

علاج معرفي سلوكي لاضطراب القلق المعمم لدى طفل دراسة حالة

أسماء عباس
جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان

ملخص:

الدراسة الحالية تبين مدى أهمية وفعالية التقنيات المعرفية والسلوكية في علاج حالة من حالات القلق المعمم (طفل عمره 10 سنوات)، وقد قسمت هذه الدراسة إلى قسمين: القسم النظري ويتمثل في: مفاهيم الدراسة وهي القلق المعمم، والعلاج المعرفي السلوكي، والعناصر النظرية للدراسة والمتمثلة في النموذج المعرفي للقلق المعمم، ونموذج لازاروس، التحليل الوظيفي. أما القسم الثاني للدراسة فتناول الجانب التطبيقي منها، حيث تم عرض منهجية الدراسة، وتقديم الحالة، والتحليل الوظيفي للمقابلات التي أجريت، وأسفرت النتائج عن فعالية التقنيات المعرفية السلوكية في خفض من درجات القلق لدى الطفل.

الكلمات المفتاحية:

القلق المعمم - الطفل - العلاج المعرفي السلوكي.

Abstract:

This study demonstrates the effectiveness and the importance of cognitive and behavioral techniques in the treatment of case with generalized anxiety disorder.

This study is devised into two parts ، a theoretical part which includes primarily the concepts related to case studies such as: the definition of generalized anxiety disorder ، behavioral cognitive therapy and in second place: theoretical elements represented in the cognitive model of generalized anxiety ، Lazarus model and functional analysis.

The second part is the practical aspect of the study which includes: Methodology ، case presentation ، functional analysis.

The results revealed the effectiveness of cognitive behavioral techniques in the reduction of the degree of generalized anxiety for the child..

مقدمة:

تعد اضطرابات القلق من بين الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا عند الأطفال حيث يشير كيندال (Kendall، 2000) إلى أن ما بين 10 إلى 20% من الأطفال شخصوا تحت اضطراب القلق (Beauchamp، 2009، p 1).

يحمل هذا الاضطراب انعكاسات على الوظائف النفسية والاجتماعية والدراسية للطفل مما يستوجب تدخلا علاجيا مبكرا لخفض درجات هذا الاضطراب كي يسترجع الطفل ممارسة حياته اليومية، ويعد العلاج المعرفي السلوكي من أحدث العلاجات المستخدمة في علاج اضطرابات القلق.

فالدراسة الحالية تهدف إلى معرفة مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض درجات القلق المعم لدى طفل يبلغ من العمر 10 سنوات.

تحديد مصطلحات الدراسة

1- مفهوم القلق المعم: هو الشعور الدائم بالخوف والتوتر، والألم نتيجة لسيطرة الأفكار والذكريات السابقة المؤلمة على تفكير الطفل، مما يجعله دائم التوقع بمستقبل متشائم، ودائم التفكير بالصحة والدراسة والعلاقات الاجتماعية مع الزملاء (العطية، 2002).

يشكل هذا الشعور مصدر إثارة متواصلة للجهاز العصبي اللاإرادي الذي بدوره يؤدي إلى حالة قلق مستمرة، ينجم عنها أعراض فيزيولوجية كالشد العضلي والشعور بالألم الدائم والتعب والإرهاق ونقص التركيز وكذا اضطراب النوم وزيادة ضربات القلب وجفاف الحلق والتعرق.

2- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي: هو علاج يعتمد على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفيا، انفعاليا وسلوكيا، ويعتمد هذا النوع من العلاج على استعمال فنيات لتعديل الأفكار والانفعالات من خلال مواجهة مباشرة للمواقف (الغامدي 2010: 21).

النموذج المعرفي للقلق:

رغم تركيز أعمال بيك على الاكتئاب إلا أنه عمم تطبيق مفاهيمه المتمثلة في الأفكار التلقائية والتحريفات المعرفية والمخططات المعرفية على الاضطرابات الانفعالية الأخرى ومن بينها القلق.

يرى بيك أن الاضطرابات الانفعالية هي نتيجة لاضطراب طريقة تفكير الفرد واعتقاداته وكيفية تفسيره للأحداث، من حوله، هذه كلها عوامل عامة في الاضطراب الانفعالي (طه عبد العظيم، 2007: 37).

كما يعتبر النموذج المعرفي لبيك من أكثر النماذج المعرفية تفسيراً للقلق، حيث يرى أن التوقع الدائم للخطر أو لحدوث كارثة هو العرض الأساسي المميز لمرضى القلق إذ إن القلق الذي يرتبط بصفة أساسية بكيفية إدراك الفرد وتقديره للخطر، ويكون تفكير مريض القلق منصبا على توقع أسوأ النتائج المحتملة لأي موقف من المواقف المقلقة.

كما يشير بيك إلى أن أفكار مرضى القلق تتضمن عادة عدم الكفاءة، ونقص ضبط الذات والسيطرة عليها، ويلاحظ المريض وجود خلل في تفكيره الواقعي بسهولة (بيك، 2000، : 112). ركز بيك على المشكلة في طريقة التفكير وليس على الانفعال.

النموذج المعرفي للقلق عند لازاروس Lazarus:

ميز لازاروس في نموذجه المعرفي للقلق بين عمليتين أساسيتين وهما التقييم الأولي والتقييم الثانوي، بحيث يتعلق التقييم الأولي للفرد بما يواجهه من تهديد، أما التقييم الثانوي فهو تقدير الفرد لما لديه من إمكانيات داخلية وخارجية تستلزم التعامل مع المواقف.

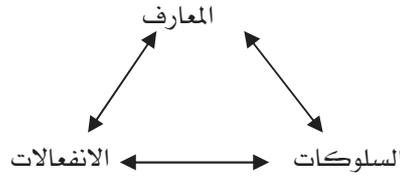
يتم التقييم الأولي من خلال تفسير الحدث المهدد، بينما يتم التقييم الثانوي من خلال إمكانية مواجهة الأحداث المؤلمة والتعامل معها، ويتأثر هذا التقييم بقدرات الفرد الحسية والاجتماعية والنفسية كصحة الفرد وطاقاته وقدرته على التحمل وكذا العلاقات الاجتماعية للفرد والدعم المقدم له وأيضا مهارات حل المشكلات وتقدير الذات والروح المعنوية لديه. كما أضاف لازاروس إلى عمليتي التقييم الأولي والثانوي عملية ثالثة وهي إعادة التقييم وهي الطريقة التي يقوم من خلالها الفرد بإعادة إدراكه للمواقف المؤلمة ومواجهتها حيث ينمي أساليبه في مواجهتها أو غيرها تبعا لإدراكه مدى جدوى هذه الأساليب (طه عبد العظيم، 2007، : 41).

التحليل الوظيفي:

يشمل التحليل الوظيفي للسلوك تحليل الجانب السلوكي (المثيرات والمنبهات والمعززات) وعلاقتها بالاستجابات ويركز التحليل الوظيفي على الدور الذي تقوم به الجوانب المعرفية بالنسبة لمخزون السلوك.

ويشير (ناصر ميزاب 2009: 5) أن التحليل الوظيفي في العلاج المعرفي السلوكي هو تطبيق المنهج التجريبي في التدخل العلاجي، وهو يحاول الإجابة عن التساؤلات التالية أين؟ متى؟ بأي تكرار؟ بحضور من؟ بأي أثر على العميل وعلى المحيط؟

اعتمدنا في هذه الدراسة على النموذج المعرفي السلوكي لـ "لانج Lang"



حيث إن التأثير الذي يطرأ على أحد هذه العناصر سيؤثر في العناصر الأخرى.

منهجية البحث:

1- مكان البحث: تم اختيار الحالة من مدرسة ابتدائية، وهو طفل يدرس في السنة الخامسة ابتدائي بمدرسة من مدارس تلمسان.

2- أدوات البحث:

أ- المقابلة الميادية: لقد تم استخدام المقابلة المفتوحة قصد جمع المعلومات عن الحالة، وتطبيق مقياس القلق عليها.

ب- مقياس القلق للأطفال (مقياس فيولا البيلاوي): هو مقياس من إعداد الدكتورة فيولا البيلاوي (1987) يتكون من 53 بند، ويجب الطفل عن كل بند من البنود إجابة محددة (نعم أو لا) وتحسب درجة واحدة لكل إجابة بالموافقة (نعم) على بنود القلق وعددها 42 بنداً، ويقاس مستوى القلق لدى الطفل على أساس مجموع درجات الإجابة بالموافقة على هذه البنود.

وتقيس البنود 11 الباقية الكذب وتحسب كذلك درجة واحدة لكل منها على الإجابة بالرفض (لا) وتمثل مجموع درجات الطفل على هذه البنود الأحد عشر دليلاً على مدى صدق أو كذبه في استجاباته للمقياس.

تقديم الحالة:

يتعلق الأمر بالطفل (م.ب) الذي يدرس بقسم السنة الخامسة ابتدائي، عمره عشر سنوات وهو الثالث بين أخواته البنات. المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة متواضع جداً، أبوه موظف في مصنع وأمّه مأكثة بالبيت. تم فحص الحالة (م.ب) من طرف طبيب عام حيث

كان يشكو من آلام على مستوى البطن والأطراف حسب ما ذكرت والدته، لكن حالته لم تتحسن بل تغير بشكل ملحوظ، أصبح أكثر انعزالاً ودائم الترقب والخوف والقلق وأصبح يعاني من اضطرابات في النوم وفي الأكل.

التحليل الوظيفي:

للتعرف على العوامل التي أسهمت في تأزم الحالة (م. ب) عمدنا إلى جمع معلومات عن الظروف المحيطة بالطفل (الأسرة، المدرسة، العلاقات الاجتماعية)، قد حصلنا على معلومات مهمة من خلال المقابلات مع والدة الطفل ومعلمته والطفل ذاته.

1- تحليل الماضي:

الحالة تعرض لأزمة نفسية حادة قبل أن تأتيه نوبة القلق وهي وفاة أحد أقاربه بطريقة مروعة، فبالرغم من أن الحالة لم تر الجثة إلا أنه تأثر كثيرا من خلال الأحاديث التي كانت تسرد آنذاك، فحسب (م ب) أصبح يفكر كثيرا بمفهوم الموت ويتخيل أنه سيموت.

2- الوضعية الحالية:

بدأت حالة العميل تتأزم منذ تلك اللحظة كلما سمع عن أحد توفيه، حيث سمع بعدها بشهر عن طفل يمثل سنه توفيه أيضا حيث صرّح العميل أنه سمع والده يتحدث عن الطفل المتوفى بأنه أحس بوجع وبرودة في أطرافه السفلى ثم توفيه بعدها، فأصبح بعدها العميل كلما أحس بألم في أطرافه السفلى يتوقع أنه سيموت، ثم بدأت تتطور حالته حيث تعرض لاضطراب في النوم والأكل، وازدادت هذه الأعراض بعد ميلاد أخيه حيث أصبح ينتابه شعور بتحول اهتمام الأم لأخيه الأصغر.

فأصبح يشعر بضيق في التنفس وبشكل خاص في المساء وعند بقائه لوحده في المنزل فتزداد ضربات قلبه لدرجة سماعها ويشعر بأنه سيغمى عليه.

ازداد تأزم وضعه يوما بعد يوم مما ولد له الإحساس بتشنجات في عضلاته، والشعور بألم في أطرافه وصدره وبطنه فقرر الذهاب إلى الطبيب وأخبر والدته بالأمر، حسبما ذكرت والدته.

الفرضيات:

من خلال التحليل الوظيفي ومقياس القلق المعمم لفيولا الببلاوي تبين أن الطفل يعاني من اضطراب قلق معمم إضافة إلى أعراض جسدية كالتعب، والإرهاق والآلام بالأطراف واضطرابات في النوم والأكل والتعرق، وازدياد ضربات القلب، وبواسطة تقنية تسجيل

الأفكار طلبنا من العميل تسجيل جميع الأفكار التلقائية والمؤلمة التي تسيطر عليه أثناء كل موقف مقلق وكذا كيفية تأثير هذه الأفكار عليه، وعليه قمنا بوضع الفرضيات التالية الناجمة عن التحليل الوظيفي:

1- للحالة فكرة خاطئة وغير مفهومة عن الموت.

2- مبالغة الحالة في تعميم المواقف "ذلك الطفل مات بسبب آلام في قدميه، وأنا لذي ألم في قدمي إذا سأموت مثله".

3- التوقع الدائم للخطر وعدم التحكم في التفكير.

الفرضيات الإجرائية:

1- يوجد فرق بين الدرجة الكلية المتحصل عليها من طرف الحالة (م ب) على مقياس القلق قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبين الدرجة الكلية المتحصل عليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

2- يوجد فرق بين الدرجات المتحصل عليها من طرف الحالة (م ب) على أبعاد مقياس القلق قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبين الدرجات المتحصل عليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

على أساس هذه الفرضيات اخترنا التقنيات العلاجية الآتية:

أ- **تقنية الاسترخاء:** بما أن الحالة يعاني من اضطراب القلق المعمم قررنا تدريبه على تقنية الاسترخاء، حيث يعد الاسترخاء سلوكا مضادا للتوتر والقلق.

تدرب الحالة على تمارين مختلفة في عملية التنفس والشد العضلي والاسترخاء حتى أصبح يتقن هذه المهارة ويمارسها حتى في المنزل، واستمرت هذه التقنية مع الطفل في نهاية كل جلسة لمدة 15 دقيقة وخلال 11 جلسة متواصلة.

ب- **تقنية إعادة البناء المعرفي:** دام تطبيق هذه التقنية 6 جلسات متواصلة مع الحالة، والتي من خلالها تم توضيح مفهوم الموت للطفل بصورة مبسطة مناقضة للأفكار التي كانت تجول بخاطره، وتمت مساعدته على استبدال هذه الأفكار التشاؤمية بأفكار إيجابية

مثال:

جدول رقم(1): استبدال الفكرة التشاؤمية بفكرة إيجابية:

الحدث	الشعور ببرودة الأطراف السفلى
الأفكار التلقائية	الطفل الذي توفي كان يشعر أيضا ببرودة وألم في أطرافه احتمال سأموت
نسبة القلق حدوث القلق 100٪	80٪
الأدلة المعارضة لحدوث ما تخاف منه	أحسست بذلك 60 مرة ولم يحدث شيء
التفسير الطبي	الدم تجمد في قدمي لقلقي الزائد وقدماي ليس فيهما أي شيء ومهما كانت البرودة في القدمين ليس بالشيء الخطير
الوسائل البديلة للسيطرة	سأدفي قدمي ولن أشعر ببرودتهما
الأفكار البديلة (الأفكار الإيجابية)	برودة القدمين ليست دليلا على أنني سأموت فالكثير غيري من يشعرون بنفس الشعور وأنا بصحة جيدة، والموت ليس نهاية الحياة وبالنهاية الجميع سيموت
نسبة القلق بعد إعادة بناء الأفكار	20٪

استعملنا هذا الجدول مع أكثر من فكرة مقلقة حاول خلالها الحالة إعادة صياغة وبناء أفكاره بصورة منطقية وعقلانية وإيجابية، بحيث انخفضت في كل حصة نسبة اعتقاده في الفكرة المقلقة إلى غاية غياب تام لهذه الأفكار.

ج- تقنية الحوار الداخلي: قمنا بتدريب الحالة على هذه التقنية بحيث يقوم الحالة بمحاورة أفكاره الأتوماتيكية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية، وذلك من خلال إعطائه واجبات وتمارين عملية يطبقها في المنزل مع العائلة أو بالمدرسة مع زملائه كلما واجه موقف قلق حتى استطاع أن يعتاد عليها ويتحكم بتفكيره وبذلك خفت الأفكار الأتوماتيكية. واستمرت هذه التقنية سبع جلسات متواصلة.

د- تقنية حل المشكلات: طلبنا من الحالة أن ينظر للمواقف المقلقة على أنها مشكلات تستدعي الحل وعليه يجب أن يتبع أسلوب حل المشكلات، وهذا من خلال تحديد المشكلة بدقة ثم وضع كل الحلول المناسبة والممكنة للمشكلة، وبعدها يختار الحل الأفضل.

طلبنا من الحالة أن يتخيل أن طفلاً لجأ إليه يطلب منه المساعدة في حل مشكلته وهي نفس مشكلة الحالة، فكيف سيساعده؟ هنا نترك المجال للحالة أن يفكر بأكبر قدر من الحلول (الحالة هنا تكون خارج إطار الاستغراق الانفعالي الشديد الذي يجعل الفرد يظن أنه لن تكون هناك بدائل لما سيخسره) (إبراهيم عبد الستار 1990: 112).

المشكلة تمثلت في أن الطفل لا يستطيع تحمل خفقان القلب في المواقف القلقة ويخاف من أن يصاب بأزمة قلبية، الحالة أعطى مجموعة من التفسيرات لهذه الحالة وحلول للتخفيف منها وهي أن خفقان القلب حدث بسبب الجهد الذي انتاب الطفل وأن قلب هذا الطفل دائماً يخفق بسرعة لكنه لم يصب بأي أزمة قلبية، وحتى وإن كان هناك ضعف في قلب الطفل فعليه الذهاب إلى الطبيب وسيصف له الأدوية المناسبة.

هذا الأسلوب من التفكير ساعد الطفل على الارتياح وبالتالي تخلص من الشعور بالقلق.

النتائج:

إن التقنيات المعرفية السلوكية كان لها تأثير إيجابي على الحالة بحيث أصبح أكثر فهماً للقلق الذي ينتابه مما جعله أكثر تحكماً فيه، ويمكن تسجيل الملاحظات التالية الخاصة بكل تقنية من التقنيات المستخدمة:

- **تقنية الاسترخاء:** كانت هذه التقنية وسيلة للسيطرة على مختلف استجاباته الانفعالية وبالتالي غياب الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق بصفة تدريجية.

- **تقنية إعادة البناء المعرفي:** تمت معالجة الأفكار الأتوماتيكية للحالة والتي تتمثل في مساعدته على التركيز على الأفكار المقلقة ومعالجة الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية ومنطقية.

- **تقنية الحوار الداخلي:** ساعدت الحالة على التحكم أكثر في الأفكار الأتوماتيكية والحد منها وتغييرها، فأصبح يستعمل هذه التقنية بشكل دائم في المواقف المقلقة.

تقنية حل المشكلات: هذه التقنية سمحت للحالة بتنظيم أفكاره والتفكير بطريقة أكثر منطقية وعقلانية، وساعدته على التعامل مع المواقف المقلقة من خلال تخيلها على شكل مشاكل تستوجب حلولاً.

بالإضافة إلى ما سبق وجدنا فرقاً بين الدرجة الكلية المحصل عليها (م ب) في القياس القبلي بحيث تحصل على 48 درجة، وبين الدرجة المحصل عليها في القياس البعدي حيث تحصل على 30 درجة، مما يدل على انخفاض ملحوظ لدرجة القلق لديه.

كما وجدنا انخفاضاً في الدرجات التي تحصل عليها الحالة (م ب) في أبعاد مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج العلاجي والجدول التالي يوضح ذلك:

جول رقم (2): الدرجات المتحصل عليها الحالة (م ب) في أبعاد مقياس القلق قبل وبعد تطبيق البرنامج:

أبعاد المقياس	المقياس القبلي	المقياس البعدي
المظاهر الفسيولوجية	10	5
المظاهر الانفعالية	12	7
المظاهر العقلية	3	3
المظاهر الاجتماعية	9	7
المظاهر السلوكية	11	8
التوقعات السلبية	3	1
الدرجة الكلية	48	30

نلاحظ من خلال الجدول انخفاض الدرجات المتحصل عليها من طرف الحالة (م ب) في أبعاد مقياس القلق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي مما يشير إلى أن البرنامج كان له تأثير في تحسين كل من الجوانب الانفعالية والسلوكية والاجتماعية للطفل والتخفيف من توقعاته السيئة للأحداث، كما قلل من الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للاضطراب وساعد في تغيير الأفكار السلبية التي كانت تراوده.

المراجع:

- 1- المراجع العربية:
- 1- المعطوبي، س. م. (2010). دور ممارسة الالعاب في خفض القلق لذوي الاعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الاطفال المشلولين بالطائف
- 2- جمعية الطب النفسي الامريكية. (2004). المرجع السريع الى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والاحصائي المعدل الربع للامراض العقلية - 4. (تيسير حسون، المترجمون) دمشق.
- 3- طه عبد العظيم. (2007). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات. دار الوفاء.
- 4- مدحت عبد الحميد ابو زيد. (2003). علم نفس الطفل قلق الاطفال (المجلد 1). الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

- 5- أرون بيك. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. (عادل مصطفى، المترجمون) دار النهضة العربية.
- 6- السقا، ص. (2009). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.
- 7- العطية، ا.ع. (2001). فعالية برنامج علاجي معرفي في خفض درجات القلق الشائعة لدى عينة من الاطفال بدولة قطر. رسالة دكتوراه
- 8- عبد الستار ابراهيم. (1990). العلاج النفسي الحديث. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والاداب.
- 9- حامد أحمد الغامدي. (جانفي، 2010). مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف. مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية والنفسية، 2.
- 10- ميزاب ناصر (2009)، تقنية التحليل الوظيفي في العلاج المعرفي السلوكي إضطرابات السلوك الغذائي "البوليميا" نموذج. ملتقى مغاربي حول العلاج النفسي بين التكوين والممارسة.
- 2- المراجع الاجنبية:
- 11-Beauchamp ،J. (2009). Implantation et évaluation d'un traitement cognitivo-comportemental concernant le traitement de l'anxiété pathologique auprès d'adolescents.
- 12-connolly ،S. ،Simpson ،D. ،& Petty ،C. (2006). Anxiété Disorder. SHELSEAHOWSE.
- 13-Jeffrey A, C. , & Teten, A. L. (2008). a therapist's guide.
- 14-Junathan. D, H. , & William C ،S. Psychotherapy for generalized anxiété disorder.
- 15-Leblanc, R. , Dugas ،M. -J. , GadT, A. , & Turcotte, J. (2006). Le traitement conitivo-comportementale d'une patiente atteinte du trouble d'anxiété généralisées. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.
- 13-L'enfant anxieux Dépistage et soins. (2003). Paris: MASSON.
- 14-NHS. (2011). Generalised anxiété disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults.
- 15-Parent, L. T. (2012). Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents (Vol. 1). Québec: Press université de QuébecHaut du formulaire

فعالية أساليب العلاج السلوكي في تحسين مستوى الانتباه

وأثره على التحصيل الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ ولاية تلمسان 2013-2014

لحمري أمينة
جامعة تلمسان

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى اختبار مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي قائم على تقنية التشكيل والذي يضم جملة من التقنيات العلاجية السلوكية مثل التعزيز والنمذجة والعقاب في خفض من حدة اضطراب تشتت الانتباه وكذا البحث عن مدى تأثير هذا البرنامج على التحصيل الدراسي لهؤلاء التلاميذ. لهذا الغرض تم الاعتماد على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه من إعداد أ. فقيه في تشخيص الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ثم بناء برنامج علاجي سلوكي يهدف إلى تحسين الانتباه وزيادة التركيز. وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (30) تلميذا تم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة بعد تطبيق البرنامج لمدة سنة دراسية كاملة. وأسفرت النتائج عن إثبات فعالية البرنامج العلاجي السلوكي في خفض من حدة اضطراب تشتت الانتباه وكذا الرفع من مستوى التحصيل الدراسي لدى التلاميذ وختمت الدراسة بجملة من التوصيات والاقتراحات.

الكلمات المفتاحية:

العلاج السلوكي - اضطراب الانتباه - التحصيل الدراسي

مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة من المراحل العمرية المهمة، مما يفرض ضرورة الاهتمام بها من قبل كافة مؤسسات التنشئة الاجتماعية ابتداء من الأسرة النواة الأولى ووصولاً إلى المدرسة التي يفترض أن تقدم خدمات تربية وتعليمية للطفل، من هنا اكتسبت الطفولة اهتمام الباحثين

والدارسين الذين درسوا العادي منها والمرضي فلا شك أن أي اضطراب يصيب الطفولة سيؤثر لا محالة على باقي المراحل العمرية اللاحقة.

فهؤلاء الأطفال يظهرون في مرحلة ما من نموهم جملة من الاضطرابات تعرقل نموهم السوي وتضعف تحصيلهم الدراسي، ويعتبر الانتباه من العمليات العقلية الأساسية في عملية التعلم وبالتالي عاملاً أساسياً في التحصيل الدراسي، لكن بالمقابل هناك فئة من الأطفال تعاني من قصور على مستوى هذه القدرة حيث يتميز أداءهم بالضعف فيما يتعلق بالوظائف التي تتطلب تركيزاً عالياً وتكون مصحوبة بإفراط حركي كبير واندفاعية مستمرة مما يعني أنهم يحتاجون إلى معاملة خاصة.

تشكل هذه الأعراض اضطراباً قائماً بذاته يعرف باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي، هذا الاضطراب لم يتم تحديده تحديداً دقيقاً إلا في ثمانينيات هذا القرن منذ ذلك الحين اهتم الطب النفسي بدراسته مركزاً في ذلك على الأسباب العضوية والعلاج الكيماوي (السيد علي سيد أحمد 1999: الصفحة 9) أما في علم النفس فالاهتمام بهذا الاضطراب يعتبر موضوعاً جديداً نسبياً حتى في الدول المتقدمة مقارنة بفئة الإعاقات الأخرى، غير أن هذا لا ينفي الكم الهائل من الدراسات والبحوث التي درست هذا الاضطراب من بعض جوانبه بشيء من التفصيل مثل التعريف والأسباب والأعراض وكذا طرق التشخيص والعلاج والتكفل بمختلف أشكاله.

حالياً تستخدم المؤسسات البحثية الحديثة مصطلح اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد كعبارة عامة وتقسّم فيه الأفراد المصابين بهذا الاضطراب حسب جدول المعايير التصنيفية للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية DSM4 كما جاء في (تيسير حسون، 2004، ص33) و(مشيرة عبد الحميد، أحمد اليوسفي، 2005، ص20) كما يلي:

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

وسنكتفي في الدراسة الحالية بتسليط الضوء على النمط الأول - اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) بزيادة في ضعف الانتباه لهذا الغرض قمنا ببناء برنامج علاجي سلوكي قائم على تقنية التشكيل إضافة إلى مجموعة من التقنيات مثل التعزيز والنمذجة بهدف تحسين مستوى الانتباه والتركيز ثم البحث عن مدى فعالية هذا البرنامج في

تحسين مستوى الانتباه لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية وكذا التقصي حول ما إذا كان التحصيل الدراسي لهؤلاء التلاميذ يتأثر إيجاباً بهذا التحسن إن حدث.

والمتمصفح للأدبيات المتعلقة بهذا الاضطراب يجد العديد من الدراسات التي حاولت دراسة بعض جوانب هذا الاضطراب في محاولة للإحاطة بمختلف نواحيه من التعريف والأسباب والأعراض والتشخيص إلى طرق التكفل النفسي والعلاج للخفض ولم لا الحد من أعراض هذا الاضطراب حيث تعددت المداخل العلاجية لهذا الاضطراب باختلاف التوجهات العلمية وكذا باختلاف المدارس النفسية فنجد المنحى المعرفي والمنحى السلوكي والمنحى الطبي والمنحى الإرشادي والكثير غيرها.

ف نجد مثلاً دراسة (قزاقزة، 2005) التي تناولت فاعلية التدريب على المراقبة الذاتية في مستوى الانتباه لدى الأطفال الذين لديهم قصور فيه، حيث تكونت عينة الدراسة من (78) طالباً وطالبة من الصفوف الثالث والخامس والسابع أساسي في المدارس التابعة لوكالة الفوث الدولية في أريد، والذين يعانون من قصور الانتباه بناء على درجاتهم في مقياس ملاحظة السلوك الانتباهي. وتم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين: تجريبية تلقى أفرادها برنامج التدريب على المراقبة الذاتية لمدة (72) جلسة بواقع 16 جلسة كل أسبوع. ومجموعة ضابطة لم يطبق على أفرادها أي برنامج تدريبي. أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى الانتباه ولصالح المجموعة التجريبية ولم تثبت الدراسة وجود تأثير لمتغير الجنس في الاستجابة للبرنامج.

من ناحية أخرى، فإن بعض الباحثين سلكوا منحى آخر في علاجهم لاضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي حيث اتبعوا منهج دراسة الحالة منهم دراسة (عبد الستار إبراهيم وآخرين، 1993، ص: 173) على الطفلة عالية، التي تبلغ من العمر 6 سنوات، والتي تعاني من التشتت السريع في الانتباه والتبرم من بعض أنواع النشاط التي تتطلب انتباهها للتفاصيل الدقيقة، حيث أوضحت اختبارات الذكاء المطبقة عليها أنها تقع في الفئة العادية إلا أنها حصلت على درجات منخفضة في الاختبارات التي تتطلب انتباهها وتركيزاً دقيقاً على التفاصيل والتذكر القريب. بعد جمع البيانات عن الحالة طبقت عليها خطة علاجية سلوكية ركزت على ثلاثة جوانب:

1- الجو التدريسي: هدف إلى مساعدة عالية على تنظيم وقتها وذلك بوضع جدول لها بعد العودة من المدرسة يحدد وقتاً لإنهاء الواجبات المنزلية والدراسية ووقتاً للعب وبعض النشاطات المنزلية والدراسية. وفي كل مرة كانت تقابل بتقديم التشجيع الإيجابي للإنجاز وعند الاستجابة للتعليمات بدقة والانتهاء من النشاط أو العمل المحدد مع التجاهل التام للأشياء

السلبية. كما حرص الباحثون على خلو المكان من المشتتات البصرية والصوتية حتى ينحصر انتباه الطفل أثناء أداء المهمات مع العمد على تجزيء وتقسيم العمل الصعب إلى مجموعة من الأعمال البسيطة بحيث يتم مكافأتها بنجمة مثلا على أداء هذه الأعمال البسيطة.

2- زيادة التركيز للتفاصيل والانتباه إليها: في البداية تم تدريب الطفل على الاطلاع على الحروف الأبجدية وذلك بعرض قائمة من الكلمات التي تتكون من حرفين ومكافأة الطفل على أي حرف من قائمة الكلمات بعدها الانتقال إلى الكلمات التي تتألف من ثلاثة حروف مع تجاهل أي إجابة خاطئة وتعزيز الإجابات الصحيحة. ولزيادة الانتباه: قام بتطبيق بعض التمارين مثل وصف الصور، وصف التفاصيل من الذاكرة وذلك بعرض صورة ثم إخفائها لتذكر أكبر قدر من التفاصيل وتكافأ على كل تذكر إضافة إلى تمارين التصنيف حسب الأشكال والأحجام والألوان، بالإضافة إلى الانتباه إلى كلمات مسموعة.

3- زيادة قدرتها على تحمل الإحباط ومواجهة الصعوبات وبالتالي تدريبها على التأمل والتفكير قبل القفز إلى الإجابة.

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

كما قامت (سميرة البدرى: 2008) بدراسة حول استخدام التعزيز في تعديل اضطراب قصور الانتباه لدى المتخلفين عقليا تخلفا بسيطا وقد تكونت عينة البحث من ثمانية أطفال يمثلون المرحلة العمرية من (8- 12 سنة) من العام الدراسي 2007- 2008 وتم تقسيم أفراد العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة ودام تطبيق البرنامج ستة أسابيع بمعدل 10 جلسات أسبوعيا. أشارت نتائج البحث إلى فاعلية استخدام التعزيز في تعديل قصور الانتباه لدى المتخلفين عقليا لصالح المجموعة التجريبية وأسهم التعزيز إلى حد كبير في زيادة مدة الانتباه.

واستخدمت سهام السلاموني (2001) في دراستها بعض فنيات العلاج السلوكي المتمثلة في "الألعاب الرياضية الصغيرة والنمذجة" بهدف خفض النشاط الزائد وتشتت الانتباه لدى (35) تلميذا بالابتدائي وأظهرت النتائج فعالية الفنيات المستخدمة في خفض النشاط الزائد وتشتت الانتباه وارتفاع مستوى التحصيل الدراسي وأن أفضل المجموعات هي تلك التي طبقت عليها الألعاب الرياضية الصغيرة والنمذجة مقارنة بالمجموعات الأخرى.

ولدى اطلاعنا على جملة من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة الحالية ندرج جملة من الملاحظات وهي كالآتي:

- اعتماد معظم الدراسات في بناء البرامج العلاجية السلوكية على تقنية واحدة في علاج اضطراب تشتت الانتباه بينما الدراسة الحالية اعتمدت في بنائها للبرنامج العلاجي على مبدأ

التكامل الذي يجمع بين جملة من التقنيات والفنيات السلوكية مثل التعزيز والنمذجة ولعب الأدوار والعقاب والتي تندرج ضمن تقنية أساسية وهي التشكيل. وهو ما يضيف على البرنامج العلاجي جانباً من الليونة قصد ضمان أكبر فعالية في الأخير.

- اهتمام معظم الدراسات فقط بدراسة مدى فعالية البرامج العلاجية المطبقة على التلاميذ على اضطراب الانتباه وإهمالها لدراسة الجوانب الأخرى التي يمسه هذا التعديل مثل التحصيل الدراسي والصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية باعتبار أن هذه الجوانب تتأثر سلباً بالاضطراب مما يعني أنها تتأثر إيجاباً بعلاجه. ولهذا الغرض ارتأينا في الدراسة الحالية دراسة مدى تأثير التحصيل الدراسي للتلاميذ بالبرنامج العلاجي السلوكي الذي كان الهدف منه تحسين مستوى الانتباه والتركيز الذي يعتبر من العمليات العقلية الأساسية في التعلم وبالتالي التحصيل الدراسي.

ولهذا الغرض صغنا الأسئلة التالية:

- 1- ما مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي قائم على جملة من الفنيات مثل التشكيل، التعزيز، النمذجة في تحسين مستوى الانتباه لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية؟
- 2- هل يوجد تأثير إيجابي لبرنامج العلاج السلوكي على التحصيل الدراسي لهؤلاء التلاميذ؟

الفرضيات:

إجابة عن التساؤلات التي انطلق منها البحث واعتماداً على ما تم تناوله من أدبيات حول اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه وكذا الدراسات التي تناولت هذا الاضطراب علاجاً وتشخيصاً تمكنت الباحثة من صياغة الفرضيات التالية:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه.
- 2- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه.
- 3- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه.

- 4- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي قبل تطبيق البرنامج ودرجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج.
- 5- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي بعد تطبيق البرنامج.
- 6- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي ودرجات نفس المجموعة بعد عملية المتابعة على مقياس فرط النشاط.

أهمية الدراسة:

تكتسي الدراسة الحالية أهميتها من كونها:

- تبحث في اضطراب ينتشر بنسب عالية بين أوساط التلاميذ المتدرسين حيث يشير (العمامرة، 2007، صفحة 155) إلى أن بعض المختصين قدرُوا نسبة انتشار هذه المشكلة ما بين 10 إلى 50% من التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين 6- 8 سنوات وتقل هذه النسبة تدريجياً مع تقدمهم في العمر. في حين يشير (الزارع، 2007، ص18) إلى أن معدل انتشار هذا الاضطراب في الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتدني يصل إلى 20%.
- طبيعة الاضطراب والفئة التي يمسه حيث إنه اضطراب سلوكي ينتشر بصورة كبيرة في أوساط تلاميذ المرحلة الابتدائية ويؤثر على حياة الطفل المصاب به من نواح مختلفة ولعل أهمها التحصيل الدراسي لأنه يمس عملية معرفية أساسية في التعلم ألا وهي الانتباه كما أن أي اضطراب يمس هذه العملية العقلية يتسبب في العديد من صعوبات التعلم حيث إن 30 إلى 50% من الأطفال المصابين بالاضطراب يعانون من صعوبات مدرسية وأكاديمية مثل: صعوبات القراءة، صعوبات الحساب، مشاكل الذاكرة... الخ أو فشل مدرسي، فهم يوصفون بأنهم تلاميذ أقل كفاءة من المتوسط وأغلبهم يوجهون إلى تربية متخصصة (cause, 2006, p. 15)
- افتقار المدرسة والمكتبة الجزائرية إلى مثل هذه الدراسات، فلا يوجد في حدود علم الباحثة دراسات تطرقت إلى موضوع اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه خاصة أنه لم يلق الاهتمام من حيث التشخيص والعلاج عدا بعض الدراسات التي جمعت بينه وبين متغيرات أخرى.
- ما يلاحظ أيضاً في الجزائر هو دمج الطفل في المدارس العادية مع أقران عاديين من دون الأخذ بعين الاعتبار خصوصية الاضطراب وخصوصية التعامل معهم فلا توجد أقسام مكيفة خاصة بهؤلاء الأطفال ولا مدرسون متخصصون، بل أبعد من ذلك، لاحظنا من خلال دراستنا الاستطلاعية جهل المدرسين بالاضطراب ومن ثم استخدامهم طرقاً وأساليب خاطئة في التعامل معهم.

- لجوء أغلب الأولياء إلى العلاج بالأدوية والعقاقير لاعتقادهم أنه يعطي نتيجة في أقل مدة من دون طرح البدائل العلاجية الأخرى.

أهداف الدراسة:

- بناء برنامج علاجي سلوكي موجه إلى المعلمين وتدريبهم عليه لمساعدتهم على التعامل مع الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه.
- تطبيق أسلوب من أساليب العلاج النفسي هو: العلاج السلوكي والكشف عن أثره في تحسين مستوى الانتباه.
- الكشف عن أثر البرنامج العلاجي السلوكي الموجه إلى التلاميذ ذوي اضطراب قصور الانتباه على التحصيل الدراسي لتلاميذ المرحلة الابتدائية.

تحديد مفاهيم الدراسة:

- **تشتت الانتباه:** ونقصد به في الدراسة الحالية عدم قدرة التلميذ على التركيز في مهمة أو نشاط يتطلب حضوراً ذهنياً متواصلاً.

كما يعرف الطفل ذو النشاط الحركي الزائد بأنه الطفل الذي يحصل على أعلى الدرجات على مقياس فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه والاندفاعية من إعداد الدكتور فقيه العيد 2013.

- **البرنامج العلاجي السلوكي:** يعرف البرنامج السلوكي في الدراسة الحالية بأنه برنامج مبني على القواعد العلمية المستمدة من المدرسة السلوكية ويشتمل على (21 جلسة) سلوكية تتضمن أنشطة متعددة والتي تستهدف خفض النشاط الحركي وتحسين الانتباه والحد من الاندفاعية للأطفال من خلال فنيات متعددة مثل: التعزيز والنمذجة.

- **التحصيل الدراسي:** يعرف بالدرجة التي يحصل عليها المتعلم في اختبار مادة دراسية أو عدة مواد سبق وأن قام بدراستها في مرحلة من المراحل ويعرف إجرائياً في الدراسة الحالية بالمعدل الفصلي الذي يحصل عليه التلميذ في نهاية كل فصل دراسي نتيجة جمع نتائج نقاط كل المواد التي امتحن فيها وقسمتها على عدد المواد.

تعريف اضطراب قصور الانتباه:

يشير (السيد علي سيد أحمد، 1999) إلى أن الانتباه هو أحد أهم العمليات العقلية المهمة في النمو المعرفي للفرد يستطيع بواسطته انتقاء المنبهات الحسية المختلفة والتي بدورها تساعده

على اكتساب المهارات وتكوين العادات السلوكية الصحيحة، وينقسم الانتباه من حيث المصدر إلى: انتباه سمعي، انتباه بصري، انتباه شمعي، انتباه لمسي، انتباه تذوق.

كما يعرفه إيريكسون وياه (1985) كما جاء في (السيد علي سيد أحمد، ص15- 16) بأنه التركيز الواعي للشعور على منبه واحد فقط وتجاهل المنبهات الأخرى التي توجد معه ويعرف بالانتباه المركز أو الانتقائي، أو أنه توزيع الانتباه بين منبهين أو أكثر وهذا الأخير يطلق عليه الانتباه الموزع.

في حين يعرف اضطراب الانتباه في "الموسوعة الفلسفية: في (محمد علي كامل، 2003، ص 46) بأنه الاضطراب الذي يشمل كلا من الشكل التلقائي والإرادي للانتباه ويدور حول الضعف في القدرة على تركيز العمليات العقلية في الاتجاه المطلوب وعدم القدرة على التأثر بالأحداث وقصور في عدد الصور المتغيرة المنطبعة في الذهن وقصور الانتباه حيث يجد الطفل صعوبة في تركيز انتباهه ولو لمدة بسيطة فهو يميل إلى التهرب من المهمات التي تتطلب تركيزا متواصلًا ولا ينتبه إلى التفاصيل، يتشتت انتباهه بسرعة وبسهولة وفي كثير من الأحيان لا يبدو منصتا عند التحدث معه.

أعراض اضطراب الانتباه:

يتميز النمط الأول من أنماط اضطراب النشاط الزائد /قصور الانتباه بسيطرة تشتت الانتباه حسب ما جاء في (مشيرة عبد الحميد، 2005، ص20- 21- 22) وفقا للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية DSM 4 تظهر أعراضه بصفة مستمرة في آخر ستة أشهر قبل العلاج كما يلي:

- ❖ الفشل في الانتباه للتفاصيل
- ❖ صعوبة في الاستماع عندما يتحدث إليه أحد
- ❖ صعوبة في المتابعة من خلال التعليمات
- ❖ ضعف تنظيم المهام والأنشطة
- ❖ تجنب الجهود المدعمة وتجنب المهام التي تتطلب مجهودا عضليا وعقليا
- ❖ سهولة السرحان في الأنشطة اليومية
- ❖ النسيان (فقدان أشياء ضرورية للمهام والأنشطة اليومية مثلا اللعب والأقلام)
- ❖ سهولة الانجذاب إلى مثيرات خارجية بعيدا عن المهام التي يقوم بها، أي يسهل تشتت الفكر من خلال مثير خارجي.

❖ فترة الانتباه قصيرة.

وطبقا لمعايير الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية DSM 4 يجب أن يظهر لدى الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد/قصور الانتباه ستة أعراض فقط من تسعة أعراض مميزة لهذا النمط ويشترط أن يتكرر السلوك لمدة ستة أشهر قبل البدء بالعلاج وأن يكون أكثر تكرارا مما هو عليه عند الأطفال الآخرين الذين لا يعانون من هذا الاضطراب.

علاج اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي:

استخدمت العديد من الطرق لعلاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه ولعل أبرزها: العلاج الطبي، العلاج السلوكي والعلاج النفسي، والعلاج التربوي، العلاج الأسري وفيما يلي توضيح لهاته الأساليب العلاجية وكيف تساعد في علاج هذا الاضطراب.

(1) العلاج الطبي: تعتبر الأدوية المختصة بهذا الاضطراب عبارة عن محفزات للجهاز العصبي المركزي (المخ) حيث تستهدف تنشيط القشرة المخية للسيطرة على تكوينات ما تحت القشرة المخية وبالتالي تؤدي إلى خفض أعراض: "اضطراب الانتباه وفرط النشاط" حيث إن تكوينات ما تحت القشرة المخية من شأنها إذا نشطت بدرجة ما أن تؤدي إلى زيادة النشاط الحركي العشوائي واضطراب الانتباه. لكن هذا النوع من العلاج لا يخلو من الآثار الجانبية حيث أشارت الدراسات الطبية الحديثة إلى أن هذه العقاقير غير محببة لأن محفزات المخ غالبا ما تسبب إيقاف نمو الأطفال في الوزن والطول وبعض الأبحاث أثبتت رجوع الوزن والطول إلى وضعهما الطبيعي بمجرد إيقاف العلاج الدوائي، من ناحية أخرى فإن تعود الطفل وإدمانه على هذه العقاقير يؤدي إلى عدة مشاكل (كامل، 2003، ص61- 62) يعتبر الريتالين والسايليرت والدكسترين أكثر العقاقير استخداما لمعالجة هذا الاضطراب فهذه العقاقير أكثر فاعلية من غيرها إلا أن طريقة عملها غير واضحة، حيث يعتقد أنها تزيد من قدرة الطفل على الانتباه وتضعف السلوكيات العشوائية وهي لا تعتبر من المهدئات لهذا فهي لا تحد من الأداء المعرفي للطفل وإنما هي مجرد مساعد على التعلم لأنها تخفض مستوى السلوك غير المقبول لديه غير أن هذا لا ينفي أنها كغيرها من العقاقير قد تتطوي على آثار جانبية (الخطيب، 2003، ص197- 198)

(2) العلاج السلوكي: يعتبر من أكثر الأساليب نجاعة وفعالية في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه يستند أساسا على نظرية التعلم تحتزل العملية العلاجية بتحديد السلوكيات غير المرغوبة والعمل على تبديلها بسلوكيات مرغوبة يدرب الطفل عليها من خلال مواقف تعليمية. ويعتبر التعزيز من الأساليب السلوكية الفعالة والذي يقوم على أساس مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يتدرب عليه وقد أقيمت العديد من الدراسات في

هذا الصدد كان الهدف منها هو اختبار مدى فعالية الأسلوب السلوكي في علاج هذا الاضطراب منها دراسة كيندال وزملائه (1985) حيث هدفت إلى خفض مستوى الاندفاعية لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وقد بينت نتائج الدراسة أن استخدام فنيات العلاج السلوكي أدى إلى خفض مستوى الاندفاعية لديهم ونمى لديهم القدرة على التحكم في سلوكياتهم غير المرغوبة (السيد علي سيد أحمد 1999، ص76- 87).

3)العلاج التربوي: يرافق اضطراب ضعف الانتباه صعوبات التعلم التي تكون إما سببا أو نتيجة لهذا الاضطراب فإذا كان الطفل ذو النشاط الحركي المفرط يعاني من صعوبات التعلم فإنه يحتاج إلى خطة تعليمية خاصة بحيث يشترط أن تكون حجرة الدراسة مجهزة بطريقة خاصة، بعيدة عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التي تشتت الانتباه تتوفر بها الإضاءة والتهوية المناسبة، وملاءمة الكرسي، ومراعاة أن تكون الحجرة خالية من الصور والأدوات التي تشتت انتباه الطفل. أما إذا كان الطفل لا يعاني من صعوبات التعلم فيكفي المعلم أن يستخدم بعض الاستراتيجيات التربوية التي تعتمد على جذب انتباه الطفل وخلق مواقف تعليمية تتسم بالإثارة والتشويق قصد السيطرة على سلوكيات الطفل غير المرغوبة، وتجنب النقد للتلميذ الذي يسبب العناد والسلوك العدواني. هذه العوامل تجعل التحصيل الدراسي لهؤلاء الأطفال يرتفع، وعن الدراسات التي أقيمت في هذا الصدد نجد دراسة جون وزملائه (1995) التي كان هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين المعلم والأقران بالطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه وأثره على سلوكه المشكل في قاعة الدراسة وقد أثبتت النتائج أن التفاعل السلبي بينهم يؤدي إلى زيادة المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين باضطراب الانتباه بينما كان التفاعل الإيجابي بينهم يقلل من عدد وحدات السلوكات المشكلة لديهم (السيد علي سيد أحمد، 1999، ص88- 89).

4)العلاج الأسري يرى (erkly p1981) كما جاء في (السيد علي سيد احمد، 1999) بأن الهدف الأساسي لهذا العلاج هو تعديل البيئة المنزلية للطفل المصاب بهذا الاضطراب لكي تصبح ملائمة لهذا النوع من العلاج كما يهدف أيضا إلى تدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل لدى طفلهم في بيئته الطبيعية بالمنزل.

أما وونج (1999) في (مشيرة عبد الحميد، 2005، ص127) فقد صنف أنواع العلاجات الخاصة بالأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه إلى أربعة أنواع هي: العلاج الطبي تعديل السلوك، تعديل السلوك المعرفي وتدريب الوالدين.

إجراءات الدراسة:

تناولت هذه الدراسة إشكالية اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بقصور الانتباه التي تنتشر بصفة واسعة بين تلاميذ الطور الابتدائي والتي أخذت جانبا كبيرا من اهتمام الباحثين التربويين والنفسيين وحتى الأطباء نظرا إلى أهمية مرحلة الطفولة وكذا لبالح الأثر السلبي الذي يخلفه الاضطراب على هؤلاء الأطفال وعلى مستقبلهم الدراسي والنفسي.

ولهذا جاءت هذه الدراسة لتغطي جانبا من هذه المشكلة ألا وهي العلاج السلوكي لهذا الاضطراب وذلك ببناء برنامج علاجي سلوكي قائم على جملة من التقنيات أهمها التشكيل والتعزيز والنمذجة في محاولة للرفع من مستوى الانتباه والتركيز لهؤلاء الأطفال.

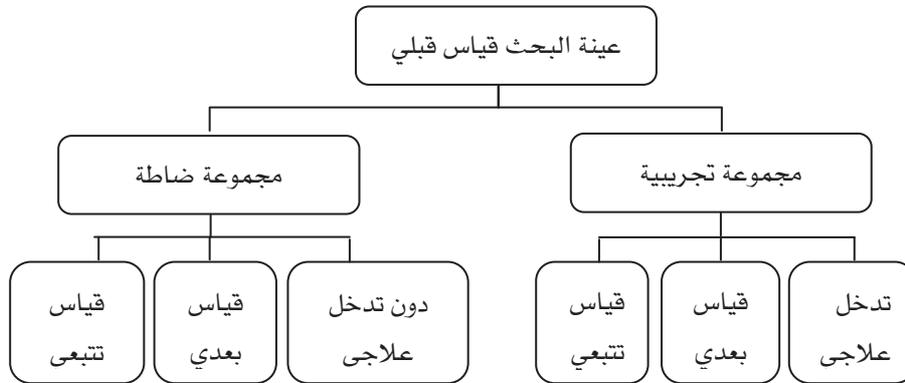
1) منهج الدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي باعتبارها دراسة تجريبية تهدف إلى التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي في علاج اضطراب ضعف الانتباه لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وتأثيره على تحصيلهم الدراسي.

2) عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (30) تلميذا يزاولون دراستهم في مدارس عادية بمدينة تلمسان تتراوح أعمارهم ما بين 6 - 7 سنوات مشخصين على أنهم يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وتششت الانتباه والاندفاعية. وقد تم اختيار أفراد العينة الذين حققوا أعلى الدرجات على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية والذين تم ترشيحهم من قبل المعلمين على أنهم يظهرون مثل هذه السلوكيات.

1- مجموعة تجريبية: تضم (15) تلميذا طبق عليهم برنامج العلاج السلوكي.

2- مجموعة ضابطة: تضم (15) تلميذا لم يطبق عليهم برنامج العلاج السلوكي.

يوضح المخطط التالي التصميم التجريبي للدراسة:



(3) ادوات الدراسة:

- مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه من إعداد أ. د فقيه (2013): يعتبر "مقياس النشاط الحركي الزائد وتششت الانتباه والعدوانية عند الأطفال" أداة مفيدة للشخيص، وتوفر كثيرا من الوقت والجهد، حيث يتضمن هذا المقياس مجموعة من البنود توضح بدقة النشاط الحركي وحالة الانتباه ومستوى العدوانية عند الطفل ويشتمل المقياس على 29 بندا تتوزع على النحو التالي:

-من البند الأول إلى غاية البند رقم 09: تعبر عن تششت الانتباه.

-من البند رقم 10 إلى غاية البند رقم 18: تعبر عن النشاط الحركي الزائد.

-من البند رقم 19 إلى غاية البند رقم 28: تعبر عن السلوك العدواني.

لدراسة صدق المقياس لقد اتبعنا طريقة صدق المحكمين لتقرير صدق المضمون، لقد قام بدراسة بنود المقياس 5 أساتذة من قسم علم النفس إذ طلب من هؤلاء إبداء رأيهم حول مدى ملائمة كل بند على حدة في قياس الأبعاد العيادية الثلاثة وذلك بإعطاء قيمة تتراوح من 0 إلى 10 ومن خلال النسب المئوية لاتفاق المحكمين على مدى صلاحية العبارة وصدقها فيما تقيسه وجدنا أن كل العبارات تفوق 90 %.

للتعرف على ثبات المقياس استخدمت طريقة إعادة التطبيق فكانت النتيجة أن معامل الثبات للمقياس قدر بـ 0.82 وهي مرتفعة ومقبولة سيكومتريا بحيث يمكن الاعتماد على هذا المقياس كأداة للدراسة بدرجة عالية من الثقة.

- البرنامج العلاجي السلوكي من إعداد الباحثة: يهدف هذا البرنامج إلى خفض من حدة أعراض اضطراب تششت الانتباه وذلك باعتماده على بعض فنيات العلاج السلوكي اعتمدنا فيه أساسا على تقنية التشكيل وهو تعزيز الاستجابات التي تقترب تدريجيا من السلوك النهائي المراد الوصول إليه. والاقتراب خطوة خطوة من السلوك المطلوب.

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

يحتوي البرنامج على 21 جلسة فردية لأنها طبقت على كل حالة تعاني من الاضطراب لوحدها بعض الجلسات استدعت تدخل أطفال عاديين كنماذج يقتدي بها والبعض الآخر في جلسات لعب الأدوار.

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

مدة كل جلسة 60 دقيقة تتخللها فترات استراحة كلما استدعى الأمر ذلك.

اعتمدت الباحثة على بعض الألعاب والأدوات المناسبة للنشاطات المبرمجة أثناء الجلسات مثل: المجسمات، الصور، الأدوات المدرسية، القصة.

الهدف من الجلسات: خصص لكل جلسة هدف وفي بعض الجلسات كان يستمر تحقيق الهدف الواحد أكثر من جلسة وهي تتلخص كالاتي:

الجلسة الأولى: التعارف والتمهيد لجلسات البرنامج.

الجلسة الثانية: تعريف الطفل باضطراب تشتت الانتباه.

الجلسة الثالثة: تدريب الطفل على الجلوس بهدوء لمدة زمنية محددة.

الجلسة الرابعة: زيادة مدة الجلوس على المقعد بهدوء تدريجيا.

الجلسة الخامسة: تدريب الطفل على أن يستجيب بالنظر إلي عندما أناديه أو أذكر اسمه.

الجلسة السادسة: تدريب الطفل على الاستمرار في الجلوس بهدوء في مقعده والاستجابة للنداء باسمه بالنظر إلي والبحث في نفس الوقت لأطول مدة ممكنة.

الجلسة السابعة: تدريب الطفل على اتباع التعليمات واحترام قوانين اللعب مع الجماعة.

الجلستان الثامنة والتاسعة: تدريب الطفل على انتظار الدور.

الجلسة العاشرة: تدريبات الانتباه للمثيرات السمعية.

الجلسة 13 و14: تدريبات الانتباه للمثيرات البصرية.

الجلستان 15 و16: تدريبات الانتباه للمثيرات الحسية.

الجلسة 17 والجلسة 18: التدريب على الأنشطة التي تتطلب حضورا ذهنيا متواصلا والتدريب على المثابرة وإتمام المهام.

الجلستان 19 و20: تدريب الطفل على الانتباه إلى التفاصيل.

الجلسة 21: تقييم جلسات البرنامج وشكر التلاميذ على التعاون.

- الأدوات التي استعملت كمعززات

- المعدلات الفصلية للتلاميذ في الفصلين الأول والثالث لقياس التحصيل الدراسي: وقد تم الاستعانة بسجلات التلاميذ السنوية للحصول على المعدلات الفصلية للتلاميذ والتي هي محصلة جمع نقاط جميع المواد المقررة في المقرر الدراسي وقسمتها على العدد الكلي للمواد.

(4) المعالجة الإحصائية:

- استعمال اختبارات لدراسة الفروق بين المتوسطات لحساب التجانس بين العينات ثم الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة. وذلك بالاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية والاجتماعية SPSS

عرض النتائج:

الفرض الأول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه. ويوضح الجدول رقم (1) نتائجه

القياس	المتوسطات	الانحراف المعياري	عدد الافراد	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الاحصائية
قبلي	18,53	5,06	15	14	5,351	دالة عند 0,05
بعدي	15,53	4,91	15			

الجدول رقم (1) يوضح قيمة ت لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي.

يتضح من خلال الجدول رقم (1) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على بعد تشتت الانتباه في القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغت قيمة ت المحسوبة 5,351 وهي أكبر من ت الجدولة 2,145 عند مستوى دلالة معنوية 0,05 ودرجة حرية 14 مما يعني وجود فروق ذات دلالة وذلك لصالح الاختبار البعدي.

الفرض الثاني: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط وقصور الانتباه.

القياس	المتوسطات	الانحراف المعياري	عدد الافراد	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الاحصائية
قبلي	16,66	4,18	15	14	1,146	غير دالة عند 0,05
بعدي	16,86	4,03	15			

الجدول رقم (2) يوضح قيمة ت لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس البعدي.

يتضح من خلال الجدول رقم (2) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على بعد تشتت الانتباه في القياس القبلي والقياس البعدي، حيث بلغت قيمة ت المحسوبة 1,146 وهي أصغر من ت الجدولة 2,145 عند مستوى دلالة معنوية 0,05 ودرجة حرية 14 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة.

الفرض الثالث: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه.

المجموعة	المتوسطات	الانحراف المعياري	عدد الافراد	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الاحصائية
الضابطة	16,86	4,03	15	28	0,813	دالة عند 0,05
التجريبية	15,53	4,91	15			

الجدول رقم (3): يوضح قيمة ت لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه.

يتضح من خلال الجدول رقم (3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي حيث بلغت قيمة ت المحسوبة 0,813

وهي أصغر من ت الجدولية 2,048 عند مستوى دلالة معنوية 0,05 ودرجة حرية 28 مما يعني وجود فروق ذات دلالة.

الفرض الرابع: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي قبل تطبيق البرنامج ودرجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج.

القياس	المتوسطات	الانحراف المعياري	عدد الافراد	درجة الحرية	ت المحسوبة	الدالة
قبلي	4,61	1,02	15	14	5,164	دالة عند 0,05
بعدي	5,56	0,9	15			

الجدول رقم (4): يوضح قيمة ت لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج.

يتضح من خلال الجدول رقم (4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي بين الفصل الدراسي الأول (قبل تطبيق البرنامج العلاجي) والفصل الدراسي الثالث (بعد تطبيق البرنامج العلاجي) حيث بلغت قيمة ت المحسوبة 5,164 وهي أصغر من ت الجدولية 2,145 عند مستوى دلالة معنوية 0,05 ودرجة حرية مما يعني وجود فروق ذات دلالة.

الفرض الخامس: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي بعد تطبيق البرنامج.

المجموعة	المتوسطات	الانحراف المعياري	عدد الافراد	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	الدالة
الضابطة	5,54	0,9	15	28	2,53	دالة عند 0,05
التجريبية	4,41	1,45	15			

الجدول رقم (5): يوضح قيمة ت لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.

يتضح من خلال الجدول رقم (5) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي بين الفصل الدراسي الأول

بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث بلغت قيمة t المحسوبة 2,53 وهي أصغر من t الجدولية 2,048 عند مستوى دلالة معنوية 0,05 ودرجة حرية 28 مما يعني وجود فروق ذات دلالة.

الفرض السادس: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي ودرجات نفس المجموعة بعد عملية المتابعة على مقياس فرط النشاط.

القياس	المتوسطات	الانحراف المعياري	عدد الافراد	درجة الحرية	ت المحسوبة	الدلالة الاحصائية
البعدي	15,53	4,91	15	28	0,269	غير دالة عند 0,05
التبقي	15,46	4,45	15			

الجدول رقم (6): يوضح قيمة t لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس التبقي.

يتضح من خلال الجدول رقم (6) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياس التبقي حيث بلغت قيمة t المحسوبة 0,269 وهي أصغر من t الجدولية 2,048 عند مستوى دلالة معنوية 0,05 ودرجة حرية 28 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة.

مناقشة النتائج:

هدفت الدراسة الحالية الى اختبار مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي في خفض من حدة اضطراب ضعف الانتباه وكذا بحث مدى تأثيره على التحصيل الدراسي لهؤلاء الأطفال لهذا الغرض اعتمدت الباحثة على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه إعداد أ. د فقيه لتشخيص الأطفال وبالتالي اختيار العينة وكذا بناء برنامج علاجي سلوكي قائم على تقنية التشكيل والذي يضم جملة من الفنيات السلوكية أهمها التعزيز والنمذجة والعقاب وبعد سنة دراسية كاملة من التطبيق أقيمت القياسات البعدية وبالاعتماد على الأساليب الإحصائية المناسبة تم الخروج بجملة من النتائج والتي سنلخص مناقشتها كما يلي:

مناقشة نتائج الفرضية الأولى والثانية والثالثة والسادسة والتي تنص على وجود تأثير دال لبرنامج العلاج السلوكي على انتباه التلاميذ حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي بصيغة أخرى، سجل تأثير إيجابي للبرنامج العلاجي السلوكي في تحسين مستوى

الانتباه لدى التلاميذ وهذه النتائج تتوافق مع نتائج دراسة كل من (قزاقرة ا، 2005) وكذا دراسة (سميرة البدرى، 2008) ودراسة (سهام السلاموني، 2001) ويمكن تفسير التحسن الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية بنجاحة محتوى البرنامج العلاجي السلوكي المطبق على التلاميذ في تحقيق الأهداف المرجوة منه وهي خفض التشتت وتحسين الانتباه وزيادة التركيز وما يدعم تفسيرنا هو عدم وجود أي تحسن في مستوى انتباه أفراد العينة الضابطة التي أظهرت النتائج عدم وجود أي فروق ذات دلالة بين القياسين القبلي والبعدي على عكس المجموعة التجريبية، هذا ما يفسر الاختلاف الراجع إلى تطبيق البرنامج العلاجي. كما يمكن تفسير ذلك بفعالية مختلف التقنيات السلوكية التي تم اختيارها بدقة لتتناسب مع طبيعة الاضطراب مثل التعزيز والنمذجة والعقاب.

من ناحية أخرى تبقى فعالية أي برنامج علاجي محدودة بالمدة التي طبق فيها فكلما كانت مدة العلاج أطول تترسخ السلوكيات المرغوبة وتنطفئ السلوكيات غير المرغوبة وفي الدراسة الحالية تحرينا عامل المدة حيث طبق البرنامج العلاجي طيلة السنة الدراسية وهو عامل آخر نفسره به فعالية البرنامج في تحسين الانتباه وخفض التشتت كما تشير النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التبعي مما يعني استمرار التحسن وثباته حتى بعد التوقف عن تطبيقه وهذا يعكس فعاليته في ترسيخ السلوكيات التي وضع لأجلها.

مناقشة نتائج الفرض الثاني:

وندرج فيها نتائج كل من الفرضين الرابع والخامس والتي تنص على وجود تأثير دال لبرنامج العلاج السلوكي على تحصيل التلاميذ الدراسي حيث خلصت نتائج التحليل الإحصائي بوجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي وكذا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تحصيل أفراد المجموعة التجريبية وتحصيل أفراد المجموعة الضابطة (تم قياسه بالمعدلات الفصلية للتلاميذ وتم حساب الفروق بمقارنة نتائج الفصل الأول الذي تزامن مع بداية تطبيق البرنامج العلاجي والفصل الثالث والذي تزامن مع نهاية تطبيق البرنامج العلاجي أي القياس البعدي) في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية مما يعني تأثر تحصيل أفراد المجموعة التجريبية بالبرنامج العلاجي السلوكي على عكس المجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها البرنامج وتتوافق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (سهام السلاموني، 2001) ويمكن تفسير التحسن الذي طرأ على تحصيل أفراد العينة التجريبية بتحسين مستوى الانتباه وزيادة مدة التركيز اللذين يعتبران شرطين أساسيين في عملية التعلم وبالتالي ضمان أكبر قدر من التحصيل الدراسي ولهذا يلاحظ لدى التلاميذ

الذين يعانون من اضطرابات الانتباه صعوبات تعلم عديدة وفشل مدرسي بسبب عدم استيعاب الدروس وصعوبة تخزين المعلومات ولهذا كان من ضمن أهداف البرنامج العلاجي السلوكي الذي بني لهذا الغرض تنمية مهارات الانتباه السمعية والبصرية والإدراك.

خاتمة:

نستخلص من هذه الدراسة أن للعلاج السلوكي تأثيراً إيجابياً وفعالاً في علاج اضطراب تشتت الانتباه وهو ما أظهرته نتائج القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية من انخفاض أعراض التشتت وزيادة مدة التركيز والانتباه كذلك من إيجابياته أنه ساهم في الرفع من مستوى التحصيل الدراسي لهؤلاء التلاميذ ولهذا ارتأت الباحثة صياغة جملة من التوصيات والاقتراحات تعتبر خلاصة لهذه الدراسة وهي كالآتي:

-التشخيص المبكر للأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه وكذا التدخل المبكر لرعايتهم قصد حمايتهم من الآثار السلبية للاضطراب مثل الفشل المدرسي،

-تدريب المدرسين على التقنيات العلاجية السلوكية لتطبيقها على شكل برامج ترافق التلاميذ طوال السنة الدراسية،

-ضرورة إعادة النظر في برامج إعداد المعلمين والمربين وذلك بتضمينها برامج تعنى بالاضطرابات السلوكية التي تصيب الطفولة بما فيها اضطراب تشتت الانتباه وسبل التعامل معه.

المراجع:

- 1- احمد اليوسفي ومشيرة عبد الحميد، (2005)، النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال وبرامج الخفض، المكتب الجامعي الحديث.
- 2- السيد علي سيد احمد، فائقة محمد بدر، (1999)، اضطراب الانتباه لدى الاطفال اسبابه وتشخيصه وعلاجه (الاصدار1)، القاهرة: دار النهضة المصرية.
- 3- احمد محمد يونس قزاقزة، (2005)، فاعلية التدريب على المراقبة الذاتية في تحسين مستوى الانتباه لدى أطفال لديهم قصور فيه، جامعة الدراسات العليا.
- 4- الخطيب جمال، (2003)، تعديل سلوك الاطفال المعوقين.
- 5- العيد فقيه وآخرون، (2013)، ترجمة وتكييف وتصميم اختبارات الصحة النفسية، جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان - مخبر أنثروبولوجيا الأديان ومقارنتها.

- 6- تيسير حسون، (2004)، المرجع السريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل الرابع للأمراض العقلية، دمشق.
- 7- جميلة رحيم الوائلي وسميرة البدري، (2008)، استخدام التعزيز في تعديل قصور الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا تخلفا بسيطاً.
- 8- عبد الستار إبراهيم وآخرون، (1993)، العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته.
- 9- محمد حسن العمارة، (2007)، المشكلات الصفية، السلوكية، التعليمية، الأكاديمية، الأكاديمية، الأردن: دار الميسرة.
- 10- محمد علي كامل، (2003)، الأخصائي النفسي والمدرسي واضطراب الانتباه، الإسكندرية: الإسكندرية للكتاب.
- 11- نايف عابد الزارع، (2007)، اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد: دليل عملي للأباء والمختصين (الاصدار 1)، دار الفكر.

-11 cause, c. (2006). vivre avec un enfant hyperactive "comprendre la maladie et acquérir les bon réflexes. Alpen.