤ أفراد المجموعتين في هذا المتغير.

وبعد التأكد من تجانس أفراد العينة التجريبية الثالثة والعينة الضابطة الثالثة في المتغيرات التي حددها الطالب قام بتطبيق الجزء الثالث من البرنامج العلاجي على العينة التجريبية الثالثة والتي يعاني أفرادها من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع المركب بقاعة خاصة بالمدرسة الابتدائية عيدوني عمرو ، حيث احتوى هذا الجزء على 20 جلسة علاجية استغرق تطبيقها 7 أسابيع بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً.

رابعاً- مرحلة التقييم البعدي:

بعد الانتهاء من تطبيق جميع جلسات البرنامج العلاجي الخاصة بالأنماط الثلاثة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، قام الطالب بالاتصال بمعلمي وآباء الحالات التي استفادت من هذه الجلسات والتي لم تستفد من أي نوع من العلاج من أجل الاستجابة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وفي مايلي عرض للنتائج المتوصل إليها بعد تفريغ الاستجابات على المقياس ككل بصورته المنزلية والمدرسية:

1- النتائج الخاصة بالتقييم البعدي للمجموعة التجريبية الأولى التي استفادت من جلسات الجزء الأول من البرنامج العلاجي والعينة الضابطة الأولى التي لم تستفد من أي نوع من العلاج:

بعد تفريغ الاستجابات الخاصة بأفراد العينة التجريبية الأولى التي استفادت من جلسات الجزء الأول من البرنامج العلاجي واستجابات أفراد العينة الضابطة الأولى التي لم تستفد من أي نوع من العلاج على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في صورته المنزلية والمدرسية تم رصد الدرجات المبينة في الملحق رقم (06).

2- النتائج الخاصة بالتقييم البعدي للمجموعة التجريبية الثانية التي استفادت من جلسات الجزء الثاني من البرنامج العلاجي والعينة الضابطة الثانية التي لم تستفد من أي نوع من العلاج:

بعد تفريغ الاستجابات الخاصة بأفراد العينة التجريبية الثانية التي استفادت من جلسات الجزء الثاني من البرنامج العلاجي واستجابات أفراد العينة الضابطة الثانية التي لم تستفد من أي نوع من العلاج على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في صورته المنزلية والمدرسية تم رصد الدرجات المبينة في الملحق رقم (07).

3- النتائج الخاصة بالتقييم البعدي للمجموعة التجريبية الثالثة التي استفادت من جلسات الجزء الثالث من البرنامج العلاجي والعينة الضابطة الثالثة التي لم تستفد من أي نوع من العلاج:

بعد تفريغ الاستجابات الخاصة بأفراد العينة التجريبية الثالثة التي استفادت من جلسات الجزء الثالث من البرنامج العلاجي واستجابات أفراد العينة الضابطة الثالثة التي لم تستفد من أي نوع من العلاج على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في صورته المنزلية والمدرسية تم رصد الدرجات المبينة في الملحق رقم (08).

خامسا- مرحلة المتابعة:

بعد الانتهاء من تطبيق جميع جلسات الأجزاء الثلاثة للبرنامج العلاجي، انتظر الطالب مرور مدة شهرين من أجل تطبيق القياس التبعي لمعرفة مدى استمرار البرنامج العلاجي في الحفاظ على التغيرات الإيجابية التي أحدثتها، وبالإضافة إلى معرفة ما إذا كان نجاح البرنامج العلاجي مرتبط فقط بفترة تطبيقه أم يستمر حتى بعد الإنهاء من تطبيقه، لذلك قام الطالب بإجراء قياس تبعي على أفراد العينات التجريبية الثالثة التي استفادت من جلسات البرنامج العلاجي وذلك بالإستجابة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من طرف معلمي الحالات بالنسبة للصورة المدرسية وآباء الحالات بالنسبة للصورة المنزلية، وفي مايلي النتائج الخاصة بالتقييم التبعي لأفراد العينات التجريبية الثالثة:

1- النتائج الخاصة بالتقييم التبعي لأفراد العينة التجريبية الأولى التي استفادت من جلسات الجزء الأول من البرنامج العلاجي: إن الدرجات الخاصة بهذه العينة موجودة في الملحق رقم (09).

2- النتائج الخاصة بالتقييم التبعي لأفراد العينة التجريبية الثانية التي استفادت من جلسات الجزء الثاني من البرنامج العلاجي: إن الدرجات الخاصة بهذه العينة موجودة في الملحق رقم (10).

3- النتائج الخاصة بالتقييم التبعي لأفراد العينة التجريبية الثالثة التي استفادت من جلسات الجزء الثالث من البرنامج العلاجي: إن الدرجات الخاصة بهذه العينة موجودة في الملحق رقم (11).

سادسا- عرض النتائج وتحليلها:

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

والتي تنص على مايلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الأولى والعينة الضابطة الأولى بعد تطبيق الجزء الأول من البرنامج العلاجي الخاص بنمط سيطرة ضعف الانتباه لصالح أفراد العينة التجريبية".

لهذا الغرض قام الطالب بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة التجريبية الأولى ودرجات أفراد العينة الضابطة الأولى، بعد تطبيق الجزء الأول من البرنامج العلاجي لاستخراج قيمة t الخاصة بدراسة عينتين مرتبطتين وكانت النتائج كمايلي:

جدول رقم (25) يبين نتيجة الدلالة الإحصائية لاختبار t للفروق بين نتائج العينة الضابطة الأولى والتجريبية

الأولى على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في القياس البعدي.

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	الجدولية t	التجريبية t	العينة التجريبية الأولى ن=5		العينة الضابطة الأولى ن=5		مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
				2ع	2م	1ع	1م	
				دالة إحصائية	09	2,82	15.57	
دالة إحصائية	09	2,82	9.48	4.39	103.6	6.96	143	الصورة المدرسية
دالة إحصائية	09	2,82	13.3	2.70	42.6	3.34	65.8	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	6.28	2.68	31.2	2.23	39	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	5.46	2.38	29.8	2.38	38.2	بعد الإندفاعية
دالة إحصائية	09	2,82	25.34	1.94	81.6	3.57	103.4	الصورة المنزلية
دالة إحصائية	09	2,82	10.13	0.7	32	2.3	41.4	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	5.29	1.14	24,6	2	31	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	4.74	2	25	2.73	31	بعد الإندفاعية

من خلال الجدول رقم (25) فإن حجم العينة الضابطة الأولى يقدر بـ 05 أطفال وحجم العينة التجريبية الأولى يقدر كذلك بـ 05 أطفال يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه، وأن متوسط العينة الضابطة الأولى في الدرجة الكلية للمقياس قدر بـ 246,4 وانحراف معياري 6,18، ومتوسط العينة التجريبية الأولى قدر بـ 185,2 وانحراف معياري 5,26 وبحساب الفرق بين نتائج العينة التجريبية الأولى ونتائج العينة الضابطة الأولى في القياس البعدي اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للمقياس وجميع أبعاد الصورة المدرسية والمنزلية، حيث بلغت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس 15,57 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعكس فاعلية الجزء الأول من البرنامج العلاجي في تنمية مهارات الانتباه والتركيز عند أفراد العينة التجريبية الأولى.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المدرسية للمقياس فقد قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة الضابطة الأولى بـ 143 وانحراف معياري 6,69 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الأولى بـ 103,06 وانحراف معياري 4,39 وبحساب الفروق بين نتائج أفراد العينة التجريبية الأولى ونتائج العينة الضابطة الأولى في القياس البعدي على الصورة المدرسية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصورة المدرسية وجميع أبعادها سواء بعد ضعف الانتباه أو بعد النشاط الزائد أو بعد الإندفاعية، حيث قدرت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية لهذه الصورة بـ 9,48 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعكس فاعلية الجزء الأول من البرنامج العلاجي في الدرجة الكلية للصورة المدرسية بجميع أبعادها.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المنزلية للمقياس فقد قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة الضابطة الأولى بـ 103,4 وانحراف معياري 3,57 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الأولى بـ 81,6 وانحراف معياري 1,94 وبحساب الفروق بين نتائج أفراد العينة التجريبية الأولى ونتائج العينة الضابطة الأولى في القياس البعدي على الصورة المدرسية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصورة المدرسية وجميع أبعادها سواء بعد ضعف الانتباه أو بعد النشاط الزائد أو بعد الإندفاعية، حيث قدرت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية لهذه الصورة بـ 25,34 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعكس فاعلية الجزء الأول من البرنامج العلاجي في الدرجة الكلية للصورة المنزلية بجميع أبعادها.

ولمعرفة حجم تأثير هذا الجزء من البرنامج العلاجي قمنا بحساب (n2) لمعرفة حجم تأثير المتغير المستقل الذي هو الجزء الأول من البرنامج العلاجي في المتغير التابع الذي هو اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النمط الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه، وقد توصلنا إلى مجموعة من النتائج يمكن تبويبها في الجدول التالي:

جدول رقم (26) يبين قيمة (n2) ومقدار حجم تأثير الجزء الأول من البرنامج العلاجي في القياس البعدي لأفراد العينة التجريبية الأولى:

حجم التأثير	D	قيمة n2	D.F	t 2	t
كبير	9,6	0,96	09	242,42	15,57

من خلال الجدول رقم (26) نلاحظ أن قيمة (n2) قدرت بـ 0.96 وقيمة (D) 9,6 حيث تشير هذه النتيجة إلى أن حجم تأثير الجزء الأول من البرنامج العلاجي كان كبيرا في تنمية مهارات الانتباه والتركيز عند أفراد العينة التجريبية الأولى.

وتجدر الإشارة أنّ الفروق كانت دالة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لنتائج مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند نفس أفراد العينة التجريبية الأولى التي شارك أفرادها في جلسات الجزء الأول من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه والنتائج التالية توضح ذلك.

الجدول رقم (27) يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي عند نفس أفراد العينة التجريبية الأولى:

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	الجدولية t	التجريبية t	العينة التجريبية الأولى بعد التطبيق ن=5		العينة التجريبية الأولى قبل التطبيق ن=5		مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
				2ع	2م	1ع	1م	
دالة إحصائية	09	2,82	11.99	5.26	185.2	9.11	255	المقياس ككل
دالة إحصائية	09	2,82	11.49	4.39	103.6	6.05	152.2	الصورة المدرسية
دالة إحصائية	09	2,82	17.64	2.70	42.6	3.11	71.8	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	3.30	2.68	31.2	3.78	39.6	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	6.24	2.38	29.8	3.03	40.8	بعد الإندفاعية
دالة إحصائية	09	2,82	11.60	1.94	81.6	4.6	102.8	الصورة المنزلية
دالة إحصائية	09	2,82	22.4	0.7	32	1.3	42.8	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	7.07	1.14	24,6	1.34	29.6	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	4.81	2	25	2.88	30.4	بعد الإندفاعية

من خلال الجدول رقم (27) الذي يوضح نتائج المقارنة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للعينة التجريبية الأولى، وباستخدام مقياس t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للمقياس وجميع أبعاد الصورة المدرسية والمنزلية، حيث بلغت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس 11.99 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تؤكد فاعلية الجزء الأول من البرنامج العلاجي الخاص بنمط سيطرة ضعف الانتباه.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

والتي تنص على مايلي: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثانية والعينة الضابطة الثانية بعد تطبيق الجزء الثاني من البرنامج العلاجي الخاص بنمط سيطرة النشاط الزائد والإندفاعية لصالح أفراد العينة التجريبية الثانية".

لهذا الغرض قام الطالب بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة التجريبية الثانية ودرجات أفراد العينة الضابطة الثانية، بعد تطبيق الجزء الثاني من البرنامج العلاجي لاستخراج قيمة t الخاصة بدراسة عينتين مرتبطتين وكانت النتائج كمايلي:

جدول رقم (28) يبين نتيجة الدلالة الإحصائية لاختبار t للفروق بين نتائج العينة الضابطة الثانية والتجريبية الثانية على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في القياس البعدي.

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	الجدولية t	التجريبية t	العينة التجريبية الثانية ن=5		العينة الضابطة الثانية ن=5		مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
				2ع	2م	1ع	1م	
دالة إحصائية	09	2,82	12,94	8,65	183	5,16	213,2	المقياس ككل
دالة إحصائية	09	2,82	16,43	5,76	103	2,77	129,8	الصورة المدرسية
دالة إحصائية	09	2,82	8,23	1,14	25,6	2,07	30,4	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	9,61	2,38	39,2	2,23	49	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	13,37	4,3	38	3,71	50,4	بعد الإندفاعية
دالة إحصائية	09	2,82	9,55	3,73	80,6	4,27	101,4	الصورة المنزلية
دالة إحصائية	09	2,82	2,25	2,41	18,6	1,51	21,4	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	5,11	2,07	30,4	2,3	39,6	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	5,13	2,41	31,6	3,36	40,4	بعد الإندفاعية

من خلال الجدول رقم (28) فإن حجم العينة الضابطة الثانية يقدر بـ 05 أطفال وحجم العينة التجريبية الثانية يقدر كذلك بـ 05 أطفال يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإندفاعية، وأن متوسط العينة الضابطة الثانية في الدرجة الكلية للمقياس قدر بـ 231,2 وانحراف معياري 5,16، ومتوسط العينة التجريبية الثانية قدر بـ 183 وانحراف معياري 8,65 وبحساب الفرق بين نتائج العينة التجريبية الثانية ونتائج العينة الضابطة الثانية في القياس البعدي اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للمقياس وجميع أبعاد الصورة المدرسية والمنزلية، حيث بلغت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس 12,94 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق

ذات دلالة إحصائية تعكس فاعلية الجزء الثاني من البرنامج العلاجي في خفض مستوى النشاط الزائد والإنذافية عند أفراد العينة التجريبية الثانية.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المدرسية للمقياس فقد قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة الضابطة الثانية بـ 129,8 وانحراف معياري 2,77 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الثانية بـ 103 وانحراف معياري 5,76 وبحساب الفروق بين نتائج أفراد العينة التجريبية الثانية ونتائج العينة الضابطة الثانية في القياس البعدي على الصورة المدرسية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصورة المدرسية وجميع أبعادها سواء بعد ضعف الانتباه أو بعد النشاط الزائد أو بعد الإنذافية، حيث قدرت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية لهذه الصورة بـ 16,43 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعكس فاعلية الجزء الثاني من البرنامج العلاجي في الدرجة الكلية للصورة المدرسية بجميع أبعادها.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المنزلية للمقياس فقد قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة الضابطة الثانية بـ 101,4 وانحراف معياري 4,27 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الثانية بـ 80,6 وانحراف معياري 3,73 وبحساب الفروق بين نتائج أفراد العينة التجريبية الثانية ونتائج العينة الضابطة الثانية في القياس البعدي على الصورة المدرسية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصورة المدرسية وجميع أبعادها سواء بعد ضعف الانتباه أو بعد النشاط الزائد أو بعد الإنذافية، حيث قدرت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية لهذه الصورة بـ 9,55 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعكس فاعلية الجزء الثاني من البرنامج العلاجي في الدرجة الكلية للصورة المنزلية بجميع أبعادها.

ولمعرفة حجم تأثير هذا الجزء من البرنامج العلاجي قمنا بحساب ($n2$) لمعرفة حجم تأثير المتغير المستقل الذي هو الجزء الثاني من البرنامج العلاجي في المتغير التابع الذي هو اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النمط الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإنذافية، وقد توصلنا إلى مجموعة من النتائج يمكن تبويبها في الجدول التالي:

جدول رقم (29) يبين قيمة ($n2$) ومقدار حجم تأثير الجزء الثاني من البرنامج العلاجي في القياس البعدي لأفراد العينة التجريبية الثانية:

حجم التأثير	D	قيمة n2	D.F	t 2	t
كبير	8,81	0,95	09	167,44	12,94

من خلال الجدول رقم (28) نلاحظ أن قيمة ($n2$) قدرت بـ 0,95 وقيمة (D) 8,81 حيث تشير

هذه النتيجة إلى أن حجم تأثير الجزء الثاني من البرنامج العلاجي كان كبيرا في خفض مستوى النشاط الزائد والاندفاعية عند أفراد العينة التجريبية الثانية.

كما أنّ الفروق كانت دالة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لنتائج مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند نفس أفراد العينة التجريبية الثانية التي شارك أفرادها في جلسات الجزء الثاني من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية والنتائج التالية توضح ذلك.

الجدول رقم (30) يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي عند نفس أفراد العينة التجريبية الثانية:

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	الجدولية t	التجريبية t	العينة التجريبية الثانية بعد التطبيق 5=ن		العينة التجريبية الثانية قبل التطبيق 5=ن		مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
				2ع	2م	1ع	1م	
				دالة إحصائية	09	2,82	12.5	
دالة إحصائية	09	2,82	7.61	5,76	103	2.86	130.2	الصورة المدرسية
غير دالة	09	2,82	2.06	1,14	25,6	1.64	27.8	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	8.77	2,38	39,2	1.64	49.8	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	4.99	4,3	38	2.88	52.6	بعد الإندفاعية
دالة إحصائية	09	2,82	24.32	3,73	80,6	4.21	105.4	الصورة المنزلية
غير دالة	09	2,82	1.62	2,41	18,6	1.48	20.8	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	9.43	2,07	30,4	2.95	41.8	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	15.2	2,41	31,6	2.59	42.8	بعد الإندفاعية

من خلال الجدول رقم (30) الذي يوضح نتائج المقارنة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للعينة التجريبية

الثانية، وباستخدام مقياس t لدراسة الفرق بين عيّنتين مرتبطتين اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة

الكلية للمقياس وجميع أبعاد الصورة المدرسية والمنزلية باستثناء بعد ضعف الانتباه في الصورتين، حيث بلغت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس 12,5 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعكس فاعلية الجزء الثاني من البرنامج العلاجي في خفض مستوى النشاط الزائد والإنذافية عند أفراد العينة التجريبية الثانية.

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

والتي تنص على مايلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثالثة والعينة الضابطة الثالثة بعد تطبيق الجزء الثالث من البرنامج العلاجي الخاص بنمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية لصالح أفراد العينة التجريبية".

لهذا الغرض قام الطالب بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة التجريبية الثالثة ودرجات أفراد العينة الضابطة الثالثة، بعد تطبيق الجزء الثالث من البرنامج العلاجي لاستخراج قيمة t الخاصة بدراسة عينتين مرتبطتين وكانت النتائج كمايلي:

جدول رقم (31) يبين نتيجة الدلالة الإحصائية لاختبار t للفروق بين نتائج العينة الضابطة الثالثة والتجريبية

الثالثة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في القياس البعدي.

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	العينة التجريبية الثالثة ن=5		العينة الضابطة الثالثة ن=5		مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
				ع2	م2	ع1	م1	
				دالة إحصائية	09	2,82	22,33	
دالة إحصائية	09	2,82	18,52	3,20	116,4	3,63	152,8	الصورة المدرسية
دالة إحصائية	09	2,82	6,91	2,77	37,2	1,82	50,6	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	6,62	1,92	41,2	2,16	51,8	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	8,43	3,16	38	3,84	50,4	بعد الإنذافية
دالة إحصائية	09	2,82	12,36	3,03	77,2	2,07	96,6	الصورة المنزلية
دالة إحصائية	09	2,82	6,11	1	24	3,21	33,4	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	5,11	1,92	27,2	1,92	32,2	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	9,12	1,58	26	1,58	31	بعد الإنذافية

من خلال الجدول رقم (31) فإن حجم العينة الضابطة الثالثة يقدر بـ 05 أطفال وحجم العينة التجريبية الثالثة يقدر كذلك بـ 05 أطفال يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية، وأن متوسط العينة الضابطة الثالثة في الدرجة الكلية للمقياس قدر بـ 249,4 وانحراف معياري 2,3، ومتوسط العينة التجريبية الثالثة قدر بـ 193,6 وانحراف معياري 4,82 وبحساب الفرق بين نتائج العينة التجريبية الثالثة ونتائج العينة الضابطة الثالثة في القياس البعدي اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للمقياس وجميع أبعاد الصورة المدرسية والمنزلية، حيث بلغت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس 22,33 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعكس فاعلية الجزء الثالث من البرنامج العلاجي في علاج النوع المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية عند أفراد العينة التجريبية الثالثة.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المدرسية للمقياس فقد قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة الضابطة الثالثة بـ 152,8 وانحراف معياري 3,63 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الثالثة بـ 116,4 وانحراف معياري 3,2 وبحساب الفروق بين نتائج أفراد العينة التجريبية الثالثة ونتائج العينة الضابطة الثالثة في القياس البعدي على الصورة المدرسية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصورة المدرسية وجميع أبعادها سواء بعد ضعف الانتباه أو بعد النشاط الزائد أو بعد الإنذافية، حيث قدرت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية لهذه الصورة بـ 18,52 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعكس فاعلية الجزء الثالث من البرنامج العلاجي في الدرجة الكلية للصورة المدرسية بجميع أبعادها.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المنزلية للمقياس فقد قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة الضابطة الثالثة بـ 96,6 وانحراف معياري 2,07 بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الثالثة بـ 77,2 وانحراف معياري 3,03 وبحساب الفروق بين نتائج أفراد العينة التجريبية الثالثة ونتائج العينة الضابطة الثالثة في القياس البعدي على الصورة المدرسية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصورة المدرسية وجميع أبعادها سواء بعد ضعف الانتباه أو بعد النشاط الزائد أو بعد الإنذافية، حيث قدرت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية لهذه الصورة بـ 12,36 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعكس فاعلية الجزء الثالث من البرنامج العلاجي في الدرجة الكلية للصورة المنزلية بجميع أبعادها.

ولمعرفة حجم تأثير هذا الجزء من البرنامج العلاجي قمنا بحساب (n2) لمعرفة حجم تأثير المتغير المستقل الذي هو الجزء الثاني من البرنامج العلاجي في المتغير التابع الذي هو اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية، وقد توصلنا إلى مجموعة من النتائج يمكن تبويبها في الجدول التالي:

جدول رقم (32) يبين قيمة (n2) ومقدار حجم تأثير الجزء الثالث من البرنامج العلاجي في القياس البعدي لأفراد العينة التجريبية الثالثة:

حجم التأثير	D	قيمة n2	D.F	t 2	t
كبير	14,07	0,98	09	498,62	22,33

من خلال الجدول رقم (32) نلاحظ أن قيمة (n2) قدرت بـ 0,98 وقيمة (D) 14,07 حيث تشير هذه النتيجة إلى أن حجم تأثير الجزء الثالث من البرنامج العلاجي كان كبيرا في خفض تشتت الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية عند أفراد العينة التجريبية الثالثة.

مع العلم أن الفروق كانت دالة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لنتائج مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند نفس أفراد العينة التجريبية الثالثة التي شارك أفرادها في جلسات الجزء الثالث من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج النمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية والنتائج التالية توضح ذلك.

الجدول رقم (33) يبين نتائج مقياس t لدراسة الفرق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي عند نفس أفراد العينة التجريبية الثالثة:

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	العينة التجريبية الثالثة بعد التطبيق ن=5		العينة التجريبية الثالثة قبل التطبيق ن=5		مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
				ع2	م2	ع1	م1	
				دالة إحصائية	09	2,82	16.23	
دالة إحصائية	09	2,82	18.33	3,20	116,4	3.31	149	الصورة المدرسية
دالة إحصائية	09	2,82	3.93	2,77	37,2	4.22	48.4	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	5.34	1,92	41,2	3.19	51.2	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	7.58	3,16	38	1.51	49.4	بعد الإندفاعية
دالة إحصائية	09	2,82	11.31	3,03	77,2	2.28	93.2	الصورة المنزلية
دالة إحصائية	09	2,82	7.37	1	24	2.3	32.6	بعد ضعف الانتباه
دالة إحصائية	09	2,82	2.44	1,92	27,2	1.3	30.2	بعد النشاط الزائد
دالة إحصائية	09	2,82	3.41	1,58	26	3.57	30.4	بعد الإندفاعية

من خلال الجدول رقم (33) الذي يوضح نتائج المقارنة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للعينة التجريبية الثالثة، وباستخدام مقياس t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للمقياس وجميع أبعاد الصورة المدرسية والمنزلية، حيث بلغت t المحسوبة بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس 16,23 وهي أكبر من t الجدولية 2,82 عند درجة حرية 09 ومستوى دلالة معنوية 0,01، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعكس فاعلية الجزء الثالث من البرنامج العلاجي الخاص بالنمط المركب.

6- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

والتي تنص على مايلي: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العينة التجريبية الأولى في نمط سيطرة ضعف الانتباه في القياسين البعدي والتتبعي".

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الطالب مقياس t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين للكشف عن استمرار فاعلية الجزء الأول من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه الذي خضع له أفراد العينة التجريبية الأولى، حيث يبين الجدول الموالي نتائج المقارنة بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي لهذه العينة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في الدرجة الكلية ودرجة الصورة المدرسية والمنزلية بجميع أبعادها.

جدول رقم (34) يبين نتائج المقارنة بين القياسين البعدي والتتبعي للعينة التجريبية الأولى على مقياس اضطراب

ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	العينة التجريبية الأولى				مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
				القياس البعدي		القياس التتبعي		
				ع2	م2	ع1	م1	
غير دالة	04	4,6	4,04	5,26	185,2	3,03	191,8	المقياس ككل
غير دالة	04	4,6	3,16	4,39	103,6	2,3	106,6	الصورة المدرسية
غير دالة	04	4,6	2,13	2,7	42,6	2,96	43,4	بعد ضعف الانتباه
غير دالة	04	4,6	3,5	2,68	31,2	2,4	32,6	بعد النشاط الزائد
غير دالة	04	4,6	2,13	2,38	29,8	1,67	30,6	بعد الإندفاعية
غير دالة	04	4,6	4,43	1,94	81,6	2,58	85,2	الصورة المنزلية
غير دالة	04	4,6	3,5	0,7	32	1,14	33,4	بعد ضعف الانتباه
غير دالة	04	4,6	3,16	1,14	24,6	1,67	25,6	بعد النشاط الزائد
غير دالة	04	4,6	3,2	2	25	1,64	26,2	بعد الإندفاعية

من خلال الجدول رقم (34) فإن المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الأولى في القياس التتبعي قدر بـ 191,8 وانحراف معياري 3,03، بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد نفس العينة في القياس البعدي بـ 185,2 وانحراف معياري 5,26 وبحساب نتائج أفراد هذه العينة في القياس البعدي والقياس التتبعي اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات العينة التجريبية الأولى في القياسين البعدي والتتبعي على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث بلغت قيمة t التجريبية 4,04 وهي أصغر من قيمة t الجدولية

التي بلغت 4,6 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 04 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الأولى في القياسين البعدي والتبقي، وهذا يعكس استمرارية فعالية الجزء الأول من البرنامج العلاجي في تحسين مهارات الانتباه.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المدرسية فقد بلغ المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الأولى في القياس التبقي 106,6 وانحراف معياري 2,3 بينما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد نفس العينة في القياس البعدي 103,6 وانحراف معياري 4,39 وبحساب نتائج أفراد هذه العينة في القياس البعدي والقياس التبقي اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات العينة التجريبية الأولى في القياسين البعدي والتبقي على درجة الصورة المدرسية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث بلغت قيمة t التجريبية 3,16 وهي أصغر من قيمة t الجدولية التي بلغت 4,6 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 04 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الأولى في القياسين البعدي والتبقي، وهذا يعكس استمرارية فعالية الجزء الأول من البرنامج العلاجي في تحسين مستوى جميع الأبعاد الخاصة بهذه الصورة.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المنزلية فقد بلغ المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الأولى في القياس التبقي 85,2 وانحراف معياري 2,58 بينما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد نفس العينة في القياس البعدي 81,6 وانحراف معياري 1,94 وبحساب نتائج أفراد هذه العينة في القياس البعدي والقياس التبقي اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات العينة التجريبية الأولى في القياسين البعدي والتبقي على درجة الصورة المنزلية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث بلغت قيمة t التجريبية 4,43 وهي أصغر من قيمة t الجدولية التي بلغت 4,6 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 04 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الأولى في القياسين البعدي والتبقي، وهذا يعكس استمرارية فعالية الجزء الأول من البرنامج العلاجي في تحسين مستوى جميع الأبعاد الخاصة بهذه الصورة.

7- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

والتي تنص على مايلي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العينة التجريبية الثانية في نمط سيطرة النشاط الزائد والإنذاعية في القياسين البعدي والتبقي".

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الطالب مقياس t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين للكشف عن استمرار فاعلية الجزء الثاني من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والإنذاعية الذي خضع له

أفراد العينة التجريبية الثانية، حيث يبين الجدول الموالي نتائج المقارنة بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي لهذه العينة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في الدرجة الكلية ودرجة الصورة المدرسية والمنزلية بجميع أبعادها.

جدول رقم (35) يبين نتائج المقارنة بين القياسين البعدي والتتبعي للعينة التجريبية الثانية على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	العينة التجريبية الثانية				مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
				القياس البعدي		القياس التتبعي		
				2ع	2م	1ع	1م	
غير دالة	04	4,6	3,97	8,64	183,4	8,45	190	المقياس ككل
غير دالة	04	4,6	2,8	5,76	102,8	5,8	107,2	الصورة المدرسية
غير دالة	04	4,6	2,82	1,14	25,6	2,3	27,6	بعد ضعف الانتباه
غير دالة	04	4,6	2,44	2,38	39,2	1,92	39,8	بعد النشاط الزائد
غير دالة	04	4,6	1,32	4,3	38	4,65	39,8	بعد الإندفاعية
غير دالة	04	4,6	3,31	3,78	80,6	3,27	82,8	الصورة المنزلية
غير دالة	04	4,6	2,44	2,41	18,6	2,28	19,2	بعد ضعف الانتباه
غير دالة	04	4,6	2,13	2,07	30,4	1,3	31,2	بعد النشاط الزائد
غير دالة	04	4,6	1,63	2,4	31,6	1,51	32,4	بعد الإندفاعية

من خلال الجدول رقم (35) فإن المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الثانية في القياس التتبعي قدر بـ 190 وانحراف معياري 8,45، بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد نفس العينة في القياس البعدي بـ 183,4 وانحراف معياري 8,64 وبحساب نتائج أفراد هذه العينة في القياس البعدي والقياس التتبعي اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات العينة التجريبية الثانية في القياسين البعدي والتتبعي على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث بلغت قيمة t التجريبية 3,97 وهي أصغر من قيمة t الجدولية التي بلغت 4,6 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 04 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية

بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثانية في القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يعكس استمرارية فعالية الجزء الثاني من البرنامج العلاجي في خفض مستوى النشاط الزائد والإنذافية.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المدرسية فقد بلغ المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الثانية في القياس التتبعي 107,2 وانحراف معياري 5,8 بينما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد نفس العينة في القياس البعدي 102,8 وانحراف معياري 5,76 وبحساب نتائج أفراد هذه العينة في القياس البعدي والقياس التتبعي اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات العينة التجريبية الثانية في القياسين البعدي والتتبعي على درجة الصورة المدرسية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث بلغت قيمة t التجريبية 2,8 وهي أصغر من قيمة t الجدولية التي بلغت 4,6 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 04 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثانية في القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يعكس استمرارية فعالية الجزء الثاني من البرنامج العلاجي في تحسين مستوى جميع الأبعاد الخاصة بهذه الصورة.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المنزلية فقد بلغ المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الثانية في القياس التتبعي 82,8 وانحراف معياري 3,27 بينما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد نفس العينة في القياس البعدي 80,6 وانحراف معياري 3,78 وبحساب نتائج أفراد هذه العينة في القياس البعدي والقياس التتبعي اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات العينة التجريبية الثانية في القياسين البعدي والتتبعي على درجة الصورة المنزلية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث بلغت قيمة t التجريبية 3,31 وهي أصغر من قيمة t الجدولية التي بلغت 4,6 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 04 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثانية في القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يعكس استمرارية فعالية الجزء الثاني من البرنامج العلاجي في تحسين مستوى جميع الأبعاد الخاصة بهذه الصورة.

8- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

والتي تنص على مايلي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العينة التجريبية الثالثة في نمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية في القياسين البعدي والتتبعي".

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الطالب مقياس t لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين للكشف عن استمرار فاعلية الجزء الثالث من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج النمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية والذي خضع له أفراد العينة التجريبية الثالثة، حيث يبين الجدول الموالي نتائج المقارنة بين

متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي لهذه العينة على مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في الدرجة الكلية ودرجة الصورة المدرسية والمنزلية بجميع أبعادها.

جدول رقم (36) يبين نتائج المقارنة بين القياسين البعدي والتتبعي للعينة التجريبية الثالثة على مقياس اضطراب

ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

مستوى الدلالة عند: 0,01	D.F	t الجدولية	t التجريبية	العينة التجريبية الثالثة				مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
				القياس البعدي		القياس التتبعي		
				2ع	2م	1ع	1م	
غير دالة	04	4,6	3,34	4,82	193,6	7,39	201,2	المقياس ككل
غير دالة	04	4,6	4,24	3,20	116,4	3,64	119,4	الصورة المدرسية
غير دالة	04	4,6	3,5	2,77	37,2	3,2	38,6	بعد ضعف الانتباه
غير دالة	04	4,6	3,16	1,92	41,2	1,64	42,2	بعد النشاط الزائد
غير دالة	04	4,6	1,5	3,16	38	2,6	38,6	بعد الإندفاعية
غير دالة	04	4,6	2,37	3,03	77,2	4,14	81,8	الصورة المنزلية
غير دالة	04	4,6	1,77	1	24	2,58	26,2	بعد ضعف الانتباه
غير دالة	04	4,6	3,16	1,92	27,2	2,16	28,2	بعد النشاط الزائد
غير دالة	04	4,6	2,74	1,58	26	1,14	27,4	بعد الإندفاعية

من خلال الجدول رقم (36) فإن المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الثالثة في القياس التتبعي قدر بـ 201,2 وانحراف معياري 7,39، بينما قدر المتوسط الحسابي لأفراد نفس العينة في القياس البعدي بـ 193,6 وانحراف معياري 4,82 وبحساب نتائج أفراد هذه العينة في القياس البعدي والقياس التتبعي اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات العينة التجريبية الثالثة في القياسين البعدي والتتبعي على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث بلغت قيمة t التجريبية 4,34 وهي أصغر من قيمة t الجدولية التي بلغت 4,6 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 04 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية

بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثالثة في القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يعكس استمرارية فعالية الجزء الثالث من البرنامج العلاجي في خفض مستوى تشتت الانتباه والنشاط الزائد والإنذافية.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المدرسية فقد بلغ المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الثالثة في القياس التتبعي 119,4 وانحراف معياري 3,64 بينما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد نفس العينة في القياس البعدي 116,4 وانحراف معياري 3,20 وبحساب نتائج أفراد هذه العينة في القياس البعدي والقياس التتبعي اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات العينة التجريبية الثالثة في القياسين البعدي والتتبعي على درجة الصورة المدرسية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث بلغت قيمة t التجريبية 4,24 وهي أصغر من قيمة t الجدولية التي بلغت 4,6 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 04 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثالثة في القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يعكس استمرارية فعالية الجزء الثالث من البرنامج العلاجي في تحسين مستوى جميع الأبعاد الخاصة بهذه الصورة.

أما بالنسبة لنتائج الصورة المنزلية فقد بلغ المتوسط الحسابي لأفراد العينة التجريبية الثالثة في القياس التتبعي 81,8 وانحراف معياري 4,14 بينما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد نفس العينة في القياس البعدي 77,2 وانحراف معياري 3,03 وبحساب نتائج أفراد هذه العينة في القياس البعدي والقياس التتبعي اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات العينة التجريبية الثالثة في القياسين البعدي والتتبعي على درجة الصورة المنزلية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث بلغت قيمة t التجريبية 2,37 وهي أصغر من قيمة t الجدولية التي بلغت 4,6 عند مستوى دلالة معنوية 0,01 ودرجة حرية 04 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثالثة في القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يعكس استمرارية فعالية الجزء الثالث من البرنامج العلاجي في تحسين مستوى جميع الأبعاد الخاصة بهذه الصورة.

سابعاً- مناقشة النتائج في ضوء فروضها.

1- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى:

والتي تنص على مايلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الأولى والعينة الضابطة الأولى بعد تطبيق الجزء الأول من البرنامج العلاجي الخاص بنمط سيطرة ضعف الانتباه لصالح أفراد العينة التجريبية".

يتبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (25) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الأولى ومتوسطات درجات أفراد العينة الضابطة الأولى بعد تطبيق الجزء الأول من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه لصالح أفراد العينة التجريبية الأولى. وهذا ما يؤكد فعالية العلاج السلوكي باستخدام إستراتيجية النمذجة عن طريق الفيديو وما تضمنته من مثيرات سمعية وبصرية في تنمية مختلف مهارات الانتباه والتركيز عند هذه الفئة من الأطفال.

ويعزوا الطالب نجاح أفراد هذه العينة في اكتساب مختلف مهارات الانتباه والتركيز والتخلص في نفس الوقت من تشتت الانتباه إلى الطريقة التي تم بها عرض وتطبيق جميع الجلسات الخاصة بهذا البرنامج، فملاحظة أفراد هذه العينة لمختلف الأنشطة عن طريق الفيديو ثم العمل على تطبيقها فعلياً كما تم مشاهدتها في السابق كان شيئاً غير مألوف بالنسبة لهم، ما جعلهم أكثر اقبالا وحيوية وإيجابية في الاستفادة من تلك الأنشطة وتطبيقها بنفس الطريقة بعد كل عملية مشاهدة.

كما يرجع التحسن الذي ظهر على أفراد هذه العينة إلى التشجيع الذي تعرضوا له من طرف معلمهم وآبائهم للحضور والاستفادة من جميع الجلسات العلاجية، بالإضافة إلى سلامة تطبيق الجلسات العلاجية لهذا الجزء من الاندثار التجريبي وهو غياب الفرد عن ثلاث جلسات علاجية على التوالي.

وهذه النتيجة تتفق مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي اهتمت بعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مثل دراسة كوبيلاندر ويسرود (Copeland et Weissbord, 1980) والتي هدفت إلى التعرف على أثر النمذجة الاجتماعية على السلوك المتعلق بالنشاط الزائد وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال ذوي النشاط الزائد أكثر استجابة لتعليمات النموذج من الأطفال العاديين، حيث كان النموذج عبارة عن طفل يصدر سلوكيات معينة من خلال فيلم تسجيلي.

وكذلك دراسة (ابتناسم سطيحة، 1998) التي أظهرت فاعلية العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة في تعديل خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة ولتر سدروف (woltersdorf, 1992) تحت عنوان (برنامج النمذجة الذاتية) باستخدام شريط الفيديو لغرض علاجي يساهم في خفض المظاهر السلوكية اللاتكيفية (تشتت الانتباه، السلوك التخريبي، الألفاظ البذيئة) لدى أطفال يعانون سلوك فرط النشاط وقصور الانتباه في المدرسة واستخدم هذا البرنامج كذلك في رفع مستوى الأداء في مادة الرياضيات عند هؤلاء الأطفال.

وبالنظر إلى الجدول رقم (26) نجد أن حجم تأثير هذا الجزء من البرنامج العلاجي في تنمية مهارات الانتباه كان كبيراً على الدرجة الكلية للمقياس وذلك بالرجوع إلى الجدول المرجعي المقترح لتحديد مستويات حجم التأثير، وهذا ما لانبجده في الدراسات السابقة والتي اكتفت بحساب مستوى الدلالة دون التعرض لحساب حجم التأثير.

2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية:

والتي تنص على مايلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثانية والعينة الضابطة الثانية بعد تطبيق الجزء الثاني من البرنامج العلاجي الخاص بنمط سيطرة النشاط الزائد والإنذافية لصالح أفراد العينة التجريبية الثانية".

يتبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (28) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثانية ومتوسطات درجات أفراد العينة الضابطة الثانية بعد تطبيق الجزء الثاني من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والإنذافية لصالح أفراد العينة التجريبية الثانية. وهذا ما يؤكد فعالية العلاج السلوكي باستخدام النمذجة الحية من خلال عرض الطالب مختلف أشكال السلوك السوي بهدف التقليد من طرف أفراد هذه العينة.

ويعزوا الطالب النجاح المحقق في اكتساب مختلف أشكال السلوك السوي والتوافقي إلى الطريقة التي تم بها عرض هذه السلوكات، حيث كان الطالب طرفاً في جميع جلسات هذا الجزء من البرنامج العلاجي بكونه من يمثل النموذج الحي الذي يعرض مختلف أشكال السلوك السوي على أفراد هذه العينة، كما أن حجم الجماعة العلاجية ساعد الطالب كثيراً في تطبيق جلسات هذا الجزء.

ونجد أن هذه النتيجة اتفقت مع نتائج عديد من الدراسات السابقة والتي اهتمت بعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مثل دراسة (زينب شقير، 1999) والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط ومعرفة تأثير دور الأم والمعلمة بجانب دور الباحثة في تعديل بعض أشكال السلوك اللاتوافقي لمجموعة من الأطفال ذوي النشاط الزائد، الذي يتمثل في: (اضطراب الانتباه، فرط النشاط، العدوانية، الإنذافية)

ودراسة بير ونيترز (Baer et Neitzel, 1991) التي تمت بمراجعة 36 دراسة استخدمت أساليب تعديل السلوك المعرفي والعلاج السلوكي من أجل خفض الإنذافية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، حيث استخدمنا عدة أساليب (أسلوب التعلم الذاتي، تكلفة الاستجابة، النمذجة، التعزيز، التدريب على الإسترخاء).

وبالنظر إلى الجدول رقم (29) نجد أن حجم تأثير هذا الجزء من البرنامج العلاجي كان كبيرا في خفض مستوى النشاط الزائد والاندفاعية على الدرجة الكلية للمقياس وذلك بالرجوع إلى الجدول المرجعي المقترح لتحديد مستويات حجم التأثير، وهذا ما لانجده في الدراسات السابقة والتي اكتفت بحساب مستوى الدلالة دون التعرض لحساب حجم التأثير.

3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة:

والتي تنص على مايلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثالثة والعينة الضابطة الثالثة بعد تطبيق الجزء الثالث من البرنامج العلاجي الخاص بنمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية لصالح أفراد العينة التجريبية الثالثة".

يتبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (31) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثالثة ومتوسطات درجات أفراد العينة الضابطة الثالثة بعد تطبيق الجزء الثالث من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج النمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية لصالح أفراد العينة التجريبية الثالثة.

وهذا ما يؤكد فعالية العلاج السلوكي باستخدام إستراتيجية النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو والنمذجة الحية، حيث كان التأثير كبيرا لهذا الجزء في خفض هذا النوع من الاضطراب، ويعزو الطالب هذا التحسن إلى المزج في استخدام استراتيجيتي النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو والحية عن طريق المعالج.

بالإضافة إلى التزام عينة البحث بمواعيد الجلسات واحترامهم لتعليمات الطالب أثناء تنفيذ جميع الأنشطة، وبالنظر إلى الجدول رقم (32) نجد أن حجم تأثير هذا الجزء من البرنامج العلاجي كان كبيرا في خفض مستوى تشتت الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية على الدرجة الكلية للمقياس وذلك بالرجوع إلى الجدول المرجعي المقترح لتحديد مستويات حجم التأثير، وهذا ما لانجده في الدراسات السابقة والتي اكتفت بحساب مستوى الدلالة دون التعرض لحساب حجم التأثير.

وبالنظر إلى النتائج السابقة يتضح بأن التطور والتحسن في درجات مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاثة يرجع إلى البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة الذي تعرضوا له.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج عدد من الدراسات العربية والأجنبية منها دراسة (علا عبد الباقي، 1999) التي هدفت إلى وضع برنامج لتعديل سلوك النشاط الزائد لدى الأطفال وذلك باستخدام بعض

أساليب العلاج السلوكي للحد من المظاهر السلوكية لهذا الاضطراب، باستعمال أسلوب (التعزيز، أسلوب التعلم بالنموذج).

وتعزى نتائج الدراسة الحالية إلى جو الألفة والمحبة والتعاون والاحترام بين المعالج وأفراد المجموعات التجريبية الثلاثة طوال فترة تطبيق البرنامج العلاجي، كما قام المعالج بتبصير أفراد المجموعات التجريبية الثلاثة بمفهوم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وعواقبه وسلبياته عليهم وعلى تحصيلهم الدراسي وعلى علاقاتهم مع أقرانهم ووالديهم. كما يعود التحسن الذي ظهر على أفراد المجموعات التجريبية الثلاثة إلى تعرض أفرادها لإحدى استراتيجيات العلاج السلوكي فقد كانت تدريباً جديداً لهم مقارنة مع الطرق والأساليب التقليدية التي كان يستخدمها المعلمون في ضبط النشاط الزائد، فقد ساهمت إستراتيجية النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو في مساعدة أفراد العينة التجريبية الأولى على تنمية انتباههم وتركيزهم، وساهمت إستراتيجية النمذجة الحية في مساعدة أفراد العينة التجريبية الثانية في ضبط اندفاعيتهم ونشاطهم الزائد، وتطبيق إستراتيجية النمذجة الحية والرمزية على العينة التجريبية الثالثة كان التأثير كبيراً في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والمتمثلة في ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإنذاعية، وهذا ما يشير إليه (عقل محمود، 2000:314) إلى أن النمذجة تستخدم في بناء السلوكيات المرغوبة وتعديل السلوكيات غير المرغوبة، وتظهر النمذجة كأسلوب لتعديل السلوك في أبسط صورة في مدارسنا، فإذا أردنا أن نعلم طالبا الانضباط الصفي أو النظافة أو المشاركة أو القيام بالواجبات المنزلية عمدنا إلى نقله إلى جانب طالب مجد يعتبره نموذجا له فيلاحظه ويقتدي به ويتعلم منه السلوكيات المرغوبة.

كما تشير (ضمرة كايد، 2007) إلى أهمية النمذجة من خلال توفيرها للنماذج السلوكية التي توفر لنا المعلومات التي يمكن عن طريقها اكتساب أنماط السلوك المختلفة دون الحاجة إلى آدائها، وبالتالي فإن فعالية النمذجة تعتمد على خصائص كل من النموذج والسمات المعرفية والشخصية للفرد الملاحظ، وهذا ما حرص على تحقيقه الطالب في النماذج السلوكية الملاحظة من طرف أفراد المجموعات التجريبية الثلاثة.

كما ساعدت فنية التعزيز في ترسيخ إكتساب النماذج السلوكية عند أفراد المجموعات التجريبية الثلاثة، فاستخدام التعزيز المادي واللفظي بعد كل أداء جيد من طرف الحالات أدى إلى شعورهم بالنجاح المتكرر مما أدى إلى تنمية رغبتهم في مشاهدة مختلف النماذج السلوكية وآدائها على نحو جيد من أجل الحصول على التعزيز، فهذا ما يؤكد (حامد زهران، 2002:104) على أنه من الأفضل والأكثر فاعلية تعزيز التعليم الصحيح بإثابته أكثر من العقاب على التعلم غير الصحيح.

كما إتفقت نتائج الدراسة الحالية خاصة في مرحلة تشخيص الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مع ما قدمه لنا الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994، حيث توصل الطالب أثناء تشخيصه لحالات الدراسة إلى وجود الأنواع الفرعية الثلاثة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والمتمثلة في النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإندفاعية والنوع المركب الذي تجتمع فيه أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية. كما توصلت الدراسة الحالية على أنه يمكن علاج كل نوع من هذا الاضطراب على حدى باستخدام أساليب وفتيات تتكيف وخصائص كل نوع، حيث يمكن إعتبار هذه النتيجة الشيء الجديد الذي تنفرد به هذه الدراسة عن باقي الدراسات التي إهتمت بعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وهذا في حدود إطلاع الطالب.

4- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الرابعة:

والتي تنص على مايلي: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العينة التجريبية الأولى في نمط سيطرة ضعف الانتباه في القياسين البعدي والتتبعي".

يتبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (34) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الأولى في القياسين البعدي والتتبعي، مما يدل على استمرارية فعالية الجزء الأول من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه، كما تؤكد هذه النتيجة أن التغييرات الإيجابية التي حققها هذا الجزء من البرنامج العلاجي استمرت مع أفراد العينة حتى بعد الإنتهاء من تطبيق الجلسات العلاجية.

كما نجد أن نتيجة هذه الفرضية جاءت كإضافة جديدة للدراسات التي تناولت علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، حيث أن أغلب الدراسات سواء العربية أو الأجنبية إكتفت بالقياس البعدي دون وجود قياس تتبعي لمعرفة مدى استمرارية التغييرات الإيجابية للبرنامج العلاجي أو التدريبي المطبق، بإستثناء دراسة (اليحمدي، 2014) التي قامت بقياس تتبعي بعد انتهائها من تطبيق برنامج إرشادي في خفض شدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند طلبة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بسلطنة عمان.

5- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الخامسة:

والتي تنص على مايلي: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العينة التجريبية الثانية في نمط سيطرة النشاط الزائد والإندفاعية في القياسين البعدي والتتبعي".

يتبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (35) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثانية في القياسين البعدي والتتبعي، مما يدل على استمرارية فعالية الجزء الثاني من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية، كما تؤكد هذه النتيجة أن التغيرات الايجابية التي حققها هذا الجزء من البرنامج العلاجي استمرت مع أفراد العينة حتى بعد الانتهاء من تطبيق الجلسات العلاجية.

6- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية السادسة:

والتي تنص على مايلي: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العينة التجريبية الثالثة في نمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية في القياسين البعدي والتتبعي".

يتبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات الموجودة في الجدول رقم (36) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتوسطات درجات أفراد العينة التجريبية الثالثة في القياسين البعدي والتتبعي، مما يدل على إستمرارية فعالية الجزء الثالث من البرنامج العلاجي الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية، كما تؤكد هذه النتيجة أن التغيرات الايجابية التي حققها هذا الجزء من البرنامج العلاجي استمرت مع أفراد العينة حتى بعد الانتهاء من تطبيق الجلسات العلاجية.

خلاصة:

في ضوء النتائج التي توصل إليها الطالب، ومن نتائج إختبار الفرض الأول الموضحة في الجدول رقم (25) الخاص بالجزء الأول من البرنامج العلاجي الذي تتجه جلساته لعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر ضعف الانتباه، أن هناك فروقا ذات دلالة معنوية في خفض مستوى ضعف وتشتت الانتباه، في القياس البعدي لصالح أفراد العينة التجريبية الأولى، ويعزوا الطالب ذلك إلى فعالية الجزء الأول من البرنامج العلاجي والذي إعتد أساسا على إستراتيجية النمذجة عن طريق الفيديو، لما لها من تأثير كبير في إكساب الطفل ضعيف الانتباه مختلف مهارات التركيز والسرعة في انتقاء المثيرات السمعية والبصرية، فالجلسات العلاجية التي صممها الطالب لهذا الغرض كانت غير مألوفة بالنسبة للأطفال ما جعلهم أكثر إقبالا على المشاركة فيها، كما أن أنشطة الجلسات تميزت بأسلوب التنافس بين الأطفال ما جعلهم أكثر إصرارا على النجاح في مختلف المهارات المطلوب آداؤها فكانوا أكثر إيجابية من ذي قبل.

مع العلم أن إستراتيجية النمذجة عن طريق الفيديو سهلت لهؤلاء الأطفال الاكتساب السريع لمختلف مهارات الانتباه (السمعي، البصري، السمعي الإنتقائي، البصري الإنتقائي...) واستخدام أسلوب التعزيز في هذه الجلسات سهل عملية الاكتساب وزاد في ترسيخ والحفاظ على مختلف المهارات المعروضة عن طريق شريط الفيديو.

كما أن جو الألفة الذي كان يجمع بين الطالب والأطفال من جهة والأطفال بينهم من جهة أخرى جعلهم أكثر احتراما لبعضهم وللمعلم في الفصل الدراسي.

ومن نتائج اختبار الفرض الثاني الموضحة في الجدول رقم (28) الخاص بالجزء الثاني من البرنامج العلاجي الذي تتجه جلساته لعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد النوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإندفاعية، أن هناك فروقا ذات دلالة معنوية في خفض مستوى النشاط الزائد والإندفاعية في القياس البعدي لصالح أفراد العينة التجريبية الثانية، ويعزوا الطالب ذلك إلى فعالية الجزء الثاني من البرنامج العلاجي وما تضمنه من فنيات مختلفة خاصة فنية الإسترخاء والتي كانت كمدخل للجلسات اللاحقة، حيث عملت على خفض توتر واندفاع الحالات التي تعاني من هذا الاضطراب، فالإسترخاء العضلي تأتي أهميته من العلاقة بين الاضطرابات الإنفعالية من قلق وتوتر وهيجان تظهر على الحالات المصابة بهذا الاضطراب.

فالإسترخاء يساعد على زيادة الوعي للمصادر الذاتية والبدنية والعقلية والانفعالية، وأفضل الطرق للإستفادة منها، وكذا تعلم التمييز بين أنماط السلوك المختلفة، وتغيير كل ما يؤثر سلبا على الأداء الجيد، وممارسة خبرة إيجابية

سارة، وتحقيق الاستفادة من القدرات البدنية والعقلية والانفعالية، كما أنها ترفع من مفهوم الذات، ويقلل من حدّة الإكتئاب ويحسن من أداء المهام.

بالإضافة إلى إستراتيجية النمذجة الحية والتي شكل الطالب فيها نموذجاً حياً لمجموعة من الأنشطة والسلوكيات الهادفة، فما كان على الأطفال سوى ملاحظتها والعمل على محاكاتها.

كذلك نجد دور لفنية التعزيز في جعل الأطفال يعملون على بدل مجهودات إضافية من أجل نيل كمية من المعززات المتفق عليها مع الطالب، بالإضافة إلى دورها في تسهيل إكتساب السلوكيات النمذجة وترسيخها والحفاظ عليها.

كما لا يمكن أن ننسى دور الطالب وما كان له من أثر في خلق جو من الألفة بين الأطفال ما انعكس إيجاباً عليهم خاصة في تنمية مهارات التواصل، ومهارات انتظار الدور وإحترام زملاء، وخفض للشحنات السلبية والسلوكيات الإندفاعية.

ومن نتائج إختبار الفرض الثالث الموضحة في الجدول رقم (31) الخاص بالجزء الثالث من البرنامج العلاجي الذي تتجه جلساته لعلاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من النوع المركب، أن هناك فروقا ذات دلالة معنوية في خفض مستوى ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية في القياس البعدي لصالح أفراد العينة التجريبية الثالثة، ويعزوا الطالب ذلك لفاعلية الجزء الثالث من البرنامج العلاجي، والذي إعتد أساساً على المزج بين الجزء الأول والثاني من البرنامج وما تضمنه من فنيات مختلفة، فكانت إستراتيجية النمذجة عن طريق الفيديو من أجل عرض مختلف الأنشطة والمهارات التي تعمل على رفع مستوى الانتباه والتركيز بجميع أنواعه، بينما جاءت إستراتيجية النمذجة الحية لعرض مختلف الأنشطة والسلوكيات الهادفة بهدف تنمية مهارات إنتظار الدور والتفاعل الإيجابي وتقليل مستوى الاندفاع والتهور عند هذه الفئة، في حين كانت فنية التعزيز والإسترخاء كمدعم للفئتين السابقتين.

كما أن الجزء الثالث كان أكثر تأثيراً في خفض شدة هذا النوع من الاضطراب، يليه الجزء الأول ثم الجزء الثاني، ويرجع ذلك الطالب لما تضمنه من فنيات مختلفة، مع المزج بين نوعين أساسيين من إستراتيجية النمذجة، النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو والحية عن طريق الطالب.

ومن نتائج إختبار الفرض الرابع والخامس والسادس، الموضحة في الجداول رقم (34) (35) (36) الخاصة بالقياس التتبعي لفاعلية الأجزاء الثلاثة للبرنامج العلاجي، عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين القياسين البعدي والتتبعي بالنسبة لجميع أجزاء البرنامج العلاجي، مما يدل على إستمرارية فاعلية الأجزاء الثلاثة للبرنامج العلاجي الذي خضعت له المجموع التجريبية الثلاثة لخفض شدة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

ويفسر الطالب إستمرارية فعالية الأجزاء الثلاثة للبرنامج العلاجي إلى إلتزام أفراد المجاميع التجريبية الثلاثة بمحتوى الجلسات العلاجية الخاصة بكل جزء، وما تضمنته من أنشطة هيأت فرصا لتعلم التفاعل السوي الذي يؤكد على أهمية إحترام النظم والقوانين المدرسية خاصة في الجلسات التمهيديّة التي عرفت للأطفال أشكال النشاط الزائد وتأثيراته السلبية، كما أن جلسات الأجزاء الثلاثة للبرنامج العلاجي زودت أطفال المجاميع التجريبية الثلاثة، بمهارات وممارسات طبقوها بشكل متكرر وتفاعلوا معها ومن ثم قاموا بتطبيقها في واقعهم وفي المواقف التعليمية المختلفة.

فمن خلال النتائج المتوصل إليها بعد المعالجة النظرية والميدانية لمتغيرات الدراسة، والتي أثبتت تأثير المتغير المستقل المتمثل في البرنامج العلاجي المصمم وفق المقاربة العلاجية السلوكية على المتغير التابع المتمثل في اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، يمكن للطالب تقديم بعض التوصيات المهمة:

- ضرورة التدخل المبكر بوضع البرامج التشخيصية والعلاجية المناسبة لحل مشكلة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عن الأطفال.

- تقديم التوجيهات المناسبة لأسر الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب من أجل تحسين طريقة التعامل معهم.
- إقامة علاقة بين المدرسة وأسر الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من أجل تقديم ممارسة علاجية موحدة.

- الإستفادة من الأساليب العلاجية وإجراءات البرنامج العلاجي المصمم في هذه الدراسة من قبل الأخصائيين والمشرفين على رعاية الأطفال في المراكز الخاصة ومراكز حماية الطفولة.

- يجب تبصير الآباء والمربين بضرورة الإبتعاد عن العقاب البدني والنقد السلبي لأنه لا يجدي في حل مشكلة الطفل بل يزيدّها تعقيدا.

- ضرورة جعل المناخ الأسري محببا للطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بحيث يشعره بالأمن والراحة النفسية.

كما يمكن للطلبة والباحثين في هذا المجال البحث في موضوع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- إلى أي مدى تساهم الصراعات الأسرية في ظهور أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الطفل.
- هل يؤثر اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد على ظهور صعوبات التعلم الأكاديمية عند الطفل.
- ما تأثير برنامج علاجي سلوكي ودوائي في خفض شدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الطفل.

الدراسة الحالية وليدة عديد من المبررات على رأسها إنتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بين الأطفال في سن المدرسة، بالإضافة إلى نقص برامج التكفل ونقص في تكوين المعلمين للتعامل السليم مع هذه الفئة. لذلك من خلال البرنامج العلاجي المصمم في هذه الدراسة والذي إعتد أساسا على إستراتيجية النمذجة السلوكية (الحية أو عن طريق الفيديو) كإحدى فنيات العلاج السلوكي الإجتماعي، بهدف عرض مختلف السلوكات والأنشطة التي تعمل إما على مهارات الانتباه والتركيز أو تلك التي تعمل على ضبط السلوكات الإندفاعية والعشوائية، وفق برنامج منظم على شكل جلسات علاجية، فتصميم البرنامج العلاجي الحالي انطلق من فكرة أن سبب ضعف انتباه الطفل وحركته الزائدة راجع إلى إحدى الأسباب التالية كما أكدتها (زينب شقير، 1999:28) على أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ناتج عن أحد العوامل التالية:

- الفشل في اكتساب سلوك مناسب.
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.
- مواجهة الطفل لمواقف متناقضة لا يستطيع معها إتخاذ قرار مناسب.
- ربط استجابات الطفل بمنبهات جديدة لإستثارة الإستجابة.

فالطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه اما أنه تعلم أن يسيئ التصرف من خلال ملاحظته لنماذج متعددة في أوساط مختلفة، أو أنه لم يتعلم كيف يحسن التصرف، وفي كلتا الحالتين لا بد من إعادة تعليمه السلوك السوي والمرغوب فيه.

ومن هنا جاءت الدراسة الحالية بتصميم برنامج علاجي سلوكي يعتمد على إتاحة الفرصة للطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لمشاهدة نماذج سلوكية إما رمزية أو حية ليتعلم السلوك الصحيح والسوي الذي يتسم بانتباه جيد ومستوى طبيعي من النشاط والإندفاعية.

وهذا ما توصل إليه الطالب بعد تطبيقه للبرنامج العلاجي على ثلاث عينات مقصودة أطفال المرحلة الإبتدائية امتدت أعمارهم بين (07 و09) سنوات يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بأنواعه الثلاثة الفرعية التي قدمها لنا الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وبعد هذا التطبيق تم رصد درجات المجاميع التجريبية الثلاثة ومعالجتها إحصائيا ليخلص في الأخير إلى فعالية الأجزاء الثلاثة في خفض شدة الأعراض الأساسية لهذا الاضطراب والمتمثلة في:

النوع الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنوع الذي يسيطر عليه النشاط الزائد والإندفاعية والنوع المركب الذي تجتمع فيه الأعراض الثلاثة، كما توصل الطالب إلى أنه يمكن علاج كل نوع على حدى ربحا للوقت والجهد، مع التأكيد على ضرورة التشخيص الدقيق للأنواع الفرعية لهذا الاضطراب.

قائمة المراجع باللغة العربية:

الكتب:

1. أبو جادو صالح محمد، 1998، علم النفس التربوي، دار الفرقان، الأردن.
2. الحجار، محمد حمدي، 2004، التشخيص النفسي، دار النفائس دمشق.
3. الحفني عبد المنعم، 1994، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ج4، مكتبة مدجولي، القاهرة.
4. الخشرمي سحر أحمد، 2007، العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم، جامعة الملك سعود.
5. الخطيب، جمال، 2003، تعديل السلوك الانساني دليل العاملين في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية، مكتبة الفلاح، الكويت.
6. الدسوقي، مجدي محمد، 2006، اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (الأسباب، التشخيص، الوقاية، العلاج)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
7. الزارع نايف بن عابد، 2007، اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد دليل عملي للآباء والمختصين، دار الفكر، عمان.
8. الزيات فتحي مصطفى، 1995، الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات، دار الوفاء للطباعة، المنصورة.
9. السيد علي سيد أحمد، فائقة محمد بدر، 1999، اضطراب الانتباه لدى الأطفال أسبابه تشخيصه وعلاجه، ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
10. الشناوي محمد محروس، 1996، العملية الإرشادية، ط1، دار غريب، القاهرة.
11. العاسمي، رياض نايل، 2008، اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى تلاميذ الصفين الثالث والرابع من التعليم الأساسي، كلية التربية، جامعة دمشق.
12. القمش محمد نوري، المعاينة خليل عبد الرحمان، 2007، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، دار المسيرة، الأردن.
13. بطرس حافظ بطرس، 2008، المشكلات النفسية وعلاجها، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن.
14. حسن مصطفى عبد المعطي، 2001، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، دار القاهرة للنشر والتوزيع، القاهرة.
15. حمودة، محمود، 1991، الطفولة والمراهقة: المشكلات النفسية والعلاج، دار المعارف، القاهرة.
16. خولة أحمد يحيى، 2003، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

17. زهران حامد عبد السلام، 2002، التوجيه والارشاد النفسي، ط2، عالم الكتب، القاهرة.
 18. سري إجلال محمد، 2000، علم النفس العلاجي، ط2، عالم الكتب، القاهرة.
 19. سهيلة محسن كاظم الفتلاوي، 2005، تعديل السلوك في التدريس، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
 20. ضمرة بلال كايد، 2007، تعديل السلوك، دار صفاء للنشر، عمان.
 21. عقل محمود عطا، 2000، الارشاد النفسي والتربوي، دار الخريجي، الرياض.
 22. فيصل محمد خير الزراد، غالب خليل الخلايلي، 2002، اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال، منشورات مدينة الشارقة للخدمات الانسانية، الامارات العربية المتحدة.
 23. قحطان أحمد الظاهر، 2004، صعوبات التعلم، ط1، دار النشر والتوزيع، عمان، الأردن.
 24. لويس كامل مليكة، 1990، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
 25. مايني ميدكو لينو، توماس جياور، ترجمة عبد العزيز السرطاوي، 2003، اضطرابات عجز الانتباه وفرط الحركة دليل عملي للعيادين، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع.
 26. مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، ط1، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن.
 27. مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي، 2005، النشاط الزائد لدى الأطفال، ط2، المركز الجامعي الحديث، مصر. 7- 6- عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز بن عبد الله الدخيل، رضوى إبراهيم، 1993، العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته، عالم المعرفة؛ الكويت.
 28. ملحم سامي محمد، 2005، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة الأردن.
 29. نشواتي عبد المجيد، 1986، علم النفس التربوي، دار الفرقان، الأردن.
 30. هارلز شيفر، هوارلد ميلمان، ترجمة نزيه حمدي ونسيمة داوود، 1996، مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، ط2، منشورات الجامعة الأردنية.
- الرسائل ومذكرات الماجستير والدكتوراه:**
31. 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.
 32. الحمري أمينة، 2015، بناء برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه لدى أطفال المرحلة الابتدائية، أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر .

33. السلاموني سهام أحمد، 2001، فعالية بعض فنيات الارشاد السلوكي في خفض النشاط الحركي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة المنصورة.
34. الصايغ نجاح إبراهيم حسين، 2006، فاعلية برنامج إرشادي في علاج اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه لدى الأطفال، مذكرة ماجستير، جامعة عين شمس، مصر.
35. القرعان جهاد سليمان محمد، 2006، أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، جامعة الأردن.
36. اليحمدي محفظة بنت سالم، 2014، فاعلية برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائد لدى طلبة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في سلطنة عمان، رسالة ماجستير، كلية العلوم والآداب، جامعة نزوى، سلطنة عمان.
37. حنان زكرياء عبد الغني اسماعيل، 2008، بعض العوامل المسهمة في النشاط الزائد لدى أطفال المرحلة الابتدائية بمحافظة أسوان "دراسة تحليلية"، ملخص رسالة ماجستير، المكتبة الالكترونية لأطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.
38. سطيحة ابتسام حامد، 1998، استخدام كل من العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الانتباه، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا.
39. شرقي سميرة، 2006، العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي والأسلوب المعرفي التروي والاندفاع، رسالة ماجستير في علم النفس المعرفي، جامعة باتنة، الجزائر.
40. محمدي فوزية، 2010، فاعلية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة، رسالة دكتوراه تخصص علم النفس المدرسي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
41. النوبي محمد علي، 2004، فعالية السيكدوراما في خفض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وأثره في التوافق النفسي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الرقازيق.

المجلات:

42. بخش أميرة طه، 1998، فاعلية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين عقليا، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد: 21.
43. جابر نصر الدين، براهيم الطاهر، 2005، اضطراب الانتباه في ظل البيئة الصفية، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة بسكرة، العدد السابع.

44. دبيس سعيد عبد الله والسيد السمدوني، 1998، فاعلية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم، مجلة علم النفس، العدد:46، ص ص 88-118.
45. 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 ص 11-71.
46. العتوم علي نعيم موسى، 2013، أثر الألعاب المحسوبة في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 21، العدد:3، ص ص 335-351.
47. غسان يعقوب، 1995، الطفل قليل الانتباه وكثير الحركة، مجلة العربي، العدد: 434، وزارة الاعلام، الكويت.
48. الطيباني علا محمد زكي، الطيباني مها محمد زكي، 2013، فاعلية كل من التدخل الطبي والتدخل السلوكي في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال ما قبل المدرسة، الملتقى الثالث عشر للجمعية الخليجية للإعاقة، المنامة، البحرين.
49. خالد بن عبد العزيز الحمد، د ت، إستراتيجيات التدخل السلوكي للأطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، كلية التربية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

المراجع الأجنبية:

50. American Academy of Pediatrics, 2001, Subcommittee on Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement, Clinical practice guideline, treatment of the school-aged child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Pediatrics 108 (4), pp 1033-1044.
51. American Psychiatric Association, 1994, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Teste révisé, Coordination générale de la traduction française, Julien Daniel, Marc Antoine, Masson, Paris.
52. Bandura, Albert, 1980, L'apprentissage Social, Mardaga, Bruxelles.
53. Barkley, R., Godzinsky, G., & Dupaul, G. 1992. Frontal Lobe Function in Attention Deficit Disorder With and Without Hyperactivity: A Review and Research Report, Journal of Abnormal Child Psychology.

54. Correl, O, Huthttison, j, 1987 Acomparison of Recommended Treatmant Approaches Attention Deficit Disorder Versus Aggressive Under Socialization Conduct Disorders, Dissertation Abstracts International.
55. Heilveil,I.,& Clark,D, 1990, Personality correlates of attention deficit hyperactivity disorder.Paper presented at Annual Convention of American psychological Association,Boston.
56. Holliday, William, 2001, Modeling in Sience science Scope, V25, n2.
57. Kelly Henderson, 2003, Identifying and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Department Of education, United states Of America.
58. Martin Gignac, Le TDAH: L'influence des caractéristiques pharmacocinétiques des médicaments sur la réussite du traitement, Département de psychiatrie, Université de Montréal.
59. Purper Ouakil, M.Wohl, S.Cortesse, G.Michel,M-C.Mouren, 2006, Le trouble déficitaire de l'attention – hyperactivité de l'enfant et de l'adolescent, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert- Debre.Paris, France, Annales Medico Psychologiques,PP: 36-72.
60. Seidel, w, 1990, Evidence Of Difficulties In Sustained Attention In children With ADHD, Journal Of Abnormal Child Psychology, 18.p;217-229.

الملاحق:

أولاً: عرض الدرجات الخام.

1- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في الدراسة الإستطلاعية.

أ- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها أثناء القياس القبلي.

ب- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها أثناء القياس البعدي.

ثانياً: عرض الدرجات الخام للدراسة الأساسية.

1- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها أثناء القياس القبلي للدراسة الأساسية.

أ- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة ضعف الانتباه.

ب- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية.

ج- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من النمط المركب.

2- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها أثناء القياس البعدي للدراسة الأساسية.

أ- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة ضعف الانتباه.

ب- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية.

ج- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من النمط المركب.

3- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها أثناء القياس التتبعي للدراسة الأساسية.

أ- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة ضعف الانتباه.

ب- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية.

ج- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من النمط المركب.

ثالثاً: عرض أدوات البحث:

1- عرض جلسات البرنامج العلاجي:

أ- عرض جلسات الجزء الأول الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه.

ب- عرض جلسات الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والاندفاعية.

ج- عرض جلسات الجزء الثالث الخاص بعلاج النمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد

والاندفاعية:

2- استمارة تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

3- مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

4- قائمة الأساتذة المحكمين لجلسات البرنامج العلاجي السلوكي القائم على إستراتيجية النمذجة.

أولاً: عرض الدرجات الخام:

1- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها في الدراسة الإستطلاعية:

أ- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها أثناء القياس القبلي:

ملحق رقم (01)

نتائج القياس القبلي لعينة التجربة الإستطلاعية للبرنامج العلاجي على مقياس

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

الدرجة الكلية للمقياس	صورة التقييم الأسرية			صورة التقييم المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
251	35	38	39	40	47	52	1
255	45	39	41	40	41	49	2
258	38	39	36	48	42	55	3
247	37	35	40	45	38	52	4
243	34	36	38	43	42	50	5
252	38	41	33	43	45	52	6

ب- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها أثناء القياس البعدي:

ملحق رقم (02)

جدول رقم (15) يبين نتائج القياس البعدي لعينة التجربة الإستطلاعية للبرنامج العلاجي على مقياس

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

الدرجة الكلية للمقياس	صورة التقييم الأسرية			صورة التقييم المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
191	27	31	29	28	36	40	1
189	31	33	27	30	26	42	2
206	32	29	31	40	32	42	3
193	27	28	33	30	33	42	4
172	25	23	29	23	30	42	5

ثانيا: عرض الدرجات الخام للدراسة الأساسية:

1- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها أثناء القياس القبلي للدراسة الأساسية:

أ- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة ضعف الانتباه:

ملحق رقم (03)

نتائج القياس القبلي بالنسبة للحالات التي تعاني من نمط سيطرة ضعف الانتباه.

العينة التجريبية الأولى							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
251	26	29	42	36	43	75	01
252	33	29	43	42	36	69	02
270	33	32	44	44	44	73	03
246	30	29	41	42	36	68	04
256	30	29	44	40	39	74	05
العينة الضابطة الأولى							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
248	30	28	39	38	41	72	01
250	29	30	40	42	39	70	02
257	26	30	45	39	41	76	03
244	31	28	46	39	33	67	04
257	29	31	39	42	41	75	05

ب- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة النشاط الزائد والإندفاعية:

ملحق رقم (04)

نتائج القياس القبلي بالنسبة للحالات التي تعاني من نمط سيطرة النشاط الزائد والإندفاعية.

العينة التجريبية الثانية							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
234	43	42	19	51	50	29	01
234	44	43	20	49	51	27	02
240	46	45	21	55	47	26	03
234	39	42	21	52	50	30	04
236	42	37	23	56	51	27	05
العينة الضابطة الثانية							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
227	37	39	18	53	48	32	01
238	42	44	19	50	53	30	02
240	41	43	20	54	49	33	03
233	45	38	20	49	53	28	04
222	38	36	22	49	44	33	05

ج- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من النمط المركب:

ملحق رقم (05)

نتائج القياس القبلي بالنسبة للحالات التي تعاني من النوع المركب.

العينة التجريبية الثالثة							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
239	35	29	30	51	49	45	01
244	29	30	33	47	55	50	02
240	26	31	33	50	53	47	03
246	29	29	36	50	47	55	04
242	33	32	31	49	52	45	05
العينة الضابطة الثالثة							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
238	31	33	29	46	52	47	01
230	36	33	29	40	52	40	02
237	32	36	29	43	46	51	03
251	30	34	32	52	50	53	04
240	28	36	29	51	49	47	05

2- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها أثناء القياس البعدي:

أ- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة ضعف الانتباه:

ملحق رقم (06)

يبين درجات القياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية الأولى والضابطة الأولى:

العينة التجريبية الأولى							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإنذافية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإنذافية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
183	22	25	32	28	29	47	01
185	26	24	33	30	30	42	02
178	24	25	32	27	29	41	03
188	27	23	31	31	33	43	04
192	26	26	32	33	35	40	05
العينة الضابطة الأولى							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإنذافية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإنذافية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
238	31	28	40	35	38	66	01
244	34	32	42	37	36	63	02
253	27	30	45	41	40	70	03
252	30	33	39	40	42	68	04
245	33	32	41	38	39	62	05

ب- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة النشاط الزائد والإندفاعية:

ملحق رقم (07)

يبين درجات القياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية الثانية والضابطة الثانية:

العينة التجريبية الثانية							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
191	31	33	18	44	39	26	01
190	35	30	17	40	41	27	02
186	33	32	20	38	38	25	03
180	29	28	22	35	42	24	04
170	30	29	16	33	36	26	05
العينة الضابطة الثانية							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
229	40	36	22	55	46	30	01
232	39	39	21	52	49	32	02
233	45	41	19	49	50	29	03
238	42	42	23	51	52	28	04
224	36	40	22	45	48	33	05

ج- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من النمط المركب:

ملحق رقم (08)

يبين درجات القياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية الثالثة والضابطة الثالثة:

العينة التجريبية الثالثة							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
201	27	30	25	36	44	39	01
202	25	28	29	38	42	40	02
197	26	25	31	40	39	36	03
190	24	26	24	42	41	33	04
190	28	27	23	34	40	38	05
العينة الضابطة الثالثة							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
249	31	33	33	49	52	51	01
249	32	35	30	55	49	48	02
251	30	32	31	53	55	50	03
252	29	31	38	50	51	53	04
246	33	30	35	45	52	51	05

3- عرض الدرجات الخام التي تم الحصول عليها أثناء القياس التتبعي:

أ- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة ضعف الانتباه:

ملحق رقم (09)

نتائج القياس التتبعي بالنسبة لأفراد العينة التجريبية الأولى:

العينة التجريبية الأولى							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإنذفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإنذفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
190	24	26	33	29	30	48	01
192	27	25	34	31	31	44	02
190	25	27	35	29	32	42	03
190	27	23	32	31	34	43	04
197	28	27	33	33	36	40	05

ب- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من نمط سيطرة النشاط الزائد والإنذفاعية:

ملحق رقم (10)

يبين نتائج القياس التتبعي بالنسبة لأفراد العينة التجريبية الثانية:

العينة التجريبية الثانية							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإنذفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإنذفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
197	32	33	19	43	40	30	01
192	34	31	17	41	41	28	02
198	34	32	21	45	39	27	03
185	31	30	22	36	42	24	04
178	31	30	17	34	37	29	05

ج- عرض الدرجات الخام الخاصة بالحالات التي تعاني من النمط المركب:

ملحق رقم (11)

نتائج القياس التتبعي بالنسبة لأفراد العينة التجريبية الثالثة:

العينة التجريبية الثالثة							
الدرجة الكلية	الصورة المنزلية			الصورة المدرسية			
	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	الإندفاعية	النشاط الزائد	ضعف الانتباه	
208	27	31	26	37	45	42	01
210	28	30	30	39	42	41	02
199	27	26	27	41	41	37	03
195	26	27	25	41	42	34	04
194	29	27	23	35	41	39	05

ثالثا- عرض أدوات البحث:

1- عرض جلسات البرنامج العلاجي:

أ- عرض جلسات الجزء الأول الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه:

ملحق رقم (12)

توزيع الجلسات العلاجية الخاصة بالجزء الأول من البرنامج العلاجي مرتبة حسب الأهداف السلوكية والمدة

الزمنية والفنيات والأدوات المستخدمة في كل جلسة.

رقم الجلسة	الأهداف السلوكية	المدة	الفنيات المستخدمة	الأدوات
01	تحقيق التعارف بين الطالب وأفراد العينة التجريبية الأولى وشرح أهداف البرنامج العلاجي	35 دقيقة	الحوار- المناقشة- الاستماع	—
02	تنمية الاحتكاك البصري، القدرة على تثبيت الانتباه في مثير واحد ومتحرك، الحركة في اتجاهات مختلفة، تنمية	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز	جهاز مكبر الصورة- كمبيوتر محمول- صفارة- بساط-

كرومومتر - معززات غذائية	المادي واللفظي .		التفاعل الإيجابي والتواصل البصري	
جهاز مكبر الصورة - كمبيوتر محمول - صفارة - بساط - كرومومتر - مناديل بلون أسود - معززات غذائية	الحوار - النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي .	40 دقيقة	تنمية الانتباه إلى مثير ثابت، والانتباه السمعي الإنتقائي، والسرعة في الاستجابة، والتفاعل الايجابي .	03
جهاز مكبر الصورة - كمبيوتر محمول - صفارة - بساط - كرومومتر - مناديل بلون أزرق وأحمر - معززات غذائية	الحوار - النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي .	40 دقيقة	تنمية الانتباه لأكثر من مثير، الانتباه السمعي الإنتقائي، الانتباه البصري الإنتقائي وتنمية السرعة في الاستجابة والتفاعل الايجابي .	04
جهاز مكبر الصورة - كمبيوتر محمول - صفارة - بساط - كرومومتر - مناديل بلون أزرق وأحمر - مثبتات - معززات غذائية	الحوار - النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي .	40 دقيقة	تنمية الانتباه البصري الإنتقائي، وتنمية ردود أفعال مناسبة والسرعة في الاستجابة والتفاعل الايجابي	05
جهاز مكبر الصورة - كمبيوتر محمول - صفارة - بساط - كرومومتر - مناديل بلون أزرق وأحمر - مثبتات - معززات غذائية	الحوار - النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي .	40 دقيقة	تنمية تثبيت الانتباه والتركيز على مثير ثابت والتفاعل الايجابي .	06
جهاز مكبر الصورة -	الحوار - النمذجة الرمزية عن	40	تنمية التركيز على أكثر من مثير،	07

كمبيوتر محمول- صفارة- بساط- كرونومتر- مناديل بلون أحمر،-مثبتات- معززات غذائية.	طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	دقيقة	والتفاعل والاحتكاك الايجابي.	
جهاز مكبر الصورة- كمبيوتر محمول- صفارة- بساط- كرونومتر- مناديل بلون أسود- معززات غذائية	الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	40 دقيقة	تنمية مهارة الانتباه إلى الذات، وتنمية الإحساس والشعور بوضعية الجسم في الفضاء المكاني، والقدرة على الاحتفاظ.	08
جهاز مكبر الصورة- كمبيوتر محمول- صفارة- بساط- كرونومتر- معززات غذائية	الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	40 دقيقة	تنمية مهارة الانتباه إلى الذات، وتنمية مهارة اتباع التعليمات والإحساس بالجسم في الفضاء المكاني.	09
بساط بلون أزرق وآخر بلون أصفر- كرونومتر.	الحوار- النمذجة الرمزية عن طريق الفيديو، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	40 دقيقة	تعزيز مكتسبات الجلسات السابقة والتعرف على مدى استفادة الحالات منها	10

ب- عرض جلسات الجزء الثاني الخاص بعلاج نمط سيطرة النشاط الزائد والإنذافية:

ملحق رقم (13)

توزيع الجلسات العلاجية الخاصة بالجزء الثاني من البرنامج العلاجي مرتبة حسب الأهداف السلوكية والمدة الزمنية والفنيات والأدوات المستخدمة في كل جلسة.

رقم الجلسة	الأهداف السلوكية	المدة	الفنيات المستخدمة	الأدوات
01	الالتقاء بحالات الدراسة وشرح الأهداف التي نريد الوصول إليها بعد نهاية الجلسات العلاجية وضبط مكان ومواعيد تقديم الجلسات	35 دقيقة	الحوار- المناقشة- الاستماع	—
02 و 03	تدريب الحالات على الإسترخاء بطريقة منظمة والتقليل من توترهم بالإضافة إلى تحضيرهم للدخول في الجلسات العلاجية اللاحقة	35 دقيقة	الحوار- الإسترخاء- النمذجة الحية- النمذجة بالمشاركة	أريكتان
04	تنمية مهارة الاستجابة للتعليمات وضبط الحركات العشوائية وتعليم السير في الاتجاهات التي يحددها المعالج	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	شريط لاصق من الحجم الكبير بلون أزرق وأحمر وأخضر- كرونومتر- معززات غذائية
05	تنمية مهارة الاستجابة للتعليمات ومهارة المشي في اتجاهات مختلفة وتعلم تغيير الاتجاه	40 دقيقة	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	شريط لاصق من الحجم الكبير بلون أزرق وأحمر وأخضر- كرونومتر- معززات غذائية
06	تنمية مهارة الاستجابة للتعليمات ومهارة الثبات على حركة واحدة والتفاعل الإيجابي واللعب مع الجماعة	35 دقيقة	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	شريط لاصق بلون أحمر- جهاز تسجيل الموسيقى- معززات غذائية
07	تعليم الحالات انتظار الدور واحترام التعليمات وتنمية مهارات التذكر	35 دقيقة	الحوار- المناقشة- التعزيز المادي واللفظي.	بساط- كرونومتر

ساعة كبيرة، أوراق ملونة عليها أسماء أيام الأسبوع وأخرى عليها أسماء أشهر السنة الميلادية، كرونومتر.	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	40 دقيقة	تنمية الاستجابة للتعليمات ومهارة الشعور بالوقت واحترام المواعيد والأنظمة المدرسية	08
سبورة بلون أبيض- أقلام السبورة بألوان مختلفة- كراسي- طاولات- كتاب التمارين لمادة الرياضيات - كرونومتر	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	40 دقيقة	تنمية مهارة القدرة على حل المشكلات والصبر على أداء المهمات السهلة والصعبة والقدرة على استكمال الأنشطة	09
قارورات بلاستيكية مملوءة بالماء- مرمى صغير طوله 150سم وارتفاعه 80سم- كرونومتر	الحوار- النمذجة الحية، النمذجة من خلال المشاركة، التعزيز المادي واللفظي.	40 دقيقة	مساعدة الحالات على إبراز مكتسبات الجلسات السابقة وتنمية مهارة احترام قوانين اللعب مع الجماعة	10

ج- عرض جلسات الجزء الثالث الخاص بعلاج النمط المركب الذي يسيطر عليه ضعف الانتباه والنشاط الزائد والإندفاعية:

جلسات هذا الجزء هي جلسات الجزء الأول الخاص بعلاج نمط سيطرة ضعف الانتباه و جلسات الجزء الثاني الخاص بنمط سيطرة النشاط الزائد والإندفاعية وهي موجودة في الملحق رقم (12) والملحق رقم (13).

2- استمارة تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

ملحق رقم (14)

إستمارة تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد المستمدة من الدليل الإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994.

استمارة تشخيص اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

DSM 4 1994

الاسم:.....	الجنس:.....
اللقب:.....	السن:.....
اسم القائم بعملية التشخيص:.....	تاريخ التشخيص:.....
علاقته بالحالة:.....	اسم المدرسة:.....

هذه مجموعة من الأعراض اذا رأيت انما توافق سلوكيات الطفل ضع علامة (X) في الخانة المقابلة (نعم) واذا كانت لا توافق في خانة (لا)

لا	نعم	عدم الانتباه:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- كثيرا ما يظهر عدم الانتباه للتفاصيل او كثرة الاخطاء في الواجبات المدرسية او العمل المقدم له
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- كثيرا ما يحدث له صعوبات في المحافظة على الانتباه في اللعب او المهارات المدرسية المتنوعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- كثيرا ما يبدو غير مصغ عند الحديث اليه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- كثيرا ما يحدث عدم اتباعه للتعليمات المطلوبة ويفشل في انهاء واجباته على اكمل وجه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- كثيرا ما يجد صعوبة في تنظيم المهام التي يقوم بها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6- كثيرا ما يتجنب ويكره في المهام التي تتطلب تركيزا ومجهودا ذهنيا طويلا مثل العمل المدرسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7- كثيرا ما ينسى الاشياء الضرورية لأداء مهام او نشاطات كاللعب مثل: (الدمى - الكتب - الأقلام)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8- كثيرا ما يتشتت ذهنه بسهولة عند وجود مثيرات خارجية:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9- كثير النسيان في نشاطاته اليومية :

فرط النشاط:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- كثيرا ما يحرك رجليه او يديه و يتململ في مقعده:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- كثيرا ما يترك مقعده في الصف يتوقع فيها ان يظل جالسا :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- كثيرا ما يركض ويتسلق الاشجار و الجدران بشكل غير مناسب :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- كثيرا ما لديه صعوبات في انيلعب بطريقة هادئة في الالعاب الترفيهية :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- كثيرا ما يكون جاهزا للانطلاق وكان بداخله محرك يحركه باستمرار :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6- يتحدث بإفراط في اغلب الاحيان :

الإنذافية:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- التصرف بسرعة قبل التفكير:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- الانتقال السريع من نشاط إلى اخر:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- يصعب عليه تنظيم عمله:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- يكون بحاجة إلى اشراف مستمر في جميع الاعمال التي يقوم بها :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- غالبا ما يصرخ في حجرة الدراسة :

3- مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

ملحق رقم (15)

مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد من إعداد (اليحمدي، 2014)

الصورة المدرسية

مقياس النشاط الزائد في صورته النهائية

للمعلم:

(أ) ضعف الانتباه

م	العبارة	دائماً	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	يبدو غير منصت أو مكترث لما يقال له وكأنه لا يسمع عند الحديث إليه					
2	ينسى أواته المدرسية في المنزل "كتب-أقلام-دفاتر" بشكل متكرر					
3	يبدو شارد الذهن أثناء شرح المعلم					
4	لا يستطيع إنهاء المهمة المطلوبة منه دون مساعدة الآخرين وفي الوقت المحدد له					
5	أعماله الصفية وواجباته المدرسية غير كاملة بسبب ضعف قدرته على الانتباه					
6	يبتعد عن المشاركة في الأعمال التي تحتاج الى التفكير لأنه لا يستطيع أن يبقى منتبها لمدة كافية					
7	ينتقل من مهمة إلى أخرى دون إتمام المهمة الأخرى					
8	يجد صعوبة في التعرف على التشابه والاختلاف بين الأشياء					
9	يصعب عليه نقل الرسائل الشفهية من والى الآخرين					
10	يفتقد الى مهارات التنظيم مثل تنظيم حقيبته وكتابته ودفاتره وتنظيم وقته ومعلوماته					
11	كثير النسيان					
12	يرتكب أخطاء تتم عن اللامبالاة في العمل المدرسي أو الأنشطة الأخرى					
13	يفشل في الانتباه للتفاصيل ويهتم للتفاصيل غير المهمة					
14	لا يتعاون مع معلمه وزملائه في المدرسة					
15	خطوطه ورسومه مهترزة وغير منظمة					
16	يتعلم في المدرسة بصورة ضعيفة مع أنه يبدو ذكيا					

ب) الحركة المفترطة:

م	العبارة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	كثير الحركة لا يهدأ أو يستقر في مكانه					
2	يتململ أثناء الجلوس على مقعده (يحرك يديه و رجليه)					
3	يترك مقعده وينتقل داخل غرفة الصف باستمرار					
4	يجد صعوبة في ممارسة اللعب الهادئ أو الأنشطة الترفيهية بشكل هادئ					
5	يقفز ويركض أثناء تنقله من مكان لآخر وقليل ما يسير بهدوء					
6	يعيب بكل ما حوله من أدوات ويخرب أدواته باستمرار					
7	يحدث صخباً وضوضاء مزعجة في المكان الذي يوجد فيه					
8	يتسلق الأشياء العمودية في المكان الذي يوجد فيه مثل: أعمدة وأشجار					
9	يشتم الآخرين بتحركاته الكثيرة غير الهادفة					
10	يتكلم بدون استئذان					
11	يخطف ألعاب وادوات زملائه وأشياءهم دون أكثرات لمشاعرهم					
12	يلوم الأطفال الآخرين ولا يعرف بأخطائه					

ج) الإندفاعية:

م	العبارة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	يفرط في الكلام					
2	يقاطع الآخرين (المعلم - زملائه) أثناء حديثهم، ويتطفل على أنشطتهم وألعابهم					
3	يجيب عن الأسئلة قبل أن يفكر فيها، وقبل أن ينهيها المعلم (يتسرع في إعطاء الإجابة)					
4	لا ينتظر دوره أثناء اللعب أو المواقف الإجتماعية الأخرى					
5	لا يتبع التعليمات أو النظام بل قد يعمل عكسها					
6	يقوم بسلوكيات تزعج الآخرين ويحاول تخريب ألعاب الآخرين وأدواتهم					
7	متهور قد يتورط في مشاكل مع زملائه (لأنه يتفاعل قبل أن يفكر في النتائج وعواقب الأمور)					
8	يدفع زملاؤه ويزاحم في الطابور					
9	يتسرع في أداء أعماله مما يزيد من أخطائه					
10	يلفت انتباه المعلم بكثرة الأسئلة و الطلبات					
11	سريع الغضب					
12	يغلب عليه العناد					
13	شديد الحساسية للانتقادات الموجهة إليه					
14	فظ في التعامل مع زملائه					

مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

الصورة المنزلية

(ت) ضعف الانتباه

م	العبارة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	يجد صعوبة في التعرف على الأشكال ومكونات الأشياء					
2	ينسى في المنزل بعض الأشياء التي يحتاج إليها في المدرسة كالكتب أو الدفاتر أو ملابس الرياضة					
3	ينسى في المدرسة أو أدواته وأغراضه التي أخذها معه في الصباح					
4	ينسى عمل الأشياء التي يجب أن يقوم بها يوميا					
5	لا يستطيع نقل الرسائل الشفهية من وإلى الآخرين بسبب ضعف قدرته على الانتباه					
6	لا يستطيع أن يقضي وقتا طويلا(10 دقائق مثلا) في لعبة واحدة بل ينتقل من لعبة للأخرى.					
7	يبدو وكأنه لا يستمع اليك عندما تتحدثين اليه مباشرة					
8	كثير النسيان (لا يتذكر أين وضع أغراضه، ماذا طلب منه)					
9	غرفته تكون فوضى عارمة					
10	يبدو غير مهتم بالأعمال المدرسية(الواجب، استذكار الدروس)					
11	تكثر أخطاؤه بسبب عدم مبالاته عندما تطلبين منه أمرا ما					
12	خطوطه ورسومه مهتزة وغير منتظمة222					

أ) الحركة المفردة:

م	العبارة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	يصعب عليه البقاء في مكانه حتى لو طلب منه ذلك					
2	يصعب عليه ممارسة الألعاب التي تتطلب الهدوء والالتزام					
3	يتسلق الأشياء العمودي في المكان الذي يوجد فيه كالجدران و الأعمدة والأشجار					
4	يتحرك حركات زائدة قد تكون خطيرة كالقفز و الجري					
5	يحدث إزعاجا وضوضاء في المكان الذي يوجد فيه					
6	يخطف ألعاب أخوته وأدواتهم دون اكتراث لمشاعرهم					
7	يعيبث بكل ما حوله من أدوات وحاجيات ويخرب أدواته بشكل مستمر					
8	يجد صعوبة في الاستغراق في النوم (كثرة الحركة والتقلب أثناء النوم)					
9	يضايق الآخرين دائما ويتدخل في أنشطتهم					
10	يجد صعوبة في البقاء جالسا حتى ينتهي من تناول طعامه					
11	يلوم الآخرين ولا يعترف بأخطائه					

أ) الإندفاعية:

م	العبارة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	يتحدث كثيرا(ثرثار)					
2	يقاطع الآخرين أثناء حديثهم					
3	فظ في التعامل مع إخوته					
4	عدواني مشاكس مع الأطفال الآخرين					
5	يحاول تخريب ألعاب الآخرين التي يلعبونها					
6	يغلب عليه العناد					
7	يخاطر غالبا إلى عمل أشياء تؤدي إلى جرحه					
8	يقول ويفعل أشياء تجرح مشاعر الآخرين (ألفاظ غير لائقة)					
9	يندفع إلى سلوك ما دون حساب ما يترتب عليه من نتائج كالقفز من أماكن مرتفعة أو الجري في شارع مزدحم					
10	متسرع ويتفاعل مع الأمور فورا بدون تفكير					
11	يرفض إتباع التعليمات والأوامر وقد يعمل عكسها					

ملحق رقم (16) خاص بأسماء الأساتذة المحكمين لجلسات البرنامج العلاجي:

الرقم	إسم الأستاذ	الرتبة	التخصص	الجامعة
01	أ.د فقيه العيد	أستاذ التعليم العالي	علم النفس الإكلينيكي.	جامعة تلمسان
02	أ. بن عصمان جويذة	أستاذة محاضرة (أ)	علم النفس الإكلينيكي.	جامعة تلمسان
03	أ. عابد براشد رشيدة	أستاذة محاضرة (أ)	علم النفس الإكلينيكي.	جامعة تلمسان

تهدف الدراسة الحالية إلى تصميم برنامج علاجي سلوكي قائم على إستراتيجية النمذجة من أجل خفض شدة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وتطبيقه على الأطفال الذين تمتد أعمارهم بين 07 و09 سنوات، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي توصل الطالب إلى أنه يساهم في خفض شدة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والمتمثلة في نمط سيطرة ضعف الانتباه ونمط سيطرة انشاط الزائد والإندفاعية والنمط المركب، وكان حجم تأثيره كبيراً.

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي، النمذجة، اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

Resumé :

La présente étude porte sur la conception et l'élaboration d'un programme thérapeutique comportemental basé sur la stratégie de modélisation aux fins de réduire l'intensité des principaux symptômes de trouble du déficit de l'attention et de hyperactivité, et son application sur un échantillon d'enfants souffrant de ce trouble âgés de 07 à 09 ans. Après application dudit programme thérapeutique, l'étudiant a conclu, qu'il contribue à la réduction du trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité, consistant en le type de domination du déficit de l'attention, le type de domination de l'hyperactivité et de l'impulsivité ainsi que le type complexe et dont l'effet était important.

Mots clés : thérapie comportementale, modélisation, trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité.

Study summary:

The present study aims to design a treatment program behavior based on modeling strategy in order to reduce the severity of the core symptoms of the disorder attention deficit hyperactivity, and apply it to children who span the ages of 07 and 09 years, and after the application of the therapeutic program, the researcher suggested that it contributes to the reduction of the severity of the core symptoms of the disorder attention deficit hyperactivity and pattern of control attention deficit and pattern control Anchat excessive impulsivity compound and pattern, and it was the size of a large impact.

Keywords: Behavioral therapy, modeling, disorder attention deficit hyperactivity.