

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 تربوية وتعليمية للطفل، من هنا اكتسبت الطفولة اهتمام الباحثين

والدارسين الذين درسوا العادي منها والمرضى 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 وتقسم 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، ص 20) 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.

والمتصفح للأدبيات المتعلقة بهذا الاضطراب يجد العديد من الدراسات التي حاولت دراسة بعض جوانب هذا الاضطراب في محاولة للإحاطة بمختلف نواحيه من التعريف والأسباب والأعراض والتشخيص إلى طرق التكفل النفسي والعلاج للخفض 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.

فوجد 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) طالبا وطالبة من الصفوف الثالث والخامس والسابع أساسي في المدارس التابعة لوكالة الغوث الدولية في أربيد، 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 التششت 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 الطفلة على الاطلاع على الحروف الأبجدية وذلك بعرض قائمة من الكلمات التي تتكون من حرفين ومكافأة الطفلة 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 لتتذكر 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 الطفلة 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 تدرج ضمن تقنية أساسية وهي التشكيل. وهو ما يضيف على البرنامج العلاجي جانبا 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 سلبا بالاضطراب مما يعني أنها تتأثر إيجابا 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 الاسئلة 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 واعتمادا على ما تم تناوله من أدبيات حول اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه وكذا الدراسات التي تناولت هذا الاضطراب علاجا وتشخيصا 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 (العميرة، 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 يمسيها 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 يمسي عملية معرفية أساسية في التعلم ألا وهي الانتباه كما أن أي اضطراب يمسي 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 وخاصة 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:

- **تششت 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 وتششت 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 تذوقى.

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 عقليا وعقليا
- ❖ سهولة السرحان في الأنشطة اليومية
- ❖ النسيان (فقدان أشياء ضرورية للمهام والأنشطة اليومية مثلا اللعب والأقلام)
- ❖ سهولة الانجذاب إلى مشيرات 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، ص 61- 62) يعتبر الريتالين والسايلرت 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، ص 197- 198)

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

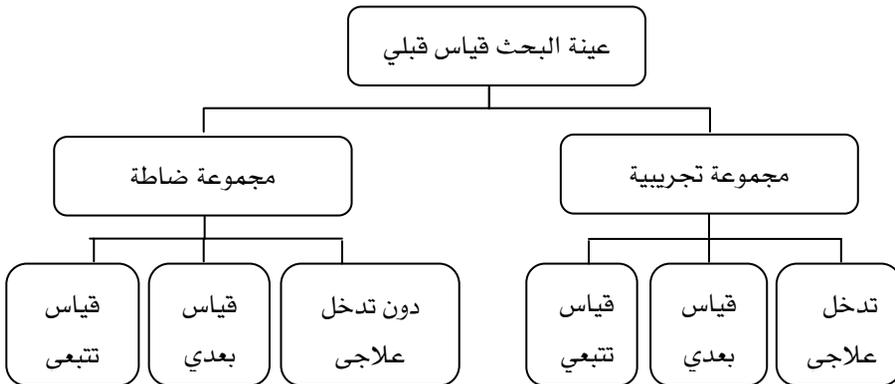
(1) منهج الدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي باعتبارها دراسة تجريبية تهدف إلى التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي في علاج اضطراب ضعف الانتباه لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وتأثيره على تحصيلهم الدراسي.

(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 وتشدت 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 كالآتي:

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 تدريجياً.

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 حضوراً ذهنياً متواصلًا 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 كعمزازات

- 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 الاحصائية 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	الدالة 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	الدالة 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 إحصائياً 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	الدلالة
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 إحصائياً 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	الدلالة
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 ت المحسوبة 2,53 وهي أصغر من ت 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
التبعي	15,46	4,45	15			

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

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 التبعي حيث بلغت قيمة ت المحسوبة 0,269 وهي أصغر من ت 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 (قزاقزة 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 لتناسب 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 وتتطفئ السلوكيات غير المرغوبة وفي الدراسة الحالية تحريضا 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 تأثير 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 بتحسّن 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 ومشيخة 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 (الاصدار 1)، 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 البدرى، (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 العمایرة، (2007)، المشكلات الصفیة، السلوكیة، التعلیمیة، الأكادیمیة، الأكادیمیة، الأردن: دار المیسرة.
- 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.
- 11cause ، c. (2006). vivre avec un enfant hyperactive "comprendre la maladie et acquérir les bon réflexes. Alpen.