

فاعلية برنامج سلوكي

في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين
بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي



الدكتور

ليلى يوسف كريم المرسومي



فاعلية برنامج سلوكي

في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين
بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي

دكتورة

ليلى يوسف كريم المرسومي

كلية التربية - جامعة تعز

2011



رقم الإيداع : 2010/22425

الترقيم الدولي 6-203-438-977-978

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَىٰ وَهُوَ
مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهُ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ
أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ "

صدق الله العظيم النحل (97)

شكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على سيدنا محمد خاتم الأنبياء والمرسلين وعلى آله وصحبه أجمعين ومن اهتدى بهداه إلى يوم الدين وبعد.

اشكر الله عز وجل واحمده حمداً كثيراً يليق بجلال سلطانه وعظيم قدره على جميع نعمه علي ومنحي القدرة على إنجاز هذا البحث.

ثم أتقدم بالشكر والامتنان إلى أستاذي الفاضل الدكتور قبيل كودي حسين لفضله علمه وكريم عطائه وما خصني به من رأي منبذ وفكر منير وجهد غير محدود فقد تابعني في رحلة البحث بحثو الأب وصير العالم وأتلاق العربي.

ولتتم بخالص الشكر وجزيل العرفان والامتنان إلى أستاذتي الفاضلة الدكتورة خديجة أحمد السهاغي لما وفرت لي من جهد ووقت وتوجيهات قيمة وآراء علمية سديدة في إتمام هذا البحث.

وأنتم بالشكر الوافر والعرفان بالجميل إلى زوجي ورقيق دربي الدكتور حيدر إبراهيم العطار لما بذله من جهد في متابعة خطوات البحث، وحثه المستمر لي على إنجازها.

وأشكر أستاذي الدكتور محمد عبد الله الصوفي رئيس جامعة تعز على الآراء العلمية السديدة التي قدمها لي عند تحكيم أطوار البحث ولما منحني من فرصة لاستكمال دراستي للدكتوراه في جامعة تعز التي تشرفت في التدريس والدراسة فيها.

وأشكر زملائي الأجراء في قسم علم النفس التربوي الذين لم يبخلوا عني في علمهم وآرائهم للسديدة في تحكيم أطوار البحث والمناقشات العلمية في موضوع البحث. وفي مقدمتهم الأستاذ الدكتور نبيل سفيان، والأستاذ الدكتور أحمد الأميري، والدكتور صادق المخلافي.

وشكري لولفر لزميلتي في الدراسة لما قدموه لي من آراء وملاحظات
عُنية، واطمن بالذكور منهم أختي وزميلتي الدكتورة نبيلة عهد الكريم الشرجبي
جهودها الطيبة في مساندة البحث.

وأسجل شكري وتقديري إلى الأستاذ الدكتور سند عبد المنعم في قسم اللغة
الإنجليزية على مراجعته العلمية فيما يتعلق بالترجمة من المراجع الانجليزية،
والأخي الدكتور جاسم الدليمي في قسم اللغة العربية لمراجعته اللغوية للبحث.

وأقدم بالشكر الجزيل إلى جميع منيرات ومربيات الرياض في مدينة تعز
لما قدموا لي من تسهيل في مهمتي العلمية خلال عملية التشخيص للأطفال
المضطربين، وتطبيق البرنامج.

ولأطفالي (عهد الله، ومحمد، وإبراهيم) خالص حبي وحناني لصبرهم عليّ
وانشغالي عنهم بموضوع البحث.

المقدمة

يعد اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي من الاضطرابات السلوكية الشائعة بين الأطفال في عمر ما قبل المدرسة، ويتضمن هذا الاضطراب أعراضاً أساسية تتمثل بتشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية. ومجموعة من الأعراض الثانوية المصاحبة له. يهدف البحث الحالي إلى:-

- 1- تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال الروضة في مدينة تعز.
- 2- إعداد برنامج سلوكي لتعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.
- 3- تطبيق البرنامج السلوكي لمعرفة مدى فاعليته في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.
- 4- معرفة الفرق في فاعلية البرنامج السلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين تبعاً لمتغير النوع (ذكور - إناث).
- 5- التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج السلوكي من خلال قياس المتابعة (لقياس المرجأ بعد مرور شهر) لأفراد المجموعة التجريبية ككل، وتبعاً لنوعهم (ذكور - إناث).

شملت عينة البحث لأعراض تطبيق برنامج تعديل السلوك والتعرف إلى فاعليته من (22) طفلاً وطفلة منهم (15) ذكراً و(7) إناث مثلوا عينة الأطفال المضطربين يتوزعون بين (6) روضات تم اختيارها بالطريقة العشوائية البسيطة من بين مجموع الروضات البالغ عددها (34) روضة حكومية وأهلية شُخص فيها الأطفال المضطربين. وقد تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة اشتملت كل منها على (11) طفلاً وطفلة توزعت بين (3) روضات.

قامت الباحثة بإعداد الأدوات الآتية:

- 1- مقياس تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي لأطفال الروضة بصورتيه (المدروسة، والمنزلية).
- 3- البرنامج السلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي.

لغرض تحقيق أهداف البحث استخدمت بعض الوسائل الإحصائية كعاملات فخر لاستخراج المتوسط المرجح والأوزان المئوية، واختبار مبان وتسي ثلاثي المتري للمجموعات المستقلة، واختبار ولكوكسن الثلاثي المتري للمجموعات المترابطة.

أسفرت نتائج البحث عما يأتي:

- 1- أن نسبة الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط بلغت (6.45%) من مجموع أطفال مجتمع البحث البالغ (1983) طفلاً وطفلة. وأن نسبة الأطفال الذكور المضطربين تشكل حوالي (4-1%) من نسبة الإناث المضطربات.

- 2- يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) قبل وبعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح القياس البعدي.

- 3- يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح المجموعة التجريبية.

- 4- لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي.

5- لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب بعد انتهاء تطبيق البرنامج للسلوكي ودرجاتهم في التطبيق المرجأ بعد مرور شهر من المتابعة.

6- لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة المرجأ بعد مرور شهر.

وقد خرج لبحث بمجموعة من التوصيات المعتمدة من نتاجه منها:-

1- أن تتبنى وزارة التربية والتعليم مهمة رعاية الأطفال الذين تم تشخيصهم بالاضطراب في رياض الأطفال بمدينة تعز وذلك من خلال إنشاء مجموعة دعم تعمل على تقديم برامج تعليمية وتشخيصية متخصصة بالتنسيق مع جهات طبية، وتربوية حكومية وخاصة.

2- أن تقوم وزارة التربية والتعليم بمهمة تدريب المربيات في فروع ومدارس التعليم الأساسي على استخدام البرنامج السلوكي لخفض الاضطراب في تعديل سلوك الأطفال المضطربين.

3- أن تقوم إدارة الفروع بتنظيم اجتماعات دورية لأولياء الأمور والمربيات في الفروع لدعمهم معنوياً وإعطائهم الفرصة الكافية لتبادل الخبرات والمهارات وأساليب التواصل المناسبة للتعامل مع الطفل المضطرب داخل وخارج الفروع والمنزل.

وقد خرج لبحث بمجموعة من المقترحات لإجراء دراسات ذات العلاقة بموضوعه.

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

- ❖ مقدمة البحث.
- ❖ مشكلة البحث.
- ❖ أهمية البحث والحاجة إليه.
- ❖ أهداف البحث.
- ❖ حدود البحث.
- ❖ تحديد مصطلحات البحث.

أولاً: مقدمة البحث.

تعد الاضطرابات التماثلية والسلوكية من أهم العوامل المؤثرة في النمو السوي للطفل لما لها من آثار سلبية على علاقاته الاجتماعية بالأفراد المحيطين به، وعلى تكيفه مع المجتمع، وعلى تحصيله الدراسي فيما بعد. ومن هذه الاضطرابات اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط * (ADHD) Attention Deficit Hyperactivity Disorder . ورغم أن هذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال، لكنه لم يشخص بشكل دقيق إلا في بداية الثمانينيات من القرن الماضي، إذ كان يشخص قبل ذلك على أنه: إما ضعف في القدرة على التعلم، أو أنه خلل بسيط في وظائف السمع، أو إصابة بسيطة في المعج، أو أنه نشاط حركي مفرط (APA, 1980:216).

ويشير النيل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (1994) (DSM-IV) إلى وجود ثلاثة أنماط من هذا الاضطراب يمثل النمط الأول منه تشتت في الانتباه (Inattention) بدون فرط النشاط، ويمثل النمط الثاني النشاط المفرط/الانفجارية (Hyperactivity/Impulsivity) دون قصور الانتباه. بينما يشمل النمط الثالث على النمطين السابقين معاً أي يمثل بذلك نمطاً مختلماً جديداً تحت مسمى تشتت الانتباه وفرط النشاط (ADHD) (APA, 1994:377).

إن الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه يظهر لديهم قصور في معظم جوانب عملية الانتباه وضعف في القدرة على الاحتفاظ به مما يؤدي إلى ظهور مشكلات في المنزل والروضة وفي أماكن أخرى. ويظهر ضعف الانتباه في مظاهر سلوكية متعددة منها زمن الانتباه القصير، وعدم القدرة على الاحتفاظ بالانتباه، والانتباه الانتقالي لممارات معينة، إضافة إلى القابلية للذهول وصرف الانتباه (السطحية ، 2005: 3).

أما للنشاط المفرط وهو مظهر آخر من مظاهر هذا الاضطراب فيبرز بشكل سلوك غير ملائم وغير موجه نحو هدف محدد عند قتلل المعنطرب مقارنةً بنشاط

* لغرض عدم تكرار اسم الاضطراب في البحث باستمرار سيتم الاستعانة بمصطلحات (الاضطراب) للدلالة على اضطراب تشتت الانتباه وفرط نشاط فقط ، أو (الطفل المعنطرب) للدلالة على الطفل /الأطفال المعنطربين به.

الطفل العادي الذي تتسم فعالياتة بأنها هائلة ومنتجة. فهو يلعب بهدوء ويتصرف تصرفات طبيعية وملائمة وهذا ما يطلق عليه النشاط الطبيعي. لكن لطفل المضطرب بعد مضطرباً لما يصدر عنه من سلوك وتصرفات تثير المشكلات حتى ولو كان نشاطه لا يزيد عن نشاط السقطل الطبيعي (الشربيني وصادق، 2003: 346). ويعد مستوى النشاط من العوامل المهمة في تحديد الاضطراب فضلاً عن عوامل أخرى لا تقل أهمية عنه فهو غير قادر السيطرة على نفسه وغالباً ما يكون مصدر إزعاج، ولا يسمع لنصائح وتوجيهات لمن هو أكبر منه، ودائم الحركة في كل مكان، ولا يد من الانتباه له سواء من الآباء أو المعلمين. وعندما يلتحق الطفل بالروضة أو المدرسة يُطلب بالاستقرار والانضام بالانظم والقيام ببعض المهام التي تتطلب الهدوء والتركيز والسيطرة بالسلوك يصبح من السهل عند ذلك تشخيص سلوكه إن كان طبيعياً أو مضطرباً مقارنة بالأطفال الآخرين (احمد، 2004: 38). ومن المؤشرات العملية لمعرفة الطفل المضطرب تلك التقارير المتكررة عن سلوكه غير المعتاد، وعن حركته الدائمة في المكان، وتساقطه الجدران في مواقف مختلفة، وتكرر فعله في إتساق المهمات التي يكلف بها على الرغم من شدة نشاطه (شيفر وعلان، 1989: 7).

كما تعد الانفعالية مظهراً آخر لهذا الاضطراب حيث تبدو في عدم القدرة على تأجيل الاستجابة، والفشل في التعرف إلى عواقب السلوك، وفي تأجيل الإتيان، وصعوبة ضبط الذات، وتوجيه السلوك وفقاً للأوضاع والمواقف المتوقعة (عبد الله، 2000: 27).

وتشير الأدبيات أيضاً إلى مجموعة من الأعراض الثانوية الأخرى التي قد تصاحب هذا الاضطراب منها ضعف العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ومشكلات في التواصل، وتثني في مفهوم الذات، وكثرة الشجار، وعدم التعاون، والسلوك العدواني وغيرها (الطائف، 1987: 23-33) (بشيرى وعجلان، 1997: 6) (سيمان، 2001: 29-38) (شيفر، 2002: 75).

ويرى المختصون أن أسباب هذا الاضطراب قد تعود إلى عوامل وراثية، وبيولوجية خلال فترة الحمل، أو إلى عوامل نفسية اجتماعية مرتبطة بالأمومة وأساليب المعاملة الوالدية الخاطئة كالرفض والإهمال، أو عوامل بيئية تتعلق بالتعرض للحوادث أو

التسميم بعبارة الرصاص، أو تناول الأذنية التي تحتوي على كمود لحافظة لور السكرينات المركزة (فخشمي، 2004 : 85-87).

ويتضح هذا الاضطراب لدى بعض الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وفي السنوات الدراسية الأولى، حيث يلاحظ على هؤلاء الأطفال أنهم غير قادرين على التحكم في سلوكهم وفي تركيز انتباههم بدرجة مناسبة للمثيرات التي تتطلب الانتباه في المواقف المختلفة وقد قدر عند هؤلاء الأطفال بين (3-5%) من مجموع الأطفال (NIMH,2006:1).

ويقدر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث الممدد للاضطرابات العقلية (DSM-III-R,1987) إلى أن حوالي ما يقرب من نصف الحالات يبدأ فيها الاضطراب قبل من الرابعة (APA,1987:310).

وللتخفيف من معاناة الطفل المضطرب فتي يمتد تأثيرها إلى الأسرة والمدرسة ظهرت أساليب وتدخلات علاجية متنوعة تستخدم لخفض مظاهر هذا الاضطراب عند الأطفال منها: العلاج الدوائي، والعلاج بإتباع أنظمة غذائية معينة، والعلاج النفسي، والعلاج الأسري، والعلاج التربوي، والسلوكي، والسلوكي المعرفي.

وعلى الرغم من شيوع استخدام فعلاج الدوائي للتخفيف من حدة الاضطراب عند الأطفال وظهور فعالية على المدى القريب إلا أن له آثاراً سلبية وجانبية على المدى البعيد لنمو الطفل، وقد أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن ما بين (33-67%) من آباء الأطفال المضطربين في مرحلة ما قبل المدرسة يفضلون عدم مواصلة هذا النوع من العلاج نتيجة هذه الآثار (ريزو وزيلجل ج1، 1999 : 473) (ميركوليسو وآخرون، 2000 : 319).

ويرى متخصصون أن العلاج النفسي الذي يتضمن (العلاج السلوكي، والعلاج السلوكي المعرفي) هو فعلاج الأكثر فعالية والأقل ضرراً على الطفل. حيث أشارت الجمعية القومية للأخصائيين النفسيين في مدارس الولايات المتحدة الأمريكية إلى أنه يجب تجنب التفكير بالعلاج الدوائي إلا بعد إجراء عدد من التدخلات السلوكية المناسبة سواء في المنزل أو المدرسة ولفترة زمنية معقولة (محمد، 2004 : 230).

بعد العلاج السلوكي من الأساليب الفعالة في تعديل سلوك الأطفال المضطربين في عمر الروضة والذي يعتمد على مبادئ وتطبيقات النظرية السلوكية التي تسرى أن معظم السلوك الإنساني متعلم ومكتسب، وإن السلوك غير السوي لا يختلف بطريقة تعلمه عن السلوك السوي، وإن السلوك المدعم يقوى ويتكرر بينما السلوك غير المدعم يضعف وينطفئ.

إن العلاج السلوكي وما يستخدم فيه من فترات مختلفة تساعد الطفل على تركيز الانتباه، وضبط النفس، وتنمية المهارات الاجتماعية، والحد من فرط النشاط الحركي، وأداء الأنشطة والمهام المختلفة التي يكلف في أداؤها وذلك من خلال إتصال بعض التعديلات على البيئة المحيطة بالطفل (Burrows,2001:145-163).

وقد أظهرت الدراسات المعاصرة للعديد من تقنيات تعديل السلوك الإنساني التي تستلعب العربية تطبيقها داخل الفصل الدراسي والتي أثبتت فعاليتها في الاستخدام الأمثل على أطفال ما قبل المدرسة كدراسات (Paniagua&etal.,1990:63-68)، و (Corrin,2003:202-205)، و (Ghosh&Chattopadhyay,1993:124-129)، و (الشمير، 2004: 252)، و (الخشمي، 2005: 1-23).

وبناء على ذلك فإن المشكلات السلوكية والنفسية التي يعاني منها الأطفال المضطربون يمكن علاجها عن طريق تعديل الظروف البيئية المحيطة بهم وتعديل سلوكياتهم باستخدام فنيات العلاج السلوكي وتطبيقها في المواقف المختلفة التي قد يتعرض لها الطفل.

لذا فإن البحث الحالي يركز على تشخيص الاضطراب لدى أطفال الروضة في البيئة الرمزية، وإعداد برنامج لتعديل سلوك الأطفال المضطربين للتعرف إلى مدى فاعليته والاستفادة منه للتخفيف من معاناة العريبات في الروضة.

ثانياً: مشكلة البحث.

بعد الاضطراب مصدراً أساسياً لضيق وتوتر وإزعاج المحيطين بالطفل، حيث يعاني من هذا الاضطراب أولياء الأمور والمعلمون والأطفال أنفسهم وأقرانهم، مما يؤثر على استجاباتهم وأسلوب معابرتهم للطفل، مما يمسق نومهم ومستقبلهم التعليمي والاجتماعي فيما بعد.

ويتم الطفل المضطرب في مرحلة ما قبل المدرسة بأنه مفرط النشاط، وانفصالي، ولا يستطيع التركيز لأكثر من دقائق فقط، ويشكل وجود طفل مصاب بهذه الحالة مشكلة حقيقية للأهل وقد يدرك الطفل المصاب مشكلته أحياناً لكنه لا يستطيع السيطرة على تصرفاته، وغالباً ما تكون القدرات اللفظية لهؤلاء الأطفال طبيعية أو اقرب للطبيعية وتكون مشكلتهم الأساسية عدم الاستفادة من المعلومات أو التغيرات من حولهم.

ويشير الأوب النظري والدراسات المسابغة إلى إن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب تتفهم مشاعر من الخوف، أو الإحباط، أو الاتسحاب، أو القناسة في الظروف الاعتيادية، أو بالشرود الذهني، أو الأنفوسية (خليقة وعيسى، 2007: 93)، والـحـنـوانية (Erhardt&Hinshow,1994:833-842)

(Shelton&etal,1998:475-494)، ومشكلات تعليمية بسبب حركاتهم الزائدة غير الأساسية (Pelham&Bender,1982:73) (قاسم وآخرون،2000: 119)، وصعوبات في التعلم، ومشكلات في الانتباه الانتقالي (السمعي، والبصري)، والانتباه المتواصل (اللفظي، والعمدي)، والذاكرة العاملة (القراءة، والعمليات الحسابية) (Flether&etal,1996:271-297) (عجلان،2002: 62-99) (هانسون،2006: 49)، وانخفاض مستوى أدائهم للمهام التحصيلية المعقدة بسرعة واختبارات الانتباه السمعية والبصرية، وزمن الرجوع (Hynd&etal,1989:176-190) (السمعدوني،1990: {110}) (الفرحاني،1995: 121)، والتمييز اللفظي (Norrelgen&etal,1999:335-339)، وتأجيلهم للمهام التي يكفون فيها، والقصور الإجرائي في الأداء (Dalen,2002:187-196). وهذا القيص من الدراسات يعزز دراسة هذه المشكلة قبل تقامها لدى أطفال الروضة.

ويعد هذا الاضطراب من الاضطرابات اللفظية المزمنة المعقدة من مرحلة الطفولة إلى مراحل عمرية متقدمة، حيث أشار (ميركونينو) إلى إن الدراسات الطولية التي أجريت على الأطفال المضطربين أثبتت في نتائجها استمرارية أعراض الاضطراب لدى الأطفال إلى مراحل متقدمة. وإن نسبة (45-75%) من الأطفال في

مرحلة ما قبل المدرسة من المصابين بهذا الاضطراب تستمر أعراضه معهم إلى مرحلة المدرسة وحتى مرحلة المراهقة (ميركلينو وأغرون، 2000: 300). إن ترك الأطفال المضطربين إلى مراحل متقدمة من أعمارهم دون علاج مبكر قد يؤدي إلى تفاقم مشكلاتهم الاجتماعية، والأكاديمية، والصحية، والأسرية. فقد أشار باركلي Barkley أن حوالي (30%) من الذين يعانون من الاضطراب قد اشتركوا في حوادث السرقة، و(20%) منهم اشتركوا في إشعال الحرائق، و(40%) قد تعاطوا الكحول والتبغ في سن مبكرة، و(25%) منهم قد تعرضوا للفصل من المدرسة في المرحلة الثانوية نتيجة لسوء سلوكهم، كما أن معدل حوادث السيارات عند المراهقين المضطربين يقدر بحوالي أربعة أمثال معدلها عند قراءهم العاديين وأن المخالفات المرورية المرتبطة بالسرعة العالية تعادل ثلاثة أمثال نسبتها عند المراهقين العاديين (الم، 2001: 42).

وقد بينت الدراسات إلى أن الاضطراب يشيع بين الأطفال العاديين كما أظهرته نتائج دراسات (السطحية، 1997: 1-35)، و(عبد الله، 2000: 22-41)، و(الحمدة، 2004: 37-91)، و(بشر، 2005: 167-197)، و(القلبي، 2005: 191-206). كما يشيع بين الأطفال غير العاديين كما أظهرته نتائج دراسات (عبد الباقي، 1995: 5-8)، و(ديبسي، والسعدوني، 1998: 88-121)، و(السوفي، 2000: 114-139)، و(بخش، 2001: 51-73).

وتظهر المشكلة من خلال المضطرب التي يتعرض لها الطفل في الأسرة والروضة بسبب انخفاض دافعيته في أداء الأنشطة التي يكلف بها وبالتالي يوصف بعدة أوصاف مثل: كسول، وعبي، وبارد، ولا مبال وغيرها من الأوصاف الأخرى (الروبيع، 2002: 50) (الميلادي، 2004: 43).

إن ظهور هذا الاضطراب في مرحلة صغرية مبكرة من حياة عدد من الأطفال وصعوبة تشخيصه بوضوح لغالب أداء التشخيص المناسبة في البيئة الزمنية، وضعف الوعي به وتداخله مع أعراض سلوكية أخرى كاضطراب المعارضة والتحدى،

واضطراب السلوك، والقلق، والاكتئاب فضلاً عن صعوبات التعلم بعد مشكلة بعد ذاتها
لما لها من آثار سلبية على حياة الطفل والأفراد المحيطين به.

وقد لاحظت الباحثة هذه المشكلة بوضوح خلال زيارتها الميدانية لعدد من فصول
الروضة في مدينة تعز وتواصلها مع المربيات والمديرات والاستماع إلى شكواهن
المستمرة من بعض الأطفال داخل الفصول لما يشعرون به من حركة ونشاط مفرط،
وضعف تركيزهم وانفاسهم للشاغل التي يكافون بها، وانفاسهم وعشوقهم اتجاه
الأطفال الآخرين. فضلاً عن شكوى أقرانهم المستمرة منهم لما يسببونه من إزعاج
وتدخل في أنشطتهم مما دفع الباحثة إلى التعرف على هؤلاء الأطفال وتشخيص
الاضطراب لديهم من خلال تطبيق بعض المقاييس لتشخيصية للتأكد من وجود هذا
الاضطراب على عينة استطلاعية من الأطفال فوجدت أن نسبة الأطفال المضطربين
تقدر بنسبة (10%) من أطفال العينة الاستطلاعية وتمتد هذه النسبة مؤشراً بسسعي
الاهتمام بهذا الموضوع من خلال التشخيص المبكر وإعداد البرامج المناسبة للتعامل معه
فإن أن يتقدم ويصبح له آثار سلبية على الطفل والأهل والمدرسة وبالتالي تنعكس على
المجتمع.

مما تقدم تبرز مشكلة البحث من خلال التساؤلات الآتية:

- 1- ما الأداة المناسبة لتشخيص الأطفال لمضطربين بشدت الانتباه وفرط النشاط
الحركي في مدينة تعز ؟
- 2- ما نسبة انتشار الاضطراب لدى أطفال الروضة في مدينة تعز ؟
- 3- ما المظاهر النفسية للاضطراب وفقاً لمكوناتها التي تظهر لدى الأطفال
المضطربين بشدت الانتباه وفرط النشاط الحركي ؟
- 4- ما صيغة البرنامج السلوكي المناسب لتعديل سلوك الأطفال المضطربين
بشدت الانتباه وفرط النشاط الحركي ؟
- 5- ما فاعلية البرنامج السلوكي في تعديل سلوك الأطفال المضطربين بشدت
الانتباه وفرط النشاط الحركي؟

ثالثاً: أهمية البحث.

تعد مرحلة الطفولة من المراحل المهمة في حياة الإنسان، حيث يكسب من خلالها المفاهيم والقيم والمعرفة وأساليب التفكير ومبادئ السلوك وفيها يتطور الميول والاتجاهات. لذا أصبح الاهتمام بالطفولة من الأولويات الرئيسية التي لادت بها المجتمعات في معظم دول العالم. ويعد من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمعات لأن تربية الأطفال وإعدادهم يمثل اهتماماً يواثق الأمة ومستقبلها في مواجهة التحديات الحضارية التي تفرضها قضية التطسورات (بدران، 2000: 245).

وإن خير الاهتمام بالطفولة جئوا لدى المسؤولين والهيئات والمؤسسات الرسمية وغير الرسمية على الشطآن الدولي والعربي والمحلي، ومن مظاهره عالمياً إعلان اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل عام (1990)، وعربياً إعلان قيام المجلس العربي للطفولة والتنمية عام (1986)، ومحلياً لضعام الجمهورية اليمنية إلى اتفاقية حقوق الطفل الدولية عام (1991)، وإعلان حقوق الطفل اليمني عام (2002)، وإنشاء برلمان لأطفال اليمن عام (2004). (محمد والحامدي، 2005: 204)، كما عقد عدد من الفنون والسنتمرات المتحققة بالطفولة بعامة وبطفل ماقبل المدرسة بخاصة، كمؤتمر الطفولة الوطني الأول عام (2005)، والثاني عام (2006)، والثالث (2007) في رحاب جامعة تعز.

وتشكل مرحلة الطفولة في مجملها سلسلة متصلة تضم الأعمار التي تمتد من مرحلة الولادة إلى مرحلة المراهقة حيث يمر الفرد من خلالها بعدد من المراحل التي تتميز كل منها بخصائص محددة وواضحة. وتقسّم هذه المرحلة بشكل عام إلى ثلاثة مراحل رئيسية هي: مرحلة الطفولة المبكرة، والمتوسطة، والمتأخرة.

ويطلق على مرحلة الطفولة المبكرة من عسر (3-6) سنوات أي من نهاية الرضاعة وحتى دخول الطفل المدرسة مرحلة ماقبل المدرسة. وفيها ينتقل الطفل من بيئته الأولى المتمثلة بالبيت إلى بيئته الثانية المتمثلة بالحضنة والروضة. وتعد هذه المرحلة من أهم المراحل التي يمر بها الطفل وأخطرها وفيها تتشكل مكوناته النفسية والاجتماعية والثقافية والبيولوجية وتتأسي فيها قدراته العقلية وملكته الإبداعية، وفيها يكتسب العديد من سلوكيات المتبانية أو المتجانسة وفق ما تعلمه عليه ظروف الأسرة

وأوضاع البيئة المحيطة به لذا تصبح هذه المرحلة بمثابة التربة الخصبة للإعداد
الأساسي والتهيئة لنقل المستقل (الأخيري، 2005: 285).

ونمثل الروضة المؤسسة التربوية والاجتماعية الأولى بعد البيت فتهيئ فيها
الطفل مسيرته التربوية والتعلّمية، وتهدف إلى تحقيق لنمو المتكامل والمتوازن للأطفال
من جميع النواحي الجسمية، والعقلية، والنفسية، والاجتماعية. لذا يوحى للتربويين
بالاهتمام بهذه البيئة وجعلها غنية بالمشورات الحسية الجذابة التي توفر المناخ النفسي
المتوازن الذي يشعره بالأمن والحرية وتتاح له فيها فرص اللعب والاستكشاف والإبداع
مما يسهل عملية الانتقال إلى بيئة المدرسة والإيفاء بمتطلباتها.

ولتحقيق أهداف الروضة لابد من توافر البرامج التربوية الناجمة للتعامل مع
الأطفال بفنائلهم المختلفة وأن تكون مواكبة لمراحل نمو المتابعة، ومعرفة احتياجاتهم
النفسية، والجسمية، والمعرفية، والاجتماعية وكيفية التعامل مع المشكلات والاضطرابات
المتوقعة التي قد تظهر في هذه المرحلة، كالمشكلات المتعلقة بالنمو ومنها التأخر
العقلي، والتأخر اللغوي، واضطرابات السلوك كمشكلات الانتباه وفرط النشاط،
والتهريب، والعدوان، والتكذب، واضطرابات الشخصية كقلق الانفصال، والقلق
الاجتماعي، وغيرها من الاضطرابات الأخرى (إبراهيم، 1993: 25).

وبعد نشأت الانتباه وفرط النشاط من الاضطرابات المؤثرة في هذه المرحلة لتسبب
تشكل مشكلة للطفل والمربين مما تستدعي الحاجة إلى الاهتمام بها.

وترجع أهمية دراسة اضطراب نشأت الانتباه وفرط النشاط عند الأطفال إلى عدة
أسباب من بينها زيادة نسبة انتشاره في رياض الأطفال. واستقراره إلى ما بعد مرحلة
المدولة، وقلة المعلومات المتوفرة عن الأطفال المعطرين وتأثيراته السلبية على
التطور النفسي للطفل ونكاته وعلاقاته الاجتماعية. لذا فمن الأهمية أن يبال الأطفال
المضطربون به المساعدة الضرورية لأن (90%) منهم عناصر غير منتجة في مجتمع
المدرسي، و(90%) منهم في مستوى دراسي منخفض، و(20%) يعانون من صعوبات
في القراءة، و(60%) يعانون مشكلة كبيرة في الكتابة، وأن (5%) منهم فقط من يصل
إلى مراحل عليا من التعليم (ماكنتاير، 2004: 80).

وهذا ما أدى إلى أن يصبح هذا الاضطراب من الموضوعات الهامة التي طرحت للتدريس على مستوى الندوات والمؤتمرات في العالم العربي في السنوات الأخيرة، كالمؤتمر الدولي الأول لاضطراب الانتباه مع فرط الحركة والنشاط المنعقد في مستشفى الملك فيصل التخصصي في المملكة العربية السعودية (2004)، والمؤتمر الدولي لصعوبات التعلم في المملكة العربية السعودية (2006) الذي تناول أحد محاوره هذا الاضطراب.

ونظراً للتصور الواضح في الدراسات المتعلّقة بهذا الموضوع في الدول العربية عامة واليمن خاصة من حيث تشخيصه، وتحديد نسبة انتشاره وإعداد البرامج التربوية الملائمة لمعالجه تأتي أهمية البحث الحالي الذي يسعى إلى تشخيصه، وإعداد البرنامج المناسب لتحديد سلوك الأطفال المضطربين به، ومساعدة العائلات في ترويضه والأمهات في المنزل لتحسين أسلوب تعاملهم مع سلوك الأطفال المضطربين.

ولأهمية البرامج العلاجية وما لها من تأثير فعال في تحسين حياة الطفل المضطرب تبرز أهمية البحث الحالي في تزويد العائلات والمهنيين بفرصة تبادلية للتعامل مع الاضطراب وتوفير فرص أفضل لنجاح الأطفال المضطربين في التعامل مع أقرانهم في الروضة وأسرهم في المنزل من خلال التعرف على المفاهيم التي تستخدم في تعديل السلوك وفي تعليم الطفل وتوجيهه.

ويمكن تحديد أهمية للبحث الحالي فيما يأتي:

1- أنه يتناول مرحلة عمرية مهمة من حياة الفرد، وهي مرحلة الطفولة التي مازالت بحاجة لمزيد من البحوث والدراسات لغرض تحقيق النمو السليم والمتكامل لها، ووضع الحلول المناسبة لمشاكلها.

2- يلقى الضوء على احد الاضطرابات الانفعالية النمائية السلوكية الشائعة بين الأطفال وما يترتب عليه من آثار سلبية على الطفل والأسرة والروضة.

3- يوفر أداة تشخيصية للتعرف إلى اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط يمكن من تنفيذ الباحثين في إعداد أدوات أخرى للتشخيص في الدول العربية عامة وفي الجمهورية اليمنية خاصة.

- 4- بعد أول بحث يستخدم أداة تشخيصية وبرنامج سلوكي لتفحص حدة الاضطراب في مرحلة رياض الأطفال في الجمهورية اليمنية (على حد علم الباحثة).
- 5- الكشف عن نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى أطفال الروضة في مدينة تعز.
- 6- يوافر برنامجاً سلوكياً يساعد في كيفية التعامل السليم مع الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط وتعديل سلوكهم، ويمكن أن يكون هذا البرنامج دليلاً عملياً للقائمين على تربية الأطفال في مرحلة الروضة يمكن الاستمانة به عند الحاجة.
- 7- يقدم البرنامج المستخدم في البحث الحالي فرصة لتدريب المربيات في الروضة للتعامل مع هذا الاضطراب.
- 8- توجيه أنظار المسؤولين والمهتمين ببرامج الرعاية النفسية والتربوية للأطفال في مرحلة الروضة للتعرف إلى اضطراباتها النمائية والعمل على التدخل المبكر لوضع ميل المعالجة والحد من تفاقمها في المستقبل.
- 9- إثراء المكتبة اليمنية بموضوع يتناول معلومات عن هذا الاضطراب يتناسب مع خصوصية الأطفال المضطربين في البيئة اليمنية.
- رأبها: أهدافه البحث.

يهدف البحث الحالي إلى:

- 6- تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال الروضة في مدينة تعز.
- 7- إعداد برنامج سلوكي لتعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.
- 8- تطبيق البرنامج السلوكي لمعرفة مدى فاعليته في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.
- 9- معرفة الفرق في فاعلية البرنامج السلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين تبعاً لمتغير النوع (ذكور- إناث).

10- التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج السلوكي من خلال قياس المتابعة (القياس المرجحاً بعد مرور شهر) لأفراد المجموعة التجريبية ككل، وتبعاً لتوسعهم (تكرر - ثلاث).

خامساً: حدود البحث.

الحدود الموضوعية: اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال الروضة.
الحدود البشرية: عينة من أطفال قروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط من الذكور والإناث للأعمار (5و4) سنوات.
الحدود المكانية: رياض الأطفال في مدينة نجر.
الفترة الزمنية للتطبيق: العام الدراسي 2007-2008م.
سائماً بمصطلحات البحث.

1- برنامج تعديل السلوك: Behavior Modification program

يعرف بأنه "برنامج الذي يهدف إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة، ويكون الاهتمام الرئيسي له هو السلوك الظاهر الملاحظ عند الأفراد ويستخدم في مجالات تربوية، والأسرية، والإكلينيكية. ويستخدم مع الأطفال العاديين وغير العاديين من أجل تطوير مهاراتهم الذاتية والاجتماعية واكتساب سلوكيات أكثر ملائمة" (بحسب، 2000: 164).

وأنه أسلوب يستخدم للحد من السلوك غير المرغوب وإحلال سلوك ملائم بدلاً منه من خلال إجراء التعديلات في البيئة والتركيز على تقديم المعززات في كل مرة يظهر فيها السلوك المرغوب، والتعامل مع السلوك غير المرغوب بالتجاهل أو العقاب (سيسام، 2002: 53).

وهو برنامج عملي يركز على أعراض محددة من المشكلات التي يعاني منها الأفراد وتكون هدفاً للعلاج، وتحدد الاستجابة المتوقعة من الفرد حيث تكون متطلبات البرنامج واضحة منذ البداية ويكون التركيز على مسئولية الفرد في تحديد التعديل وتكوينه الذاتية والجماعية ويعرف الفرد ماذا يجب أن يفعل، وماذا يتجنب لكي يحصل على التعديل (كوزول وأخرون، 2002: 101).

وأنة التطبيق المنظم للأدوية التي انتهت عن القوانين السلوكية، وذلك بغية إحداث تغيير جوهري ومفيد في السلوك الأكاديمي والاجتماعي* (خلف الله، 2004: 117).

وهو البرنامج الذي يقوم على مبادئ النظريات والأفكار السلوكية، وينظر إلى السلوك الظاهر وليس السبب الذي يكمن خلفه، ويعمل على تعديل الاستجابة المخاطنة المسببة للاضطراب سلوكي من خلال إعادة الامتراط مرة أخرى* (مجرس، 2006: 52).

وتعرفه الباحثة نظرياً* بأنه تطبيق مبادئ وعمليات النظريات السلوكية لخاصة بتشكيل واكتساب سلوك يرضى ككف الاستجابات والعادات السلوكية غير المرغوب فيها عند الأطفال واستبدالها باستجابات سلوكية صحيحة ومتوافقة مع البيئة من خلال عملية التعلم*.

وتعرفه الباحثة إجرائياً* بأنه مجموعة من الجلسات المنظمة تجريها الباحثة مع الأطفال الذين تم تشخيصهم بالاضطراب في المجموعة التجريبية المشخصة بمجموعة فئات استمدت من مبادئ النظريات السلوكية والأنشطة المناسبة لها لغرض تعديل سلوكهم وخفض حدة الاضطراب لديهم*.

2- اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط: (ADHD)

ويعرف بأنه* ارتفاع مستوى النشاط بصورة غير مقبولة اجتماعياً، وانعدام تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم ضبط النفس، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مقبولة مع الزملاء، والوالدين، والمربين (الشخص، 1985: 103).

وهو اضطراب نمائي يتميز بدرجات نمائية غير مقبولة لعدم الانتباه، وحرط النشاط، والانتعاجية، وينشأ في مرحلة الطفولة المبكرة، ويبدو مزماً Chronic ومستعراً نسبياً في طبيعته ولا يمكن تحليله على أساس المعايير الحسية العصبية، أو اضطرابات اللغة، أو التخلف العقلي، أو الاضطرابات العاطفية. وهذه الصعوبات مرتبطة نمطياً بنقص السلوك التحكمي وفي الحفاظ على لمط متوازن من أداء العمل على حساب الوقت الإجمالي* (Barkley, 1990: 47).

وعرفه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية لتجمعية الأمريكية (1994) بأنه نمط دائم لمعجز أو قصور أو صعوبة في الانتباه وسرور للنشاط- الانتفاعية. يوجد لدى بعض الأطفال، ويكون أكثر تكراراً، وتواتراً، وحدة، مما يلاحظ لدى الأطفال العاديين من أقرانهم في نفس مستوى النمو (APA, 1994:378).

وإنه " حالة مزمنة تشتمل بمسويات غير ملائمة من نقص الانتباه والانتفاعية والنشاط الزائد، وهذا الاضطراب، له تأثير ضار وخطير على الأداء النفسي للطفل والمراهق، والفرط الذي يعاني منه يظهر بدرجة أكاديمية منخفضة، وضعف التحصيل الأكاديمي، إلى جانب العديد من المشكلات التي تتعلق بالعلاقات مع الرفاق وتبني مفهوم الذات" (Anastopoulos,1999:100).

ويعرف بأنه " حركات جسدية تفوق الحد الطبيعي المقبول ويتميز بالفتل ذو النشاط الزائد بالتهور، وتوبات الغضب الشديدة، وعدم القدرة على التحمل والإحباط، وعدم القدرة على الانتباه، وتغيرات في المزاج، وعلاقات اجتماعية مشدنية، والغرض والحنان، واضطراب في الوظائف الحركية، والنشاط الجسدي المفرط والتقليبية للإثارة" (خلف الله، 2004: 209).

وهو " اضطراب عصبي يصيب الأطفال ويؤثر على قدرتهم على الانتباه والاستمرارية في أداء مهامهم بكفاءة وفعالية، وقد يفقد الطفل للنشاط الحركي الزائد أو الانتفاعية مما يترك أثراً سلبياً على أداء الطفل في المدرسة والمنزل ويؤثر على حياته الاجتماعية والانتفاعية ويستمر هذا الاضطراب مع الطفل في سنوات الحياة بدرجات وأشكال مختلفة" (عشرمي، 2005: 6).

ويشتمل الاضطراب على أربعة مجالات هي:

أ- تشتت الانتباه: Attention Deficit

يعرف بأنه " شرود الأذن وتجنب أداء المهام التي تتطلب الانتباه لسدى زمنسي طويل، إلى جانب السلوكيات التي تتمثل بالإهمال والتسرع عند أداء الأنشطة اليومية، وفقدان الممتلكات في أغلب الأوقات، وعدم القدرة على إتباع التعليمات، وصعوبة في تنظيم أو أداء مهام" (السوفى، 2006: 23).

ويعرف بأنه * عدم القدرة على المتابعة والتركيز على المهمات والمثيرات المشتتة أو تلك المثيرات المرتبطة بالموقف أو المغالاة في الانتباه بمثيرات مرتبطة بالموقف* (القمش و معاينة،2007: 190).

وعرفته الباحثة * بأنه ضعف القدرة على تركيز الانتباه إلى المثيرات، وكثرة التسلل، والانتقال من نشاط إلى آخر، والانشغال بموضوعات متعددة، وصعوبة التفكير، واستيعاب التعليمات في فروضة والمزلق*.

ب- فرط النشاط: Hyperactivity

يعرف بأنه * السلوك الذي يسم بالحركة غير العادية والنشاط المفرط. ويعسوق تعلم الطفل المضطرب به، ويسبب له مشكلات في إدارة السلوك* (الأشول،1987: 453).

وأنه * زيادة في النشاط عن الحد المقبول بشكل مستمر، وأن الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون متناسبة مع عمره الزمني* (يحيى،2000: 180).

ويعرف بأنه * النشاط الحركي المفرط المشغل في شغل الطفل وإراطه في الحركة، والنشاط والحديث وعدم قدرته على الجلوس ساكناً أو اللعب في هدوء إلى جانب الإتيان بسلوكيات لا تعد مناسبة في تلك المواقف التي تحدث فيها مع استمرار حركته بشكل مفرط وغالباً ما يقترن بالاندفاعية* (محمد،2003: 170).

وعرفته الباحثة * بأنه نشاط حركي زائد ذو طبيعة عسرة عابثة يتسم بعدم الاستقرار، وكثرة الحركة، وإزعاج الآخرين، والتسبب معهم في الفوضى والمزلق* .

ج- الاندفاعية: Impulsivity

وتعرف بأنها * ميل الأطفال المضطربين للاستجابة دون تفكير مسبق، ولا يعرفون تبعات فعلهم عند قيامهم بالأداء، كما يجنون صعوبة في انتظار دورهم، ولا يفكرون في البدائل المتاحة قبل أن يتخذون قرارهم* (Goldstein&etal,1995:60).

وأنها *عدم القروي والتفكير، إذ يسارع المنفع إلى رد الفعل دون ضابط، ودون القدرة على السيطرة على الانفعالات فوراً وهدلاً، كما تسهل إثارتة واستقراره، ولا يستفيد من خبراته وتجاربه، وإذا اشترك في حوار أو مناقشة أُلنى بوجهة نظره قبل أن

بأنى نوره، وتتفق آراؤه وأحكامه إلى الصواب والمصداقية لأنها تكون في الغالب أحكام
عارضة دون تعهد أو تفكير' (عدم، 1998: 112).

وأما 'الفشل في تأجيل الاستجابة وإرجائها حتى تكون الظروف مناسبة، والعجز
عن فهم عواقب السلوك، والفشل في تنظيم السلوك وضبطه وفقاً لمتطلبات الموقف،
وضعف السيطرة على اللذات والسلوك وعدم القدرة على الانتظار، وقبله المزاج،
إضافة إلى سهولة الضجر والملل والتعرض للإحباط' (عبد الله، 2000: 31).

وأما التهور والشوقية في إصدار الأفعال والأقوال واستجابة الطفل لأول فكرة
تفرداً على ذهنه، وهي عكس القروي حيث يبدو الأطفال عاجزين عن التحكم لمسي
لنشاطاتهم ويشعرون بالانزعاج من انتظار دورهم وينفذون في الإجابة عن الأسئلة في
الفصل، كما أنهم يتسكئون في نشاطات الأطفال الآخرين، أو يشيرون في وقوع الحوادث
ثناء اللعب' (يوسف، 2000: 224).

وعرفتها الباحثة بأنها 'عدم القدرة على كبح الانفعالات الداخلية أو الاستجابة
السريعة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار لنتائج السلوك في الروضة والمنزل' .

د- الأعراض المصاحبة: Indicative Symptoms

وهي مجموعة من المظاهر الانفعالية والشخصية المميزة التي تصاحب
الاضطراب منها: القلق، تقلب المواقف، عدم الانتماء مع زملاءه، ضعف تقدير الذات
واحترامها، عدم القدرة على تحمل الإحباط، سوء التوافق النفسي والاجتماعي، صعوبة
تحمل الاستجابة وكبتها، العجز عن الاستمرار في المناسبة، سريخ الانفعال، عصبي
المزاج، صعوبة للتوافق مع الأبناء، للتغلب على البكاء بسهولة، صعوبات ومشكلات في التعلم،
صعوبة توجيه السلوك وضبطه وفقاً للمواقف والأوضاع المتنوعة' (شقيز، 2002: 75).

وهي مجموعة من الخصائص السلوكية المرتبطة بهذا الاضطراب كعدم الصبر،
وتغير الحالة المزاجية، وعدم القدرة على تحمل المواقف المحببة، والإحباط، والعداء،
وضعف الثقة بالنفس، وعدم القدرة على تحمل المسئولية، وصعوبة الإرضاء، وتختلف
حدة هذه الخصائص باختلاف العمر الزمني والبيئة التي يعيش فيها الفرد'
(الشمسكي، 2006: 49).

وعرفتها للباحثة على أنها " مجموعة من الخصائص السلوكية التي تصاحب اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل وتبعثر عن صعوبات تكيفه، وتعلمه، واضطراب علاقاته الاجتماعية، وتصرفاته في الروضة والمنزل".

في حين يعرف الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط بأنهم " أولئك الأطفال الذين يبدون مستوى من النشاط الحركي بصورة غير مقبولة، وعدم قدرتهم على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة على ضبط النفس، وعدم القدرة على إقامة علاقة إيجابية مع الآخرين" (التلسون، 1985: 24).

وهم "الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على تركيز الانتباه ويسمعون بالانتفاعية، وفرط النشاط، وتزداد هذه الأعراض شدة في المواقف التي تتطلب من الطفل مطابقتة الذات أو للتحكم الذاتي، ويظهرون قصوراً في مدى وتوعية للحصول الأكاديمي وقصور في الوظائف الاجتماعية" (السطحية، 1991: 7).

وعرفهم الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية للجمعية الأمريكية (1994) بأنهم " أولئك الأطفال الذين تظهر لديهم سمات رئيسية تشمل بعدم الانتباه، وفرط النشاط، والانتفاعية. وهذه السمات تظهر قبل عمر المدرسة وتستمر على الأقل لمدة ستة أشهر قبل التشخيص وفي بيئتين رئيسيتين هما: (المنرسية والمنزل)". (APA, 1994, 379).

وأهم "الأطفال الذين يظهرون سلوكاً حركياً يفوق السلوك الحركي للأطفال الآخرين في مثل سنهم، ويتصرفون بالسلبية، وشروذ الأذن، وتقلب المزاج، وضعف التركيز والانتباه والداعة، وعدم القدرة على ضبط النفس" (الغفلي، 2005: 194).

وتعرفهم الباحثة نظرياً بأنهم " الأطفال الذين يظهرون ضعف في القدرة على الانتباه، وفرط النشاط، والانتفاعية، وبعض الأعراض المصاحبة بشكل مبالغ فيه ويفوق الحد الطبيعي في البيئتين المنرسية والمنزلية بما لا يتناسب وعصرهم الزمني والخسوف البيئية المحيطة بهم مما يسبب المشكلات لهم ولأفراد المحيطين بهم".

وتعرفهم الباحثة إجمالاً بأنهم * أطفال الروضة الذين يحصلون على درجات مرتفعة باستخدام مقياس التخصيص المعد لإغراض البحث الحالي بصورتيه (المدرسية والمغزلية) و بنسبة تزيد عن (0.67) من الدرجة الكلية لتعقيلي.

3-الروضة.

بحرفها القانون رقم (45) لسنة 1992م بشأن القانون العام للتربية والتعليم في الجمهورية اليمنية بالعمادة (17) مابلي:

أ- مرحلة ما قبل التعليم الأساسي هي الحضائفة ورياض الأطفال، ويقال للأطفال فيها من سن ثلاثة حتى سن السادسة من العمر.

ب- تهدف رياض الأطفال إلى تعويد الطفل على حب العلم، وتكوينه للمراحل التالية من التعليم، وغرس القيم الساسية والعمادات الحمسة و الإيجابية، وتربيته ليكون سليماً من الناحية الصحية، واجتماعياً محباً للتعاون مع الأطفال الآخرين (وزارة التربية والتعليم، 1992: 6) .

وتعرف بأنها * مؤسسة يتحق بها الأطفال منذ الرابعة من عمرهم وحتى السادسة وتسبق المرحلة الابتدائية وتسمى لتطبيق بعض المبادئ التربوية الحديثة في تربية الطفل تعرض فيه بعض الصفات الحمدة وتعتمد على استخدام الوسائل السمعية والبصرية وتقدم خدمات تربوية متكاملة مبنية على اللعب والخبرات المارة وتتيح له لتعمق في جميع جوانبه* (لقاني، 1996: 115).

وأي * المؤسسة التربوية الاجتماعية التي تسهم في تربية الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاثة إلى ست سنوات وتهدف إلى تحقيق النمو المتكامل للأطفال من جميع الجوانب الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية بالإضافة إلى تنمية قدراتهم عن طريق البرامج والأنشطة والأساليب المناسبة لاحتياجات هذه المرحلة من العمر* (الاجبيري، 2005: 287).

وتستمد الباحثة في تعريفها للروضة على التعريف الذي أورده القانون العام للتربية والتعليم في الجمهورية اليمنية.

الفصل الثاني

الإطار النظري

- ❖ التطور التاريخي في دراسة مفهوم الاضطراب.
- ❖ نسبة انتشار الاضطراب.
- ❖ أعراض الاضطراب.
- ❖ أسباب الاضطراب.
- ❖ تشخيص الاضطراب.
- ❖ أساليب علاج الاضطراب.
- ❖ أنواع العلاج السلوكي.
- ❖ تعديل السلوك.
- ❖ الخطوات الأساسية لبرامج تعديل السلوك.
- ❖ الأساليب والفنيات العلاجية في تعديل السلوك.

يتناول الفصل الحالي التطور التاريخي في دراسة مفهوم الاضطراب، ونسبة انتشاره، وأعراضه، والأسباب التي تؤدي إليه، وتشخيصه، وأساليب علاجه مع التركيز على الأساليب السلوكية في العلاج وكما يلي:

أولاً: التطور التاريخي في دراسة مفهوم الاضطراب.

نال مفهوم اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط اهتمام عدد من العلماء والباحثين في مجال التربية وعلم النفس وطب الأطفال.

فقد تمت الإشارة إلى الاضطراب لأول مرة من قبل سنكثور(هنريك هوفمان Heinrich Hoffman) عام (1845) - وهو طبيب كتب للعديد من الكتب في الطب والطب النفسي والذي اهتم ببطء خصاص الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب والتمثلة بنشبت الانتباه، وفرط النشاط، والانفجارية.

وفي عام (1902) قام (السير جورج ستيلا Sir George Still) بنشر سلسلة من المحاضرات للكلية الملكية للأطباء في إنجلترا والتي وصف فيها مجموعة من الأطفال الانفجاريين الذين يعانون من مشكلات سلوكية نتيجة اضطرابات في المعخ ، أو إلى عوامل وراثية، أو إلى عوامل بيئية، أو طبية أخرى وليس بسبب البيئة الفقيرة لهؤلاء الأطفال وقد لاحظ هذا الاضطراب بين المذكور أكثر من الإناث وأوصى بعلاج هذه الحالات والإبقاء على المريض داخل المصحبات لحين استكمال علاجهم (2-1:2006,NIMH).

وتعد دراسة (الفريد سترابوس Alfred Strassus) عام (1905) من الدراسات التاريخية المهمة في تطور هذا الاضطراب حيث أطلق عليه في حينها بمتلازمة سترابوس (Strassus Syndrome) والتي تبين وجود عدد من المؤشرات والأعراض السلوكية والنفسية المرتبطة بإصابات المعخ، وهذه الأعراض هي النشاط الحركي الزائد، والعدوانية، والانفجارية، والتخريب (عبد الله، 2000: 24).

واستمرت دراسات ستراوس في هذا المجال حيث أظهرت نتائج دراساته أن النشاط الحركي المفرط واضطراب الانتباه يحدثان نتيجة خلل وظيفي بسيط في المخ (Minimal Brain Dysfunction) (MBD) (Paul, 1985:73) .
وافتراض العلماء أن هؤلاء الأطفال يعانون من اضطراب مخي وظيفي خفيف وأطلقوا عليهم "الأطفال ذوي زعامة المخ المصاب Brain injured child syndromes (أبو شعيع، 2005: 451).

وقد أشر (تريد جولد Tredgold) (1908) إلى الأطفال الذين يتعرضون لتقص في الأوكسجين أو إصابة في المخ خلال مرحلة الميلاد قد يتعرضون إلى الاضطراب عند الالتحاق بالمدرسة، وأطلق عليهم الأفعال المضطربون بسائلف الدماغ البسيط (سيسالم، 2001: 17).

وقد كشف عن هذه أعراض الاضطراب لدى عدد كبير من أطفال الحول التي شاركت في الحرب العالمية الأولى، حيث انتشرت حالات من الأطفال المصابين بخلف أو إصابة في المخ أو اضطرابات في النظام العصبي المركزي (Central Nervous System) (CNS) والتي ظهرت عليهم مجموعة من الأعراض السلوكية مثل الحركة المفرطة، وقصور في الانتباه، والانتفاخية وتلك الأعراض يتميز بها الأطفال المضطربون بتمشحت الانتباه وفسرط النشاط (Jones, 1991:2) .

وفي عام (1935) حاول (شليدر Childers) التمييز بين خصائص الطفل ذي النشاط الحركي المفرط، وخصائص الطفل ذي إصابات الدماغ، فوجد أن هناك عدداً من الأطفال ذوي الحركة المفرطة يعانون من إصابات في الدماغ. وفي عام (1937) استخدم (برادلي Bradley) عقار البنزدرين Bensedran - الذي يستخدم لعلاج الصداع وزيادة معدل ضغط الدم - في علاج بعض حالات تشتت الانتباه وفراط النشاط الحركي (سيسالم، 2001: 18) .

وفي عام (1968) صدرت الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-II) وبها أطلق عليه رد الفعل الحركي المفرط Hyperkinetic Reaction في مرحلة الطفولة وهو مشتق من أصل الكلمة اللاتينية Hyper وتعني زيادة أو الإفراط Over kinesis ، والحركة تعني Motion (APA,1968:217) .

ثم تغيرت النظرة إلى هذا الاضطراب من كونه استجابة ناجمة عن حدوث تلف عضوي أو خلل وظيفي في المخ إلى اضطراب سلوكي ناتج عن حدوث تفاعل على درجة عالية من التعقيد بين خصائص الطفل وبيئته.

في عام (1980) حدث تطور كبير في تسمية الاضطراب بعد صدور الطبعة الثالثة من دليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III) حيث تم تسميته باضطراب تشتت الانتباه (Attention Deficit Disorder) وقد صنف هذا الاضطراب إلى فئتين فرعيتين هما:

أ- اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بنشاط حركي (ADD-H) Attention Deficit Disorder with Hyperactivity

ب- اضطراب تشتت الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي (ADD) Attention Deficit Disorder without Hyperactivity

وقد اعتمد التشخيص على توافر مجموعة من المؤشرات السلوكية الرئيسة هي:

1- تشتت الانتباه Attention Deficit.

2- فرط النشاط Hyperactivity.

3- الانفعالية Impulsivity.

وفي عام (1987) صدرت الطبعة الثالثة فمعدنة من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-III-TR) التي عدل فيها مفهوم اضطراب الانتباه إلى

مفهوم جديد بعنوان اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد (ADHD) Attention Deficit Hyperactivity Disorder (APA,1987:311).

ويظهر من الطبعة الجديدة المعجلة أنها صُنعت إلى إلغاء التمييز بين اضطراب الانتباه الذي يحتوي على فئتين فرعيتين بسبب عدم توافر الأدلة التمييزية التي تؤيد هذا التمييز، ومن ثم إقرار التعامل مع هذا الاضطراب كمكون أحادي واحد يجمع بين تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي (لزيات، 1998: 261).

واعتبر الدليل أن اضطراب تشتت الانتباه من أهم اضطرابات النمو في مرحلة الطفولة والذي يرافقه دوماً اضطراب فرط النشاط الحركي (عبد الله، 2000: 25).

وفي عام (1994) صدرت الطبعة الرابعة من الدليل لتشخيصي والإحصائي (DSM-IV) أكد فيه على ما ورد في الطبعة الثالثة المعدلة مع الإشارة إلى أن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم نشاط حركي مفرط لكن مستوى هذا النشاط يختلف من طفل إلى آخر، وقد يظهر لدى بعض الأطفال أعراض تشتت الانتباه بشكل أكبر من أعراض فرط النشاط الحركي أو العكس، وقد تتساوى شدة أعراض كليهما لدى البعض الآخر من الأطفال (APA,1994:378).

وهذا الاضطراب بشكل زملة أعراض تعبر عن نفسها من خلال:

- 1- العجز عن تركيز الانتباه ومواصلته وتنظيمه.
- 2- العجز عن كفا الاستجابات الانفعالية.
- 3- قد يكون مصحوباً بنوع من النشاط الزائد الذي يتصف بالعفوية والجنونية والافتقار للهدف والتنظيم.

4- ينطوي الاضطراب على خصائص سلوكية حقيقية تشمل المجالات
الترعية الثلاثة (سعة الانتباه، الاندفاعية، الإقراط في النشاط)
(الزيات، 2006: 4).

أما في الطبعة الرابعة المعدلة لتدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV)
(TR) التي صدرت عام (2000) فقد تم التأكيد على أن السمة الرئيسية
للاضطراب تتضمن ثلاثة أنماط سلوكية هي:

1- اضطراب تشتت الانتباه/النشاط الزائد: نمط مشترك يشمل على
الأعراض التشخيصية للبعدين تشتت الانتباه والنشاط الزائد.

2- اضطراب تشتت الانتباه/النشاط الزائد: نمط يسود فيه تشتت الانتباه،
ويشتمل على أكثر الأعراض التشخيصية لتشتت الانتباه مع بعض أعراض
النشاط الزائد.

3- اضطراب قصور الانتباه/النشاط الزائد: نمط يسود فيه النشاط الزائد،
ويشتمل على أكثر الأعراض التشخيصية للنشاط الزائد مع بعض أعراض
تشتت الانتباه (APA, 2000: 266-272).

يوصف الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في الأونة الأخيرة بأنهم
ذوو انتباه قصير المدى، وسرعة في تحول انتباههم المفاجئ من نشاط إلى آخر
قبل إكمال النشاط الأول، وصعوبة في ضبط انتباههم وتوجيهه بصورة صحيحة،
ويظهرون نشاطاً حركياً غير عادي في المواقف السلوكية التي لا تتطلب مثل هذا
النشاط، كما يتصفون بالاندفاع والنهوض، ومقاطعة حديث الآخرين وصعوبة
إصغائهم (Whalen, 1989: 147).

ويعانون من ضعف شديد في كل من القدرة على الانتباه، والذاكرة لعاملة،
والذاكرة البصرية، والفهم، والتفكير مما يؤدي إلى ضعف شديد في قدراتهم

المعرفية وأن نسبة ذكاتهم منخفضة مقارنة بالذكاءهم العاديين
(Mealor, 1996:133-145).

ويعاني هؤلاء الأطفال من عدم القدرة على التحكم في حركاتهم الجسمية،
وصعوبة الانتباه، والاستجابات الانفعالية، والعداء، وصعوبة الانقياد، وحدة الطبع،
وتقلب المزاج، وتكدي مفهوم الذات، وتفضاض القدرة على التحمل (ريزو وزايل
ج 1، 1999: 468).

وأن هؤلاء الأطفال أكثر عرضة للمشكلات السلوكية والوجدانية
والاجتماعية والأكاديمية. وإن حوالي 67% منهم يواجهون مشكلات متعلقة
بالسلوكيات السلبية والحداثية وجسيان أوامر الوالدين والمعلمين. وهم سريعو
الانفعال وكثيراً ما ينزعون إلى عدم الالتزام بالقوانين وللشعور بالغضب والصيق
بسهولة والى تحميل الآخرين مسؤولية أخطائهم (موركونيو وآخرون، 2000: 30).
وقد حدد باركلي (Barkley 1995) مشكلات الاضطراب لدى الأطفال
والتي ترتبط بالعجز عن كفاً للسلوكية :-

1- مشاكل تتعلق بصعوبة الاستمرار على الانتباه أو مواصلته: *Difficulty Sustaining Attention*
فالطفل المضطرب ليس لديه مشكلة في فهم المعلومات بل لديه مشاكل في
الاستمرار على الانتباه إلى الأنشطة أو مواصلته لمدة طويلة وذلك بسبب شعوره
بالممل وقد الاهتمام بمرعة لكير من العاديين.

2- صعوبة التحكم في الاندفاع: *Difficulty Controlling Impulses*
إن الطفل للمضطرب لديه انخفاض في القدرة على كفاً السلوك وضبط
الاندفاع ولا يفكر قبل التحدث أو التصرف، كما أن لديه صعوبة في التركيز على
العمل وفي منع الأفكار التي لا ترتبط بالمهمة التي يقوم بها.

3- مشكلة السلوك المفرط: *A problem With Too Much Behavior*

لدى الطفل حركة مفرومة تظهر في التامل والضحك وعدم القدرة على تنظيم النشاط في مقابل مطالب المواقف.

4- صعوبة إتباع التعليمات: Difficulty Following Instructions

يظهر الطفل صعوبة إتباع التعليمات والقواعد بسبب نقص الكلام الذاتي، Self Speech، فالكلام الذاتي هو اللغة التي توجه وتنضبط وتتحكم في السلوك. وعدم فعالية الكلام الذاتي يؤدي إلى الاندفاعية وصعوبة ضبط الذات، ولعدم قدرته على وضع الخطط والأهداف لتوجيه السلوك.

5- عدم الاتساق في أداء العمل: Doing Work Inconsistently

إن مستوى نكاه الفرد المضطرب قد يكون ضمن المتوسط أو أعلى منه ونديه للقدرة على أداء العمل بطريقة مقبولة ولكن ليس هناك تساق عند أداء العمل ففي بعض الأحيان يكون قادراً على الانتهاء من العمل بسهولة وأحياناً أخرى يعمل القليل منه (Barkley(b),1995:57-66).

إن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة في التنظيم، وصعوبة في التخطيط بسبب ضعف الضبط الكافي لديهم والوظائف التنفيذية، حيث يشير الضبط الكافي إلى التوقف السريع للفعل المستمر والتفكير وذلك تبعاً للتغيرات المفاجئة في البيئة التي يعيش فيها هؤلاء الأطفال مما يؤدي إلى عدم قدرتهم على مسد الانتباه لفترة وضعف قدرتهم على التنظيم الذاتي. (السطحية، 2005: 3)

ويتو مما تقدم إن الاضطراب موجود لدى الأطفال إلا إن مسببات هذا الاضطراب اختلفت باختلاف طبيعة الدراسات للتشخيصية التي أجريت عليه فقد أطلق على هذا الاضطراب سميات عدة تشمل خلل وتلفي بسيط في الفصح، أو تلف بسيط في الفصح، أو النشاط المفرط، أو الحركة الزائدة لحين ظهور الطبيعة الثانية من الدليل لتشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية المصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (1968) حيث عد أحد الاضطرابات

سلوكية لدى الأطفال وسمي بفرد الحركة أو رد الفعل الحركي المفرط، في حين أظهرت الطبعة الثالثة من النليل التشخيصي (1980) أن الاضطراب يتضمن فئتين فرعيتين هما: عجز الانتباه المصحوب بفرد النشاط، وعجز الانتباه غير المصحوب بفرد النشاط وتم تسميته باضطراب عجز الانتباه ووضعت له عدد من المحكات لتشخيصية التي تميزه عن بقية الاضطرابات الأخرى. وفي الطبعة الثالثة المعدلة (1987) تم إلغاء التمييز بين فئات الاضطراب والتعامل معه كمكون أحادي سمي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط المفرط. بينما أُنشِرت الطبعة الرابعة إلى نفس التسمية السابقة مع التأكيد على وجود ثلاثة فئات أساسية للاضطراب. وبعد أن استقرت آراء الباحثين في مجال الصحة النفسية للأطفال على تسمية الاضطراب استمرت الأبحاث حول تحديد خصائص الأطفال المضطربين، وأسبابه، وأعراضه، وأساليب التخفيف من آثاره.

من خلال استعراض الأدبيات ذات العلاقة بموضوع الاضطراب أنه يشير إلى حالة عامة تنصف بالحركات الجسمية المفرطة وخصائص سلوكية مرافقة لها منها التهور، والانففاعية، والقابلية للإثارة Excitability، وعدم القدرة على الانتباه الذي يلعب دوراً بالغ الأهمية في مستوى تعلم الطفل وتدني تحصيله الدراسي فضلاً عن مشكلات سلوكية واجتماعية في حياته مستقبلاً.
ثانياً:نسبة انتشار الاضطراب.

تشير تقديرات الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية إلى أن نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال في سن المدرسة تتراوح بين (3-5%) (APA,1994:378).

وكد أشار براون (2007) إلى أن نسبة انتشار الاضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية تقريباً (7.8%) بين الأطفال في الأعمار (4-17) سنة الذين تم تشخيصهم كمضطربين (Brown,2007:24).

وإن ما يقارب (1.46-2.46) مليون طفل يعانون من الاضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية بما يشكل نسبة تتراوح من (3-5%) من الأطفال. وإن نسبة الذكور إلى الإناث تتراوح (4-9%) (ED Pubs U.S. Department of Education, 2004:1).

وفي جمهورية مصر العربية أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت إلى أن نسبة انتشار الاضطراب بين أطفال مدارس التعليم الأساسي تراوحت بين (5.7-6.2%) (الشخص، 1985: 115) (جموده، 1991: 203). أما دراسة (معوض) فقد أشارت إلى أن نسبة انتشاره بين الأطفال في سن المرحلة الأساسية يتراوح ما بين (3-20%) وإن معظمهم من الذكور وينتشر بين أطفال الطبقات الاجتماعية على مختلف أنواعها ويستمر هذا الاضطراب إلى ما بعد مرحلة الطفولة (معوض، 1992: 9). وتشير نتائج دراسة (يعقوب) إلى أن نسبة انتشاره تتراوح بين (3-7%) من أطفال المرحلة الأساسية، وتشكل نسبة هذا الاضطراب ضمن مجمل الاضطرابات النفسية عند الأطفال الذين يترددون على العيادات والمستشفيات النفسية بين (30-70%) (يعقوب، 1995: 193). في حين أشارت نتائج دراسة أحمد ويدر (1999) إلى أن هذا الاضطراب يصيب نسبة تصل إلى (10%) تقريباً من أطفال العالم، وإن معدل انتشاره بين الأطفال في عمر المدرسة يتراوح بين (4-6%) (أحمد ويدر، 1999: 20). وتشير نتائج دراسة (شعير) إلى أن نسبة انتشاره تتراوح بين (2.2-9.5%) لدى الأطفال في عمر المدرسة (شعير، 2002: 70).

وفي المملكة الأردنية الهاشمية أظهرت نتائج دراسة (الزعبي) أن نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال الأردنيين يتراوح بين (5-10%) (الزعبي، 2001: 1-28).

وفي المملكة العربية السعودية أشارت اليماني (2007) إلى أن نسبة انتشار الاضطراب بين أطفال المرحلة الابتدائية بلغت (16.5%) في المنطقة الشرقية، و(12.5%) في منطقة الرياض، وأن متوسط نسبة انتشار الاضطراب في المملكة ككل يبلغ (15.5%). وأن ارتفاع النسبة يشمل منطقة الخليج العربي بشكل عام حيث بلغت نسبته في الإمارات العربية المتحدة (18%) في مرحلة الدراسة الابتدائية (الحلي، 2007: 3).

وفي الجمهورية اليمنية أظهرت نتائج دراسة القلبي (2005) أن حجم مشكلة النشاط الزائد لدى أطفال الصفوف الأربعة الأولى من مرحلة التعليم الأساسي يبلغ (6.32%) وأن نسبة الذكور الذين يعانون من هذا الاضطراب أكثر من نسبة الإناث (القلبي، 2005: 199).

وعن الفروق بين الجنسين في معدلات انتشار هذا الاضطراب فقد أورد النليل التشخيصي والإحصائي لرابح لتصنيف الاضطرابات العقلية أنه أكثر شيوعاً لدى الذكور عنه لدى الإناث بنسبة تتراوح بين (4-1%) (APA, 1994: 378).

وأشار النسوفي (2006) إلى أن معدل انتشار الاضطراب بين الأطفال يتراوح بين (4-6%) وانتشاره بين الذكور يصل إلى (6-1%) بين الإناث (النسوفي، 2006: 37).

وقد أكدت دراسة (شقيير) أن للذكور أكثر انتفاعية ولديهم تقابلية على تشتت الانتباه، كما أن الأعراض الشخصية والعنوائية لديهم أكثر منها لدى الإناث مع ارتفاع في معدل مشكلاتهم النفسية (شقيير، 2002: 71).

يظهر من العرض السابق للدراسات أن هناك تفاوتاً في نسب انتشار هذا الاضطراب بين نتائج الدراسات. إذ تراوحت هذه النسب بين (3%) كحد أدنى و(18%) كحد أعلى وهذا ما يؤكد سعة انتشاره بين الأطفال.

ثالثاً: أعراض الاضطراب.

على الرغم من تعدد أعراض ومظاهر هذا الاضطراب، إلا أن هناك أعراض أساسية تميزه عن غيره من الاضطرابات السلوكية أشار إليها الحدليل الاحصائي والتشخيصي للجمعية الأمريكية، كما أشارت إليها الأدبيات في هذا المجال وهذه الأعراض هي: تشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية، والأعراض الثانوية المصاحبة للاضطراب.

1-الأعراض الأساسية.

تشتمل الأعراض الأساسية للاضطراب على مايلي:-

أ- تشتت الانتباه Inattention Deficit:

يعد الانتباه نحد العمليات العقلية التي تلعب دوراً مهماً في حياة الفرد من حيث قدرته على الاتصال بالبيئة، والتي تتعكس في اختياره للمنبهات الحسية المختلفة والمسامية، حتى يتمكن من إدراكها ونحطيلها، وتعد عملية الانتباه من العمليات الهامة في اتصال الفرد بالبيئة المحيطة به.

ويعني الانتباه تركيز الفرد على منبه معينه والاستجابة له فهو عملية وظيفية في الحياة العقلية تقوم بتوجيه شعور الفرد نحو الموقف السلوكي ككل إذا كان هذا الموقف جديداً على الفرد، أو توجيه شعوره نحو بعض أجزاء المجال الإدراكي إذا كان الموقف مألوفاً لديه (الشرقاوي، 1984: 30). ويعد الانتباه نشاطاً انتقائياً يميز الحياة العقلية للفرد، بحيث يتم حصر الذهن في عنصر واحد من عناصر الخبرة فيزداد هذا العنصر وضوحاً عن بقية العناصر الأخرى مما يسودي إلى حدوث تكيف في لاجهاز العصبي لدى الفرد فيصبح من السهل عليه أن يستجيب لمنبه خاص دون الاستجابة للمنبهات الأخرى (بني بونس، 2004: 499). وترجع أهميته إلى تأثيره الكبير على الإدراك والتفكير والتعلم بل وعلى النشاطات

العقلي المحرفي بصفة عامة فأى خلل في وظيفة الانتباه يؤثر تأثيراً كبيراً على هذه العمليات (خليفة وعيسى، 2007: 115).

وشرير سيسالم (2002) إلى أن سلوك الانتباه يعني قدرة الفرد على الانتباه والاستجابة لمثيرات معينة في بيئته والتعلم من هذه المثيرات ويختلف الأفراد في قدرتهم على الانتباه وفي درجته وتوعه، فلبعض لديه القدرة على الانتباه لأكثر من مثير في وقت واحد، بينما لا يستطيع البعض الآخر الانتباه إلا لمثير واحد فقط في نفس الوقت، وإن ظهر أكثر من مثير فإن انتباههم سوف يشتت. كما أن البعض يمكن أن يركز انتباهه طوال الفترة الزمنية التي يظهر فيها المثير طالما هذه لفترة أم قصرت، بينما لا يستطيع البعض الآخر تركيز الانتباه على نفس المثير إلا لفترة محدودة لا تكفي لإحداث التعلم (سيسالم، 2002: 41).

لذلك قد تنشأ صعوبات التعلم لدى الطفل المضطرب لكون المهام التحصيلية في المدرسة تتطلب منه التركيز والمثابرة والتروي وهي سمات لا يتمتع بها.

وفي هذا السياق أشارت الجمعية الأمريكية (APA, 2000: 266-272) إلى إن الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه يميزون بالأعراض التالية:-

- 1- صعوبة في الانتباه لشكل المنبه ومكوناته، ولذا فهم يخطئون كثيراً في الأنشطة والمهام التي يمارسونها.
- 2- صعوبة تركيز الانتباه لمدة زمنية طويلة على منبه محدد.
- 3- صعوبة في عمليات الإنصات، ويبدون غدا الحديث إليهم وكأنهم لا يسمعون.

4- صعوبة متابعة التعليمات، والفشل في إنهاء الأعمال التي يكتفون بها.

5- خلل أعمالهم من النظام والترتيب.

- 6- الاعتماد عن المشاركة التي تتطلب مجهوداً عقلياً سواء ما يتعلق بالأنشطة، أو المواد الدراسية.
- 7- نميان الأشياء الضرورية، سواء أكانت خاصة بالناحية الدراسية من كتب وأقلام وواجبات منزلية، أو بالأنشطة والألعاب.
- 8- انتقال الانتباه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تبيهاها ضعيفة.
- 9- نسيان الأعمال اليومية المتكررة والمحادثة التي يقوم بها.

ب- النشاط الحركي المفرط Hyperactivity :

بعد النشاط الحركي المفرط من الأعراض الأكثر تميزاً لهذا الاضطراب عند الأطفال. ويظهر غالباً لديهم سلوك مزعج وغير مريح فهم لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية طيبة مع أقرانهم أو والديهم أو مدرسيهم. ويعانون من ضعف في قدرتهم على التحكم في حركاتهم الجسدية والاستجابات الانفعالية، وتتسوع الأعراض وفقاً لعمر الطفل وظروف الموقف، حيث يوسع هؤلاء الأطفال يسان لديهم إفراطاً في الحركة، وصعوبة الانخراط في الأنشطة الهادئة بما فيها مشاهدة التلفزيون، ويمتد هذا النشاط عبر مواقف كثيرة حتى أثناء النوم، وهو أكثر حدوثاً في المواقف الرسمية النظامية عن المواقف غير الرسمية، وأكثر قابلية للملاحظة في الفصول الدراسية، ولذلك فهو يشخص من أول وهلة أثناء سنوات الدراسة المبكرة (يوسف، 2000: 45).

وقد أشار فولر Fowler إلى ارتفاع مستوى النشاط الحركي لدى الأطفال المضطربين وعدم التقبل الاجتماعي لحركاتهم المفرطة، فقد يقومون بحركات عصبية مربكة وغير منظمة، كما يكون لديهم صعوبة في البقاء جالسين لفترة طويلة، وينشغلون في عمل أشياء مزعجة كالسقوط عن الكرسي، وقرع الأصبع،

وقد يصدرن أصواتاً غير ملائمة محدثين ضوضاء، أو يتكلمون بصوت عالٍ (دييس والسامون، 1998: 92).

وتوصلت فيولا البيلاوي (1990) إلى عدة مظاهر تميز مستقلة للنشاط الزائد عن غيرها من المشكلات وهي كثرة الحركة، وعدم الاستقرار في مكان واحد، وإحداث الفوضى والصخب، وعدم القوي، وعدم القدرة على الجلوس في مكان واحد، وعدم القدرة على إتمام أي عمل يكلف به الطفل (البيلاوي، 1990: 120). فلنشاط المفرط يحتوي على ثلاثة مكونات رئيسية هي: العنصر الحركي الذي يشيع بين الأطفال في عمر ما قبل المدرسة، والعنصر المعرفي الذي يشيع في مرحلة التعليم الأساسي ويظهر في عدم القدرة على الاستمرار في المهارة وإتمامها، والعنصر الاجتماعي والذي يظهر بشدة في مرحلة المراهقة (كبيرك و كلفانت، 1984: 114).

وتتباين صور النشاط حسب المرحلة العمرية من نشاط حركي واضح إلى تمليل. وبشكل عام يظهر في مرحلة ما قبل المدرسة كحركة دائبة غير هادفة بحيث ينتقل من موضوع أو مكان إلى آخر. وفي مرحلة المدرسة يظهر الطفل المضطرب الضجر والتمليل وعدم الهدوء في جلسته، ويفشل في إتمام الواجبات المدرسية، ويتميز بالاحتمال واللامبالاة (ID Puhs (U.S. Department of Education, 2004:1).

وأشارت الجمعية الأمريكية (APA, 2000: 268) إلى أن الأطفال ذوي فروط النشاط الحركي يتميزون بالأعراض التالية:-

- 1- القلق والتمليل في الجلوس.
- 2- مغادرة المقاعد الدراسية عندما يتوقع منهم البقاء فيها.
- 3- الركض والقفز بهلراط في أوقات غير مناسبة.
- 4- صعوبة الاشتراك باللعب الهادئ.

5- التحدث المفرط.

6- الحركة المستمرة.

ج- الاندفاعية Impulsivity :

تعد الاندفاعية إحدى المظاهر السلوكية المصاحبة لاضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط عند الطفل ويتمثل سلوك الاندفاعي لديه بعدم القدرة على التحكم بالذات، والتسرع في اتخاذ القرارات والاندفاع في رد الفعل، والتفكير بعد قياسه بالعمل أي بعد حدوث الكارثة، فهو يشعر بالذنب وتأنيب الضمير بعد كل سلوك اندفاعي يقوم به، ومع ذلك لا تعيقه هذه المشاعر عن القيام بعمل هذا السلوك الاندفاعي غير الملائم مرة أخرى في المستقبل (سيفالم، 2002: 182).

والاندفاعية تعني قنهور والعشوائية في إصدار الأفعال والاستجابة لأول فكرة تطرأ على بال الطفل، وعدم القدرة على كبح للذات الداخلية والاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار لما يمكن أن يكون في الموقف من بدائل (القاسم وآخرون، 2000: 119).

أي أن الأطفال يستجيبون قبل أن يفكرون ولذا يطلق على الأطفال المضطربين بأنهم الذين توجههم نزواتهم (الخطيب، 2001: 181).

وتظهر الاندفاعية في سرعة الاستجابة وعدم المقدرة على تأجيلها وكفها والتحكم فيها، فقد تظهر في الإقدام على سلوكيات خطيرة، ومن ثم التعرض لكثير من الحوادث. كما قد تظهر في شكل استعجال وعدم تفاني، ومقاومة الآخرين في الحديث، وعدم التروي فيه، والبحث عن الاستثارة، والانجذاب للتعزيز القوي، والفشل في التعرف إلى عواقب السلوك، وفي تأجيل الإشباع، وضعف ضبط الذات، وصعوبة توجيه السلوك وضبطه وفقاً للوضع والمواقف المتنوعة (قرانزة، 2007: 32).

وأشارت الجمعية الأمريكية (APA,2000:269) إلى أن الأطفال الانطاعيين يتميزون بالأعراض التالية:-

1- الإجابة عن الأسئلة قبل إتمامها.

2- صعوبة انتظار الدور.

3- مقاطعة الآخرين والتدخل في أعمالهم.

2-الأعراض الثانوية المصاحبة للاضطراب.

ترتبط الأعراض الأساسية للاضطراب بعدد من الأعراض الثانوية وقد اختلف قهمنون بهذا الاضطراب حول هذه الأعراض، فهناك من يرى أن هذه الأعراض تحدث نتيجة للأعراض الأساسية، وهناك من يرى أنها أعراض مستقلة ترتبط بالاضطراب ولكنها تتكرر على نحو أقل من تكرار وحدوث الأعراض الأساسية وهي ليست بالضرورة تظهر جسيماً لدى الأطفال المضطربين (Barkley (b),1995:59). وقد أشارت الأدبيات في هذا المجال إلى عدد من هذه الأعراض الثانوية التي تصاحب الاضطراب أبرزها:-

أ- ضعف العلاقة بالآخرين: Others' Weak Relationship

يظهر بعض الأطفال المضطربين علاقات قاصرة ومحدودة مع الأطفال الآخرين. حيث يتصف هؤلاء الأطفال بعدم التعاون مع بقية الأطفال أثناء تأديتهم للمهام المختلفة، ولا يلتزمون بقواعد اللعب، ويغضبون بسرعة، وضعف تحملهم للإحباط، ويحملون الآخرين مسؤولية أخطائهم، وقد يظهرون سلوكيات التعدي والقسوة، وإتلاف الممتلكات، وعدم التفكير بنتائج أعمالهم. مما يسبب غمور الآخرين منهم ورفض التعامل معهم (الطراب، 1987: 26) (سيسالم، 2001: 30).

ب- السلوك العدواني: Aggressive Behavior

يظهر بعض الأطفال المضطربين سلوكاً عدوانياً ناتجاً عن تراكم خبرات الفشل والتجاهل والخبرات السلبية التي مرت بهم حيث يميلون للاستجابة بعوانية

لفظيه أو بدنيه حينما يتعرضون للإحباط أو يتم إيذائهم انفعالياً أو تجاهلهم من قبل الأطفال الآخرين ولا يهتمون بأثر سلوكهم العدواني نحو الآخرين، كما يميزون بالترعة نحو إيقاع الأذى بالآخرين ومضايقتهم، وعدم القدرة على ضبط نواتهم، فضلاً عن أنهم غير مطيعين ومشاكسين وغير ناضجين ودقماً ما يكونوا مصدر إزعاج ومشكلات للأخسرين، والغالبية منهم تتسم سلوكياتهم بالتحدي والمعارضة حيث يجادلون الكبار باستمرار ويرفضون إتباع تعليماتهم (سولام، 2001: 31) (التموقي، 2006: 48).

ج- ضعف التحصيل الدراسي: Academic Achievement Weakness

يعاني بعض الأطفال المضطربين من ضعف التحصيل الدراسي بسبب ضعف قدرتهم على فهم المعلومات التي يستقبلونها لصعوبة إتصاتهم، وفهمهم لما يسمعون، وضعف قدرتهم على التذكر ولغندعاء المعلومات المناسبة، وضعف القدرة على التفكير فهم لا يستطيعون تركيز التفكير في العمل مما يؤدي إلى زيادة أخطائهم. وهم يفشلون بالنجاح من المرة الأولى في إحدى سنوات الدراسة في مرحلة التعليم الأساسي (عبد المعطي، 2003: 238).

ومن الأسباب الأساسية التي تؤدي إلى ضعف التحصيل الدراسي هي: قصور الانتباه، والانتفاغية في الفعل ورد الفعل، والإقراط في النشاط الذي يؤدي إلى إعاقة الانتباه، والنش في الاحتفاظ أو تخزين المعلومات (نزيات، 2002: 35).

د- صعوبات التعلم: Learning Disabilities

يعاني بعض الأطفال المضطربين من صعوبات في التعلم تتمثل في صعوبات في القراءة لعدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقروءة ويقترنون من جملة إلى أخرى ومن فقرة إلى أخرى تاركين بعض السطور أو الفقرات دون قراءة، وصعوبة في الكتابة وكثرة الأخطاء اللغوية حتى لو تم نقل المعلومة من مصدر آخر فضلاً عن كثرة الشطب والمحو في كتاباتهم، وصعوبة في إجراء

العمليات الحسابية لضعف قدرتهم على التفكير والربط بين المعلومات (عبيد المعطي، 2003: 238)، وتقدر نسبة الأطفال المضطربين الذين يعانون من صعوبات في التعلم بين (60-80%) (النسوقي، 2006: 48).

هـ- ضعف الاتزان الانفعالي: Emotional Instability:

يتصف بعض الأطفال المضطربين بضعف الاتزان الانفعالي والذي يظهر لديهم على شكل: تقلب مزاجي وسريع في المزاج، وعدم توافقهم في ردود أفعالهم الاجتماعية أو استجاباتهم مع الحدث أو المثير، والفشل في التعبير عن مشاعرهم الخاصة مثل الشعور بالسعادة، والدهشة، والحزن، والخوف. وأن (20-30%) منهم يعانون من التوتر أو القلق، و (10-40%) منهم يعانون من اضطراب الحالة المزاجية. والبعض منهم كثير البكاء ولا يتحملون النقد (الطالب، 1998: 31)(النسوقي، 2006: 51).

و- انخفاض تقدير الذات: Low Self-Esteem:

قد يظهر الأطفال المضطربون انخفاض في تقديرهم لذواتهم على خلاف الأطفال العاديين، وذلك لكثرة المشكلات والصعوبات التي تواجههم أو لتجارب الفاشلة التي يمرون بها بسبب سلوكياتهم المنفذة والمتهورة، بالإضافة إلى ما يواجهونه من نقد وتعامل سلبي من أقرانهم والأفراد الذين يتعاملون معهم مما يؤدي إلى ضعف فكرتهم عن ذاتهم وفقدانهم ثقتهم بأنفسهم (سيسالم، 2001: 32) وقد أشارت الأدبيات إلى وجود أعراض مصاحبة أخرى لهذا الاضطراب عند الأطفال منها: شroud الذهن، وصعوبة الإرضاء، والإصرار والإصاح في سلوكياتهم، والفوضى وعدم النظام، والعجز المعرفي، وضعف الطاعة للآخرين، والقابلية للإثارة بسهولة، واضطرابات في النوم، والتعرض للحوادث، واضطراب في الوظائف الحركية، ومشكلات في التواصل، وصعوبات في التناقص والتنازير

الحركي (الأدغم وآخرون، 1999: 10) (بجيب، 2000: 108) (الخطيب، 2001: 182) (شفيق، 2002: 72-74) (عبد المعطي، 2003: 237) (محمد، 2004: 217-218).

ويدوم ما تقدم إن الأطفال المضطربين لا يقتصر اضطرابهم على الأعراض الأساسية بل هناك أعراض ثانوية مصاحبة لا يمكن تجاهلها لذا فإن الباحثة ستأخذ هذه الأعراض الثانوية بالاعتبار. في إعداد مقياس التشخيص.

رابعاً: أسباب الاضطراب.

تعتمدت الأسباب المؤدية إلى الاضطراب عند الأطفال نظراً لتعدد الآراء الطبية والزرية والنفسية في تفسيره.

وقد تعزى أسباب الاضطراب إلى عوامل وراثية، وبيولوجية، ونفسية واجتماعية، وشرية، وزرية، وعوامل بيئية. ومن خلال مراجعة الأدبيات والدراسات التي تناولت هذا الاضطراب تم استخلاص الأسباب الرئيسية التي قد تؤدي إليه وعلى النحو الآتي:

1- الأسباب الوراثية:

يؤدي العامل الوراثي دوراً هاماً في إصابة الأطفال بهذا الاضطراب وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال انتقال الصفات الوراثية المسؤولة عن عملية الانتباه من الآباء إلى الأبناء والتي تؤدي بدورها إلى تلف أو ضعف بعض المراكز العصبية في المخ، أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل الصفات الوراثية لمعروب تكوينية ينجم عنها تلف أو ضعف بعض خلايا المخ تؤدي بدورها إلى ضعف في نمو المراكز المسؤولة عن الانتباه والتركيز (محمد، بدير، 1999: 39-40).

وتؤيد بعض الأدبيات أهمية لعامل الوراثي في انتقال الصفة الوراثية للاضطراب فقد أشارت إلى أن نسبة (10%) من آباء الأطفال مفرطى الحركة كانوا هم أيضاً مفرطو الحركة في طفولتهم، ونشير إلى أن حالات الاضطراب

تنتشر بين أفراد الأسرة نفسها، ويظهر عند الأخوة الأشقاء بشكل كبير من الأخوة غير الأشقاء (حمودة، 1991: 204).

وذكرت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة وغير المتماثلة والأخوة في الأسرة الواحدة وجود تماثل في تشخيص الاضطراب لدى (81%) من التوائم المتماثلة مقارنة مع نسبة الثلث فقط لدى التوائم غير المتماثلة لمتشابهة في النوع، وكذا الدراسات التي أجريت على الأقارب من الدرجة الأولى (الأخوة والأبوين) للأفراد ذوي الاضطراب أن (25%) منهم يتم تشخيص الاضطراب لديهم مقارنة مع (7%) فقط من أقارب الأفراد غير المصابين بالاضطراب (Anastopoulos&Barkley, 1990: 397-431).

وأكد بيدمان وآخرون (1990) أن (25%) من الأطفال المضطربين لديهم أقرب من الدرجة الأولى مصابون بالاضطراب بينما تبلغ النسبة (5%) في عموم الأطفال المضطربين في المجتمع (Biederman&etal, 1990: 530).

وتوصل باركلي Barkley (1999) في دراسته التي أجريت على التوائم المتماثلة إلى أن إصابة أحد التوائم بهذا الاضطراب يكشف عن إصابة لتوأم الآخر ما بين (11-18) مرة أكثر من احتمال إصابة الأخ غير التوأم. وأن (92-55%) من التوائم المصابين بالاضطراب سيظهر لديهم لاحقاً (باركلي، 1999: 48-53).

ويشير موريسون وستوارت (Morrison&Stewart) إلى أن (20%) من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب كان أحد والديهم يعاني منه في مرحلة سابقة بينما لم تظهر مثل هذه النسبة لدى الأطفال غير المصابين (ريزو وزايل ج 1، 1999: 470).

ولشارت نتائج دراسة أندرسون وآخرون (1994) إلى أن (20%) من الأطفال المضطربين كان آباؤهم وأمهاتهم يعانون من الاضطراب أثناء طفولتهم

وان ثلث هؤلاء الآباء والأمهات يعانون من مشكلات نفسية وسلوكية مستضاد للمجتمع (Anderson&etal,1994:247-265) .

وكانت أشارت بعض الأبحاث إلى أن (30-50%) من عائلات الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يوجد لديهم قباء أو أقارب مصابون بالاضطراب أيضاً أو يعانون من بعض مظاهره (ويدشمان وبيرز، 2004: 111) (الضرمي، 2004: 86).

2- الأسباب البيولوجية:

تشير الأبحاث والدراسات التي تناولت أسباب الاضطراب من الجانب البيولوجي إلى وجود عدة أسباب رئيسية أهمها:

أ- خلل في وظائف المخ:

قد يعود سبب الاضطراب إلى خلل في المراكز المسؤولة عن عملية الانتباه في المخ. فعملية الانتباه تنقسم إلى عدد من العمليات الأولية، كالاعرف على مصدر التنبيه ومركزه في الفصوص الخلفية للمخ، وتوجيه الإحساس للمنبه ومركزه في وسط المخ، والتركيز على المنبه ومركزه في الفص الجبهي الأيمن، ونظام التنشيط الشبكي للمخ الذي يعمل على تنمية القدرة الانتباهية وتوجيه الانتباه نحو المنبه الرئيسي وانتقاله من بين مجموعة من المنبهات الشغلة. وفي حالة وجود خلل في وظائف أحد هذه المراكز فإن المعلومات التي يعالجها مخ تصبح مشوشة وغير واضحة مما يحدث تشتتاً في الانتباه وإفراطاً في الحركة (Mealer&etal,1996:138) .

وتضمن تقرير نشر عن المعهد القومي للصحة National Institute of Health بالولايات المتحدة الأمريكية يشير إلى أن الأطفال المضطربين يتميزون بصغر حجم القذاع الأمامي الأيمن من الدماغ وعدم نشاط الكتلة العصبية لديهم مقارنة بالأطفال العاديين الذين يظهر لديهم الجزء الأيمن من المخ يبدو أكبر من الجزء الأيسر (Rapoport,1996:122).

ويظهر من استخدام الرنين المغناطيسي للأطفال المضطربين في تحديد جوانب لضعف التشريحية لديهم وجود دلائل على ظهور نمو شاذ في القصب الجبهي، وعدم التماثل بين نصفي كرة المخ الأيمن والأيسر (صودة، 1991: 204).

وأشارت (شقر 2002) في دراستها بأن منطقة (Vermis) في المخيخ تكون صغيرة عند المصابين بالاضطراب وهذه المنطقة المختزلة في حجمها هي نفسها التي تتحكم في عملية الانتباه (شقر، 2002: 79).

وأن الأطفال المضطربين يستخدمون الجزء الأيمن من المخ بتشغيل المعلومات وفي إتباعهم لأساليب التعلم يظهررون موبلاً لأن يكونوا متعلمين حركيين، بينما الأطفال غير المضطربين يستخدمون الجزء الأيمن من المخ في تشغيل المعلومات ويكونون مفكرين منطقيين، ومتعلمين سمعيين وبصريين (اندو، 2006: 115).

ولوحظ وجود شذوذ في رسم المخ عند حوالي (65%) من الأطفال المضطربين وخاصة عندما يكون الاضطراب مصحوباً بمظاهر عضوية، وعند (25%) من الحالات غير المصحوبة بمظاهر عضوية (عكاشة، 1998: 632).

لما الدراسات الالكترونية للفيولوجية (Electrophysiology) لخاصة التي أجريت على الأطفال المضطربين فقد توصلت إلى وجود بعض جوانب الشذوذ في الكثافة المنخفضة في موجات ألفا (Alpha) أو غياب موجات ألفا المنتظمة، أو مقادير صغيرة من موجات بيتا (Beta). وعند تحليل رسم المخ الكهربائي (EEG) على لحاسب والذي يطلق عليه التحليل الكمي في رسم المخ الكهربائي (QEEG) أظهر زيادة في نشاط الموجة البطيئة ثيتا (Theta) مع فقدان نشاط الموجة السريعة (بيتا) خلال المسهام التي تتطلب التركيز والتأزر (عبد المعطي، 2003: 241).

إن سبب الاضطراب قد يكون نتاج قصور في العقدة العصبية القاعدية الأمامية (Ganglia Frontal-Basal) وذلك من خلال الدراسات التي استخدم فيها الرنين المغناطيسي، والدراسات التنصية العصبية التي استخدمت فيها مقاييس ركزت على الوظائف النفسية المعرفية التنفيذية مثل التخطيط، واستراتيجيات التنظيم، ودعم وظائف الذاكرة العاملة والتي توصفت نتائجها إلى أن العقدة الأمامية القاعدية تعيب دوراً فيها (غزلقة، 2007: 38).

ب- خلل كيميائي للناقلات العصبية:

إن الناقلات العصبية في المخ عبارة عن قواعد كيميائية وظيفتها نقل الإشارات العصبية بين مراكز المخ. فالنقص الذي يحدث في مادة السيروتونين (Serotonin) عند الأطفال سيؤدي إلى ظهور أعراض الاضطراب غير إن هذه الأعراض تختفي عند استخدام العلاج الطبي، كما يظهر الاضطراب عند حصول نقص في أمينات الكاتيكول (Catechol Amines)، ونقص في نشاط الأئزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (Mono Amines) (حمودة، 1991: 204).

قد يعود الاضطراب إلى وجود اختلالات في نشاط الدوبامين (ب) والبيندوكسيل (Dopamine-B-Hydroxyls) وهذا الأئزيم هو المسؤول عن نقل (الدوبامين إلى النورإينفرين) الذي يعمل على إعادة التوازن الكيميائي للناقلات العصبية وعلاج الاضطراب في المعمار التركيبي للأمينات الكاتشولامين (Catecholamine) حيث أن نقصه يؤدي إلى نقص الانتباه، (عبد المعطي، 2003: 242).

وبين كلارك وآخرون (Clarke&etal,2002) وجود عيوب في أيض الدوبامين و النورإينفرين مما يؤدي إلى انخفاض معدل النشاط بأجزاء معينة من المخ وتكون مسئولة عن التحكم الحركي والانتباه (النسوقي، 2006: 110).

ج- ضعف النمو العقلي:

قد ينشأ الاضطراب نتيجة انخفاض مستوى الذكاء لدى الأطفال، حيث يؤثر النمو العقلي على كفاءة الانتباه لديهم، وهذه الكفاءة تتناسب طردياً مع مستوى النمو العقلي والمعرفي وبالعكس يؤدي ضعف النمو العقلي إلى ضعف المراكز العصبية الخاصة بمعالجة العمليات الانتباهية في المخ. ولهذا نجد أن نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال المتخلفين عقلياً أعلى من نسبة انتشاره بين أقرانهم من الأطفال العاديين (عبد المصطفي، 2003: 243) (بدر، 2005: 169).

وعلى الرغم من وجود دراسات كثيرة تؤكد أن هذا الاضطراب نتيجة تلف في المخ إلا أن هناك دراسات أخرى لا تؤكد ذلك، وهذا يعني انه ليس كل تلف في المخ يؤدي إلى هذا الاضطراب وليس كل اضطراب يعني أن هناك تلفاً في المخ. ويؤيد ذلك نتائج دراسة فراج (1999) التي أشارت إلى استبعاد تلف خلايا المخ كعامل مسبب لهذا الاضطراب لان تلف المخ لابد أن يؤدي إلى قصور في معدل الذكاء مع أن نسبة عالية ممن يعانون من هذا الاضطراب لديهم مستوى ذكاء معتدل وربما البعض منهم لديهم نسبة ذكاء مرتفعة، كما أن تلف خلايا المخ ووظيفته لا يمكن علاجه لان خلايا الجهاز العصبي تتألف لا تعوض إطلاقاً، بينما أظهرت البحوث المسحية عن وجود حالات استجابة للعلاج وتمثلت للشفاء وهذا لا يمكن أن يحدث إذا كان العامل المسبب عضوياً، ولوحظ ظهور بعض المهارات والمواهب الفنية، أو الأدبية، أو العلمية، أو الرياضية لدى بعض الأطفال المعاقين بهذا الاضطراب (فراج، 1999: 28).

ويفترض فلانين وهوبسون (Flynn&Hopson 1981) أن حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي يؤدي إلى ظهور أعراض الاضطراب، كما أن العجز في أبنية المخ الوسطى وعدم القدرة على إحداث التوازن بين ميكالزمات الكف والاستئارة يؤدي أيضاً إلى حدوث الاضطراب (ديبس والسملونى، 1998: 94).

و طبقاً لنموذج (باركلي) فإن الكف يلعب دوراً في المواقف التي تتطلب امتناع أو توقف فجائي للفعل أو تفكير مستمر. فالكف المنكسر يؤثر بطريقة مباشرة على الذاكرة العاملة، تنظيم الذات، التحدث الداخلي، إعادة التقييم - أي القدرة على إعادة بناء السلوك - مما يجعل الأطفال المنتظرين يبدو كأنهم يعملون بدون تفكير وهذا يؤدي إلى عدم استفادتهم من القدرة على استخدام امترالتيجهت المصبط (Schachar&etal,2002:267).

3- الأسباب النفسية والاجتماعية:

يرى علماء النفس أن اضطراب تشتت الإثبات وفرط نشاط يرجع مباشرة إلى أسباب نفسية واجتماعية تبرز أعراضه واضحه في السلوك الظاهري للطفل. وقد تعددت الأسباب النفسية والاجتماعية المؤدية إلى حدوث الاضطراب عند الأطفال منها: الضغوط النفسية والإحباط، وسوء التوافق الاجتماعي، فالضغوط النفسية والإحباط الذي يتعرض له الطفل يجعله يشعر بعدم ثقة بالنفس، وتكفي في مفهوم الذات، وعدم الرضا عن أعماله ونصرفاته، وإضعاف محتوياته، والانسحاب نحو عالمه الخاص، وبحاول الانتقام من الآخرين (الزعيبي، 2001: 171)، وتؤدي به إلى الشعور بالوحدة، والقلق، والاكتئاب. وهذا ما أبدته نتائج دراسة بيتر وآخرون (1993) إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين كل من القلق و الاكتئاب واضطراب الانتباه (Peter&etal,1993:1203-1210) وأن العقب البدني المتكرر للطفل، وكثرة الأوامر والتعليمات تسبب له إحباطاً مما يجعله يلجأ إلى الأساليب السلوكية غير المرغوب فيها بسبب معاناته من الإحباط (اليوسفي، 2005: 32).

كما يعاني الطفل من سوء التوافق الاجتماعي لكونه مندفعاً، وهذوانياً، وخيفداً، ويرفض إتباع القواعد السلوكية التي تحكم التفاعل مع الآخرين، أو المتبعة في ممارسة نشاط معين، ويشتم كذلك بالطمع الشديد ولا يرضى بنصيبه.

ويتدخل في أنشطة الآخرين وأمانيهم ويقوم ببعض السلوكيات غير المرغوبة التي تؤذيهم دون اعتبار لمشاعرهم. لذا فإن المحيطين به يشعرون بالاستياء منه ولا يرحبون في وجوده معهم أو التعامل معه سواء كان ذلك في البيئة المنزلية أو المدرسية، فهو لا يتوافق معهم اجتماعياً (أحمد وبنر، 1999: 66) .

ويتميز الأطفال المضطربون بأنهم غير ناضجين ويعانون من صعوبة في إظهار استجابات انفعالية مناسبة لقد يضطربون بشكل كبير عندما يواجهون إحباطاً بسيطاً، وربما يصبحون سعداء وفرحين لدرجة لا يمكن التحكم فيها عندما يحدث لهم ما يسعدهم. وقد يظهر هؤلاء الأطفال الخشونة والعنصرية لغير منصوبه في لعبهم تبعد الأطفال الآخرين عنهم (جلجل، 2005: 338).

4- الأسباب الأسرية:

تعد العلاقات الأسرية المضطربة سبباً آخر للاضطراب عند الأطفال نتيجة لكثرة المشكلات التي قد تؤدي إلى الطلاق بين الوالدين وتجعل الطفل حساساً ويفكر كثيراً في مثل هذه المشكلات مما يشتت انتباهه عند تكلفه بمهام مختلفة ويجعله طائشاً لا هدف له من وراء الأفعال التي يقوم بها (الزعيبي، 2001: 172).
لأن أساليب المعاملة الخاطئة التي قد تنجم بالرفض الصريح، الإهمال، لعقاب البدني والنفسي الشديد، اللبذ وإحسان الطفل بأنه غير مرغوب فيه، الحرمان لعاطفي داخل الأسرة، الحماية الزائدة، التنازل الزائد، من الأسباب المسؤولة إلى الاضطراب عند الأطفال (أحمدو بنر، 1999: 143) (القمش والمعاطفة، 2007: 47) .

فالرفض المستمر للطفل نتيجة الخلافات بين الوالدين يجعل من الطفل ضحية لهذه الخلافات مما يؤدي به إلى الهروب من هذه الأجواء. وفي الغالب يصبح طفلاً متهوراً في أقواله و أفعاله، ويقوم بنشاطات وأفعال غير مقبولة في المجتمع (الزعيبي، 2001: 172).

إن هذا الاضطراب يجعل الطفل ووالديه عرضة لبعض الاضطرابات
الانفعالية حيث يشعر الطفل بالفشل وينخفض تقديره لذاته ويشعر بالوحدة النفسية
والتلق نتيجة قيامه ببعض السلوكيات غير المقبولة واضطراب
علاقته الاجتماعية مع المحيطين به (لحمدي وبدر، 1999: 88).

وقد تنقسم تفاعلات الأمهات مع الأطفال بزيادة الأوسر والتوجهات والانتقاد
والإشراف والعقاب، و بالتصيرية من جانب الآباء مما يولد للشعور بالإحباط
والغضب تجاه الطفل (ميركولينو وآخرون، 2000: 313).

وكذا فالأمرة غير المستقرة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والنفسية
يكون أطفالها أكثر عرضة للاضطراب ومن مظاهر عدم الاستقرار التي أشارت
إليها الأديبت في هذا المجال مرض احد للوالدين، أو الطلاق، أو سفر احدهما،
أو موته، أو سوء الامساج الأسري لأي سبب، أو سوء الظروف الاقتصادية أو
الظروف البيئية للأسرة (حمودة، 1991: 205).

أن المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة يؤثر في ظهور المشكلات
السلوكية لدى الأطفال. وقد أثبتت لدراسات إلى أن أعراض الاضطراب تكون
أكثر ظهوراً في الطبقات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض والأمر
المتصدعة لإعمال الوالدين للطفل وعدم رعايته (ليومفي، 2005: 31).

أن لنشاط لزند هو نتائج ضعف في ضبط سلوك الطفل من قبل الوالدين، ولن
الطرق الضعيفة التي تستخدم لتعديل سلوك الطفل تؤدي إلى حدوث هذا النشاط. ويؤيد
الإكلينيكيون صحة هذا الاعتقاد إذ توصلت نتائج دراستهم إلى أن إساءة الأطفال
المضطربين كانوا أكثر استخداماً للأوسر وللأساليب العقابية وهم قليلاً ما يستخدمون
المكافآت مع أبنائهم (الطائب، 1987: 41).

وقد أشارت الأديبت إلى أهمية النموذج أو القدوة في الأسرة كسبب من أسباب
هذا الاضطراب. فقد أشارت نتائج الدراسات إلى أن لطفل الأمن نشاطاً يزيد من مستوى
تسامحه عندما يحاكي مطلقاً أكثر نشاطاً في الأسرة التي يلتحق إليها (شفيق، 2002: 82).

ويشير ريزو وزايل (1999) إلى أن الأطفال فمضطربين يتعلمون الأنماط السلوكية لهذا الاضطراب من خلال ملاحظتهم لهذه الأنماط التي يتسم بها والديهم (ريزو وزايل، ج1، 1999: 471).

ويعد التعزيز الاجتماعي سبباً في تطور الاضطراب عند الأطفال واستمراره إلى مراحل متقدمة. فحصول الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة على التعزيز المستمر للشغلة التي يؤدي إلى استمرار هذا النشاط عند دخوله المدرسة وعندما تفرض عليه القيود والواجبات فيها فسوف يزداد هذا النشاط من أجل الحصول على التعزيز الاجتماعي والانتباه الذي كان يحصل عليه في السابق (شقر، 2002: 82).

5- الأساليب التربوية:

أن الجو النفسي الذي يعمل ضمنه الأطفال في المدرسة يسهم إلى حد كبير في استعلاء السلوك المضطرب أو إبعاده. فالبيئة المفتوحة المدعومة تساعد على ظهور السلوك الإيجابي بينما البيئة المغلقة بالأنظمة والعقوبات تعمل على زيادة السلوك المضطرب (ماريون، 1997: 38).

ولقد ارت من منظمة الصحة العالمية للاضطرابات العقلية إلى أن الاضطراب قد يعزى إلى البيئة المدرسية عندما لا تتوفر البرامج الخاصة التربوية الفردية والجماعية التي يحتاجها الأطفال لخفض الاضطراب لديهم (NMHA, 2001:3) ، كما أن السلطة الجديدة التي يواجهها الطفل في المدرسة قد تكون عبئاً اجتماعياً يساعد على ترسيخ الاضطراب لديه. (حمودة، 1991: 205) حيث تتطلب البيئة المدرسية من الطفل القيام ببعض الأعمال اليومية المتكررة التي تحتاج إلى الاستقرار والنظام وتركيز الانتباه مثل الوقوف في طابور الصباح، والجلوس بهدوء لفترة زمنية لسماح المدرس من المعلم، والمشاركة بالأنشطة المختلفة (الميلادي، 2004: 45).

ومن العوامل المدرسية الأخرى التي قد تؤدي إلى حدوث الاضطراب لدى الطفل استخدام أساليب تربوية متشددة مثل (العقاب، غير المدرس وغير المبرر)، وطرائق التدريس غير المناسبة، ومقارنة الطفل بأقرانه باستمرار (سالم، 1994: 389).

ويشير (خليفة وعيسى، 2007: 199-200) أن المدارس وما يتم فيها داخل حجرات الدراسة يمكن أن يدعم من غير قصد سلوك اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل عندما:

- 1- يقوم المعلمون الواقعون تحت ضغط تنطية الملجج بالانتقال بسرعة شديدة على الرغم من أنهم بحاجة لبعض التلاميذ إلى وقت إضافي.
- 2- تكون السمة الرئيسية للتدريس هي التلقين.
- 3- تنظيم الفصل الدراسي يسمح للتلاميذ بالتوازي عن أعين المعلم وإثارة الإزعاج.
- 4- لتنظيم استبدادي وغير عادل.
- 5- فرص التنقل داخل الفصل الدراسي قليلة أو معدومة وما على الطلاب إلا الجلوس أو الإكتمات.

6- فصول الدراسة شديدة الحرارة أو شديدة الظلمة.

7- فرص التلاميذ للتفاعل مع بعض م قليلة أو معدومة.

9- التوتر الموجود داخل الفصول الدراسية.

وأشار ميركوينو وآخرون (2000) إلى أن نسبة ما يكرس من اليوم الدراسي للأنشطة التي تحمّل الأطفال استجابات فعالية للتعليم تقل عن (15%) أما نسبة ما تبقى من الوقت فيتم فضائه في تنظيم الحجرة الصفية، وإدارة الملوك، والاستجابة السلبية للتعليم مثل الإصغاء للمدرس، أو النظر إلى السبورة. قد تكون هذه النسبة من الاستجابة الفاعلة للتعليم كافية للمتعلمين الكفاءه ليمتثلوا مع التوقعات الصفية، لكنها غير كافية للأطفال المضطربين تشتت الانتباه وفرط النشاط فهم لا يستطيعون من فرص الاستجابة النشطة، بسبب تنفي نسبة سلوكهم الذي يتدل على المواظبة على المهمة وانخفاض إنتاجية العمل لديهم بالنسبة لأقرانهم (ميركوينو وآخرون، 2000: 103).

6- الأسباب البيئية:

تؤثر البيئة بعناصرها المختلفة على حدوث الاضطراب فقد تزيد من حدته أو تساهم في ظهوره. وقد أشارت الأبحاث والدراسات السابقة إلى عدد من الأسباب منها تعرض الأم الحامل للإشعاع أو تناولها للكحول والمخدرات أو بعض العقاقير الطبية، أو

إصابتها ببعض الأمراض المعدية كالتحصبة الألمانية، أو الزهري، أو الجنري وغيرها من الأمراض التي تؤدي إلى تشوهات وعيوب خلقية قد ترافق مع هذا الاضطراب. أو الولادة قبل الأوان أو الولادة العسرة التي ينتج عنها تلف بعض خلايا المخ نتيجة نقص الأوكسجين قبل أو أثناء الولادة (احمد ويدر، 1999: 40-41) (القبالي، 2006: 26).

وقد يحدث الاضطراب نتيجة تعرض الطفل إلى حالات الصدم في منطقة الرأس أو المقول، من مكان مرتفع على نفس المنطقة، أو أصابته ببعض الأمراض المعدية مثل الحصى الشوكية، أو التهاب السحايا، أو الحمى الترميزية مما يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية في المخ لمسئولة عن الانتباه في نفس تجبهي والقصوم الخلفية (يدر، 2005: 170) (عبد المعطي، 2003: 244).

وقد يعود الاضطراب إلى شمم الأطفال بمادة الرصاص الذي يدخل كمركب كيميائي لطلاء لعب الأطفال خشبية وألعاب الرصاص (الخطيب، 2001: 184).

وسجلت الدراسات إلى أن الأطفال المضطربين لديهم كميات كبيرة من مادة الرصاص في أوعيتهم الدموية، وهذا يسبب التامبالاة وضعف في التركيز، وصعوبات في التعلم. ومادة الرصاص أصبحت الآن منتشرة بكثرة بسبب التلوث الصناعي في البيئة المحيطة والذي يعد من العوامل المتعلقة والمسببة للاضطراب (الشرييني وصادق، 2003: 347).

ويشير المعهد القومي للصحة العقلية National Institute of Mental Health إلى أن الغذاء الذي يحتوي على المنكريات بدرجة عالية قد يسبب الاضطراب وخاصة عند الأطفال الذين لديهم الحساسية من هذه الأغذية. وقد أثبتت دراسات المعهد إلى إثبات أهمية في تناول هذه الأغذية يؤدي إلى شفاء (5%) من الأطفال المعسبين بهذا الاضطراب. كما أشارت المنظمة إلى أن محسنات الطعام الصناعية والمواد لحافظة المضافة للطعام والتي تكسب الأطعمة

الأطفال الطعم أو لائحة المميزة كما هو في بعض المتعلقات والمعدنات والقطران المتوافرة في الأسواق قد تكون سبباً آخر له (NIMH,2006:1-20).

لن نقص الأبحاث الغنية بالأحماض الدهنية خاصة Omega-3 ، ونقص الكالسيوم، وارتفاع نسبة النحاس في الدم، ونقص الحديد، ونقص المغنيز، ونقص اليود له علاقة بحدوث الاضطراب لدى الأطفال (السوفي،2006: 113).

كما وقد يعود الاضطراب إلى تناول الطفل لبعض العقاقير الطبية التي تدخل في علاج بعض الأمراض التي يتعرض لها مثل الصرع وأرجاع لبطن (المغص) والصداع كعقار الفينوباربيتال (حمودة،1991: 205).

ولنارت(شفيق) إلى أن تعرض الأطفال للإضاءة العنيفة (الفلورسنت) أو الإضاءة المنبعثة من جهاز التلفاز قد يؤدي إلى التوتر الإشعاعي الذي قد يسبب الاضطراب (شفيق،2002: 81).

واقترح (سترووس وآخرون Strauss&etal) (نظرية التبعضان) Overflow Theory التي تعود بتفسير الاضطراب إلى تأثير المثيرات الحسية على الأطفال المضطربين حيث اعتقدوا أن مستوى الاستثارة الحسية (سواء السمعية أو البصرية) له تأثير عام في زيادة نشاط الطلاب وتشتتهم. لذلك اقترحوا أساليب علاجية تتضمن عزل طلاب المضطربين عن أقرانهم باستخدام المقصورات الدراسية، واستبعاد الأثاث الزائد أو غير الضروري، والحد من الفخارف والديكورات والنوافذ في غرف الدراسة بحيث تكون الفصول الدراسية بسيطة وغير مثيرة، على افتراض أن خفض الاستثارة الحسية الناتجة من البيئة (كمدخلات) يمكن أن يؤدي إلى خفض السلوك المضطرب (كمفرجات) (ريزو وزنبل ج2، 1999: 93).

يتبين من خلال العرض السابق أن أساليب الاضطراب متعددة ومتنوعة فقد تعود إلى عوامل وراثية تتضمن انتقال الصفات لوراثية للاضطراب من الآباء

إلى الأبناء، أو إلى عوامل بيولوجية باعتبارها انعكاس لعوامل عضوية عصبية كحدوث خلل وظيفي في المخ أو خلل في التوازن الكيميائي للدماغ العصبية أو تأخر في النمو العقلي، أو إلى أسباب نفسية واجتماعية تمثلت في الضغوط النفسية والإحباط وسوء التوافق الاجتماعي، أو إلى أسباب أمرية تمثلت بأساليب المعاملة الوالدية الخاصة، والظروف الاقتصادية والاجتماعية والنفسية للأسرة، أو إلى أسباب تربوية تتعلق بتعليم والتمهيد والمناهج التربوية والأساليب المتعددة، أو إلى أسباب بيئية متعددة كتعرض الأم الحامل لبعض العوامل البيئية أثناء فترة الحمل أو أثناء عملية الولادة، أو تعرض الطفل للحواشي أو تناول الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من السكريات والمحتوية على الكافيين والألوان الصناعية التي تسبب الضرر للطفل. وقد ظهرت الأسباب البيئية بوضوح لدى الأطفال المضطربين في البحث الحالي حيث كانت نسبة كبيرة منهم يعانون من ظروف لمرية غير متوافقة تنتم بطلاق الوالدين، وسوء المعاملة الوالدية، وغياب الأب وما ينجم عنه من ضغوط وإحباط لدى الأطفال.

خامساً: تشخيص الاضطراب.

إن تشخيص الاضطراب يتم من خلال استخدام أدوات تقييمه شاملة تعتمد على تقدير السلوك الكلي للطفل وأماط تفاعلاته مع البيئة، وأسلوب نشاطه الحركي، وطريقة أدائه للمهام التي يكلف بها (Meyer,2006:254).

ولتشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط بشكل دقيق أشار الخليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (APA,2000:269-270) والأدبيات في هذا الجانب إلى ضرورة توافر مجموعة من الشروط عند الطفل لتصنيفه مضطرباً وكالاتي:

1- توافر على الأقل ستة أعراض من تشتت الانتباه، أو النشاط الزائد، أو الانتفاعية

- 2- ظهور أعراض الاضطراب على الأقل لدى الطفل لمدة ستة أشهر.
- 3- ظهور الأعراض بشكل أكثر حدة مقارنة بالأطفال الآخرين من نفس العمر.
- 4- ظهور أعراض الاضطراب قبل عمر 7 سنوات.
- 5- ظهور أعراض الاضطراب على الأكل فسي بينتين مختلفتين كالبيت، والمدرسة.
- 6- إلا تكون الأعراض ناتجة عن مشكلة أو إصقة أخرى.
- 7- إلا ترجع هذه الأعراض إلى اضطراب نمائي عام (مفتشر) أو القصام أو أي اضطراب عقلي آخر كان يكون اضطراباً وديئاً أو اضطراب القلق أو اضطراباً تككياً أو اضطراب في الشخصية.

ويشترط لدة التشخيص ما يلي:

- 1- أن يذكر الوالدان أو المعلمون ثلثي عدد المشكلات المتعلقة بالسلوك المضطرب في كل من الصورتين (المدرسية، والمنزلية) لضمان وجود الاضطراب وتشخيصه بطريقة مناسبة.
- 2- تكرار المشكلات المتعلقة بالاضطراب بما يفوق أو يتعدى ما يتوقع من الأطفال في نفس العمر العقلي.
- 3- أن يكون لهذه المشكلات تأثير سادي على الأداء الوظيفي النفسي والسلوكي ولا يرجع هذا التأثير إلى أنواع أخرى من اضطرابات التعلم أو اضطرابات الشخصية.

وقد نشرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP,2001:1033-1044) أحدث دليل لتشخيص الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لتشمل على مجموعة من العمليات التشخيصية المبدئية وهي:

- 1- التعرف إلى ملوك الطفل المضطرب من خلال الحصول على المعلومات الأساسية من الأفراد الذين يتعاملون معه أو القائمين على رعايته.

2- التعرف إلى أسلوب التعامل مع الطفل في المنزل والمدرسة والمشاكل الخاصة بالطفل.

3- التعرف إلى إعاقات النمو في بعض المهارات الحركية، أو التفكير، والتحدث.

4- فهم الأعراض السلوكية لمدة ستة أشهر على الأقل قبل بدء البرنامج العلاجي.

وأشارت بعض الأبيات إلى وسائل وأساليب عدة للتشخيص يمكن اللجوء إليها في سبيل التوصل إلى التشخيص الدقيق للاضطراب عند الأطفال ومنها:

1- تقديرات المعلمين التي تعد على درجة كبيرة من الأهمية للحصول على المعلومات عن سلوك الطفل فهم يعملون مع أعداد كبيرة من الأطفال في الأوساط والأنشطة المدرسية المختلفة مما يمكنهم من مقارنة سلوك كل طفل بآخراته. (الشخص، 2002: 109)

2- تقديرات الوالدين باعتبارهم في تواصل مباشر ومستمر مع الطفل مما يمكنهم من تقدير سلوك الطفل وأدائه للمهام المختلفة والسمات التي يتميز بها في النواحي الشخصية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية.

3- استخدام بعض الاختبارات والمقاييس كاختبارات الذكاء، واختبار تجانس الأشكال، واختبارات استمرارية الأداء. (محمد، 2004: 219)

ويشير (باضه، 2003: 204) إلى ثلاثة طرق لتشخيص الاضطراب عند الأطفال هي:

1- الملاحظة المباشرة: تتطلب الملاحظة ساعات طويلة من العمل من جانب المعلمين لرويتهم للطفل في مواقف جماعية كثيرة مقارنة بزملائه من نفس الفئة العمرية. ويمكن لأبناء سجل ملاحظاتهم عن الطفل أيضاً.

2- للمقابلة: وتتم على جلسات محدودة باشتراك الوالدين.

3- موازين التقدير: ومنها استبيان المدرس واستبيان الآباء.

أن عملية تشخيص الاضطراب عند الأطفال تحتاج إلى جهد متواصل وتعاون بين المتخصصين، والآباء والمدرسين. وهي عملية معقدة لعدة أسباب منها: عدم توافر أدوات تشخيصية نوعية (مخبرية، وإشعاعية) يمكن إجرائها لتأكيد التشخيص، ولتداخل أعراض هذا الاضطراب مع بعض الاضطرابات الأخرى كصعوبات التعلم والمشكلات السلوكية، وضعف الوعي بالاضطراب.

وتجنباً للخطأ وضعف التشخيص تم التركيز على الأطفال الذين يظهرون أنماط سلوكية من نشأت الانتباه وفرط النشاط والانتفاعية وبعض الأعراض المصاحبة ولكنهم لطفال عانيون من الناحية الفسيولوجية والعقلية وبهذا يكون البحث قد تناول الاضطراب كجزء متجانسة من الأعراض.

وإذا اعتمد البحث الحالي في التشخيص على بناء مقياس تشخيصي للاضطراب بصورته المدرسية والملازمة وبما يتناسب مع طبيعة المرحلة العمرية للأطفال الروضة ويتفق مع الشروط التي حددها لنيل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل في التشخيص.

سادساً: أساليب علاج الاضطراب.

بعد العلاج المبكر للاضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة ضرورة مهمة للتغلب على الآثار السلبية التي قد تنجم عنه في مراحل النمو اللاحقة والمتمثلة بصعوبات أكاديمية كصعوبات التعلم والفتكر والإدراك والانتباه. ومشكلات أسرية واجتماعية تتمثل بسوء التوافق الأسري والاجتماعي، والعناد، والتسرد. وقد أشارت دراسات والأدبيات ذات العلاقة المباشرة بموضوع علاج الاضطراب إلى عدد من التصنيفات المختلفة للأساليب والتدخلات المستضمة لعلاجها.

فقد صنف كامل (2003) الأساليب العلاجية للاضطراب إلى أسلوبين رئيسين هما: العلاج بالمعاقير، والعلاج النفسي المتضمن العلاج بالاسترخاء

والعلاج بالتدريب على برنامج لتعاقد البيولوجي للمخ والعلاج بالتدريب على برنامج التحكم لذاتي للسلوك (كامل، 2003: 61-63).

وقد صنف عبد المعطي (2003) تلك الأساليب إلى أربعة أصناف رئيسية هي: العلاج الدوائي الصيدلاني، والعلاج النفسي المتضمن للعلاج السلوكي، والعلاج التحليلي، والعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الأسري، والتدخلات التربوية (عبد المعطي، 2003: 253-261).

بينما تصنف الخشرمي (2004) الأساليب العلاجية للاضطراب إلى مجموعة من التدخلات والتريبات والأساليب هي: لعلاج النفسي، والتدخل السلوكي البسيط، والعلاج الطبي (الدوائي)، والتدخل المدرسي، وتدريب المهارات الاجتماعية، والتدريب التأميني بين الصوائس والحركات، والتغذية، والعلاج الأسري، والعلاج بالتدخلات التربوية (الخشرمي، 2004: 35-54).

بينما أشارت أيوسفى (2005) إلى الاتجاهات الحديثة لدراسات استخدمت برامج وخطط علاجية فعالة أخفض مظاهر الاضطراب هي: برامج النظام الغذائي، وبرامج وأنظمة طبية، وبرامج تنظيم وتعديل السلوك، وبرامج تعديل السلوك المعرفي، وبرامج تدريب الوالدين (أيوسفى، 2005: 38).

وعلى الرغم من تنوع التصنيفات التي تناولت الأساليب والتدخلات لعلاج الاضطراب إلا أنه سيتم استعراض الأساليب الرئيسية التي أشارت إليها الأدبيات والدراسات السابقة بما يناسب المرحلة العمرية للأطفال في عينة البحث والتركيز على الأساليب السلوكية لكونها الأكثر ملائمة وفعالية لمرحلة الطفولة المبكرة وهذا ما استخلصته الباحثة من الأدبيات والدراسات التي أجريت على هذه المرحلة العمرية.

1- العلاج الدوائي:

يمثل العلاج الدوائي أحد الأساليب العلاجية التي استخدمت مع الأطفال الذين يعانون من الاضطراب، حيث يحدد الطبيب المختص بعد إجراء الفحوصات

طبية الضرورية للطفل الجرعات الدوائية التي تتناسب، مع تحديد عدد المرات التي يجب أن يتناولها والتي تتراوح عادة بين مرتين أو ثلاث مرات يومياً.

إذ تشير الأبحاث والدراسات لطبيبة إيسى أن نواء الميثيل فينيدات (Methylphenidate المعروف تجارياً باسم (الريتالين Ritaline) والذي ينتمي لفئة (المنشطات Psycho stimulants) هو من أكثر الأدوية فعالية في خفض لمظاهر السلوكية للاضطراب لدى الأطفال، وأن وظيفة هذا الدواء تشمل إسي إطلاق مادة الدوبامين من حويصلات التخزين التي تعمل على تنشيط مراكز التحكم والانتباه عن طريق تنشيط قشرة المخ مما يمكن الطفل من زيادة التحكم في سلوكه الحركي وزيادة الانتباه (Swanson&etal, 1993:154-162)(Golden,1991:354).

وتبين أن عدد الأطفال الذين يتعاطون هذا الدواء في الولايات المتحدة يقدر بحدود المليون طفل وعلى الرغم من الأكثر الإيجابية للدواء إلا أن هناك الكثير من الآثار الجانبية التي تصاحب استخدامه والتي قد تؤثر سلباً على النمو الجسدي كالطول والوزن مما يستدعي المتابعة المستمرة لمن يتعاطاه لمدة طويلة تزيد عن 14 شهراً كما قد تظهر لدى الطفل أعراض أخرى من جراء هذا الاستخدام كالإيمان على الدواء مع مرور الوقت وتقدم العمر (الخشرمي، 2004: 38).

وتوجد أدوية أخرى تعمل كمنشطات لزيادة فترة الطفل على الاحتفاظ بالانتباه والإقلال من معدل لندفاعيته ونشاطه الحركي وتحسين أدائه في تقييم بالمهام الحركية منها عقار (الانيرال Addral)، و(السميليزيت Cylrt)، و(الديكسرين Dexedrine)، و(كونسيرتا Concerta)، و(فوكالين Focalin) وهذه العقاقير من الممكن أن تسهم في تحسين الأداء الأكاديمي وتعطي فترة أفضل لبده العمل، وتزيد من النتائج الإيجابية للعمل ونوعيته (NMHA, 2001:22).

أن تعاطي هذه الأدوية يؤدي إلى تحسين التفاعلات الاجتماعية مع الأصدقاء ومع أفراد الأسرة والتقليل من السلوك المضاد نحو الآخرين والعدوانية، وتزيد في تقديرات الذات للطفل (جلبل، 2005: 352).

وأشارت الأدبيات إلى مجموعة أخرى من الأدوية المنشطة (Stimulants) والأدوية المضادة للاكتئاب (Antidepressants) والتي تستخدم لعلاج الاضطراب المصحوب بقلق أو اكتئاب وجدائي وهي مجموعة المركبات ثلاثية الحلقات كالامفيتامين (Amphetamine) ، و(الاميرامين Imipramine) ، و(النيسبرامين Desipramin) ، و(النورتريپلين Nortriptyline) وهناك إجماع على أن هذه المنشطات ذات فعالية في خفض مظاهر الاضطراب عند الأطفال (Weaver,2000:1-5)(Loon,2000:134-144)(Fghhalieh&etal,2000:102-110).
وإن استخدام المحفزات الدوائية مع الأطفال المضطربين يؤدي إلى تحسين معنواهم في الاختبارات الانتباه، والتعلم، والمشكلات المعرفية، والاجتماعية (Mautner&etal,2002:164-170).

وفي دراسة تقويمية قامت بها الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال American Academy of Pediatric 2001 جمعت فيها الدراسات الطبية التي استخدمت الأدوية لعلاج هذا الاضطراب لدى الأطفال وتوصلت إلى نموذج لبرنامج طبي يستخدم لخفض الاضطراب (AAP,2001:1033-1044).
وعلى الرغم من فعالية العلاج الدوائي في خفض أعراض الاضطراب لكن هذه الأدوية قد ترافقها آثار جانبية خطيرة عندما لا تستخدم بشكل سليم تتمثل في فقدان الشهية، والأرق، والغثيان، والآلام في المعدة، والصداخ، والاكتئاب، والانسحاب الاجتماعي، وفقدان الطاقة والحيوية. وبالتالي يلجأ الطبيب إلى تقليل الجرعات الدوائية أو تغييرها أو اللجوء إلى أساليب علاجية بديلة في الحالات التي لا تستجيب للتواء ومن هنا يأتي لشك في نجاح العلاج بالأدوية المنشطة لمدة طويلة (اليوسفي، 2005: 56-57).

وتؤيد ذلك نتائج دراسة هنت وآخرون (1991) التي توصلت نتائجها إلى أن (25%) من الأطفال المدفوعين المترددين على العيادات النفسية لا يستجيبون

جيداً للعلاج بالأدوية الطبية، كما أن آثار تلك الأدوية على التعلم والسلوك ليس بالمستوى المطلوب (Ffunt&etal,1991:75-95).

فالعلاج الدوائي على الرغم من فعاليته في خفض النشاط الحركي الزائد وزيادة مدى الانتباه عند الأطفال المعطربين إلا أنه يتسبب في حدوث بعض المخاطر على حياة الأطفال وخاصة عندما يساء استعماله، وقد أوصت بعض الدراسات بعدم استخدام الأدوية العنابية لوحدها بل لابد من اشتراكها مع أساليب علاجية أخرى كالعلاج السلوكي لكي تصبح أكثر فعالية.

وهذا ما أشار إليه فارك (Fark (1997) أن الأطفال الذين لديهم اضطراب نشأت الانتباه وفرط النشاط وتم تشخيصهم بمرحلة مبكرة واستطاعت أسرهم أن تتكيف مع الاضطراب وتوفر أساليب مناسبة بالتفاعل معهم يفضل عدم إعطائهم الدواء في المنزل والتركيز على أساليب العلاج السلوكي بدلاً عنها واللجوء إلى الدواء في أوقات ادواء المدرسي (Fark,1997:635).

2- العلاج الغذائي:

تشير الدراسات والبحوث إلى وجود علاقة إيجابية بين الحساسية لبعض الأغذية التي يتناولها الأطفال وما يصحبها من عادات غذائية غير مناسبة وحدة الاضطراب لديهم.

إذ يرى بعض أولياء الأمور أن سلوكيات أطفالهم تتحسن عندما تستبعد بعض الأطعمة من غذائهم مثل الكافيين الموجودة بالشوكولاته، والقهوة، والمشروبات الغازية، والعصائر التي تحتوي على السكريات، والأطعمة والعناصر ذات الألوان الصناعية، والحليب المركز النسم، والسمنة، والبجيس، والحقائق (الخضرمي،2004: 40-41)(البرمفي،2005: 39).

لذا فإن الحمية الغذائية المعتمدة على الأطعمة النباتية تساعد كثيراً في خفض مشكلات الحركة وعدم الانتباه،كما أن الأغذية المتوازنة والقليلة السكر

تؤدي إلى نتائج أفضل. وإن تناول الوالدين للأغذية الصحية المتوازنة يشجع الأطفال على تناول تلك الأغذية ويجنبهم احتمالية الإصابة بمشكلات ناتجة عن خلل في التوازن الغذائي كاضطراب الحركة والانتباه (Attwood,2000:1-5) . وأشارت عدد من الدراسات إلى برامج غذائية تستخدم لعلاج الأطفال المضطربين. حيث تتضمن هذه البرامج أنظمة غذائية لا تحتوي على الأطعمة الممنوعة سابقاً الذكر. كدراسة (كينتاكشي وآخرون 1993) التي توصلت نتائجها إلى خفض الاضطراب بعد إضافة بعض الفيتامينات والمعادن للنظام الغذائي لعينة مكونة من 149 طفلاً يعانون من الاضطراب (Canacchi&etal,1993:123-133).

وفي دراسة مماثلة أجراها لوعبارد و جرمانو(1998) استخدم فيها نظام غذائي يتضمن خفض نسبة السكر والحليب والشكولاته والذرة والدقيق مع إضافة فيتامين (ب) في أغذية الأطفال واستمر البرنامج لمدة عامين على عينة مكونة من 16 طفلاً يعانون من الاضطراب وأثبتت النتائج فاعلية البرنامج في خفض حدة الاضطراب (Lomhard&Germano,1998:191-198) .

وفي برنامج آخر نشره المركز الطبي العام للتغذية (2002) (General Nutrition Center Clinic) استهدف الحفاظ على نسبة السكر الطبيعية في الدم لدى الأطفال المضطربين لمدة خمس سنوات. وقد احتوى البرنامج الغذائي على نسبة عالية من الليوتين والفيتامينات والمعادن الأساسية مثل الكالسيوم، والحديد، والفسفور، والصوديوم، والنيوتاسيوم، والمغنيسيوم. وقد حقق البرنامج نتائج مرتفعة لخفض حدة الاضطراب عند الأطفال بعد الحفاظ على النسبة الطبيعية للسكر في الدم (GNCC,2002:1-3).

يبدو مما تقدم أن العلاج الغذائي يعد من البرامج البديلة للعلاج الدوائي الذي يستخدم مع الأطفال المضطربين ويساعد في خفض حدة الاضطراب. غير أن النظام الغذائي المكثف يحتاج دائماً إلى أخصائي في التغذية حتى لا يؤثر على نمو

الطفل مستقبلاً ويحتاج إلى متابعة مستمرة من قبل الأسرة بصفة منتظمة ومستمرة.

3- العلاج الأسري:

يمثل هذا النوع من العلاج أحد الأساليب الأساسية في علاج الاضطراب لما للوالدين والأمرة عامة من دور أساسي وفاعل في عملية التكشفة للطفل، ويتضمن هذا النوع من العلاج تكريب الوالدين على كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال وتعليمهم المهارات الأساسية اللازمة لضبط سلوكهم والتحكم فيه وتوجيههم، والحد من العديد من المشكلات التي قد يثيرها الطفل وخاصة ما يتعلق منها بعنايه وعدم امتثاله للأوامر والنواهي من جانبها، وعدم قدرته على ضبط نفسه (محمد، 2004: 231).

ويهدف هذا العلاج لإزالة الإحباط الأسري بين أفرادها وتهدئة الصراعات القائمة بينهم، كما يوجه الأسرة لتقليل الاحتجاجات على الطفل ليستطيع التوافق. كما يهدف هذا العلاج إلى إعادة ترتيب الجو العزلي بحيث لا يكون مؤثر جداً أو مغلق ومقبض جداً لأن لطفل يحتاج إلى الهدوء والتنظيم (حمودة، 1991: 208).

ويشير كفاقي (1999) إلى أهمية العلاج الأسري حيث تمثل الأسرة من وجهة النظر السلوكية البيئة الطبيعية لتعلم السلوك. إذ أنها تعمل بحكم العلاقات والتفاعلات اليومية بين أعضائها شبكة متداخلة من المواقف والمشاعر والأساليب السلوكية الموجهة من فرد لآخر داخل الأسرة مما ينظم للطفل معه كيف يسلك اتجاه أعضاء الأسرة الآخرين، وعن طريق التعلم ينتقل هذا السلوك إلى التعامل مع الآخرين خارج نطاق الأسرة (كفاقي، 1999: 20).

وقد أشار جولدمستين و جولدمستين (1992:123) (Goldstein&Goldstein) إلى عدد من المقترحات للأسرة والتي تساعد في تحسين أداء الأبناء الذين يعانون من الاضطراب وهي كالآتي:-

1- ممارسة الأسرة لأساليب واستراتيجيات فعالة لإدارة سلوك الأطفال داخل المنزل.

2- بناء علاقات إيجابية مع الطفل.

3- استقطاب الأصدقاء الجيدين للأطفال.

4- العمل على دعم النجاح المدرسي للطفل.

5- تأمين الاستقرار داخل الأسرة.

6- دعم الوحدة والتعاون الأسري.

7- عدم تجاهل المشكلات الأخرى التي لا علاقة لها بالنشاط المراد.

وأشارت نتائج دراسة لاث و لنديركامب (1998) إلى أن برامج تدريب الوالدين من خلال التشرح والتلمذة ولعب الأتوار مع التغذية الراجعة ومهارات تنظيم السلوك يساعد على تدريب الأطفال على عملية تنظيم السلوك والامتنال والطاعة والتنظيم في المواقف والأشطة المتنوعة (Lauth&Linderkamp,1998:81-91).

وقد أثبتت دراسات عديدة فاعلية العلاج الأسري في خفض حدة الاضطراب لدى الأطفال من العائدين وغير العائدين، وخفض الضغوط الأسرية، وزيادة مهارات الوالدين من أجل أن يعيش الطفل المضطرب في بيئة يسلك فيها السلوك المناسب، كتراسات (Alonso,1997:862) و(ديس والسماوني،1998: 88-121)، و(بخش،2001: 51-73)، و (الخضرمي،2005: 1-23).

مما سبق يظهر أن للأسرة دوراً أساسياً في بناء وتشكيل شخصية الطفل وبالتالي فإن تدريبهم على الطرق العائنة في التعامل مع الأبناء تعد عنصراً أساسياً لنجاح دورهم في تعليمهم وتدريبهم على السلوكيات المقبولة. وتجنب أسرة من الوقوع في المشكلات النفسية التي قد تصحب إحساسهم بالفشل في

التعامل مع مشكلات أبنائهم. وتدريبهم على المهارات الأساسية للتعامل مع المواقف مع الأبناء والتي تعمل بنورها على خفض حدة الاضطراب.

4- العلاج التربوي:

تمت تأثيرات اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لتشمل الجانب التربوي من حياة الطفل حيث يعاني بعض الأطفال المضطربين من ضعف في التحصيل وعجز في المهارات الدراسية والأداء الأكاديمي ولذا فهم بحاجة إلى استراتيجيات تربوية تعتمد على جذب الانتباه والتفاعل الإيجابي بين المعلم والمتعلم وتطوير العلاقة الاجتماعية مع زملائه وتنمية تحقيق الذات لديه (خليفة وعيسى، 2007، 164).

وتصنف أساليب العلاج التربوي ضمن ثلاثة محاور رئيسية هي:

أ- البيئة الصفية:

أشارت الخشرمي (2004) إلى عدد من الاستراتيجيات التربوية ضمن هذا المحور منها: تنظيم للفصل بحيث تكون المقاعد مريحة ومتباعدة، وتقليل عدد الوسائل التعليمية الغير ضرورية، والتأكد من موقع الفصول وبعدد من الضوء والخارجية، والانتباه إلى تهوية وحرارة الفصل، ووضع التعليمات والقوانين بصفة ايجابية تصف السلوك المطلوب، وفصل الأطفال الذين لا يتسمون مع أقرانهم عن بعضهم البعض (الخشرمي، 2004، 59).

ب- المناهج الدراسية وأساليب التعليم:

يشير ميركولينو وآخرون (2000) إلى أن الأطفال المضطربين يتشبهون عندما يوظف المعلم مواد تعليمية ملائمة لهم وعلى نحو واضح ومنظم وجديد، ولتحصول ذلك لابد من إتباع الإرشادات التالية:

1- التوافق التعلمي: ويعني الانسجام بين المهارات الدراسية للطفل ومستوى صعوبة المواد التعليمية المقدمة له.

2- تقديم التعليمات: ويعني تقديم التعليمات بشفة واضحة وموجزة مع التركيز على الكلمات المفتاحية وتوفير التواصل البصري والاقتراب من الطالب أحياناً أو ذكر اسمه ومن المفيد أن يغير المعلم من مستوى ارتفاع صوته وإيقاعه لإشعار الطالب بتقوم تعليمات مهمة.

3-التتويج في سرعة التكديم: ويعني المرونة في سرعة تقديم المعلومات وفقاً لمهارات واهتمامات الطلبة.

4- تعليم المهارات التنظيمية: ويعني تصميم استراتيجيات لتدريب الطلبة على أداء الاختبارات وتنظيم الأعمال الكتابية وتنويع الملاحظات يؤدي إلى تحسن في ملاحظات الطلبة وتنظيمها وأدائهم الأكاديمي (ميركولينو وآخرون، 2000، 169).

5- استخدام مواد تعليمية مبتكرة ومباشرة: ويعني استخدام نشاطات تعليمية معتمدة على الحاسوب لنحسين المهارات الدراسية لطلبة وإتاحة الفرص لهم لتلقي تغذية راجعة مرتفعة الإثارة، وتقديم مهمات تتطلب استجابة نشطة حركية، واستخدام الألوان بدلاً من استخدام اللونين الأسود والأبيض فقط.

6- استخدام استراتيجيات التعلم التعاوني: بعد احد الركائز الأساسية في التعلم وفيه يشجع المعلم الطلبة على العمل معاً في مجموعات صغيرة لإتجاز مهارات أكاديمية معينة بشكل جماعي وإكسابهم المهارات الاجتماعية (ED Pubs U. S. Department of Education, 2004:8).

ج- شخصية المعلم وعلاقته بالأطفال:

تشير (الخشمي، 2004، 71-74) أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب بحاجة إلى معلم متفهم يتقبلهم ويعمل على مساعدتهم بجميع الإمكانيات المتاحة. والعناصر الرئيسية التي يجب أن تقوم عليها العلاقة بين المعلم والطالب هي:

1- أن يكون المعلم متفهماً لمشكلة الطفل ومدركاً لإبعادهما.

- 2- لتطلي بالصبر و الهدوء والمرح.
- 3- تجنب المجادلة مع الأطفال عند توضيح التعليمات والقوانين.
- 4- التدرج على أساليب متنوعة متجددة في تعليم الأطفال .
- 5- أن يكون نمونجا في تعليم السلوكيات الاجتماعية المقبولة.
- 6- الاهتمام بالجانب العاطفي في العملية التعليمية وجعل العلاقة ودية بين الأطفال.
- 7- توجيه أسئلة تساعد على الملاحظة ومتابعة لذات.
- 8- تشجيع الأطفال وتعزيزهم.
- 9- الثبات والوضوح في التعامل مع الأطفال.

وقد أشار (إلمبروك Elmbrook) إلى مشروع هدفه تطوير برنامج تربيوي للاتصال من أجل مساعدة المعلمين والتربيويين لتحسين الخدمات التعليمية التي تقدم للأطفال المضطربين الذين يعانون من هذا الاضطراب، ويعتمد هذا البرنامج على تدريب المعلمين في موضوعات محددة تشمل تأثير الاضطرابات المختلفة على السلوك داخل الفصل الدراسي كاضطراب تشتت الانتباه المعصوب بفرط النشاط، وزيادة الدافعية لدى التلاميذ غير المهتمين، وتنمية مهارات إدارة الذات، واستراتيجيات التعلم الذاتي وغيرها. ويستخدم في هذا البرنامج الاتصالات والمفاوضات والطول الوسطى والأساليب الفنية الخاصة بالمراقبة وذلك لتحسين العملية التعليمية لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطراب (الشوقي،2006: 208).

وأشارت نتائج بعض الدراسات إلى فاعلية لعلاج التربيوي في خفض حدة الاضطراب لدى الأطفال فيما لو تم تدريب المربين والمشرخين للتربيويين والأخصائيين النفسيين على برامج تنظيم السلوك الموضوعي لدى الأطفال المضطربين وتنمية مهارات الأفراد المحيطين بهم باستخدام خيالات التمجزة، والشرح، ولعب الدور مع التغذية الراجعة وتدريب مهارات تنظيم السلوك في سلسلة متتابعة (9-1،1998،Danforth)، (547-563،2002،Miranda&etal).

يقين مما سبق أن العلاقة بين المعلمين والأطفال مهمة لنجاح العلاج التربوي فهم بحاجة إلى إستراتيجيات تربوية تعتمد على جذب الانتباه والتواصل الإيجابي بين الطفل والمعلم من ناحية والطفل والأقران والمنهج التدريسي من ناحية أخرى بحيث تشمل البيئة التربوية على مجموعة من المشاعر والعواطف الإنسانية المرغوبة لمساعدة الأطفال المضطربين في تلبية لفترة على ضبط النفس والتحكم بالسلوك وتحسين تفكيرهم لذواتهم فهم بحاجة إلى من يقرم بتنظيم حياتهم.

5- العلاج النفسي التحليلي:

يشمل العلاج النفسي علاجاً تحدياً يبني على فهم نفسية لطفل وصراعاته الداخلية التي قد توجد بين أجزاء الشخصية أو بينها وبين العالم الخارجي الممثل بالأمرأة والمدرسة، والتحليل الدفاعية المرضية التي يستخدمها في سلوكه وتوضيح ذلك للطفل من خلال جلسات علاج نفسي التي تجري مع الأطفال الصغار بواسطة لعب خاصة أو بواسطة الرسم وهذا العلاج التحليلي غالباً ما يتم في إطار فردي وهناك أيضاً العلاج النفسي الجماعي الذي يتم في إطار مجموعة من الأطفال حيث تستخدم المجموعة لبناء وتنمية الملوحيات المرغوبة لدى الطفل ونيل السلوكيات غير المرغوبة بواسطة نقد المجموعة لها ومساعدة لطفل على كبحها (حصودة، 1991: 209).

وتظهر أهمية العلاج النفسي في مساعدة الوالدين والمعلمين لترتيب نظام معين للثواب والعقاب لتعديل الجوانب المزاجية والاشغالية لدى الطفل وإن يواجهوا المستلزمات الطبيعية للتضج، ويشبعوا الحاجات النفسية للطفل لاكتساب القيم وتكوين أنا أعلى طبيعي قابل للتكيف بالإضافة إلى استخدام فنيات للتعامل مع المشكلات السلوكية ضمن الخطة العلاجية (شفيق، 1999: 26).

وهذا النوع من العلاج يسمح للطفل بإقامة علاقة مع المعالج الذي يفهم لطفل وصعوباته ويستطيع شرحها للطفل ويساعده على تقبل العلاج الدوائي لأنه

قد يسيء فهمه ويوضح للطفل بأنه يملك للنور الأسلبي وأن الدواء ماهو إلا عامل مساعد له (جمودة، 1991: 208).

وقد يستخدم العلاج النفسي في إطار مبادئ اجتماعي معين يؤهل الطفل كي يعمل على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية مرغوبة ومتميزة مع الآخرين، كما يمكنه من إقامة صداقات متعددة والحفاظ عليها واستمرارها مما يساعد في لتعاجه مع الآخرين وبالتالي تحقيق التوافق، ويمكن أن يتم ذلك من خلال تدريبه على أساليب التواصل المختلفة، وتدريبه على المهارات الاجتماعية وتنمية مثل هذه المهارات وإكسابه لمهارات حل المشكلات الاجتماعية المختلفة (محمد، 2004: 231).

هذه الأسباب تظهر الحاجة إلى العلاج النفسي للتخفيف من حدة هذه الاضطرابات حيث يقدم للوالدين معلومات كافية عن هذا الاضطراب والاضطرابات الانفعالية المصاحبة له وكيفية التعامل مع طفلهم من أجل مساعدته على التخلص من هذا الاضطراب أو تخفيف حدته، ومساعدة الطفل على التكيف مع البيئة المحيطة به.

6- العلاج السلوكي:

إن العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يهدف إلى تحقيق تغييرات في الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفعالية. و بعد العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجعة والفاعلة في علاج الاضطراب لدى الأطفال، ويعتمد هذا النوع من العلاج على نظريات التعلم السلوكية. حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل وتعديلها بسلوكيات أخرى مرغوبة وذلك من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية يتم من خلالها تعليم الطفل المهارات اللازمة التي يمكن بمقتضاها تركيز الانتباه، وضبط النفس، والحد من النشاط الجرمي المفرط وتوجيه الطفل الوجهة التي تمكنه من أداء

الأنشطة والمهام المختلفة التي يكلف بها (أحمد ويذر، 1999: 86)
(لقطيب، 2001: 187).

والعلاج السلوكي أسلوب علاجي يعتمد على مفاهيم النظريات السلوكية
الخاصة بتشكيل واكتساب السلوك، بمعنى أن السلوك متعلم لذا يمكن تشكيله
وإكسابه للأفراد ومحوه وإطفائه، والنظر إليه مباشرة دون البحث في الأسباب¹
(فاسم وآخرون، 2000: 179).

ويشير السلوكيون إلى أن الاضطرابات النفسية والسلوكية هي في الأصل
عادات سلوكية تعلمها الفرد من أجل أن يخفف من درجة القلق والتوتر، وهذا
بنوره يؤدي إلى نوع من الارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية وهذه
الارتباطات تحدث بصورة خاطئة أو مرضية فإذا استطاع المعالج إطفاء هذه
المنعكسات الشرطية المرضية وتم الاستعانة بمنعكسات شرطية سوية جديدة يمكن
أن نخلص الفرد من الاضطراب (الزباد، 1999: 187).

ويستند العلاج السلوكي على مبادئ المدرسة السلوكية التي تعتقد بأن السلوك
الإيجابي ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها في أثناء مراحل النمو
المختلفة. و يتحكم في تكوينها قوتها للكم والاستثارة للذات بسبب حدوث مجموعة من
الاستجابات الشرطية الناتجة عن عوامل بيئية سبق وأن تعرض لها الفرد.

وطبقاً للنظرية السلوكية فإن السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة تعد
سلوكيات متعلمة. فالأطفال المضطربون يوصفون بأنهم يظهرون قصوراً في
السلوكيات التي تعتبر مرغوبة وإيجاباً في السلوكيات التي تعتبر غير مرغوبة من
قبل المعلمين والآباء والأقران والمجتمع بشكل عام (زباد وزيل ج2، 1999: 34).

وأشارت الأدبيات (يحيى، 2003: 51) (القمش والمعلمة، 2007: 92) إلى
أن سبب انتشار العلاج السلوكي وخصوصاً بين المدرسين الذين يتعاملون مع
الأطفال المضطربين يرجع إلى عدد من الأسباب وهي:

1- أن للعلاج السلوكي أسلوب عملي يتعامل مع مشكلات ملحوظة.

- 2- أن النظرية السلوكية تعتبر بسيطة وسهلة الفهم والتعلم.
- 3- ثبت سرعة وفعالية بعض أساليب تعديل السلوك مع كثير من الأطفال ذوي المشاكل السلوكية.
- 4- تركيز العلاج السلوكي على الملاحظة ساعد المدرسين على أن يكونوا أكثر وعياً بنوعية مشكلات الأطفال و أكثر وعياً بقدراتهم الخاصة.
- 5- تركيز العلاج السلوكي على المعززات الإيجابية والمكافآت لزيادة تكرار السلوك الإيجابي.

وقد حدد (رام و ماسترز Rimm&Masters) في (ملهم، 2001: 437)

عدد من الافتراضات التي يستند عليها العلاج السلوكي هي :

- 1- أن السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف عن السلوك العادي المتعلم. و الفرق بينهما أن السلوك المضطرب غير متعلم أو غير متوافق بينما السلوك العادي متوافق للفرد.
 - 2- يكتسب الفرد سلوكياته نتيجة التعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه فيحدث ارتباط شرطي بين الخبرات والسلوك.
 - 3- تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة معينة من السلوك الكلي للفرد تزداد أو تنقص بين الأفراد.
 - 4- زملة الأعراض الذاتية ينظر إليها كتجمع لعادات خاطئة متعلمة.
 - 5- السلوك المضطرب يمكن تعديله..
- ويشير (الغشم والمعلومة، 2007: 100) إلى أن مزايا العلاج السلوكي هي:
- 1- يقوم على أساس دراسات وبحوث تجريبية وعملية قائمة على نظريات التعلم ويمكن قياس صدقها تجريبياً .
 - 2- يركز على المشكلة أو العرض، مما يوفر محك لتقييم نتائجه.
 - 3- متعدد الأساليب ليناسب تعدد المشكلات والاضطرابات.

- 4- أسلوب عملي ويستعين بالأجهزة العلمية.
- 5- نسبة التحصن عند استخدامه تصل إلى (90%) أحياناً، في حين استخدام الأساليب الأخرى يصل إلى (50-75%) في أحسن الأحوال.
- 6- أهدافه واضحة ومحددة يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين والمعلمين بعد التقرب للآزم.
- 7- يوفر للجهد والمال والوقت لأنه يستغنى وقتاً قصيراً نسبياً لتحقيق أهدافه.
- يستخدم العلاج السلوكي لمساعدة الطفل في التغلب على المشكلات التالية:-
(شفيق، 1999: 28)
- 1- القشل في اكتساب سلوك مناسب.
 - 2- مواجهة الطفل لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب.
 - 3- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.
 - 4- ربط استجابات الطفل بمتبهات جديدة لاستثارة الاستجابة المناسبة.
- يبدو مما تقدم أن العلاج السلوكي للاضطراب يستند على الفروض أن جميع أنواع السلوك يمكن أن تتغير عن طريق تغيير بيئة الفرد، وإن آثار هذا التغيير تظهر في السلوك ويمكن ملاحظتها مباشرة، ومن ثم يمكن تقييم هذا التغيير عن طريق ملاحظة السلوك قبل وأثناء وبعد العلاج.
- ويستند هذا النوع من العلاج على مجموعة من الأساليب والإجراءات التي تهدف إلى زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه، أو تقوية هذا السلوك أو تعليمه سلوكاً جديداً، أو خفض معدل ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه.
- ولهذا ستقوم الباحثة بعرض أنواع العلاج السلوكي المستمدة من النظريات السلوكية والقوانين والغايات التي انبثقت منها والتي يمكن الإفادة منها في البرنامج

السلوكي المعد في البحث الحالي لخفض حدة الاضطراب لدى الأطفال
المضطربين.

مبلياً: أنواع العلاج السلوكي.

أشارت النظريات السلوكية إلى فواع متعددة من العلاج السلوكي التي
ركزت على السلوك الظاهر بشكل مباشر، وهدفت إلى تعديل السلوكيات غير
المرغوبة بسلوكيات أخرى مرغوبة من خلال تغيير البيئة المحيطة بالطفل
والمؤدية للاضطراب، وتدريبه على اكتساب مهارات سلوكية مناسبة عند تعامله
مع المحيطين به. وقد تلوحت هذه الأساليب تبعاً لتوجهاتها النظرية التي انطلقت
منها وهي كالآتي:

1- العلاج السلوكي طبقاً لنموذج الاشراف الكلاسيكي:

إن نظرية الاشراف الكلاسيكي لها إسهامات متعددة في المجال التربوي في
تكوين العادات والمهارات السلوكية وعلاج بعض الاضطرابات السلوكية وكذلك
في المنهجية العلمية التي استخدمتها في تحليل السلوك والمستمدة إلى القياس
الموضوعي والتحليل التجريبي السلوك على مستوى الفرد الواحد لا على مستوى
المجموعات (الخطيب، 1995: 50).

وبعد السلوك المضطرب تبعاً لهذا النوع من العلاج هو حصوله عملية تعلم
خاطئة تمت عن طريق الاشراف، والذي يهدف إلى إزالة الاضطراب عن طريق
فك الاشراف ثم عملية إعادة الاشراف بشكل صحيح مما يؤدي إلى سلوك
مستوي يحل مكان السلوك غير السوي (الزراعت، ت: 84).

ويمكن استخدام عملية تشريط الاستجابة في العلاج السلوكي من خلال
إحلال نماذج اشرافيه لعلاقات جديدة مرغوبة بين مثيرات واستجابات وإطفاء
النماذج الاشرافية للعلاقات غير المرغوبة عن طريق التقريب التتابعي لمسببات
الاضطراب بصورة تدريجية أثناء ممارسته للأشطة التسمية لديه (الزيات، 1996: 174).

وللإفادة من هذا العلاج في تعديل سلوك الأطفال المضطربين بثقتهم الإيجابية وفرط النشاط يتم من خلال إطفاء العادات السلوكية السلبية التي تعلمها الطفل من خلال تفاعله مع البيئة بعادات سلوكية جديدة صحيحة بالاستفادة من قوانين التعزيز والتعزيز التي جاءت بها النظرية.

ب- العلاج السلوكي طبقاً لنموذج الاشراف الاقتراني:

يركز هذا النوع من العلاج على مبدأ الاقتران بين المنبه والاستجابة وهو شرط رئيسي لحدوث التعلم للسلوك الصحيح. فالاستجابة التي تصدر عن الفرد في موقف ما يزداد احتمالات حدوثها في الموقف نفسه في المستقبل (المصطب، 1995: 57). ويرى جاثري أن للتعزيز دور ثانوي في حدوث التعلم. فالتعلم لا يتم عن طريق التعزيز بل يتم عن طريق العمل، فما عمله الفرد يتم تعلمه سواء كان نجاحاً أو فشلاً ويميل إلى تكراره مرة أخرى (الشرقاوي، 1998: 120).

يستند هذا النوع من العلاج إلى ثلاث طرق لتغيير العادات السلوكية غير المرغوبة أو ما يسمى بكسر العادات The Breaking of Habits أو الكسف الارتباطي. وتهدف هذه الطرق للكشف عن العثرات التي تستدعي الاستجابات غير المرغوبة والعمل على إيجاد وسائل استدعاء استجابات أخرى مرغوبة بدلاً عنها وهذه الطرق هي:

1- طريقة العقبة: وفيها يتم تعريض الفرد للمثيرات المراد حذفها بشكل تدريجي و طفيف للحيلولة دون حدوث الاستجابة غير المرغوب فيها والمسرود محورها بحيث يسمح المثير ضعيفاً وتحت مستوى العقبة اللازمة للاستجابة لعدم تكراره على استدعائها.

2- طريقة التعب: وفيها يتعرض الفرد للمثيرات بكامل شدتها بشكل متكرر بحيث يستدعي الاستجابة الغير مرغوب فيها والمطلوب محورها عدة مرات وبصفة

مستمرة مما يوكد لديه الإحساس بالتعب وبالتالي تعود على المثير والكف عن إصدار الاستجابة الغير مرغوبة.

3- طريقة المثيرات غير المتكافئة: حيث تقدم مثيرات الاستجابة غير المرغوبة مع مثيرات جديدة أقوى منها لتكوين استجابة جديدة مرغوبة ومختلفة عن الاستجابة السابقة والمراد حذفها من السلوك، وفي هذه الحالة ترتبط المثيرات الأصلية مع الاستجابات الجديدة والمطلوب إحلالها محل الاستجابات السابقة والمراد حذفها (الخطيب، 1995: 57) (الشرفوني، 1998: 116-127).

ولإفادة من العلاج في خفض سلوك المضطرب لدى الأطفال من خلال كف أو كسر أعراض الاضطراب التي تعد عادات سلوكية غير مرغوبة بمسدة طرق إما من خلال إضعاف المثيرات المشتقة للطفل وبالتالي إضعاف تأثيرها عليه مما يضعف استجابته لها، أو من خلال التعالفة في إظهار المثيرات المشتقة للطفل مما يدفع بالطفل إلى تكرار الاستجابات عدة مرات وبصفة مستمرة إلى أن يتعب ويميل عنها وبالتالي تقلد تلك المثيرات أهميتها بالنسبة له. أو بتقنين تلك المثيرات التي تشتت الطفل أو تسبب للتفاعله مع مثيرات أخرى أقوى منها بنشئه لها تطفل ويستجيب لها مما يؤدي إلى إضعاف تأثير تلك المثيرات المشتقة له.

3- العلاج السلوكي طبقاً لنموذج الاشراف الإجرائي:

يركز العلاج السلوكي المستمد من هذا النموذج على دراسة سلوك الظاهر باستخدام الطرق العلمية الموضوعية. وفيه يتم التركيز على المثيرات البعيدة في عملية تحليل السلوك وتحديده. فالمثيرات القليلة رغم أنها تسوثر في السلوك الإجرائي إلا أن أثرها يستمد من علاقتها بالمثيرات البعيدة (نتائج السلوك) (الخطيب، 1995: 24).

ويركز هذا النوع من العلاج على أهمية تشكيل السلوك الصحيح الذي ينطوي على إجراءات تحديد الهدف السلوكي المرغوب فيه وتجزئته إلى سلسلة

من الخطوات المتتالية التي تقترب تدريجياً من بلوغ الهدف ويتم تعزيز كل خطوة على حدة حتى تحقيق الهدف المنشود، ولا يحدث الانتقال إلى خطوة تالية إلا إذا أُنقِضَ الملل أداء الخطوة السابقة لها ويستمر هذا النوع من التقريب المتتالي إلى أن يتمكن من تحقيق السلوك الصحيح (أبو جابر، 2000: 204).

ويتم تشكيل السلوك من خلال: (أبو حويج وآخرون، 2000: 200)

1- تحديد العناصر السلوكية الصليمة والعناصر السلوكية غير السليمة بوضوح، و بطريقة إجرائية خاضعة للملاحظة والقياس.

2- تحديد المعززات التي ثبتت فعاليتها في معالجة مواقف التعلم المشابه أو مولف تعديل التعلم.

3- توظيف الأساليب والقواعد التي تضمن لكل متعلم أن يحصل على تعزيز حين يظهر تقدماً نحو السلوك المراد تشكيله أو تعديله.

والإضافة من العلاج في خفض مظاهر السلوك المضطرب عند الأطفال يتم تشكيل الاستجابات السلوكية الصحيحة عند الطفل المضطرب والمنمئة في خفض مظاهر النشاط المفرط لديهم، وخفض حدة اندفاعيتهم، وتنمية قدراتهم على التركيز والانتباه بدلاً من الاستجابات السلوكية الخاطئة المتعلمة سابقاً وذلك من خلال تحديد الهدف السلوكي النهائي المرغوب فيه وتجزئته إلى سلسلة من الخطوات المتتالية التي تقترب تدريجياً من بلوغ الهدف وهو خفض الاضطراب ويتم تعزيز كل خطوة سلوكية على حدة بالترتيب حتى تحقيق الهدف المنشود.

4- العلاج السلوكي طبقاً لنموذج ولبى:

يستند هذا النموذج من العلاج على أساليب تقليل الحساسية للتدريج أو ما يسمى بالتحصين التدريجي Systematic Desensitization والاشراط المعناد Counter Conditioning والاشراط الإجرائي بواسطة تشكيل السلوك تدريجياً Shaping .

أن تقليل الحساسية التكريري هو احد أشكال الاشراف المضاد الذي يتضمن استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال استجابة بأخرى والذي يعتمد على افتراض انه بالإمكان نحو الاستجابة الانفعالية غير المرغوب فيها إذا استطعنا إحداث استجابة مضادة لها بوجود المثير الذي يستجربها. أي أن الاستجابات المتنافسة لا يمكن أن تحدث في آن واحد فنستخدم إحداهما لمنع حدوث الأخرى، وهذا ما يطلق عليه لكسب المتبادل Reciprocal Inhibition (أبو عينة، 2002: 153).

إن العلاج في هذا النموذج يعتمد على بعض المبادئ التي تنطلق من افتراض إن السلوك الإنساني يعمل حسب قانون سببية Cause-Law وأن السلوك في تغير مستمر وهذا التغير ناتج عن ثلاثة عوامل هي: للتمسك، الأذى، التعلم. و هذه المبادئ هي: (الزويد، 1998: 168-170) {العمزة وعبد الهادي، 1999: 88-98}

1- التعلم: هو تغير في السلوك الناتج عن التكرير ويكون على نوعين هما: الاشراف الكلاسيكي، والاشراط الإجرائي.

2- التعزيز: وهو المؤثر الذي يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث الاستجابة وقوتها، أو يزيد من قوة العلاقة بين مثير ما والاستجابة الناتجة عنه.

3- الامحاء: عندما يتكرر حدوث المثير الشرطي دون أن يعقبه مثير غير شرطي أو تعزيز فان الاستجابة سوف تتلف أو تتعحي مع انه يمكن أن تستعد الاستجابة جزئياً.

4- الكاف المتبادل: هو إضعاف أو إزالة الاستجابة القديمة بأخرى جديدة منافسة لها. ويمكن تطبيق هذا النوع من العلاج في تعديل سلوك الأطفال المضطربين على اعتبار أن السلوك المضطرب هو سلوك خاطئ ومنظم وبالإمكان علاجه باستخدام الكاف المتبادل والذي يعتمد على الإطفاء التجريبي والاشراط المضاد وبالتالي إمكانية تعديل السلوك بإحلال سلوك مرغوب فيه بدلاً من سلوك أخر غير مرغوب.

5- العلاج السلوكي طبقاً لنموذج التعلم بالملاحظة:

يستخدم هذا النموذج في العلاج أساليب تيسر لتعلم عن طريق التنزيه على سلوك جديد بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين (ملوك، 1989: 30). ويستند على افتراض مفاده إن الإنسان كائن اجتماعي يتأثر باتجاهات الآخرين ومشاعرهم وتصرفاتهم وسلوكهم، أي يستطيع أن يتعلم منهم عن طريق ملاحظة استجاباتهم وتقليدها (أبو حويج وآخرون، 2000: 201).

ويشير إلى إمكانية تأثير سلوك الملاحظ أو المتعلم بالثواب والعقاب على نحو غير مباشر حيث يتخيل نفسه مكان النموذج ويلاحظ ما يتعرض له هذا النموذج من ثواب أو عقاب نتيجة ما يقوم به من سلوك. غير إن الثواب والعقاب سواء كانا مباشريين أم غير مباشرين ليسا مسئولين عن تعلم السلوك مسئولية مباشرة، بل إن ملاحظة سلوك النموذج ومحاكاة الاستجابات الصادرة عنه هما المسئولان عن التعلم ولا ضرورة لإختلال مشغرات أخرى تنصب إليها مسئولية التعلم بالملاحظة (أبو جابر، 2000: 223) (بخت، 2005: 685).

وتظهر آثار التعلم بالملاحظة من خلال: (عبد الهادي، 2000: 127)

1- تعلم سلوكيات جديدة من نموذج عندما يصدر استجابة جديدة ليست في حصيلته الملاحظ السلوكية فيحاول تقليدها.

2- الكف والتحرر ويتأثر في كف بعض الاستجابات أو تجذب بعض أنماط السلوك قد يحدث نتيجة ملاحظة سلوك النموذج خصوصاً إذا واجه عواقب سلبية غير مرغوب فيها. أو قد يحدث العكس من ذلك فقد تتحرر بعض الاستجابات المقيدة عندما لا يواجه النموذج عواقب سلبية نتيجة سلوكه.

3- تسهيل ظهور السلوك وفيه يحدث تسهيل لبعض الاستجابات التي تقع في حصيلته الملاحظة السلوكية والتي تعلمها سبقاً غير أنه لا يستخدمها معاً ساعد على تذكره لها في مواقف مشابهة لسلوك النموذج.

ومن خلال هذا النموذج يتم تعلم السلوك الصحيح من خلال المراحل التالية:
(البيلي وآخرون، 1997: 204) (أبو جادو، 2000: 225-227)

1- مرحلة الانتباه والاهتمام وهي شرط أساسي لحدوث عملية التعلم فلا يحدث التعلم بدونها، وفيها يتم الانتباه لمثير معين تون بقية المثيرات وتتأثر هذه العملية بدافعية الفرد، وخصائص للملاحظ وخصائص النموذج ومستوى للمتعلم.

2- مرحلة الاحتفاظ وفيها يتم الاحتفاظ ببدء النموذج الذي تم الانتباه له في ذاكرة المتعلم.

3- مرحلة إعادة الإنتاج (الاستدراج الحركي) وفي هذه المرحلة يواجه التلميذ اللفظي والبصري في الذاكرة الأداء الحقيقي للسلوكيات المكتسبة حديثاً، أي تمثيل السلوك المكتسب واستدعائه من الذاكرة إلى الواقع.

4- مرحلة الدافعية وفيها يتم تمثيل السلوك المكتسب وتقليده من خلال التمييز أو العقاب الذي يحصل عليه النموذج نتيجة لسلوكه والذي يؤثر على دافعية المتعلم في أداء السلوك.

إن مصادر الحصول على نماذج سلوكية يتم من خلال طرق مباشرة وغير مباشرة هي : (الزعرور، 2006: 153)

1- التفاعل المباشر مع الأشخاص الحقيقيين في الحياة الواقعية.
2- التفاعل غير المباشر ويتمثل في وسائل الإعلام المختلفة كالسينما، والتلفزيون، والرائد.

3- مصادر أخرى غير مباشرة يمكن من خلالها مثل بعض الأنماط السلوكية حيث يتم تمثيلها رمزياً وصورياً على نحو معين، ومنها: القصص، والروايات الأدبية والدينية، وكذلك من خلال عمليات تمثيل الشخصيات الأسطورية والتاريخية.

للإفادة من العلاج في تعديل سلوك الأطفال المضطربين يتم من خلال تقديم نماذج سلوكية صحيحة يقوم بها بعض الأطفال أمام الطفل المضطرب بطريقة مقصورة مباشرة أمام الطفل، أو بطريقة غير مباشرة من خلال الاستماع إلى قصة عن نموذج ذو سلوكيات إيجابية يُقنّدي بها الطفل ويتم جذب انتباهه لمتابعة هذه النماذج ومحاكاتها وتعزيزه عند القيام بتقليد النموذج بشكل صحيح.

6- العلاج السلوكي المعرفي:

يركز العلاج السلوكي المعرفي على ضرورة أخذ العمليات العقلية بالاعتبار كعوامل وسيطة بين المثيرات والاستجابات وإن التعلم بعد ذلك هو حدث عقلي، وإن المعرفة تؤثر بالسلوك بصورة مستقلة عن المثيرات بمعنى أن لتعلم الفرد هي ليست مجرد استجابات لمثيرات خارجية وإنما تتأثر بالعمليات العقلية لتفرد التي تمر بها تلك المثيرات (سليح وفطوح، 1998: 181).

أي أن الأفراد لا يتعلمون من خلال القواعد الشرطية أو لتعلم الاجتماعي لوحدها بل يتعلمون من خلال التفكير بالمواقف من خلال إدراكهم وتفسيرهم للحوادث التي يمرون بها (إبراهيم، 1993: 58).

يقوم هذا العلاج على التراض أن الأشياء التي يقولها الأفراد لأنفسهم تلعب دوراً في تحديد السلوكيات التي يقومون بها وإن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعتم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة. أن الحديث الداخلي يخلق الدافعية عند الفرد ويساعده على تعديل سلوكه، وتوجيه تفكيره للقيام بالمهارة المطلوبة، فتعديل السلوك يمر بطريقة متسلسل في الحدوث يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج (العزة وعبد الهادي، 1999: 151).

فالتسلوك قد يتعلمه الفرد على المستوى المعرفي قبل القيام بتأديته. أما لتعزيز بعد عملية منظمة للسلوك وإست عملية ضابطة، فإكتساب الفرد للسلوك أو عدم اكتسابه له يعتمد على عوامل معرفية مختلفة منها ما يتصل بالملاحظ مثل

(الانتباه والتفكير) ومنها ما يتصل بالنموذج مثل (جنسه ومكانته). فالمسلوك الإنساني وفق هذه النظرية هو محصلة للبيئة الخارجية والعمليات المعرفية والأحداث الداخلية الأخرى (الخطيب، 1990: 30).

ويفسر هذا النموذج ظهور الاضطرابات والمشكلات السلوكية عند الأطفال على كيفية تفسيرهم للأحداث والخبرات المختلفة في حياتهم، لذا فإن هذا الاتجاه يركز ويعمق على الفراض أن إعادة الفرد لتنظيم أفكاره سيؤدي إلى إعادة تنظيم سلوكه (القمش والمعاطبة، 2007: 102).

إن الجوانب المعرفية لدى المضطربين عبارة عن سلوكيات واضحة يمكن تعديلها تماماً من خلال تعديل للسلوكيات الملحوظة بوضوح والمعروفة إجرائياً، لذا فإن أساليب تعديل السلوك يمكن أن تستخدم في تعديل صعوبات التفكير العنيفة والذاتية (القمش والمعاطبة، 2007: 102).

يتميز هذا للعلاج بإزالة الأعراض المرضية مباشرة دون البحث عن الصراعات النفسية والصددمات في مرحلة الطفولة، بل يهتم بالمشاعر والتجارب الذاتية للفرد وينظر إلى الأفكار الواعية على أنها الأساس والمركز الذي تدور حوله أعراض الاضطراب فهو يتجه إلى تعديل وتطوير النظم والجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية (شعمان، 2004: 84).

يعتمد العلاج السلوكي المعرفي على عدد من التقنيات والأساليب لتعديل سلوك الأفراد منها: ضبط العثير، والمراقبة الذاتية، والتعزيز الذاتي أو العقاب الذاتي، والتعلم الذاتي، والتدريب على الاستجابة البديلة، وتقييم الذات، والتدريب للعالم على العزو السببي. وإحدى فوائد ضبط الذات هو إمكانية تطبيقه في معالجة الأطفال المضطربين سلوكياً ممن ذوي نشاط الزائد والانفعالية (يعحي، 2000: 51).

يتبين أن العلاج السلوكي المعرفي ظهر كحلقة وصل بين العلاج السلوكي الذي يهتم بالأحداث الخارجية (السلوك الظاهر) والعلاج المعرفي الذي يهتم بالأحداث الداخلية (العمليات المعرفية) معتبراً أن للسلوك الظاهري وعمليات الإدراك والتفكير بشكلان متكاملان وصل بينهما. و أن تعديل السلوك هو نتاج لتفاعل بين التحديث الداخلي عند الفرد وبناءاته المعرفية، حيث يقوم الفرد بتحديد السلوك القديم المراد تغييره وتحديث داخلي جديد متكيف ينتج سلوكاً جديداً صحيحاً يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة بدلاً من القديمة، مما يؤدي إلى إحداث السلوك المرغوب وتعميمه ومحاولة تثبيته.

أن تعديل سلوك الأطفال المعضطرين باستخدام العلاج السلوكي المعرفي يتم من خلال أسلوب الضبط الذاتي وتنمية قدرتهم على كيفية تقييم سلوكياتهم بطريقة فعالة وصحيحة وتدريبهم على تعزيز ذواتهم عند قيامهم بالأداء الصحيح وكيفية التعامل مع المشكلات وحلها بغاية. وبعد هذا العلاج فعلاً في مرحلة الطفولة المتأخرة لأنه بحاجة إلى عمليات معرفية على اعتبار أن السلوك هو نتاج لتفاعل متواصل بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية.

يتبين من أنواع العلاج السابقة المستمدة من النظريات السلوكية إنها ركزت على المواقف التي يحدث فيها السلوك الظاهر القابل للملاحظة في المواقف الراهنة بدلاً من المواقف السلوكية التي حدثت في وقت سابق، والظروف البيئية التي يحدث فيها السلوك المرغوب وغير المرغوب فيه وتحديد مساهم التغيير المناسب في البيئة والطفل بحيث تجعله قادراً على تعلم استجابات تكيفية مناسبة جديدة بدلاً من سلوكه المضطرب باستخدام مبادئ العلاج السلوكي في التغيير.

ثامناً:تعديل السلوك في العلاج السلوكي.

بعد مصطلح تعديل السلوك Behavior Modification من المصطلحات التي أتت من المدرسة السلوكية. يمثل مجموعة من الإجراءات التي أتت من

قوانين السلوك لوصف العلاقات الوظيفية بين المتغيرات للبيئة والسلوك. (القماش
والمعاينة، 2007: 198)

وهو عملية إجرائية منظمة تشمل على تطبيق إجراءات علاجية معينة
تهدف منها ضبط المتغيرات المسؤولة عن حدوث السلوك لتحقيق الأهداف
المترجاة من عملية التعديل، وهو علاج اقتصادي يوفر الوقت والجهد على المعالج
السلوكي، وهو يحدد الإجراءات والسياسات العلاجية التي تناسب كل سلوك بشكل
دقيق مما يتطلب تعريف السلوكيات المراد تغييرها إجرائياً والقبلة للملاحظة
المباشرة والقياس ويمكن التحكم فيه. ويهتم بالسلوك الذي يوصف بأنه ظاهرة
قائمة بحد ذاتها وبحاجة إلى تعديل، وليس كعرض لصرعات نفسية داخلية،
وينصب على التفاعل القائم بين الفرد وبيئته. والسلوك قد يأخذ مجموعة من الاستجابات،
وان البيئة هي مجموعة من المنورات (الغزة وعبد الهادي، 2001: 25-26).

ويهدف تعديل السلوك إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك
مرغوب فيه وفق قواعد معينة وتطوير خطة لتعزيز هذا السلوك وتدعيمه.
ويستخدم في مجالات مختلفة كالمجال التربوي، والأسري، والإكلينيكي. وهو أداة
قيمة للمعلم ويستعمل في المدارس مع العائدين وغير العائدين من أجل تطوير
مهاراتهم الذاتية والاجتماعية واكتساب سلوكيات أكثر ملائمة (إبي، 2003: 165).

ويستخدم تعديل السلوك للمتكلات المرتبطة بالنمو وصعوبات التعلم
والتخلف الدراسي والمعرفات الأخرى للنمو، والتصرفات الخاطئة والانحراف
الاجتماعي. وان علاج أي عرض سلوكي يتضمن القيام بتعديل بعض الأنماط
السلوكية الخاطئة (إبراهيم، 1993: 36).

ويستند تعديل السلوك على مجموعة من الخصائص الرئيسية التي أشار إليها
(الخطيب، 1995: 30) هي:

- 1- أن السلوك هو نتاج تفاعل الفرد مع البيئة التي يعيش فيها بما تحويه هذه البيئة من متغيرات مختلفة يؤثر فيها وتؤثر فيه.
 - 2- أن السلوك متعلم.
 - 3- أن السلوك قابل للتغير ويعتمد في تغيره على درجة شدة تلك السلوك، وبعدد مرات حدوثه، وبمعدى ثقيل أو رقيق من حوله لهذا السلوك.
 - 4- إمكانية تعميم السلوك.
 - 5- أن السلوك قابل للزيادة والنقصان عن طريق تقديم المعززات أو إجراءات العقاب المختلفة.
 - 6- يمكن إدخال التعديلات المناسبة على بيئة الفرد أو تغييرها مما يعطي الفرصة لتعديل سلوكه.
 - 7- أن السلوك يمكن التنبؤ به قبل حدوثه من خلال المثبتات المؤدية إلى حدوثه.
 - 8- أن السلوك الظاهري هو نفسه المشكلة ويستطيع المعالج السلوكي التحكم به.
 - 9- التعامل مع السلوك بوصفه لا يخضع لعوامل الصدفة بل يخضع لقوانين محددة.
 - 10- أن السلوك محكوم بنتائجه.
- وينطلق تعديل السلوك من مسلمة النظرية السلوكية التي يعتمد عليها العلاج السلوكي، ومن أهم هذه المسلمات: (إبراهيم، 2007: 61)
- 1- إن السلوك غير المرغوب مكتسب بفعل أخطاء في عملية التعلم، ومن ثم يمكن تغيير هذا السلوك عن طريق إعادة التعلم.
 - 2- إن تشخيص المشكلة السلوكية يتم برصد استجابات الفرد كما يلاحظها الآخرون في الواقع.

3- إن علاج العرض يؤدي إلى علاج المرض، وإن العلاج الفعال هو الذي يعمل على التخلص من الأعراض بنجاح.
وإنجاح عملية تعديل السلوك يجب لفت نظر الطفل لشيء يحميه ويفرجه على المتابعة والاستمرار مع المعالج، ويحدث ذلك بشكل تدريجي بحيث يتدرب الطفل على التركيز أولاً لمدة زمنية قصيرة وبعد لنجاح يتم زيادة المدة الزمنية تدريجياً. ويشترط لنجاح هذه الإستراتيجية أمران هما:

- 1- الصبر على الضلّ واحتماله لأقصى درجة، وعدم إتباع العنف معه.
- 2- أن يعلم لطفل بأن هناك حائز أو مكافئة في حالة نجاحه
للمهمة. (السوقي، 2006: 273)

ومن العوامل الأخرى التي تساعد على نجاح عملية تعديل السلوك القننات في التعامل مع سلوك الطفل، وفهم الطفل للسلوك الذي يقوم به من خلال شرح الكبار له عن طبيعة السلوك الذي صدر عنه، وتكرار السلوك المضطرب المراد تعديله والتعرف على عدد مرات ظهوره بانتظام (العبيدي، 2008: 40).

يبين من العرض السابق أن تعديل السلوك عبارة عن مجموعة من الإجراءات التي أتت من قننين لمدسة السلوكية والتي تنصب على ضبط الظروف البيئية الخارجية التي يمكن ملاحظتها مباشرة وإمكانة التحكم فيها بسهولة نسبياً. ويمكن أن تستخدم هذه الأساليب مع الأطفال في عمر ما قبل المدرسة لأنها تركز على لمشكلات السلوكية الظاهرة التي يظهرها الطفل المضطرب في بيئته والتي يمكن التعرف عليها بسهولة من قبل الأفراد المحيطين به ومن قبل المعالج السلوكي الذي بدوره يعمل على تحديد السلوك المرغوب فيه والمضطرب تقويته وتكراره والسلوك الغير مرغوب فيه والمطلوب تعديله أو تغييره أو للتخلص منه. وذلك من خلال استخدام قننات لمدسة السلوكية التي تعد

واضحة و ملموسة بالنسبة للطفل ويكون تأثيرها مباشراً على سلوكه ويمكن ملاحظته.

تاسعاً: الخطوات الأساسية لبرامج تعديل السلوك.

قبل البدء بإعداد برنامج تعديل السلوك لابد من تحليل السلوك تحليلاً دقيقاً بعيداً عن العشوائية والعمومية والأحكام الناقصة. لذا عند وضع برنامج نظامي ونقيح لتعديل السلوك لابد من إتباع الخطوات الأساسية التي يستند إليها.

وتعمل برامج تعديل السلوك على تغيير السلوك غير الملائم واستبداله بسلوك ملائم، بالإضافة إلى تدريب الفرد على اكتساب مهارات مختلفة، وتضمن هذه البرامج ثلاثة عناصر رئيسية مترابطة هي: الأحداث التي تسبق السلوك، والسلوك، والعواقب أو النتائج المترتبة على السلوك. وإن كل عنصر من هذه العناصر يتبع للعنصر السابق له ويهدد للعنصر الذي يليه (ميسالم، 2002: 55).

وتعد برامج تعديل السلوك برامج عملية تركز على أعراض محددة للمشكلات التي يعاني منها الأفراد وتكون هدفاً للعلاج. وتحدد الاستجابة المتوقعة من الفرد، حيث تكون متطلبات الموقف واضحة منذ البداية ويكون التركيز على مسؤولية الفرد في تحديد التعديم وتكون إستراتيجية واقعية ويعرف الفرد ماذا يجب أن يفعل، وماذا يتجنب لكي يحصل على التعديم (كوزول وآخرون، 2002: 101).

إن من إيجابيات استخدام برامج تعديل السلوك أنه يمكن تطبيقها في مواقف عديدة سواء في البيت أو المدرسة أو مكان العمل، كما ويمكن تطبيقها على فئات مختلفة من الأفراد سواء من العديدين أو غير العديدين ومن الكبار أو الصغار ومن الذكور أو الإناث (القمش والمعاطبة، 2007: 198).

لقد أشار (إبراهيم وآخرون، 1993: 155-168) (إبراهيم، 1998: 385-394) إلى نموذج لتعديل سلوك الأطفال المضطربين يعتمد على التعديم كخط أساسي لها وقد حدها في ستة خطوات أساسية هي:

1- تحديد السلوك المحوري: وهو السلوك الذي نريد تعديله والذي يمثل مصدر الشكوى ويحدد نوعياً في شكل مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقويم جوانب التقدم فيها.

2- وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شوعه: وتتضمن جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التي يظهر فيها السلوك، ويمكن تحقيق هذا الغرض باستخدام وسائل الملاحظة والاستمارات المعدة خصيصاً لذلك، الوصول لما يسمى بعد الانتشار (الخط القاعدي) وهو لخط الذي يظهر فيه السلوك تحت الظروف القائمة قبل العلاج. وتساعد هذه البيانات إلى التعرف على مقدار شوع السلوك بما في ذلك الأوقات أو الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه، وتعطي فرصة لمراقبة التطورات العلاجية لهذا السلوك وبذلك يمكن تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة.

3- السوابق واللاحق للسلوك: وفيها يتم التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب فيه، وكذلك بحسب أن تحدد الاستجابات الفورية بعد ظهور هذا السلوك.

4- برنامج العلاج والخطة العلاجية: وتتضمن تحديد لخطة العلاجية مايلي:

- تحديد الأهداف النوعية التي نتطلع لإنجازها.
- إشراك الوالدين والطفل في وضع البرنامج. ومن خلال التعامل معهما يمكن أن تحدد المعززات الإيجابية والسلبية التي ستعوق ظهور السلوك المرغوب أو تيسر ظهوره.
- الاستعانة بنقمة التعزيزات اللغوية أو المصورة ويفضل أن تكون ملائمة للعمر ومتنوعة و أن تكون لاحقة أو مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بشهور السلوك الإيجابي.
- توجيه انتباه المحيطين بالطفل إلى ضرورة الإكثار من التعزيز عند ظهور الجوانب المرغوب فيها.

- يجب أن تتضمن الخطة جميع الأساليب الفنية التي مستخدم بتدعيم ظهور السلوك المرغوب، ولتقاف أو تثليل السلوك غير المرغوب.
- ينبغي أن تشمل الخطة على مدى زمني لتنفيذ البرنامج.
- 5- بناء توقعات علاجية: تتضمن هذه الخطوة على اقتراحات منها:
 - تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطفل والأمرأة بدلاً من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب فيه.
 - يقسم السلوك (الهدف) إلى أقسام أو خطوات فرعية وتشجيع كل خطوة عند ظهورها.
 - يتم مساعدة الطفل على ابتكار أو ممارسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك الخاطئ .
 - احتفاظ بسجل يومي للتقدم أو تعديل السلوك.
 - إجماع الآباء والأخوة والأصدقاء والمدرسين ما أمكن في خطة العلاج وإطلاعهم عليها.
- 6- تعميم السلوك: بعد أن تمكن الطفل من تعلم الكثير من الجوانب الإيجابية للسلوك، يبقى تعميم هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية الواقعية.

وأشار (الروسان، 2000: 168) إلى أن خطوات عملية تعديل السلوك تتمثل في:

 - 1- تحديد السلوك المرغوب فيه إجرائياً.
 - 2- تحديد السلوك غير المرغوب فيه إجرائياً.
 - 3- تحديد الهدف من عملية تعديل السلوك.
 - 4- تحديد أسلوب/أساليب التعديل المناسبة.
 - 5- تحقيق الهدف من عملية تعديل السلوك.

وأشار (سوسالم، 2001: 167-196) إلى أن برامج تعديل السلوك تشتمل على سبع خطوات رئيسية مترابطة هي:

- 1- تعريف الملووك وتحديدده.
 - 2- قائمة السلوكيات البديلة.
 - 3- التعرف إلى حجم المشكلة السلوكية.
 - 4- تحديد المواقف التي تظهر فيها المشكلة بشكل أكبر.
 - 5- تصنيف المشكلات السلوكية الرئيسية.
 - 6- القائمة النهائية للملووك.
 - 7- قائمة السلوكيات التي يجب تجاهلتها.
- بينما أشار (الغليب، 2001: 70-79) إلى أن خطوات تعديل السلوك هي:
- 1- تحديد المشكلة: وتعني وجود مشكلة سلوكية تحتاج إلى معالجة وذلك من خلال إجراء عملية توثيق أولية شاملاً ما تشمل المبالغة السلوكية، وتطبيق قوائم التقدير للملووك، والملاحظة.
 - 2- تعريف الملووك المستهدف إجرافياً: وتشمل الأهداف السلوكية وتحديد ثلاثة عناصر هي: الأداء (أفعال سلوكية واضحة يمكن قياسها بشكل مباشر)، والظروف (المواقف التي يحدث فيها السلوك والمواد والألوان اللازمة له)، والمعايير (المحكيات التي تستخدم للحكم على الأداء من حيث نفعه أو نوعيته).
 - 3- قياس الملووك المستهدف: يكون القياس مباشراً ومتكرراً يركز على الأبعاد الرئيسية التالية: تكرار السلوك (عدد مرات حدوثه في فترة زمنية معينة)، ومدة حدوث السلوك (الفترة الزمنية التي يستمر فيها السلوك بالحدوث)، وشدة السلوك (مستوى قوة السلوك أو مستوى ضاعفه)، وكمون الملووك (الفترة الزمنية التي تفصل بين حدوث المثير وحدث السلوك)، وطبوغرافية الملووك (الشكل الذي يأخذه السلوك).
 - 4- تصميم برنامج تعديل السلوك: يعتمد برنامج تعديل السلوك على عدة عوامل منها: تقييم الخصائص الشخصية للطفل، ومدى توفر الإمكانيات اللازمة لتنفيذ

البرنامج ومهارة وخبرة الأفراد الذين سيقومون بتنفيذه، ووصف العداصر التي يشمل عليها البرنامج كتابياً.

5- تنفيذ برنامج تعديل السلوك: وفيه يتم تنفيذ البرنامج في الأوضاع التطبيقية المختلفة (المدرسة، أو البيت، أو العيادة)، وإيضاح العلاقات الوظيفية بين الإجراءات العلاجية المستندة (المتغيرات المستقلة)، والسلوك المراد تعديله (المتغير التابع) وبعدها يتم تقييم فعالية البرنامج في تعديل السلوك وإجراء التعديلات في ضوء التقييم.

وأشار (ملهم، 2001: 438) أن إجراءات تعديل السلوك تسير على النحو الآتي:

1- تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره ويتم عن طريق استخدام عدد من الأساليب الخاصة لجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالسلوك المضطرب كالملاحظة، والمقابلة، واستخدام المقاييس لنفسية.

2- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب. ويتم تنفيذ ذلك عن طريق فحص اتساق والبحث في كل الظروف والخصائص التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يليه من عواقب.

3- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب.

4- اختبار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها.

5- إعداد جدول لإعادة للتدريب.

6- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب.

7- تعديل الظروف البيئية.

ويتفق (الظاهر، 2004: 51-69) مع الخطيب على ضرورة تحديد

الخطوات العامة للبرنامج، لكنه يرى بأن تكون على النحو الآتي:-

1- تحديد الأهداف السلوكية: وتعد الخطوة الأولى في برنامج تعديل السلوك لتحدد بدقة ما هو السلوك المطلوب تقليله أو إيقافه أو تعزيزه بعدد من الغموض والتعميم لمساعد ذلك على وضع الخطة.

2- ترتيب المشكلات حسب الأهمية: إن ترتيب المشكلات حسب أهميتها وأولوياتها ضروري لتحقيق النتائج السوية التي تجنب المضيق للوقت، فالمشكلة التي تؤثر في سير الدرس أولى بأبدء فيها من الأخرى التي يكون تأثيرها مقتصرأ على الطفل ذاته. والمشكلة التي فيها إيذاء لذات أو للآخرين أولى بأبدء من تلك التي ليس لها ذلك الأثر. كما إن المشكلة التي يسهل علاجها أولى بالمعالجة من المشكلة التي تحتاج إلى خطة معقدة.

3- عمل خط الأساس: يقصد به الملاحظة الدقيقة للسلوك خلال فترة معينة لقياس أمثلة من السلوك المستهدف. وتعد هذه المرحلة الأساس في تحديد السلوك المستهدف بشكل علمي دقيق والتي تساعدنا على معرفة فاعلية البرنامج التدريسي المعتمد على تعديل السلوك.

4- تحديد المعززات: يتوقف نجاح البرنامج على مدى استخدام المعززات بشكل مناسب وفق المتغيرات المختلفة، والمعززات كثيرة ومتنوعة.

5- مرحلة التكيف: يتطلب برنامج تعديل السلوك نقه في التنفيذ وخاصة عندما يطبق مع تلميذ واحد، أو عدد محدود من التلاميذ لأنه قد يكون له تأثير سلبي على بقية التلاميذ الذي لم يتم تعزيزهم. كما يجري للتأكيد على المشكلة أو المشكلات التي صمم البرنامج من أجلها، كما يفترض اختيار الأسلوب المناسب مع التلميذ أو التلاميذ المستهدفين وطبيعة المشكلة.

6- مراقبة التقدم: إن المراقبة المستمرة لمعرفة التقدم الذي حدث في تغيير السلوك سمة من سمات برامج تعديل السلوك، وهذا يتطلب تسجيل السلوك أو السلوكيات المستهدفة لمعرفة التغيير الذي حصل من جراء تطبيق البرنامج من

خلال مقارنتها بخط الأساس مما يساعد في تغيير أو تعديل طريقة التدريب أو العلاج بحيث تكون أكثر فاعلية في تعديل السلوك.

و قد أشار (مجرس، 2003: 98-100) إلى تصميم نموذج (لتخطيط، البرمجة، الميزانية) وبعد هذا النموذج من الأساليب الإدارية الفعالة في التخطيط، إذ يسعى لتحقيق أهدافه بأقصى فاعلية وفائدة في أقل للتكاليف وخطوات التخطيط لهذا البرنامج هي:

1- تحديد الاحتياجات (من خلال مسح المشكلات وإرجاعها إلى الحاجات المرتبطة بها).

2- اختيار الأولويات (من خلال ترتيب الحاجات حسب حدتها أولوياتها).

3- تحديد الأهداف (العامة والفرعية).

4- إيجاد برامج ونشاطات لتحقيق الأهداف الموضوعية (إجراءات البرنامج).

5- تقييم النتائج (المتابعة المستمرة).

وبعد هذا للنموذج من أكثر التصاميم استخداماً في البرامج التي تهتم بمعالجة المشكلات السلوكية وتعديل السلوك.

يبدو مما تقدم أن هناك اتفاقاً بين المختصين والباحثين على ضرورة أن يجري تعديل السلوك على خطوات، أما فيما يتعلق بتلك الخطوات فقد اتفقوا على بعضها واختلفوا على البعض الآخر منها.

فالمعالج السلوكي يجب أن يضع أمامه نوع المشكلة التي يعاني منها الطفل والظروف المحيطة به، ومدى إمكانية تطبيق البرنامج، والمعوقات التي تقف في سبيل تحقيق أهدافه. وعلى الرغم من هذا التنوع فإن الهدف الأساسي لهذه البرامج يتمثل في محاولة مساعدة الطفل على اكتساب السلوك التكيفي والعمل على تطوير وتنمية المبادئ والمهارات السلوكية المناسبة دون الاعتماد على نوم الطفل لأنه ينطلق من مبدأ أن السلوك غير المرغوب فيه نتيجة لخلل في التعلم

يمكن إزالته وفق مبادئ التعلم، لذا فهو في الأول والأخر لو طبيعة إنسانية مهما اختلفت وتعددت المبادئ أو المحاور التي استند عليها.

وقد استطلعت الباحثة من الصيغ المتعددة السابقة خطوات إعداد برنامجها بصياغة مناسبة تراعي فيها خصوصية أفراد عينة البحث من الأطفال والتي تضمنت مايلي:

- 1- تحديد المشكلات التي يعاني منها أطفال الروضة تبعاً لأولوياتها.
- 2- تحديد الحاجات المناسبة التي اقتبست من تلك المشكلات.
- 3- تحديد الأهداف العامة والخاصة.
- 4- تحديد الأساليب والتقنيات المناسبة.
- 5- تحديد الأنشطة المناسبة.
- 6- تنفيذ البرنامج.
- 7- تقييم البرنامج من خلال تحديد الخط القاعدي ومدى التغيير الحاصل في سلوك الطفل.

وهذه الخطوات تتفق بدرجة كبيرة مع الخطوات التي أشر إليها كل من (الرومان 2000) و(سيسالم 2001) و(الخطيب 2001) و(الظاهر 2004) و(ميرس 2003) عاشراً: الأساليب والتقنيات العلاجية في تعديل السلوك:

إن معظم الأساليب التي بنيت عليها برامج تعديل السلوك قد تم اشتقاقها من البحوث العلمية والتجريبية في مجال علاج لمشكلات السلوكية. وهناك أسلوبان رئيسيان يتضمنان مجموعة من التقنيات العلاجية السلوكية التي يمكن استخدامها مع الأفراد المعضطرين في سلوكهم وهذان الأسلوبان هما:

أ- أسلوب زيادة السلوك:

يهدف عند تطبيقه إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب فيه، ويندرج تحت هذا الأسلوب مجموعة من التقنيات هي:

1- التعزيز Reinforcement :

بعد التعزيز عملية سلوكية تشمل على تقوية السلوك، حيث يتبع مثير بيئي ما (حدث، شيء، خيرة) لسلوك مباشرة بعد حدوثه فيؤدي ذلك إلى زيادة احتمالات ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المشابهة. ويسمى المثير البيئي بالمعزز Reinforcer. والتعزيز يعمل بتواصل ويترك أثراً بالغة في سلوك الطفل ويتصف بالطبائعية Automaticity (الخطيب، 2001: 37).

وأشار سكينر إلى وجود ثلاث فئات من المعززات تؤثر على السلوك هي:

• المعززات الإيجابية Positive Reinforcement وهي الحوافز التي تسبق السلوك المتعلم وتؤدي إلى إشباع الحاجات، لذا فهي مريحة وتظهر في ظروف مشابهة في المستقبل.

• المعززات السلبية Negative Reinforcement وهي تتعلق بالمواقف السلبية المؤلمة وتلقى رغبناً وعدم رضا اجتماعي أو نقد وتذمر ويزال عنها يتم تعزيز الموقف (البرعطة، 1997: 157).

وقد تكون المعززات على شكل أنواع مختلفة منها:

• المعززات الاجتماعية Social Reinforcers: وهي مثيرات طبيعية عديدة ومتنوعة يمكن تقديمها باستمرار بعد السلوك المطلوب تعزيزه وتتميز بغورية التقديم ومنها المدح والثناء والتشجيع والترت على الظهر ولتعب بالشعر ونظرات الإعجاب. وتتم بأنها لاقصالية ولا تكلف شيئاً كما أن توقعها يساعد على استخدامها لفترة طويلة دون أن تصد إلى حالة الإثباع.

• المعززات المادية Tangible Reinforcers وتشمل أنواع محددة من المعززات التي يريها الأطفال كاللعب بأنواعها، والأكل، والصور. أو قد تكون على شكل معززات رمزية Token Reinforcers كالنجوم أو النقاط أو

الدرجات أو الكوبونات وغيرها والتي يحصل عليها الطفل من خلال تأنيبه للسلوك المطلوب ويمكن استبدالها فيما بعد بما يرضيه.

• **المعززات الغذائية: Edible Reinforcers** وتشمل على جميع الأطعمة و الأثرية والتي تستخدم بشكل كبير مع الأطفال.

• **المعززات النشاطية: Activity Reinforcers** وهي نشاطات مرغوبة من الأطفال، وتكون مرغوبة بتأدية السلوك المستهدف، وهي أنواع كثيرة منها الرسم، والعزف على الآلات الموسيقية، واللعب مع من يحب وبغيرها (الظاهر، 2004: 57-62).

ومن العوامل التي تزيد من فاعلية التعزيز هي:

• **توقيت التعزيز Timing** فالتعزيز الفوري أكثر فاعلية من التعزيز المؤجل.

• **ثبات التعزيز Consistency** وما يعنيه هو استخدام التعزيز وفق جداول مناسبة. فالتعزيز العشوائي أو الاعتيادي ليس من خصائص منهجية تعزيز السلوك.

• **مستوى الحرمان Deprivation State** كلما طال فترة حرمان الطفل كان التعزيز أكثر فعالية.

• **كمية التعزيز:** يمكن أن نعزز بكميات كبيرة في مرحلة اكتساب السلوك والتقليل منه في مراحل متأخرة.

• **عوامل أخرى منها:** جدة التعزيز Novelty، ونوعية التعزيز Quality، والتعليمات Instructions (الخطيب، 2001: 41-43).

والتعزيز يؤدي إلى ثلاثة وظائف في برنامج للتدريب هي:

• حدوث التعلم.

• بحفز الطفل.

• يعرف الطفل نتيجة عمله وانه يعمل بالشكل الصحيح لأنه بذل المكالفة عقب نجاحه بالأداء مباشرة (ولطسن، 1994: 84).

2- التشكيل: Shaping

هي عملية تعلم سلوك مركب فتتطلب تعزيز بعض أنواع السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك المرغوب أو يقاربه في خطوات صغيرة تبسر الانتقال المتدرج من خطوة لأخرى، وعدم تعزيز أنواع أخرى. من أجل إيجاد سلوكيات جديدة كلية لدى الطفل ويتم ذلك من خلال استخدام قوانين الانطفاء Extinction، والتعميم Generalization، والتبميز Discrimination (أبو عيطة، 2002: 152).

ويشير واطسن إلى عدة خطوات يجب الانتباه إليها لتشكيل السلوك عند

الأطفال هي:

- التعرف إلى الطفل والتقرب له.
- معرفة ما يفضله الطفل لنقدمه له كتعزيز.
- الانتباه.
- وضع الطفل تحت تحكم لفظي بسيط، أي جعله بطبع التعليمات البسيطة.
- تحديد المستوى الفعال للطفل.
- تشكيل أجزاء السلوك.
- تشكيل انتتابع السلوكي (ولطسن، 1994: 68).
- ويستخدم أسلوب تشكيل السلوك في واحدة أو أكثر من الحالات التالية:
- عندما لا يتمكن الطفل من أداء السلوك الملائم .
- عندما لا يكون باستعاعة الطفل أداء السلوك الملائم ولكنه يستطيع تلبية سلوك قريب منه.
- عندما لا يستطيع أداء السلوك الملائم بشكل كلي ولكنه يستطيع أن يؤدي جزءاً من هذا السلوك (سيسالم، 2002: 54).

3- التسلسل: Chaining

ويقصد به تجزئة النشاط أو الملوك إلى مجموعة من الأجزاء الصغيرة تعرف بالواجبات أو المهام ثم تدريب الطفل على كل مهمة على حدة (Strauss&Eyman,1996:1422).

4- الاستبعاد التدريجي:

وهو أسلوب يتم من خلاله إزالة الملوك غير المرغوب فيه بصورة تدريجية ويطلب إلى أن يتمكن الطفل من أداء الملوك الصحيح دون تشجيع أو حث من الآخرين، حيث يؤخذ أول سلوك بسيط يقود إلى الملوك النهائي ويعزز (القشر والمعاينة، 2007: 94).

5- التلقين: Prompting

وهو إجراء يتضمن الاستخدام المؤقت لمثيرات تعزيزية إضافية بهدف زيادة احتمال أداء الفرد للملوك المستهدف، أي هو حث الطفل على أن يسلك على نحو معين والتشجيع له بأنه سيعزز على ذلك (Mcadam&Cuvo,1994:47).

والتلقين أنواع منه التلقين اللفظي Verbal Prompting، والتلقين الجسدي Prompting Physical، والتلقين البصري (الخطيب، 2004: 251).

ويستخدم الإخفاء Fading بغرض إزالة التكريرية للتلقين بهدف مساعدة الطفل على أداء الملوك المطلوب منه باستقلالية (عبد الباقي، 2001: 38).

6- التعاقد السلوكي: Behavioral Contracting

وهو اتفاق مع الطفل على تقديم جوائز مقابل سلوك المرغوب فيه على أن يكون العقد واضحاً وعادلاً ويتم الالتزام فيه من قبل الطرفين (شيفر وملمان، 1999: 15).
ولغرض استخدام التعاقد السلوكي مع الطفل يجب أن تؤخذ بنظر الاعتبار مجموعة عناصر هي:

• تحديد السلوك الذي سيتم تقييره.

• محك الأثناء المقبول للسلوك.

• المكافآت والندبة بين السلوك الذي سيتم أدائه والمعززات التي سيحصل عليها الطالب.

• تحديد الوقت الذي ستقدم فيه المكافآت.

• عبارة توضح ما سيواجهه الطفل من جزاء إذا لُغ بالعقد (ريزو وزابل ج2، 1999: 68).

7- الاقتصاد الرمزي: Token Economies

وهو التطبيقات للسلعة في مبدأ بريمك وهو عبارة عن مكافآت رمزية تستخدم كبديل مؤقتة لمعززات أكثر مادية، إذ يتم استبدالها بها لاحقاً. ويمكن أن نأخذ لرموز شكل إشارات، ونقاط، والشارات الورقية الملونة، والأوراق الملصبة غير الحقيقية، والفيشات أو التوونات، ويحصل عليها الطفل مقابل أداء سلوك محدد، وتتحدد القيم المعطاة لها بشكل مسبق.

ولاحقاً تستبدل تلك الرموز بمعززات حقيقية. وتتطلب هذه التقنية تحديد مسبقاً لكل من السلوكيات التي يحصل من يقوم بها على الرموز، والقيمة الرمزية لسلوكيات معينة، وإجراءات منح الرموز، ومعدل الاستبدال للمعززات الحقيقية، وفرص الاستبدال (الراميني، 2007: 24).

8- النمذجة: Modeling

هي إتاحة نموذج سلوكي مياثر للطفل يكون هدفه توصيل معلومات له بقصد إحداث تغيير في سلوكه وإكسابه سلوكاً جديداً.

والنمذجة أسلوب تعليمي يقوم المعلم بأداء سلوك مرغوب فيه ثم يشجع الطفل على محاكاة أداء السلوك نفسه متخذاً من هذا السلوك كنموذج يقتدي به. ويعتبر التعلم بالنمذجة من التقنيات الأساسية في تعديل السلوك ويمكن علاج

السلوك المضطرب بتقييم النموذج المرغوب إما عن طريق الأداء المباشر أو غير المباشر (الشخص والنمطي، 1992، 296).

وهناك أنواع من النمذجة منها النمذجة للحية، والمصورة، والمشاركة، والعوامل التي تزيد من فاعلية النمذجة: انتباه الطفل للنموذج، ودافعيته، وقدرته على تقليد سلوك النموذج، والاستمرار في تلبية السلوك بعد اكتسابه (Strauss&Eyman,1996:1425).

ب- أسلوب خفض السلوك:

يهدف عند تطبيقه إلى خفض معدل تكرار السلوك غير المرغوب فيه ويترجم تحت هذا الأسلوب مجموعة من العقبات هي:

1- العقاب: Punishment

ويعني تقييم المثير المؤلم -مباشرة بعد حدوث السلوك المراد عقابه، والذي من شأنه أن يؤدي إلى تقليل حدوث ذلك السلوك مستقلاً بالمواقف المعاكسة (أبو حميدان، 2001: 207).

ويأخذ العقاب أحد الشكلين التاليين:

- إضافة مثيرات سلبية متفردة ويسمى في هذه الحالة العقاب من الدرجة الأولى.
 - إزالة مثيرات إيجابية أو تعزيزية ويسمى بالعقاب من الدرجة الثانية.
- ولا يكون العقاب فعالاً إلا إذا خفض من السلوك غير المرغوب فيه (الخطوب، 2004: 243).

ونكي يصبح العقاب فعالاً يجب الانتباه إلى: طبيعة المثيرات المستخدمة، شدة العقاب، فورية العقاب، استخدام العقاب ببدء، استخدام العقاب بطريقة متسقة، للتران العقاب بالتعزيز، معالجة السلوك نفسه لا بمعالجة الطفل، هبة الظروف البيئية المناسبة، استخدام العقاب عند الضرورة القصوى لعدم، أن يكون العقاب مصحوب بتعليمات لغوية واضحة (عبد الهادي، 2000: 93-95) (عبد الهادي، 2001: 51-52).

2- الإطفاء (المحو): Extinction

وهي هذا الأسلوب بحلول المعالج محو السلوك غير المتوافق (بإغفاله حتى ينطفئ ذلك السلوك) (لقاسم وآخرون، 2000: 185).

3- التغذية الراجعة: Feedback

تلعب التغذية الراجعة دوراً بالغ الأهمية في تشكيل الأطفال المضطربين سلوكياً. وهي تتضمن تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه وتوجه السلوك الحالي والمستقبلي. والتغذية الراجعة قد تؤدي إلى واحد أو أكثر من النتائج التالية:

- تعمل بمثابة تعزيز (التغذية الراجعة الإيجابية) أو بمثابة عقاب (التغذية الراجعة السلبية).
- تغيير مستوى الدافعية لدى الطفل.
- تقدم معلومات للطفل توجه أدائه وتعلمه (التغذية الراجعة التصحيحية) (الخطيب، 2001: 45).

4- تكلفة الاستجابة: Response Cost

بمعنى أن تأدية الفرد للسلوك غير المقبول سيكلفه شيئاً ما وهذا يعني فقدان قدر معين من المعززات التي بحوزته وقد يسمى هذا بالغرامة وغالباً ما يعتبر نوعاً من العقاب.

- وغرض استخدام هذا الأسلوب لا بد من مراعاة عدد من الإرشادات هي:
- يجب أن تطبيق مباشرة بعد كل مرة يحدث فيها السلوك المستهدف.
- يجب أن لا يجمع عدد من النقاط الملبية.
- يجب التحكم في نسبة اكتساب النقاط مع فقدان النقاط.
- أن طرح النقاط يجب أن لا يكون إجراءً عقابياً أو شخصياً.
- يجب تعزيز السلوك المناسب حين يحدث (ريزو وزايل ج 2، 1999: 61).

5- التصحيح الزائد: Over Correction

يتمد هذا الإجراء على توبيخ الزائد للرد بعد قيامه بالسلوك غير المقبول مباشرة، وتذكيره بما هو مقبول وما هو غير مقبول، ويطلب منه إزالة الأضرار التي تسببت عن سلوكه وأداء سلوكيات تعينه للسلوك غير المقبول والذي يرد ثقله ويتكرر هذا لفترة زمنية محددة (عبد الباقى، 2001: 58).

6- الإيقاف - الحجز المؤقت: Time-Out

والمقصود به إبعاد الطفل عن مكان محبب إلى نفسه يحصل فيه على التعزيز. ويتطلب هذا الأسلوب وجود غرفة أو مكان ليس فيه مشورات ملغته لانتقاء مثل الألعاب أو التلفاز. ويوضح للطفل السلوك غير المرغوب فيه وسبب إقصائه. حيث يبعد لفترة من الوقت تتناسب مع سنه وإذا تبادى في السلوك يبعد مرة أخرى، وفي حالة عدم توافر المكان لحجز الطفل يمكن أن يجعل الطفل يقف في زاوية الغرفة ووجهه للجانم. ويقترح عند استخدام هذا الأسلوب اتباع مايلي:

- مناقشة الأسلوب مع الوالدين والإدارة المترتبة وتوضيح أهميته في تعديل السلوك.
- أن تكون غرفة الحجز واسعة وتتوافر فيها وسائل الأمان.
- لا يوضع أكثر من طفل في غرفة الحجز في وقت واحد.
- يجب أن لا يزداد فترة الحجز دون سن الثامنة عن خمس دقائق والأكبر سناً عن عشر دقائق. وإذا تكرر السلوك غير المرغوب فيه، يجب أن لا يزداد الوقت بل يتكرر الحجز.
- قبول الطفل نون توبيخ أو مساهلة، بعد انتهاء فترة الحجز (أرشدي والسمي، 2000: 451-452).

7- الإشباع: Satiation

يعني إعطاء الطفل كمية كبيرة من المعزز نفسه خلال فترة قصيرة نسبياً بحيث تؤدي إلى فقدان المعزز لقيمته (عبد الباقى، 2001: 58).

8- المعارضة المنسلبية: Negative Parotic

يشتمل هذا الإجراء إرغام الطفل على تادية السلوك غير المرغوب بشكل متواصل ولفترة زمنية محددة على التماس منه سيعطي معاً وبغضاً في النهاية، وفي

العادة يستخدم هذا الإجراء لتقريب السلوكيات غير الإرادية كعص الإبهام، وقسطنض الأظفار، والنشاط الزائد (الفنش والمحاكاة، 2007: 98).

يُبين من العرض السابق تعدد الأساليب والتقنيات التي يمكن استخدامها في برامج تعديل السلوك. وهذه الأساليب منها من تعمل على زيادة السلوك المرغوب فيه وتقويته ومنها من تعمل على حذف أو خفض السلوك غير المرغوب فيه.

وقد استخدمت الباحثة عدد من هذه التقنيات في برنامجها وبما يتناسب وبخصوصية المرحلة العمرية للأطفال في عمر ما قبل المدرسة، وبطبيعة الاضطراب الذي يتضمن أعراضاً سلوكية واضحة تمثل تشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية، وبعض الأعراض السلوكية المصاحبة له، والظروف البيئية المحيطة بالطفل والمشكلة بالروضة. حيث تم التركيز على التعزيز بأنواعه المختلفة كالتعزيز المادي والمعنوي والرمزي من أجل تقوية السلوك المرغوب فيه والعمل على تكراره باستمرار، والاعتماد على فنية الحث والتلقين من خلال التلميحات اللفظية لتقديم للطفل لمساعدته على أدائه السلوك المطلوب تعلمه وقد تكون هذه المساعدة لفظية أو جسدية أو إيمانية. والتمنجة لغرض إسباب لطفل السلوك المناسب وذلك من خلال تقديم نموذج واقعي أو سرقة قصة تحثوي على التعامل الإيجابية المطلوب من الطفل محاكاتها أو من خلال التجوهر إلى فنية تشكيل السلوك من خلال إجراء تقريب تدريجي للسلوك والتعزيز الإيجابي المنظم للاستجابات التي تقترب شيئاً فشيئاً من السلوك النهائي. واستخدمت فنية تكلفة الاستجابة عند التعامل مع لطفل المضطرب من خلال حصوله على النقاط كعقوبة عند القيام بالسلوك الصحيح وتزيمه بعض النقاط عند قيامه بالسلوك الخاطئ، واستخدمت فنية التجاهل في بعض السلوكيات غير الصحيحة التي تصدر من الأطفال من أجل محوها وإطفائها.

الفصل الثالث

دراسات سابقة

- ❖ دراسات تناولت تشخيص الاضطراب.
- ❖ دراسات تناولت برامج علاجية لخفض حدة الاضطراب.
- ❖ فروض البحث.

يتناول الفصل الحالي الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي اهتمت باضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى الأطفال والتي تنوعت تبعاً للأهداف التي أجريت من أجلها، فمنها دراسات تناولت تشخيص الاضطراب، وأخرى تناولت برامج علاجية لخفض حدة الاضطراب سواء كانت هذه البرامج مقدمة للطفل أو للقاتمين على رعايته. والتعلق على هذه الدراسات تبعاً لمداورها وأوجه الاستفادة منها وكالاتي.

أولاً: دراسات تناولت تشخيص الاضطراب.

أ- الدراسات العربية.

1- دراسة الشخص (1985): التعرف إلى نشاط الزائد لدى الأطفال.

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى الأطفال ذوي النشاط الزائد وذلك من خلال إعداد مقياس لتشخيص الاضطراب يجيب عنه المعلمون نيابة عن الأطفال في الصفوف الدراسية من مرحلة الحضانة وحتى الصف السادس الابتدائي، وقد روعي أن يكون المعلم على معرفة تامة بمن يقوم بتقديرهم من الأطفال وأن يكون قد عمل معهم مدة لا تقل عن شهرين متتابعين. بلغت عينة الدراسة (900) طفلاً وطفلة من الأطفال العاديين في مدارس التعليم العام في جمهورية مصر العربية.

اعتمدت الدراسة في تشخيصها للاضطراب على مقياس تشخيص يتألف من

(22) فقرة تحدد مظاهر المشكلة بطريقة إجرائية كما يلاحظها المعلمون في

سلوك الأطفال وتدرج هذه الفقرات تحت ثلاثة أبعاد رئيسية تمثل مشكلة النشاط الزائد هي: الحركة الزائدة، وسرعة تشتت الانتباه، والانفصالية. وقد استخرج

ثبات المقياس بطريقة إعادة للتطبيق وبلغ (0.89). أما الصدق فقد استخرج من

خلال الصدق الظاهري، والصدق التمييزي، والصدق العاملي.

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد بلغت

(5.7%) من مجموع الأطفال وأن شيوها بين الذكور كانت أكثر مما لدى الإناث.

2- دراسة السعدونى(1990): الانتباه السمعي والبصري لدى الأطفال ذوي فرط النشاط.

هدفت الدراسة التعرف إلى خصائص الانتباه لدى الأطفال ذوي فرط النشاط التي تتحس في مستوى الأداء على المهام التيقظية السمعية والبصرية. تكونت عينة الدراسة من (84) تلميذاً من تلاميذ الصف الخامس الابتدائي تتراوح أعمارهم بين (11 - 12) سنة، وقد قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات تضم الأولى: التلاميذ ذوي فرط النشاط مع العجز في الانتباه وعددهم (28) تلميذاً، وتضم الثانية: التلاميذ ذوي فرط النشاط وعددهم (28) تلميذاً، وتضم الثالثة: التلاميذ العاديين وعددهم (28) تلميذاً، من أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة هي:

— انخفاض مستوى أداء كل من الأطفال ذوي فرط النشاط مع العجز في الانتباه وذوي فرط النشاط عن العاديين على اختبارات الانتباه السمعي والبصري.

— يتأثر أداء الأطفال بالفترات الزمنية المستغرقة في الأداء ويكون هذا الأثر واضحاً لدى مجموعتي الأطفال ذوي فرط النشاط مع العجز في الانتباه والأطفال ذوي فرط النشاط.

— يتأثر أداء الأطفال ذوي فرط النشاط بالمشتتات الخارجية بمقارنته بأداء الأطفال العاديين.

3- دراسة السطحية(1991): دراسة تشخيصية لاضطراب الانتباه عند الأطفال.

هدفت الدراسة إلى تشخيص الاضطراب لدى أطفال المدارس الابتدائية، والتعرف إلى الخصائص السلوكية والمعرفية التي يميز بها الأطفال ذوي الاضطراب في الانتباه من خلال بطارية اختبارات تشمل على اختبارات لقياس المظاهر السلوكية، واختبارات لقياس المؤشرات الأدائية، واختبار إسقاطي لقياس

سمات الشخصية. كما وهدفت الدراسة إلى تدريب القائمين على تربية الأطفال وخاصة معلمي الصفوف على كيفية تطبيق الاختبارات الخاصة بتشخيصهم على أساس الخصائص التي يتميزون بها.

بلغت عينة الدراسة 135 طفلاً وطفلة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة من أطفال المدارس الابتدائية والذين تتراوح أعمارهم بين (8-12) سنة من طلبة المستوى الثاني إلى المستوى الخامس الابتدائي في إحدى عشرة مدرسة ابتدائية تتوزع على مدينة طنطا في جمهورية مصر العربية.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى تشخيص الأطفال المضطربين إلى أربعة فئات هي: الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه فقط، والأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع فرط النشاط، والأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع صعوبات التعلم، والأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع فرط النشاط وصعوبات التعلم.

4-دراسة علي(1994):التشخيص الزائد وقصور الانتباه لدى عينة من طلاب الحلقة الأولى من التعليم الأساسي.

هدفت الدراسة لتعرف إلى العلاقة بين المستويات الاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية للمرأة والنشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي، والتعرف على الفروق بين الذكور والإناث في النشاط الزائد.

تألفت عينة الدراسة من (440) طفلاً منهم (225) من الذكور و(215) بنت من أطفال المدارس الابتدائية التابعة لمدينة أسيوط بجمهورية مصر العربية، تراوحت أعمارهم بين 5.9-11.9 سنة.

استخدمت للدراسة عدداً من الأدوات هي: مقياس النشاط الزائد، واستمارة التعرف على المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمرأة، واستمارة تأريخ الحالة، واختبار تعقب الموضوع للأطفال.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية للأسرة والنشاط الزائد عند التلاميذ لصالح ذوي النشاط المنخفض، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في النشاط الزائد حيث كان لدى الذكور نشاطاً زائداً مقارنة بالإناث.

5-دراسة الفخراني(1995):التأزر البصري- الحركي لدى عينة من الأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد وبدونه.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في التأزر البصري- الحركي بين الأطفال العاديين والأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد، ومضطربي الانتباه لوحده.

تألفت عينة هذه الدراسة من (90) طفلاً وطفلة وتوزعون بسون ثلاث مجموعات فرعية ضمت الأولى (30)طفل وطفلة من لعاديين، وضمت الثانية (30) طفلاً وطفلة من مضطربي الانتباه مع فرط لنشاط،وضمت الثالثة (30) طفلاً وطفلة من مضطربي الانتباه لوحده من المدارس الابتدائية التابعة لإدارة محافظة طنطا التعليمية بجمهورية مصر العربية.

اعتمدت الدراسة في تشخيص الاضطراب لدى الأطفال على ما أورده الدليل الإحصائي والتشخيصي للجمعية الأمريكية للطبعة الثالثة، وتشخيص المدرسين ولولياء أمور الأطفال تعريب (المملووني 1990)، وقائمة (كونرز المعربة) لتقدير سلوك الطفل. بالإضافة إلى تطبيق بعض الاختبارات لقياس التأزر البصري- الحركي كاختبار رسوم المكعبات، وترتيب الصور، وتجميع الأشياء.

أظهرت نتائج لدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء الأطفال لعاديين والأطفال المضطربين لصالح الأطفال لعاديين في التأزر البصري- الحركي.

6- دراسة المرسي (1998) بعض الخصائص النفسية والاجتماعية لدى التلاميذ مضطربي الانتباه بمرحلة التنظيم الأساسي والمتطلبات النفسية والاجتماعية لهم.

هدفت الدراسة التعرف إلى التلاميذ مضطربي الانتباه ومفرطي النشاط والتعرف الخصائص النفسية والاجتماعية التي يتصف بها هؤلاء التلاميذ وتحديد نسبة انتشار الاضطراب بفتية لدى الجنسين والتعرف على الفروق بين التلاميذ (للذكور ، الإناث) الذين لديهم اضطراب الانتباه فرط النشاط والتلاميذ (الذكور ، الإناث) العاديين في الخصائص النفسية والاجتماعية.

اختيرت عينة الدراسة بعد تطبيق الأدوات الخاصة بمرحلة التشخيص، حيث بلغ عدد التلاميذ الذين تم تشخيصهم بالاضطراب (378) تلميذاً وتلميذة، تراوحت أعمار التلاميذ بين (8 – 11) سنة.

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار اضطراب الانتباه (10.64 %). كما أظهرت وجود فروق ذاتية إحصائية بين الذكور والإناث في نسب انتشار اضطراب الانتباه وفرط النشاط، حيث كانت نسبة الذكور المضطربين أكثر من نسبة الإناث المضطربين.

7- دراسة الأدهم وآخرون (1999):فاعلية استخدام بعض استراتيجيات التدريس في تحصيل تلاميذ الصف الرابع الابتدائي مضطربي الانتباه ومفرطي النشاط في اللغة العربية.

هدفت الدراسة التعرف إلى التلاميذ مضطربي الانتباه ومفرطي النشاط في الصف الرابع الابتدائي بمدريتين ابتدائيتين من مدارس محافظة دمياط بجمهورية مصر العربية.

اعتمدت الدراسة في تشخيص الاضطراب على أسنوب الملاحظة من جانب المعلم، ومقياس وكسبلر المعدل لنكاء الأطفال غير اللفظي، واختبارات حساب وإعادة الأرقام، وتطبيق قائمة ملاحظة سلوك الطفل .

أظهرت نتائجها أن نسبة التلاميذ الذين تم تشخيصهم بالاضطراب بلغ (12%) من العدد الإجمالي للأطفال البالغ (365) تلميذاً وتلميذة.

8- دراسة عبد الله (2000): اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال. هدفت لدراسة التعرف إلى حجم اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال، والتعرف إلى المتأثر النفسية للاضطراب في مرحلة ما قبل المدرسة والمرحلة الابتدائية، والتعرف إلى الارتباط بين مكونات الاضطراب الربعمية (ضعف الانتباه، وفرط النشاط، والانفصالية) من جهة وتقديرات الوالدين وتقديرات المعلمين من جهة أخرى.

وقد طبقت الدراسة على عينة بلغت (190) طفلاً وطفلة يتوزعون بواقع (105) طفلاً و (85) طفلة تتراوح أعمارهم بين الرابعة والثامنة بمتوسط عمري قدره (5.10) سنة. واختيرت هذه العينة بالطريقة العشوائية البسيطة من الأطفال الذين كانوا موضع ملاحظة المربين والمعلمين في محافظة حلب بالجمهورية العربية السورية.

اعتمدت الدراسة في تشخيص الاضطراب على الاستبيان الذي تم إعداده استناداً على النماذج للتشخيصي والإحصائي الثالث والرابع للجمعية الأمريكية. وقد اشتمل الاستبيان على صورتين للأهل في المنزل والمعلم في المدرسة. وقد استخرج الثبات للاستبيان بطريقة ألفا كرونباخ وبلغ (0.80) وطريقة إعادة التطبيق وبلغ (0.81)، بينما استخرج الصدق من خلال الصدق الظاهري، وصدق الاتساق الداخلي .

أظهرت النتائج أن أعراض الاندفاعية قد ارتفعت المرتبة الأولى لدى الأطفال. وأن الأعراض جميعها كانت أكثر انتشاراً لدى الذكور منها لدى الإناث، ويبين أن هناك ارتباطاً إيجابياً مرتكباً بين تقديرات الأهل وتقديرات المعلمين لأعراض الاضطراب لدى الأطفال.

9- دراسة احمد(2004):التنبؤ بالذكاء والتحصيل الأكاديمي من أعراض اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. هدفت الدراسة إلى معرفة مدى إمكانية التنبؤ بمستويات الذكاء والتحصيل الدراسي من أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

تألفت عينة الدراسة من (120) طفل وطغلة من تلاميذ المرحلة الابتدائية والذين تتراوح أعمارهم بين(9-11) سنة.

استخدمت للدراسة مقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، والصورة الرابعة المعدلة لمقياس ستانفورد بينيه للذكاء بالإضافة إلى الدرجات التي حصل عليها أفراد العينة في الاختبار النهائي للفصل الدراسي الثاني.

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية سلبية بين أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد ومستويات كل من الذكاء والتحصيل الدراسي لدى أفراد العينة، كما أوضحت النتائج إمكانية التنبؤ بمستويات الذكاء والتحصيل الدراسي من أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وأظهرت النتائج أن جميع أعراض هذا الاضطراب تسهم في هذا التنبؤ ولكن أعراض الاندفاعية كانت هي الأكثر إسهاماً تنبؤاً أعراض النشاط الزائد ثم أعراض ضعف الانتباه.

10- دراسة بدر(2005):اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بالسلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة التعرف إلى طبيعة العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بالسلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة.

تكونت عينة الدراسة من (62) طفلاً وطفلة من أطفال ما قبل المدرسة تروحت أعمارهم ما بين (4-5) سنوات، يتوزعون بواقع (28) طفلاً و(34) طفلة استخدمت الدراسة مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي لدى الأطفال، وقائمة تقدير السلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة.

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الاضطراب والسلوك العدواني، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة بين تقدير المعلمات وتقدير الأمهات لأعراض الاضطراب لدى الأطفال لصالح تقدير المعلمات، وأظهرت النتائج إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في الاضطراب والسلوك العدواني لصالح الأطفال الذكور.

11- دراسة الفلغلي(2005):مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال في مدارس أمارة العاصمة صنعاء (حجمها، مظاهرها، آثارها).

هدفت الدراسة للتعرف إلى حجم مشكلة النشاط الزائد لدى أطفال الصفوف الأولى من مرحلة التعليم الأساسي، والمظاهر السلوكية التي يتصف بها الأطفال ذوو النشاط الزائد تبعاً لجنسهم، والمظاهر السلوكية المختلفة، والآثار السلبية للمظاهر السلوكية على جوانب نموهم من وجهة نظر معلمهم.

وقد طبقت الدراسة على عينة عشوائية بلغت (9626) طفلاً وطفلة من أطفال الصفوف الأربعة الأولى من مرحلة التعليم الأساسي في أمارة العاصمة صنعاء بالجمهورية اليمنية.

ولغرض تشخيص الأطفال ذوي النشاط الزائد تم إعداد استبيان تضمن (44) فقرة موزعة بين أربعة مجالات هي: النمو الجسمي، والاجتماعي، والانفعالي، والسمعي. وقد تم توجيه الاستبيان إلى عينة من المعلمين والمعلمات بلغ عددهم (120) معلماً ومعلمة في الصفوف الأربعة الأولى من مرحلة التعليم الأساسي للإجابة عنه نيابة عن الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبلهم، وقد

استخرج الثبات بطريقة الاتساق الداخلي بأسلوب التجزئة النصفية وبلغ (0.89)، بينما استخرج صدقه عن طريق الصدق الظاهري.

أظهرت النتائج أن نسبة الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط الزائد بلغت (6.32%) من إجمالي عينة الأطفال، وأن نسبة الذكور الذين يعانون من الاضطراب بلغت (61.2%) مقارنة بالإناث التي بلغت نسبتهم (38.8%) من مجموع الأطفال الذين يعانون من الاضطراب، وأن نسبة انتشار الاضطراب بين أطفال الصف الأول (41.3%) والثاني (30.4%) وهي تزيد عن نسبة انتشاره في الصفوف الثالث والرابع والتي كانت (16.8%)، و(11.5%) على التوالي. وأظهرت الدراسة أن الأطفال المضطربين تشبع بينهم مظاهر سلوكية أكثر من غيرها أهمها: عدم الاستقرار، والتنقل بكثرة بين المقاعد، وعدم الطوس في مكان واحد، وتشتت الانتباه، ومقاطعة المعلم أثناء الشرح. وعدم الاعتراف بالخطأ، والعدا، ويسعب عليهم التعامل مع الرموز. وتترك هذه السلوكيات أثراً سلبية على مظاهر النمو المختلفة فقد يكونوا أكثر تعرضاً للحوادث، وللإصابة بالأمراض، والفضل في إقامة علاقات اجتماعية، وعدم القدرة على ضبط انفعالاتهم، والتعرض للاكتئاب والإحباط، وضعف التحصيل الدراسي واكتساب المهارات المعرفية، وضعف مهارة انتقال أثر التعليم فضلاً عن تهريبهم من المدرسة.

ب- الدراسات الأجنبية.

12- دراسة Erhardt & Hinshow (1994): العلاقات الاجتماعية بين

الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط وأقرانهم من العاديين.

هدفت الدراسة التعرف إلى طبيعة العلاقات الاجتماعية بين الأطفال

المضطربين وأقرانهم من العاديين.

تألفت عينة الدراسة من (49) طفلاً من فنكورد تراوحت أعمارهم بين (6-12) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضمت المجموعة الأولى (25) طفلاً يعانون من الاضطراب، وضمت الثانية (24) طفلاً من العاديين، استخدمت الدراسة مقياس الاضطراب، والصورة الرابعة لمقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ومقاييس كل من التمرد، والعدوانية، والعزلة الاجتماعية، والمشاركة الاجتماعية.

وتوصلت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين أعراض الاضطراب وكل من مستوى الذكاء والسلوك الاجتماعي، بينما كانت هذه العلاقة موجبة بين أعراض هذا الاضطراب وكل من التمرد، والعدوانية، والعزلة الاجتماعية. ويعني ذلك أن العدوانية، والتمرد، والنشاط الزائد يمكنها أن تنبئ بطبيعة العلاقات الاجتماعية مع الأقران لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.

13- دراسة (Fee & etal 1994): اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي بين الأطفال المتخلفين عقلياً.

هدفت الدراسة إلى فحص تأثير أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد على الأطفال المتخلفين عقلياً.

تكونت عينة الدراسة من (64) طفلاً من الجنسين تتراوح أعمارهم بين 6-12 سنة قسمت إلى (20) طفلاً يعانون من تخلف عقلي بسيط و(20) طفلاً يعانون من تخلف عقلي بسيط مسجوباً باضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الزائد، و(24) طفلاً يعانون فقط من ضعف الانتباه وفرط النشاط الزائد.

طبق الباحثون الصورة المعدلة لمقياس ومكسر لذكاء الأطفال على عينة الدراسة، كما طبق عليهم مقياس ضعف الانتباه والنشاط الزائد، بحسب منه المعلمون والآباء.

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن أعراض الاضطراب كانت أشد لدى المجموعة التي تعاني من تخلف عقلي بسيط مصحوباً باضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الزائد مقارنة بالمجموعة التي تعاني فقط من هذا الاضطراب، وتوصلت النتائج أيضاً إلى عدم وجود فروق في مستوى الذكاء بين المجموعة التي تعاني فقط من التخلف العقلي البسيط والمجموعة التي تعاني من الاضطراب فقط. وفسر الباحثون النتائج على أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب فقط رغم أنهم ليسوا مختلفين عقلياً إلا أن أعراض هذا الاضطراب قد أثرت تأثيراً سلبياً على مقياس وكسب الذكاء مما يجعلهم يحصلون على درجات متدنية عليه تختلف عن المستوى الحقيقي لذكائهم.

14- دراسة Bergeron (1997): الذاكرة المعرفية والتطبيق على الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط (دراسة تطورية).

هدفت الدراسة إلى التعرف على الصعوبات الأكاديمية ناجمة عن الذاكرة المعرفية التي تواجه الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في المواقف الأكاديمية وتأثيرها على العمليات المعرفية التي تصعد عملية التعلم، وتحديد أساليب العلاج الفعالة لتحقيق احتياجاتهم التعليمية.

طبقت الدراسة على (72) طفلاً في الأعمار (6-9) سنوات يتوزعون بواقع (32) طفلاً مضطرباً بتشتت الانتباه وفرط النشاط و(40) طفلاً من العاديين.

استخدمت الدراسة للمقابلة لتقدير معرفة الأطفال عن ذاكرتهم، ولتحليل كاليغورنيا لتقدير التعلم اللفظي للأطفال.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق عسرية في الذاكرة المعرفية بين الأطفال المضطربين والأطفال العاديين، حيث أظهر الأطفال المضطربون في عمر (6-9) سنوات تأخراً في تطور الذاكرة المعرفية.

15- دراسة Shelton & etal (1998): الاضطرابات النفسية
كوظيفة لصعوبات التكيف في أطفال عمر ما قبل المدرسة الذين
يعانون من العدوانية وفرط النشاط والاندفاعية وتشنت الانتباه.

هدفت الدراسة لتعرف إلى الفروق بين الأطفال المضطربين وغيرانهم
العائدين في عمر ما قبل المدرسة في كل من الذكاء والكفاءة الدراسية والسلوك
الحوالي والمهارات الاجتماعية.

تألفت عينة الدراسة من (38) طفلاً مضطرباً و(47) طفلاً من غيرانهم
العائدين. واستخدمت الدراسة مقياس الكفاءة الدراسية والمهارات الاجتماعية،
ومقياس وكسار لذكاء الأطفال.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين الأطفال الذين يعانون من هذا
الاضطراب وغيرهم العائدين في متغيرات الدراسة، حيث ارتفع مستوى العدوانية
للأطفال المضطربين بينما انخفض لديهم معامل الذكاء والكفاءة
الدراسية والمهارة الاجتماعية مقارنة بمقرنة بالعائدين.

16- دراسة Dewolfe (1999): للكشف المبكر لاضطراب تشنت
الانتباه وفرط النشاط الحركي: نظام قياس متعدد الأبعاد لدى أطفال
ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة إلى اختبار صديق نظام التقدير متعدد الأبعاد لدى الأطفال في
مرحلة ما قبل المدرسة. وتكونت عينة الدراسة من (50) طفلاً في مرحلة ما قبل
المدرسة تم تقسيمهم إلى (25) طفلاً من المضطربين في المجموعة التجريبية
و(25) طفلاً من الأسوياء في المجموعة الضابطة تم مكافئتهم بالعمى والجنس
والمستوى الاجتماعي والاقتصادي وتمت ملاحظة الأطفال واختبارهم فردياً، كما

طبق على الوالدين استبيانات تقدير الوالدين لمستوى الأطفال ما قبل المدرسة في النشاط الزائد والانتباهية وقصور الانتباه والوظائف النفس الاجتماعية.

استخدمت الدراسة استبيان مواقف المنزل وقائمة سلوك الطفل التي أعدها (كونرز) وتم تطبيقهما على الوالدين. وأظهرت النتائج إن الأطفال المضطربين اظهروا معدلات أعلى في قصور الانتباه، وأخطاء اختبار الأداء البصري المستمر كما استغرقوا وقتاً أطول في أداء الواجب المدرسي بينما استغرقوا وقتاً أقصر في اللعب بالألعاب، وكانوا أكثر الدفاعاً، وأكثر تحدياً أثناء المهام مع التماذج الال في المختبر أثناء أدائهم على لعب البناء والمهام البصرية، وأكثر ميلاً لسلوكيات غير المتعلقة بالمهام أو أداء الواجب وأعلى في معدل النشاط الزائد، وأكثر ميلاً لتترك أماكنهم أثناء المهام السمعية، وأكثر حركة حول حجرة اللعب. وكانوا أكثر قصوراً في الوظائف (النفس - اجتماعية)، وسجلوا تكراراً أعلى لأوامر المعجب أثناء المهام السمعية، ودفعت معدلات استبيان الوالدين على مشكلات انتباه عديدة وسلوكيات لخطر وأكثر ضرراً ومعارضة ومهارات اجتماعية أقل.

وقد أثبتت الدراسة صدق نظام التقدير متعدد الأبعاد في قياس تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي في مرحلة ما قبل المدرسة وأوضحت أهمية تقدير أطفال ما قبل المدرسة باستخدام قياسات ملائمة للنمو عبر أبعاد متعددة، واستخدام طرق عديدة لجمع البيانات.

17- دراسة (Dincau (2000): مصاحبة اضطراب اللغة لاضطراب

تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية.

هدفت الدراسة التعرف إلى وظائف اللغة لدى الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط والأطفال المضطربين لغوياً.

تألفت عينة الدراسة من (59) طفلاً تم تصنيفهم إلى ثلاث مجموعات: أطفال مضطربون لغوياً، وأطفال مضطربون بنسخت الانتباه وفرط النشاط، وأطفال مضطربون لغوياً وبنسخت الانتباه وفرط النشاط معاً. وتمت مكافئة المجموعات من حيث الحالة الاقتصادية، الاجتماعية، والعرقية، ومعامل الذكاء غير اللفظي.

وأشارت النتائج إلى وجود تداخل دال بين مجموعات الأطفال المضطربين لغوياً والأطفال المضطربين بنسخت الانتباه وفرط النشاط، وكانت معدلات القدرة على القراءة أضعف عند مجموعتي اضطراب اللغة والمزوجة، ووجدت واحد في كل خمسة تلاميذ من ذوي تشتت الانتباه وفرط نشاط لديهم اضطراب في اللغة.

18- دراسة زينتل ودوير (2000): تأثير اللون على فعالية والدفاعية الأطفال مفرطي النشاط.

هدفت الدراسة التعرف إلى الفروق بين الأطفال الاندفاعيين ومفرطي النشاط والعاديين في الانتباه الانتقائي للألوان.

تألفت عينة الدراسة من (43) طفلاً وطفلة يعانون من اضطراب الاندفاعية وفرط النشاط و(43) طفلاً وطفلة من العاديين.

استخدمت الدراسة مقياس مشروب (القائمة الثانية) التي تشمل أسماء الألوان المكتوبة بحبر اسود والقائمة الثالثة التي تشمل أسماء الألوان المكتوبة بلون حبر مغاير لإسم اللون.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الاندفاعيين ومفرطي النشاط والعاديين في الانتباه الانتقائي للألوان لصالح العاديين. حيث أظهر الأطفال المضطربون أخطاءً كثيرة في أسماء الألوان، واحتاجوا إلى فترة أطول إلى الانتباه للألوان. (عبد الوهيد، 2005)

19- دراسة Dewolfe & etal (2000):اضطراب تشتت الانتباه وفرط

النشاط لأطفال ما قبل المدرسة:المسببات النفسية كما يقدمها الآباء.

هدفت الدراسة إلى تحديد تغيرات الآباء لمسببات الاضطراب عند الأطفال والتغيرات الذاتية للأطفال المضطربين أنفسهم في إطار ثلاثة مجالات هي: الاضطراب السلوكي، والكفاءة الاجتماعية، والبيئة الأسرية. بالمقارنة مع الأطفال العاديين.

تألفت عينة الدراسة من مجموعتين وضعت الأولى (25) طفلاً مضطرباً منهم (21) طفلاً من الذكور و(4) من الإناث بمتوسط عمري قدره (4.8) سنة، وضعت المجموعة الثانية (25) طفلاً عادياً أيضاً منهم (21) من الذكور و(4) من الإناث بمتوسط عمري (4.9) سنة.

أظهرت نتائج المقارنة في ضوء استجابات الآباء بين الأطفال المضطربين كانوا أكثر عدوانية، وأقل كفاءة اجتماعية، وأقل تكيفاً للتغيرات، التي نظراً على الترتيب اليومي، وعدم الطواعية. كما قدروا لأنفسهم درجة كفاءة أقل من أبناء الأطفال العاديين ومحدودية دورهم الأبوي. وعلى النقيض من تغيرات الآباء أظهرت تغيرات الأطفال المضطربين أنفسهم على أنهم أكثر كفاءة ومقبولين اجتماعياً من أقرانهم.

20- دراسة Steger & etal (2001):مستوى نقص الانتباه والحركة

العصبية لدى الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط.

هدفت الدراسة لتعرف إلى مستوى نقص الانتباه والحركة الحسية عند الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط.

أجريت الدراسة على (42) طفلاً من المضطربين والعاديين يتوزعون بواقع (22) طفلاً مضطرباً للمجموعة التجريبية منهم (19) من الذكور و(3) من الإناث بمتوسط عمري (8) سنوات، و(20) طفلاً من العاديين للمجموعة الضابطة منهم

(17) من الذكور و(3) من الإناث بمتوسط عمري (8.2) سنة. أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب في المجموعة التجريبية من الذكور والإناث لديهم قصور واضح في الانتباه والإنتاج العصبي الحركي مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة من العائنين. (2001).

21- دراسة Greenson (2001): دراسة طويلة لأعراض اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط في أطفال عمر ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة التعرف إلى أعراض اضطراب فرط الانتباه والنشاط الزائد بين الأطفال في عمر ما قبل المدرسة ولأطفال المدرسة .

شملت عينة الدراسة مجموعتين تضم المجموعة الأولى (290) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (4-5) سنوات وتضم المجموعة الثانية عدداً مساوياً من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (6-10) سنوات.

استخدمت الدراسة مقياس اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والمؤلف من صورتين للبيئتين المنزلية والمدرسية.

وأظهرت النتائج أن أعراض الاضطراب لا تختلف في طبيعتها بين الأطفال في عمر ما قبل المدرسة والأطفال في عمر المدرسة، وأن أعراض هذا الاضطراب كانت لدى الذكور أشد مما هي عليه لدى الإناث، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين تقدير المعلمات وتقدير الأمهات للاضطراب ولصالح تقدير المعلمات بمعنى أن هذا الاضطراب كان أكثر ظهوراً ووضوحاً في بيئة الحضنة والرياض عن البيئة المنزلية.

22- دراسة Carney (2002): التحقق من إجراءات المعلمين الخاصة بأعراض اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط ومعدل تقييمهم لسلوك الأطفال المشخصين بالاضطراب والأسيواء بعمر (5-6) سنوات.

هدفت الدراسة التحقق من إجراءات المعلمين الخاصة بتشخيص أعراض الاضطراب ومعدلات تقييمهم لملاوك الأطفال المضطربين والأسياء.

شملت عينة الدراسة (30) معلماً في رياض الأطفال و(30) طفلاً من الذين تم تشخيصهم بالاضطراب و(30) طفلاً من الأسياء، وطلب من المعلمين تحديد السلوكيات العادية والمقبولة المرتبطة بأعراض الاضطراب.

استخدمت الدراسة مقياس السلوك العادي للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، ومقاييس معدل تقييم السلوك المضطرب.

وأشارت النتائج إلى عدم وجود ارتباط ذاتي في إجراءات المعلمين للسلوكيات العادية والمقبولة بين مجموعة الأطفال المضطربين والأسياء، بينما ارتبط التقييم الدراسي بإجراءات المعلم للسلوك، وتبين أن معلمي القبول لديهم فكرة عن تشخيص الاضطراب.

23- دراسة Marks (2003):المظاهر (النفس - عصبية) والمرضية
تتمثلت الانتباه وفرط النشاط الحركي عند أطفال ما قبل المدرسة.

هدفت دراسة التعرف إلى الفروق بين الجنسين في أعراض اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي ومدى الاتفاق بين المعلمات والوالدين في تحديد الأعراض المتعددة المشخصة لتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي والعلاقة بين هذه الأعراض والحالة (النفسية - العصبية) والارتباطات المتشابهة لأعراض هذا الاضطراب.

تكونت عينة الدراسة من أمهات ومعلمات (212) طفلاً في مرحلة ما قبل المدرسة بنيويورك توزعت على مجموعتين، مجموعة تجريبية شملت أمهات ومعلمات الأطفال المضطربين ومجموعة ضابطة شملت أمهات ومعلمات الأطفال الأسياء.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن أعراض تشتت الانتباه وفرط النشاط كانت أكثر انتشاراً لدى الذكور، كما أثبتت وجود ارتباط بين أعراض هذا الاضطراب

التي حددتها للوالدان والمعلمات، كما وجدت فروق ذات دلالة بين الأطفال المضطربين والأسياء في معدل النشاط الزائد لدى الأطفال المضطربين، وفروق ذات دلالة في عمل الذاكرة والتحكم في الحركة لدى المجموعة المضطربة. واستنتجت الدراسة أن الفروق في الحالة (النفسية-العصبية) بين الأطفال المضطربين والأطفال العاديين تظهر في مرحلة ما قبل المدرسة، كما تظهر السلوكيات الميكرة التي تعد مؤشراً لحدوث الاضطراب.

24- دراسة Ghanizadeh & etal (2006): المعرفة والاتجاهات نحو اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط بين معلمي المدارس الابتدائية.

هدفت الدراسة التعرف إلى معرفة المدرسين واتجاهاتهم نحو الاضطراب. وقد طبقت الدراسة على معلمي المدارس الابتدائية بمدينة شيراز الإيرانية والبالغ عددهم (196) معلماً.

استخدمت الدراسة مقياساً لمعرفة المعلومات التي يمتلكها المعلمون واتجاهاتهم نحو الاضطراب.

وتوصلت نتائجها إلى أن لمعرفة لدى المعلمين نحو الاضطراب كانت منخفضة نسبياً حيث أتفق (46.9%) من المعلمين على أن الاضطراب يعود إلى أسباب وراثية وبيولوجية، وأن (53.1%) منهم اعتبر الاضطراب نتيجة للتدليل الأبوي. أما الاتجاه نحو الأهل المضطربين فكان منخفضاً حيث أكد (64.8%) من المعلمين على أن استخدام أساليب العقاب التي تعلق على تلاميذ يجسب أن تعلق على الأطفال المضطربين، و(77.6%) منهم يعتقد أن الأطفال المضطربين يعانون من صعوبات في علاقاتهم مع أقرانهم. وهناك ارتباط دل إحصائياً بين معرفة المدرسين بالاضطراب واتجاهاتهم. وتبين أن معرفتهم بالاضطراب كانت منخفضة بدرجة كبيرة وإن مصادرهم الرئيسية لمعرفة الاضطراب هي التلفزيون،

والرائيو، والأصدقاء، والأقارب، والصحف والمجلات. لذا اقترحت الدراسة تقديم برامج خاصة عن الاضطراب للمعلمين والعاملين في الميدان التربوي وعرض مثل هذه البرامج في التلفزيون والراديو.

25- دراسة Thorell & Wahlstedt (2006): التوظيف التنفيذي وعلاقته بأعراض اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط واضطراب التحدي أو المعارضة لدى أطفال ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة التعرف إلى العلاقة بين التوظيف التنفيذي Executive Functioning ويقصد به العلاقة الوظيفية بين المفهوم وإدراكه لدى الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه واضطراب التحدي أو للمعارضة (ODD) Oppositional Defiant Disorder .

وشملت عينة الدراسة (201) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (4-6) سنوات، وقد استخدمت الدراسة إجراءات تجريبية لقياس الكف والذاكرة العاملة والطلاقة اللفظية عند الأطفال، وتقديرات المدرسين للسلوك المضطرب. أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه واضطراب المعارضة كان توظيفهم التنفيذي ضعيفاً ويرجع ذلك إلى تدخل أعراض تشتت الانتباه مع أعراض التحدي أو المعارضة. تعقيب على الدراسات التي تناولت تشخيص الاضطراب.

توضح من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت تشخيص الاضطراب أنها اعتمدت في تشخيصها للاضطراب على أداة واحدة في التشخيص. فمنها ما اعتمدت على مقياس الظليل التشخيصي والإحصائي العابر عن الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية كدراسة (الفخراني، 1995). ومنها ما اعتمدت على قائمة تغيير سلوك الطفل لكونرز كدراسة (الأشع وأخرون، 1999)، ودراسة (Dewolfe, 1999). ومنها ما أعنت مقياس تشخيصي خاص بالدراسة

نفسها كدراسات (السطحية، 1991)، و (علي، 1994)، و (عبد الله، 2000)، و (أحمد، 2004)، و (بدر، 2005)، و (القلبي، 2005). أما البحث الحالي فيعتمد في تشخيصه للاضطراب على أداة تشخيصية أعدت لهذا الغرض تتناسب مع طبيعة الأطفال في عمر الروضة في البيئة اليمينية وبصورتين أحدهما للمريضات في الروضة، والأخرى للأمهات في المنزل بعد الإضلاع على غالبية المقاييس التي أعدتها الدراسات السابقة، كما يعتمد تطبيق مقياس لتليل التشخيصي والإحصائي لصادر عن الجمعية الأمريكية ومقياس كونرز لأعراض صق ملك المقاييس.

اعتمدت بعض الدراسات السابقة العربية والأجنبية في تشخيص الاضطراب على تقديرات وملاحظات المعلمين نوحدهم في المدرسة كدراسات (السطحية، 1991)، و (Carney، 2002)، و (الأغم وأخرون، 1999)، و (Dewolfe، 1999)، و (القلبي، 2005)، ودراسات أخرى اعتمدت على تقديرات وملاحظات المعلمين والآباء معاً لتشخيص سلوك الطفل المضطرب كدراسات (علبي، 1994)، و (الفخرانسي، 1995)، و (Fee&etal، 1994)، و (Greenson، 2001)، و (بدر، 2005). وأيضاً البحث الحالي يتفق مع الدراسات التي ركزت على أهمية تقديرات العربية والأم معاً في تشخيص الأطفال المضطربين ومدى الاتساق في الاستجابة بينهن على مقياس للتشخيص تعد لهذا الغرض بصورتيه المدرسية والمنزلية مع الأخذ بنظر الاعتبار المعايير التي أشار إليها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعد لصادر عن الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية. فالمرية أكثر قدرة في تشخيص الأطفال المضطربين لكونها تتفاعل مع عدد من الأطفال في نفس الفصل الدراسي، وتستطيع أن تقارن سلوك الطفل المضطرب مع سلوك أقرانه من الأطفال العائنين. وكذلك الأم التي لا يمكن أن تفتل دورها في تشخيص اضطراب الطفل نتيجة لتفاعلها اليومي معه ومعالجتها المستمرة من تصرفاته التي تسبب لها الكثير من المشكلات.

يظهر من الدراسات السابقة العربية أن أعداد الأطفال المضطربين تراوحت بين (28-440) طفلاً وطفلة كدراسات (المسطحية،1991)، و (عطى،1994)، و (الفخراي،1995)، و (العريسي،1998)، و (عبد الله،2000)، و (بندر،2005). في حين تراوحت أعداد الأطفال المضطربين في الدراسات الأجنبية بين (25-290) طفلاً وطفلة كدراسات (Erhardt&Iinslow،1994) و (Bergeron،1997) و (Dewolfe،1999)، و (Steger&etal،2001)، و (Carney،2002)، و (Thorell&Wahlstedt،2006) وهذه الأعداد تقدم للباحثة مؤشراً إلى أن عدد الأطفال الذين تم تشخيصهم بالاضطراب في البحث الحالي وتبلغ عددهم (128) طفلاً وطفلة يقع ضمن أعداد الأطفال المضطربين الذين تم تشخيصهم في الدراسات السابقة العربية والأجنبية. إن نسبة كبيرة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية كانت عينات الأطفال المضطربين فيها في مرحلة التعليم الأساسي والذين تراوحت أعمارهم من (6-12) سنة، باستثناء دراسات (المنص،1985)، و (عبد الله،2000)، و (بندر،2005)، و (Dewolfe،1999) و (Greenson،2001) و (Marks،2003)، و (Thorell&Wahlstedt،2006) اشتملت عيناتها على الأطفال المضطربين في مرحلة ما قبل المدرسة ومرحلة التعليم الأساسي. وهذا يعني أن الدراسات السابقة التي أجريت على الأطفال المضطربين في مرحلة عمر الروضة كانت قليلة مقارنة بالدراسات السابقة التي أجريت على الأطفال في التعليم الأساسي وعلى وجه الخصوص في البيئة اليمينية حيث لم تجر إلا دراسة واحدة (القنلي،2005) على الأطفال في مرحلة التعليم الأساسي (على حد علم الباحثة) وهذا ما يشجع على إجراء البحث الحالي في مرحلة الروضة في عمر (4-6) سنوات وبمتوسط عمري قدره (5.17) سنة ومد النقص الحاصل من الدراسات في هذا المجال.

لظهرت نتائج الدراسات تبيناً في نسبة انتشار الاضطراب لدى الأطفال بنسب تراوحت بين 5.7%-12%. واتفقت على ظهور أعراضه لدى الذكور

بنسبة أعلى وبدرجة تزداد منه لدى الإناث. وهذه النتائج تشير إلى وجود نسبة كبيرة من الأطفال المضطربين مما يستدعي الانتباه إلى ضرورة الاهتمام بهذا الاضطراب وإجراء دراسات عدة للوقوف على أسبابه وأعراضه وتحديد نسب انتشاره وآثاره على النمو لسوي للطفل في مختلف جوانبه، ووضع البرامج والأساليب العلاجية لخفض حدته والتخفيف من آثاره.

أشارت بعض الدراسات إلى ارتباط مظاهر الاضطراب عند الأطفال بانخفاض مستوى التحصيل الدراسي كدراسة (احمد،2004)، والعدوانية والتمرد كدراسة (Shelton&etal,1998)، ودراسة (بدر،2005)، والعزلة الاجتماعية كدراسة (Erhardt&Hinshow,1994)، وقصور في الوظائف النفسية والاجتماعية كدراسة (Dewolfe,1999)، واضطرابات في اللغة كدراسة (Dineau,2000)، والانتباه الانتقالي للمثيرات كدراسة (زينيل ودوير،2000)، وضعف التأثر البصري والحركي كدراسة (الفخراني،1995). وقد أفادت هذه النتائج لباحثة في إضافة مجال الأعراض الثانوية المصاحبة للاضطراب والذي لم يتم التطرق إليه في الدراسات السابقة عند تشخيص الاضطراب وقتي اكتفت بالاعتماد على الأعراض الأولية للاضطراب في التشخيص، وهذا ما يدعو إلى الاعتماد في تشخيص الاضطراب على تضمين المقياس الأعراض الرئيسية والأعراض الثانوية المصاحبة للاضطراب.

ثانياً: دراسات تناولت برامج علاجية لخفض حدة الاضطراب.

أ- الدراسات العربية.

26- دراسة الطالب (1987): برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية.

هدفت الدراسة التعرف إلى مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في خفض مستوى النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية. وتستخدم مقياسين

للشباط الزائد لدى الأطفال لجدهما بقيس النشاط الزائد في المدرسة عن طريق تقديرات المعلمين ووالثاني بقيس النشاط الزائد عن طريق الوالدين خارج المدرسة. شملت عينة للدراسة (54) تلميذاً من الذكور المصابين بتشتت الانتباه وفرط النشاط في الصفين الرابع والخامس الابتدائي والذين تتراوح أعمارهم بين (9-11) سنة في جمهورية مصر العربية.

استخدمت الدراسة مقياس تقدير المعلمين للنشاط الزائد لدى الأطفال، ومقياس تقدير الآباء من إعداد الباحث، واختبار لشكاه المصور إعداد احمد زكي صالح، والتيرنامج الإرشادي.

تشتمل البرنامج على مجموعة من الفئات هي: التعلم بالنموذج، ولعب الدور، والتعزيز، والتلقين، والإقناع.

أظهرت نتائج هذه الدراسة فعالية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى النشاط الزائد لدى أطفال العينة التجريبية ولم يحدث أي انخفاض في مستوى النشاط الزائد لدى المجموعة الضابطة.

27-دراسة الموافقي(1995)دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية كل من أسلوبي التعاقد التبادلي Canting Agency Contracting والتدريس اللطيف Gentle Teaching في خفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة. والتعرف على الفروق بين أسلوبي: التعاقد التبادلي والتدريس اللطيف في خفض النشاط الزائد، للوقوف على أي الأسلوبين أكثر فاعلية.

تكونت عينة للدراسة من (66) طفلاً في نور الحضانات بمدينة المنصورة بجمهورية مصر العربية من نوى النشاط الزائد والذين تم اختيارهم وفقاً لمعايير

محددة. وقد توزعت العينة بين ثلاث مجموعات: مجموعتان تجريبيتان، ومجموعة ضابطة واستخدمت قائمة تقدير المعلمة للنشاط الزائد لدى الطفل. فوضحت النتائج فاعلية كل من أسلوب التعاقد التبادلي، وأسلوب التدريس الملطف في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال، وأظهرت زيادة فاعلية أسلوب التدريس الملطف مقارنة بأسلوب التعاقد التبادلي في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال.

28- دراسة المسطحية (1997): العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة (التمذجة) في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الانتباه.

هدفت الدراسة إلى تعديل بعض الخصائص السلوكية والمعرفية للأطفال مضطربي الانتباه باستخدام كل من العلاج السلوكي المعرفي، والتعلم بالملاحظة. وتوفير وسائل علاجية لمساعدة الأطفال المضطربين على التكيف في المنزل والمدرسة. وتوفير وسائل علاجية من السهل تكريب المختصين عليها واستخدامها بسهولة ويسر. اشتملت العينة الأساسية على (20) طفلاً وطفلة في ثلاث مدارس للتعليم الأساسي بمدينة طنطا. وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين عند أفرادها (10) أطفال، ومجموعة ضابطة واحدة عند أفرادها (10) أطفال، وعينة استطلاعية عند أفرادها (15) طفل.

استخدمت الدراسة بعض الاختبارات كقائمة الملاحظة الإكلينيكية من النابل الإحصائي والتشخيصي (DSM-III)، وقائمة تقدير سلوك الطفل لكونرز، وبعض الاختبارات الأداة كاختبار وكسلر للنكاء، واختبار تفهم الموضوع للأطفال، واختبار مضاهاة الأشكال، واختبار الانتباه السمعي والبصري.

طبقت الدراسة برنامجاً يستند على قنيات العلاج السلوكي المعرفي، وقنيات التعلم بالملاحظة. أظهرت نتائجها فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعديل سلوك الانتطاعي، والانتباه البصري، والانتباه السمعي، والقدرة على الاستماع، والقدرة على تذكر لدى الأطفال مضطربي الانتباه.

29- دراسة دببس والسعداوني(1998):فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

شملت عينة للدراسة (10) أطفال من المتكثفين عقلياً القابلين للتعلم ممن يعانون من الاضطراب في معهد التربية الفكرية بشرق مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، تراوحت أعمارهم بين (11-15) سنة ونسب تقسيمهم إلى مجموعتين أحدهما ضابطة ضمت (5) أطفال لم يستخدم معها أي إجراء علاجي، ومجموعة تجريبية ضمت (5) أطفال أيضاً طبق عليهم البرنامج. وتم التحقق من تجانس المجموعتين من حيث العمر والذكاء والاضطراب.

اعتمدت الدراسة على تطبيق قائمة (كونرز المعربة) لتقدير سلوك الطفل التي يستخدمها المعلم لتقدير سلوك التلميذ داخل غرفة الدراسة وخارجها، وقائمة تقدير سلوك الطفل (DSM-IV).

استخدمت الدراسة أسلوب الضبط الذاتي كأسلوب سلوكي- معرفي لعلاج الاضطراب وتالف البرنامج من (18) جلسة تدريبية يواقع (3) جلسات اسبوعياً، ونضمن عدداً من الأنشطة المتنوعة التي تتناسب مع أفراد العينة.

أظهرت النتائج فعالية أسلوب الضبط الذاتي في خفض النشاط الحركي الزائد وزيادة تركيز الانتباه والاحتفاظ به لفترة أطول.

30- دراسة شفيق(1999):فاعلية برنامج علاجي معرفي- سلوكي متعدد المحاور(مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط.

هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية البرنامج في تعديل سلوك الأطفال مفرطي النشاط تتمثل في: اضطراب الانتباه وفراط النشاط، العدوانية، الاندفاعية ومن أهم التغيرات المستخدمة في البرنامج هي :

1 - النمذجة Modeling ويُعمل في:

- أ - عمليات الانتباه. Attention Processes
ب - عمليات الاحتفاظ. Retention Processes
ج - عمليات الأداء الحركي. Motor reproduction Processes
د - عمليات الدافعية. Motivational Processes
- 2 - المناقشة وتبادل الحوار. Dissects
3 - التمثيل (لعب الأكوارد). Role Play
4 - الاسترخاء العضلي. Muscular Relaxation
5 - التعزيز (التدعيم). Reinforcement
و ينقسم إلى ثلاثة أنواع هي: المادي، والاجتماعي، والنشاطي.
6 - الواجبات المنزلية. Home Work

استغرق تنفيذ البرنامج (12) جلسة بواقع جلستين أسبوعياً، وتكررت العينة من اثني عشر تلميذاً بالصف الرابع الابتدائي الذين شخصوا بأنهم نوب فرط نشاط، وقسموا إلى مجموعتين: (6) أطفال مجموعة تجريبية يطبق عليها البرنامج العلاجي و (6) أطفال مجموعة ضابطة لم يطبق عليها البرنامج العلاجي.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في القياس البعدي لجميع المتغيرات لدراسة لصالح المجموعة التجريبية وقد عزى الفرق إلى فاعلية البرنامج العلاجي الذي تلقته المجموعة التجريبية مما ترتب عليه انخفاض معدل المتغيرات السلبية لدى أفراد المجموعة التجريبية: اضطراب الانتباه فرط النشاط، العدوانية، الانتفاعية.

31-دراسة بخش(2001)بفعالية الإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال المتخلفين عقلياً.

تهدف الدراسة التعرف إلى فاعلية برنامج للإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، وتدريب الأمهات على التعامل السليم مع أطفالهن.

تألفت عينة الدراسة من (42) طفلة من المتخلفات عقلياً الملحقات بمركز الأمل للإعلاء الفكري بمدينة جدة بالمملكة العربية السعودية، وتراوح أعمارهم بين (9-14) سنة، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين التجريبية والمضابطة وبلغ عدد الأفراد في كل مجموعة (21) طفلة، وتم مجانسة المجموعتين في العمر الزمني، ونسبة الذكاء، والاضطراب.

استخدمت الدراسة اختبار ستانفورد- بينيه للذكاء بصورة الاربعة المعربة ومقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة لنشاط الحركي لدى الأطفال إعداد العبد علي السيد أحمد والمعد في ضوء(DSM-IV).

وتضمن البرنامج (30) جلسة إرشادية مقسمة إلى ثلاث مراحل. تضمنت المرحلة الأولى (5) جلسات لتبصير الأمهات ببعض المفاهيم مثل الإرشاد الأسري وأهميته وأهم السلوكيات المرغوبة للطفل، وتضمنت المرحلة الثانية (20) جلسة استخدمت خلالها عدد من فنيات الإرشاد الأسري هي: التواصل، وإعادة تصياغة، ولعب الأدوار، والتمنجة، والتجسيد الأسري، والتدريب التوكيدي، إلى جانب التعزيز والتغذية المرودة. وتألفت المرحلة الثالثة من (5) جلسات تم خلالها إعادة تدريب الأمهات على تقنيات المستخدمة في المرحلة السابقة. أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في خفض حدة الاضطراب لدى الأطفال المتخلفين عقلياً.

32- دراسة البصير(2004):التدخل السيكولوجي لعلاج بعض حالات نقص الانتباه لدى عينة من أطفال المدارس الابتدائية(دراسة تجريبية).

هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية التدخل النفسي من خلال برنامج تدريبي يضم مجموعة من التكريرات النفسية التي تقوم على مفاهيم الضبط الذاتي بهدف تحسين مستوى الانتباه لدى عينة من الأطفال مضطربي الانتباه.

تألفت عينة الدراسة من مجموعة من طلاب المدارس الابتدائية المصليين بالاضطراب والمترددين على عيادة علاجية خاصة للعلاج. وقد تحددت بـ 100 أطفال بواقع خمسة أطفال من الذكور وطفلة واحدة يتوزعون على مستويات دراسية مختلفة (2) من الصف الأول و(1) من لصف الثاني و(2) من الصف الثالث و(1) من الصف الخامس الابتدائي.

ولاستخدمت الباحثة قائمة أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي، والبرنامج النفسي لتحسين بعض حالات نقص الانتباه، واختيار بيئته المصورة الرابعة لقياس معامل الذكاء.

أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج المستخدم في إمكانية تحسين مستوى الانتباه لدى عينة الدراسة. وظهر ذلك من خلال تحسن مستوى الانتباه وانخفاض مستوى الاندفاعية وفرط النشاط الحركي بالإضافة إلى تحسن المستوى الدراسي لأطفال عينة الدراسة بشكل عام والذي ظهر من خلال ارتفاع نسب التحصيل الدراسي لدى هؤلاء الأطفال بعد تعرضهم للبرنامج التكريبي.

33- دراسة الخثرمي(2005):تفاعلية طريقة العد في تخفيض الأعراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية تدريب أسر الأطفال الذين يعانون اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في علاج المشكلات السلوكية التي

يعاني منها أطفالهم المضطربون. وتحقيق هدف الدراسة استخدمت طريقة عدد الخطأ للتربية الفعالة الذي طوره فيلان Phelan في الولايات المتحدة الأمريكية والذي يعمل على تدريب الأهل على التربية الفعالة لأبنائهم للتعامل مع السلوكيات السلبية للأبناء من خلال استخدام أسلوب العد لأخطاء الأبناء (1-2-3) إلسي أن يصل الطفل إلى الخطأ الثالث فتكون النتيجة عزل الطفل أو إقصائه عن الشيء الذي يرغب به.

تألفت عينة الدراسة من (24) طفلاً من أطفال الأسر الذين يعانون أبنائهم من الاضطراب تراوحت أعمارهم بين (2-12) سنة.

اشتملت أدوات الدراسة عرض مدلوقة توضح خطوات الطريقة في ورشة تدريبية حول طريقة العد تشمل شرحاً عملياً وعرض البرنامج بالفيديو والكمبيوتر وتتضمن هذه الطريقة عدم مناقشة الطفل بما حدث من أخطاء قبل وبعد الانتهاء من معاقبته إلا في حالة الأخطاء التي تحدث لأول مرة فإن التوضيح للطفل يكون مختصراً وبسيطاً.

أظهرت النتائج فعالية هذه الطريقة من خلال التزام الأسر بخطوات وقوانين الطريقة، وتجنب الوالدين التعامل بالأساليب السلبية كالصرخ، والمجادلة، والعقاب والالتزام بالهدوء، كما أظهرت النتائج تحسن صورة الطفل عن ذاته، وعلاقته بوالديه وبمن حوله، وتحسن في أدائه المدرسي.

34- دراسة بدوي (2005): برنامج إرشادي لتنمية السلوك التوافقي لدى ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه من أطفال الروضة.

هدفت الدراسة إلى تنمية السلوك التوافقي لدى أطفال الروضة من ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه. ويتحقق هذا الهدف من خلال مساعدة الطفل على التخلص من السلوكيات المرتبطة بالنشاط الزائد مثل (حركات اليدين والقدمين الدائمة وعدم الاستقرار في مكان واحد والانتقال من عمل لآخر قبل الانتهاء من

العمل الأول والقيام بأنشطة خطيرة نون تقدير النتائج). وزيادة قبرة الطفل على التركيز والانتباه وال ضبط الذاتي وإدارة السلوك وتنمية قدرته على إنهاء الأعمال المكلف بها. وتنمية مفهوم ذات ايجابي لديه وتنمية قدرته على التفاعل الايجابي مع الأقران من خلال تنمية عدد من المهارات الاجتماعية مثل (احترام الدور وعدم إزعاج الآخرين والتدخل في شؤونهم والإصغاء لما يقوله الآخرون وإتباع التعليمات).

شملت عينة الدراسة (32) طفلاً من أطفال الروضة من الجنسين تم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية عددها (16) طفلاً من الأطفال المضطربين، ومجموعة ضابطة وعددها (16) طفلاً من الأطفال الأسوياء.

وقد تم تطبيق البرنامج بطريفة جماعية ولمدة ستة أسابيع متتالية بواقع ثلاث جلسات اسبوعياً ولمدة ساعة واحدة لكل جلسة .

تضمن البرنامج عدداً من الفعاليات الإرشادية تضمنت التعزيز الايجابي والنمذجة والتدريب على المهارات الاجتماعية وتقدير الذات.

وقد أظهرت النتائج فعالية البرنامج الإرشادي في تنمية لسلوك التوافق لدى الأطفال المضطربين.

35- دراسة قزاقزة(2007):أثر التدريب على المراقبة الذاتية والتسجيل الذاتي في مستوى انتباه الأطفال.

هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية المراقبة الذاتية والتسجيل الذاتي لدى الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه، وينتمون إلى فئات متقاربة في العمر والجنس.

دألت عينة الدراسة من (78) طفلاً ينوزعون بواقع (39) من الذكور و(39) من الإناث في ثلاث فئات عمرية هي: 8، 9، 10 سنوات، وقد تم اختيارهم من بين الأطفال الذين كانوا موضع ملاحظة المعلمين. وتم تقسيمهم إلى

مجموعتين (التجريبية، والضابطة) بحسب متغيري الجنس والفئة العمرية فسي مدارس أريد في المملكة الأردنية .

استخدمت الدراسة مقياس ملاحظة السلوك الإنشائي مستخدماً بقاتمة كورنز للانتباه، ومقياس الملوك التكيفي، ونموذج التسجيل الذاتي.

تضمنت جلسات البرنامج التدريبي (16) جلسة تتوزع على (8) جلسات في الرياضيات و(8) جلسات في اللغة العربية بفترة زمنية مدتها أسبوعان، وقد استغرقت كل جلسة (30) دقيقة تطبق في حصص الرياضيات واللغة العربية.

أظهرت نتائج الدراسة أثر البرنامج التدريبي باستخدام المراقبة الذاتية فسي تحسن مستوى الانتباه لدى الطلبة، وإن التدريب كان مناسباً لكلا الجنسين فسي معالجة مشكلة تصور الانتباه، وزيادة مستوى الإنشاء بالمراحل العمرية المبكرة منها في المراحل المتقدمة، وإن مستوى الاحتفاظ كان أطول وذا فاعلية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

ب- الدراسات الأجنبية.

36- دراسة Erhardt & Baker (1990):فعالية برنامج تدريبي سلوكي للأسرة والأطفال ذوي النشاط الزائد.

هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية البرنامج في تنظيم وخفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد.

تضمنت عينة للدراسة طفلين من الذكور متوسط أعمارهم (5.4) سنة فسي مرحلة ما قبل المدرسة. وقد طبق الباحثان برنامجاً تدريبياً في تنظيم السلوك لمدة (10) أسابيع وبواقع جلستين أسبوعياً وبحضور الوالدين جميع الجلسات وبعد تطبيق البرنامج أظهر الأطفال تحسناً في سلوك النشاط الزائد وتحسن في مفاهيم الوالدين حول الاضطراب مما ساعد على تحقيق تفاعل إيجابي بين الأسرة والطفل.

37-دراسة Paniagua & etal (1990):برنامج تدريبي لتنظيم السلوك الفوضوي المصاحب لاضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه. هدفت الدراسة التعرف إلى فعالية البرنامج التدريبي لتنظيم السلوك الفوضوي باستخدام تصحيح الاستجابة واللعب وأساليب تعزيز مختلفة. أجريت الدراسة على عدد من الحالات الإكلينيكية لأطفال المدرسة الابتدائية من الذكور، وقام الباحثون بعمل جلسات متعددة لتصميمات مختلفة وتم تسجيل السلوكيات غير المرغوب فيها وملاحظة درجة نقصها وانخفاض حدتها لدى هؤلاء الأطفال وأظهرت النتائج فعالية البرنامج في تعديل السلوك الفوضوي وتحسن في الأداء الأكاديمي.

38-دراسة Feierstein (1991):فاعلية برنامج إرشادي في زيادة الانتباه والتحصيل الدراسي لدى الأطفال المضطربين بشقت الانتباه وفرط النشاط.

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي في زيادة الانتباه وخفض النشاط الزائد لتخفيف من حدة أعراض الاضطراب وتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المضطربين. وقد تألفت عينة الأطفال المضطربين من (52) طفلاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. حيث تلقى أطفال المجموعة التجريبية (35) جلسة إرشادية وطبق عليهم اختبار التحصيل الدراسي، بينما طبق على المعلمين والوالدين قائمة شقت الانتباه والنشاط الزائد المأخوذة من التشخيص الإحصائي للجمعية الأمريكية، وقائمة كونرز لملاحظة سلوك الطفل. أظهرت النتائج انخفاض أعراض النشاط الزائد

وأعراض تشتت الانتباه وارتفاع في مستوى التحصيل الدراسي لدى أطفال المجموعة التجريبية مما يشير إلى أن أعراض هذا الاضطراب هي المسؤولة عن انخفاض مستوى التحصيل الدراسي لدى أفراد العينة.

39-دراسة Ghosh & Chattopadhyay (1993):برنامج تعديل السلوك للتعامل مع اضطراب النشاط الزائد.

هدفت الدراسة التعرف إلى فعالية بعض الفئات العلاجية في تعديل سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه.

تكونت عينة الدراسة من (15) طفلاً يعانون من الاضطراب في مسن (7) سنوات، وقد استخدمت الدراسة فئات التعزيز الإيجابي وبعض برامج التعديل ومبادئ بريماك وتكلفة الاستجابة وتم تنفيذ البرنامج في مدة (12) أسبوع بواقع جلستين أسبوعياً.

لظهرت نتائج الدراسة تحسناً ملحوظاً في الأداء الأكاديمي وفي السلوكيات التي تميز النشاط الزائد وقصور الانتباه (عدم الطاعة، وعدم تكلمة المهام، والتعاون، والسلوك الاجتماعي)والذي أدى بدوره إلى خفض النشاط الزائد لدى الأطفال.

40-دراسة Copeland (2002):عملية التكيف ونظور الوظائف الإجرائية عند أطفال ماقبل المدرسة ذوي تشتت الانتباه وفرط النشاط في برنامج الطفولة المبكرة(هيد ستارت).

هدفت الدراسة إلى توضيح عملية التكيف من خلال التحقيق من علاقة متغيرات ثلاثة هي: تصور في الكف السلوكي ونمو الوظيفة الإجرائية، عملية التكيف كما تعرفها النظريات الاجتماعية، وبيئة هيد ستارت للطفولة المبكرة(وهو برنامج اعتم بتحديد احتياجات الأطفال الصغار ذوي تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي لتهتموا علمياً واجتماعياً في المدرسة).

تكونت عينة الدراسة من ستة أطفال مضطربين تم اختيارهم للمشاركة في دراسة لحالة كما ضمت مملاتهم ومجموعة من الأطفال الأسوياء البالغ عددهم (47) طفلاً من أربعة فصول التي اختبرت منها حالات الأطفال المضطربين.

واستخدمت للدراسة برنامج هيد ستارت وأسلوب الملاحظة. حيث تمت ملاحظة كل مشارك لمدة (915) ساعة كما استخدمت المقابلة الشخصية للمعلمت.

أظهرت النتائج إن الأطفال المضطربين الذين تعرضوا لخبرة العزل الاجتماعي والرياضي في برنامج هيد ستارت كانوا أقل مشاركة مع الأقران مقارنة مع الأطفال الأسوياء، وأشارت إلى دور المعلمت في التأثير في قصور لمنع السلوكي في عمليات التكيف وتشجيع نمو الوظائف الإجرائية، كما أشارت إلى دور عوامل البيئة الأخرى في عمليات التكيف للأطفال في برنامج هيد ستارت، وتبين أن عملية التكيف لأطفال ما قبل المدرسة من المضطربين تتأثر في القصور بالكف السلوكي والتمصر في الوظائف الإجرائية.

41- دراسة Corrin (2003): تدريب مجموعة الأطفال مع الوالدين وتدريب مجموعة الأطفال للأطفال الصغار ذوي تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي.

هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية تدريب الوالدين مع أطفالهم المضطربين في تحسين السلوكيات الخارجية للطفل والمهارات الاجتماعية ومفهوم الذات والضيوط الولدية والكفاءة الوالدية.

اشتملت عينة الدراسة على (55) أسرة لأطفال مضطربين تم اختيارهم عشوائياً وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، أحدهما تدريب الطفل بمفرده، والثانية تدريب الوالدين بصحبة الطفل. وتراوحت أعمار الأطفال بين (4.5-8.5) سنة.

استخدمت للدراسة برنامجين علاجيين الأول اعتمد على التعلم الاجتماعي ومبادئ نظرية لعب الطفل واستخدمت فترات التمدح ولعب الأدوار والتدريب السلوكية. وذلك لتحسين المهارات الاجتماعية والاندفاعية وإدارة الغضب وتم

تطبيقه على مجموعة تربية الأطفال والبرنامج الثاني الذي اعتمد على منهج باركلي Barkley في تربية الوالدين.

أظهرت النتائج فعالية البرنامجين من خلال انخفاض الداف في سلوكيات الطفل الخارجية ومعيوم الذات، وظهر أيضاً أن تربية الوالدين والأطفال كان أكثر فاعلية من تربية الأطفال بمفردهم في تحسين السلوكيات المشككة للطفل، وقد أوصت الدراسة استخدام طريقة تربية الوالدين مع الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة.

تعقيب على الدراسات التي تناولت برامج علاجية لخفض حدة الاضطراب: يتضح من عرض الدراسات السابقة العربية والأجنبية أنها تناولت برامج إرشادية متنوعة (أسرية، وتربوية، وسلوكية، وسلوكية معرفية) لخفض حدة اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط وقد اختلفت النتائج المستهدفة التي طبقت عليها هذه البرامج، فمنها ما ركزت على إرشاد وتدريب أسر الأطفال المضطربين فقط، ومنها ما ركزت على الأطفال المضطربين أنفسهم، بينما ركز القسم الآخر من الدراسات على تربية الأسر والأطفال للمضطربين معاً، وفي البحث الحالي سيتم استخدام البرنامج السلوكي الذي يركز على الأطفال المضطربين أنفسهم وبما يتفق مع بعض الدراسات التي أشارت إلى إمكانية تعديل سلوك الأطفال المضطربين في مرحلة الروضة عند التعامل معهم بشكل مباشر كدراسات (المواقي، 1995)، و(البصير، 2004)، و(بديوي، 2005)، و(Feierstein، 1991)، و(Ghosh&Chattopadhyay، 1993)، و(Copeland، 2002)، و(Corrin، 2003).

استخدم في برامج الدراسات السابقة فنيات متنوعة حيث تم التركيز في البرامج الإرشادية على فنيات (التعلم بالنموذج، ولعب الدور، والتعزيز الإيجابي، والتلقين، والإقناع) كدراسات (الطائب، 1987)، و(بخش، 2001)، و(بديوي، 2005). أما في البرامج السلوكية فقد استخدمت فنيات (التعزيز بأنواعه، والتعاقد التبادلي، والتدريب المطلق، وتكلفة الاستجابة، وتشكيل السلوك، والحث والتلقين) كدراسات (المواقي، 1995)، و(البصير، 2004)، و (Erhardt&Baker، 1990).

و(1990،Paniagua&cetal)و(Corr'in,2003). أما في البرامج السلوكية المعرفية فقد استخدمت فنيات (الامترحاء، ونضبط الذاتي، والمراقبة الذاتية، والتسجيل الذاتي، والتعلم بالنموذج، ولعب الدور) كدراسات (المسطحية،1997)، و (ديبس والسماووني،1998)، و (شقيز،1999)، و (فراقزة،2007). وسيركز البحث الحالي على فنيات سلوكية متنوعة (كالتعزيز بأنواعه، ولحث والتلقين، والنمجة، وتشكيل السلوك) وهي الفنيات التي تتناسب مع طبيعة المرحلة العمرية لأطفال ما قبل المدرسة التي أثبتت فاعليتها عند استخدامها في الدراسات السابقة لخفض حدة الاضطراب عند الأطفال كدراسة.

استخدمت غالبية البرامج في الدراسات السابقة تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة، وهذا ما سيعتمده البحث الحالي في اختبار التصميم التجريبي.

تراوحت أعداد الأطفال في برامج الدراسات العربية بين (6-66) كدراسات (الطائب،1987)، و(الموفى،1995)، و (المسطحية،1997)، و(شقيز،1999). وكانت أعدادهم في برامج الدراسات الأجنبية بين (2-52) طفلاً وطفلة كدراسات (Erhardt&Baker،1990)، و(Feierstein،1991)، و(Copeland،2002). وقد بلغ عدد الأطفال الذين طبق عليهم البرنامج في البحث الحالي (22) طفلاً وطفلة بما يتناسب وطبيعة البحث التجريبي.

تراوحت أعمار الأطفال المضطربين في برامج الدراسات السابقة بين (9-14) سنة في البرامج الإرشادية، و(4-8) سنة في البرامج السلوكية، و(8-15) سنة في البرامج السلوكية المعرفية. مما يشير إلى ملائمة البرامج السلوكية للأعمار الصغيرة في عمر مرحلة الروضة وهذا ما يتفق مع البرنامج الذي اختترته الباحثة في البحث الحالي.

تباينت البرامج في الدراسات السابقة في عدد جلساتها والوقت المستغرق لتطبيق الجلسات، فقد تراوحت الجلسات بين (12-30) جلسة ويواقع جلستين إلى

ثلاث جلسات اسبوعياً. وسيتم مراعاة هذا العدد في الجلسات والأوقات التزاماً
لها بما يتناسب وظروف الأطفال في الروضة وعدم شعورهم بالملل والمحافظة
على تفاعليم الإيجابي مع الباحثة.

الفائدة من الدراسات المسابقة:

أعدت الباحثة من الدراسات مسابقة ما يلي:

1- إن الاضطراب ينتشر بين الأطفال لعدين وغير العاديين في مرحلة ما قبل
المدرسة وأنه ينتشر بنسبة أكبر عند الذكر منه لدى الإناث. وهذه مشكلة
تتطلب الوقوف عندها ووضع الحلول الناجمة لها.

2- أهمية الكشف المبكر عن الاضطراب في المراحل المبكرة من عمر الطفل .

3- أهمية إعداد مقياس تشخيصي للاضطراب في البيئتين المنزلية والمدرسية يتناسب
مع المرحلة العمرية للحد من تأثيراته السلبية على مظاهر النمو المختلفة .

4- الاعتماد على ملاحظات وتقديرات التربيات والأمهات معاً في تشخيص
الأعراض السلوكية الدالة على الاضطراب عند الأطفال.

5- ضرورة التعرف على الأعراض الرئيسية والثانوية المصاحبة للاضطراب،
والخصائص التي يشتم بها الأطفال المضطربون.

6- ارتباط الاضطراب ببعض المظاهر المعرفية، والأسرية، والاجتماعية، والجسمية،
وآثارها السلبية على حياة الطفل مما يستدعي الاهتمام بالاضطراب.

7- أوضحت الدراسات السابقة فاعلية البرامج المتنوعة في خفض حدة الاضطراب
وخاصة البرامج السلوكية منها في عمر ما قبل المدرسة معاً يستدعي أن يكون
البرنامج في البحث الحالي متنوعاً لا يقتصر على جانب واحد فقط.

8- أهمية تطبيق البرنامج السلوكي لتعديل سلوك الأطفال المضطربين في خفض
حدة الاضطراب لدى الأطفال في مرحلة الروضة.

9- استرشدت الباحثة بنتائج الدراسات السابقة في اختيار الفنيات المناسبة
للبرنامج في البحث الحالي، وفي تحديد طرق وإجراءات هذه الفنيات.

- 10- أُنشئت الباحثة من الدراسات السابقة في وضع وصياغة فروض البحث الحالي.
- 11- أهمية إعداد برامج إرشادية لأسر الأطفال المخطوبين لتوعيتهم بالاضطراب، وأسبابه، وأعراضه، وأساليب التعامل معه للتخفيف من معاناتهم.

ثالثاً:فروض البحث:

- 1- يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) قبل وبعد تطبيق البرنامج السلوكي.
- 2- يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) بعد تطبيق البرنامج السلوكي.
- 3- لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي.
- 4- لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب بعد انتهاء تطبيق البرنامج السلوكي ودرجاتهم في التطبيق لمرجاً بعد مرور شهر من المتابعة.
- 5- لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة لمرجاً بعد مرور شهر من المتابعة.

الفصل الرابع

إجراءات البحث

- ❖ منهج البحث.
- ❖ مجتمع البحث.
- ❖ عينة البحث.
- ❖ أدوات البحث.
- ❖ الوسائل الإحصائية.

يشمل الفصل الحالي على الإجراءات التي استخدمت في البحث والتي تضمنت منهج البحث المستخدم، ومجتمع البحث وعينته، والأدوات المستخدمة في قياس وتشخيص اضطراب ثقتك الانتباه وفرط النشاط الحركي، وبرنامج تعديل السلوك، خفض الاضطراب لدى الأطفال والوسائل الإحصائية المناسبة للتحليل.

أولاً: منهج البحث.

يعتمد البحث الحالي على المنهج التجريبي لمعرفة فعالية البرنامج السلوكي في خفض الاضطراب لدى الأطفال على وفق أسلوب تصميم المجموعتين المتكافئتين ذي القياس القبلي والبعدي. مثال أحدهما المجموعة التجريبية وتمثل الأخرى المجموعة الضابطة. ويتطلب هذا التصميم ما يلي:-

1- التوزيع العشوائي للأطفال المضطربين على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

2- تطبيق القياس القبلي على الأطفال المضطربين في كلتا المجموعتين.

3- تقديم المعالجة التجريبية للأطفال (البرنامج السلوكي) في المجموعة التجريبية.

4- تطبيق القياس البعدي لكلتا المجموعتين.

ومن مميزات هذا التصميم يعمل على ضبط الكثير من العوامل التي تؤثر في المدق الداخلي كالتاريخ، والنصح، والاختيار، وأدوات القياس، والاحتمار، والاختيار، وشرب المفوضين، والتفاعل بين هذه المتغيرات (نويدار، 1995: 263) (عيسا وآخرون، 2007: 195-196).

والجدول (1) يوضح تصميم التجريبي المعتمد في البحث.

جدول (1) تصميم المجموعتين المتكافئتين ذي القياس القبلي والبعدي

التوزيع	المجموعة	القياس القبلي	المتغير المستقل	القياس البعدي
عشوائي	تجريبية	ق1	البرنامج السلوكي	ق2
عشوائي	ضابطة	ق1	*	ق2

ثانياً: مجتمع البحث.

لغرض التعرف إلى مجتمع البحث الحالي، راجعت الباحثة قسم إدارة الإحصاء والتخطيط في مكتب التربية والتعليم/ محافظة نجر. وقد تم الحصول من خلاله على إحصائية رياض الأطفال في مدينة نجر والتي اشتملت على (46) روضة تتوزع بولايته (43) روضة أهلية و(3) رياض حكومية تقع في مديريات مركز المحافظة (مسألة، والقاهرة، والمضفر). بلغ مجموع أطفال الروضة صامدة (1983) طفلاً وطفلة بنوعين حسب نوعهم إلى (1110) من الذكور، و(873) من الإناث. وقد تراوحت أعمارهم بين (4و5) سنوات. والحدود (2) يظهر توزيع الأطفال الذين ضمهم مجتمع البحث حسب المديريات والروضات التابعة لها.

جدول (2) توزيع مجتمع البحث بين الروضات وعدد الأطفال

م	اسم الروضة	المديرية	نوعها	عدد الأطفال الذكور	عدد الأطفال الإناث	المجموع
1	زغير الوحدة	صالة	حكومية	105	106	211
2	جبل الأمد	صالة	أهلية	45	25	70
3	فرع جبل الأمد	-	-	28	22	50
4	مكة	-	-	17	26	43
5	التشاورون	-	-	25	19	44
6	التلمية الحديثة	-	-	8	6	14
7	محمد علي عثمان	-	-	9	66	157
8	الأمير الرئيسية	-	-	7	8	15
9	فرع الأمد	-	-	8	7	15
10	الهيضة الحديثة	-	-	34	28	62
11	براعم الوحدة	-	-	13	14	27
12	نور الأمل	-	-	10	7	17
13	نيل التواجية	-	-	13	11	24
14	البن الحديثة	-	-	14	10	24
15	سأ	-	-	24	21	45
16	نور	-	-	18	12	30
17	السيد	-	-	22	29	51
18	الفرجة الدولية	-	-	25	13	45
19	الاستاذ الرئيسية	-	-	9	7	16

10	3	7	-	-	تدبير المدينة	20
47	23	24	-	-	جدة المعارف	21
115	55	60	حكومية	تلاوة	الأول	22
92	44	48	حكومية	تلاوة	ثاني	23
74	34	40	أهلية	التلاوة	الرسالة	24
25	16	9	-	-	تدابير	25
59	26	31	-	-	تدبير الدراسة	26
15	5	10	-	-	الوفاء	27
15	6	9	-	-	السلامة للتعليم	28
15	7	8	-	-	الأشخاص المتواجدين	29
45	16	29	-	-	طهارة	30
48	16	32	-	-	جهد الفرد	31
36	12	24	-	-	الإدارة	32
27	10	17	-	-	سلام	33
7	4	3	-	-	برامج الأقسام	34
17	7	10	-	-	فروع المتبادل	35
19	4	15	-	-	التدبير	36
34	8	26	أهلية	المعلم	المعلم	37
17	5	12	-	-	فروع التدبير	38
7	1	6	-	-	المتبادل	39
40	18	22	-	-	فرشاة	40
21	11	10	-	-	البيئة العراقية	41
65	26	39	-	-	فروع جيل الأسماء	42
27	14	23	-	-	فروع بنات	43
64	25	39	-	-	بنات الفصحى	44
64	35	29	-	-	التفويض	45
11	5	6	-	-	فروع برامج الأقسام	46
1983	873	1110	الإجمالي			
%100	%44	%56	النسبة			

بينين عن التحول (2) أن نسبة الأطفال الذكور تشكل (56%) من المجتمع العام لأطفال الروضات، بينما تشكل نسبة الإناث (44%) منه.
ثالثاً: عينة للبحث.

1-عينة روضات الأطفال.

تعرض لتحديد الأطفال المضطربين في الروضات ثم تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب في (46) روضة توزعت بين مجتمع البحث. وتبين من خلال صلية تطبيق المقياس أن هناك (11) روضة ليس فيها أطفال مضطربون بتشتت الانتباه وفرط النشاط، وروضة واحدة استبعدت عن تزويد الباحث بالمعلومات وأبديت عدم استعدادها لاستكمال الإجراءات وبذلك أصبح عدد الروضات التي تضم أطفالاً مضطربين (34) روضة بلغت نسبتها (74%) من مجموع روضات مجتمع البحث. كما موضح في جدول(3)

جدول (3)

أعداد وأسماء الروضات التي يتوزع فيها الأطفال المضطربون

م	اسم الروضة	التدبيرية	نوعها	عدد الأطفال الذكور	عدد الإناث	المجموع
1	زهرة الوحدة	صالية	حكومية	2	1	3
2	جبل الأمجاد	=	أهلية	3	---	3
3	الأصغر الرئيسية	=	=	4	---	4
4	النهضة الحديثة	=	=	2	1	3
5	براعم الوحدة	=	=	4	---	4
6	القرى الأهلية	=	=	4	---	4
7	حناجر نجر	=	=	3	1	4
8	قلمين الحديثة	=	=	4	---	4
9	سبا	=	=	2	1	3
10	الزود	=	=	3	1	4

4	2	2	-	-	المجد	11
4	1	3	-	-	التركية الدورية	12
4	1	3	-	-	المستقل الوطنية	13
5	1	4	-	-	الجيل الجديد	14
3	1	2	-	-	حطة للمعارف	15
3	1	2	حكومية	القاهرة	الأمل	16
3	1	2	أهلية	-	فرساة	17
2	—	2	-	-	قنابيع	18
8	1	5	-	-	الخبر الرئيسية	19
3	1	2	-	-	الوفاء	20
2	—	2	-	-	الأضواء التونسية	21
6	1	5	-	-	منية	22
4	1	3	-	-	جيل نقد	23
3	—	3	-	-	الإذاعية	24
4	1	3	-	-	سام	25
4	1	3	-	-	براهم الأقصى	26
4	—	4	أهلية	المظفر	النذر	27
4	1	3	-	-	فرع الخبر	28
4	—	4	-	-	الرشاد	29
4	1	3	-	-	الجمعية العراقية	30
4	1	3	-	-	فرع جيل الأجداد	31
4	1	3	-	-	فرع بدر	32
5	1	4	-	-	بدر الرئيسية	33
3	—	3	-	-	الطلوع	34
128	24	104	الإجمالي			

ونظراً لصعوبة جمع الأطفال المضطربين في مكان واحد لتطبيق البرنامج الملوكي تم اختيار (6)روضات بطريقة عشوائية من مجموع الروضات التي شُخص فيها الأطفال المضطربون. كما موضح في جدول (4)

جدول(4)

عينة لروضات وعدد الأطفال الذكور والإناث المضطربين فيها

م	اسم الروضة	المديرية	نوعها	عدد الذكور	عدد الإناث	المجموع
1	المجد	صالة	أهلية	2	2	4
2	الهيمنة العراقية	لمظفر	أهلية	3	1	4
3	الرسالة	القاهرة	أهلية	2	1	3
4	فرع بدر	المظفر	أهلية	3	1	4
5	الأم	القاهرة	حكومية	2	1	3
6	الرواد	صالة	أهلية	3	1	4
	الإجمالي			15	7	22
	النسبة			%14.42	%29.17	%17.19

2-عينة الأطفال.

بعد اختيار عينة الروضات تبين أن عدد الأطفال للمضطربين فيها (22) طفلاً وطفلة منهم (15) ذكر و(7) إناث مثلوا عينة الأطفال المضطربين الذين سيطبق عليهم البرنامج الملوكي والذين توزعوا بين (6) روضات. وقد شكلت نسبة هؤلاء الأطفال (17.19%) من مجموع الأطفال البالغ عددهم (128) طفلاً وطفلة تم تخصيصهم بالاضطراب. وتراوحت أعمارهم بين (4.3-5.9) سنة

ويعتوسط عمري فترة (5.2) سنة وانحراف معياري (0.37). وقد تراوحت درجاتهم على مقياس ستانفورد بينيه للتكاه بين (89-121) بمتوسط وقدره (110.86) درجة وانحراف معياري (8.11).

بعدها تم توزيع هذه الروضات والأطفال المضطربين الذين ينتمون إليها إلى مجموعتين بطريقة عشوائية تضم كل مجموعة (3) روضات مثلت الأولى المجموعة التجريبية ومثلت الأخرى المجموعة الضابطة. وجدول (5) يوضح توزيع الروضات والأطفال المضطربين عينة البحث.

جدول (5)

توزيع الأطفال المضطربين بين المجموعتين التجريبية والضابطة

م	المجموعة	اسم الروضة	عدد الأطفال الكلي في الروضة	عدد الأطفال المضطربين	المجموع
1	التجريبية	المجد	51	4	11
2		اليمينية العراقية	21	4	
3		الرسالة	74	3	
4	الضابطة	فرع بدر	37	4	11
5		الأمل	115	3	
6		الرواد	30	4	
	الإجمالي		328	22	22

- إجراءات تكافؤ أفراد العينة في المجموعتين التجريبية والضابطة.
 أن عملية تحقيق التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة أمر
 بالغ الأهمية. إذ لا بد أن تكون المجموعتان متكافئتين بقدر الإمكان في المتغيرات
 التي قد تؤثر في المتغير التابع (الاضطراب). وللتأكد من أن الفرق في النتائج
 يعزى إلى المتغير المستقل لوحده (البرنامج السلوكي). وقد أشارت بعض
 الدراسات السابقة التي استخدمت تصميم المجموعتين المتكافئتين في تدليبي
 برامجها لخفض حدة الاضطراب إلى أهمية إجراء التكافؤ قبل التطبيق في
 متغيرات: الاضطراب ومجالاته الفرعية، والسكاه، والعمر كدراسات
 (المسطحية، 1997)، و(ديس والمساموني، 1998)، و(السبخش، 2001)،
 و(البصير، 2004).

وتم التحقق من تكافؤ الأطفال في المجموعتين في هذه المتغيرات على
 النحو الآتي:

1- متغير الاضطراب ومجالاته الفرعية (القياس القبلي):

تراوحت الدرجات الكلية للأطفال المضطربين على مقياس تشخيص
 الاضطراب في المجموعتين التجريبية والضابطة بين (106-137) بمتوسط
 حسابي (119.32) وانحراف معياري (9.10).

للتأكد من تكافؤ درجاتهم في لقياس القبلي على مقياس تشخيص
 الاضطراب (الصورة المترسمة) ومجالاته الفرعية (تشتت الانتباه، وفرط النشاط،
 والاندفاعية، والأعراض المصاحبة) استخدم الأسلوب الإحصائي التباين التري
 (مان وقتي) للبيانات المستقلة المتوسطة الحجم* (عودة والخليلي، 2000: 445-
 447) لتتعرف إلى الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في

* يستخدم هذا الأسلوب الإحصائي عندما تكون المجموعة الأكبر تزيد عن (8) أفراد وأقل من (20) فرد.

مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) ومجالاته الفرعية في القياس
القبلي، كما تظهر النتائج في جدول (6)

جدول (6)

قيم مان وتي (U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية و
الضابطة في مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) ومجالاته الفرعية
في القياس القبلي

مستوى دلالة	قيم (U) المستخرجة	مجموع الرتب	عدد أفراد العينة	المجموعة	المتغير
غير دالة	56.5	122.5	11	المجموعة التجريبية	ثبات الإندياء
		130.5	11	المجموعة الضابطة	
غير دالة	48	139	11	المجموعة التجريبية	فرط النشاط
		114	11	المجموعة الضابطة	
غير دالة	56.5	130.5	11	المجموعة التجريبية	الإنطاعة
		122.5	11	المجموعة الضابطة	
غير دالة	48.5	138.5	11	المجموعة التجريبية	الأعراض المصاحبة
		114.5	11	المجموعة الضابطة	
غير دالة	52.5	134.5	11	المجموعة التجريبية	الدرجة الكلية للاضطراب
		118.5	11	المجموعة الضابطة	

قيمة (U) الجدولية=25 عند مستوى دلالة (0.01) وعدد الأفراد (11-11) (عودة والخليلي
2000، 590)

وبين من جدول (6) أن قيم (U) للمستخرجة أكبر من قيمة (U)
الجدولية وبذلك لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين
درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في الاضطراب ومجالاته الفرعية
وهذا يعني أن المجموعتين متكافئتان.

2- متغير الذكاء:

تم التعرف إلى درجات ذكاء الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة من خلال تطبيق مقياس ستانفورد بينيه (الصورة الرابعة المعلقة) تعريب لسويس كامل مليحه. (مليكة، 1998)

وقد تراوحت درجاتهم على هذا الاختبار بين (89-121) بمتوسط حسابي (110.86) وانحراف معياري (8.11).

للتأكد من تكافؤ درجات متغير الذكاء بين المجموعتين استخدم الأسلوب الإحصائي للابرامتري (مان وتلي) للعينات المستقلة المتوسطة الحجم. كما تظهر النتائج في جدول (7)

جدول (7)

قيمة مان وتلي (U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الذكاء

المتغير	المجموعة	عدد افراد العينة	مجموع الرتب	قيمة (U) المستخرجة	مستوى دلالة
الذكاء	المجموعة التجريبية	11	121.5	55.5	غير دالة
	المجموعة الضابطة	11	131.5		

قيمة (U) الجدولية = 25 عند مستوى دلالة (0.01) وعدد الأفراد (11، 11)

بتبين من الجدول (7) أن قيمة (U) المستخرجة أكبر من قيمة (U) الجدولية وبذلك لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الذكاء. وهذا يعني أن المجموعتين متكافئتان.

3- متغير العمر:

تروحت أعمار الأطفال المضطربين في المجموعتين بين (4.3-5.9) سنة بمتوسط عمري قدره (5.2) سنة والحراف معياري (0.37).

للتأكد من تكافؤ أعمار أفراد المجموعتين استخدم الأسلوب الإحصائي التفاضلي (مان) وتلبي للبيانات المسئلة المتوسطة الحجم. كما تظهر النتائج في جدول (8)

جدول (8)

قيمة مان وتلبي (U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية و

الضابطة في متغير العمر

المتغير	المجموعة	عدد أفراد العينة	مجموع ترتيب	قيمة (U) المستخرجة	مستوى الدلالة
تسمر	المجموعة التجريبية	11	125	59	غير دالة
	المجموعة الضابطة	11	128		

قيمة (U) الجدولية=25 عند مستوى دلالة (0,01) وعدد الأفراد (11*11)

يتبين من للجدول (8) إن قيمة (U) المستخرجة أكبر من قيمة (U) الجدولية وبذلك لا يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين أعمار أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر. وهذا يعني أن المجموعتين متكافئتان.

نتيجة لهذه الإجراءات تم التحقق من تكافؤ أفعال العينة في المجموعتين

التجريبية والضابطة.

رابعاً: أدوات البحث.

لغرض تحقيق أهداف البحث تم إعداد فئتين رئيسيتين هما:

1- مقياس تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي.

لغرض إعداد مقياس تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفراط النشاط الحركي بصورته المدرسية والمنزلية ثم اعتماد الخطوات اللازمة لبناء المقياس النفسية وعلى النحو الآتي:

أولاً: خطوات إعداد مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية)

1- تعريف موضوع القياس وتحديد مجالاته:

تم تعريف الموضوع المراد قياسه وتحديد مجالات تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفراط النشاط بعد اطلاع الباحثة على عدد من المقاييس التشخيصية والقوائم التقديرية للسلوك الذي يظهره الأطفال المضطربون في بيئة الفروضة والتي أشارت إليها الأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة بقياس وتشخيص الاضطراب عند الأطفال وكما يأتي:

1- قائمة (كونرز) لتقدير سلوك الطفل) Conner's Behavior Rating Scale (CBRS) (المعربة والمقتنة من قبل (السيد السمادوني) والمطبقة على البيئة المصرية وتتضمن خمسة مجالات رئيسية هي (العنقية، وعدم القدرة على الانتباه، والقلق، والنشاط الزائد، والاجتماعية) (السمادوني، 1991: 1-24).

2- قائمة (ملاحظة سلوك الطفل) المعد من قبل (المرسي) المطبقة على البيئة المصرية وتتضمن ثلاثة مجالات رئيسية هي (صعوبات الانتباه، الانتفاع، وفراط النشاط) (المرسي، 1995: 1-47).

3- مقياس (انتباه الأطفال وتوابعهم) المعد ولعقن من قبل (البحيري وعجلان) ويتكون من صورتين رئيسيتين هما: صورة المنزل، وصورة المدرسة وقد تضمنت كل صورة أربعة مجالات رئيسية هي (نقص الانتباه، والتصرع، والنشاط المفرط، ومشكلات السلوك) وقد طبق على البيئة المصرية (البحيري وعجلان، 1997: 1-86).

4- مقياس (اضطراب فرط النشاط وضعف الانتباه عند الأطفال) المعد من قبل (فرصن أوزراد) للبيئة العصرية وهو يستند على التليل للتشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية والتي ممارسة العمل المريري، ويتكون من صورتين يطبق الأول من قبل أهل، والثاني من قبل المعلمين لغرض التوصل إلى تقدير دقيق عن الاضطراب بمجالته الثلاثة: (ضعف الانتباه، وفرط النشاط، والانفاجية) (الزرد، 1999: 1-36).

5- مقياس (اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال) المعد من قبل (الميد احمد علي) للبيئة العصرية و يتكون من صورتين رئيسيتين هما: الصورة المدرسية، والصورة المنزلية ونضمت كل صورة ثلاثة مجالات رئيسية هي (ضعف القدرة على الانتباه، وزيادة النشاط الحركي، والانفاجية) (احمد، 1999: 5-24).

6- المقياس للتشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) المعد من قبل الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية و يتكون من صورتين رئيسيتين هما: الصورة المدرسية، والصورة المنزلية ونضمت كل صورة ثلاثة مجالات أساسية لتشخيص الاضطراب هي (ضعف الانتباه، والنشاط الحركي، والانفاجية) (APA, 2000: 268-270).

7- مقياس اضطرابات قصور الانتباه المعدل (ADDES) Attention Deficit Disorders Evaluation Scale-Revised صمم هذا المقياس لتقييم وتشخيص اضطراب قصور الانتباه بمفرده أو المصحوب بالحركة المفرطة للأطفال من (4-18) سنة ويطبق بطريقة فردية وبصورتين منزلية، ومدرسية. يواقع (46)، (60) فقرة على التوالي ويشمل على ثلاثة اختبارات فرعية هي (عدم الانتباه، الانفاجية، الحركة المفرطة) (سيسام، 2002: 42).

8- مقياس النلوس التنشقيصي لاضطرابات أو صعوبات الانتباه المعمد من قبل (فتحي مصطنفى الزيات) (الزيات،2006: 14).

ب- اطلاع الباحثة على بعض الأبيبات والدراسات السابقة التي تناولت الاضطراب عند الأطفال حيث تم الإفادة منها بإضافة مجال الأعراض المصاحبة للاضطراب

كـ (سيسالم،2001)، و (شقيقر،2002)، و(عميد المعطى،2003)، و(النخشمى،2004)، و(اليوسفى،2005)، و(NIMH،2006)، و(خليفة وعيسى،2007).

ومن خلال الإجراءات السابقة تم تحديد المجالات الرئيسية للمقياس وهي:

- 1- مجال تشتت الانتباه.
 - 2- مجال فرط النشاط الحركي.
 - 3- مجال الانتفاعية.
 - 4- مجال الأعراض المصاحبة. ملحق(1)
- ولغرض التأكد من صلاحية تعريف الاضطراب ومجالات قياسه عرض على عدد من المحكمين المختصين فى التربية وعلم النفس لبيان آرائهم فيها. ملحق(2)
- وقد تبين من استجابات المحكمين أنهم متفقون بنسبة 100% على صلاحية تعريف الاضطراب والمجالات الأربعة التي أعدت لقياس الاضطراب المعروضة عليهم وبذلك عدت هذه المجالات الأربعة صالحة لقياس ما وضعت لقياسه.
- ج- صياغة فقرات مجالات المقياس:

لغرض ضمان صياغة فقرات مناسبة للمجالات الأربعة التي تم تحديدها للمقياس قامت الباحثة بإتباع الخطوات الآتية:

- 1- الاطلاع على الفقرات التي أوردتها المقياس والقوائم السلوكية التي شخصت الاضطراب فى البيئة المدرسية.
- 2- الاطلاع على الأدبيات والدراسات التي تناولت الاضطراب.

3- إجراء المقابلات مع بعض المربيات العاملات في رياض الأطفال الحكومية والأهلية في مدينة نجر لتحديد بعض الخصائص السلوكية التي يتم بها الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي للتعرف على الخصائص السلوكية التي يمكن أن يظهرها الطفل المضطرب أثناء وجوده في الروضة والتي يمكن الإفادة منها في صياغة بعض فقرات للمقياس في الصورة المدرسية التي تطبق في الروضة.

في ضوء الإجراءات السابقة تم صياغة (56) فقرة بصورتها الأولية توزعت بين مجالات (تشتت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية، والأعراض المصاحبة) بواقع (14،16،13،13) فقرة على التوالي في الصورة المدرسية للمقياس، ملحق (1)

وقد تبنت الباحثة طريقة ليكرت Likert في بناء المقاييس النفسية وذلك لعدة أسباب أهمها : (Melhrens&Lehman,1984:241) (Anastasi,1976:550)

- 1- سهولة البناء والتصحيح.
 - 2- توفر مقياساً أكثر تجانساً.
 - 3- تسمح للمستجيب بأن يؤثر درجة أو شدة مشاعره.
 - 4- تظهر التباين بين المستجيبين بوضوح.
 - 5- تساعد في التأكد من أن جميع العبارات تقاس شيئاً واحداً.
 - 6- لا تحتاج إلى عدد كبير من المحكمين.
 - 7- طريقة مرنة في القياس.
 - 8- يظهر التباين فيها بشكل جيد.
- وكان روعي في صياغة كل فقرة من الفقرات أن تكون بصيغة الغائب، مع تجنب استخدام صيغة نفي النفي لكي لا يترك المستجيب لها، ولا تحتمل أكثر من تفسير واحد (أبو غلام وشريف، 1989: 134).

صلاحية الفقرات:

لغرض التعرف إلى مدى صلاحية صياغة الفقرات بصورتها الأولية وعددها (56) فقرة عرضت على مجموعة من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس والطب للحكم على مدى مناسبتها في قياس كل مجال من مجالات المقياس في الصورة المدرسية، ووضوح صياغتها، ومدى ملائمة بدائل الإجابة عنها، والتعديل المناسب لها أن وجد، ملحق (2)

وفي ضوء استجابات الخبراء المختصين والمناقشات التي جرت معهم حذفنا، وعدلت، وأضفنا، وحولنا بعض الفقرات، كما موضح في جدول (9)

جدول (9)

مجالات المقياس (الصورة المدرسية) وعدد الفقرات المحذوفة والمعدلة والمضافة والمحوطة

الجدول	أرقام الفقرات المحذوفة	أرقام الفقرات المعدلة	أرقام الفقرات المضافة	أرقام الفقرات المحفوظة	مجموع فقرات الجدول بعد التعديل
تشخيص الانبعاث	12، 7	6، 3	---	---	12
فرط النشاط	30، 24، 18	20، 17	---	---	13
الانفعالية	---	39، 36	---	43، 42 الأعراض المصاحبة	11
الأعراض المصاحبة	---	53، 50، 46، 45	43، 42	---	15
المجموع الكلي لفقرات المقياس					51

وبعد عملية الحذف والتعديل والإضافة والتحويل لبعض الفقرات أصبح عدد فقرات المقياس (51) فقرة تتوزع بين المجالات (تشخيص الانبعاث، وفرط النشاط الحركي، والانفعالية، والأعراض المصاحبة) بواقع (11+13+12، 15) فقرة على التوالي. ملحق(3)

تم عرضت للتبدلات والإضافات، وتعليمات المقياس على مجموعة ثانية من الخبراء المختصين في التربية وعلم نفس. ملحق (4) بهدف فتأكد من وضوح التعليمات وصلاحيه الإضافات والتبدلات التي تمت على صورة المدرسية للمقياس وبناءً على ذلك الإجراء حصلت جميع الفقرات على نسبة اتفاق تتراوح بين (90%-100%) وبذلك أصبح عدد الفقرات الخاضعة للتحليل (51) فقرة توزعت بين مصالوات المقياس (نشئت الانتباه، وفرط النشاط، والانتفاعية، والأعراض المصاحبة) بواقع (12 + 13 + 11 + 15) فقرة على التوالي.

هـ- الدراسة الاستطلاعية الأولى:

أجريت الدراسة الاستطلاعية الأولى على عينة طبقية عشوائية متكافئة بلغ عدد أفرادها (200) معلماً وطالبة من المجتمع الأساسي للبحث. يتوزعون تبعاً للوعهم إلى (112) من الذكور، و(88) من الإناث، وتشكل نسبة هذه العينة (10%) من مجموع الأطفال الذكور والإناث الستين يتوزعون علىروضات منضج البحث. وكما يظهر في جدول (10)

جدول (10)

توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية الأولى الذين تم اختيارهم لإعراض بناء مقياس تشخيص الاضطراب

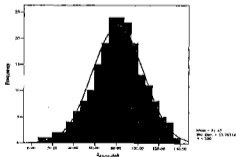
م	اسم الروضة	المديرية	نوعها	عدد الأطفال الذكور	عدد الأطفال الإناث	المجموع
1	زهور الوحدة	صفاة	حكومية	11	11	22
2	جبل الأمجد	-	أهلية	5	3	8
3	فرع جبل الأمجد	-	-	3	2	5
4	مكة	-	-	2	3	5
5	المتنيزون	-	-	3	2	5
6	التعليمية الحيتة	-	-	1	1	2
7	محمد علي عثمان	-	-	9	6	15
8	الأسرار فرنسية	-	-	1	1	2
9	فرع الأسرار	-	-	1	1	2
10	النهضة الحديثة	-	-	4	2	6

2	1	1	-	-	براعم الوحدة	11
2	1	1	-	-	أفرا الأمانة	12
2	1	1	-	-	تمز قنوجبة	13
2	1	2	-	-	الهن الحديثة	14
5	2	3	-	-	سبا	15
3	1	2	-	-	الورد	16
4	2	2	-	-	المجد	17
4	1	3	-	-	التركية للولاية	18
2	1	1	-	-	المستقبل الوطنية	19
1	0	1	-	-	الجيل الجديد	20
5	2	3	-	-	جدة المعارف	21
11	5	6	حكومية	القاهرة	الأمن	22
9	4	5	-	-	أروى	23
7	3	4	أهلية	-	الرسالة	24
3	2	1	-	-	النباح	25
6	2	4	-	-	الخير الرئيسية	26
2	1	1	-	-	الوفاء	27
2	1	1	-	-	السلامة الصغير	28
2	1	1	-	-	الأضواء القنوجبة	29
4	2	2	-	-	طيبة	30
5	2	3	-	-	جيل الفخ	31
3	1	2	-	-	الإبداعية	32
2	1	1	-	-	سام	33
0	0	0	-	-	براعم الأمل	34
2	1	1	-	-	فرع الطاقم	35
1	0	1	-	-	التجرب	36
3	1	2	أهلية	المطفر	السلام	37
2	1	1	-	-	فرع الخير	38

39	المتأمل	-	-	1	0	1
40	فرشاد	-	-	2	2	4
41	قوسية العريفة	-	-	1	1	2
42	فرع جوار الأسود	-	-	4	3	7
43	فرع بدر	-	-	2	1	3
44	بدر الرئيسية	-	-	3	3	6
45	فخارح	-	-	2	4	6
46	فرع براعم الأضراس	-	-	1	1	2
الإجمالي		112	88	200		
النسبة		%56	%44	%100		

بعدها طبق عليهم مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المترسبة) وقامت مربيات الأمتال في الروضة بالإجابة بزيادة عنهم. والفرض من هذا الإجراء هو تطبيق فرق لـمقياس إحصائياً، وبعد تطبيق المقياس وحساب درجات أسوأ عينة لدراسة الاستطلاعية الأولية تبين أنها توزعت بيانياً على النحو المعروض في شكل (1).

شكل (1) إتوزيع درجات عينة الدراسة الاستطلاعية الأولية بيانياً على مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المترسبة)



يبين من الشكل (1) أن درجات العينة على الصورة المدرسية تروحت بين (12-135) درجة بمتوسط حسابي (81.47) والحراف معياري قدره (23.79) وتفرطح (-0.29) وفتواء (0.02).

ولما كان توزيع درجات العينة يقترب من التوزيع الاعتيادي قامت الباحثة باستخدام الإحصاء البارامتري في الخطوات اللاحقة من عملية لتحليل الإحصائي لل فقرات.

و-تحليل الإحصائي لل فقرات:

تعد عملية تحليل فقرات إحصائياً خطوة أساسية في بناء المقاييس النفسية، وأن الهدف الأساسي من التحليل هو الإبقاء على الفقرات المميزة، والصادقة، والثابتة في المقاييس.

ولغرض إجراء عملية تحليل فقرات مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) استخدمت الباحثة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وذلك بغرض استخراج القوة التمييزية، والصدق، وثبات المقاييس وكالاتي:

1-القوة التمييزية لل فقرات:

أشار أوبل (Ebel) إلى أن الهدف من تحليل الفقرات هو الإبقاء على الفقرات المميزة في المقياس (عودة ، 1985 : 26) ويعد تحليل الفقرات بأسلوب المجموعتين المتطرفتين Contrasted Groups (للمجموعة العليا، والمجموعة الدنيا) أسلوباً مناسباً، يستخدم لأغراض التمييز (الزويبي وآخرون ، 1988 : 79).

ولغرض معرفة القوة التمييزية بهذا الأسلوب اتبعت الخطوات الآتية:

أولاً- تحديد الدرجة لكتابة للمقياس عند جميع الأطفال.

ثانياً- ترتيب درجات الأطفال تنازلياً من أعلى درجة إلى أدنى درجة.

ثلثاً-اختبرت نسبة (27%) من أعلى الدرجات في العفاص، ولد (27%) من الدرجات الدنيا، وبذلك تم تحديد مجموعتين متطرفتين بأحجام واصلصى نمايز ممكن. (Mehrens&Lehmann,1984:192) وفي ضوء هذه النسبة بلغ عدد الأطفال في كل مجموعة (54) طفلاً وطفلة.

رابعاً- تطبيق اختبار (ت) t - test لعينتين مستقلتين متساويتين لاختبار دلالة الفرق بين المجموعتين العليا والدنيا في الإجابة عن كل فقرة، وعدت القيمة الناتية مؤشراً لتمييز كل فقرة.

نتيجة للتحليل الإحصائي تبين أن جميع فقرات مقياس تشخيص الاضطراب في الصورة النميرية كانت دالة عند مستوى دلالة (0.01) ماعدا الفقرة (20) التابعة لمجال فرط النشاط التحركي كانت دالة عند مستوى (0.05) وكما موضح في جدول (11).

جدول(11)

نتائج اختبار (ت) لفقرات مقياس تشمت الانتباه وفرط النشاط بين المجموعتين العليا والدنيا(الصورة النميرية)

القيمة التائية مستفجرة	27% هنا ن= (54) طفلان		27% هنا ن= (54) طفلان		الرقم الفقرات	مجالات المقياس
	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط		
**7.259	0.875	0.907	0.953	2.158	1	شمت الانتباه
**10.38	0.718	0.444	0.953	2.13	2	
**7.519	0.592	0.37	1.037	1.593	3	
**6.446	0.74	0.593	1.155	1.796	4	
**11.39	0.795	0.519	0.811	2.278	5	
**7.542	0.727	0.667	0.968	1.926	6	
**10.11	0.591	0.556	0.912	2.13	7	
**7.243	0.92	0.852	0.966	2.167	8	

**3.895	1.523	1.278	0.889	2.037	9	
**5.803	1.439	1.426	0.841	2.481	10	
**10.03	0.955	0.741	0.738	2.389	11	
**9.605	0.843	0.685	0.779	2.185	12	
**7.25	1.104	1.37	0.677	2.648	13	فرط التشغيل المرئي
**6.759	0.998	1.056	0.878	2.278	14	
**7.149	0.953	1.185	0.813	2.407	15	
**6.993	1.11	1.222	0.72	2.481	16	
**4.203	1.139	1.204	0.96	2.056	17	
**7.185	0.921	1.019	0.873	2.259	18	
**5.111	1.04	1.444	0.831	2.37	19	
*2.098	1.194	1.5	1.098	1.963	20	
**3.446	0.96	2.056	0.76	2.63	21	
**6.01	1.047	1.815	0.538	2.778	22	
**7.636	1.017	0.852	0.867	2.241	23	
**8.813	0.988	0.926	0.767	2.426	24	
**7.904	1.089	1.056	0.662	2.426	25	
**6.721	1.088	1.204	0.74	2.407	26	التفافية
**10.44	0.861	0.778	0.738	2.389	27	
**11.62	0.877	0.796	0.665	2.537	28	
**5.248	1.109	1.574	0.72	2.519	29	
**7.034	0.891	1.13	0.914	2.352	30	
**5.754	1	0.981	1.04	2.111	31	
**2.708	1.068	1.87	0.92	2.389	32	
**5.71	0.925	1.444	0.926	2.463	33	
**7.166	0.824	1	0.994	2.259	34	
**8.297	0.933	0.815	0.899	2.378	35	
**7.18	0.841	0.833	0.976	2.093	36	
**9.076	0.839	0.889	0.878	2.389	37	الأعراض المصاحبة
**7.884	0.937	1.093	0.763	2.389	38	
**5.819	0.945	1.212	0.94	2.278	39	

**7.412	0.91	0.759	0.984	2.111	40
**7.583	0.926	0.537	1.073	2.019	41
**6.952	0.816	0.784	0.976	1.907	42
**7.043	0.793	0.556	1.047	1.815	43
**8.781	0.693	0.463	0.953	1.87	44
**8.417	0.771	0.519	1.019	1.981	45
**6.325	0.947	0.833	1	2.019	46
**8.18	0.994	0.741	0.91	2.241	47
**7.577	0.907	0.685	0.921	2.019	48
**4.906	0.769	0.444	1.235	1.426	49
**6.451	0.816	0.444	1.102	1.648	50
**5.471	0.787	0.722	1.119	1.741	51

**دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.01)

*دقة عند مستوى دلالة إحصائية (0.05)

2- صدق المقياس :-

أن المقياس الصادق هو لمقياس الذي يحقق الوظيفة التي وضع من أجلها الاختبار، والدرجة التي يكون فيها قادراً على تحقيق أهداف محددة تتمثل في قياس الظاهرة المدروسة (Stanley&Hopkins,1972:101) ، والصدق يدل على قياس الفقرات لما يفترض أن تقومه (Oppenheim,1973:69-70) . وقد تم للتحقق من صدق مقياس تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي (الصورة المنرسية) من خلال الطرق الآتية:

أ- الصدق الظاهري:

لتحقيق هذا الصدق عرضت فقرات المقياس على مجموعة من الخبراء والمختصين للحكم على مدى صلاحية العبارات، ومدى انتمائها للمجال، ومدى ملائمة البدائل للفقرات، وتعديل الفقرات التي تحتاج إلى تعديل، ويستخدم هذا النوع من الصدق للتأكد من أن الفقرات تقيس ما وضعت لقياسه (الطبيب، 1990:

293). وهو مدى قياسها وتشخيصها لاضطراب نشأت الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى أطفال الروضة.

وقد تحقق هذا النوع من الصدق في المقياس عندما عرضت فقراته على مجموعة من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس لغرض تقييمها. ملحق (4)
ب- صدق البناء:

وبقصد به تحليل درجات المقياس استناداً إلى البناء النفسي لتضاهية المقاسه (Stanley&Hopkins,1972:111).

وهو عبارة عن المدى الذي يمكن أن يقرر بموجبه أن للمقياس يقيس بناءً نظرياً محدداً (Anastasia,1976:151).

وقد تحقق صدق البناء من خلال إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة الاستجابة عن الفقرة بالدرجة الكلية على المقياس (معامل الاتساق الداخلي) حيث تعد الدرجة الكلية للمقياس بمثابة قياسات معيارية أنية Immediate Criterion Measures من خلال ارتباطها مع أي من درجات المستجيبين على الفقرات، وبالتالي فإن ارتباط درجة الفقرة مع الدرجة الكلية يعني أن الفقرة تقيس نفس المفهوم الذي يقيسه المقياس (Stanley&Hopkins,1972:111).

وتم حساب الاتساق الداخلي أيضاً من خلال إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة المستجيب على الفقرة ومجالها الفرعي. وفي ضوء هذا المؤشر تم الإبقاء على الفقرات التي أظهرت معاملات ارتباط دالة بالمجال الفرعي الذي تنتمي إليه والدرجة الكلية للمقياس (Anastasi,1976:154).

وأظهرت النتائج أن جميع معاملات الارتباط بين الفقرات ومجالها وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) ماعدا الفقرة (20) كانت دالة عند مستوى دلالة (0.05) عند ارتباطها بالدرجة الكلية وهذا يشير إلى صدق بناء جميع فقرات مقياس تشخيص اضطراب نشأت الانتباه وفرط النشاط الحركي (المصورة المعنوية) وكما يظهر في جدول (12).

جدول (22) قيم معاملات الارتباط بين الفقرات والمجال والفقرات والدرجة الكلية

الفقرات	معدل ارتباط الفقرة بالمجال	معدل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	الفقرات	معدل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	معدل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية
1	**0.68	**0.49	27	**0.49	**0.54
2	**0.88	**0.62	28	**0.62	**0.63
3	**0.67	**0.48	29	**0.48	**0.36
4	**0.41	**0.46	30	**0.46	**0.46
5	**0.79	**0.66	31	**0.66	**0.47
6	**0.66	**0.60	32	**0.60	**0.22
7	**0.79	**0.57	33	**0.57	**0.25
8	**0.59	**0.47	34	**0.47	**0.47
9	**0.47	**0.31	35	**0.31	**0.49
10	**0.65	**0.43	36	**0.43	**0.28
11	**0.69	**0.58	37	**0.58	**0.53
12	**0.66	**0.54	38	**0.54	**0.54
13	**0.53	**0.46	39	**0.46	**0.27
14	**0.55	**0.42	40	**0.42	**0.50
15	**0.62	**0.56	41	**0.56	**0.53
16	**0.66	**0.58	42	**0.58	**0.51
17	**0.45	**0.28	43	**0.28	**0.49
18	**0.49	**0.46	44	**0.46	**0.54
19	**0.50	**0.38	45	**0.38	**0.53
20	**0.39	**0.26	46	**0.26	**0.46
21	**0.41	**0.25	47	**0.25	**0.49
22	**0.63	**0.39	48	**0.39	**0.43
23	**0.57	**0.48	49	**0.48	**0.36

**0.47	**0.51	50	**0.54	**0.63	24
**0.39	**0.45	51	**0.56	**0.72	25
			**0.46	**0.58	26

**دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.01)

كما تم استخراج معامل الارتباط بين مجالات المقياس مع بعضها البعض لمعرفة إسهام كل منها في قياس وتشخيص الاضطراب، ونتيجة لهذا الإجراء تُضح أن جميع معاملات الارتباط بين المجالات كانت موجبة وذلك دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) وكما يظهر في جدول (13). وبهذه الإجراءات تحقق صديق بناء المقياس.

جدول (13) ارتباط مجالات مقياس الاضطراب ببعضها وارتباطها بالدرجة الكلية

الدرجة الكلية	الأعراض المصاحبة	الانقاصية	فرط النشاط	نشأت الانتباه	المجالات
					نشأت الانتباه
				**0.41	فرط النشاط
			**0.54	**0.43	الانقاصية
		**0.46	**0.46	**0.66	الأعراض المصاحبة
	**0.84	**0.75	**0.75	**0.81	الدرجة الكلية

**دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.01)

ج-صدق المحك:-

يشير هذا النوع من الصدق إلى العلاقة بين نتائج الأداة المراد التحقق من صحتها بدلالة محك، ويمكن أن يكون المحك في هذه الحالة أداة أخرى تقيس نفس السمة المراد قياسها (عياض وآخرون، 2007: 263).

ولتفرض تحقيق هذا النوع من الصدق اعتمد صنف السلوك من حيث تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المترسية) مع كل من المقاييس التشخيصية الآتية:

1- المقياس التشخيصي والإحصائي لرابح المعدل (DSM-IV-TR) والمعد من قبل الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية لقياس وتشخيص الاضطراب.

2- قائمة كورنر لتقدير سلوك الطفل Conner's Behavior Rating Scale (CBRS) المعربة والمقتنة من قبل السيد الممارسون لقياس وتشخيص الاضطراب.

وتتمتع هذه المقاييس بدرجة عالية من الصدق وتم اعتمادها كمحكيات أساسية للصدق في دراسات عديدة تناولت الاضطراب عند الأطفال كدراسة (بين والساماروني، 1998: 88-121)، و(احمد و بدر، 1999: 40-154)، و(عبد الله، 2000: 22-41)، و(احمد، 2004: 37-91)، و(بنر، 2005: 167-197).

وقد طبقت هذه المقاييس في نفس الفترة الزمنية التي طبق فيها المقياس بغرض تشخيص الأطفال المتضطرين. وأظهرت نتائج معاملات الارتباط بين هذه المقاييس والمقياس الحالي للبحث وجود علاقة ارتباطية موجبة عند مستوى دلالة (0.01). حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين المقياس التشخيصي والإحصائي لرابح المعدل للجمعية الأمريكية والمقياس الحالي (الصورة المترسية) (0.79)، في حين بلغت قيمة معامل الارتباط بين قائمة كورنر المعربة والمقياس الحالي (الصورة المترسية) (0.78) مما يشير إلى أن المقياس الحالي يتمتع بصدق بدلالة المحك.

3- ثبات المقياس :-

يحق الثبات الاتساق في نتائج الاختبار (Marshall, 1972: 104) والمقياس الثابت هو المقياس الذي يمكن الاعتماد عليه (Kettinger, 1973: 425).

و قد تم استخراج ثبات المقياس الحالي بطريقة التجزئة النصفية وكالتالي:

❖ طريقة التجزئة النصفية :-

لغرض استخراج الثبات بهذه الطريقة، قُسمت فقرات مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) إلى نصفين أعلى وأدنى وتلتحق من جانب النصفين قبل استخراج الثبات بهذه الطريقة استخرجت النسبة الفائية F-Ratio (Ferguson&Takane,1989:203).

حيث بلغت قيمة النسبة الفائية المحسوبة بين درجات النصفين في المقياس (الصورة المدرسية) (1.06) وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) عند مقارنتها مع القيمة الجدولية وبذلك تحقق شرط التجانس بين النصفين، بعد ذلك استخرج معامل ارتباط بيرسون بين درجات النصفين فبلغ (0.75)، وبستخدم معادلة جتمان التصحيحية بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (0.86) وهي قيمة عالية وتدل على معامل ثبات جيد (البياتي وأشميسوس، 1977: 204) (عبد الهادي وفاروق، 1994: 227) .

وبلغس الطريقة استخراج الثبات لمجالات مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) وقد تراوح الثبات بين المجالات الأربعة للمقياس (0.77 - 0.80) وهي قيم جيدة ودالة على ثبات جيد لمجالات المقياس وكما يظهر في جدول (14).

جدول (14)

معاملات ثبات بطريقة التجزئة النصفية (الصورة المدرسية).

الفرق	الأعراض	الانتفاع	فرط	نشبت	المجال
التقي	المصاحبة		التشاؤم	الانقراض	الطريقة
0.75	0.63	0.64	0.65	0.67	ارتباط بيرسون (قبل التصحيح)
0.86	0.77	0.78	0.79	0.80	ثبات (بعد التصحيح) بمعادلة جتمان التصحيحية

4- طريقة تصحيح المقياس:-

تم تصحيح مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) والذي يحتوي على (51) فقرة بإعطاء درجة تتراوح بين (0- 3) لكل استجابة. فإذا كانت الاستجابة على التبدل لا يحدث يحصل الطفل على (0) درجة، ويحدث نادراً (1) درجة، ويحدث أحياناً (2) درجة، ويحدث دائماً (3) درجة. وبما أن للمقياس يحتوي على (51) فقرة، لذا فإن أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب مساوي (153) وأدنى درجة (0) والدرجة المتوسطة (76.5) درجة وهي تمثل المتوسط للفرضي للمقياس، وكلما كانت الدرجة عالية كان الاضطراب شديداً والعكس صحيح.

5- الخطأ المعياري للقياس:-

لأغراض التفة في تفسير الدرجات استخرج الخطأ المعياري للقياس فاعتدنا بكون هذا الخطأ قليلاً تكون الدرجات دقيقة. والعكس صحيح (نايلر، 1983: 85). والخطأ المعياري للقياس يعود إلى الاختلاف بين درجات القياس التي تم الحصول عليها والدرجات الحقيقية (Ferguson&Takane,1989:475). وبعد تطبيق معادلة الخطأ المعياري لمقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) تبين أن قيمة خطأ القياس مساوي (0.13) عندما كان معامل الثبات المستخرج بطريقة التجزئة النصفية يساوي (0.86).

لذا فإن لدرجة الحقيقة للمستجيب = درجته على المقياس \pm الخطأ

المعياري للقياس

فإذا حصل الطفل في الصورة المدرسية على الدرجة (115) في مقياس تشخيص الاضطراب فإن درجته الحقيقية هي هذه الصورة تقع ضمن المدى (115 \pm 0.13) أي بين (114.87 - 115.13).

من خلال تلك الإجراءات أصبح مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) بصيغته النهائية يتكون من (51) فقرة موزعة على أربعة مجالات فرعية تمثل اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي. ملحق (5) وتظهر عملية توزيع الفقرات بين المجالات كما في جدول (15).

جدول (15)

توزيع فقرات مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) بين مجالاته

أرقام الفقرات	المجال
1- 12	تشتت الانتباه
13- 25	فرط النشاط
26- 36	الاندفاعية
37- 51	الأعراض المصاحبة

ز- الدراسة الاستطلاعية الثانية:

أجريت لدراسة الاستطلاعية الثانية بهدف التعرف إلى مدى وضوح التعليمات والفقرات من حيث الصياغة والمعنى، ومتوسط الوقت المستغرق في الاستجابة عن فقرات المقياس.

شملت هذه الدراسة (15) طفلاً وطفلة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة من بين (4) روضات تم اختيارها عشوائياً. وقد تولت المربيات مهمة تقدير سلوك الأطفال. وكما موضح في جدول (16).

جدول (16)

توزيع الأطفال بين عينة دراسة الاستطلاعية الثانية .

م	أسم الروضة	أعداد الأطفال
1	روضة جنة المعارف	4
2	روضة الأمداد	3
3	روضة محمد علي عثمان	4
4	روضة زهور الوحدة	4
	الإجمالي	15

وقد دافعت الباحثة المربيات عن مدى وضوح التعليمات والفقرات الواردة في المقياس، ويهدف حساب الوقت المستغرق في الاستجابة، تبين من خلال هذا التطبيق أن التعليمات والفقرات كانت واضحة وإن متوسط لوقت المستغرق في الاستجابة على المقياس تتراوح بين (20- 25) دقيقة.

ح- التطبيق النهائي للمقياس:

لغرض تشخيص الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط، والأطفال المضطربين الذين سيخضعون لبرنامج تعديل السلوك خاصة، تم تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) بصورته النهائية على الأطفال بالاستعانة بالمربيات في الروضة.

حيث طلب من المربيات الحاضرات مع الأطفال لفترة تتراوح من (4-5) أشهر على الأقل تشخيص الأطفال الذين يظهرون سلوكاً يتسم بتشتت الانتباه وفرط نشاطهم الحركي بصورة واضحة داخل الفصل وبشكل ملائم للنظر.

وتتفق هذه الإجراءات مع الشروط التي أوردتها الأدلة لتشخيصي والإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية والتي تمت الإشارة إليها في فصل الخلفية النظرية في محور تشخيص الاضطراب (APA, 2000:269-271). بعد ما طلب من كل مربية أن تقرر سلوك الأطفال من قبلها. وبعد ذلك الإجراءات جمعت الاستجابات من المربيات لغرض تحديد الدرجة الكلية لكل طفل. حيث يعد الطفل مضطرباً إذا حصل على الدرجة (102) فما فوق من مجموع (153) أي بنسبة (0.67) من الدرجة الكلية للمقياس. وهي النسبة المعتمدة في تشخيص الاضطراب كما ورد في الأدلة التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والذي اعتمد في دراسات عديدة أجريت لإغراض تشخيص الاضطراب عند الأطفال كدراسات (ديبسون والسامانوي، 1998)، (احمد و بنز، 1999)، (احمد، 2000)، (عبد الله، 2000)، (بدر، 2005)، (القطبي، 2005).

ثانياً: الخطوات: إعداد مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية)

لغرض إعداد مقياس تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي بصورته المنزلية اتبعت الباحثة نفس الخطوات السابقة المتبعة في إعداد مقياس تشخيص الاضطراب في (الصورة المدرسية) وكالاتي:
- تعريف موضوع القياس وتحديد مجالاته:

تم تعريف الموضوع المراد قياسه وتحديد مجالات تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط بعد اطلاع الباحثة على المقياس التشخيصية والقوائم التقديرية لسلوك الذي يظهره الأطفال المضطربون في البيئة المنزلية والتي أشارت إليها الأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة بقياس وتشخيص الاضطراب عند الأطفال والتي تم الإشارة إليها في إعداد مقياس تشخيص الاضطراب في (الصورة المدرسية).

وقد تم تحديد المجالات الرئيسية للمقياس بصورته المنزلية بأربعة مجالات

رئيسية هي:

1- مجال تشتت الانتباه.

2- مجال فرط النشاط الحركي.

3- مجال الاندفاعية.

4- مجال الأعراض العصاجية.ملحق(1)

ولغرض التأكد من صلاحية تعريف الاضطراب ومجالات قياسه عرض على عدد من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس ايمان ارائهم فيها. ملحق (2)
وقد تبين من استجابات المحكمين أنهم متفقون بنسبة 100% على صلاحية تعريف الاضطراب والمجالات الأربعة التي أعدت لقياس الاضطراب (الصورة المنزلية)المعرضة عليهم وبذلك عدت هذه المجالات صالحة لقياس ما وضعت لقياسه.

ب- صياغة فقرات مجالات المقياس:

لغرض ضمان صياغة فقرات مناسبة للمجالات الأربعة التي تم تحديدها لمقياس تشخيص الاضطراب (بصورته المنزلية) قامت الباحثة بإتباع الخطوات الآتية:

1- الاطلاع على الفقرات التي أوردتها المقياس والقوائم السلوكية التي شخصت الاضطراب في البيئة المنزلية.

2- الاطلاع على الأدبيات والدراسات التي تناولت الاضطراب.

3- إجراء المقابلات مع بعض أمهات الأطفال المضطربين الذين تم تشخيصهم من قبل مربياتهم في الروضة بأنهم يتصفون بالاضطراب التعرف على بعض الخصائص السلوكية التي يمكن أن يظهرها الطفل الذي يتصف بالاضطراب أثناء تواجده في المنزل و الاستفادة منها في صياغة فقرات المقياس (الصورة المنزلية) والتي ستجيب عنها الأم في المنزل.

في ضوء الإجراءات السابقة تم صياغة (48) فقرة بصورتها الأولية توزعت بين مجالات (نشأت الأبناء، وفرط النشاط الحركي، والانفعالية، والأعراض المصاحبة) بواقع (11،12،13) فقرة على التوالي. ملحق (1)

ج- صلاحية الفقرات:

لغرض التعرف إلى مدى صلاحية صياغة الفقرات بصورتها الأولية وعددها (48) فقرة عرضت على مجموعة من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس والطب للحكم على مدى مناسبتها في قياس كل مجال من مجالات لمقياس في الصورة المنزلية، ووضوح صياغتها، ومدى ملائمة بدائل الإجابة عنها، والتعديل المناسب لها أن وجد. ملحق (2)

وفي ضوء استجابات الخبراء المختصين والمناقشات التي جرت معهم حذفت، وعدلت بعض الفقرات وكما موضح في جدول (17)

جدول (17)

مجالات المقياس وعدد الفقرات المحذوفة والمعدلة والمضافة والمحولة

مجموع فقرات القيد	أرقام الفقرات المحولة	أرقام الفقرات المضافة	أرقام الفقرات المحذوفة	أرقام الفقرات المحذوفة	مجال
10	-----	-----	3، 4	11	تششت الانتباه
11	-----	-----	20، 12	19	فرط نشاط
12	-----	-----	27، 25	-----	الإفصاحية
11	-----	-----	17	47، 44	الأعراض المصاحبة
44	المجموع لكلي الفقرات المقياس				

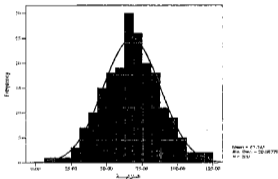
وبعد عملية الحذف والتعديل لبعض الفقرات أصبح عدد فقرات المقياس (44) فقرة تتوزع بين المجالات (تششت الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والاندفاعية، والأعراض المصاحبة) بواقع (10، 11، 12، 11) فقرة على التوالي، ملحق (3)

ثم عرضت التعديلات وتعليمات المقياس الذي تسترشد به الأبحاث على مجموعة ثمانية من الخبراء المختصين في التربية وعلم النفس، ملحق (4) بهدف التأكد من صلاحية الإضافات والتعديلات التي تمت على المقياس وبناءً على ذلك الإجراء حصلت جميع الفقرات على نسبة تقاوى اقاروح بين (90%-100%) وبذلك أصبح عدد الفقرات الخاضعة للتحويل (44) فقرة توزعت بين مجالات

المقياس (تشكلت الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية، والأعراض المصاحبة) بواسطة
(10، 11، 12، 11) فقرة على التوالي. ملحق (3)

د- الدراسة الاستطلاعية الأولى:

أجريت الدراسة الاستطلاعية الأولى على نفس عينة الأطفال الذين طبقت عليهم
الصورة المدرسية. وكانت الأمهات هي العنصر بالإجابة نهية عليهم. والغرض من هذا
الإجراء هو تحليل فترات المقياس إحصائياً، وبعد تطبيق المقياس وحساب درجات أفراد
عينة الدراسة الاستطلاعية الأولى تبين أنها توزعت بيانياً على النحو المعروض في
شكل (2).



شكل (2)

توزيع درجات عينة الدراسة الاستطلاعية الأولى بيانياً على مقياس
تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية)

يبين من شكل (2) أن درجات العينة على الصورة المنزلية تراوحت بين (12-125) بمتوسط حسابي (67.75) وانحراف معياري قدره (20.0) وتفرطح (0.07) والنواء (0.12).

ولما كان توزيع الدرجات يقترب من التوزيع الاعتيادي قامت الباحثة باستخدام الإحصاء البارامتري في الخطوات اللاحقة من عملية التحليل.
هـ- التحليل الإحصائي للفقرات:-

لغرض إجراء عملية تحليل الفقرات إحصائياً استخدمت الباحثة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وذلك بغرض استخراج القوة التمييزية، والصدق، والثبات للمقياس وكالاتي:

1- القوة التمييزية للفقرات:

لغرض معرفة قوة التمييزية لفقرات المقياس تبحت الخطوات الآتية:
أولاً- تحديد الدرجة الكلية عند جميع الأطفال على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية).

ثانياً- ترتيب درجات الأطفال تنازلياً من أعلى درجة إلى أدنى درجة.
ثالثاً- اختبرت نسبة (27%) من أعلى الدرجات، و (27%) من الدرجات الأدنى، وبذلك تم تحديد مجموعتين متطرفتين بأكبر حجم وأقصى تمايز ممكن. وفي ضوء هذه النسبة بلغ عدد الأطفال في كل مجموعة (54) طفلاً وطلة.
رابعاً- تطبيق اختبار (ت) t - test لمتغيرين مستقلين متساويين لاختبار دلالة الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا في الإجابة عن كل فقرة، وعُدت للقيمة الثانية مؤشراً لتمييز كل فقرة.

نتيجة للتحليل الإحصائي تبين أن جميع فقرات المقياس كانت دالة عند مستوى دلالة (0.01) في الصورة المنزلية. عدا الفقرة (13) في مجال شرط النشاط كانت دالة عند مستوى الدلالة (0.05) وكما موضح في جدول (18)

جدول (18) نتائج اختبار (ت) لفقرات مقياس نشمت الانتباه وفرط النشاط بين المجموعتين العليا والدنيا (الصورة المنزلية)

تلبية لتلبية المتفرجة	%27 العليا ن=54)مطل		%27 الدنيا ن=54)مطل		الفقرات	مبادئ المقياس
	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط		
**7.54	0.73	0.67	0.57	1.03	1	نشمت الانتباه
**9.61	0.84	0.69	0.78	2.19	2	
**11.40	0.80	0.52	0.81	2.28	3	
**7.30	0.88	0.91	0.95	2.19	4	
**6.45	0.71	0.60	1.16	1.80	5	
**1.90	1.12	1.29	0.89	2.04	6	
**10.38	0.72	0.44	0.95	2.13	7	
**6.99	1.11	1.22	0.72	2.48	8	
**6.01	1.05	1.82	0.54	2.78	9	
**7.52	0.59	0.37	1.04	1.59	10	
**7.24	0.92	0.85	0.97	2.17	11	فرط النشاط
**10.11	0.69	0.56	0.91	2.13	12	
*2.10	1.19	1.5	1.10	1.96	13	
**5.80	1.04	1.43	0.84	2.48	14	
**10.03	0.96	0.74	0.74	2.39	15	
**7.17	0.95	1.19	0.81	2.41	16	
**7.25	1.10	1.37	0.68	2.05	17	
**6.76	0.99	1.06	0.89	2.38	18	
**6.72	1.09	1.10	0.74	2.41	19	
**4.20	1.14	1.20	0.96	2.06	20	
**7.19	0.92	1.02	0.87	2.36	21	
**5.11	1.04	1.44	0.83	2.37	22	الاندفاعية
**7.90	1.09	1.06	0.66	2.43	23	
**8.81	0.99	0.93	0.77	2.43	24	

**7.64	1.02	0.85	0.87	2.24	25	
**3.36	0.96	2.06	0.76	2.63	26	
**5.47	0.79	0.72	1.12	1.74	27	
**7.58	0.91	0.67	0.92	2.02	28	
**6.45	0.82	0.44	1.10	1.65	29	
**4.91	0.77	0.43	1.25	1.43	30	
**8.18	0.99	0.74	0.91	2.24	31	
**6.33	0.95	0.83	1	2.02	32	
**8.42	0.77	0.52	1.02	1.98	33	
**8.78	0.69	0.46	0.95	1.78	34	الأعراض المصاحبة
**10.44	0.86	0.78	0.74	2.39	35	
**7.04	0.79	0.56	1.05	1.82	36	
**11.62	0.88	0.80	0.67	2.54	37	
**6.95	0.82	0.70	0.98	1.91	38	
**5.25	1.11	1.57	2.70	2.52	39	
**7.68	0.93	0.54	1.07	2.02	40	
**7.03	0.89	1.13	0.91	2.35	41	
**7.41	0.91	0.76	0.98	2.11	42	
**5.75	1	0.98	1.04	2.11	43	
**5.82	0.95	1.22	0.94	2.28	44	

** دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.01)

* دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.05)

2- صدق المقياس:

تم التحقق من صدق المقياس بالطرق الآتية:

أ- الصدق الظاهري:

لتحقيق الصدق الظاهري عرضت فقرات المقياس على مجموعة من الخبراء والمختصين لتحكم على مدى صلاحية العبارات، ومدى انتمائها للمجال، ومدى ملائمة البدائل للفقرات، وتعديل الفقرات التي تحتاج إلى تعديل. وقد تحقق هذا النوع من الصدق في المقياس عندما عرضت فقراته على مجموعة من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس لغرض تقييمها. ملحق (4)
ب- صدق البناء :-

تحقق صدق البناء من خلال إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة الاستجابة عن الفقرة بالدرجة الكلية على المقياس (معامل الاتساق الداخلي).
وتم حساب الاتساق الداخلي أيضاً من خلال إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة الفرد على الفقرة ومجالها الفرعي. وفي ضوء هذا المؤشر تم الإبقاء على الفقرات التي أظهرت معاملات ارتباط دالة بالمجال الفرعي الذي تنتمي إليه والدرجة الكلية للمقياس.

وأظهرت النتائج أن جميع معاملات الارتباط بين الفقرات ومجالاتها وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) وهذا يشير إلى صدق بناء جميع فقرات المقياس في صورته المنزلية وكما يظهر في جدول (19).

جدول (19) قيم معاملات الارتباط بين الفقرات والمجال والفقرات والدرجة
الكلمية (الصورة المنزلية)

الفقرات	معامل ارتباط الفقرات بالفقرة الكلية	معامل ارتباط الفقرات	معامل ارتباط الفقرات بالفقرة الكلية	معامل ارتباط الفقرات بالمجال	معامل ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية
1	**0.63	23	**0.57	**0.55	**0.51
2	**0.73	24	**0.59	**0.63	**0.54
3	**0.52	25	**0.38	**0.52	**0.39
4	**0.50	26	**0.49	**0.57	**0.48
5	**0.75	27	**0.66	**0.62	**0.54
6	**0.58	28	**0.44	**0.53	**0.57
7	**0.67	29	**0.55	**0.51	**0.40
8	**0.56	30	**0.38	**0.58	**0.45
9	**0.48	31	**0.44	**0.54	**0.44
10	**0.30	32	**0.27	**0.47	**0.33
11	**0.66	33	**0.61	**0.58	**0.36
12	**0.60	34	**0.59	**0.52	**0.42
13	**0.64	35	**0.53	**0.55	**0.52
14	**0.49	36	**0.43	**0.61	**0.44
15	**0.60	37	**0.52	**0.62	**0.52
16	**0.65	38	**0.49	**0.53	**0.57
17	**0.51	39	**0.33	**0.46	**0.49
18	**0.53	40	**0.52	**0.71	**0.60
19	**0.60	41	**0.51	**0.58	**0.56
20	**0.47	42	**0.33	**0.57	**0.54
21	**0.45	43	**0.24	**0.63	**0.56
22	**0.63	44	**0.41	**0.67	**0.61

**دالة عند مستوى دلالة إحصائية (0.01)

كما تم استخراج معامل الارتباط بين مجالات المقاييس مع بعضها لبعض لمعرفة إسهام كل منها في قياس وتشخيص الاضطراب، ونتيجة لهذا الإجراء أوضح أن جميع معاملات الارتباط بين المجالات كانت موجبة وذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، وكما يظهر في جدول (20)

جدول (20) ارتباط مجالات مقياس الاضطراب ببعضها وارتباطها بالدرجة الكلية (الصورة المنزلية).

الدرجة الكلية	الأعراض كالمصاحبة	الاندفاعية	فرط النشاط	تشتت الانتباه	
					تشتت الانتباه
				**0.50	فرط النشاط
			**0.65	**0.56	الاندفاعية
		**0.54	**0.51	**0.70	الأعراض كالمصاحبة
	**0.86	**0.81	**0.79	**0.84	درجة الكلية

** دلالة عن مستوى دلالة إحصائية (0.01)

ج- صدق المحلل:

لفرض تحقيق هذا النوع من الصدق اعتمد صدق التلازم من خلال تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية) مع كل من المقاييس التشخيصية الأتية:

- 1- المقياس التشخيصي والإحصائي الرابع للمحلل (DSM-IV-TR) والمعد من قبل الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية لقياس وتشخيص الاضطراب.
- 2- قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل Conner's Behavior Rating Scale (CBRS) المعربة والمقتنة من قبل السيد السنادوني لقياس وتشخيص الاضطراب.

وقد طبقت هذه المقاييس في نفس الفترة الزمنية التي طبق فيها المقياس بصورته المدرسية والمنزلية بغرض تشخيص الأطفال المعطربين، وأظهرت نتائج معاملات الارتباط بين هذه المقاييس ومقياس تشخيص الاضطراب (الصورة

المنزلية) إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة عند مستوى دلالة (0.01). حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين المقياس التشخيصي والإحصائي الرابع للمحلل للجمعية الأمريكية والمقياس الحالي (الصورة المنزلية) (0.75)، في حين بلغت قيمة معامل الارتباط بين قائمة كوزرز المعربة والصورة المنزلية (0.74) مما يشير إلى أن الصورة المنزلية تتمتع بصدق بدلالة المحك.

3- ثبات المقياس:

استخراج ثبات المقياس الحالي بطريقة التجزئة النصفية وكالتالي:

❖ طريقة التجزئة للنصفية:-

لغرض استخراج الثبات بهذه الطريقة، قسمت فقرات المقياس إلى نصفين أعلى وأدنى وللتحقق من تجانس النصفين استخرجت نسبة الغائية حيث بلغت قيمة لنسبة لغائية المحسوبة بين درجات النصفين في الصورة للمنزلية (1.11) وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) عند مقارنتها مع القيمة الجدولية وبذلك تحقق شرط التجانس بينهما، بعد ذلك استخرج معامل ارتباط بيرسون بين درجات النصفين فبلغ (0.79) وباستخدام معادلة جتمان التصحيحية بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (0.89) وهي قيمة عالية وتعكس على معامل ثبات جيد. وبنفس الطريقة استخرج الثبات لمجالات المقياس وقد تروحت قيم الثبات بين المجالات الأربعة للمقياس ما بين (0.73-0.84) وهي قيم جيدة ودالة على ثبات جيد لمجالات المقياس وكما يظهر في جدول (21).

جدول (21) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية (الصورة المنزلية)

المجال		ثبات التجزئة	فرط التشاؤم	الانقاعية	الأعراض المصاحبة	التشخيص
الفرقة						
ارتباط بيرسون (قبل التصحيح)		0.59	0.60	0.58	0.73	0.79
الثبات (بعد التصحيح) بمعادلة جتمان التصحيحية		0.74	0.74	0.73	0.84	0.89

4- طريقة تصحيح المقياس:

تم تصحيح مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية) الذي يحتوي على (44) فقرة بإعطاء درجة تقروح بين (0 - 3) لكل استجابة، فإذا كانت الاستجابة على البدين لا يحدث يحمل الطفل على (0) درجة، ويحدث نائراً (1) درجة، و يحدث أحياناً (2) درجة، ويحدث دائماً (3) درجة.

وبما أن المقياس يحتوي على (44) فقرة، لذا فإن أعلى درجة تساوي (132) ولتسوي درجة (0) والدرجة المتوسطة (66) درجة وهي تمثل المتوسط القرضي للمقياس، وكما كانت التدرجة عالية كان الاضطراب شديداً والعكس صحيح.

5- الخطأ المعياري للمقياس:

بعد تطبيق معادلة المعاري للمقياس تبين أن قيمة خطأ المقياس في الصورة المنزلية يساوي (0.11) عندما كان معامل الثبات المستخرج بطريقة التجزئة للنصفية يساوي (0.89)

لذا فإن الدرجة الحقيقية المستويبة = درجته على المقياس ± الخطأ المعياري للمقياس
فإذا حصل الطفل في الصورة المنزلية على التدرجة (115) فإن درجته تقع ضمن المدى (115 ± 0.11) أي بين (115.11 - 114.89)

من خلال تلك الإجراءات أصبح مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية) بصيغته النهائية يتكون من (44) فقرة موزعة على مجالات المقياس. ملحق (5) وقد توزعت هذه الفقرات بين أربعة مجالات فرعية وكما يظهر في جدول (22).

جدول (22) توزيع فقرات مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية) بين مجالاته

المجال	أرقام الفقرات
نشأت الانتباه	1-10
فرط النشاط	11-21
الاندفاعية	22-33
الأعراض المصاحبة	34-44

و- لدراسة الاستطلاعية الثابتة:

أجريت لدراسة الاستطلاعية الثابتة بهدف التعرف إلى مدى وضوح التعليمات والفقرات من حيث الصياغة والمعنى، ومتوسط لوقت المستغرق في الاستجابة ولذا قامت الباحثة بتأليف المقياس على نفس عينة الأطفال لسي اختبرت في الدراسة الاستطلاعية الثابتة لتطبيق الصورة المدرسية وقد تولت الأمهات مهمة تقييم سلوك الأطفال. وكما يظهر في جدول (23)

جدول (23)

توزيع الأطفال بين عينة لدراسة الاستطلاعية الثابتة .

م	أسم الروضة	أعداد الأطفال
1	روضة جنة لمعرفة	4
2	روضة الأمجاد	3
3	روضة محمد علي عثمان	4
4	روضة زهور الوحدة	4
الإجمالي		15

وقد ناقشت الباحثة الأمهات عن مدى وضوح التعليمات والفقرات الواردة في الصورة المنزلية، والوقت المستغرق في الإجابة. وتبين من خلال هذا التطبيق أن التعليمات والفقرات كانت واضحة للأمهات وأن متوسط لوقت المستغرق في الإجابة تراوح بين (20-25) دقيقة.

ز- التطبيق النهائي للمقياس:

لغرض تخصيص الأطفال المضطربين بنشأت الانتباه وفرط النشاط في البيئة المنزلية. تم تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب(الصورة المنزلية) بصورته النهائية على الأطفال بالاستعانة بالأمهات في المنزل.

حيث أرسل لأمهات الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبل للمربيات بأنهم يظهرون سلوكاً يتسم بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي بصورة واضحة داخل الفصل وبشكل ملفت لتأثير صورة المقاييس الخاصة بالمنزل لغرض الإجابة عنها. وبعد تلك الإجراءات جمعت الاستجابات من أمهات الأطفال لغرض تحديد الدرجة الكلية لكل طفل. حيث يعد الطفل مضطرباً إذا حصل على الدرجة (88) فما فوق من مجموع (132) أي بنسبة (0.67) من الدرجة الكلية للمقياس. وهي النسبة المعتمدة في تشخيص الاضطراب كما ورد في السبيل لتشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والذي اعتمد في دراسات عديدة أجريت لإغراض تشخيص الاضطراب عند الأطفال كدراسات (دبليس وشمادوني، 1998: 88-121)، (الصد و بدر، 1999: 40-154)، (عبد الله، 2000: 22-41) (احمد، 2004: 37-91)، (بدر، 2005: 167-197)، (الظلي، 2005: 191-206).

2- برنامج تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي.

يعد برنامج تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط المنجز المستقل في البحث الحالي. ولغرض إعداد برنامج يتناسب وعمر العينة وخصوصية مجتمع البحث اعتمدت الباحثة المراحل والإجراءات الآتية:

المرحلة الأولى: مرحلة التمهيد.

تضمنت هذه المرحلة الخطوات الآتية:

1- الأسس النظرية للبرنامج:

استند إعداد البرنامج الحالي على أسس ومفاهيم لنظريات سلوكية خاصة بتشكيل واكتساب السلوك والتي تعد سلوك الإنساني سلوكاً مكتسباً من خلال عملية التعلم، بمعنى أنه يمكن تشكيله وإكسابه للأفراد وكذلك في محوه وإدراكه،

والتنظر إليه مباشرة دون البحث بالأسباب التي أدت إلى حدوثه والتعامل معه وفقاً لقاعدة تعديل السلوك التي نادى بها العالم سكينر إلا وهي (السلوك محكوم بنتائجه) (القاسم وآخرون، 2000، 179).

وتعمدت هذه النظرة على افتراض أن المشكلات قد تكون ناتج عوامل بيئية تؤدي إلى زيادة أو نقص في مظاهر سلوكية معينة لدى الطفل انطلاقاً من كونه لا يعيش بمعزل عن بيئته بل يتفاعل معها ويؤثر ويتأثر بها، وإذا تعمل البيئة على تقوية سلوكيات محددة باستخدام أساليب الثواب أو التثمين والتعزيز وقد تعمل على خفض بعض السلوكيات من خلال العقاب والوم والتفجير (ماريون، 1997، 25).

وقد استند البرنامج السلوكي إلى الأسس النظرية التالية:

- 1- التأكيد على السلوك الظاهر للطفل دون البحث في الأسباب التي تكمن خلفه دون الاعتماد على العمليات الداخلية والوسيلة.
- 2- أن السلوك المضطرب نتيجة تعلم وتكيف خاطئين.
- 3- السلوك متعلم لذا يمكن تشكيله أو إكسابه أو محوه أو إطفائه.
- 4- أن السلوك غير السوي للطفل حدث نتيجة لخبرات يمكن التخلص منها عن طريق التحكم بالمنشآت البيئية المحيطة بالطفل.
- 5- السلوك المضطرب عبارة عن عائلت سلوكية خاطئة حدثت نتيجة ارتباطات عن طريق منعكسات شرطية يتم استبدالها بمنعكسات شرطية سوية.
- 6- التأكيد على تعميم الاستجابة الصحيحة في المواقف السلوكية المشابهة.
- 7- أن التعزيز يعمل على تكرار السلوك المناسب للطفل وتجاهل السلوك غير المناسب.

2-محددات اختيار محتوى البرنامج:

روعي في اختيار محتوى برنامج تعديل سلوك الأطفال مجموعة من المحددات التي تتفق وخصائص المرحلة العمرية للأطفال الذين سيطبق عليهم البرنامج، والتحديات المناسبة لهم، وإمكان تطبيقها في بيئة الروضة. وهذه المحددات هي:

- 1- مراعاة خصائص الطفل ذو تشتت الانتباه وفرط النشاط.
 - 2- تحديد السلوك المراد تعديله وتعريفه بوضوح.
 - 3- ملاحظة السلوك المراد تعديله وجمع المعلومات عنه.
 - 4- وضع خطة عملية لتعديل السلوك.
 - 5- جعل خطة تعديل السلوك حلقة مترابطة ومتسلسلة.
 - 6- التدرج في تعديل السلوكيات غير المرغوبة.
 - 7- تحديد السلوك البديل المناسب لإكسابه الطفل بدلاً عن السلوك غير المرغوب.
 - 8- أن يكون الطفل قادراً على القيام بالسلوك البديل بما يتناسب مع عمره وقدراته.
 - 9- الاعتماد على فنيات النظرية السلوكية المتنوعة.
 - 10- تقييم فاعلية الأساليب التي تم استخدامها.
- المرحلة الثانية: إعداد محتوى البرنامج.

أعرض إعداد محتوى برنامج تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي في رياض الأطفال اتبعت الباحثة الخطوات المعتمدة في إعداد البرامج المشابهة وهي الآتي:

1- مراجعة أدبيات إعداد برامج تعديل السلوك:

اطلعت الباحثة على الأدبيات التي تناولت برامج تعديل السلوك لدى الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط (إبراهيم وآخرون، 1993)،

(إبراهيم، 1998)، (تلسم وآخرون، 2000)، (العزرة وعبد الهادي، 2001)،
(الخطيب، 2001)، (كامل، 2003)، (الظاهر، 2004)، (خلف الله، 2004)،
(اليوسفي، 2005)، (الخشمي، 2004).

2- مراجعة أساليب تعديل السلوك في النظريات السلوكية والدراسات السابقة:

اطلعت الباحثة على نظريات المدرسة السلوكية التي تناسب تعديل السلوك
المضطرب لدى الأطفال. كما اطلعت على الدراسات السابقة التي استخدمت
أساليب تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط
(الطالب، 1987)، (إبراهيم، 1995)، (الموافي، 1995)، (السطحية، 1997)، (ديس
والمعادوني، 1998)، (شفيق، 1999)، (بخس، 2001)، (الخشمي، 2005).

3- تصميم الإطار العام للبرنامج :

تعرض تصميم الإطار العام لبرنامج تعديل سلوك الأطفال المضطربين
بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى أطفال الروضة قامت الباحثة بما يأتي:

1- تحديد المشكلات:

تم تحديد المشكلات التي يعاني منها الأطفال المشاركون بتشتت الانتباه
وفرط النشاط في الروضة بعد تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب (الصوره
المدرسية) المعد لإعراض البحث الحالي.

فضلاً عن استطلاع آراء مربيات الأطفال الذين يعانون من الاضطراب
للتأكد من المشكلات التي يعانون منها فعلاً وحسب المجالات الرئيسية للاضطراب
(تشتت الانتباه، فرط النشاط الحركي، والانتفاعية، والأعراض المصاحبة).

وفي ضوء هذا الإجراء تم حصر المشكلات التي يعاني منها الأطفال
المضطربون تبعاً للمجالات الرئيسية للاضطراب (تشتت الانتباه، وفرط النشاط
الحركي، والانتفاعية، والأعراض المصاحبة) وإعداد قائمة واحدة بهذه المشكلات
بلغ مجموعها (56) مشكلة ملحق (1)

2- صلاحية قائمة المشكلات:

نغرض التعرف إلى صلاحية قائمة المشكلات عرضت على مجموعة من المختصين في علم النفس للتأكد من وضوح صياغتها، وعدم تكرارها، والتعديل المناسب لها إن وجد. ملحق(2)

وفي ضوء ملاحظات المختصين استقيت (51) مشكلة توزعت بين المجالات الرئيسية الأربعة (نشأت الانتباه، لوط النشاط الحركي، الانتفاعية، الأعراض المصاحبة) بواقع (12، 13، 15، 11) مشكلة. ملحق(3)

وقد مثلت هذه المشكلات السلوك السحوري ومصدر التكوين المطلوب تعديله عند الأطفال في برامج تعديل سلوك.

3- تطبيق قائمة المشكلات:

حكمت قائمة المشكلات على عينة الأطفال الذين تم تشخيصهم بالاضطراب والبالغ عددهم (128) طفلاً وطفلة بالاستعانة بمربياتهم لسي الروضة لإجابة عن قائمة المشكلات التي يعاني منها كل واحد منهم في الروضة وذلك بهدف:

أ- ترتيب مجالات الاضطرابات حسب أولويتها:

ترتيب مجالات الاضطراب حسب أولويتها تم استخراج الوسط المرجح و.

الشي لكل مجال من مجالات العتاس كما يظهر في جدول(24)

جدول(24)ترتيب مجالات مقياس تشخيص الاضطراب حسب الوسط المرجح . الأوزان الملوية

الوزن الملوي	الوزن المرجح	الاحتراف المعاري	المتوسط الحسابي	عدد المشكلات	اسماء
82,3	2,47	4,54	22,1	13	لوط النشاط الحركي
78,7	2,36	5,26	26	11	انتفاعية
76,3	2,29	4,79	27,5	12	نشأت الانتباه
66,7	2,00	6,35	30	15	الأعراض المصاحبة

يبين من جدول (24) أن مجال فرط النشاط الحركي قد حصل على أعلى وزن متوحي يليه مجال الانتفاعية ثم مجال تشتت الانتباه وأخيراً مجال الأعراض المصاحبة. ويعد هذا الإجراء أساساً في تنظيم محتوى البرنامج وتسلسل مجالاته.

ب- ترتيب المشكلات ضمن مجالات الاضطراب حسب أولويتها:

لترتيب المشكلات تبعاً لأولويتها في كل مجال من مجالات الاضطراب تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن العنوي لكل مشكلة من المشكلات. كما يظهر في جداول (25) و(26) و(27) و(28)

جدول(25)ترتيب المشكلات في مجال النشاط الحركي حسب أولويتها العنوية

م	تلققات	المتوسط التصفي	الانحراف المعياري	الوزن العنوي
1	غير مستقر في جاسده ويحرك يديه ورجليه.	2.91	0.29	97.0
2	يصعب عليه البقاء عملياً لفترة طويلة.	2.80	0.45	93.3
3	تثير الصخب داخل الفصل.	2.70	0.63	90.0
4	يتشاجر مع الأصدقاء الآخرين.	2.69	0.64	89.7
5	يتدخل في أنشطة الأبطال الآخرين وعلينهم.	2.58	0.54	86.0
6	ينتقل من مكان لآخر بدون سبب.	2.54	0.66	84.7
7	يقفز دون مناسبة.	2.52	0.70	84.0
8	يعمل للألعاب التفاضلية والنشاطات الحركية.	2.39	0.83	79.7
9	يصطخع الأسباب للخروج من الفصل.	2.38	0.86	79.3
10	بعث بأي شيء يقع تحت يديه.	2.34	0.85	78.0
11	يصدح بالأشياء التي حوله.	2.23	0.91	74.3
12	يتعرض للحوادث باستمرار.	2.14	0.99	71.3
13	يتسبب في وقوع المشكلات والحوادث للأطفال داخل الفصل وخارجه.	1.84	1.16	61.3

جدول(26)ترتيب المشكلات في مجال الدفاعية حسب أوزانها المنوية

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن المنوي
1	يحرصون دون التفكير بالعواقب.	2.55	0.78	85.0
2	يفتخ بمرحاة.	2.48	0.73	82.7
3	يصعب عليه التمسك بصرافته.	2.48	0.8	82.7
4	يقاطع كلام الآخرين.	2.48	0.88	82.7
5	يتنمر من كثر من دوره.	2.48	0.77	82.7
6	يستعمل لثبية رفاقته.	2.37	0.84	79.0
7	يتسرع في الإجابة قبل أن يسمع سؤالاً كاملاً.	2.34	1.01	78.0
8	يتسرع في أدائه للخدمة مما يزيد في أخطائه.	2.33	0.87	77.7
9	حصلن اتجاه النقد.	2.21	1.04	73.7
10	يستجيب بطريقة متهوره لا تتناسب مع الموقف.	2.2	0.94	73.3
11	يهيئ لأبسط الأسباب.	2.09	1.1	69.7

جدول(27)ترتيب المشكلات في مجال ناشتت الانتباه حسب أوزانها المنوية

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن المنوي
1	ينقل الحسة وما يحيط به لتقل للفتن.	2.76	0.61	92.0
2	يواجه صعوبة في الاستجابة من الأسئلة التي تتطلب التفكير.	2.54	0.66	84.7
3	يواجه صعوبة في الانتباه لما يعرض عليه من موضوعات.	2.44	0.77	81.3
4	يوجد صعوبة في وصله للكتابه.	2.41	0.77	80.3
5	يوجد صعوبة في استيعاب التعليمات الموجهة إليه.	2.32	0.86	77.3
6	يردد بعض الكلمات أو العبارات السابقة رغم لتقل العربية أي موضوع جديد.	2.24	0.92	74.7
7	ينقل من نشاط إلى آخر قبل انكساره .	2.22	0.91	74.0
8	يصعب عليه التركيز ويحس انتباهه نحو موضوع مثله.	2.22	0.94	74.0
9	يتسنى لتياوه الشخصية ومسئبات بعضها.	2.21	0.94	73.7
10	يجعل للخدمة التي لا تتطلب التركيز.	2.14	0.99	71.3
11	ينقل إلى حديث آخر قبل استكمال كلامه.	2.04	0.95	68.0
12	يحتاج إلى التردد بلو احد للخدمة التي يشترك فيه مع الأقران.	1.95	0.99	65.0

جدول (28) ترتيب المشكلات في مجال الأعراض المصاحبة حسب أوزانها العنوية

م	تفريات	المتوسط النسبي	الاحتراف المعياري	الوزن العنوي
1	يصعب عليه التعرف على حرف معين في كلمة ما.	2.55	0.64	85.0
2	يصعب عليه التعرف على رقم معين من بين مجموعة أرقام.	2.39	0.97	79.7
3	يتصرف بطريقة قهضوية.	2.27	0.98	75.7
4	يراجه صعوبة في بداية كل نشاط.	2.26	0.82	75.3
5	يتسم بالخشخشة والمعارضة.	2.25	1.04	75.0
6	يشعر مرعباً بالإحباط.	2.24	0.78	74.7
7	متقلب المزاج.	2.13	1.01	71.0
8	يجد صعوبة في فهم مفاهيم جديدة.	2.01	1.03	67.0
9	يفشل في عمل المهام التي سبق وأن تعلمها.	1.98	0.96	66.0
10	يسهل قيادته من قبل الأقران الآخرين.	1.93	0.86	64.3
11	يتشبب استغناء ويقدمهم بسرعة.	1.86	0.98	62.0
12	يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.	1.68	1.04	56.0
13	يتجنب عن الفروسة بدون سبب.	1.65	1.00	55.0
14	يسلك بشكل يبدو فيه اسفر من أقرانه.	1.39	1.14	46.3
15	يكثر من قاطب أثناء حديثه.	1.38	1.26	46.0

في ضوء إجراءات ترتيب المشكلات اختيرت المشكلات التي حصلت على الوزن العنوي (75%) فما فوق ضمن مجالاتها لكي يتم التركيز على معالجتها في محتوى البرنامج. وبذلك أصبح مجموع المشكلات السلوكية التي تتضمنها البرنامج (30) مشكلة تتوزع على مجالات الاضطراب (النشاط الحركي، والانفعالية، و نشأت الانتباه، والأعراض المصاحبة) بواقع (10، 8، 6) مشكلة على التوالي.

4- تحديد الحاجات:

بعد أن تم التعرف إلى المشكلات التي يعاني منها الأطفال المضطربون. تم تحديد الحاجات المرتبطة بتلك المشكلات وقد بلغت (30) حاجة فبالتالي.

5- صلاحية تحديد الحاجات:

تم التحقق من صلاحية الحاجات المرغوبة بالمشكلات من خلال عرضها على مجموعة من المختصين في علم النفس للتأكد من كونها تمثل حاجات مرتبطة باضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط. مُحق(6) وكانت نسبة الاتفاق بين المختصين على تمثيل الحاجات للاضطراب بنسبة (90-100%) وبذلك استقيت تلك الحاجات.

6- تحديد الأهداف العامة والخاصة للبرنامج:

في ضوء موضوع البرنامج العلاجي المتضمن تعديل سلوك تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى أطفال الروضة الذين تتراوح أعمارهم بين (4و5) سنوات في مدينة تعز. تم مباحة الأهداف العامة والخاصة للبرنامج على النحو الآتي:
أ- تعديل سلوك النشاط الحركي المفرط لدى طفل الروضة. وقد أتفق عن هذا الهدف العام مجموعة الأهداف الخاصة الآتية:

- ❖ تنمية الاستقرار والهدوء عند الطفل.
- ❖ تنمية للتعاون واللعب مع الآخرين.
- ❖ تفريغ الطاقة الحركية بشكل منظم.
- ❖ تقليل الخروج من الفصل.
- ❖ جعل لطفل يتخلى عن عادة العبث بالأشياء.

ب- تعديل السلوك الاندفاعي لدى طفل الروضة. وقد أتفق عن هذا الهدف العام مجموعة الأهداف الخاصة الآتية:

- ❖ تنمية القدرة على التفكير بنتائج السلوك.
- ❖ تشجيع الحوار الجاني مع الذات.
- ❖ التروي وعدم الانسحاق انوبات الغضب.
- ❖ تنمية القدرة على التحكم بالمشاعر والتصرفات.
- ❖ تنمية المهارات الاجتماعية.

❖ تنمية التفاعل الاجتماعي الابداعي.

ج- تعديل سلوك ثلثت الانتباه لدى طفل الروضة. وقد أتفق عن هذا الهدف العام مجموعة الأهداف الخاصة الآتية:

❖ الانتباه لتشيريات المهمة.

❖ تنمية القدرة على الاستماع للتعليمات.

❖ تنمية القدرة على الانتباه لما يعرض عليه من مشرفات والتميز بينها.

❖ تنمية الانتباه للأشياء المتنوعة ومتابعها.

د- تعديل السلوكيات المعاصبة للاضطراب لدى طفل الروضة. وقد أتفق عن هذا الهدف العام مجموعة الأهداف الخاصة الآتية:

❖ تدريب الطفل على نطق وقراءة الحروف والأرقام وتمييزها.

❖ تنمية القدرة على التنظيم والترتيب.

❖ التعرف بكيفية البدء بالأنشطة.

❖ التحلي عن العناد.

❖ تنمية مفهوم ذات ابداعي.

بعد ذلك ترجمة الأهداف الخاصة إلى عدد من الأهداف السلوكية.

7- القنيات المستخدمة في البرنامج:

اعتمد البرنامج على عدد من القنيات المعتمدة من نظريات تعديل السلوك التي تتناسب مع خصوصية المرحلة العمرية وطبيعة الاضطراب ومن خلال الإجراءات المعتمدة في الدراسات السابقة التي تناولت برامج تعديل سلوك الأطفال. وفي ضوء ذلك تم اتقاء عدد من القنيات هي: لتعزيز سلوكه المعنوي، والحث والتلقين، والنمذجة، وتشكيل السلوك، والمناقشة، والتجاهل.

8- تحديد المستلزمات والأدوات المستخدمة في البرنامج:

لتحقيق أهداف البرنامج وفي ضوء أساليبه وقناته استخدمت مجموعة من المستلزمات والأدوات التي تتناسب مع المرحلة العمرية للأطفال ما قبل المدرسة

وهي: صور ملونة، مكعبات، ملصقات، أفلام تلوين، رسومات، هدايا صغيرة ومزينة للأطفال، أشكال هلامية، وصور حيوانات ونباتات، كرات صغيرة، قصص مصورة.

9- تحديد عدد الجلسات والزمّن اللازم لكل جلسة:

في ضوء عدد مجالات البرنامج والمشكلات التي تتطلب التعديل والأساليب والفنيات المعتمدة تم تحديد جلسات البرنامج بـ (18) جلسة موزعة على مجالات البرنامج الأربعة بواقع (4) جلسات لكل مجال بالإضافة إلى جلسة تعارف والتعريف بالبرنامج في بداية البرنامج وجلسة ختامية في نهاية البرنامج، وحددت الفترة الزمنية لكل جلسة بـ (40-50) دقيقة لكي تتلاءم مع زمن الحصّة الواحدة في جدول حصص الروضة بعدد جاسنن اسوعياً على مدى ثلاثة شهور تقريباً.

في ضوء الإجراءات التي تضمنتها الخطوات السابقة تم إعداد الإطار العام للبرنامج بصورته الأولى.

10- صلاحية الإطار العام للبرنامج:

بعد إعداد الإطار العام لبرنامج تعديل السلوك في صورته الأولى عرض على مجموعة من المختصين في علم النفس. ملحق (6) للإفادة من آرائهم وملاحظاتهم حول الإطار العام للبرنامج بما يتسجم مع أهداف البرنامج وطبيعة الاضطراب وأعمار الأطفال المضطربين، وفي ضوء آرائهم والمناقشات التي أجريت معهم أجريت بعض التعديلات المناسبة له.

في ضوء الإجراءات التي تضمنتها الخطوات السابقة تم إعداد الإطار العام للبرنامج بصورته النهائية. ملحق(7)

4- محتوى جلسات برنامج تعديل السلوك:

تحقيق الأهداف العامة لبرنامج تعديل سلوك الأطفال المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط تم تقسيم أنشطة البرنامج إلى أربعة مجالات رئيسية اشتملت

على (4) جلسات لكل مجال. تتضمن كل جلسة مجموعة من الأنشطة التي يمارسها الأطفال في الروضة والتي تمثل خبرات مباشرة تمكنهم من استيعاب السلوك المطلوب تعديله التخفيف من حدة الاضطراب الذي يعاني منه.

شملت محتويات كل جلسة عنوان الجلسة، والزمن المستغرق لها، وأهدافها السلوكية و(الفنيات السلوكية، والأدوات والمستهلكات، والأنشطة المناسبة) الخاصة بها كما شملت إجراءات سير الجلسة.

وفي نهاية كل منها يكلف الطفل بواجب منزلي يؤديه من خلال متابعة الأسرة معه لهذا الواجب.

❖ صلاحية محتوى جلسات برنامج تعديل السلوك:

للتأكد من صلاحية محتوى جلسات البرنامج عرض على مجموعة من المختصين في علم النفس ملحق (6)، وفي ضوء ملاحظاتهم والمناقشات التي أجريت معهم حول محتوى جلسات البرنامج وصلاحيته. تم إجراء بعض التعديلات المناسبة عليه ليصبح جاهزاً بصيغته النهائية. ملحق (7)

5- تحديد خط الأساس من خلال استمارة تقييم تواتر السلوك المضطرب:

بعد تحديد المشكلات والحاجات المرتبطة بها وإعداد الإطار العام للبرنامج وتحديد محتوى جلسات البرنامج. أعدت الباحثة استمارة تقييم تواتر السلوك المضطرب أدى لطلق (تحيب عنها للمربية) تشير إلى عدد مرات تواتر السلوك المضطرب قبل تطبيق البرنامج لتحديد الخط الأساس أو ما يطلق عليه بالخط القاعدي ليتم مقارنته بسلوك الطفل بعد تطبيق البرنامج بغرض التعرف على الفرق في تواتر السلوك بين القياسين وهذا الأسلوب يستخدم في برامج تعديل السلوك للتعرف على مدى فاعلية البرنامج ويطلق عليه في بعض الأدبيات بالخط القاعدي أو استمارة متابعة السلوك. ويستخدم هذا الأسلوب كأحد الخطوات المنهجية القائمة على أساس تعديل السلوك والتي أشار إليها كل من: (إسراهم

ولأخرون، 1993، 155-168) و(الخطيب، 1995: 111) و(إبراهيم، 1998: 385-394) و(سالم، 2001: 186) و(أظاهر، 2004: 51-69).

❖ صلاحية استمارة تقييم نواتج السلوك المضطرب:

التأكد من صلاحية استمارة تحديد تكرار السلوك المضطرب لدى الأطفال بمجالاته المختلفة عرّضت هذه الاستمارة على مجموعة من المختصين في عام النفس. ملحق(6)

وفي ضوء ملاحظاتهم والمناقشات التي أجريت معهم حول تصميم الاستمارة ومدى صلاحيتها في الكشف عن الفروق في نواتج سلوك الأطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج على أطفال المجموعة التجريبية، والتعرف إلى فاعليته مستقبلاً ولسي ضوء ملاحظاتهم والمناقشات التي أجريت معهم تم إجراء بعض التعديلات المناسبة عليها لتصبح هذه الاستمارة جاهزة للتطبيق بصورتها النهائية. ملحق(8)

المرحلة الثالثة:- مرحلة تنفيذ البرنامج:

تضمنت مرحلة تنفيذ البرنامج مايلي:-

1- تطبيق البرنامج:

تم تطبيق البرنامج في رياض الأطفال بمدينة نجر على أطفال المجموعة التجريبية في ثلاث روضات بواقع جنسين لمنوعاً، تراوحت مدة الجلسة الواحدة ما بين (40-50) دقيقة عدا بعض الأنشطة الخارجية التي يتم تطبيقها خارج الفصل الدراسي والتي تمت الإشارة إليها في سير جلسات البرنامج وقد استغرق تنفيذ البرنامج مدة (9) أسابيع اعتباراً من (1/1/ 2008) لغاية (31/3/2008).

2- تقييم فاعلية البرنامج:

تم تقييم البرنامج في ضوء التصميم التجريبي الذي اعتمده الباحث والذي يتطلب منها تطبيق مقياس تشخيص الاضطراب (الصوره المدرسية) على المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج السلوكي، ثم بعدها تطبيق البرنامج السلوكي على المجموعة التجريبية وعدم تطبيقه على المجموعة

الضابطة، بعدها تطبيق المقياس على المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج. ولتقييم فاعلية البرنامج تم التعرف على الفروق بين درجات الأطفال في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، والفروق بين درجات الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، والفروق بين درجات الأطفال للذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وتمت متابعة المجموعة التجريبية بعد شهر من تطبيق البرنامج (قياس تتابعي) لمعرفة مدى فعاليته واستمرار تأثيره في تعديل سلوك الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية.

خامساً: الوسائل الإحصائية.

تم معالجة البيانات التي تم الحصول عليها باستخدام عدد من الوسائل الإحصائية من خلال الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وهي كالآتي:

- 1- الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لغرض وصف وتوزيع درجات أفراد العينة الاستطلاعية.
- 2- الاختبار التائي لعينتين مستقلتين متساويتين لغرض استخراج التمييز بين المجموعتين المتطرفتين على مقياس تشخيص الاضطراب.
- 3- معامل ارتباط بيرسون لاستخراج صدق البناء وصدق المحك والارتباط بين درجات نصفي المقياس بطريقة التجزئة النصفية.
- 4- معادلة جتمان التصحيحية لغرض استخراج ثبات طريقة التجزئة النصفية.
- 5- معادلة الخطأ المعياري لغرض تحديد الدرجة الحقيقية للأفراد على مقياس التشخيص.

6- معادلة فيشر لاستخراج الوسط المرجح والوزن المثوي لترتيب المجالات والمشكلات حسب أولويتها.

7- اختبار مان وتي اللابارامتري للمجموعات المستقلة لتحقيق التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، والتعرف إلى الفروق بين درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، والتعرف إلى الفروق بين درجات الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على تقياس البعدي، والتعرف إلى الفروق بين درجات الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على تقياس المتابعة.

8- اختبار ولكوكسن اللابارامتري للمجموعات المترابطة للتعرف إلى الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في التقياسين القبلي والبعدي، والتعرف إلى الفروق بين درجات أطفال المجموعة التجريبية في التقياسين البعدي والمتابعة.

الفصل الخامس

نتائج البحث

❖ عرض النتائج وتفسيرها.

❖ التوصيات.

❖ المقترحات.

يتمثل الفصل التالي عرضاً لنتائج وتفسيرها ومن ثم التوصيات والمقترحات كما يأتي:

أولاً: عرض النتائج وتفسيرها.

للتحقق من نتائج البحث سيتم عرض النتائج وتفسيرها تبعاً لأهدافه والفرضيات

التي اشتملت منها كما يأتي:

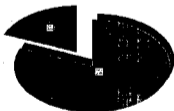
الهدف الأول: تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال الروضة في مدينة تعز.

تم تحقيق هذا الهدف من خلال إجراءات بناء مقياس تشخيص الاضطراب بصورتيه (المترسية والمنزوية)، وعرض نتائج تطبيقه على أطفال الروضة كما ورد في الفصل الرابع. إذ بلغ عدد الأطفال المضطربين الذين تم تشخيصهم بالاضطراب بعد تطبيق مقياس التشخيص بصورتيه (المترسية والمنزوية) 128) طفلاً مضطرباً من مجموع أطفال مجتمع البحث البالغ عددهم (1983) طفلاً وطفلة شكلوا نسبة (6.45%) من مجموع أطفال مجتمع البحث.

وبلغ عدد الأطفال الذكور المضطربين (104) طفلاً مضطرباً بينما بلغ عدد

الإناث المضطربات (24) طفلة مضطربة، شكل (3)

شكل (3) توزيع الأطفال المضطربين (الذكور والإناث) على مقياس تشخيص الاضطراب



يظهر من الشكل (3) أن نسبة الأطفال الذكور المضطربين تشكل (81.25%)، بينما تشكل نسبة الإناث المضطربات (18.75%) من مجموع الأطفال المضطربين البالغ عددهم (128) طفلاً مضطرباً. أي أن نسبة الأطفال الذكور المضطربين تشكل حوالي (4-1%) من نسبة الإناث المضطربات.

وتشير هذه النتيجة التي كشفت عن أن نسبة الأطفال المضطربين تشكل نسبة (6.45%) إلى معاناة عدد من أطفال الروضة من هذا الاضطراب؛ نكتم لم يشخصوا سابقاً كأطفال مضطربين قبل دخولهم الروضة لأن للفترة السائدة عن الأطفال في مرحلة ما قبل الروضة تتسم بكونهم يمررون بمرحلة لتحركة والنشاط ولذا لا ينظر إلى الطفل على أنه غير سوي أو مضطرب، ولكن عند دخول الطفل للروضة ومقارنة سلوكه من قبل المربيات مع الأطفال العاديين التحضرين معه ومطابته بتأدية بعض المهام و الأنشطة يتبين أنه مختلف عن أقرانه من الأطفال العاديين في تأدية تلك المهام وما يسببها من مشكلات يسببها للأطفال الآخرين المحيطين به.

إن نسبة انتشار هذا الاضطراب بين أطفال الروضة بنسبة (6.45%) تكفت مع نتائج أغلب الدراسات السابقة التي كشفت عن وجود الاضطراب وانتشاره بين الأطفال على اختلاف مجتمعاتهم. ومن خلال استعراض نتائج تلك الدراسات تبين أن هناك تفاوتاً واضحاً بين نسب انتشار هذا الاضطراب.

حيث أن نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال في البحث الحالي كانت أعلى من النسبة التي توصلت إليها دراسات (السليمان، 1985) و(حمودة، 1991) و(السطحية، 1991) و(Barkeley، 1998) و(Goldman&et.al، 1998) و(أحمد وسدر، 1999) و(القلقي، 2005) والنسبة التي أشار إليها السليل الشخصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (APA، 1994) التي تراوحت بين (2-6%) .

وكانت أقل من النسبة التي توصلت إليها دراسات (معوض، 1992) و(يعقوب، 1995) و(Millberger&et.al، 1995) و(المرسي، 1998) و(الأدهم، 1999) و(الزعي، 2001) و(شفيق، 2002) و(Brown، 2007) التي تراوحت بين (3-10%) .

أما فيما يتعلق بنسبة انتشار الاضطراب بين الذكور والإناث فقد ظهرت نسبة انتشاره لدى الذكور أكثر من نسبة انتشاره لدى الإناث بنسبة (4-1%). وقد اتفقت هذه النتيجة مع جميع الدراسات التي تناولت حجم هذه النسبة لدى الجنسين. وهذا ما أشار إليها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (APA, 1994) ونتائج دراسات (شقيقر، 2002) و(الفطيسي، 2005) و(النسوتي، 2006) التي توصلت إلى أن نسبة انتشار الاضطراب بين الذكور أكثر من نسبة انتشاره بين الإناث.

ويمكن تفسير ذلك، إلى أن الأطفال للذكور يبدون أكثر انفعالية ولديهم قابلية أكبر لتثنت الانتباه داخل الفصل الدراسي كما أن الأعراض الشخصية والعنصرية لدى الذكور أكثر مما لدى الإناث مع ارتفاع معدل مشكلاتهم النفسية. وان الذكور جينياً ووراثياً أكثر عرضة للإصابة باضطراب للجهاز العصبي (باركلي، 1999: 49).

كما يعمل سلوك الأطفال الذكور إلى أن يكونوا أكثر سيطرة وتمرد وصعوبة ضبط سلوكهم والتحكم فيه.

الهدف الثاني: إعداد برنامج سلوكي لتعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتثنت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.

لقد تم تحقيق هذا الهدف من خلال إجراءات بناء البرنامج للسلوكي والسذي تمت الإشارة إليه تفصيلاً في الفصل الرابع.

الهدف الثالث: تطبيق البرنامج السلوكي لمعرفة مدى فاعليته في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتثنت الانتباه وفرط النشاط في مدينة تعز.

لتعرف على نتائج هذا الهدف سيتم عرض ومناقشة الفرضيات التي اشتمت منه وكالاتي:-
الفرضية الأولى: تنص هذه الفرضية على أنه: (يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) قبل وبعد تطبيق البرنامج السلوكي).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم اختبار الفروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) باستخدام الأسلوب الاحصائي للبارامترى (ولكوكسون Wilcoxon) للمجموعات المترابطة. (عودة والغليبي، 2000: 438-442) للتعرف إلى التغيير الذي طرأ على سلوك الأمتفال المنطربين في المجموعة للتجريبية كما يظهر في جدول (29).

جدول(29)قيم ونوكسون (T) وذلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب نشئت الانتباه وفرط النشاط

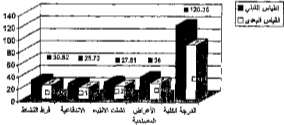
(الصورة المدرسية)

المجال	نوع القياس	تجاه فرق الترتيب	عدد الفرق الذليلة	مجموع الترتيب	توى المستخرجة	مستوى ذلالة
فرط النشاط	قبلي - بعدي	سلبى	11	66.00	صفر	ذلة
		إيجابى	0	0.00		
		محايد	0			
الاجتماعية	قبلي - بعدي	سلبى	11	66.00	صفر	ذلة
		إيجابى	0	0.00		
		محايد	0			
نشئت الانتباه	قبلي - بعدي	سلبى	10	55.00	صفر	ذلة
		إيجابى	0	0.00		
		محايد	1			
الأعراض الحاصلة	قبلي - بعدي	سلبى	11	66.00	صفر	ذلة
		إيجابى	0	0.00		
		محايد	0			
الفرجة الكلية للضطراب	قبلي - بعدي	سلبى	11	66.00	صفر	ذلة
		إيجابى	0	0.00		
		محايد	0			

قيمة T الجدولية = 11 عند مستوى ذلالة (0.05) وعدد الفرق (11) (عودة والغليبي، 2000: 585)

يكون من نتائج جدول (29) إن قيم (T) المستخرجة أقل من قيمة (T) الجدولية وبذلك تقبل الفرضية البديلة. ويعني ذلك وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة إحصائية (0.05) بين مجموع رتب درجات القياسات القبلية والبعديّة للمجموعة التجريبية على الاضطراب، لصالح القياس البعدي وهذه النتيجة تؤكد صحة الفرضية الأولى. وهذا يدل على انخفاض حدة الأعراض السلوكية الدالة على الاضطراب لدى الأطفال المسضطرين في المجموعة التجريبية.

ويمكن توضيح هذا الانخفاض في الاضطراب من خلال توزيع متوسطات درجات الأطفال في المجموعة التجريبية بيانياً قبل وبعد تطبيق البرنامج السلوكي وكما يظهر في شكل (4).



شكل (4)

توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي

يُبين من شكل (4) أن متوسطات درجات الأطفال المضطربين في القياس اللفظي قد انخفضت عما كانت عليه في القياس القبلي. مما يعني أن هناك تحسناً قد حدث في جميع مجالات الاضطراب المتضمنة: فرط النشاط الحركي، والانتفاعية، وتشتت الانتباه، والأعراض المصاحبة للاضطراب.

ويمكن توضيح هذا التحسن باستخدام معيار آخر في برامج تعديل السلوك للتعرف على مدى فاعليتها وذلك من خلال تحديد متوسطات تكرار تواتر السلوك عند الأطفال المضطربين قبل تطبيق البرنامج ويسمى بالخط الأساس أو للقاعدي ومقارنته بمتوسطات تكرار تواتر السلوك عند نفس الأطفال بعد تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية بغرض التعرف على الفرق في تواتر السلوك بين التطبيقين كما موضح في شكل (5).



شكل (5)

توزيع متوسطات تكرار تواتر السلوك في مجالات الاضطراب ببقية لدى أطفال المجموعة التجريبية في خط الأساس قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج

يبين من شكل (5) أن متوسطات تكررات تواتر اسنوك التي حددتها المربية لأطفال المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج في الخط القاعدي كانت أكثر من متوسطات تكرراتهم بعد تطبيق البرنامج. وهذا يعني أن هناك تحسناً قد طرأ على أعراض الاضطراب في المجموعة التجريبية بعد التطبيق.

ويعزى هذا التحسن إلى فاعلية البرنامج السلوكي الذي ساعد على تعديل سلوك الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية مما أدى إلى خفض المظاهر السلوكية غير الملائمة وزيادة احتمال عدد مرات ظهور السلوك الملائم. كما ساعد على تدريب الأطفال على المهارات اللازمة للتعامل بنجاح مع المواقف المختلفة في الروضة، مما يؤدي إلى خفض مستوى نشاطهم المفرط، وخفض مستوى اندفاعيتهم، وزيادة قدراتهم على التركيز والانتباه، وخفض حدة الأعراض المصاحبة للاضطراب.

أن الأنشطة المتنوعة التي استخدمت في البرنامج مع الأطفال المضطربين ساعدت على خفض حدة الاضطراب لديهم والتي تنوعت بين جميع أجزاء من صور ملونة وتركيبها مثل ألعاب تجميع الصور المتكاملة من خلال أجزاء صغيرة مقطعة، ورسم مجموعة من الصور وتلوينها، وتشكيل أشكال متنوعة من قطع المكعبات، وممارسة مجموعة من الألعاب المشوقة مثل التقيام بأداء لعبة التمثيل ولعبة نقل القطر والتي ركزت على تفريغ الطاقة الحركية لدى الطفل بطريقة مقبولة. وممارسة أنشطة أخرى مثل مشاهدة الأطفال لمواقف تمثيلية، ولعبة المطابقة بين الأشكال والاستماع للقصص والتي بدورها شجعت الأطفال على التفكير والتخيل وخفض حدة اندفاعيتهم وسرعة استجاباتهم قبل التفكير في الإجابة المناسبة للموقف، وعدم الانصياع لنوبات الغضب. فضلاً عن استخدام أنشطة متنوعة ساعدت الأطفال على تركيز انتباههم نحو مثيرات محددة المطلوب الانتباه إليها في الموقف والتي تضمنت مشاهدة مجموعة من الصور والتحدث عنها، والتعرف

إلى مجموعة من الصور التي عرضت عليهم والتميز بينها، والتعرف على مجموعة من الألوان والتميز بينها والتعرف إلى سمياتها، والقيام بحدد من الأحباب مثل لعبة (المربية تقول)، ولعبة الإثبات للتفريق الموجودة بين شكلين متشابهين. واستخدم أنشطة ركزت على خفض الأعراض المصاحبة للاضطراب لديهم كالتعرف إلى الحروف والتميز بينها، والأرقام والتميز بينها، وترتيب الفصل، وتلويح الصور والتوصيل بينها، وترتيب الرسومات.

وما صاحب هذه الأنشطة من فنيات سلوكية كالعزيز بأوضاعه المختلفة، والتمنجة، والحث والتلقين، وتشكيل السلوك المناسب، والمناقشة والحوار، وتكثيف الاستجابة ساعدت الأطفال على خفض حدة الاضطراب لديهم.

إن نجاح البرنامج للسلوكي في تحقيق أهدافه يمكن أن يعود إلى ما تضمنه من أنشطة وأساليب وبخبات وواجبات منزلية متنوعة التي صممها أشدعت لاحتياجات الأطفال الأسرية والتي بذورها ساعدت على تعديل سلوكهم نحو الأخصن وخفض مظاهر حدة الاضطراب لديهم وتنمية ثقتهم بأنفسهم وتحسين علاقاتهم بأقربائهم وأقالت من شكوى مربياتهم وأسره وهذا ما بدأ واضحا في نتائج الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

ويؤيد الأئب النظري فعالية البرامج التي تعتمد أساليب تعديل السلوك لكونها برامج عننية تركز على أعراض محددة للمشكلات التي يعاني منها الأفراد وتكون هدفاً للعلاج. وتحدد الاستجابة المتوقعة من الضلل، حيث تكون متطلبات الموقف واضحة منذ البداية ويكون التركيز على مسئولية الطفل في تحديد التعديم وتكون إستراتيجية اللعبة ويعرف الطفل ماذا يجب أن يفعل، وماذا يتجنب نكسي يحصل على التعديم (كوزول وآخرون، 2002:101).

فضلاً عن أن هذه البرامج تعمل على تغيير السلوك غير المرغوب واستبدال
بسلوك ملائم من خلال تدريب الأخصال على اكتساب مهارات مختلفة
(سيبالم، 2002: 55).

كما تساعد هذه البرامج الطفل على تعلم سلوكيات جديدة وغير موجودة
أصلاً في ذاكرته ومقبولة اجتماعياً ويسعى إلى تحقيقها، وتقليل غير المقبولة منها
وبالتالي تساعد على التكيف مع محيطه وبيئته الاجتماعية وتقليل المشاكل التي
تعرض لها مما يساعده على الاستمرار بحياة مريحة في جو بعيد عن الإحباط والتوتر.

إن نتيجة الفرض الحالي تعزز ما أكدت عليه النظريات السلوكية في
تعديل السلوك المضطرب المكتسب حيث يمكن التخلص منه من خلال عملية
التعلم وتكوين الارتباطات بين العثرات والاستجابات من خلال إحلال نماذج
الاستجابة لعلاقات جديدة مرغوبة لدى الطفل بين العثرات والاستجابات بدلاً من
النماذج الاستمرارية لعلاقات غير المرغوبة باستخدام فنيات التعزيز والتدعيم
والتهافل أثناء ممارسته الأنشطة المحيية لديه وبفعل التعزيز أصبحت الاستجابات
الصحيحة لدى الأطفال أكثر تكراراً وظهوراً من الاستجابات الخاطئة. فالتعزيز
يؤدي إلى نتائج سارة أو مشبعة تقوى وتميل إلى التكرار. أي أن الأثر الإيجابي
للشئ من هذه الاستجابات يزيد من احتمالات حدوثها في المواقف اللاحقة المشابهة.

إن نتيجة البحث الحالي تتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي أشارت إلى أهمية برامج
السلوكية وفعاليتها في خفض حدة المظاهر السلوكية للاضطراب
كتدراسات. (Feierstein, 1991)، و (Ghosh&Chattopadhyay, 1993)، و
(الموافي، 1995)، و (Copeland, 2002)، و (Corrin, 2003)، و (البحر، 2004)، و
(بنوي، 2005).

الفرضية الثانية: تنص هذه الفرضية على أنه: (يوجد فروق دالة إحصائية عند
مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على
مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) بعد تطبيق البرنامج السلوكي).

لتتحقق من صحة هذه الفرضية استخدم الأسلوب الإحصائي للاب-ارامتري (مان وتي Mann-Whitney) للمجموعات المستقلة المتوسطة الحجم لدراسة الفروق بين درجات الأطفال المضطربين بعد تطبيق البرنامج السلوكي في المجموعتين التجريبية والضابطة. وتوضح نتائج هذه الفرضية في جدول (30).

جدول(30)

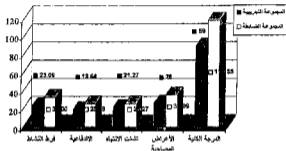
قيم مان وتي(U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة العدمية)

المجال	المجموعة	العدد	مجموع الرتب	قيم U المستخرجة	مستوى دلالة
فرط النشاط	المجموعة التجريبية	11	72.50	6.5	دالة
	المجموعة الضابطة	11	180.50		
الانتفاعية	المجموعة التجريبية	11	69.50	3.5	دالة
	المجموعة الضابطة	11	183.50		
نشأت الانتباه	المجموعة التجريبية	11	92.50	26.5	دالة
	المجموعة الضابطة	11	160.50		
الأعراض المسلمية	المجموعة التجريبية	11	83.00	17	دالة
	المجموعة الضابطة	11	170.00		
الدرجة الكلية للاضطراب	المجموعة التجريبية	11	68.00	2	دالة
	المجموعة الضابطة	11	185.00		

قيمة(U) الجدولية=30 عند مستوى دلالة (0.05) وعند الرقم (11-11) (عودة والتالي، 2010، 59)

يبين من جدول (30) إن قيم (U) المستخرجة أقل من قيمة (U) الجدولية وبذلك نقبل الفرضية البديلة. أي أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال المضطربين بنشأت الانتباه وفرط النشاط في المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح المجموعة

لتجريبية. وهذه النتيجة تؤيد صحة الفرضية الثانية. ويعني ذلك أن البرنامج كان فعالاً في تأثيره على خفض مستوى الأعراض السلوكية للاضطراب لدى أطفال المجموعة التجريبية ويمكن توضيح ذلك بيانياً كما في شكل (6)



شكل (6)

توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى الأطفال بعد تطبيق

البرنامج في المجموعتين الضابطة والتجريبية

بتبين من شكل (6) أن متوسطات درجات الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج تعديل السلوك كانت أقل مما هي عليه لدى أطفال المجموعة الضابطة. وهذا يشير إلى مدى التحسن الذي طرأ في سلوك الأطفال المضطربين بشكل عام وضمن مجالات قياس الاضطراب المتضمنة فرط النشاط الحركي، والإنفاعية، وتشتت الانتباه، والأعراض المصاحبة له.

يمكن أن يمزى هذا التحسن إلى فاعلية البرنامج السلوكي الذي ساعد على تعديل سلوك الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية مما أدى إلى خفض

المظاهر السلوكية غير المنتظمة لديهم. وإن استمرار السلوك المضطرب لدى أطفال المجموعة المضطربة دليل على فاعلية أنشطة البرنامج السلوكي نظراً لعدم إخضاعهم إليه.

فقد قدم البرنامج السلوكي بأنشطته وأدبيته وفتياته المتنوعة فرصة للأطفال في المجموعة التجريبية على تعديل سلوكهم المضطرب وإيجاد سلوكاً جديداً أكثر ملائمة وتوافق. بينما لم يستفد أطفال المجموعة المضطربة من هذه الأنشطة والفعاليات والفتيات من أجل تغيير سلوكهم السابق.

مما زاد من فاعلية البرنامج استخدامه لمجموعة من الأنشطة والفتيات المرتكزة على أسس علمية مستمدة من النظريات السلوكية في تعديل السلوك المضطرب لدى الأطفال حيث مثل البرنامج فرصة للأطفال في المجموعة التجريبية لتفريغ طاقتهم الحركية المفرطة بأساليب مقبولة وذلك من خلال قيامهم بمجموعة من الألعاب التي تضمنها برنامج السلوكي كلعبة القفز، وتمثال، ولعبة القطار. وساعدت أنشطة البرنامج على تنمية الانتباه والتركيز للمنبهات المطلوبة الانتباه إليها من خلال عرض مجموعة من الصور والرسومات التي طلب منهم تلوينها وإكمالها والحديث عما تضمنته هذه الصور والرسومات من تشابهات واختلافات. وكف الاستجابات الانتفاعية لديهم من خلال تعبئة التفكيك بنتائج سلوكهم، وتنمية مهاراتهم الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي المقبول مع أقرانهم، وتنمية ميارة الاستماع والإنصات للآخرين من خلال سرد بعض القصص المشوقة للأطفال. وخفض بعض الأعراض المصاحبة لديهم من خلال تعبئة إحساسهم بالنجاح والثقة بالنفس، والتخلي عن سلوك العناد والمعارضة، ومحاولة التغلب على بعض صعوبات التعلم لديهم في القراءة والحساب من خلال تدريبيهم على بعض الحروف والأرقام، وتلوين الصور، والتوصيل بين الأشياء. بينما لم

يستفيد أطفال المجموعة الضابطة من هذه الفعاليات والأنشطة مما جعل سلوكهم المضطرب يستمر على ما هو عليه بشكل عام.

أن هذه الأنشطة لم تكن ضمن نشاطات الأطفال في الروضة وإن تم ممارستها فهي تمارس بشكل محدود ولا يتم التأكيد عليها رغم أهميتها بالنسبة للطفل.

إن اعتماد البرنامج على افتراض أن الاضطراب هو سلوك خاطئ تم تعلمه مسبقاً، لذا يمكن تحديده من خلال الفئات المتنوعة التي تضمنها البرنامج ومن أكثرها فاعلية واستخداماً في البرنامج استخدام التعزيز الإيجابي بأشكاله المتنوعة منها التعزيز الإيجابي المادي (كهدايا الأطفال بالهدايا الرمزية الصغيرة كالإقلام الملونة والكرات الصغيرة والميداليات، الخ)

ومعنوياً (كتجليل الطفل، ومدحه بعبارات الشكر والتقدير، أو التحفيق له، أو إعطائه مهمة يتولى قيادتها) واستخدمت هذه الأنواع من التعزيز بعد قيامهم بالملوك الإيجابي مباشرة دون تأجيل.

وإستخدام فنية تشكيل السلوك التي تشمل على التعزيز الإيجابي المعظم للاستجابات التي تقرب شيئاً فشيئاً من السلوك الصحيح، وفنية التأقن بأنواعها اللفظي من خلال التعليمات اللفظية التي تقدم مباشرة للطفل، والإيماني من خلال استخدام الإشارات أو النظر مباشرة لعيني لطفل أو بطريقة معينة، والجسدي من خلال لمس الطفل بهدف مساعدته لتأدية السلوك الصحيح. وفنية النمذجة من خلال عرض نماذج مصورة ورمزية ونماذج حية للأطفال يقومون بأدائها السلوك الصحيح أمام الطفل. وغيرها من الفئات الأخرى التي ساعدت أطفال المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم البرنامج على تعلم سلوكيات إيجابية أفضل.

أن خفض مظاهر الاضطراب لدى أطفال المجموعة التجريبية هو أمر طبيعي في ظل وجود التدخل العلاجي، فما حصل في المجموعة التجريبية من تغيير في

البيئة الصفية وتعديل أساليب تعامل المربيات مع الأطفال وتعريفهن بكيفية التعامل مع الطفل المضطرب والعمل على تقيده ومحاولة تلمحه مع الأطفال الآخرين وزيادة ثقته بنفسه وتقم سلوكه جميعها عوامل ساعدت على خفض الاضطراب في هذه المجموعة بينما لم يظهر ذلك في المجموعة الضابطة.

كل هذه العوامل التي تولفت لأطفال المجموعة التجريبية أشبعت حاجاتهم في إحساسهم بالرضا والقبول من أقرانهم ومربياتهم من خلال إمكانية النجاح في تلبية المهام التي توكل إليهم فحسن سلوكهم المضطرب، بينما لم تتوافر هذه العوامل للأطفال تمجموعة الضابطة فظل مستوى سلوكهم المضطرب كما هو عليه.

وهذا ما أكنته النظريات السلوكية التي أشارت إلى إمكانية تعديل السلوك من خلال تحديد العناصر السلوكية السالبة والعناصر السلوكية غير سليمة بوضوح، وبطريقة إجرائية خاضعة للملاحظة والقياس وتحديد المعززات التي ثبتت فعاليتها في المواقف المشابهة وتوظيف الأساليب والقواعد التي تضمن لكل مستعلم أن يحصل على تعزيز حين يظهر تقيدهم نحو السلوك المراد تشكيله وتعديله (أبو حويج وآخرون، 2000، 200).

إن هذه النتيجة تتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي أشارت إلى أهمية البرامج السلوكية وفعاليتها في خفض حدة المظاهر السلوكية للاضطراب كدراسات (Feierstein, 1991) ، و (Ghosh & Chattopadhyay, 1993)، و (المصطفى، 1995)، و (Copeland, 2002)، و (Corrin, 2003) ، و (الجبور، 2004)، و (بدوي، 2005).

الهدف الرابع:- معرفة الفرق في فاعلية البرنامج السلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين تبعاً لتوعهم (ذكور - إناث).

تتمتع على نتائج هذا الهدف سيتم عرض ومناقشة الفرضية الثالثة التي تشكلت منه وكالتالي:-

الفرضية الثالثة:-- تنص هذه الفرضية على أنه: لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي).

للتحقق من صحة هذه الفرضية استخدم الأسلوب الإحصائي اللابارامتري (مان وتشي Mann-Whitney) للمجموعات المستقلة للعينات الصغيرة الحجم* . (حودة والسليبي، 2001: 444) لدراسة الفروق بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في لمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي. ويوضح جدول (31) نتائج هذه الفرضية.

جدول(31)قيم مان وتشي (U) ودلالة الفروق بين درجات الذكور ودرجات الإناث

في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج

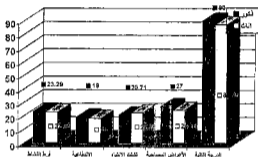
المجال	المجموعة	العدد	مجموع الرتب	قيم U مستقرجة	قيم U الجدولية	مستوى الدلالة
فرط النشاط	ذكور	7	42	14	0.81	غير دالة*
	إناث	4	24			
الانفعالية	ذكور	7	45.5	10.5	0.46	غير دالة
	إناث	4	20.5			
نشأت الانتباه	ذكور	7	36	8	0.21	غير دالة
	إناث	4	30			
الأعراض المصاحبة	ذكور	7	46.5	9.5	0.37	غير دالة
	إناث	4	19.5			
الدرجة الكلية للالتهاب	ذكور	7	46	10	0.37	غير دالة
	إناث	4	20			

* في هذا الأسلوب تتم مقارنة كل قيمة جدولية بمستوى الدلالة الذي حدده الباحث.

يتبين من جدول (31) أن قيم (U) الجدولية أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05) وبذلك تقبل الفرضية الصغرية، أي لا يوجد فروق دالة إحصائية عند

* يستخدم هذا الأسلوب الإحصائي عندما تكون المجموعة الأكبر (8) أفراد فقط.

مستوى دلالة (0.05) بين مجموع رتب درجات الذكور ورتب درجات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي مما يؤيد صحة هذه الفرضية. تشير هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج السلوكي لدى كل من الذكور والإناث في المجموعة التجريبية. ويمكن توضيح ذلك بيانياً كما في شكل (7)



شكل (7) توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي

يبين من شكل (7) أن متوسطات درجات الذكور والإناث متقاربة بدرجة كبيرة في قياس تشخيص الاضطراب ومجالاته الفرعية في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج تعديل السلوك.

ويمكن أن يفسر ذلك إلى أن الأنشطة والفتيات المتنوعة التي تضمنها البرنامج لم تكن خاصة بفئة منهم بل كانوا يشركون فيها مع بعضهم البعض دون تمييز. كانت هذه الأنشطة سهلة التطبيق ومعممة للأطفال وسهلة لهم ومن الممكن ممارستها من قبلهم وتهدف إلى الاهتمام بالأطفال جميعاً وحلهم لقضاء وقت ممتع في أنشطة مسارة ومبهجة وعدم محاولة إجهاذهم أو الضغط عليهم وتمكن للذكور والإناث من أدائها.

و قد لاحظت الباحثة إقبال الأطفال على هذه النشاطات بغض المستوى سواء من الذكور أو الإناث نتيجة لتقاربهم في العمر، وتواجدهم مع بعضهم البعض في نفس الفصول داخل الروضة وهذا بدوره ساعد على تطبيق هذه النشاطات والاستفادة منها دون أي تمييز بينهم.

كما يمكن القول بأن الفروق بين الأطفال في هذه المرحلة العمرية غير واضحة بدرجة كبيرة ولا تميز بينهم كما يحدث في المراحل العمرية اللاحقة بفعل التغيرات الجسمية والاجتماعية.

وهذه النتيجة تتفق مع دراسات كل من (الموافي، 1995)، و (تسلحية، 1997)، و (المريسي، 1998)، و (بديوي، 2005)، و (إزقرعة، 2007) التي لم تجد فروقاً دالة إحصائياً بين أفراد المجموعة التجريبية من الذكور والإناث في خفض حدة الاضطراب بعد تطبيق البرنامج.

الهدف الخامس:- التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج السلوكي من خلال قياس المتابعة (القياس المرجأ بعد مرور شهر) لأفراد المجموعة التجريبية ككل و تبعاً لنوعهم (ذكور - إناث).

للتأكد من استمرارية فاعلية البرنامج السلوكي المعد لإعراض البحث الحالي في تعديل سلوك الأطفال المضطربين بثبتت الانتباه وفرط النشاط، وذلك من خلال قياس المتابعة (المرجأ بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج) لأفراد المجموعة التجريبية ككل، و تبعاً لنوعهم (ذكور - إناث). سيتم عرض ومناقشة نتائج الفرضيات الرابعة والخامسة المبنيّة من هذا الهدف وعلى النحو التالي:

الفرضية الرابعة: تنص هذه الفرضية على انه: (لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب بعد انتهاء تطبيق البرنامج السلوكي ودرجاتهم في التطبيق المرجأ بعد مرور شهر من المتابعة).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والمتابعة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج على مقياس الاضطراب (الصورة

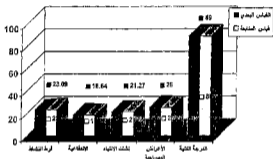
المدرسية) باستخدام الأسلوب الإحصائي البارامتري ولكوكسن (Wilcoxon) للمجموعات المترابطة لدراسة الفروق بين القياسين للتعرف على التعبير الذي حدثت سلوكه الأطفال المضطربين في المجموعة التجريبية كما تظهر النتائج في جدول (32). جدول (32) قيم ولكوكسن (T) ودلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) في القياسين البعدي والمتابعة

المجال	نوع القياس	اتجاه الرب	العدد	مجموع الترتيب	قيم T المستخرجة	مستوى الدلالة
فرط النشاط	بعدي-متابعة	سليم	4	19.0	19	غير دالة
		إيجابي	5	26.0		
		متعاد	2			
الانتعاشية	بعدي-متابعة	سليم	4	14.0	14	غير دالة
		إيجابي	3	14.0		
		متعاد	4			
تشتت الانتباه	بعدي-متابعة	سليم	3	12.50	12.5	غير دالة
		إيجابي	4	15.50		
		متعاد	4			
الأعراض التصليبية	بعدي-متابعة	سليم	4	23.0	13	غير دالة
		إيجابي	4	13.0		
		متعاد	3			
الدرجة الكلية للاضطراب	بعدي-متابعة	سليم	4	29.0	16	غير دالة
		إيجابي	6	26.0		
		متعاد	1			

قيمة T الجدولية = 11 عند مستوى دلالة (0.05) وعدد الأفراد (11)

يتبين من نتائج جدول (32) إن قيم (T) المستخرجة أكبر من قيمة (T) الجدولية وبذلك تقبل الفرضية الصفرية. أي لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين مجموع رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين

البعدي والمتابعة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج على مقياس تشخيص الاضطراب مما يزيد صحة هذه الفرضية. وتشير هذه النتيجة إلى استمرارية فاعلية البرنامج في تعديل السلوك المضطرب لدى أطفال المجموعة التجريبية. ويمكن توضيح ذلك من خلال توزيع متوسطات درجات الأطفال في المجموعة التجريبية بيانياً في المقياسين البعدي والمتابعة وكما يظهر في شكل (8)



شكل(8) توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى أطفال المجموعة التجريبية في المقياسين البعدي والمتابعة

يبين من الشكل (8) أن متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ككل في المقياسين البعدي والمتابعة متقاربة إلى درجة كبيرة مما يشير إلى استمرارية فاعلية البرنامج. ويمكن تفسير استمرارية فاعلية البرنامج نتيجة لما حدث من تغيرات في البيئة الصفية من ناحية، واكتساب التربية أساليب فعالة ومناسبة للتعامل مع الطفل المضطرب من ناحية أخرى، بالإضافة لما حدث للطفل المضطرب نفسه من شعور بالرضا والارتياح وحصوله على عبارات الثناء والتشجيع من قبل

المحيطين به مما شجعهم على أن يستمروا في إظهار السلوكيات الصحيحة والتكثيل من السلوكيات الخاطئة على اعتبار أن السلوك المضطرب هو عادات خاطئة متعلمة يمكن أن تستبدل ببعض العادات الصحيحة في ضوء تغيير النظرية السلوكية.

وان عدم حدوث تحسن أكثر مما حدث بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج السلوكي يعود إلى أن البرنامج لا يمكن أن يصل في نتائجه إلى مرحلة للتعقيم وتغيير الأطفال من حالة الاضطراب إلى حالة السواء التام كما يظهر لدى الأطفال العاديين لأن هذا يتطلب جهود متكاملة من جوانب مختلفة طبية وتربوية وأسرية وإلى فترة زمنية طويلة من المتابعة.

الفرضية الخامسة: تنص هذه الفرضية على أنه: (لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة المرجأ بعد مرور شهر من المتابعة).

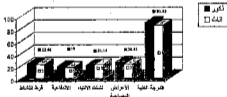
للتحقق من صحة هذه الفرضية استخدم الأسلوب الإحصائي التلارامتري (مان ويني Mann-Whitney). للمجموعات المستقلة للعينات الصغيرة الحجم لدراسة الفروق بين درجات الأطفال الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة (المرجأ) بعد مرور شهر من انتهاء موعد التطبيق البعدي لمقياس الاضطراب. كما يظهر في جدول (33).

جدول (33) قيم مان وتشي (U) ودلالة الفروق بين درجات الذكور ودرجات الإناث

في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة

المتغير	المجموعة	عدد	مجموع الترتيب	U	U	مستوى دلالة
فرد النشاط	ذكور	7	44	12	0.57	غير دالة
	إناث	4	22			
الاندفاعية	ذكور	7	48	11	0.46	غير دالة
	إناث	4	21			
ثلاثة الانتباه	ذكور	7	39	11	0.46	غير دالة
	إناث	4	27			
الأعراض الشخصية	ذكور	7	46	10	0.37	غير دالة
	إناث	4	20			
درجة عالية للاضطراب	ذكور	7	43	13	0.68	غير دالة
	إناث	4	23			

يتبين من جدول (33) أن قيم (U) لجدولية أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05) وبذلك تقبل الفرضية الصفرية. أي لا يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة المرجحاً بعد مرور شهر على التطبيق التجديلي له. مما يؤكد صحة هذه الفرضية. ويمكن توضيح ذلك بيانياً كما في شكل (9)



شكل (9) توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة

بشأن من شكل (9) أن متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث متقاربة إلى درجة كبيرة على مقياس المتابعة المرجأ . وتشير هذه النتيجة إلى استمرار فاعلية البرنامج الإيجابية في تعديل السلوك المضطرب لدى كل من الأطفال المضطربين من الذكور والإناث.

و يفسر استمرار فاعلية البرنامج لدى كل من الذكور والإناث دون أي اختلاف، فيما بينهم بعد مرور شهر من انتهاء التطبيق إلى استمرارية الظروف المحيطة بهم من قبل مربياتهم وأقرانهم من الأطفال العاديين بعد أن أصبح سلوكهم أكثر قبولاً لديهم ودون أي تمييز بينهم عند مشاركتهم في الأنشطة والفعاليات المتنوعة في الروضة. مما شجعهم على الاستمرار في إظهار السلوك الإيجابي لدى كل منهم.

ومن الجدير بالملاحظة في هذه النتيجة أن الإناث المضطربات تظهرن تحسناً أفضل إلى حد ما في خفض حدة الاضطراب بعد مرور فترة شهر من انتهاء تطبيق البرنامج من الأطفال المضطربين من الذكور على الرغم من أن هذه الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، وقد يعزى ذلك إلى أن الأسرة في البيئة اليمنية عندما تتعامل مع الإناث بأسلوب يعزز لديها الممارسات السنوكية المتزنة ولا تشجعها على الممارسات السلوكية ذات النشاط الزائد. في الوقت الذي تكون فيه المنحرة إلى سلوك النشاط الزائد لدى الطفل الذكر على أنه حالة طبيعية لا يحاسب عليها كثيراً كما تحاسب الأسرة الطفلة الأثني.

ثانياً: التوصيات.

في ضوء نتائج البحث وما سبقها من عرض نظري يمكن الخروج بعدد من

التوصيات وهي الآتي:

٤- أن تكفي وزارة التربية والتعليم مهمة رعاية الأطفال الذين تم تشخيصهم بالاضطراب في رياض الأطفال بمدينة تعز وذلك من خلال إنشاء مجموعة دعم

عمل على تقديم برامج تعليمية وتشخيصية متخصصة بالتمسيق مع جهات طبية،
تربوية حكومية وخاصة.

4- أن تقوم وزارة التربية والتعليم بمهمة تدريب المربين في الروضة على
استخدام مقاييس تشخيص الاضطراب المعد في البحث الحالي والمقاييس الأخرى
ات العلاقة بموضوع الاضطراب.

6- أن تتولى وزارة التربية والتعليم مهمة تعميم برنامج تعديل السلوك المستخدم في
البحث الحالي على جميع رياض الأطفال المنتشرة في سنجة عز.

7- أن تقوم وزارة التربية والتعليم بمهمة تدريب المربين في الروضة ومدارس
التعليم الأساسي على استخدام البرنامج السلوكي لخفض الاضطراب في تعديل
سلوك الأطفال المضطربين.

8- أن تتولى وزارة التربية والتعليم توفير أنشطة تربوية متنوعة يمكن استخدامها
مع الأطفال المضطربين في رياض الأطفال تعمل على خفض الطاقة الحركية
المفرطة لديهم.

9- أن تتولى وزارة التربية والتعليم عمل موقع الكتروني متخصص عن
الاضطراب على شبكة الانترنت بهدف نشر الثقافة العلمية، والتربوية، والطبية.

10- أن تتولى كل من وزارة التربية والتعليم ووزارة الصحة تأسيس لجنة
متعددة التخصصات من أجل توحيد وتكثيف طرق لتشخيص والعلاج تضم نخبة من
الأطباء والتربويين.

11- أن تقوم وزارة الصحة بتشجيع ودعم إقامة عيادات طبية متخصصة
تتكون من فريق متكامل لتشخيص وعلاج الأطفال المضطربين.

12- أن تقوم إدارة الروضة بتكثيف اجتماعات توعية لأولياء الأمور والمربين
في الروضة لدعمهم معنوياً وإعطائهم الفرصة الكافية لتبادل الخبرات والمهارات

وأما يرب للتواصل المناسبة للتعامل مع الطفل المضطرب داخل وخارج الروضة والمنزل.

13- أن تتبنى الجامعات اليمنية تنظيم مؤتمر وطني حول الاضطراب يتناول محاور مختلفة تعطي موضوع الاضطراب من جميع النواحي.

14- أن تهتم أقسام رياض الأطفال في كليات التربية في الجامعات اليمنية بعمل وتشجيع البحوث العلمية والميدانية المحلية التي تعنى بدراسة وتشخيص وعلاج الاضطراب.

15- أن تتولى أقسام رياض الأطفال في كليات التربية تنظيم ورشة عمل حول الاضطراب وسبل مواجهته من أجل تطوير المهارات التشخيصية والعلاجية.

16- أن تقوم الجهات الإعلامية إعداد ونشر عدد من المطبوعات الإرشادية المتعلقة بزيادة المعرفة بالاضطراب والموجهة لفئات مختلفة مثل أولياء الأمور والتربويين والأطباء وغيرهم من ذوي الصلة بالأطفال المضطربين.

17- كما توصي الباحثة اتخاذ بعض الاحتياطات والإرشادات اللازمة لتدريبات في الروضة للتخفيف من المظاهر السلوكية للاضطراب ومنها مايلي:-

- جلوس الأطفال المضطربين قرب طاولة المربية وضمن تنظيم الجلوس في الصف.
- جلوس الأطفال المضطربين في المقدمة ويقف الأطفال خلف ظهورهم وخارج مجال رؤيتهم.
- جعل الأفعال العادية المحيطة بالأطفال المضطربين من النماذج الجيدة.
- تشجيع تدريس الأقران والتعلم التعاوني.
- تجنب إجراء التغييرات في أماكن جلوس الأطفال المضطربين.
- متابعة الأطفال المضطربين باستمرار خلال تقديم التعليمات الشفوية.
- التأكد من فهم الأطفال المضطربين للتعليمات قبل البدء بالمهمة.
- تسجيل المهمات اليومية في دفتر الملاحظات عند الضرورة.

• استخدام تعزيز ومكافحة السلوك الإيجابي أكثر من تلميح إيسى العقاب للسلوك الضالعي.

• تغيير المعززات باستمرار حتى لا تنفد فاعليتها بالنسبة للطفل.

• تشجيع الحديث الإيجابي لذات عند الطفل مع نفسه.

ثالثاً: المقترحات.

نقترح الباحثة إجراء بعض الدراسات والبرامج المستقبلية الآتية:

- 1- دراسة أسباب مشكلة تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال الروضة.
- 2- تشخيص الاضطراب لدى الأطفال غير العالين في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة.
- 3- تشخيص الاضطراب في مراحل التعليم الأساسي والثانوي.
- 4- إجراء دراسة مماثلة على الأطفال المضطربين في محافظات الجمهورية اليمنية الأخرى.
- 5- دراسة العلاقة بين انتشار الاضطراب لدى أطفال الروضة وبعض المتغيرات الديمغرافية للأسرة (المستوى الاجتماعي والثقافي للأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، العلاقات الأسرية)
- 6- دراسة العلاقة بين الاضطراب وبعض المتغيرات الأخرى (للذكاء، العنوان، التحصيل الدراسي، التوافق النفسي والاجتماعي للطفل)
- 7- دراسة العلاقة بين انتشار أعراض الاضطراب وصعوبات التعلم لدى الأطفال في التعليم الأساسي.
- 8- دراسة العلاقة بين الاضطراب وانحراف الأحداث في سن المراهقة.
- 9- دراسة اتجاهات المعلمين ومستوى الوعي لديهم عن الاضطراب.
- 10- دراسة السمات الشخصية للأطفال المضطربين.
- 11- أساليب معاملة المربيات للأطفال المضطربين في الروضة.

- 12- فاعلية برنامج دوائي في علاج الأطفال المضطربين.
- 13- فاعلية برنامج غذائي في علاج الأطفال المضطربين.
- 14- فاعلية برنامج تدريبي لتعديل سلوك الأطفال المضطربين في المنزل.
- 15- فاعلية برنامج تدريبي للمهات الأطفال المضطربين لتعمية معارفهم في التمييز المبكر للمظاهر السلوكية للاضطراب.

المراجع

نولاً:- للمراجع العربية

- 1- إبراهيم، عبد الستار وآخرون(1993): العلاج السلوكي للطفل. أساليبه ونماذج من حالاته، مجلة سلسلة عالم المعرفة، الكويت: عدد(180) ديسمبر.
- 2- _____ (1998): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وعيادته تطبيقه، ط2، الكويت: دار العربية للنشر.
- 3- إبراهيم، علاء عبد الباقى(1995): دراسة مدى فاعلية بعض تقنيات تعديل السلوك لدى خفيص مستوى لتتشاط الرائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية- جامعة عين شمس.
- 4- _____ (2007): علاج لتتشاط الرائد لدى الأطفال باستخدام برنامج تعديل السلوك، ط2، القاهرة.
- 5- أبو جادو صالح محمد علي(2000): علم النفس التربوي، ط2، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 6- أبو حديدان، يوسف عبد الوهاب(2001): العلاج السلوكي لمشاكل الأسرة والمجتمع، ط1، العين: دار الكتاب الجامعي.
- 7- أبو حبيب، مروان وآخرون(2000): العنظن على علم النفس التربوي، ط1، عمان: دار انيازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- 8- أبو شعيع، السيد(2005): الأسس البيوكيميائية للأعراض النفسية وفصيلة، ط1، بها: جامعة بها.
- 9- أبو علام، رجاه محمدا والمريناغادية عصود(1989): التبريق القريدسة وتطبيقاتها التربوية، ط1، الكويت: دار القم.
- 10- أبو عطية، سهام درويش(1997): عبيدئ الإرشاد النفسي، ط1، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- 11- _____ (2002): عبيدئ الإرشاد النفسي، ط2، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- 12- أحمد، السيد علي و بدر، فلتة محمد(1999): الاضطراب الانتباه لدى الأطفال لسببه وتشيخيصه وعلاجه، ط1، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- 13- _____ (2000): عبيدئ اضطراب قصور الانتباه والتتشاط الحركي، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- 14- _____ (2004): التقدير بالذكاء والتفصيل لدراسي من أعراض ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة أكاديمية التربية الخاصة، العدد (4) بحرم 1425هـ - فبراير.
- 15- الأدهم، رضا أحمد وآخرون (1999): تأجيلية استخدام بعض استراتيجيات التدريس في تحصيل تلاميذ الصف الرابع الابتدائي مضطربى الانتباه معطري النشاط في اللغة العربية، كلية التربية بدمياط-جامعة المنصورة.
- 16- الأشول، عادل محمد عز الدين (1987): موسوعة التربية النفسية، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 17- الأخرى، بدر سعيد عاي (2005): تربية تحولية لواقع رياض الأطفال في السنين، مؤتمر الطفولة الوطني الأول من 16-18 يوليو المنعقد في جامعة عز، تبين .
- 18- باركلي، آر (1999): خلال فرط الحركة مع نفس الانتباه عند الأطفال، مجلة العلوم مؤسمة الكويت للتقدم العلمي.
- 19- بلقح، أمال عبد القوي (2003): اضطرابات التواصل والحساسيات، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 20- البحري، عبد الرقيب أحمد وعجلان، صفاء محمد (1997): مقاييس انتباه الأطفال وتو القيد، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية .
- 21- بخش، أميرة، مله (2001): تعالية الإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصوب بالنشاط الحركي المعرط لدى الأطفال متعلقين عقلياً، مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربي للطفولة والتنمية، عدد (1) عدد (3).
- 22- بخت، ماجدة هاشم (2005): تأجيلية برنامج زوشيدي سوكي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المصم، المؤتمر السلوي الثاني عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- 23- بدرخافة محمد (2005): أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في علاقته بسلوك عدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة، مجلة العربية للتربية الخاصة، عدد (7)، الرياض.
- 24- بدرن، شبل (2000): الاتجاهات الحديثة في تربية طفل متقبل المدرسة، بيروت: الدار المصرية اللبنانية .
- 25- بدوي، فورة محمد طه حسن (2005): برنامج زوشيدي لتعبية السلوك التواقلي لدى ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه من أطفال الروضة، أطروحة دكتوراه، مشرورة، كلية التربية - جامعة القاهرة.

- 26- البعير مشوى عبد المنعم عبد الله (2004): التدخل التكنولوجي لعلاج بعض حالات نقص الانتباه لدى عينة من أطفال المدارس الابتدائية دراسة تجريبية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات للاداب والعلوم والربية - جامعة عين شمس.
- 27- بنى يونس محمد (2004): مبادئ علم النفس، ط1، القاهرة: دار شرق للنشر والتوزيع.
- 28- البهائي، عبد الجبار، توفيق، و قاسموس زكريا (1977): الإحصاء الوصفي والاستدلالي في التربية وعلم النفس، بغداد: مكتبة الجامعة المستنصرية.
- 29- البيلالي، خديولا (1990): مشكلات السلوك عند الأطفال نماذج من البحوث في تحليل السلوك وتحديل السلوك عند الأطفال، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 30- البيلي، محمد عبد الهادي، خرون (1997): علم النفس التربوي وتطبيقاته، ط1، العين: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- 31- تازر، فيونا ترجمة محمد عثمان نجاتي (1983): الاضطرابات والتقييد، ط1، القاهرة: دار شرق.
- 32- جليل، عصام محمد عبد المجيد (2005): التعلم العلاجي الأسس النظرية والتطبيقات العلاجية، ط1، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية
- 33- التحلي، محمد (2007): (15:5) بين الأطفال السعوديين مصابون بفرط الحركة وتشتت الانتباه، صحيفة الوطن السعودية، لصادرة في يوم الاثنين الموافق 11 جمادى الأول 1428 هـ الموافق 28 مايو 2007 العدد (2432) لسنة (7).
- 34- جوده، محمود عبد السلام (1991): الطفولة والرافعة للمشكلات النفسية والملاحة، ط1، القاهرة.
- 35- الخشرمي، سحر احمد (2004): العلاج التربوي والأمري لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ط1، الرياض دار العصمك للاداب والإعلان.
- 36- _____ (2005): فعالية طريقة العدد في تخفيض الأعراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه دراسة تطبيقية على عينة من الأمد السعودية دراسة مقدمة لؤتمس التربية الخاصة العربي الواقع والمسؤول كلية التربية، الجامعة الأردنية.
- 37- الخطيب، جمال محمد (1990): تحديد السوك التوالتين والإجراءات، ط1، الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
- 38- _____ (1995): تحديد السلوك الإيجابي، ط3، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

- 39- _____ (2001) تعديل مسيلوك الأطفال المعوقين دليل الأباء والمعلمين، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- 40- _____ (2004) تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية، ط1، عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
- 41- خلف المسلمان (2004): الطفولة المشكلت الرئيسية التعليمية والملاوية العادية وغير العادية، ط1، عمان: دار جبهة للنشر والتوزيع.
- 42- خليفة بوالمسيدي السيد وعيسى سراد علي (2007): كيف يتعلم المخ ذو النشاط الزائد المسحوب بنقص الانتباه، [الإمكتورية: دار الوفاء للطباعة والنشر.
- 43- ديبر، سعيد عبد الله والسعدوني السيد إبراهيم (1998): فاعلية التدريب على ضبط ذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المسحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، مجلة علم النفس الحد (46) القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 44- انسو، سوفي سجندي محمدي (2006): اضطراب نقص الانتباه المسحوب بالنشاط الزائد، ط1، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 45- ديريز، عبد الفتاح (1995): أسس علم النفس التجريبي، ط1، بيروت: دار النهضة العربية.
- 46- الرسني، فوز فتح الله (2007): أساليب معالجة الاضطرابات السلوكية، ط1، غزة: دار الكتاب الجامعي.
- 47- الرشدي، عيسى صالح والسيل مرشد علي (2000): مقدمة في الإرشاد النفسي، ط1، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .
- 48- لورانس غارود (2000): تعديل وبناء سلوك الأبناء، ط1، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- 49- لويونغ، عبد الله صالح عبد العزيز (2002): الاضطراب قصور الانتباه / النشاط الزائد، مجلة الطفولة والتنمية، عدد (6)، مجلد (2) .
- 50- لوزوجوزيف، ف. وزيلاي غروبيوت، ص 1، ترجمة عبد العزيز الشافعي وزيدان السراوي (1999): تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً النظرية والتطبيق، الجزء الأول، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي .
- 51- _____ ح 2، ترجمة عبد العزيز الشافعي وزيدان السراوي (1999): تربية الأملل والمراهقين المضطربين سلوكياً النظرية والتطبيق، الجزء الثاني، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي .

- 52- لزراء، فوسل محمد خير (ب ت): العلاج السلوكي متحد الأوجه ومدى فاعليته في علاج قلق الامتحان، مجلة الثقافة النفسية بتصدر عن الجمعية للنفسية البعنية، عدد: المجلد الثامن.
- 53- _____ (1999): استبيان تشخيص حالات اضطراب الحركة، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، عدد (27).
- 54- لزراء، احمد محمد (2001): الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية عند الأطفال، عمان: دار زهران للنشر والتوزيع .
- 55- الزغول، عماد عبد ترحيم (2006): نظريات التعلم، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع
- 56- الزويبي، عبد الجليل وآخرون (1988): الاختبارات والمقاييس النفسية، عمان: المطبعة وزارة للتعليم العلمي والبحث العلمي في العراق.
- 57- الزيات، فتحي مصطفى (1996): سيكولوجية التعلم، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- 58- _____ (1998): صعوبات التعلم: الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- 59- _____ (2002): المثقفون عقلياً ذوي صعوبات التعلم: قضايا التحريش والتشخيص والعلاج، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- 60- _____ (2006): أثبتت الكثر من العلاجات لذوي صعوبات الانتباه، مع فرط الحركة والنشاط، مؤتمر دولي لصعوبات التعلم، الرياض (19-22/11/2006).
- 61- الزويد، خالد فهمي (1998): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- 62- سلم ياسر (1994): رعاية ذوي الحاجات الخاصة، عمان: منشورات جامعة القدس المتفرقة.
- 63- المطرية، ابتسام حاتم محمد (1991): دراسة شخصية لأطفال الانتباه عند الأطفال، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية-جامعة طنطا .
- 64- _____ (1997): استخدام كبد من العلاج السلوكي المعرفي وتعلم بالملاحظة في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطري الانتباه، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية-جامعة طنطا .
- 65- _____ (2005): التدخل الكففي لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب تصور الانتباه مع فرط النشاط، المؤتمر الدولي الأول لتعميم علم النفس (تعمير السلوك البشري)، كلية الآداب، جامعة طنطا.

- 66- السمانوني، السيد إبراهيم (1990): التغذية السعوية والبصري لدى الأطفال ذوي قسرد
التأخر دراسة ميدانية لمؤتمر السنوي الثالث للطلبة المصريين، منشورته من مركز دراسات
كافورنة بجامعة عين شمس.
- 67- _____ (1991): ثلاثة كسودوز لتقدير سلوك الطفل - كراسة
لتعاريفات، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- 68- سيدالجمال، سالم (2001): اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة - شخصائسها
وأسبابها وأساليب علاجها" ط1، العين دار الكتاب الجامعي.
- 69- _____ (2002): مجموعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي ط1، العين دار للكتاب
الجامعي.
- 70- الشمس، عبد العزيز السيد (1985): دراسة لحجم مشكلة النشاط بين الأطفال وبعض
المتغيرات المترتبة به، مجلة كلية التربية - جامعة عين شمس، العدد (9).
- 71- _____ بوالعاطي، عبد الغفار (1992): المؤسس التربية الخاصة وتأهيل غير
العاديين ط1، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 72- _____ (2002): تعديل سلوك الأطفال المعاقين وذوي الحاجات الخاصة،
القاهرة: مكتبة الفتح.
- 73- الشريفي، زكريا و صديق، بسيرة (2003): تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة
مشاكله، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 74- الشرداوي، أنور محمد (1984): العمليات المعرفية وتداول المعلومات ط1، القاهرة: مكتبة
الانجلو المصرية.
- 75- _____ (1998): التعلم نظريات وتطبيقات، ط1، القاهرة: المكتبة المصرية.
- 76- شقير زينب محمود (1999): إعاقية برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور (مقترح)
في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط كلية الآداب والعلوم الإبتدائية جامعة
المنيا، العدد (34).
- 77- شقير زينب محمود (2002): تدء من الآين المعاق ط1، سلسلة سيكولوجية لغات خاصة
والمعوقين، القاهرة.
- 78- شمس، رضية علي محمد عبد الله (2004): الر برنامج علاجي (معرفي سلوكي) في
مريض الرهف الاجتماعي، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب - جامعة سناء.

- 79- شيفر شارلز و ميلمان هولارد ترجمة نديمه داوود و نزيه حسني (1989): مشكلات الأطفال والراهقين وأساليب المساعدة فيها ط1، عمان: منشورات جامعة الأردنية.
- 80- _____ ترجمة سعيد حسني العزرة (1999): تكنولوجيا الطفولة والراهقة مشكلاتها وأساليب وطرق حلها ط1، عمان: منشورات الجامعة الأردنية.
- 81- صالح فاسم حسين و العاروق علي (1998): الاضطرابات النفسية والمقلية والسلوكية ط1، صنعاء: مكتبة الجيل الجديد.
- 82- الصوفي محمد عبد الله (2000): المشكلات السلوكية لدى المعلمين في معهد الشهيد لفضل النكالي بصنعاء مجلة الباحث الجامعي، جامعة إب، العدد (2)، الصورية القيادية.
- 83- الطيب ضياء محمد منير (1987): تجربة تجريبية لأثر برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية - جامعة عين شمس.
- 84- الطيب سمير (1990): الإحصاء في التربية وعلم النفس ط1، الإسكندرية: مكتبة الجامعة الحديثة.
- 85- ظاهر سلطان احمد (2004): تدبير السلوكيات عمان: دار النشر والتوزيع.
- 86- عشور احمد حسن محمد (2006): الآباء والذكورة العاملة لدى عمائد مختلفة من ذوي صعوبات التعلم وذوي فرط النشاط الزائد والمثابرين المؤتمر الدولي لاصعوبات التعلم، الرياض (19-22/11/2006).
- 87- عبد محمد خليل وأخرون (2007): مشاكل إلسي مشاعف للبحث في التربية وطعم النفس ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 88- عبد الله محمد فاسم (2000): اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال (الدراسة ميدانية على أطفال سورين) مجلة الطفولة العربية بالجامعة الكويتية لتقدم الطفولة العربية، العدد (4).
- 89- عبد الباقى مغوى محمد (2001): فن التعامل مع طفل ط1، القاهرة: مركز الإسكندرية للكتاب.
- 90- عبد السلام طروق سيد (1984): تدبير نظريات التعليم في العلاج النفسي، جامعة أم القرى.
- 91- عبد الغفار محمد عبد القادر (1996): علم نفس التعلم ط2، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- 92- عبد المعطي، مهنن مصطفى (2003): الاضطرابات النفسية العفولية والراهقة الأسباب، التشخيص، العلاج ط1، القاهرة: مكتبة القاهرة للكتاب.

- 93- عبد الهادي، السعيد، وفزوق، السيد هشام (1994): الإحصاء التربوي والقيس، ط1، القاهرة: دار المعارف.
- 94- عبد الهادي، سمير عزت (2000): علم نفس التربوي، ط1، عمان: دار المعلمة الدولية للنشر والتوزيع.
- 95- عبد الواحد بورفاه عبد الحفل (2005): الانتهاء الانتقالي وعلاقته بالذاكرة العاملة لدى الأطفال، أطروحة دكتوراه غير منشورة بكلية الآداب - جامعة المستنصرية.
- 96- العبيدي، محمد إبراهيم (2008): مفاهيم نفسية، ط2، إب: دار دمشق للطباعة والنشر.
- 97- حجلان، سلفت محمد محمود (2002): تصحيحات لتعلم الأكاديمية وعلاقتها بكل من اضطراب القصور في الانتباه-التشامل، المفرد واضطراب السلوك لدى التلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة ثنية التربوية بجامعة ليبيا، العدد: (1)، مجلد: (18).
- 98- حسن محمد عبد الرحيم (1998): تصحيحات لتعلم، ط2، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- 99- العزة سعيد حسني وعبد الهادي، حمودة عمرة (1999): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 100- _____ (2001): تعمير السلوك الإنساني، ط1، عمان: دار الطيبة الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 101- عكايلة، احمد (1998): الطب النفسي المعاصر، ط1، القاهرة: مكتبة الأجنو المصرية.
- 102- هود، احمد ميمان (1985): التقاييس والتفويص في العملية التربوية، ط1، عمان: مكتبة لوطية.
- 103- _____ و الخليلي، نظين يوسف (2000): الإحصاء للباحث في التربية والعلم الإنساني، ط2، عمان: دار الأمل للنشر والتوزيع.
- 104- لغفرالي، نهاد إبراهيم (1995): التأثير البصري الحركي لدى عينة من الأطفال مضطربين الانتباه مع نشاط الزائد وندوب، بحوث المؤتمر الدولي الثاني للإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة.
- 105- لراج، عثمان لبيب (1999): لنشاط الحركي لزانة وفصول القسرة على لتوكيز والانتباه، مجلة خطوة، عدد (8)، الكويت.
- 106- اللقاني، هادي حسين (2005): مشكلة لنشاط الزائد لدى الأطفال في مدارس أمية العاصمة صنعاء (حضانة، مظهرها، أثرها) مؤتمر الطفولة الوطني الأول، جامعة تدمر، تشرين.
- 107- تقاسم، جمال وأخرون (2000): الانتهاجات السلوكية، ط1، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- 108- تقالي، يحيى (2006): تأهيل الأميرة إلى صيغيات لتعلم، ط1، عمان: دار الطريق للنشر والتوزيع.

- 109- فرازة، لعدت محمد (2007): اثر التقريب على العرقلبة الذاتية والتسجيل الذاتي في مستوى اتباه الأطفال، مجلة الطفولة العربية المصغرة من جمعية الكويتية لغدم الطفولة العربية، العدد (32).
- 110- نقش، مصطفى نوري، والمعلمة، خديجة عبد الرحمن (2007): الاضطرابات السلوكية والانتباهية، طاء معان دار المعصرة للنشر والتوزيع.
- 111- كامل، محمد على (2003): الأخصائي النفسي والمعلمي وقدرت النشاطات واضطراب الانتباه، طاء الإسكندرية مركز الإسكندرية للكتاب.
- 112- كفالي، علاء السعيد (1999): الإرئسند والمصلاخ النفسي والأثري، طاء القاهرة، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- 113- كوزول، فيونارد وآخرون ترجمة عبد السلام أحمدني النويخ وآخرون (2002): الأسس النيوروسيكولوجية للاضطرابات النفسية نظرياً وتطبيقياً، طاء طائفا، مطبعة جامعة طائفا.
- 114- كوك، كاتلنت ترجمة زيدان احمد وعبد تمزيز المرطانوي (1984): صعوبات التعلم الأكاديمية و التمتية، طاء الرياض، مكتبة المصنفات الذهبية.
- 115- لقاني، احمد حسين (1996): معجم المصطلحات التربوية المعرفة في المناهج وطرق التدريس، طاء القاهرة، عالم الكتب .
- 116- مزيون، ماريان ترجمة سهام مناج (1997): توجيه الأطفال، طاء الحقوق، مطبعة مدارس الجنب.
- 117- سانكثاير، كريستين ترجمة خالد العامري (2004): أهمية اللعب للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، طاء القاهرة، دار الفروق للنشر والتوزيع.
- 118- محمد، عادل عبد الله (2003): رشاد الأمهات لتابعة تدريب أطفالين المتخلفين عقلياً على استخدام أدوات النشاط المصورة وفاعليته في الحد من نشاطهم العركسي المفرط، طاء القاهرة، دار الرشاد.
- 119- _____ (2004): الأطفال ثمرعيون ذوي الإعاقات، طاء القاهرة، دار الرشاد.
- 120- محمد علي، اشرف مبره (1994): تربية للتشاطرك والتصور المتكيفة لدى جنة سن طيلاب الجميلة الأولى من التطير الأبرسي بمدينة أسبوط، لغروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية-جامعة أسبوط.
- 121- محمد مناج، عبد فريم والمساوي، سارة عبد الرحيم (2005): الاحتياجات التربوية لويويكيات ويات الأطفال (بين دجوة نشر المزيات والميزات) مؤتمر الطفولة الوطني الأول، جامعة أمم القبح.

- 122- معرض معاصر للموسيقى (1998): بعض الخصائص النفسية والاجتماعية لدى ثلاثين مسيحيين
التي تبدأ بمرحلة التنظيم الأسري والمشتات النفسية والاجتماعية تبعاً، رسالة ماجستير غير
منشورة كلية التربية بجامعة المنصورة.
- 123- معرض محمد عبد القوي (1992): دراسة النشاط الزائد لدى عينة من ثلاثين مريضة التوحد
الأساسي وعلاقتها ببعض المتغيرات البيئية: رسالة ماجستير غير منشورة كلية التربية جامعة المنيا.
- 124- ملحم، ساسي محمد (2001): الإرشاد والعلاج النفسي الأساس النظري
والتطبيقية، [عنوان دار المسيرة للنشر.
- 125- مهاجرة، مويرم كامل (1989): العلاج الماركسي وتغيير السلوك، [الكويت دار القلم للنشر
والتوزيع.
- 126- _____ (1998): تأثير مقبض متدفور د بينيه (قبض) وتأثيره القدرات المعرفية في
السبحة والعرض، [التقاهرة.
- 127- منظمة الصحة العالمية (1999): المراجعة المعيارية لتصنيف الدولي للأمراض النفسية
والسلوكية، القاهرة: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
- 128- نوراني، فؤاد حامد (1995): دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد لدى أطفال مسا قبل
بدرسة، مجلة كلية التربية الجزء الأول جامعة المنصورة، العدد (28).
- 129- ميركوليتو وآخرون ترجمة عبد العزيز السرطاوي، وأومن خشان (2000): اضطراب
تجزؤ الانتباه وفرط الحركة دليل عملي للمعالين، [دار القلم للنشر والتوزيع .
- 130- البيلاوي، عبد المنعم عبد القادر (2004): مشاكل نفسية تواجه
الطفل، [الإسكندرية مؤسسة شباب الجامعة.
- 131- عجيس، مهدي صالح (2003): تصميم البرامج الإرشادية للعاملين في المجال النفسي
والتربوي، [دار صناعه: مركز عبادي للدراسات والنشر.
- 132- _____ (2006): تصميم البرامج الإرشادية، [دار دمشق للطباعة والنشر.
- 133- ولطمن، منى، ترجمة محمد فرحاني فراج وسوى الملا (1994): تغيير سلوك الأطفال،
القاهرة: لمركز الثقافي في الشرق الأوسط مكتبة الإسماء.
- 134- وليدمان، يوتيل و بيرز، سكولا، ترجمة كريمان بسير (2004): الأطلاق نحو الاحتياجات
الباطنة * كتيب لجمعية أبناء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، [القاهرة: عالم الكتب.
- 135- وزارة التربية والتعليم في الجمهورية التونسية، اللاون رقم (45) لسنة 1992 بشأن
تقانون العلم التربية والتعليم الصادر بقوة الدستور، [أعداد من 1992/12/31.

- 136- يحيى مخلوطة أحمد (2000): الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى عمى دار الفكر للطباعة والنشر.
- 137- _____ (2003): الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى عمى دار الفكر للطباعة والنشر.
- 138- يوسف، هبة سيد (2000): الاضطرابات السلوكية وعلاجها لدى الصغار: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 139- يوسف، هبة عبد الحميد أحمد (2005): النشاط الزائد لدى الأطفال (الأسبغين وبرامج الخلع) ط 1 سلسلة نشر ليات تربية، الكتاب الثاني، المركز العربي للتعليم والتنمية بالقاهرة: مكتبة الجامعي الحديث.
- ثانياً:- المراجع الأجنبية

- 140- Alonso, M, M. (1997): First step program: Infant intervention for parents of children at risk for ADHD, Diss.Abs. Inter., Vol. (59), No. (2-B), p.862.
- 141- American Academy of pediatrics (AAP). (2001): Clinical Practice Guideline: Treatment of the school-aged child ADHD, Pediatrics, Vol. (108), No. (4), pp.1033-1044.
- 142- American Psychiatric Association (APA) . (1968): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (2rd.ed) Washington D.C. American Psychiatric Association.
- 143- _____, (1980): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3rd.ed) Washington .D.C. American Psychiatric Association.
- 144- _____, (1987): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3rd.ed) Washington .D.C. American Psychiatric Association. -
- 145- _____, (1994): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4rd.ed) Washington .D.C. American Psychiatric Association.
- 146- _____, [2000]: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4rd.ed) Washington .D.C. American Psychiatric Association.
- 147- Anastopoulos, A.D. (1999): Attention-deficit /hyperactivity disorder. In Child and adolescent psychological disorders: Comprehensive Textbook, New York: Oxford University Press, (pp.98-117).

- 148-_____&Barkley, R.A. (1993): Counseling and training parents. A handbook for diagnosis and treatment. New York: The Guilford Press (pp.397-431).
- 149-Anastasi, A. (1976): Psychological testing. The Ma Millan, New York.
- 150-Anderson, C.A. (1994): Mother-child interactions in ADHD and comparison boys. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol (22), PP-(247-265).
- 151-Attwood, Charles. (2000): Attention Deficit Disorder, available in [http://www. Veg- source.Com/attwood/add.htm](http://www.Veg-source.com/attwood/add.htm).
- 152-Barkley, R.A. (1990): Attention-deficit/hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.
- 153-_____ (a) (1995): A New Theory about ADHD. available in [http:// members.aol.com /BcvKPrice/HTML/web06.html](http://members.aol.com/BcvKPrice/HTML/web06.html)
- 154-_____ (b) (1995): Behavioral inhibition and executive functions: Constructing a unified theory of ADHD. New York: the Guilford press.
- 155-Bennett, T. &Deluca, D.A. (1996): Families of children with disabilities: positive adaptation across the life cycle. Social Work in Education, Vol. (18), No, (1), pp. 31-45.
- 156-Bergeson, B.M.F (1997): Metamemory knowledge and application in children with ADHD: A developmental perspective. Dissertation in psychology submitted to the graduate faculty of Texas Tech University in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy.
- 157-Berlin, L. (2003): The role of inhibitory control and executive functioning in ADHD, PHD, Diss, Abs, Inter., Vol. (64-03), No. (4).
- 158-Biederman, J.& et al.(1990):Family-genetic and psychological risk factors. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. (29), No. (4).
- 159-Burrows, F.B (2001): The effect of parental involvement on social skills training for children with and without ADHD, Diss. Abs, Inter., Vol. (62-4B).
- 160-Brown, Thomas, E. (2007): A New Approach to ADHD, Journal of Educational Leadership / February.
- 161-Canzy, A.G(2002):An investigation of teachers perspectives regarding ADHD symptoms and teachers behavior ratings of 1-6 year old children diagnosed with ADHD and non-ADHD peers, PHD, Diss,Abs,Inter. Vol.(63-07), No.(4).
- 162-Cenacchi, T. & et al. (1993): "Cognitive decline in the elderly: A double blind, Placebo controlled multi center, study on efficacy of phosphatidy l serine administration,"Aging, Vol. (5), PP.123-133.

- 163-Capeland, L.A (2002); Adaptive processes and the development of executive functions in preschoolers with ADHD in a Head start early childhood program, PHD, Diss.Abs. Inter., Vol. (63-07), No. (9).
- 164-Corrin, E.G(2003); Child group training versus parent and child group training for young children with ADHD, PHD, Diss. Abs. Inter., Vol. (64-07), No.(2).
- 165-Dalen, Lindy, (2002); Executive functions and delay aversion in preschool hyperactive children, PHD, Diss.Abs. Inter., Vol. (64-03), No. (3).
- 166-Danforth, Jeffrey S. (1998); Behavior management for hyperactive children with oppositional behavior at home and school. U.S.A; Eastern Connecticut state university.pp.1-9.
- 167-Dewolfe, Nadine Alison. (1995); Early identification of ADHD: A multidimensional assessment protocol for preschoolers, Diss. Abs. Inter. Vol. (60-3B).
- 168-—————, & et.al. (2000); ADHD in preschool children: parent-rated psychosocial correlates, Journal of Developmental Medicine & Child Neurology, No. (42), pp.825-830.
- 169-Dincau, Barbara Joan. (2000); Comorbidity of language disorder with attention deficit hyperactivity disorder in a sample of early elementary children, Diss. Abs. Inter., Vol. (61-1B)
- 170-Ehardt, Drew & Baker, Bruce. (1990); The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children, Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry, Vol. (21), No. (2), pp.121-132.
- 171-————— & Hinshaw, S.P., (1994); Initial sociometric impressions of attention deficit hyperactivity disorder and comparison boys: predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables, Journal of consulting and clinical psychology. Vol. (62), No. (4), pp.833-842.
- 172-Egibaliieh, B. & etal (2000); Parental stimulant effects of alerting and executive control in six and seven years olds, Journal of Attention Disorders Vol. (4), No. (1), PP.102-110.
- 173-Fark, A. (1997); " Attention deficit hyperactivity disorder to treat or not, " Journal of American Family physician, Vol. (56), No. (3), PP.633-650.
- 174-Fee, V.E. et al., (1994); Attention deficit Hyperactivity disorder among mentally retarded children. Research in Developmental Disabilities, Vol. (15), No. (2), pp. 67-79.

- 175-Feierstein, R.E.S., (1991): The use of guided imagery to increase attention and academic achievement in children with ADHD. PHD, Diss.Abs. Inter., Vol.52-10B, p.5531
- 176-Ferguson, G.L., & Takano, Y. (1989): statistical analysis in Psychology and education, McGraw – Hill, New York.
- 177-Fletcher K, E; &et al., (1996): A sequential analysis of the mother – adolescent interactions of ADHD, ADHD/ ODD, and normal teenagers during neutral and conflict discussions. Journal of Abnormal Child Psychology, No (25), pp. 271 – 297
- 178-General Nutrition Center Clinics (GNCC), (2002): "ADHD Diet", New York: Gavini Clinics, Available in <http://www.Adhd.clinic.Com>. Generic. Htm 1. PP.1-3.
- 179-Ghanizadeh Ahmad & et al., (2006): Knowledge and attitudes towards ADHD among elementary school teachers. Journal of Patient Education and Counseling, No (63), pp.84-88.
- 180-Ghosh, Shampa, & Chattopadhyay, Prabal, K., (1993): Application of behavior modification techniques in treatment AD/ID: A case report, Indian Journal of clinical psychology Vol: (20), No. (2), pp.124-129.
- 181-Golden, G.S., (1991): Role of ADHD. Journal of Learning Disabilities, Seminars in Neurology, Vol. (11), No (1), P.35-41.
- 182-Goldstein, S. B. & et.al (1995): Understanding and Managing Children's Classroom Behavior, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 183-_____ & Goldstein M. (1992). Hyperactivity: Why won't my child pay attention? New York : John Willey and Sons, Inc
- 184-Greenson, J.N. (2001): A longitudinal study of ADHD symptoms in preschool age children. PhD, Utah State University.
- 185-<http://www.health.system.Virginia.edu> /internet/hspi adhd school system .cfm.
- 186-Holtmann, M &et al., (2003): Increased Frequency of Rolandic Spikes in ADHD Children. Journal of the Central Institute of Mental Health in Germany, No. (9), pp.1241-1244.
- 187-Hunt, R. D & et al., (1991): Alternative Therapies For Adhd In L.L. Greenhill, and B.B. Osman (Eds), Ritalin Theory and patient Management (pp.75-95) New York : Mary Ann Liebert.
- 188-Hynd , G. W & et al (1989):Attention Deficit Disorder With and Without Hyperactivity :Reaction Time and Speed of Cognitive Processing. Journal of Learning Disabilities ,Vol.(22)No.(9)

- 189-Jeansen, Peters s& Pfeffer, Cynthia, (1997): Evaluation and revolution in child psychiatry: ADIID as a disorder of adaptation, Journal of the American Academy for Child and Adolescent psychiatry, Vol.(36),No.(12), pp.1572-1679.
- 190-Jones, C.B. (1991): Sourcebook For Children With Attention Deficit Disorder, Arizona: Communication Skill Builders, Inc.
- 191-Kertinger, F. (1973): Foundation of behavioral research, Holt, Rinehart and Winston, London.
- 192-Lauth, Gerhard W., & Linderkamp, Friedrich (1998):_Formative evaluation of an intervention program for ADHD, Journal of psychology in Erziehung und Unterricht, Vol. (45), No (2), pp.81-91.
- 193-Lombard, J & Gormano, C. (.998) : "The Brain wellness plan -Breakthrough medical Nutritional and immune boosting therapies to prevent and treat depression, Alzheimer's disease, chronic fatigue syndromes, attention deficit disorder, multiple sclerosis, Parkinson's disease, Lou Gehrig's disease, " New York; Kensington publishing Co, PP191-198.
- 194-Loon, M,(2000):_ "Effects of caffeine on cognitive psychomotor, and affective performance of children with attention deficit/hyperactivity disorder, " Journal of Attention Disorder, Vol.4, No.(1),PP.134
- 195-Marks,David,Jeffrey,(2003):Clinical and neuropsychological manifestation of ADHD in preschool children , PRD, Diss. Abs Inter., Vol. (64-08), No.(1).2002-2005
- 196-Marshall, J.C. (1972): Essentials of testing, Addison Wesley, California
- 197-Mautner Victor-F (2002): Treatment of ADHD in neurofibromatosis type 1. Journal of Developmental Medicine& child Neurology, No. (44), pp.164-170
- 198-McAdam, D.B. & Crvo, A.J. (1994): Textual prompts as an antecedent cue self-management strategy for person with mild disabilities. Journal of Behavior Modification, Vol, (18), No, (1),pp. 47-66
- 199-McKee, T. & et al. (2004): The relation between parental coping styles and parent-child interaction before and after treatment for children.
- 200-Mealer, C. & et al. (1996): Cognitive function of ADHD and non-ADHD boys on WISC-III and wide range assessment of memory and learning: An analysis within a memory model, Journal of Attention Disorder.Vol. (1), No. (3), pp.133-145.

- 201-Mehrens, W.A, & Lehmann, I. (1984): Measurement and Evaluation in education and psychology. Holt, Rineba and Winston, New York.
- 202-Meyer Robert G. (2006): Case Studies in Abnormal Behavior, 7th ed. Boston.
- 203-Miranda Ana & et al. (2002): Effectiveness of a School – Based Multi component Program for the Treatment of Children with ADHD, Journal of Learning Disabilities .Vol (35), No. (6), November pp.547-563.
- 204-National Institute of Mental Health NIMH (2006): ADHD your child and you, a workbook for parents. U.S.A., available on-line, <http://www.Valueoptions.Com/member/adhd/finalPDF.PP.1-20>
- 205-National Mental Health Association NMHA (2001): Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Information Obtained From The C.H.A.D.D Fact Sheet: Attention Deficit Disorders Not Just For Children.
- 206-Norrelgen Fritjof& et al (1999): Speech discrimination and phonological working memory in children with ADHD. Journal of Developmental Medicine& child Neurology, No. (41), pp. 335-339.
- 207-Oppenheim, A.N. (1973): Question design and attitude Measurement Heinemann, London.
- 208-Paniagua, Freddy training A., & et al (1990): Management of hyperactive conduct disorder child through correspondence; A preliminary study. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. Vol. (21), No. (1) pp.63-68.
- 209-Faul, H.D. (1985): Learning and Behavior Problems Of School Children , London: W.B. Saunders Company.
- 210-Pelham, W. & Beder, M. (1982): Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. In K. Gadow & I. Blaser (Eds.), Advances in learning and behavioral disabilities .Vol. (1), pp.365- 4360
- 211-Pereira Heloisa, S. (2000): Detrimental neural control of precision grip lifts in children with ADHD. Journal of Developmental Medicine& child Neurology, No. (42), pp.545-553.
- 212-Pitcher Thelma, M.& et al (2003): Fine and gross motor ability in males with ADHD . Journal of Developmental Medicine & Child Neurology, No(45),pp. 525-535.
- 213-Peter, S. & et al (1993): Anxiety and Depressive Disorders in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: New Findings, Journal of Psychiatry, 150, 8, PP: 1203-1209.

- 214-Rapoport, J.(1996): Neurological research update on attention deficit disorders. Paper presented at the annual meeting of C.H.A.D.D, Chicago, II .
- 215-Schachar, R. & et.al (2002): Confirmation of an inhibitory control deficit in attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Abnormal Child psychology, Vol (28), No (3), pp. 227-235.
- 216-Shelton, T. & et.al (1998): Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive, impulsive, inattention, Journals of Abnormal child psychology, Vol. (26), No. (6), pp.475-494.
- 217-Stanley, C. J., & Hopkins, K. D. (1972): Educational and psychological measurement and evaluation, prentice - Hall, New Jersey.
- 218-Seger, J. & et.al. (2001): Attention and neuroanator deficits in ADHD. Journal of Developmental Medicine & child Neurology No (43), pp.172-179.
- 219-Strauss, D. & Fyman, R.E. (1996). Predictors of mortality in children with severe mental retardation: the Effect of placement. American Journal of Public Health, Vol. (86), No. (.6), pp.1422-1430.
- 220-Swanson, J.A: et.al., (1993):Effect of stimulant medication of children with attention deficit disorder: A review of reviews, Journal of Exceptional children, Vol.(60),PP.154-162
- 221-Tannock, R. & Schachar, R., (1992): Methylphenidate and cognitive preservation in hyperactive children, Journal of Child Psychology Psychiatry, Vol (33), No. (7), pp.1217-1228.
- 222-Thorell Lisa B. & Wahlestedt Cecilia, (2006): Executive Functioning Deficits in Relation to Symptoms of ADHD and / or ODD in Preschool Children, Journal of Infant and Child Development, No (15), pp.503-518.
- 223-Thomas, Michael, Scott, (2000): Variables effecting treatment outcome of children with ADHD, Diss. Abj. Inter, Vol. (60-11B).
- 224-Todd, Nelson Barbara M.(1997) :An assessment of a generalization across setting of a parenting strategies programs for ADHD children , Diss. Abj. Inter , Vol (58), No.(10)B, P.5634.
- 225- ED Pubs U S. Department of Education (2004):Teaching Children with ADHD instructional strategies and practices, Education Publications Center, U S Department of Education, Jessup, Maryland.
- 226-Watson, B. (1995): Effects of cooperative incentives and heterogeneous arrangement on achievement and interaction of cooperative learning groups in a collage life science course, Journal of research in science teaching, Vol(32), No. (3), PP.291-299.

- 227- Weaver, John. (2000): "Attention deficit hyperactivity disorder." stress Management Mental Health clinics, an available online, <http://www.Stressmanagementclinic.Com/articles.htm> p.1-5
- 228- Whalen, C.K. (1989): Handbook of Child Psychology (second Ed), New York: Plenum Press.
- 229- Zentall, S.S., (2000): Attention deficit hyperactivity disorder, Part 4, available in <http://www.Kidszone.Com/NICHCY/ADD4.htm>, pp.1-5.

الملاحق

ملحق (1) مقياس تشخيص الاضطراب بصورتيه (المدرسية والمنزلية) بصيغته الأولى
 1- مجال تشتت الانتباه: - ويعرف بأنه ' ضعف القدرة على تركيز الانتباه إلى
 للمثيرات، وكثرة التذيان، والانتقال من نشاط إلى آخر، والانشغال
 بموضوعات متعددة، وصعوبة التفكير، واستيعاب التعليمات داخل لفروضة' .

تسجيل الصفات	صياغة لفرة		مدى تأثرها للجدول		الظواهر
	أخر نوعية	متنا نوعية	أخر نوعية	متنا نوعية	
					1- ينقل من نشاط إلى آخر قبل اكتماله .
					2- يصعب عليه التركيز ويصعب انتباهه لغير موضوع معقد.
					3- ينسى حاجاته الأساسية باستمرار.
					4- يميل للتشتمه لشيء لا تعذب التركيز.
					5- يواجه صعوبة في الانتباه لما يعرض عليه من موضوعات.
					6- لا يستكمل عباراته عندما يتحدث مع الآخرين.
					7- يخطأ في عمل الانتهاء سبق وإن كلفها.
					8- يردد بعض الكلمات أو العبارات السابقة رغم التكال العريضة في موضوع جديد.
					9- يحتاج إلى التفكير بفراندا النشاط الذي يشترك فيه مع الأطفال.
					10- يشتم نفسه بما يحيط به داخل الفصل.
					11- يواجه صعوبة في الانشطة ضمن الأنشطة التي تتطلب التفكير.
					12- ينسى أسماء بعض الأبناء والزملاء.
					13- يجد صعوبة في وصف الأشياء.
					14- يجد صعوبة في استيعاب التعليمات الموجهة إليه.

2- مجال فرط النشاط الحركي، ويعرف بأنه " نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير هادئة يتسم بعدم الاستقرار، وكثرة الحركة، وإزعاج الآخرين، والتشتت معبم داخل الفصل وخارجه".

التعديل المتاسب	مسافة التفرقة		مدى تداخلها المطل		التفردات
	عبر خلفية	خلفية	لو خلفية	خلفية	
					15- غير معتاد في جلسته وبحركه يديه ورجليه.
					16- يستطيع الأسباب للخروج من الفصل.
					17- يصدر أصوات تزعج الآخرين داخل الفصل.
					18- حركته عشوائية وغير موجهة إلى هدف معين.
					19- يصعد بالأغراء التي حوله.
					20- يعتد أثناء جلوسه بأي شيء يقع تحت يديه.
					21- يتدخل في أنشطة الأطفال الآخرين وألعابهم.
					22- يتعرض للعراك باستمرار.
					23- يهدل للكماب والتشاتلات الحركية.
					24- يحركه أعضاء جسمه.
					25- يتسبب في وقوع المشكلات والمشاكل والحوادث للأطفال داخل الفصل وخارجه.
					26- يفتز في مواقف غير مناسبة.
					27- يتشاجر مع الأطفال الآخرين.
					28- يصعب عليه البقاء هادئاً لفترة طويلة.
					29- يتنقل من مكان لآخر بدون سبب.
					30- يعتدي بالضرب أو الركل على الأطفال في الفصل.

3- مجال الاندفاعية:- ويعرف بأنه * عدم القدرة على كبح الانفعالات الشخصية أو الاستجابة لسريعة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار نتائج السلوك داخل الفصل وخارجه* .

الخصائص	ملاحظة للفترة		مدى مناسبةها للفصل		الصفات
	نوعية	كمية	نوعية	كمية	
					31- يعطى بسرعة.
					32- يسحب عليه التحكم بتصرفاته.
					33- يتسرع في الإجابة كما، أن يسبح السؤال كاملاً.
					34- يستعمل الكثير من جملته.
					35- يتسرف في التفكير بالعواقب.
					36- يفتأ عند ممارسته للأشياء مما يزيد في أخطائه.
					37- حساس اتجاه النقد.
					38- يتأخر عن انتظار دوره.
					39- يستعمل الكلام قبل أن يستكمل الآخرين كلامهم.
					40- يستجيب بطريقة متهوره لا تتناسب مع الموقف.
					41- يركي لأبسط الأسباب.
					42- يتلعق في مشوكة دون التفكير بعواقبه.
					43- مقلب المزاج.

4- مجال الأعراض المصاحبة:- ويعرف بأنه " مجموعة من السلوكيات التي تصاحب اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل وتعتبر عن صعوبات تكيفه، وتعلمه، واضطراب علاقته الاجتماعية، وتصرفاته داخل الفصل وخارجه".

التعلم الشخصي	صعوبة القراءة		عدد متبناها لعدد		المفردات
	غير صانبة	صانبة	غير متفنية	متفنية	
					44- يتصرف بطريقة لومضية.
					45- عيب .
					46- قدرته على التمثل منخفضة.
					47- يصعب عليه التعرف على رقم معين من بين مجموعة أرقام.
					48- يواجه صعوبة في بداية كل نشاط
					49- يصعب عليه التعرف على حرف معين في كلمة ما.
					50- يعاني من صعوبة في التعلم.
					51- يفتأ في صل المهام التي سبق وان تعلمها.
					52- يسبق هجئته من قبل الألفاظ الأخرى.
					53- يقلد أستاظه بسرعة .
					54- يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.
					55- يتجنب عن الترويض بدون معون.
					56- يمسك بشكل يثبت فيه أصغر من قرانه.

مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية)

1- مجال تشتت الانتباه:- ويعرف بأنه "ضعف القدرة على تركيز الانتباه إلى المنبهات، وكثرة التمييز، والانتقال من نشاط إلى آخر، والانشغال بموضوعات متعددة، وصعوبة التفكير، واستيعاب التعليمات داخل المنزل".

الاضطراب	ملاحظة الملاحظة		عدد مراتها للمجال		الملاحظات
	نوع	ملاحظة	نوع	ملاحظة	
					1- ينسى في عمل الأشياء .
					2- يصعب عليه تركيز انتباهه نحو شيء محدد.
					3- ينسى أسماء بعض الأشياء والأزمنة.
					4- يبدو عند الحديث معه وكأنه لا يسمع .
					5- ينتقل إلى حديث آخر قبل استكمال كلامه.
					6- يجد صعوبة في وصفه للأشياء.
					7- يردد بعض الكلمات أو العبارات التي يسمها
					8- يحتاج إلى تفكيره بقرائن لنشاط ذاتي يشترك فيه مع الأطفال.
					9- يبتعد عن المشاركة في الأعمال التي تتطلب التفكير.
					10- يجد صعوبة في إنتاج التوجيهات.
					11- ينتقل من نشاط لآخر قبل اكتماله

2- مجال فرط النشاط الحركي، ويعرف بأنه ' نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية يتسم بعدم الاستقرار، وكثرة الحركة، وإزعاج الآخرين، والشجار معهم داخل المنزل وخارجه' .

الفترة	ملاحظة كثيرة		أدوم ملاحظتها		الفترة
	نفسياً	جسدياً	نفسياً	جسدياً	
					12- غير مستقر ويحرك يديه ورجليه .
					13- يصطنع الأسباب للخروج من المنزل.
					14- يحدث التصدب والخوضاء داخل المنزل.
					15- يصطدم بالأشياء التي حوله.
					16- يحدث في الأشياء التي تقع في متناول يده.
					17- يتدخل في أنشطة الأطفال الآخرين وآبائهم (أخواته أو كثرته أو جيرانه).
					18- يتعرض للحوادث باستمرار.
					19- حركات عشوائية وغير موجهة لهيئة.
					20- يهول للكواب والتشوهات العنكب.
					21- يشد في ونوع فضائيات والحوادث للأشغال داخل المنزل وخارجه.
					22- يجري ويقلز أثناء تحركه داخل المنزل.
					23- يتلاعب مع الحوافه وكثافته وألوانه الجدران.

3- مجال الدفاعية:- ويعرف بأنه ' عدم القدرة على كف الدفاعات الداخلية أو الاستجابة المبررة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار نتائج السلوك داخل المنزل وخارجه' .

العدد المتتالي	مدى القدرة		نوع ملاحظتها للمحلل		التفريغ
	غير نسبية	نسبية	غير نسبية	نسبية	
					24- يقضب بسرعة.
					25- يصعب عليه التحكم بتصرفاته.
					26- متفرج في استجابته ويتعامل مع المواقف داخل المنزل بدون تفكير.
					27- يستعمل تشبیه رغبته.
					28- يتصرف دون تفكير ويعرض حياته للخطر.
					29- يتصرع في أدائه للثمنه مما يزيد في أخطائه.
					30- يتأمر عندما يتخذ سلوكه كخاطف.
					31- يصعب عليه الانتظار في الأحباب والمواقف الاجتماعية.
					32- يقطع الوالدين كلاماً يتحدثون مع الآخرين.
					33- يشهيب بطريقة متهورة لا تتناسب مع المواقف.
					34- يركي أبسط الأسباب.
					35- منقلب المزاج.

4- مجال الأعراض المصاحبة:- ويعرف بأنه " مجموعة من السلوكيات التي تصاحب اضطراب نشئت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل وتعتبر من صعوبات تكيفه، وتعلمه، واضطراب علاقته الاجتماعية، وتصرفاته داخل المنزل وخارجه.

التعليم المتأهل	مجاله الفعالي		مدى تأثرها لاجل		الملاحظات
	اجتماعي	مدرسي	اجتماعي	مدرسي	
					36- يهتف صوته ويلازمه الخاصة .
					37- عتد .
					38- يروع الإحباط
					39- يواجه صعوبة في بداية كل نشاط.
					40- يجد صعوبة في فهم معلومات جديدة.
					41- يسهل توافقه من قبل الأطفال الآخرين.
					42- يكتب أسبقاه ويقدم بسرعة.
					43- يعاني من صعوبة في التوافق مع الأقران.
					44- فكرته على العمل منخفضة.
					45- يسهل يشكك يده فيه أصغر من غيره.
					46- يفكر من الكتب أثناء حصته.
					47- يعاني من صعوبة في التعلم.
					48- يتغيب عن لروضة بدون مبرر.

ملحق (2)

أسماء السادة المحكمين الذين عرض عليهم مقياس تشخيص الاضطراب
بصيفته الأولية ودرجاتهم وتخصصاتهم العلمية ومكان عملهم

م	الاسم	الدرجة العلمية	التخصص	الكلية	الجامعة
1	أ.د.عبد التواب البحيري	أستاذ	صحة نفسية	التربية	أسيوط
2	أ.د.عبد المطلب القرطبي	أستاذ	صحة نفسية	التربية	حوان
3	أ.د.خيل كودي حسين	أستاذ	علم النفس التربوي	الأداب	تعز
4	أ.د.مهدي صالح هجرس	أستاذ	علم النفس التربوي	التربية	إب
5	أ.د.أحمد علي الأميري	مشارك	إرشاد نفسي	التربية	تعز
6	أ.د.عصاف حسين العيد	مشارك	تدريب أطفال	التطب	تعز
7	أ.د.أملف رمضان إبراهيم	مشارك	فهمس وتقويم	التربية	عدن
8	أ.د.أهسة عبده مجاهد دوكم	مشارك	صحة نفسية	التربية	تعز
9	أ.د.خديجة أحمد المواصي	مشارك	تربية خاصة	التربية	تعز
10	أ.د.خليل صالح مفيان	مشارك	إرشاد نفسي	التربية	تعز
11	أ.د.عبد الدجار	مشارك	إرشاد نفسي	الأداب	ذمار
12	أ.د.وصال محمد الدوري	مشارك	صحة نفسية	التربية	بغداد
13	د.حيدر إبراهيم الحطار	مساعد	تربية خاصة	التربية	تعز
14	د.سائق عبده سيف المخلقي	مساعد	تربية خاصة	التربية	تعز
15	د.محمد سعيد سلامة	مساعد	صحة نفسية	الأداب	تعز

ملحق (3)

مقياس تشخيص الاضطراب بصيغته المعدلة (الصورة المدرسية)

1- مجال تشتت الانتباه- ويعرف بأنه "ضعف القدرة على تركيز الانتباه إلى المعيرات، وكثرة النسيان، والانتقال من نشاط إلى آخر، والانشغال بموضوعات متعددة، وصعوبة التفكير، واستمرار التعليمات داخل الفروضة".

النتائج المتوقعة	مداقة الفهم		مدى مديتها لتعلم		الظواهر
	نوع ملاحظة	ملاحظة	نوع ملاحظة	ملاحظة	
					1- يتقل من نشاط إلى آخر قبل إتمامه .
					2- يصعب عليه التركيز ويصعب أتباعه لعمو موضوع محدد.
					3- ينسى أهدافه الشخصية ومهامه، بعضها.
					4- يميل للنشظة التي لا تناسب التركيز.
					5- يتردد صعوبة في الانتباه لعمو بموضوع طوله من موضوعات.
					6- يتقل إلى حديث آخر قبل إكمال كلامه.
					7- يجد صعوبة في وضعه للتشياء.
					8- يرتد بعض الكلمات أو الجملات لتجاهله ورسم العقل العميق إلى موضوع جديد.
					9- يحتاج إلى تكرار قراءة الشريط الذي يستمعه، فربما مع الأفضل.
					10- يتقل نفسه بما يسميه به داخل الفصل.
					11- يتردد صعوبة في الاستجابة عن الأسئلة التي تطرحها التفكير.
					12- يجد صعوبة في استمارة التعليمات المرجوة إليه.

2- مجال فرط النشاط الحركي، ويعرف بأنه * نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية يتسم بعدم

الاستقرار، وكثرة الحركة، وإزعاج الآخرين، والشجار معهم داخل الفصل وخارجه* .

الطفل المتألم	مواقف الفرة		دور مناصبه لتعال		القرات
	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	
					1- يجر مناد في جلسته ويحرك يديه ورجليه.
					2- يصطخح الأذنان للبروح من الفصل.
					3- يحشر مسخفاً بينمج الآخرين داخل للفصل.
					4- ارتداد من مكان لأخر بدون سبب.
					5- يتسبب بالأكشياء التي حولم.
					6- يبعث بأى شيء يقع تحت يديه.
					7- يتدخل في أنشطة الأطفال الآخرين وسامهم.
					8- يترنض للمواات بالمشرف.
					9- يبول للأمتاب والتشامات لمرتكب.
					10- يصعب عليه القاء علان نقرة طويلاً.
					11- يتسبب في وقوع المشكلات والمواات للأطفال داخل الفصل وخارجه.
					12- يقات في مواات غير مناسبة.
					13- يتشاجر مع الأطفال الآخرين.

3- مجال الإدفاعية: - ويعرف بأنه * عدم القدرة على كفا التدفعات الداخلية أو الاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار نتائج السلوك داخل الفصل وخارجه .

التعليل الخاصة	صياغة الفقرة		مدى ملاءمتها للسياق		النتائج
	غير ملائمة	ملائمة	غير ملائمة	ملائمة	
					1- يعطى بمرحاة.
					2- يصعب عليه التمتع بتصرفاته.
					3- يتسرع في الإجابة قبل أن يسمع لمراد كمالاً.
					4- يتعامل للثبات في ذاته.
					5- يتصرف دون التفكير بالعواقب.
					6- يتسرع في أدائه للأشياء مما يزيد في أخطائه.
					7- يحسن أداءه اللغوي.
					8- يتسرع من إظهار آرائه.
					9- يتطلع كلام الآخرين.
					10- يتسبب بخرقة مكرهه مرة لا تتناسب مع أخلاقه.
					11- يكثر البهت الأسباب.

4- مجال الأعراض المصاحبة:- وهي مجموعة من السلوكيات التي تصاحب اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل وتعبير عن صعوبات تكيفه، وتعلمه، واضطراب علاقته، وتصرفاته داخل الفصل وخارجه .

النتيجة التصنيف	ملاحظة للفرد		من ملاحظتها للمجال		التفريات
	في الجلسة	عامة	في الجلسة	عامة	
					1- مقلب المزاج.
					2- يتصرف بطريقة توحشية.
					3- يتدمر بالعدا والمفرقة.
					4- يتصر سريعاً بالإحباط.
					5- يصعب عليه التعرف على رقم معين من بين مجموعة أرقام.
					6- يواجه صعوبة في بداية كل نشاط.
					7- يصعب عليه التعرف على حرف معين في كلمة ما.
					8- يجد صعوبة في فهم معلومات جديدة.
					9- يتخطأ في عمل المهام التي سبق وأن تعلمها.
					10- يسهل لهائه من قبل الأبطال الآخرين.
					11- يكسب أصدقاؤه ويقدّمهم بسرعة.
					12- يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.
					13- يتخيب عن القروضة بدون حورر.
					14- يملك بشكل يندر فيه استمر من الرأه.
					15- يكثر من الكذب أثناء حديثه.

(الصورة المنزلية)

- 1- مجال تشتت الانتباه: - ويعرف بأنه " ضعف لقدرة على تركيز الانتباه إلى المعيرات، وكثرة النسيان، والانتقال من نشاط إلى آخر، والانشغال بموضوعات متعددة، وصعوبة التفكير، واستجابات التعليمات داخل المنزل " .

المعيار للتقييم	معالجة الفقرة		مدى مناسبة التسجيل		القرات
	مخر مناسبة	مناسبة	مخر مناسبة	مناسبة	
					1- يتأثر من نشاط إلى آخر قبل المضي .
					2- يصعب عليه التركيز ويحسر التزامه نحو موضوع محدد.
					3- ينسى ألباء الشخصية ومسميات بعضها.
					4- يسهل للتشتت التي لا تتناسب التركيز.
					5- يواجه صعوبة في التذكر لما يصرح عليه من موضوعات.
					6- يتأثر إلى حد ما قبل استكمال كلامه.
					7- يجد صعوبة في وصفه للأشياء.
					8- يردد بعض الكلمات أو العبارات السابقة رغم انتقاله إلى موضوع جديد.
					9- يحتاج إلى تذكيره بقواعد النشاط الذي يشترك فيه مع الأطفال.
					10- يتأثر نفسه بما يحدث به داخل المنزل.
					11- يواجه صعوبة في الاستجابة عن الأسئلة التي تتطلب التفكير.
					12- يجد صعوبة في استيعاب الكلمات الجديدة.

2- مجال فرط النشاط الحركي: ويعرف بأنه " نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية يتسم بعدم الاستقرار، وكثرة الحركة، وإزعاج الآخرين، والشجار معهم داخل المنزل وخارجه".

التعليل المناسب	صياغة الفقرة		عدد مراتها للبهول		الفرق
	غير متعلمة	متعلمة	غير متعلمة	متعلمة	
					1- توتر مستمر في جلسته ويحرك يديه ورجليه.
					2- يسطع الأبواب للخروج من المنزل.
					3- يهتد صكياً بزعم الآخرين داخل المنزل.
					4- يتنقل من مكان لآخر بدون سبب.
					5- يهتد بالأشياء التي حوله.
					6- يهتد بأي شيء يقع تحت يديه.
					7- يتشغل في أنشطة الأطفال الآخرين والعبه.
					8- يتعرض للموتد باستمرار.
					9- يهول الألعاب والنشاطات الحركية.
					10- يصعب عليه إبقاء هدناً لفترة طويلة.
					11- يتسبب في الوسوج المشككات والموتد للأطفال داخل المنزل وخارجه.
					12- يهتد في مواقف غير متعلمة.
					13- يتشاجر مع الأطفال الآخرين.

3- جعل الإنطباعية:- ويعرف بأنه * عدم القدرة على كبح الدفقات الداخلية أو الاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ بالاعتبار نتائج السلوك داخل المنزل وخارجه* .

العدد الترتيب	صيغة القصة		عدد ملاحظاتها للسؤال		النتائج
	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	
					1- يمشي بسرعة.
					2- يصعب عليه التحم بالمرآة.
					3- يشوع في الإجابة ليمثل أن يسمع السؤال كأنه كأنه
					4- يستعمل لغة رجمته.
					5- يصرخ دون التفكير بالمرآة.
					6- يشوع في أماته للتشقة مما يفهمه في المرآة.
					7- يمدح تجاه المرآة.
					8- يتلوى من النظر بمرآة.
					9- يقطع كلام الآخرين.
					10- يستجيب بطريقة متكررة لا تتناسب مع المرآة.
					11- يمشي لأبط الأسباب.

4- مجال الأعراض المصاحبة: - ويعرف بأنه * مجموعة من السلوكيات التي تصاحب اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل وتتميز عن صعوبات تكيفه، وتعلمه، واضطراب علاقاته الاجتماعية، وتصرفاته داخل المنزل وخارجه.

التصنيف	معالجة اللغة		عدد مراتها للطفل		الظواهر
	غير متعلمة	متعلمة	غير متعلمة	متعلمة	
					1- انقلاب المزاج.
					2- تصرف بطريقة توحشية.
					3- يلطم بالفتك والمعارضة.
					4- يلطم بسرعة بالإحباط.
					5- يصعب عليه التعرف على رقم معين من بين مجموعة أرقام.
					6- يواجه صعوبة في بداية كل نشاط.
					7- يصعب عليه التعرف على حرف معين في كلمة ما.
					8- يجد صعوبة في فهم عبارات جديدة.
					9- يخطأ في عمل المهام التي سبق وأن تعلمها.
					10- يسهل فرادته من قبل الأطفال الآخرين.
					11- يكتب أسطوانات ويقدم بسرعة.
					12- يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.
					13- يتغيب عن المدرسة بدون حرج.
					14- يملك بشكل يفرق فيه أصغر من قرانه.
					15- يكثر من التكب أثناء حديثه.

ملحق (4)

أسماء السادة المحكمين الذين عرض عليهم مقياس تشخيص الاضطراب بعد التعديل ودرجاتهم وتخصصاتهم العلمية ومكان عملهم

م	الاسم	الدرجة العلمية	التخصص	الكلية	الجامعة
1	أ. د. خليل كويدي حسين	أستاذ	علم النفس التربوي	الأداب	كربلاء
2	أ. د. مهدي صالح هجرس	أستاذ	علم النفس التربوي	التربية	بغداد
3	أ. د. أحمد علي الأميري	مشارك	تربويات نفسي	التربية	كربلاء
4	أ. د. هشام حسين السيد	مشارك	تربويات أطفال	الطب	كربلاء
5	أ. د. خديجة عبده مجاهد توكم	مشارك	صحة نفسية	التربية	كربلاء
6	أ. د. خديجة محمد السيامي	مشارك	تربية خاصة	التربية	كربلاء
7	أ. د. محمد العبيدي	مشارك	علم النفس التربوي	التربية	بغداد
8	أ. د. خليل صالح مكيان	مشارك	تربويات نفسي	التربية	كربلاء
9	د. حيدر إبراهيم المطار	مساعد	تربية خاصة	التربية	كربلاء
10	د. حسانق عبده سيف المصطفى	مساعد	تربية خاصة	التربية	كربلاء
11	د. خليل أحمد الحفافي	مساعد	علم النفس التربوي	التربية	كربلاء
12	د. محمد حيدر سلامة	مساعد	صحة نفسية	الأداب	كربلاء

ملحق (5)

مقياس تشخيص الاضطراب بصيغته النهائي (الصورة المدرسية)

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخت المربية الفاضلة

تحية طيبة وبعد

نظراً للخبرة التي تتمتعين بها في التعامل مع أطفال الروضة وما تمتلكينه من قدرات في التعرف إلى الأطفال الذين يواجهون بعض المشكلات السلوكية التي قد تظهر عليهم بشكل واضح في تصرفاتهم اليومية سواء داخل الفصل أو خارجه والمتعلقة بنسخت الانتباه وفرط النشاط الحركي والانتفاععية وأعراض أخرى مصاحبة، لذا نرجو تفننك بالإجابة على المقياس لتشخيص سلوك الطفل المضطرب بتسكت الانتباه وفرط النشاط وذلك من خلال التأشير على حدة حدوث السلوك الذي تجدينه ينطبق عليه أمام كل فقرة من فقرات المقياس عاماً لأن إجابتك الدقيقة ذات أهمية كبيرة في الكشف عن هؤلاء الأطفال أولاً ومن ثم وضع برنامج تدريبي لتحسين سلوكهم مستقبلاً لذا نأمل أن إجابتك سوف لن يطلع عليها احد وهي لإغراض البحث العلمي ونحن نقدر لك الجهود التي سبقتك فيها في الإجابة على المقياس لتوصول إلى نتائج موضوعية تخدم أهداف البحث العلمي بونتضى لك دوام الصحة والنجاح في أداء رسالتك العلمية.

*الرجاء الإجابة على البيانات الأولية الآتية:

اسم الروضة:

أسم الطفل:

جنس الطفل:

فصل الطفل:

عمر الطفل:

هذا حوث لسطوك				الفكرات
لا بحث	بحث ثلاً	بحث لحرفاً	بحث دقماً	
				1- ينتقل من نشاط إلى آخر قبل الانتهاء .
				2- يمسح عليه التركيز ويحصر انتباهه نحو موضوع محدد.
				3- ينسى أشياءه للشخصية وسميات بعضها.
				4- يهمل الأنشطة التي لا تكتلب التركيز.
				5- يوليه صعوبة لسي الانبعاث لعداً يعرض عليه من موضوعات.
				6- ينتقل إلى حديث آخر قبل استكمال كلامه.
				7- يجد صعوبة في وصفه للأشياء.
				8- يردد بعض الكلمات أو العبارات من شروعات السابقة
				9- يحتاج إلى تذكير بقواعد النشاط التي يشارك فيه مع الأهل.
				10- يتدخل نصه بأمر ذكورية داخل الفصل.
				11- يوليه صعوبة في الاستجابة عن الأسئلة التي تتطلب التفكير .
				12- يجد صعوبة في استجاب التعليمات الموجهة إليه.
				13- غير مستقر في جلسته ويحرك يديه ورجليه.
				14- يصطحب الأشياء لتفروخ من الفصل.
				15- كثير التصعب داخل الفصل.

				16- يتنقل من مكان لأخر بدون سبب.
				17- يصدم بالأشياء التي حولها.
				18- يحدث بأي شيء يقع تحت يده.
				19- يتحدث في أنشطة الأطفال الآخرين ولهم.
				20- يتخرج العواطف باستمرار.
				21- يبدل للكاتب العسافية والنشاطات الحركية غير المنضبطة.
				22- يصعب عليه إبقاء هادئاً لفترة طويلة.
				23- يتسبب في وقوع التشكلات والعواطف للأشخاص داخل الفصل وخارجها.
				24- يقل دون مناسبة.
				25- يتشاجر مع الأطفال الآخرين.
				26- يتحدث بسرعة.
				27- يصعب عليه التحكم بسرته.
				28- يتسرع في الإجابة قبل أن يسأل سؤالاً كاملاً.
				29- يستعمل لغة رديئة.
				30- يتسرف دون التفكير بالعواقب.
				31- يتسرع في أدائه للأنشطة مما يزيد في أخطائه.
				32- يحاسب الجهد المقدر.
				33- يتسرع من اشتغال دوره.
				34- يتألم كمثل الآخرين.

			35- يستجيب بطريقة ماهرة لاكتساب مع الوقت.
			36- يمكن لأبسط النوبات.
			37- منقلب المزاج.
			38- يقصرن طريقة لوضعية.
			39- ينام بكثرة والمعالجة.
			40- سريع الإحباط.
			41- يصعب عليه التعرف على رقم معين من بين مجموعة أرقام.
			42- يولاه صعوبة في بداية كل نشاط.
			43- يصعب عليه التعرف على حرف معين في الكلمات التي توضع عليه.
			44- يجد صعوبة في فهم معلومات جديدة.
			45- يخطأ في عمل المهام التي سبق وأن تعلمها.
			46- يسهل تهادته من قبل الأطفال الآخرين.
			47- يكتب أصدقاءه ويقدم بسرعة.
			48- يعاني من صعوبة في التواضع مع الآخرين.
			49- يتأخر عن الروضة بدون مبرر.
			50- يملك بشكل يتو له أصغر من قرأه.
			51- يكثر من تكاذب كلام حديثه.

(الصورة المنزلية)

بسم الله الرحمن الرحيم

الأم الفاضلة

تحية طيبة وبعد

نظراً للخبرة التي تتمتعين بها في التعامل مع طفلك لتسجل في الروضة وما تمتلكينه من قدرات في التعرف إلى المشكلات السلوكية التي قد تظهر عليه بشكل واضح في تصرفاته اليومية سواء داخل المنزل أو خارجه والتمسكة بنسبت الانتباه والحركة الزائدة والانفعالية وأعراض أخرى مصاحبة، لذا نرجو تفهمك بالإجابة على مقياس التشخيص الذي بين يديك ولتعرف إلى سلوكه طفلك وما عليك سوى قراءة كل فقرة وتأشير على حدة حدوث السلوك الذي تجدينه ينطبق عليه أمام كل فقرة من فقرات المقياس علماً أن إجابتك للدقة ذات أهمية كبيرة في الكشف عن سلوكه أولاً ومن ثم وضع برنامج تدريبي لتعديل هذا السلوك مستقبلاً ثانياً، وأن أجوبتك سوف لن يطلع عليها احد سوى الباحثة وهي لإعراض تبحث العلمي ونحن نذكر لك الجهود التي سبقتك فيها في الإجابة على المقياس للوصول إلى نتائج موضوعية تخدم أهداف البحث العلمي، ونتمنى لك دوام الصحة والنجاح

* الرجاء الإجابة على البيانات الأولية الآتية:

اسم الروضة:

اسم الطفل:

جنس الطفل:

فصل الطفل:

عمر الطفل:

جدة حدوث السواك				الصفات
لا يحدث	يحدث نادراً	يحدث أحياناً	يحدث دائماً	
				1- يعلني في عمل الأضياء التي يحق أن تضيأ .
				2- يصعب عليه تركيز انتباهه نحو شيء محدد.
				3- يلسي في المنزل بعرض الأضياء التي يحتاجها في لروضة.
				4- يبدو عند الحديث معه وكأنه لا يسمع .
				5- يتكلم إلى حديث آخر قبل استكمال كلامه.
				6- يجد صعوبة في وصفه للأضياء.
				7- يردد بعض الكلمات أو العبارات التي يسميها .
				8- يحتاج إلى تفكيره بقواعد النشاط الذي يشترك فيه مع الأطفال.
				9- يمتد عن المشاركة في الأعمال التي تتطلب التفكير.
				10- يجد صعوبة في اتباع التوجيهات.
				11- يتحرك ولا يستقر في مكانه .
				12- يمسح الأبواب للخروج من المنزل.
				13- يحدث الصخب والضوضاء داخل المنزل.
				14- يصطدم بالأضياء التي حوله.
				15- يحدث في الأضياء التي تقع في مقابل يده.
				16- يتدخل في أنشطة الأطفال الآخرين والمستهيم (أبوانه) أو نظيره (أو جيرانه).

		17- يتعرض الحوادث باستمرار.
		18- يميل للألعاب المساخبة ولنشطات الحركية غير المنضبطة.
		19- يتجنب في وقوع المشكلات والحوادث للأشخاص داخل المنزل وخارجه.
		20- يجري وينقل أثناء تحركه داخل المنزل.
		21- يتشاجر مع أخوانه وأقاربه وأولاد الجيران.
		22- يخطب بسرعة.
		23- يصعب السيطرة على سلوكه عندما يفرح مع الأسرة.
		24- متفرح في استجابته ويتفاعل مع المواقف داخل المنزل بدون تفكير.
		25- يطلب تنفيذ رغباته في الحال وقد يلجأ إلى التكاء أو الصراخ.
		26- يصرف نون تفكير ويعرض حياته لتلطم.
		27- يفرح في أدائه للأشطة مما يزيد في أخطائه.
		28- يلطم عندما يلقى سلوكه اللئيم.
		29- يصعب عليه الانتظار في الألعاب والمواقف الاجتماعية.
		30- يقطع الترتيب عندما يتحدثون مع الآخرين.
		31- يستجيب بطريقة متفجرة لا تتناسب مع المواقف.
		32- يبكي لأبسط الأسباب.
		33- منقلب المزاج.
		34- يميل حاجاته وملابسه الخاصة.

				35- يتم بالعلماء والمعارضة.
				36- سريخ الإحباط.
				37- يواجه صعوبة في بداية كل نشاط.
				38- يجد صعوبة في فهم معلومات جديدة.
				39- يسهل كوابته من قبل الأطفال الآخرين.
				40- يكسب أصدقاء ويتقدم بسرعة.
				41- يعاني من صعوبة في التواصل مع الآخرين.
				42- يتعوب عن الروضة بدون حيز.
				43- يسلك بشكل يبدو فيه أسفر من غيره.
				44- يكثر من الكذب أثناء حديثه.

تُبت الجدول

مفرد تجرد

- 1- تصويم المجموعتين المتكافئتين ذي القياس القلي والبعدي.....155
- 2- توزيع سجع تبعث بين الروضات وعدد الأطلاق.....156
- 3- أعداد و أسماء الروضات التي يتوزع فيها الأطلاق المضطربون.....158
- 4- عينة الروضات وعدد الأطلاق الشكور والإثات المضطربين فيها.....160
- 5- توزيع الأطلاق المضطربين بين المجموعتين للتجريبية والضابطة.....161
- 6- قيم مان وتشي (U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في عتس.....163
- 7- قيمة مان وتشي (U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الضاء.....164
- 8- قيمة مان وتشي (U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر.....165
- 9- مجالات المقياس (الصورة المدرسية) وعدد الفقرات المحذوفة والمعدلة والمضافة والمحولة.....170
- 10- توزيع عينة شراسة الاستطلاعية الأولية التي تم اختيارهم لإراض بناء مقبس.....170
- تشخيص الاضطراب.....171
- 11- نتائج اختبار (ت) لفقرات مقبسات اشفت الانتباه وفرط النشاط بين المجموعتين العليا والدنيا (الصورة المدرسية).....175
- 12- قيم معاملات الارتباط بين الفقرات والسجال والفقرات والدرجة الكلية.....179
- 13- ارتباط مجالات مقبسات الاضطراب ببعضها وارتباطها بالدرجة الكلية.....180
- 14- معاملات الفئات بطريقة التجزئة لاصفية (الصورة المدرسية).....182
- 15- توزيع فقرات مقبسات تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) بين مجالاته.....184
- 16- توزيع الأطلاق بين عينة الدراسة الاستطلاعية الثانية.....185
- 17- مجالات المقياس وعدد الفقرات المحذوفة والمعدلة والمضافة والمحولة.....189
- 18- نتائج اختبار (ت) لفقرات مقبسات اشفت الانتباه وفرط النشاط بين المجموعتين لعليا

- 192.....والنموا (الصورة المنزلية).
- 19- قيم معاملات الارتباط بين الفقرات والمجالات والفقرات والدرجة انكفية (الصورة المنزلية).....195
- 20- ارتباط مجالات مقياس الاضطراب ببعضها وارتباطها بالدرجة الكلية (الصورة المنزلية).....196
- 21- معاملات ثبات بطريقة التجزئة النصفية (الصورة المنزلية).....197
- 22- توزيع فقرات مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية) بين مجالاته.....198
- 23- توزيع الأطفال بين عينة الدراسة الاستطلاعية الأولية.....199
- 24- ترتيب مجالات مقياس تشخيص الاضطراب حسب الأوزان المنوية.....204
- 25- ترتيب المشكلات في مجال النشاط الحركي حسب أوزانها المنوية.....205
- 26- ترتيب المشكلات في مجال الاندفاعية حسب أوزانها المنوية.....206
- 27- ترتيب المشكلات في مجال تثبت الانتباه حسب أوزانها المنوية.....206
- 28- ترتيب المشكلات في مجال الأعراض التصاحبية حسب أوزانها المنوية.....207
- 29- قيم ونكوكسن (T) ودلالة الفروق بين درجات المجموعة للتجريبية في القياسين القلي والبعدي على مقياس اضطراب تثبت الانتباه وفرط النشاط (الصورة المدرسية).....220
- 30- قيم مان وتلي (U) ودلالة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية).....226
- 31- قيم مان وتلي (U) ودلالة الفروق بين درجات الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج.....231
- 32- قيم ونكوكسن (T) ودلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المدرسية) في قياسين البعدي والمتابعة.....234
- 33- قيم مان وتلي (U) ودلالة الفروق بين درجات الذكور ودرجات الإناث في المجموعة التجريبية على مقياس متابعة.....237

ثبت الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
173	توزيع درجات عينة الدراسة الاستطلاعية الأولية بيانياً على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنرسية).....	1
190	توزيع درجات عينة الدراسة الاستطلاعية الأولية بيانياً على مقياس تشخيص الاضطراب (الصورة المنزلية).....	2
217	توزيع الأطفال المشطربين (لذكور والإناث) على مقياس تشخيص الاضطراب.....	3
221	توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى أطفال المجموعة التجريبية في القوامين القوي والبهدي.....	4
222	توزيع متوسطات تكرار تواتر السلوك في مجالات الاضطراب بيانياً لدى أطفال المجموعة التجريبية في خط الأساس قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.....	5
227	توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى الأطفال بعد تطبيق البرنامج في المجموعتين الضابطة والتجريبية.....	6
232	توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى الأطفال لذكور والإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي.....	7
235	توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البهدي والمتابعة.....	8
237	توزيع متوسطات درجات الاضطراب بيانياً لدى الأطفال لذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس المتابعة.....	9

ثبت الملاحق

صفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
261	مقياس تشخيص الاضطراب بسورتيه(المدرسية والمنازلية) بصيغته الأولى..	1
	أسماء السادة المحكمين الذين عرض عليهم مقياس تشخيص الاضطراب	2
269	بصيغته الأربعة ودرجاتهم وتفصيلاتهم العلمية ومكان عملهم.....	3
270	مقياس تشخيص الاضطراب بصيغته المعدلة.....	4
	أسماء السادة المحكمين الذين عرض عليهم مقياس تشخيص الاضطراب بعد	5
278	التعديل ودرجاتهم وتفصيلاتهم العلمية ومكان عملهم.....	6
279	مقياس تشخيص الاضطراب بصيغته النهائية.....	7، 8
281	أسماء السادة المحكمين الذين عرض عليهم الإطار العام للبرنامج وجلسات	
	البرنامج ودرجاتهم وتفصيلاتهم العلمية ومكان عملهم.....	
283	الصورة لمنزلية.....	

فهرس الموضوعات

11.....	الفصل الأول: الإطار العام للبحث
13.....	- مقدمة البحث
16.....	- مشكلة البحث
20.....	- أهمية البحث والحاجة إليه
23.....	- أهداف البحث
24.....	- حدود البحث
24.....	- تحديد مصطلحات البحث
31.....	الفصل الثاني: الإطار النظري
33.....	- تطور التاريخي في دراسة مفهوم الاضطراب
40.....	- نسبة انتشار الاضطراب
43.....	- أعراض الاضطراب
51.....	- أسباب الاضطراب
64.....	- تشخيص الاضطراب
67.....	- أساليب علاج الاضطراب
83.....	- أنواع العلاج السلوكي
92.....	- تعديل السلوك في العلاج السلوكي
96.....	- الخطوات الأساسية لبرنامج تعديل السلوك
103.....	- الأساليب والتقنيات العلاجية في تعديل السلوك
113.....	الفصل الثالث: دراسات سابقة
115.....	- دراسات تناولت تشخيص الاضطراب
115.....	لولا : الدراسات العربية
123.....	ثانيا : الدراسات الأجنبية
136.....	- دراسات تناولت برامج علاجية لخفض حدة الاضطراب

136	أولا : الدراسات العربية.....
145	ثانيا : الدراسات الأجنبية.....
152	- فروض البحث.....
153	المفصل الرابع: إجراءات البحث.....
155	-منهج البحث.....
156	- مجتمع البحث.....
158	- عينة البحث.....
165	- أدوات البحث.....
166	أولا : خطوات إعداد مقياس تشخيص الإضطراب.....
187	ثانيا : خطوات إعداد مقياس تشخيص الإضطراب.....
213	الوسائل الإحصائية.....
215	المفصل الخامس: لتتائج البحث.....
217	- عرض النتائج وتفسيرها.....
238	- التوصيات.....
241	- المقترحات.....
243	المراجع :أولا للمراجع العربية.....
253	ثانيا للمراجع الأجنبية.....
261	الملاحق.....
287	ثبت الجدول.....
289	ثبت الأشكال.....
290	ثبت الملاحق.....
291	فهرس الموضوعات.....

فاعلية برنامج سلوكي

في تعديل سلوك أطفال الروضة المصطادين
بخصائص الإتيان وفرصة المشاهدة الحركي



تحت إشراف د. كريم الزمر

فاعلية برنامج سلوكي - د. كريم الزمر

فاعلية برنامج سلوكي - د. كريم الزمر

فاعلية برنامج سلوكي - د. كريم الزمر

Bibliothèque Alexandria



1240121

المكتب الجامعي الحديث

مسكن سوثير - أمام سيراميك كاثوبترا

عمارة (5) منخل 2 الأزريرة - الإسكندرية

تليفاكس : 00203/4865277 - تليفون : 00203/4818707

E-Mail : modernoffice25@yahoo.com