الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية

République algérienne démocratique et populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

جامعة باتنة ـ 01 ـ

كلية العلوم الانسانية والإجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

Université –BATNA 01-

Faculte des Sciences Humaines et Sociales

Département de psychologie de sciences de L'éducation et d' orthophonie

موضوع الاطروحة :

رقم التسجيل :.....

فاعلية برنامج تدريبي تعليمي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس

ـ دراسـة شبه تجريبية ـ

أطروحة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث(LMD)تخصص علم النفس المدرسي

إعداد الطالبة :

سعـادنة سكينـة

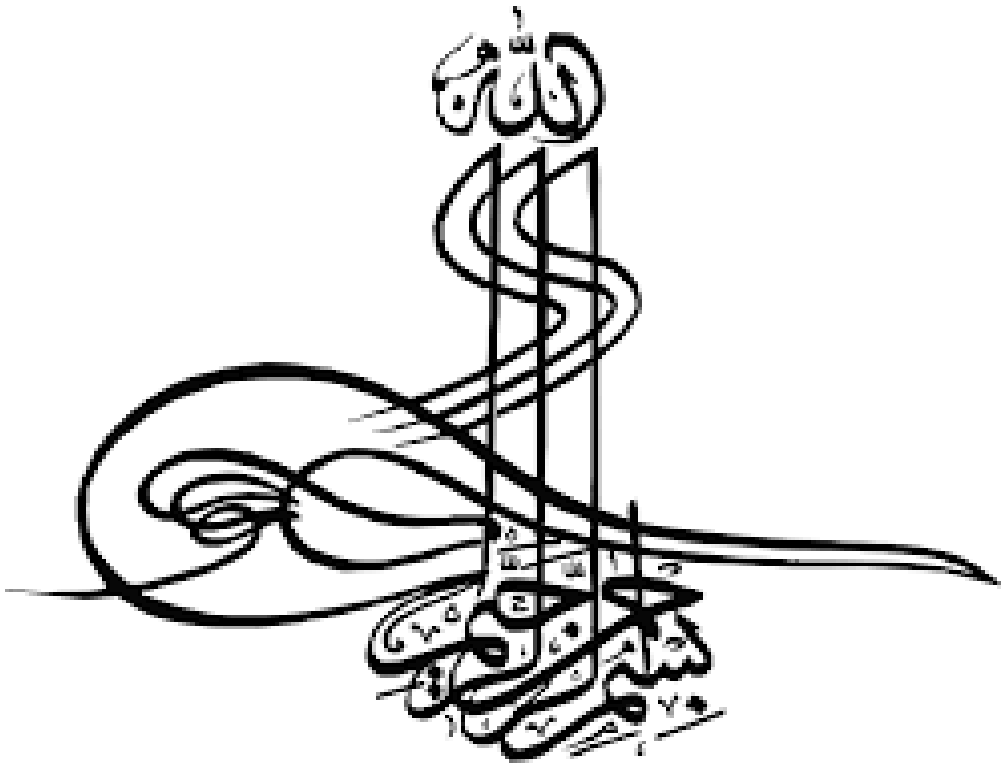
تحت إشـــراف :

أ . د / يـوسفـي حـدة

لجنـــة المناقشـــة

اســم الأستـــاذ	الدرجة العلمية	الجامعـة الأصلية	الصفة
أ.د بن فليس خديجة	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة 01	رئيسا
أ.د يوسفي حدة	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة 01	مشرفا ومقررا
أ.د دبر راسو فاطمة	أستاذ التعليم العالي	جامعة بسكرة	عضوا مناقشا
أ.د فاطمة مقدم	أستاذ التعليم العالي	جامعة سطيف 02	عضوا مناقشا
د. بلخيري وفاء	أستاذ محاضر	جامعة باتنة 01	عضوا مناقشا

السنة الجامعية : 2020 / 2021



شكـــــر وتقديـــــر

الشكر لله الكريم أولا ودائما على أن منحني القوة والتوفيق والسداد لتخرج هذه الدراسة المتواضعة إلى النور فالحمدلله حمدا كثيرا طيبا مباركا

ولا يمكنني أيضا إلا أن اتوجه بجميل الشكروالإمتنان والعرفان بالفضل إلى :

البروفيسور/ بن فليس خديجة التي فتحت لنا مجال المشاركة في مسابقة الدكتورة وكان لي نصيب النجاح.

البروفيسور / يوسفي حدة المشرفة على الأطروحة على دعمها وصبرها ومساندتها ونصائحها الدائمة.

الأستاذ الدكتور / ختاش محمد على العون والمساعدة المميزة والجادة التي ساهمت كثيرا في توجيهي .

الأستاذ الدكتور: كريم عبد الرحمن القوني معرب مقياس كونرز الذي زودني به كهدية فكانت الأساس كل الامتنان له

الاساتذة الأفاضل والمحكمين : الأستاذ محمود درويش عرفة ، الاستاذ عبد الرحمان محمد خليل

الأستاذ محمد رامي رشاد ، الاستاذ عبد الجواد صلاح عبد الرحمان ، الأخصائية النفسانية الرئيسة شرفي فريدة الأستاذة بن لمبارك سمية ، والأستاذة هلايلي ياسمينة ، اخصائية التغذية عيساني كلثوم ، سمية بن عائشة على ملاحظاتهم القيمة موفور الشكر وخالص الامتنان

كما أتقدم بالشكر الجزيل للأساتذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بمناقسة الدراسة

ولا انسى في هذا المقام أولياء امور افراد عينة الدراسة ومدراء المدارس والمعلمين على كل التسهيلات

أساتذة الأرطوفونيا : زغيش وردة، بلخيري وفاء ، عطال يمينة ، عورة لينة ، عواج صونيا ، عماد حسني

أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا بجامعة باتنة 1

إلى الصديقات ا بومعزة كريمة ، مخلوفي أمل

إلى كل من ساندني ولو بكلمة طيبة بها خاطري

اهـــــــــــداء

إلى روح والدي الطاهرة .....

إلى روح أخي الطاهرة .....

رحمهما الله الكريم برحمته الواسعة وطيب ثراهما

إلى من تقوت بدعائها ووفقت ببركاتها ...والدتي حفظها الله وشفاها

إلى امي الثانية حليمة التي كانت السند لي و لم تبخل علي بدعائها

إلى زوجي وسندي في الحياة

إلى كل أخوتي واخواتي وخالاتي وافراد العائلة

إلى جواهر العائلة ..

مريم ، ريتاج ، شيماء الاء ، احمد ، تقوى ، امين

بدرو ، يوسف، يسين ، يونس

حسناء ، اكرام

الى كل زملائي وزميلاتي بمصلحة امراض الانف والاذن والحنجرة

إلى كل الاصدقاء والصديقات

اليكم جميعا اهدي هذا الجهد

ـ ملخص الدراسة :

يتمثل موضوع هذه الدراسة في بحث فاعلية برنامج تدريبي تعليمي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس ، وقد انطلقت الدراسة من مجموعة من اهداف وهي :

ـ بناء برنامج تدريبي تعليمي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي والتخفيف من حدته لذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدراس .

ـ اختبار البرنامج والتحقق تجريبيا من فعاليته في علاج صعوبات الانتباه وحدة فرط النشاط الحركي و تعديل السلوك الإندفاعي ، والتعرف على مدى نجاعة الأنشطة التدريبية وفعاليتها على تنمية القدرات المعرفية والمهارات الأكاديمية والتحصيلية لأفراد المجموعة التجريبية .

ولإختبار البرنامج المقترح أعتمدت الدراسة المنهج التجربي ذو التصميم الشبه التجريبي ، لعينتين مرتبطتين اخضعت لقياس قبلي وبعدي وتتبعي ، واجريت الدراسة على عينة تكونت من (10) اطفال (06) ذكور و (04) اناث ، و لتحقيق اهداف الدراسة استخدمت الباحثة مجموعة من الادوات تتمثل في :

ـ مقياس التقدير لكونرز (**conners**) لتشخيص صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي بنسختيه (نسخة لتقدير الوالدين ، ونسخة لتقدير الأساتذة) و المعرب من طرف اخصائي التربية الاستاذ عبد الرحمان القوني

ـ اختبار كولومبيا للذكاء .

ـ ولمعالجة بيانات الدراسة استخدمت الباحثة برنامج التحليل الاحصائي spss v20 وقد توصلت الدراسة إلى نتائج التالية :

1 ـ هناك أثر فعال للبرنامج التدريبي التعليمي في خفض فرط النشاط الحركي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس حيث وجد:

ـ أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات افراد المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي لخفض النشاط الحركي (نسخة الوالدين ، نسخة الاساتذة) لصالح القياس القبلي .

2 ـ هناك أثر فعال للبرنامج التدريبي التعليمي في خفض الإندفاعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس وتوصلت النتائج إلى :

أ ـ وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات افراد المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي لخفض الاندفاعية (نسخة الوالدين ، نسخة الاساتذة) لصالح القياس القبلي .

3 ـ هناك أثر فعال للبرنامج التدريبي التعليمي في خفض قصور الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس حيث:

أ ـ تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات افراد المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي لخفض قصور الانتباه (نسخة الوالدين ، نسخة الاساتذة) لصالح القياس القبلي.

ـ وكما اشارت نتائج حجم الاثر ومعامل بلاك إلى درجات تتراوح من المرتفع إلى المتوسط الفاعلية و التأثير واستمرار فاعلية البرنامج حتى بعد التوقف من تطبيقه

وتمت مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري والظروف التجريبية ، واختتمت الدراسة ببعض الاقتراحات البحثية والتوصيات .

ـ الكلمات المفتاحية : صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي ، الإعاقة العقلية البسيطة ، الدمج المدرسي

Abstract :

The subject of this study is to examine the effectiveness of an educational training programme to address the difficulties of attention associated with hyperactivity in children with simple mental disabilities who are integrated into schools. The study is based on a set of general objectives:
Build an educational training programme to address and mitigate attention difficulties associated with hyperactivity for those with simple mental disabilities integrated into schools.
Testing the programme for experimental detection and verification of its effectiveness in addressing attention difficulties and hyperactivity, modifying impulsive behaviour, and identifying the efficacy and effectiveness of training activities in developing the cognitive, academic and immunological skills of the members of the pilot group.
In order to test the proposed programme, the study adopted the pilot approach, which is similar to the pilot design, of two associated specimens that were subjected to pre- and post-measurement and tracking, and was conducted on a sample consisting of (10) children.(06) male and (04) female, the researcher used a range of tools:
Conners' scale of estimation (to diagnose the difficulties of attention associated with hyperactivity in both versions (copy for parental appreciation, copy for teacher appreciation)) expressed by educationist Professor Abdurrahman Al-Quni
Columbia's test of intelligence.

To process the data of the study, the researcher used the statistical analysis programme spss v20.
1- There is an effective impact of the educational training programme in reducing hyperactivity in children with simple mental disabilities integrated into schools (parent version, teacher version):
-There are statistically significant differences between the averages of the members of the experimental group between the tribal and post measurements of the reduction of motor activity (parent version, teacher version) in favour of tribal measurement.

2- There is an effective impact of the educational training programme in reducing impulse among children with simple mental disabilities integrated into schools (parent version, teacher version**)**

The results were:
- statistically significant difference between the averages of the members of the experimental group between the tribal and post-impulse reduction measurements (parent copy, teacher version) in favour of tribal measurement.
3 -There is an effective impact of the educational training programme in reducing attention deficit among children with simple mental disabilities integrated into schools (parent version, teacher version) where:
- Found statistically significant differences between the averages of the members of the experimental group between the tribal and post measurements of the reduction of attention deficiencies (parent copy, teacher version) in favour of tribal measurement.
-The results of the impact volume and BLACK factor also indicated degrees ranging from high to average effectiveness, impact and continued effectiveness of the programme even after its application had ceased.
The findings were discussed and interpreted in the light of previous studies, theoretical heritage and empirical circumstances, and the study concluded with some research suggestions and recommendations.

Keywords:

Difficulties of attention associated with hyperactivity; minor mental disability; school integration

فهرس المحتويات	
شكر وتقدير	
اهـــداء	
ملخص الدراسة باللغة العربية	
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
فهرس الأشكال	أ – و
مقدمة	01
الإطـــــار النظـــري	
الفصل الأول : مشكلة الدراسة ومنطلقاتها	
1 ـ إشكالية الدراسة	07
2 ـ فرضيات الدراسة	11
3 ـ اهداف الدراسة	11
4 ـ اهمية الدراسة	12
5 ـ دوافع الدراسة	13
6 ـ المتغيرات الإجرائية لدراسة	13
7 . الدراسات السابقة	14
الفصل الثاني : الإعاقة العقلية	
تمهيد	29
1 ـ تعريف الإعاقة العقلية	
2 ـ تصنيف الإعاقة العقلية	32
3 ـ الخصائص العامة للمعاقين عقليا	36
4ـ التطبيقات التربوية لنظرية التعلم السلوكية في مجال الإعاقة العقلية	41
5 ـ تشخيص حالات الإعاقة العقلية وطرق الوقاية منها	45

6 ـ علاج الإعاقة العقلية	49
خلاصة	53
ـ الفصل الثالث : اضِطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة	
تمهيد	55
1 ــ تعريف اضِطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة	
2ـ عوامل واسباب اضِطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة	61
3 ــ أعراض اضِطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة واهم الاضطرابات المصاحبة له	64
4 ـ النظريات المفسرة لصعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة	72
5 ـ الأساس العصبي لصعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة	74
6 ـ قياس وتشخيص اضِطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة	75
7 ـ علاج اضِطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة	80
خلاصة	85
ـ الفصل الرابع : الدمج المدرسي	
تمهيد	87
1 ـ مراحل تطور عملية الدمج المدرسي واهم تصنيفاته	
2 ـ مفهوم الدمج المدرسي	94
3 ـ اهداف الدمج المدرسي	97
4 ـ متطلبات عملية الدمج المدرس	98
5 ـ ايجابيات وسلبيات عملية الدمج المدرسي واهم فوائده	105
6 ـ الصعوبات التي تواجه عملية الدمج المدرس	109
7 ــ الأسس التي يجب مراعاتها لإنجاح عملية دمج الطلبة ذوي الإعاقة	111
خلاصة	113
الفصل الخامس : الاسس والمنطلقات النظرية للبرنامج العلاجي	
تمهيد	115
1ـ النظرية السلوكية	
1ـ 1 ـ التعريف بالنظرية السلوكية	116
1ـ 2 ـ مراحل تطور النظرية السلوكية	117

1- 3 ـ المفاهيم الرئيسية للنظرية السلوكية	117
2 ـ نظرية التعلم الاجتماعي	118
2 ـ 1 ـ نشأة نظرية التعلم الاجتماعي	118
2 ـ 2 ـ مفهوم نظرية التعلم الاجتماعي	119
2 ـ 3 ـ عوامل التعلم الاجتماعي	119
2 ـ 4 ـ التطبيقات التربوية للنظرية التعلم الاجتماعي	120
2 ـ 5 ـ الفنيات المستخدمة في النظرية السوكية ونظرية التعلم الاجتماعي	122
خلاصة	128
الجانب الميـــــداني	
الفصل السادس : إجراءات الدراسة الميدانية	
تمهيد	130
1 ـ منهج الدراسة	
2 ـ عينة الدراسة	131
3 ـ حدود الدراسة	133
4 ـ ادوات الدراسة	133
5 ـ اجراءات تطبيق الدراسة	152
6 ـ الاساليب الاحصائية المستخدمة	153
خلاصة	155
الفصل السابع : عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة	
أولا : عرض نتائج الدراسة	
تمهيد	157
1 . عرض نتائج الفرضية الأولى	
2 . عرض نتائج الفرضية الثانية	162
3 . عرض نتائج الفرضية الثالثة	167
4 . عرض نتائج الفرضية الرابعة	171
5 . عرض نتائج الفرضية الخامسة	174
6 . عرض نتائج الفرضية السادسة	177
ثانيا : تفسير ومناقشة نتائج الدراسة	

1 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى	180
2 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية	182
3 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة	184
4 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة	186
5 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة	188
6 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة	189
مناقشة عامة	190
توصيات واقتراحات	194
قائمة المراجع	195
الملاحق	205

فهرس الجداول

جدول رقم (01) يبين مختلف مراحل تطور مفهوم فرط النشاط الحركي	56
جدول رقم (02) : يبين اهم الادوية المستخدمة في علاج فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه	81
جدول رقم (03) : يبين درجات الذكاء والعمر العقلي لافراد عينة الدراسة	132
جدول رقم (04) : يبين ابعاد مقياس كونرز في صورته الاردنية بعد التحكيم	139
جدول رقم (05) : يبين عدد الجلسات والاهداف الاجرائية للبرنامج	151
جدول رقم (06) : يبين مجالات المعايير "لكوهين" (cohen's standard)	153
جدول رقم (07) : يبين خطوات حساب نسبة الكسب المعدلة "لبلاك" (blake)	154
جدول رقم (08) : يبين نتائج أختبار طبيعة التوزيع البيانات لبعد فرط النشاط الحركي	157
جدول رقم (09) : يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين القبلي والبعدي لافراد المجموعة التجريبية في بعد فرط النشاط الحركي (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)	158
جدول رقم (10) : يوضح معايير كوهين للحكم على حجم التاثير ومربع ايتا	160
جدول رقم (11) : يبين خطوات حساب نسبة الكسب لبلاك لبعد خفض النشاط الحركي	160
جدول رقم (12): يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير البرنامج على بعد فرط النشاط الحركي	161
جدول رقم (13): يبين نتائج اختبار طبيعة التوزيع البيانات لبعد الاندفاعية	163
جدول رقم (14): يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين القبلي والبعدي لافراد المجموعة التجريبية في بعد الإندفاعية (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)	163
جدول رقم (15) : يبين خطوات حساب نسبة الكسب لبلاك لبعد خفض الاندفاعية	165
جدول رقم (16): يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير البرنامج على بعد الإندفاعية	165
جدول رقم (17): يبين نتائج اختبار طبيعة التوزيع البيانات لبعد قصور الانتباه	167

جدول رقم (18) : يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين القبلي والبعدي لافراد المجموعة التجريبية في بعد قصور الانتباه (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)	168
جدول رقم (19) : يبين خطوات حساب نسبة الكسب لبلاك لبعد خفض قصور الانتباه	169
جدول رقم (20) : يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير البرنامج على بعد قصور الانتباه	170
جدول رقم (21): يبين نتائج اختبار طبيعة التوزيع البياناتلبعد فرط النشاط الحركي للقياس التتبعي	172
جدول رقم (22): يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين البعدي والتتبعي لافراد المجموعة التجريبية في بعد فرط النشاط الحركي (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)	172
جدول رقم (23): يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير وثبات فعالية البرنامج على بعد فرط النشاط الحركي	173
جدول رقم (24) : يبين نتائج اختبار طبيعة التوزيع البيانات لبعد الاندفاعية للقياس التتبعي	175
جدول رقم (25): يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين البعدي والتتبعي لافراد المجموعة التجريبية في بعد الإندفاعية (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)	175
جدول رقم (26): يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير وثبات فعالية البرنامج على بعد الاندفاعية	176
جدول رقم (27): يبين نتائج اختبار طبيعة التوزيع البيانات لبعد قصور الانتباه للقياس التتبعي	177
جدول رقم (28) : يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين البعدي والتتبعي لافراد المجموعة التجريبية في بعد قصور الانتباه (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)	178
جدول رقم (29) : يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم ثبات تاثير البرنامج على بعد قصور الانتباه	179
جدول رقم (30) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق اهداف المحور الأول للجلسة الأولى	206
جدول رقم (31): يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الأول في الجلسة الثانية	207
جدول رقم (32) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الأول في الجلسة الثالثة	208
جدول رقم (33) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الأول في الجلسة الرابعة	210

جدول رقم (34): يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الأول في الجلسة الخامسة	211
جدول رقم (35) يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الأول في الجلسة السادسة	212
جدول رقم (36) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثاني في الجلسة الأولى	213
جدول رقم (37) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثاني في الجلسة الثانية	214
جدول رقم (38) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثاني في الجلسة الثالثة	215
جدول رقم (39) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثاني في الجلسة الرابعة	216
جدول رقم (40) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الأولى	217
جدول رقم (41) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الثانية	218
جدول رقم (42) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الثالثة	219
جدول رقم (43) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الرابعة	220
جدول رقم (44) يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الأولى	221
الجدول رقم (45) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الثانية	222
جدول رقم (46) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الثالثة	223
جدول رقم (47) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الرابعة	224
جدول رقم (48): قائمة الاساتذة المحكمين	225
فهرس الأشكال 2	
الشكل رقم (01) : يبين اجراءات الوقاية والحد من الاعاقة الذهنية لمنظمة الصحة العالمية	49
الشكل (02) : مخطط يبين اجراءات عملية التشخيص	77
الشكل (03) : يبين التصميم الشبه التجريبي المعتمد في الدراسة	138

مقدمة :

إن الإهتمام بالطفولة والعناية بها اصبح مجال من مجالات علم النفس ، إذ تعد من القضايا الهامة بالنسبة لجميع أسر دول العالم حيث تمثل الطفولة نواة التنمية ، والاهتمام بالنشئ يعد من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم الأمم وتطورها ، ومساعدتهم على رفع مستوى قدراتهم وفق أصول علمية أصبحت من أهداف التربية الخاصة حيث نالت فئة المعاقين اهتماما كبيرا من قبل المختصين في هذا المجال لكونها مشكلة مرتبطة بكفاءة شريحة اجتماعية، يمكن أن تسهم في بناء المجتمع وتطويره بدلا أن تشكل عبئا عليه، لذلك فإن العناية بالمعاقين تمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم ، وتعتبر الإعاقة الذهنية مشكلة من أهم المشكلات التي استرعت اهتمام الكثير من علماء النفس والتربية والطب، وتشير الأبحاث في هذا المجال بأنها حالة تظهر منذ الطفولة المبكرة أين يضعف النمو العقلي ويسوء التوافق النفسي والاجتماعي للفرد ويعجز عن إدراك أكثر المفاهيم بساطة وعدم العناية بالذات كما يمكن أن ترتبط ببعض التشوهات الجسمية التي تكون مصاحبة باضطرابات نفسية تتميز بعدم الاستقرار وقيام بحركات غير هادفة وغير متحكم فيها ، كما يتصفون بالعدوانية في بعض الأحيان وعدم القدرة في التحكم في انفعالاتهم وعدم استيعابهم للنظم والعلاقات والاجتماعية ، وكما أنهم يعانون مشكلات معرفية تتميز في عدم القدرة على التفكير والتركيز والتذكر وصعوبات في الانتباه ، ونقص القدرة على التعبير وعدم وضوح الألفاظ في كثير من الأحيان .

ففي هذا الشأن تم إجراء العديد من المسوح الإحصائية للتأكد من معدل انتشار الإعاقة الذهنية في العالم حيث تراوحت التقديرات بين (1 % و 3 %) وقد اظهر تحليل إحصائي تشمل مجموعة من الدراسات مؤخرا أن متوسط معدل انتشار الإعاقة الذهنية بين كل الدراسات المتضمنة كان (1%) ، كما أن معدلات انتشار الإعاقة الذهنية تكون بنسبة أعلى بين الذكور البالغين والمراهقين والأطفال حيث تصل إلى (0,9%) ، اما عند الإناث فتتراوح نسبة الانتشار (بمعدل0,7) ، كما تختلف معدلات الانتشار وفقا للدخل الفردي للأسرة ، حيث توجد أعلى معدلات في الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل ، بما يقارب ضعف المعدلات في الدول مرتفعة الدخل ، وفي تحليل احصائي اخر شمل الدراسات التي نشرت بين عامي (1980_2009) في الدول الأوروبية وجد ان التقديرات الإجمالية لانتشار الإعاقة الذهنية تتراوح بين (0,4 %_ 1,4 %) (عبداللطيف ،2009 ، 8) .

وجاء في تقرير للأمم المتحدة صدر عام 1992 أن مشكل الأفراد المعاقين في دول العالم الثالث يجب أن يحظى بعناية أكبر وأن الأمور يجب أن تكون أكثر وضوحا، وحسب ما تبنته أرقام هذه الوثيقة فإن ما يفوق(80 %) من هذه الفئات تعيش في المناطق الريفية النائية، وفي البعض من هذه الدول فإن نسبة الإعاقة قد ترتفع إلى (20%) في الوسط السكاني الكلي، المشكل قد يصبح أكثر تعقيدا عندما نعرف أن غالبية أفراد هذه الفئات هم الأشد فقرا يعيشون في بيئات تفتقر إلى وجود أدنى الشروط الصحية العلاجية، النظافة، الماء الشروب، والسكن اللائق، وهنا يلاحظ أن الكشف عن الإعاقات قد لا يكون في الوقت المناسب ، إضافة إلى إحصائيات أخرى تخص دول العالم الثالث أشار إليها باحثون أمثال (1993) Doyal ، والتي بينت وجود (8 ملايين) معاق في بنغلاداش،

(12 مليون) في نيجيريا، (12 مليون) في البرازيل، (14 مليون) في أندونيسيا وأكثر من (24 مليون) في الهند (السيد ،1999 ، 59).

غير أن ما يلاحظ من خلال هذه الأرقام التي تم الحصول عليها هي أنها قد تكون غير مضبوطة وخاصة بعد مرور أكثر(من 20 سنة)، فقد تكون هذه الأرقام قد ارتفعت أو نقصت خاصة في ضوء ما مرت به هذه الدول من تغيرات وما أصابها من كوارث وتقلبات وأزمات (السيد ،1999 ، 60).

ـ أما في الجزائر فإن نسبة انتشار الإعاقة الذهنية واستنادا إلى إحصائيات وزارة التشغيل والتضامن الاجتماعي لسنة(2016) يوجد في الجزائر أكثر من 130000 معاق عقليا والرقم في تزايد، أغلبهم يعيشون في المدن الصغيرة والقرى والأرياف أين لا تتوفر أدنى الخدمات للتكفل بهم، وحتى أولئك الموجودين في المدن الكبرى تكاد الخدمات المسخرة لهم لا تفي بالغرض المنشود (براهمي ، 2007 ، 70) اما احصائيات نفس الوزارة لسنة (2002) وإن كان الأمر هنا يعود نوعا ما إلى سنوات مضت، يبين أن مجموع عدد الأفراد المعاقين في الجزائر بشكل عام يصل إلى(1500281) معاقا إعاقات مختلفة، منهم(95278) فردا معاقا إعاقة عقلية (براهمي ، 2007 ، 88، 89) .

وقد تصاحب الإعاقة الذهنية وبمختلف درجاتها في غالب الاحيان اضطرابات سلوكية كفرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبات الانتباه والسلوك الإندفاعي وخاصة في بداية مرحلة التمدرس ، أين يلاحظ الأولياء والمعلمين جملة من الأعراض من اهمها قلة التركيز والحركة الزائدة ماتجعلهم يجدون صعوبة على متابعة الدرس في حجرة الفصل ، وهذا ماأشارت له دراسة (يحي أحمد ،2000 ،180) في (الحمري امينة ، 2015 ، 12) إلى أن اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية ، تصاحبه خصائص سلوكية منها سوء التنظيم والتهور، والاندفاع ، والقلق، والعصبية ، والقابلية للإثارة ، وضعف القدرة على الانتباه ، والضعف الشديد في التركيز، ونوبات الغضب ، وتصرفات غير متوقعة ، وتغيرات ملحوظة في المزاج ، واضطراب علاقاته الاجتماعية والعدوانية ، واضطراب في الوظائف الحركية ، وغيرها من الخصائص ، وهذا كله ينتج عنه ضعف التحصيل ومشكلات سلوكية واجتماعية اخرى.

فقد تحدث الباحثون في مجال علم النفس والطب النفسي عن الأعراض المصاحبة لهذا الإضطراب عند الأطفال إذ أشارو إلى مجموعة من الأعراض الدالة عليه ، والتي تعد من السمات العامة لنمط شخصية الأطفال المفرطي الحركة ، على المستوى المعرفي والإنفعالي والفيزيولوجي ، وهي السلوك العدواني ، والمستوى التحصيلي المنخفض والسلوك الفوضوي ، وعدم الإتزان الإنفعالي ، وعدم التوافق النفسي الاجتماعي ، وضعف تحمل الإحباط وشرود الذهن ، وضعف تقدير الذات ، والإضطربات الانفعالية مثل القلق والاكتئاب ، وعدم القدرة على القيام بحركات تنسيقية ..... الخ ، ويعد الأداء الدراسي المنخفض لديهم مظهرا من مظاهر الإضطراب ، فقد اشارت نتائج الدراسات المسحية أن مابين (15 ـ 20 %) من هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف تحصيلي عام (العاسمي ، 2008 ،58).

وكما اشارت البحوث النظرية إلى صعوبة توافق الطفل ذوي النشاط الزائد المصحوب بصعوبات الانتباه والإندفاعية مع المحيطين به فقد دللت على ذلك الدراسة التي قام بها والين (whalen , 1987) والتي هدفت إلى معرفة أثر النشاط الزائد في السلوك الاجتماعي لدى (275) طفلا من تلاميذ الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية والذين يعانون من النشاط الزائد ، إذ اظهرت نتائج الدراسة إلى أن هؤلاء يعانون من نقص في المهارات الاجتماعية واضطراب العلاقات مع الاخرين (العاسمي ، 2008 ،59).

وإذا كان اضطراب الانتباه الصحوب بالنشاط الحركي المفرط والسلوك الإندفاعي يمثل مشكلة كبيرة بالنسبة للأطفال العاديين في سن التمدرس وللمحيطين بهم ، فإن حجم المعاناة للأطفال اللمتخلفين عقليا ومن يقومون برعايتهم يزداد إلى حد كبير ، ويعد النشاط الزائد وصعوبات الانتباه من اكثر المشكلات السلوكية انتشارا بين الاطفال اين نجد هناك اختلافات في معدلات الانتشار من بلد إلى اخر ، ربما بسبب اختلاف المقاييس ، واختلاف درجات القبول لما هو طبيعي وما هو غير طبيعي في سلوك الطفل، حيث تشير الاحصائيات إلى أن (3– 7 %) من الاطفال في عمر المدرسة يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وترتفع معدلات هذا الاضطراب بين الذكور أكثر من الاناث إذ تصل النسبة إلى (3 – 1) لدى عينات المجتمع العام ومن (9 – 1) لدى العينات العيادية (Reid, Kessler et al., 2000: 38)

كما أوضح الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية DSM4 ان نسبة انتشاره تقع بين (3 – 5 %) من الأطفال في سن المدرسة و الجدير بالذكر أن التفاوت الكبير في انتشاره يرجع إلى الإختلاف في تعريفه ، و في تحديد حالاته، و اختلاف الأدوات التشخيصية المستخدمة و البيئات الإجتماعية التي تم حصرها، فلقد وجد أن معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض يصل إلى (20%) تقريبا.

أما الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية ، أشار أنّ نسبة انتشار هذا الاضطراب تزيد عن (5 %) من الأطفال في العالم، و يختلف هذا الإضطراب في تقديراته من بلد إلى أخر، فبينما قررت الدراسات الأمريكية نسبة انتشاره (3%) فانٍ الدراسات البريطانية تقرر أن نسبة انتشاره تقدر ب 1 في الألف فقط من عامة الأطفال، أما بالنسبة لعامل الجنس فانه ينتشر عند الذكور بمقدار 6 أضعاف الإناث (مصطفى،2011 ،156) . كما اشار(vanpen huevel, 2009, 20) إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسات الحديثة ، إلى أن الاضطراب ينتشر من (1 – 7 %) من الراشدين وان هذه النسبة تختلف باختلاف نوع الدراسة ، وكذا باختلاف البلد كما تختلف نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال والراشدين باختلاف الجنس ، فإذا كانت النسبة عند الاطفال (3 إلى 9 ذكور مقابل أنثى واحدة) فإنه عند الراشدين ينتشر بمعدل رجلين مقابل امرأة ، ويدعم الرأي السابق ماأورده (ويندر winder 2005) أن معدل انتشار اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الإنتباه في الاسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض يصل إلى (20%) ويورد ويندر أن نسبة هذه الحالة بين الذكور والإناث (6 للذكور مقابل 1 للإناث) (الزارع ، 2007 ، 18)

أما في الوطن العربي فأشار (فيصل ،غالب،2002 ، 52) أنه لا توجد احصائيات دقيقة إلا في بعض الدراسات التي تشير إلى أنّ ما بين (15 % إلى 20%)من مجتمع الأطفال وأنّ نسبة الذكور مرتفعة عن نسبة الاصابة لدي الاناث كما أنّ اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور في الانتباه ينتشر بكثرة في المناطق المحرومة، والمدن الفقيرة وفي الاوساط الاقتصادية والاجتماعية الفقيرة.

ـ أما بالنسبة لدراسة (Garland ,2001) وزملائه تعطي نسبة (% 24.4) التي ترتفع إلى نسبة (34.6 %)عند الأطفال ما بين(6 و 11)سنة، عند المراهقين الشباب بين (12 و 15)سنة تبلغ النسبة (27.3 %) أما بالنسبة للمراهقين ما بين (16 و18)سنة النسبة تنقص إلى (16.3 %) (**Diaouida Petot ، 2005, 298**)

وتشير دراسة للأخصائيين النفسانيين العياديين بالدول(– Anglo–Saxons)بأن معظم الفحوصات الخارجية للأطفال المتمدرسين تشخص بأن لديهم اضِطراب فرط الحركة / تشتت الإنتباه بحيث تبلغ النسبة 50 %عند أطفال بين (6 – 12) سنة (Robert Pelsser..1987. 218)

حيث يرى دوبول واخرون (Dupaul & all 1999) أن هؤلاء الأطفال يعانون إلى جانب ذلك من العديد من المشكلات السلوكية منها صعوبة اكتساب الخبرات والمهارات الأساسية وانخفاض مستوى ادائهم للمهام المطلوبة سواء في المنزل أم المدرسة والقيام ببعض السلوكات غير المقبولة اجتماعيا كالعدوان ،وعدم التعاون مع الأقران في اللعب ، أو مشاركتهم في الأنشطة المختلفة نظرا لصعوبة انتظار الدور وكل هذا يضيف الكثير إلى المشكلة الأساسية (بخش ، 2001 ، 23).

وبما أن الإنتباه هو أحد المهارات الأساسية للتعلم لذا فإن النجاح المدرسي والاتجاه نحو التعلم يتطلب طرق تكفل أفضل، وهذا لتعليم الطفل انتقاء المثيرات ذات العلاقة بالتحصيل كأن يركز انتباهه على الكلمات المكتوبة على السبورة وإصغاء للمعلم فقط ، والطفل الذي يعاني من صعوبات الانتباه والتخلف الذهني لايستطيع أن يحتفظ بالصوت المدرس كأساس وهذا هو المثير البارز في غرفة الصف والذي يكون موضع الإدراك والانتباه ، وهو ما يؤدي إلى تعطيل العملية التعليمية والتقليل من فرصة النجاح المدرسي لديهم ، حيث يلاحظ عليهم عدم قدرة الأطفال تركيز انتباههم أو تنظيم نشاطهم الذهني نحو شيء محدد لفترة طويلة ،ولذلك يعاني المدرسون في مختلف مراحل التعليم من قلة تركيز الأطفال وضعف الانتباه وتشتتهم ، وهم يبذلون جهودا مضنية في حث الطلبة على التركيز والانتباه أثناء الشرح ، ما يلجأ بعضهم إلى معاقبتهم في بعض الأحيان (غراب ،2010 ، 349)

ومن هنا يكون التساؤول أشد الحاحا حول درجة تأثير وفاعلية البرامج العلاجية والأساليب والفنيات المستخدمة في علاج أو الخفض من حدة اضطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي والسلوك الاندفاعي للمتخلفين عقليا وخاصة المتمدرسين منهم والمدمجين مع اقرانهم العاديين ، هذه البرامج التي من خلالها يمكن للأخصائي النفسي المساهمة في تحسين من مستوى الإنتباه لديهم وتعديل سلوكهم من خلال التخطيط لبرامج وقائية وارشادية ، ورسم نشاطات علاجية وتأهليه لتعطي طرق تكفل أمثل لهذه الفئة وتمكنهم من إعادة اندماجهم في المجتمع والبيئة المدرسية .

وبناءا على ماسبق سعت الباحثة (في محاولة متواضعة منها) من خلال الدراسة الحالية إلى محاولة الكشف عن مدى فاعلية التدخل العلاجي الذي يسعى إلى تدريب وتعليم الطفل المتخلف ذهنيا المدمج مدرسيا والاستفادة من انشطة البرنامج الذي اقترحته الباحثة لهذه الفئة ، مستخدمة في ذلك فنيات تساعدهم على اكتساب وفهم الانشطة ومن بين الفنيات المستخدمة النمذجة والتعزيز والتشكيل والتكرار ، والذي يسعى إلى تعديل من سلوكياتهم الاندفاعية والحركة الزائدة سواء في المدرسة او في المجتمع إلى جانب ذلك الخفض من قصور الانتباه والزيادة في التركيز ورفع من مستوى الصحة النفسية لديهم وخاصة ان هذه الفئة تعاني من تخلف ذهني بسيط وهذا من اجل اندماجهم في المجتمع بشكل ناجح ، وعليه ترى الباحثة أن عملية الدمج والتكفل الأمثل للأطفال المعاقين ذهنيا من الدرجة البسيطة والمفرطي الحركة ، تصبح ضرورة ملحة لمساعدتهم في تنمية مهاراتهم المعرفية وتعديل من سلوكياتهم من أجل تحصيل دراسي جيد .

ويعود اختيار الباحثة لمشكلة الدراسة الحالية من خلال عمل الباحثة كممارسة ميدانية في مصلحة الطب النفسي للأطفال ، ولاحظت الانتشار المذهل لمختلف الاضطرابات السلوكية والمعرفية في اوساط الاطفال ، ونظرا للتوافد الهائل للأطفال الموجهين من المدارس إلى مختلف المراكز النفسية البيداغوجية ، وخاصة مصلحة الطب النفسي للأطفال والموجهين من طرف أساتذة التعليم الابتدائي ، والملاحظ عليهم سلوكات كفرط النشاط الحركي والاندفاعية ونقص الانتباه وقلة التركيز فحسب الاحصائيات السالفة الذكر سواء على المستوى الوطني أو العربي او العالمي أن هناك نسبة مرتفعة من الأطفال الذين يعانون من تخلف ذهني مصاحب بإضطرابات سلوكية كفرط النشاط الحركي والسلوك الإندفاعي .

وفي هذا الخصوص تذكر (فاطمة الزهراء ، 2011) أن اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه والاندفاعية الأكثر شيوعا وبروزا بين المشكلات السلوكية للأطفال ، وهو احد الاضطرابات المزمنة التي قد تمتد حتى مرحلة الرشد ، وهو اضطراب عصبي نمائي وغالبا ماتظهر أعراضه بوضوح قبل السن السابعة ، حيث يعاني منه من (8 إلى 10 %) من اجمالي الأطفال في عمر السابعة ، وتمثل شريحة هؤلاء الأطفال نحو(6 %) من اطفال المرحلة الابتدائية ، ويستمر هذا الاضطراب مع بعض الأطفال حتى مرحلة البلوغ بما يمثل من (30 إلى 50%) من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، كما يمثل المترددون على العيادات النفسية طلبا للعلاج وتعديل السلوك ، نحو (40 إلى 50%) من الحالات (محاسن مهدي ، 2015 ، 07).

ومن هنا جاء احساس الباحثة بمشكلة الدارسة الحالية إلى جانب اطلاعها على مجموعة من المراجع والدراسات في هذا الخصوص للتعرف أكثر على الاضطراب ، ومختلف البرامج العلاجية والوقائية والارشادية وطرق التكفل بهذه الفئة ، إلى جانب كون الباحثة ممارسة ميدانية تتلقى يوميا رسائل توجيه من المدارس ، وكذا التوافد الكثير لأولياء الأطفال والذين يعانون الامرين من رؤية ابناءهم يعانون من هذه الاضطرابات التي ارهقتهم نفسيا ، وجسديا وحتى ماديا ، من خلال توجيههم من طرف الاطباء المختصين في الطب النفسي للأطفال إلى اخصائيين في الأشعة خاصة ، وباقي التخصصات في مجال طب الاطفال ، ولهذا تبلورت الحاجة لدراسة هذه المشكلة .

ونظرا للمشكلات العديدة التي تصاحب هذا الاضطراب والتي يعاني منها ، ويزداد كم تلك المشكلات في حالة الاطفال المتخلفين عقليا ، وتزداد بالتالي معاناتهم هم واولياؤهم من جراء ذلك ، و يرى بيرتو واخرون (Brito & all 1995) أن هؤلاء الاطفال يصبحون غير قادرين على الاستمرار أو الاحتفاظ بالانتباه لمدة طويلة ،وغير قادرين على إنهاء مايطلب منهم من مهام ، واندفاعيون مما يسبب لهم العديد من المشكلات ، كما يكون لديهم عجز واضح في السلوك التكيفي فيتحركون حركات مفرطة دون هدف واضح ومحدد ، ولايتبعون النصائح والتعليمات سواء من الوالدين او المعلمين أو المحيطين بهم ، وللحد من هذه السلوكيات غير المرغوبة من طرف اطفالهم قد يلجأ الوالدان إلى اساليب تربوية خاطئة مما يزيد من حجم معاناة الأطفال ، ما يعرضهم للمزيد من المشكلات النفسية ، والاجتماعية التي يمتد اثرها للوالدين ، وخاصة إذا فشلا في الطريقة الصحية في التعامل مع هذ الوضع (بخش ، 2001 ،23) .

وفي الاخير، ترى الباحثة أنه يمكن أن تكون نتائج الدراسة الحالية نواة لسلسلة من الدراسات اللاحقة حول الاضطرابات السلوكية وبناء برامج علاجية ، وقائية ، ارشادية ، تأهلية لمساعدة هذه الفئة من الخفض أو الحد من حدة صعوبات الانتباه الماحب لفرط النشاط الحركي للمتخلفين عقليا المتمدرسين، وخاصة ان هذه الفئة تعاني من عدم القدرة على بناء ذاتها ، كما يمكن لنتائج الدراسة الحالية أن تلفت القائمين في هذا المجال في المراكز المتخصصة للإطلاع عليه والعمل على انشطة البرنامج التدريبي المقترح من طرف الباحثة والذي صمم خصيصا لهذه الفئة وهذا من اجل مساعدتهم لاندماج ناجح في المجتمع والبيئة المدرسية .

الفصل الأول : مشكلة الدراسة ومنطلقاتها

1 ـ إشكالية الدراسة

2 ـ فرضيات الدراسة

3 ـ أهداف الدراسة

4 ـ أهمية الدراسة

5 ـ دوافع الدراسة

6 ـ متغيرات الدراسة

7 ـ الدراسات السابقة

ـ إشكالية الدراسة :

مما لاشك فيه ان اكتشاف الإعاقة الذهنية عند الطفل في الأسرة بمختلف درجاتها البسيطة ، المتوسطة أو الشديدة، يعتبر حدث كارثي على الأولياء وخاصة على الأم التي لم تتهيأ له ، حيث تقول **(kroffsousse) أن** الاعاقة العقلية بمثابة صدمة تتجاوز قدرات الأنا ولا تسمح له باستيعاب الحدث الجديد(بن الطيب، 9،2009).

والإعاقة العقلية البسيطة مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد سواء الطبية أو الإجتماعية والتعليمية والنفسية وهذه الأبعاد تتداخل مع بعضها البعض ، والمصاب بها إذ لم يجد الرعاية النفسية والإجتماعية المناسبة فإنه يكون عبئا على عائلته ومجتمعه، فيسهل استهواءه والتأثير عليه واستغلاله في مجالات مختلفة وتكون هذه نتيجة للإهمال الذي يلاقيه في مرحلتي الطفولة والمراهقة (براهمي ، 2007 ،8)

وفي هذا الصدد تعرف منظمة الصحة العالمية الإعاقة العقلية بأنها حالة من توقف، أو عدم اكتمال النمو العقلي والذي يتسم بشكل خاص بقصور في المهارات التي تظهر أثناء مراحل النمو، والتي تسهم في المستوى العام للأداء ، أي القدرات المعرفية اللغوية ، والحركية، والاجتماعية، ويمكن أن تكون هذه الإعاقة مصحوبة أو غير مصحوبة بإعاقات أخري، كما أن الأفراد ذوي الإعاقة العقلية يكونون أكثر عرضة لخطر الاستغلال البدني والجنسي ، وكما يعانون من قُصور في السلوك التكيفي، غير أنه في البيئات المحمية الاجتماعية حيث تتوفر المساندة فإن هذا القصور قد لا يكون ظاهراً على الإطلاق والعكس صحيح (World. H. O, 1992: 177- 184). ويعد الأطفال المصابين بالإعاقة الذهنية البسيطة من بين الأطفال القريبون جدا من أقرانهم العاديين وهم فئة قابلة للتعلم ولديهم الحق في التعليم والإستفادة من برامج الدمج المدرسي .

إذ تعتبر اهمية الدمج المدرسي من العمليات المهمة لذوي الإعاقة العقلية البسيطة ، فهو عبارة عن خطة تربوية شاملة ومتخصصة تهدف إلى تأهيلهم وجدانيا ونفسيا وتربويا ولغويا ليتكيفو مع الافراد ، وكذا اندماجهم في الحياة ، وكما يقدم لهم كافة الخدمات اللازمة ، ورعايتهم في بيئة بعيدة عن العزل وهي بيئة الفصل الدراسي في المدارس العادية ، مما يتيح لهم فرصة التفاعل مع الأطفال العاديين من أقرانهم ، وتكوين صدقات ما يزيدهم إحساسا بالإنتماء إلى المجتمع ، الأمر الذي يؤدي إلى تحفيزهم ، وتنمية قدراتهم المعرفية والتحصيلية وتعليمهم وتعلمهم للأنشطة التي تساعدهم على القيام بدورهم في الأسرة والمجتمع على حد سواء ، ليكونوا أعضاء فاعلين مستقبلا .

كما تمكنهم عملية الدمج من تعلمهم لكيفية الإنسجام مع الأخرين والالتزام بقواعد النظام المعمول به في الفصل الدراسي ، وتحمل المسؤولية في تطبيق مختلف انشطة وبرامج المنهاج الدراسي .

ومن هنا نجد ان من بين اهداف الدمج المدرسي تحقيق المساواة بين كل الإفراد وإتاحة الفرصة لذوي الإعاقة الذهنية البسيطة للتساوي في المجتمع والمدرسة والأسرة ، وإزالة أي مظهر من مظاهر التمييز اتجاههم والابتعاد

عن أشكال الخدمات المنعزلة تحت دعوى خصوصية هذه الفئة ، وعدم عزلهم عن أقرانهم العاديين ، ليمكنهم الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ، حيث يستطيعون تعليم المهارات الأكاديمية (كالفهم والقراءة ، الكتابة الحساب ، حل المشكلات ...) ، كما يتيح لهم فرصة للإنخراط في نظام التعليم كإجراء للتأكيد على مبدأ تكافوء الفرص في التعليم ، وهذا سعيا لتوفير مكانة لهم سواء في المدرسة أو المجتمع .

ولما لعملية الدمج من ايجابيات إلا أن هذه الفئة تعاني من صعوبات وعراقيل يواجهونها منها مشكلة المنهاج التربوي ، الذي لايناسب قدراتهم المعرفية والنفسية ، بالإضافة إلى قلة عدد المتمدرسين المتخصصين في التعامل مع هذه الفئة لاسيما وانها تتميز بخصائص سلوكية كفرط النشاط الحركي وصعوبات الإنتباه والسلوك الإندفاعي مما يصعب على الطفل الاندماج الاجتماعي والمدرسي .

وكما تشير بعض الأبحاث إلى أن الاستعداد التربوي والانفعالي من اهم عوامل انجاح عملية الدمج إلا انه لا يتوفر لدى هذه الفئة لانخفاض مستوى قدراتهم العقلية والمعرفية ومن بين اهم العمليات المعرفية التي تكون اكثر قصورا هي عملية الانتباه وقلة التركيز والتي نجد من أكثر الاضطرابات التي تؤثر عليها سلبا هو اضطراب فرط النشاط الحركي مايؤدي إلى تأثر العملية التعليمية وتدني مستوى التحصيل الدراسي لديهم ، هذا ما أدى بالباحثين والمختصين في مجال التربية الخاصة إلى إجراء دراسات وبحوث علمية و بناء برامج تعليمية وتدريبية لمساعدة هذه الفئة لعلاج والتخفيف من حدة هذا الاضطراب من أجل التكيف مع البيئة الحيطة بهم ودمجهم في المجتمع .

و يعد اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبات الانتباه كما اشارت اليه بعض الأبحاث في هذا المجال أنه من ابرز الإضطربات السلوكية شيوعا وانتشارا بين أوساط الأطفال في مرحلة الطفولة ،والتي تعتبر من أهم المراحل العمرية التي يمر بها كل فرد في حياته ، وتعتبر كمرحلة قاعدية وأساسية في تكوين شخصية الفرد ، والتي ستكون مرأة للمراحل العمرية مستقبلا وخاصة المرحلة الممتدة بين (05-13 سنة) والتي يعيش فيها الطفل مرحلة استقلال عن والديه والانتقال من الحياة الاسرية والعائلية المحدودة الأفراد ، إلى حياة أكثر اتساعا لخروجه إلى المحيط الاجتماعي والإلتقاء بأقران اخرين وتكوين علاقات جديدة ،هذه المرحلة التي تعتبر مهمة جدا وحساسة كونها اللبنة الأساسية في تكوين شخصية الطفل ، أين يكتسب المهارات الأكاديمية ويطور معارفه ويزداد تغيرا ونموا من جميع النواحي .

وقد حظي باهتمام الكثير من الباحثين في هذا المجال ، واجريت العديد من البحوث والدراسات العلمية ومن بين الدراسات التي تناولت هذا الموضوع نجد دراسة (الخشرمي سنة 2005) حول فعالية برنامج طريقة العد في تخفيض الأعراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وصعوبات الانتباه ،وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية تدريب اسر الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في علاج المشكلات السلوكية التي يعاني منها أطفالهم المضطربون ولتحقيق هدف الدراسة استخدمت طريقة العد الخطأ للتربية الفعالة الذي طوره فيلان

(phillan) 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 إلى أن يصل الطفل إلى الخطأ الثالث فتكون النتيجة عزل الطفل أو إقصاءه عن الشيء الذي يرغب ، وأظهرت النتائج فعالية هذه الطريقة من خلال التزام الأسر بخطوات وقوانينها وتجنب الوالدين التعامل بالأساليب السلبية كالصراخ وتحسن صورة الطفل عن ذاته وعلاقته بوالديه وبمن حوله وتحسن في أداءه المدرسي وعلاقته مع زملاءه (الخشرمي ، 2005 ،8).

كما اشارت دراسة (قزاقزة سنة 2007) إلى اثر التدريب على المراقبة الذاتية والتسجيل الذاتي في مستوى انتباه لدى الاطفال الذين يعانون فرط النشاط الحركي و قصور في الانتباه وينتمون إلى فئات متفاوتة من العمر والجنس ، واستخدم في الدراسة مقياس ملاحظة السلوك الإنتباهي مستعينا بقائمة كونرز للإنتباه ومقياس السلوك التكيفي ، ونموذج التسجيل الذاتي ،وأظهرت نتائج الدراسة أثر البرنامج التدريبي باستخدام المرقبة الذاتية في تحسين مستوى الإنتباه لدى الأطفال (قزاقزة ، 2007 ، 10)

ولقد توالت محاولات الدراسات في تقدير نسبة انتشار اضطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي ، حيث تراوحت نسبة انتشاره ما بين (4 % – 20 %) وهي نسب أكثر شيوعا بين الذكور عنه عند الإناث وبنسب تتراوح من (1,4%) الى(1,9 %) ويقع كذلك انتشاره في مختلف الطبقات من الاطفال، وهذا بحسب تقديرات الدليل التشخيصي والاحصائي (DSM–5, 2013) للاضطرابات النفسية, والذي يقر بأن اضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه من الحالات المنتشرة في جميع انحاء العالم، إذ تصل نسبة الاصابة به إلى (10%)من الأطفال في العالم، وتعتبر هذه النسبة كبيرة جدا والتي لا يجب الإغفال عليها .
وكما ذكرنا سالفا ان اضطراب صعوبات الانتباه وقلة التركيز المصاحبة لفرط النشاط الحركي تعد من بين الاضطرابات المصاحبة للإعاقة الذهنية بأنواعها (الشديدة ، المتوسطة ، والبسيطة) ، دون ان ننسى أن قدرة التعلم لديهم بطيئة ، لأن الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة المصاحبة بفرط النشاط الحركي تكون لديهم مشكلات واضحة كصعوبات في الانتباه وعدم القدرة على التركيز ، فهم لا ينتبهون إلى خصائص الأشياء ولا يدركونها ونسيانهم لخبراتهم السابقة ، ما يؤدي إلى القصور الواضح في عمليتي التمييز والتعرف على المثيرات التي تقع على حواسه .

ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى أنه بعد مراجعة االأدبيات السابقة تبين لنا فرط النشاط الحركي مرتبط بالسلوك الإندفاعي والذي يعني عدم القدرة على تقدير الموقف بشكل كامل قبل الإستجابة له وعدم القدرة على إرجاء الإستجابة بصرف النظر عن تأثير تلك الإستجابة ، فهو نمط سلوكي يتضمن عدم المقدرة على ضبط السلوك والميل نحو الإستجابة دون تفكير ، لذلك يتصف بالعناد وسرعة التهور والتهيج لأبسط الأمور ، وهذامايجعله عرضة لكثير من الحوادث والإصابات ، ويفقد صفة الإجتماعية والإستمرار في الصداقة ، لذلك يكون سلبي في كسب صدقات ، كما يشير السلوك الإندفاعي إلى عدم مراعاة عواقب التصرفات وضعف المثابرة ، وصعوبة التركيز على المهام الصعبة والمملة ، وتغير المزاج بسرعة ، وعدم القدرة على ضبط النفس ، والشعور بالإحباط

لأتفه الأسباب ، إلى جانب الإنطوائية والخجل ، والتحدث بطريقة سريعة ، واللامبالاة بعواقب الأمور ، وعدم اتباع التعليمات (طلب ، 2020 ، 222).

ويرى عديد الباحثين أن للسلوك الإندفاعي دورا بارزا في فهم الإضطرابات النفسية وتشخيصها ، وقد يكون ثاني أكثر اضطراب شيوعا في معايير (DSM5) بعد الضغوط النفسية ، كما يعد الإندفاع محورا في النظريات المسببة للمرض النفسي ، فقد يظهر الإندفاع في المعايير التشخيصية للاضطرابات النفسية المتنوعة ، مثل اضطراب الشخصية الحدية مثل (الإندفاع في منطقتين على الأقل التي من المحتمل أن تلحق الضرر بالذات)

واضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط مثل (طمس الإجابات وصعوبة انتظار الدور ، والمقاطعة أو التطفل)

(طلب ، 2020 ، 23).

كما أكدت بعض الأبحاث والدراسات أن هناك اضطرابات تصاحب فرط النشاط الحركي وقصور الإنتباه والإندفاعية لدى الأطفال إلى جانب الإعاقة العقلية ، اهمها الإضطرابات السلوكية خاصة السلوك العدواني واضطرابات انفعالية خاصة القلق والإكتئاب ، واضطراب غلاقاتهم الإجتماعية .

ومن هنا جاءت العلاجات للتدخلات العلاجية بهدف التكفل بمثل هذه الإضطرابات ، والمتصفح للعديد من الدراسات التي حاولت البحث لبعض جوانب هذا الإضطراب والإحاطة بمختلف نواحيه ، من الأسباب والأعراض إلى التشخيص وطرق التكفل النفسي للخفض من حدة اعراضه .

والملاحظ في الأونة الاخيرة اتساع دائرة البحث في مجالات العلاج النفسي لهذه الاضطرابات ، حيث اتجه الباحثون إلى تصميم وبناء برامج علاجية واعتماد اساليب وفنيات مختلفة تشتمل العلاج السلوكي والمعرفي واعتماد الأساليب الارشادية والسلوكية والتربوية ، وغيرها من الأساليب للتصدي لهذه المشكلة لدى الأطفال وخاصة المتخلفين عقليا .

وعلى الرغم من تعدد البحوث والدراسات سواء العربية او الأجنبية التي تصددت لدراسة صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي، والسلوك الاندفاعي ومايرتبط به من متغيرات واساليب علاجية ووبرامج التكفل للخفض من حدة اعراضه ،إلا أنه لاتوجد ولحد الأن برامج علاجية فعالة للحد من الإضطراب وعلاجه نهائيا .

من هذا المنطلق والذي يشكل مصدرا لبناء إشكالية البحث والذي على أساسه جاءت هذه الدراسة كإضافة متواضعة للدراسات التي سبقتها والتي تسعى لبناء برنامج تدريبي تعليمي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الإعاقة الذهنية البسيطة المدمجين مدرسيا ، هذه المشكلة التي يمكن التعبير عنها وصياغتها اجرائيا وطرحها على شكل تساؤل بحثي والذي تسعى الدراسة الحالية للإجابة عنه .

ـ تساؤول الدراسة :

ـ ماأثر فاعلية البرنامج التدريبي التعليمي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الاعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس ؟

2 ـ فرضيات الدراسة :

إستنادا لمشكلة الدراسة والتي تم صياغتها اجرائيا على شكل تساؤول بحثي، وللإجابة عليه ، تمكنت الباحثة من استنتاج إجابات محتملة صيغت في فروض بحثية كما يلي :

1 ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض النشاط الحركي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس.

2 ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض الإندفاعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس .

3 ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض قصور الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس.

3 ـ أهداف الدراسة :

ـ تسعى هذه الدراسة إلى بناء وتصميم برنامج تدريبي تعليمي لخفض صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي والتخفيف من حدته لذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين مدرسيا .

ـ الكشف على مدى فاعلية البرنامج التدريبي التعليمي لخفض صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي المصمم لذوي الاعاقة العقلية البسيطة المدمجين مدرسيا .

ـ تطبيق البرنامج وتجريب كل محاوره على عينة الدراسة من أجل التحقق من فاعليته في خفض من حدة النشاط الحركي وتنمية الانتباه لديهم .

ـ التعرف على مدى نجاعة الأنشطة التدريبية وفعاليتها في تنمية القدرات المعرفية والمهارات الأكاديمية والتحصيلية لأفراد المجموعة التجريبية .

4 ـ أهمية الدراسة :

يكتسب البحث اهميته من خلال مايرمي اليه من اهمية نظرية وتطبيقية

ـ الأهمية النظرية :

يستقي البحث اهميته النظرية من متغيراته لكونه :

ـ يبحث في صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي الذي اشارت اليه العديد من الدراسات أن نسبة انتشاره عالية جدا حيث يشير (نايف عبد الزارع 2007) إلى أن معدل انتشار هذا الاضطراب في الاسرة ذات المستوى الإقتصادي والاجتماعي المنخفض يصل إلى (20 %) ويضيف عن انتشار الاضطراب في بعض الدول حيث تصل النسبة في الدول حيث تصل النسبة في المملكة العربية السعودية إلى (13%) اما في جمهورية مصر العربية تصل النسبة إلى (6,2 %) أما في الولايات المتحدة تصل إلى (6,5 %) وفي كندا تصل النسبة إلى (9,5 %) .

ـ الفئة المستهدفة التي يمسها الاضطراب وهي فئة المعاقين ذهنيا المدمجين مدرسيا والقابلين للتعلم اين تؤثر الإعاقة على حياة الطفل المصاب بها من نواحي مختلفة ولعل اهمها التحصيل الأكاديمي والاندماج الاجتماعي والمدرسي ، ولأنه يمس عملية معرفية في التعلم ألا وهي الانتباه حيث تشير دراسة (أحمد بن علي ، 2004) أن نسبة انتشار الإعاقة الذهنية في العالم تشكل(1%) من مجموع السكان وهناك دراسات تشير أنها تصل من (1% –4%) من مجموع السكان (بن علي ، 2004 ، 39).

ـ اهمية عملية الدمج المدرسي بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة كونها فئة قابلة للتعلم ودمجهم في المدارس العادية مع اقرانهم العاديين والأخذ بعين الاعتبار خصوصية الاضطراب وخصوصية التعامل معهم من أجل دمج فعال .

ـ الأهمية التطبيقية :

يستقي البحث اهميته التطبيقية من خلال :

. توفير برنامج تدريبي تعليمي يمكن الاستعانة به وتطبيقه في المراكز المتخصصة في مجال علاج الاضطرابات السلوكية والمعرفية لدى الاطفال و ذلك للتقليل او الحد من شدة اضطراب نقص انتباه وفرط النشاط لكونه من اكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا و اكثرها انتشارا في الآونة الأخيرة

ـ مساعدة أولياء الأمور الى جانب اطفالهم الذين يعانون من اضطرابات نقص الانتباه وفرط الحركة للمتخلفين ذهنيا من خلال تقديم التوجيه والارشاد اللازم حيث ان العملية العلاجية لا تكتمل في حال غياب دور الاهل

ـ مساعدة المختصين في مجال التربية الخاصة و الاستفادة من هذا البرنامج الخاص لذوي الاعاقة الذهنية البسيطة المصاحبة لفرط النشاط الحركي وصعوبات الانتباه .

5 ـ دوافع اختيار موضوع الدراسة :

نظرا للانتشار المذهل لمختلف الاضطرابات السلوكية والمعرفية في الآونة الأخيرة وخاصة منها اضطراب فرط النشاط الحركي وصعوبات الانتباه ومدى تأثيرها على التركيز وبالتالي على المهارات الاجتماعية والتعليمية والتعلمية ارتأينا إلى بناء هذا البرنامج التدريبي التعليمي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لفئة المعاقين ذهنيا من الدرجة البسيطة والقابلين للتعلم أين تعد صعوبات الانتباه واحدة من اهم انواع صعوبات التعلم المتعلقة بالعمليات المعرفية نظرا لتأثيرها الشديد جدا على الطفل في تحصيله الدراسي وفي اكتسابه للسلوكيات المرغوبة في مختلف المواقف الحياتية والاجتماعية وهو ما يعيقه في بناء حياته المستقبلية، وهو موضوع في غاية الأهمية لما يرتبط به من سلوكيات اخرى كالاندفاعية وقلة التركيز والانعزال في مختلف المجالات.

وكون الباحثة ممارسة ميدانية في هذا المجال ونظرا لإستقبال العديد من الحالات المتوافدة والتي يتم احالتها من المدارس إلى المراكز المختصة وخاصة إلى قسم الطب النفسي للأطفال ما يجعل تزايد قلق الكثير من اولياء الأمور على حالة ابنائهم ، هذا ما دفع بالباحثة لتصميم وبناء البرنامج لمساعدة هذه الفئة من اجل دمجهم في الوسط المدرسي والاجتماعي مع اقرانهم العاديين

6 ـ التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة :

ـ الإعاقة الذهنية البسيطة : تمثل الاعاقة الذهنية البسيطة ضعف في مستوى الاداء الذهني الوظيفي والذي يفل على مستوى الذكاء بانحرافيين معياريين (افل من70) و يصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكييفي يظهر في المراحل العمر النمائية منذ الولادة وحتى 18سنةـ (متولي،2015 ،19)

ـ التعريف الإجرائي للإعاقة الذهنية البسيطة : تعرف الإعاقة الذهنية البسيطة إجرائيا على أنها فئة الأطفال الذين تقع نسبة ذكاؤهم بين (50 – 70 درجة) طبقا لاختبار كولومبيا للذكاء، والذي يعتمده الاخصائي النفسي في مصلحة الطب النفسي للأطفال بمستشفى الامراض العقلية . المعذر ـ باتنة ـ لقياس العمر العقلي وهذا من أجل تدريبهم على مهارات الحياة اليومية وتعليمهم المهارات الاجتماعية ليكونوا مستقلين عن الآخرين.

ـ **الدمج المدرسي :**هي عملية دمج التلاميذ ذوي الاعاقات البسيطة و المتوسطة في الفصول العادية مع اقرانهم العاديين (بندر،2002 ،07)

ـ التعريف الإجرائي للدمج المدرسي : هي عملية دمج فئة ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة والمتوسطة في الفصول العادية مع أقرانهم العاديين، ويتابعون حصص فردية وجماعية مع الأخصائيين النفسانيين والتربويين في مصلحة الطب النفسي للاطفال بمستشفى الامراض العقلية ـ المعذر. باتنة ـ

ـ **تعريف صعوبات الانتباه وفرط النشاط الحركي** : تعرفه مدرسة علم النفس على انه الطفل الذى ليست لديه القدرة على تركيز الانتباه و المتسم بالاندفاعية وفرط النشاط و تزداد هذه الاعراض بشدة في المواقف التى تتطلب من الطفل مطابقة الذات و ايضا الحكم الذاتي والذي يطهر قصور حاد يؤثر على نوعية التحصيل الاكاديمي وقصور في الوظائف الاجتماعية (يوبي ، 2015 ، 70)

ـ **تعريف صعوبات الانتباه وفرط النشاط اجرائيا** :هي الدرجة التي يتحصل عليها الطفل على مقياس كونرز وهو مقياس صمم للاضطرابات السلوكية كفرط النشاط الحركي المصاحب لصعوبة الانتباه تم تطبيقه على عينة الدراسة .

7 ــ الدراسات السابقة :

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع صعوبات الانتباه المصاحبة لفرط النشاط الحركي سواء للأسوياء المتمدرسين ، اوغير اسوياء كالذين يعانون من إعاقة ذهنية بمختلف درجاتها حيث تم تناوله من زوايا مختلفة ، وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية والأجنبية ، وسوف تستعرض الدراسة الحالية جملة من الدراسات التي تم الإستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها ، مع تقديم تعليقا عليها يتضمن جوانب الإتفاق والإختلاف وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية ، وتود الباحثة ان تشير إلى أن الدراسات التي سوف يتم استعراضها متنوعة بين الدراسات الحديثة والقديمة ، جاءت في الفترة الزمنية بين 1986 و 2019 .

هذا وقد تم تصنيف هذه الدراسات حسب المتغيرات الرئيسية للدراسة وحسب كونها دراسات عربية أو اجنبية إلى عدة تصنيفات هي : الدراسات العربية التي تناولت اثر وفاعلية برامج علاجية خاصة بخفض صعوبات الانتباه وفرط النشاط الحركي والاندفاعية سواء للأسوياء أوغير الاسوياء وذوي اضطرابات مصاحبة وكذا الدراسات الأجنبية التي تناولت نفس محور الدراسة .

وفيما يلي نقدم عرضا لهذه الدراسات ، ثم نبين جوانب الاتفاق والاختلاف بينهما ، و نوضح الفجوة العلمية من خلال التعرف على اختلاف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة ، واخيرا جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية .

أولا: استعراض الدراسات السابقة :

ـ الدراسات العربية

1ـ دراسة يسين الحاج عبدالحفيظ أحمد (2019) :

بعنوان : تأثير برنامج مقترح بالألعاب الحركية في خفض إضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المعاقين ذهنيا بمحلية أم درمان .

ـ هدفت الدراسة إلى معرفة أثربرنامج مقترح بالألعاب الحركية في خفض إضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المعاقين ذهنيا بمحلية أم درمان حيث تكونت عينة الدراسة من(13) طفل من كلا الجنسين وتراوحت أعمارهم بين (8 ـ 12 سنة) وتتروح نسبة ذكاؤهم بين (55–QI70)

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات التطبيقين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في خفض اضطربات الانتباه والنشاط الحركي الزائد ، ولاتوجد فروق في متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والتتبعي (يسين الحاج، 2019 ، ص 09)

2 ـ دراسة سهام ابوعيطة الأء الشمايلة (2017) :

بعنوان : " فاعلية برنامج الارشاد الجمعي المستند إلى العلاج الجدلي السلوكي في خفض الاندفاعية والسلوك التخريبي "

ـ هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج الارشاد الجمعي المستند إلى العلاج الجدلي السلوكي في خفض الاندفاعية والسلوك التخريبي ، وتكونت عينة الدراسة من (29 طفل) من محافظة الزرقاء تم اختيارها قصديا ، واستخدمت الباحثة مقياس السلوك الاندفاعي والتخريبي ، وكشفت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين افراد المجموعة التجريبية والظابطة في السلوك الاندفاعي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية ، كما تبين نتائج القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية لصالح القياس التتبعي مايشير إلى فاعلية البرنامج الجدلي السلوكي (سهام ابو عيطة ، 2017 ، ص 433)

3 ـ دراسة الحمري امينة (2015) :

بعنوان بناء برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه لدى اطفال المرحلة الابتدائية .

هدفت الدراسة إلى الحالية إلى التقصي حول مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي في الخفض من حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ,وهل سيساهم في تحسين مستواهم الد راسي .حيث استخدمت المنهج التجريبي ,وذلك بتطبيق الدراسة على عينة قوامها (30) تلميذ مشخصين على أنهم يعانون من اضطرا ب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه بالاعتماد على مقياس النشاط الحركي الزائد وقصور الانتباه من إعداد أ.د فقيه العيد (2013) ,تم توزيعهم إلى مجموعتين تجريبية عددها (15) تلميذ وضابطة عددها (15) تلميذ، أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي .وعدم وجود أي فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة .كما أثبتت وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية .بينما لم تثبت أي تأثير لعامل الجنس عدا

الفرق الواضح على بعد العدوانية لصالح الذكور .كما أثبتت المعالجة الاحصائية تأثير إيجابي للبرنامج العلاجي السلوكي على التحصيل الدراسي لأفراد المجموعة التجريبية ,وكذا عدم وجود فروق دالة احصائيا بين القياس البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية. (الحمري امينة ،2015 ،04)

4 ـ دراسة سميرة علي جعفرو خالد غازي الدبلجي (2014):

بعنوان : " فاعلية برنامج مقترح لخفض السلوك المندفع لدى الأطفال المعاقين عقليا والقابلين للتعلم "

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج مقترح لخفض السلوك المندفع لدى الأطفال المعاقين عقليا والقابلين للتعلم ، حيث استخدمت المنهج التجريبي و تكونت عينة الدراسة من عينة قوامها (30) تم توزيعهم على مجموعتين (15) ضابطة و (15) تجريبية وتوصلت نتائج التحليل الاحصائي نجاح البرنامج التدريبي على خفض السلوك الاندفاعي حيث كان متوسط درجة الطلاب في التطبيق البعدي أعلى من متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي وكذا فاعليته في التطبيق التتبعي ، مايعني بقاء اثر تطبيق البرنامج المقترح (سميرة علي ،2014 ، 13)

5 ـ دراسة داليا عبد الصمد محمد منيسي (2012) :

بعنوان : "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الضبط الذاتي و اثره على خفض السلوك الاندفاعي لتلاميذ المرحلة الاعدادية "

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الضبط الذاتي و اثره على خفض السلوك الاندفاعي لتلاميذ المرحلة الاعدادية والاثر الذي يمكن ان يحدثه البرنامج التدريبي لتنمية الضبط الذاتي واثره على السلوك الاندفاعي ، حيث استخدمت المنهج التجريبي و تكونت عينة الدراسة من عينة قوامها (80) تم توزيعهم على مجموعتين (40) ضابطة و (40) تجريبية ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية لصالح القياس البعدي في خفض السلوك الاندفاعي .

6 ـ دراسة فوزية محمدي (2011) :

بعنوان فعالية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة دراسة ميدانية على تلاميذ المرحلة الابتدائية

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة دراسة ميدانية على تلاميذ المرحلة الابتدائية ، لقد اعتمدت الباحثة في الدراسة على اختيار المنهج التجريبي الملائم للدراسة

كما تم اختيار عينة تقدر ب (40) تلميذ ، منها (20) تلميذ لقياس فعالية البرنامج التدريبي لتعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه مقسمة على مجموعتين ضابطة وتجريبية وعينة أخرى تشتمل على (20) تلميذ مقسمة على مجموعتين ضابطة وتجريبية ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى :

ـ يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج العينة الضابطة ونتائج العينة التجريبية في النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لصالح العينة التجريبية.

ـ يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج العينة الضابطة ونتائج العينة التجريبية في صعوبة الكتابة لصالح العينة التجريبية.(محمدي ، 2011، 174)

7 ـ دراسة سبع بوعبدالله (2008) :

بعنوان :" فاعلية برنامج قائم على الألعاب الحركية في خفض اضطراب الانتباه وتحسين القدرات الادراكية الحركية لدى الاطفال المعاقين ذهنيا .

هدفت الدراسة إلى معرفة دور الألعاب الحركية في خفض اضطراب الانتباه وتحسين القدرات الادراكية الحركية لدى الاطفال المعاقين ذهنيا ، حيث تكونت عينة الدراسة من (24 طفل) مقسمين على مجموعتين متساويتين (تجريبية ، ضابطة) من ذوي الإعاقة الذهنية المتوسطة يتراوح معامل ذكاؤوهم بين (35 – 50 QI) تم اختيارهم بطريقة عمدية ، وتم تطبيق الاختبارات التالية :

ـ اختبار المشي فوق خط ملون لمعرفة التنسيق البصري بين العين والقدم ـ اختبار المشي على لوح التوازن ـ اختبار الوثب داخل الحلقات من نفس اللون . اختبار رمي الكرة والتقاطها

ـ اختبار رمي الكرة لأبعد مسافة ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية ، مايعني وجود اثر فعال للالعاب الحركية في خفض اضطراب تشتت الانتباه (سبع بوعبدالله ،2008 ص 115).

8 . دراسة الحسين (2004) :

بعنوان مشكلات دمج التلاميذ المتخلفين عقليا في المدارس الابتدائية بالمملكة العربية السعودية

وهدفت الدراسة إلى معرفة اهم المشكلات التي يواجهها المتخلفين عقليا في مدارس الدمج بالمملكة العربية السعودية واستخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي وشمل مجتمع الدراسة منسوبي المدارس الإبتدائية الملحق بصفوف دمج التلاميذ المتخلفين عقليا وبلغت عينة الدراسة (200 طفل) ذكور وإناث وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود برامج اجتماعية وانشطة لاصفية مناسبة لهذه الفئة

(بن سعيد ،2010 ، 67)

9 ـ دراسة بيترز (2002) :

بعنوان :اثر برنامج سلوكي لأطفال المدرسة الابتدائية الذين يعانون من ضعف الانتباه مع فرط الحركة

تهدف الدراسة إلى معرفة اثر البرنامج السلوكي المعد لأطفال المدرسة الابتدائية الذين يعانون من ضعف الانتباه مع فرط الحركة ، وقد اجريت الدراسة على (21 طفل) تم توزيعهم عشوائيا على مجموعتين تجريبية وظابطة ، وقد تلقت المجموعة ثمان جلسات في اربع اسابيع واستخدم الباحث أدوات منها مقياس كونرز (تقدير الوالدين ، تقدير المعلمين) ومقياس ضبط الذات ، وانتهت الدراسة إلى عدم وجود فاعلية للبرنامج إلى أن الدرجات الخام أشارت إلى أن أطفال المجموعة التجريبية أحدثو تحسنا ملحوظا في خفض ضعف الانتباه والضبط الذاتي وخفض فرط الحركة والاندفاعية (هشام غراب، 2010 ، 361) .

10 ـ دراسة محمد وفرحات (2002) :

بعنوان : " فاعلية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من اعراض اضطراب نقص الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا "

تهدف الدراسة إلى فاعلية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من اعراض اضطراب نقص الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا ، وتكونت عينة الدراسة (10 أطفال) متخلفين عقليا ممن تتراوح أعمارهم (6 – 9 سنوات) ونسب ذكاؤهم بين(57 – 65 QI) وتم تقسيم أفراد هذه العينة عشوائيا إلى مجموعتين متساويتين ومتجانيستين ، من حيث العمر الزمني ونسبة الذكاء ، ومستوى اضطراب الانتباه ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى انخفاض متوسطات درجات ومتوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية ، بشكل دال في القياس البعدي ، كما اظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة بين متوسطات رتب درجات المجموعة الظابطة وعدم وجود فروق بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في كل من القياس البعدي والتتبعي لمقياس اضطراب نقص الانتباه .

11 ـ دراسة زغلول (2001)

بعنوان : فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة ضعف الانتباه لذوي صعوبات التعلم

هدفت الدراسة لمعرفة فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة ضعف الانتباه لذوي صعوبات التعلم ، وقد تم تحديد افراد عينة الدراسة من خلال تطبيق اداة ضعف الانتباه التي صممت لهذه الغاية وتكونت عينة الدراسة من (60 تلميذ) من كلا الجنسين ، حيث تم تقسيم افراد العينة العشوائية إلى مجموعتين تجريبية وظابطة عدد كل مجموعة (30 تلميذ) وتضمن البرنامج استخدام الستراتجيات تعديل السلوك ، تكلفة الاستجابة التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين افراد المجموعة التجريبية وهذا يدل على أن للبرنامج السلوكي اثر في خفض ضعف الانتباه .

12 ـ دراسة أميرة طه بخش (2001)

بعنوان فعالية الإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، لدى الأطفال المتخلفين عقليا بمكة المكرمة.

هدفت هذه الدراسة إلى تصميم ,وتقديم برنامج للإرشاد الأسر متمثل في تدريب الأمهات على التعامل مع أطفالهم المتخلفين عقليا ,وتقديم نماذج للرعاية و الإرشاد النفسي ,و التربوي السليمة لهم ,كما تهدف أيضا إلى

التعرف على مدى فعالية برنامج الإرشادا لأسري المستخدم في خفض حدة اضطراب أو عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأ طفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم .حيث تألفت عينة الدراسة من (42) طفلة من المتخلفات عقليا تتراوح اعمارهن بين(09 – 14) سنة موزعين على مجموعتين ضابطة وتجريبية .احتوى البرنامج ثلاثين جلسة موجهة لامهات اطفال المجموعة التجريبية ,وقد كشفت النتائج عن فاعلية إرشاد الأمهات كشكل من أشكال الإرشاد الأسري في الحد من اضطراب الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال االمتخلفين عقليا (بخش، 2011, 23).

13. دراسة الخشرمي (2000) :

بعنوان دمج ذوي الإحتياجات الخاصة في المدارس العادية وبرامج الدمج المطبقة على التلاميذ في المملكة العربية السعودية

هدفت إلى التعرف على دمج ذوي الإحتياجات الخاصة في المدارس العادية وهدفت أيضا إلى التعرف على برامج الدمج المطبقة على التلاميذ في المملكة العربية السعودية حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وبلغت عينة الدراسة (169) مدرسة تطبق برامج الدمج لذوي الإحتياجات الخاصة ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى تنوع البدائل التربوية المتوفرة للأطفال المدمجين وتمثلت في فصول خاصة وصف عادى وغرف المصادر وبينت النتائج أن 2 % من المدارس التي طبقت الدمج اهتمت بالتوعية والتثقيف و61 % اهتمت بالتجهيزات المكانية وان كافة فئات الإعاقة قد استفاد من برامج الدمج وبالأخص فئة المتخلفين ذهنيا (محمد،2010 ، 71).

14 ـ دراسة أميرة بخش (1999) :

بعنوان : فاعلية أسلوب الدمج على مفهوم الذات والسلوك التكيفي لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم .

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية نظام دمج الأطفال المعاقين عقليا فئة القابلين للتعلم مع أقرانهم من الأطفال العاديين بمرحلة رياض الأطفال على مفهوم الذات والسلوك التكيفي لدىهم . وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلة من الإناث المعاقات عقليا ًالملتحقات برياض الأطفال بالمملكة العربية السعودية واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين (5 – 8 سنوات) ونسبة ذكائهن ما بين (50 – 60) وينقسمن إلى مجموعتين أساسيتين مجموعة ملتحقة برياض الأطفال في المراكز الخاصة ومجموعة الدمج ملتحقة برياض الأطفال في المدارس العادية (عيناد ثابت اسماعيل ،2017 :14) .

15 ـ دراسة سعيد بن عبدالله و السيد ابراهيم السمادوين (1997)

بعنوان : " بعنوان التدخل السلوكي المعرفي لخفض الاندفاعية لدى الاطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة

تهدف الدراسة إلى التحقق من اثر التدخل السلوكي المعرفي لخفض الاندفاعية لدى الاطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة والتأكد من فاعلية اسلوب الضبط الذاتي عن طريق التعليمات اللفظية الذاتية في خفض الإندفاعية لدى عينة من الاطفال ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التدريب على الضبط الذاتي كان ذو فاعلية كبيرة في الأداء على اختبار تجانس الأشكال ، وهذا يؤكد أن البرنامج المستخدم عن طريق تقديم التعليمات اللفظية للذات كان أكثر فاعلية وكفاءة في احداث تغيير ايجابي في أداء الأطفال المتخلفين عقليا . (سعيد ، 1997، 08)

ـ الدراسات الأجنبية :

1 ـ دراسة سيرجييت (2008) searight :

بعنوان فاعلية برنامج سلوكي قائم على ضبط الذات من خلال استخدام اسلوب التعزيز التفاضلي لخفض الاستجابة لمعالجة تشتت الانتباه لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم

هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج سلوكي قائم على ضبط الذات من خلال استخدام اسلوب التعزيز التفاضلي لخفض الاستجابة لمعالجة تشتت الانتباه لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم ولقد تم اختيار العينة من تلاميذ الصفين الثاني والثالث الذين يعانون من صعوبات التعلم .

وقد بلغ عدد افراد العينة (80) تلميذا تم توزيعهم بشكل عشوائي وتم تقسيم المجموعتين بالتساوي كل مجموعة تتكون من (40) طالب في كل مجموعة إحداهما ضابطة والاخرى تجريبية ولقد استخدمت

استراتجيتين من استراتجيات تعديل السلوك ، كتكلفة الاستجابة والتعزيز التفاضلي ، وقد اظهرت نتائج الدراسة أن البرنامج السلوكي المستخدم كان له اثر فعال على افراد المجموعة التجريبية دون ان يكون لمتغيرات الجنس أو المستوى الصفي أثر دون دلالة احصائية .

2 ـ دراسة هارفي (2003) harvey

بعنوان :فاعلية برنامج تدريبي سلوكي للمعاملة الوالدية على خفض اعراض .اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد

هدفت الدراسة إلى التعرف على اثر برنامج تدريبي سلوكي للمعاملة الوالدية على خفض اعراض .اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد.

ولقد تكونت عينة الدراسة من (72) من الامهات اللواتي يعانينا بنائهن من أعراض فرط ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الامهات اللواتي يعانين اولادهن من ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد بشكل خفيف او متوسط هن أكثر تسامح مع مشاكل أطفالهن السلوكية لاستفادتهما بشكل اكبر

من البرنامج التدريبي كما كانت الامهات اللواتي يعانين من الاعراض الحادة لاضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد قد استفادت من البرنامج .(بوشوارب ،2013، 65)

3 ـ **دراسة ميرندا وبرزنتاشيون وسوريانو** (2002) miranda.presentacion&Soriano

بعنوان : برنامج متعدد في معالجة أعراض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه تم تطبيقه بواسطة المعلمين في الصف الدراسي .

التي هدفت إلى تقييم فاعلية برنامج متعدد في معالجة أعراض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه تم تطبيقه بواسطة المعلمين في الصف الدراسي ، حيث تم اختيار (50) تلميذ منها مجموعة تجريبية تتكون من (29) تلميذ ، و (21) تلميذ ضمن العينة الضابطة تتراوح أعمارهم ما بين (5،8 – 9،5 سنوات) ، استخدم المعلمون أسلوب التعزيز الإيجابي ، والتعزيز الرمزي ، وتم استخدام آليات تقليل أشكال السلوك غير التكيفي مثل العزل وتكلفة الاستجابة،وأساليب تعديل السلوك المعرفي المتمثل في التعلم الذاتي والتقييم الذاتي، وأظهرت النتائج تحسن الأع راض الأساسية لاضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية (محمدي ،2011 ،09)

4 ـ دراسة فرولشن ودويفنز وليمكول (2002) froelich, doepfiner&lemkuhul

بعنوان : فعالية برنامج سلوكي معرفي من أجل تحسين المهارات الأكاديمية وخفض الأعراض الأساسية لاضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه في المدرسة والاسرة

هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية برنامج سلوكي معرفي من أجل تحسين المهارات الأكاديمية وخفض الأعراض الأساسية لاضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه في المدرسة والأسرة ، حيث أجريت الدراسة على (18) طفل يعانون من الاضطراب ، وقد تضمن البرنامج نشاطات لتعريف الوالدين ب أعراض ، وخصائص الاضطراب ، والعلاج الطبي وأساليب تعديل السلوك المتمثلة في التعزيز الرمزي ، وتكلفة الاستجابة .

وأهم ما توصلت إليه نتائج الدراسة من خلال تقدير المعلمين ، والوالدين انخفاض حدة أعراض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه ، وتحسن الأداء الأكاديمي (محمدي،10،2011).

5 ـ دراسة هوجونين (2000) Hougounine

بعنوان : تنمية الانتباه والحد من الاعراض الدالة على اضطراب الانتباه لدى ثلاثة من المراهقين الذين يعانون من تخلف عقلي شديد .

هدفت الدراسة إلى تنمية الانتباه والحد من الاعراض الدالة على اضطراب الانتباه لدى ثلاثة من المراهقين الذين يعانون من تخلف عقلي شديد وذلك باستخدام الكومبيوتر وتقديم مثيرات لهم من خلاله ، واوضحت النتائج أن هذا الإجراء قلل من من الإنتقائية الشديدة للمثيرات من جانبهم وأدى إلى تحسن مهارة الانتباه والحد من اعراض الانتباه لديهم.(هشام غراب ،2010 ، 359)

6 ـ **دراسة بانيجيا (1992) Panidjia**

بعنوان : فاعلية برنامج التدريب اللفظي في مقابل التدريب الغير اللفظي في زيادة الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ".

تهدف الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج التدريب اللفظي في مقابل التدريب الغير اللفظي في زيادة الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ،حيث استخدم الباحث مجموعة كلية قوامها خمسة اطفال ممن تتراوح اعمارهم الزمنية بين (6 – 10 سنوات) ومن أهم النتائج التي توصلت لها نتائج الدراسة أن جميع الأطفال أظهرو معدلات عالية لاستخدام التعليمات اللفظية حيث قامو باستخدام التدريب اللفظي في مقابل التدريب الغير لفظي بصورة ملحوظة من (40 %) في بداية البرنامج إلى

(100 %) في نهاية البرنامج وعند تقديم البرنامج العلاجي ، مما ترتب عليه التقليل من حدة أعراض الانتباه مما انعكس على مستوى اداء الأطفال داخل حجرة الدراسة . (هشام غراب ،2010 ، 357)

7 ـ دراسة بول واخرون paull & all (1991)

بعنوان : فاعلية برنامج للتحقق من زيادة التفاعل الاجتماعي في خفض حدة السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقلياً.

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي للتحقق من زيادة التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقلياً وذلك من خلال أساليبهم السلوكية المدركة بواسطة أقرانهم من الأطفال العاديين وذلك في ضوء الاندماج في اللعب مع الأقران من خلال الدمج في الفصل الدراسي.

تكونت عينة الدراسة من (51) طفلاً من المعاقين عقلياً ممن تتراوح أعمارهم بين (10 – 12) سنة اعتمد الباحثون على أسلوب الملاحظة في تقدير معدل التفاعل الاجتماعي وفقا لأبعاد السلوك التي تتميز بالتفاعل الإيجابي والتفاعل السلبي والتوقف عن التفاعل وثم إجراء الملاحظة على (06) أسابيع بواقع(6) جلسات أسبوعيا وتوصلت النتائج إلى ما يلي:

ـ تحسن ملحوظ لدى المعاقين عقلياً وذلك من خلال تعديل أساليبهم السلوكية التي كانت تتسم بالحساسية والعزلة والعدوانية والتي كانت ترجع في جزء كبير منها إلى مواقف الإحباط وأساليب النبذ المدركة بواسطة أقرانهم من المعاقين والعاديين(زياد احمد ،2011، 79).

8 ـ دراسة ديفيد كاتيمر واخرون (1987) Davide Katimer & All

بعنوان : فاعلية التدريب على بعض الاستراتجيات المعرفية في خفض مظاهر السلوك الاندفاعي لدى الأطفال المتخلفين عقليا والقابلين للتعلم ، حيث كشف الباحثون من خلال نتائج بحوثهم إلى الأثار السلبية الناجمة عن السلوك الاندفاعي ، وتكونت عينة الدراسة من (148 طفل) من المتخلفين عقليا من الجنسين ممن تراوحت اعمارهممابين (10 – 14 سنة)

وتوصلت نتائج الدراسة إلى ان البرنامج التدريبي الذي تضمن استراتجيات معرفية ادى إلى تحسن ملموس من حيث خفض مستوى الاندفاعية (اليازوري ، 2012، 37).

9 ـ دراسة ليندا هال (1986) Linda Hall

بعنوان : فاعلية برنامج سلوكي يتمثل في اسلوب النمذجة والتدعيم الذاتي لخفض مستوى الاندفاعية

اهتمت الباحثة بالعمل على خفض مستوى الاندفاعية باستخدام برنامج سلوكي يتمثل في اسلوب النمذجة والتدعيم الذاتي ، وقد تكونت عينة الدراسة من (25 طفل) من الجنسين من المتخلفين عقليا وذوي صعوبات التعلم والعاديين ، واوضحت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات الثلاثة ، كما اوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال المتخلفين عقليا أظهروا أعلى مستوى من السلوك الاندفاعي أثناء القيام بالمهام المطلوبة منهم (بدوي ، 2011 ، 88).

ثانيا : أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة :

ـ اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في طبيعة الموضوع ، وهو بناء برامج لعلاج ضعف الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي والاندفاعية ، ودراسة فاعليتها وهي من أهم أهداف محاور البرنامج العلاجي للدراسة الحالية .

ـ من حيث الهدف فجل الدراسات هدفت إلى التقصي حول مدى ملائمة البرامج العلاجية المختلفة ودراسة فاعليتها وتأثيرها في خفض حدة النشاط الحركي وتعديل السلوك الاندفاعي ، إلى جانب تحسين مستوى الانتباه لدى الأطفال .

فنجد أن هذه الدراسات كما الدراسة الحالية ركزت على اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال المتخلفين عقليا من ذوي الشدات المختلفة البسيطة والمتوسطة والشديدة، وخاصة فئة القابلين للتعلم مثل دراسة محمد فرحات (2002) والتي هدفت إلى فاعلية برنامج قائم على استخدام جداول النشاط المصورة لتنمية نقص الانتباه للمتخلفين عقليا ، ودراسة يسين الحاج عبد الحفيظ (2019) والتي هدفت إلى التعرف لأثر برنامج قائم على الالعاب الحركية لخفض فرط النشاط الحركي للمتخلفين ذهنيا ، ودراسة لبندة هال Linda hall(1986) التي اهتمت على خفض الاندفاعية قائم على اسلوب النمذجة ودراسة سميرة على جعفر وخالد غازي الدبلجي (2014) ، ودراسة هوجونين Houjunine (2000) ، دراسة سبع بوعبدالله (2008) والتي هدفت غلى التعرف على دور الالعاب الحركية لخفض قصور الانتباه لدى المعاقين ذهنيا ، ودراسة هارفي Harvie (2003) ، دراسة اميرة طه بخش (2001) هدفت إلى الكشف عن فاعلية نظام الدمج لتعديل السلوك التكيفي لدى المتخلفين ذهنيا القابلين للتعلم ، ودراسة سعيد بن عبدالله بن عبدالله والسيد ابراهيم (1997) ، ودراسة بوول Boll& ALL(1991) ، ودراسة ديفيد كاتيميرو واخرون Divid katimiro & All (1987) .

باستثناء دراسات اختلفت عنها في نوع الاضطراب حيث تناولت الموضوع لدى الاطفال ذوي صعوبات التعلم مثل دراسة زغلول (2001) والتي هدفت إلى فاعلية برنامج لعلاج قصور الانتباه لذوي صعوبات التعلم ، ودراسة بانيجيا Panigia ، (1992) ، ودراسة سيرجيت Seirjiyet (2008) والتي تهدف إلى فاعلية برنامج قائم على اسلوب التعزيز التفاضلي لخفض قصور الانتباه ، ومن ناحية أخرى نجد الكثير من الدراسات التي ادرجت أطفال عاديين في الدراسة ممن يعانون من فرط النشاط الحرك يوصعوبات الانتباه والاندفاعية مما يعكس الاهتمام بهذه الفئة ، خاصة أن هذا الإضطراب شائع جدا مثل دراسة داليا عبدالصمد ومحمد منسي (2012)، ودراسة الحمري امينة (2015) ، ودراسة فوزية محمدي (2011) ، ودراسة ميرندا وبرزنتاشيون وسريانو Miranda et soriano birzntchion (2002)، ودراسة فرولشن ودويفنز Frolchen et Dwivnez(2002).

ـ من حيث البرامج العلاجية فنلاحظ أن الدراسات اختلفت لتناولها الموضوع حيث نجد بعض الدراسات اعتمدت على المنحى السلوكي كدراسة زغلول (2001) ، وداليا عبد الصمد ومحمد منسي (2012) ودراسة ليندا linda hell (1986)، ودراسة سميرة علي جعفر (2014) ، ودراسة بيترز(2002) ودراسة هارفي harvey (2003) ، ودراسة الحمري امينة (2015) وكذلك دراسة محمدي فوزية

(2011) ودراسة سيرجيت Seargite(2008).

كما اعتمدت بعض الدراسات على المنحى الارشادي كدراسة غراب هشام أحمد(2010) ودراسة سهام أبوعيطة والاء الشمايلة (2017) ، ودراسة اميرة طه بخش (2011) ، ودراسة Pull & All (1991)

وكما نجد دراسات اعتمدت على المنحى السلوكي المعرفي كدراسة سعيد بن عبدالله والسيد ابراهيم السمادونين (1997) ودراسة Divide katimiro &All (1987) ، إلى جانبها دراسة فرولشن ودويفنز وليمكول Frolchen et Dwivnez et Limkoul (2002) .

ـ اما من حيث الاساليب العلاجية والفنيات المستخدمة فنجد دراسة أميرة بخش (1999) التي استخدمت اسلوب الدمج للكشف عن فاعلية نظام دمج المعاقين عقليا مع اقرانهم العاديين ، وكدراسة زغلول(2001) التي استخدمت استراتجيات تعديل السلوك ، تكلفة الاستجابة ، التعزيز التفاضلي ، ودراسة محمد وفرحات (2007) ، كما دراسة سيرجيت Seargite (2008) ، ودراسة محمد وفرحات التي استخدمت تقنية جداول النشاط المصورة ، إلى جانب دراسة الخشرمي (2000)التي طبقت برامج الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة مع اقرانهم العاديين وفي المدارس العادية .

إلى جانب دراسة Linda hell (1986) التي استخدمت اسلوب النمذجة والتدعيم الذاتي ، ودراسة سعيد بن عبدالله والسيد ابراهيم السمادونين (1997)التي استخدمت طريق التعليمات اللفظية الذاتية .

المنهج :

وظفت معظم هذه الدراسات المنهج التجريبي/ شبه التجريبي في التطبيق، حيث اعتمدت كل دراسة على تطبيق البرنامج الذي يعده الباحث على مجموعة تجريبية، ثم ملاحظة أثر هذا البرنامج من خلال المقارنة مع المجموعة الضابطة ومن خلال التغيير الذي يحدث على أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي و بعض هذه الدراسات التي استخدمت التصميم التجريبي الذي يعتمد على مجموعة تجريبية واحدة ، كدراسة زغلول (2001) ، ودراسة محمد فرحات (2002) ، ودراسة سبع بوعبدالله ، ودراسة سهام ابوعيطة الاء الشمايلة (2017) ، ودراسة بيترز Piterz (2002) ، دراسو اميرة طه بخش (2001) ، دراسة ميراندا (2002) ، ودراسة سيرجيت Seargite(2008) ، ودراسة فوزية محمدي(2011) ، والحمري أمينة (2015) إلى جانب بعض الدراسات التي اخضعت عينتها لقياس تتبعي لمعرفة استمرار وثبات تأثير البرنامج مثل دراسة سهام ابوعطية الاء الشمايلة (2017) ، ودراسة محمد فرحات (2002)

وقد اختلفت مع دراسة أميرة بخش (1999) والتي استخدمت المنهج الوصفي التحليلي .

ـ العينة :

ـ أماإذا نظرنا إلى العينة من حيث النوع نجد معظم الدراسات السابقة كما الدراسة الحالية طبقت الجانب الميداني على أطفال تتراوح اعمارهم بين (6 – 14 سنة) وغالبيتها يعانون من اضطرابات مختلفة متفاوتة الشدة والدرجة كالمتخلفين عقليا المدمجين في المدراس والمفرطي الحركة .

أما من حيث حجم العينة فقداختلف من دراسة لأخرى، تراوحت من عينات صغيرة إلى كبيرة بحسب التصميم المنهجي والتجريبي، فتلاحظ ان العينات التي أجريت عليها الدراسات السابقة تتراوح بين العينات الصغيرة مثل دراسة بانيجيا Panigia (1992) ، محمد فرحات (2002)، ودراسة ليندا هال Linda Hall (1986) ، ودراسة يسين الحاج عبد الحفيظ احمد (2019) ، ودراسة سبع بوعبدالله (2008) ، ودراسة بيترز Piterz ، ودراسة سهام أبوعيطة الاء الشمايلة (2017) ، والحمري امينة (2011) ، ودراسة فرولشن ودويفنزوليمكول Frolchen et Dwivnez et limkol (2002)، دراسة اميرة طه بخش (2001) .

و كذا العينات الكبيرة مثل دراسة زغلول (2001)، و دراسة محمدي فوزية (2011) ، ودراسة سيرجييت Seargite (2008) ، ودراسة هارفي Harfy (2003)، ودراسة ميرندا وبرزنتاشيون Mirenda et berzntachion (2002) ، دراسة بول واخرون Paull&all (1991) ، دراسة ديفيد كاتيمرو واخرون Divide katimro(1987).

ـ الأدوات المستخدمة :

ـ من حيث الادوات فقد تنوعت الأدوات البحثية المستخدمة فنجد الدراسات السابقة استخدمت أدوات لجمع البيانات كالملاحظة و الوسائل التعليمية كدراسة فوزرية محمدي (2011) ، وكذا المقاييس كمقياس السلوك الاندفاعي والتخريبي كدراسة سهام ابو عيطة الاء الشمايلة (2017) ودراسات استخدمت مقياس كونرز تقدير المعلمين والوالدين كدراسة بيترز (2002) ، ودراسات استخدمت استراتجيات تعديل السلوك كدراسة زغلول (2001) ، ودراسلت استخدمت مقياس فرط النشاط وقصو الانتباه ودراسة لحمري امينة (2015) ودراسة بوول وأخرون (1991).

ـ النتائج :

من حيث النتائج أظهرت معظم الدراسات التي هدفت إلى تقصي أثر فاعلية تصميم برنامج أو نموذج أو تصميم تعليمي المتضمن استراتجيات وفنيات استخدمت لخفض قصور الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي والسلوك الاندفاعي، في حين نجد بعض الدراسات لم تظهر فاعليتها مثل دراسة بيترز(2002)

ولكن اجمالا فإن معظم نتائج الدراسات قد اجمعت على فاعلية البرامج التعليمية التدريبية والارشادية والسلوكية والمعرفية لخفض من حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه ، وخفض السلوك الاندفاعي ، وتوصلت إلى وجود فروق دالة احصائيا بين المجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية ، أما من حيث الفعالية فمعظم الدراسات لم تشر إلى ذلك وبقي حجم التأثير غامضا.

والدراسة الحالية هي محاولة لاستكمال الدراسات السابقة في مجال العلاج السلوكي ومدى فعاليته في علاج أو خفض من حدة فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه وتحسين من السلوك الاندفاعي لدى المعاقين ذهنيا من الدرجة البسيطة والمدمجين مدرسيا ،أخذين بعين الاعتبار النقائص الموجودة فيها حيث انطلقت الدراسة الحالية من النقاط التالية :

ـ التقصي حول مدى فاعلية برنامج علاجي قائم على فنيات واساليب مستخدمة (التشكيل ، التعزيز، التكرار، النمذجة) لخفض من حدة فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه وتعديل السلوك الاندفاعي .

ـ دراسة الاضطراب في شموليته ، وذلك بالتطرق إلى جل الإعراض المصاحبة له ، وذلك باعتباره اضطراب مركب يشمل العديد من الاعراض وهي : صعوبة الانتباه ، فرط النشاط الحركي ، الاندفاعية وتخصيص تقنية علاجية لكل عرض على حدى .

ـ تكونت عينة الدراسة من اطفال مشخصين على انهم يعانون من اعاقة ذهنية بسيطة ونسبة ذكاؤهم تتراوح بين (50 – 70 QI) مصحوبة باضطراب فرط النشاط الحركي وصعوبة الانتباه مع الحرص لعدم اخضاعها لأي علاج يخص الامراض العضوية الاخرى واستفسرنا ذلك من خلال المقابلات مع الاولياء .

ـ على عكس الدراسات السابقة التي اهتمت بعلاج فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه دفعة واحدة ، اختلفت الدراسة الحالية عنهم باستعمال عدة فنيات وتقسيم الاعراض وعلاج كل عرض على حدى وفق الانشطة التي تناسب طبيعة الاضطراب ، ووفق العمر الزمني المناسب لعينة الدراسة .

ـ الهدف الأسمى من هذه الدراسة هو تقييم الاثرالذي تتركه مثل هاته البرامج على سلوك الاطفال من حيث تحسين مستوى الانتباه والذي يعد من اهم المهارات المعرفية التي تؤثر على حياتهم الاجتماعية وخاصة التحصيلية ، وكذا فرط النشاط الحركي والاندفاعية والتي تؤثر بوجه عام على السلوكات الاجتماعية .

ثالثا : الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية :

من خلال استعراض اوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة نشير أن الدراسة الحالية تتفق مع معظم الدراسات السابقة في موضوعها الرئيسي وهو علاج اضطراب مصاحب لاضطراب لفئة مضطربة وهي صعوبات الانتباه المصاحب لاضطراب فرط النشاط الحركي لذوي الإعاقة الذهنية ، وهدفها العام هو بناء وتصميم برنامج علاجي تدريبي تعليمي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الاعاقة الذهنية وتحقيق اهدافه إلا أنها تختلف عنها في الأدوات المستعملة ونوع وحجم العينة .

رابعا :استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة :

مما لا شك فيه أن الدراسة الحالية استفادت كثيرا مما سبقها من دراسات ، حيث حاولت ان توظف كثيرا من الجهود السابقة للوصول ومعالجة وبشكل كامل مشكلة الدراسة ومن جوانب الاستفادة العلمية للدراسات السابقة ما يلي :

ـ استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في الوصول إلى صياغة دقيقة للعنوان ، كما استفادت في الوصول إلى تحديد مشكلة الدراسة وفرضياتها والكشف عن الاهداف الاجرائية للدراسة إضافة إلى ان الدراسة الحالية استفادت من الدراسات السابقة في بناء وتصميم برنامج تدريبي لعلاج اهم اضطراب يؤثر على العملية التعليمية وهو صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لدى الاطفال ذوي الاعاقة الذهنية البسيطة والمستفدين من عملية الدمج المدرسي ،كما الوصول إلى المنهج الملائم لهذه الدراسة وهو المنهج الشبه التجريبي وهذا المنهج يستخدم في الدراسات التي يستطيع الباحث ضبط جميع المتغيرات فيها بشكل شبه كامل .

كما ينطلق هذا المنهج من أن التأثيرات التي يحدثها متغير ما في متغير آخر قابلة للتقصي والدراسة،كما تشير مجمل الدراسات إلى فاعلية البرامج العلاجية لخفض حدة اضطراب النشاط الحركي وقصور الانتباه لذوي الاعاقة الذهنية البسيطة .

الفصل الثاني : الإعاقة العقلية

تمهيد

1 ـ تعريف الإعاقة العقلية

2 ـ تصنيف الإعاقة العقلية

3 ـ الخصائص العامة للمعاقين عقليا

4 ـ التطبيقات التربوية لنظرية التعلم السلوكية في مجال الإعاقة العقلية

5 ـ تشخيص حالات الإعاقة العقلية والوقاية منها

6 ـ علاج الإعاقة العقلية

خلاصة

تمهيد:

تعتبر الإعاقة العقلية من الاضطرابات المتعددة الجوانب والأبعاد فأبعادها طبية ، وسيكومترية واجتماعية وتعليمية ، ونفسية ، وتأهيلية ، ومهنية ، وهذه الأبعاد من المعروف أنها متداخلة مع بعضها البعض و سنعرض في هذا الفصل مختلف التعريفات للإعاقة الذهنية ، أسبابها تصنيفاتها خصائص المعاقين ذهنيا ، واهم طرق الوقاية والتشخيص والعلاج .

1 ـ تعريف الإعاقة الذهنية :

حاول العديد من المتخصصين تعريف الإعاقة الذهنية ، فنظر كل منهم من وجهة نظره المهنية وطبقا لطبيعة مهنته ، او تخصصه ، ولقد اهتم بتعريفها الأطباء ، علماء النفس ، علماء التربية ،و العاملين في مجال الخدمة الاجتماعية وفيما يلي سنعرض اهم التعاريف المقدمة في هذا المجال .

1 ـ 1 ـ التعريف الطبي :

يعد التعريف الطبي من أقدم تعريفات الإعاقة الذهنية ، هذا وظهرت تعريفات طبية عديدة تركز في جوهرها على إبراز العوامل الأساسية والباثولوجية المسببة للإعاقة والمؤثرة سلبا على الذكاء والقدرات العقلية .

ـ يعرف ايرلاند (Ireland 1955) الإعاقة العقلية على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل و أثناء الولادة او بعدها (متولي ، 2015، 20)

ـ كما يعرف ترد جولد (TredGold 1982) الإعاقة الذهنية بأنها حالة يعجز فيها العقل عن الوصول إلى مستوى الفرد العادي أو استكمال النمو ويرى في هذا التعريف الإعاقة الذهنية ناتجة بسبب خلل في الجهاز العصبي نتيجة عدم اكتمال لاي سبب من الأسباب العضوية ، بحيث تكون الإصابة ذات اثر واضح على ذكاء الفرد (جابر، ب س ، 57)

1 ـ 2 ـ التعريف السيكومتري :

ظهر التعريف السيكومتري للإعاقة الذهنية نتيجة الانتقادات التي وجهت للتعريف الطبي حيث يمكن للطبيب وصف الحالة ومظاهرها وأسبابها دون أن يعطي وصفا دقيق بشكل كمي للقدرة العقلية .

ونتيجة للتطور الذي حدث في حركة القياس النفسي على يد بينيه في عام (1905) وما بعدها بظهور مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (1916 – 1960) وظهور مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (1949) وغيره من مقاييس القدرة الذهنية .

وقد اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء (QI) كمحك في تعريف الإعاقة الذهنية وقد اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكاؤهم عن (QI 75) معاقين عقليا على منحى التوزيع الطبيعي للقدرات الذهنية .

ويعرفها انجرام بأنها عدم القدرة على التعلم كمعيار للتعرف على الإعاقة العقلية واعتبرت نسبة الذكاء من

(75 QI) فأقل هي مؤشر على التمييز بين المعاقين عقليا والعاديين (رضا ، 2015 ، 64)

1 ـ 3 ـ التعريف الإجتماعي :

ظهر التعريف الإجتماعي للإعاقة الذهنية نتيجة للإ نتقادات المتعددة الموجهة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة مقياس ستانفورد بينيه ومقياس وكسلر ، في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد لتأثرها بعوامل عرقية ، وثقافية ، وعقلية ، واجتماعية ، في صدقها ومحتواها ، ويركز التعريف الإجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابات للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظراته من نفس المجموعة العمرية ،وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقا عقليا إذا فشل الفرد في القيام بالمتطلبات الاجتماعية

المتوقعة منه (عبيد ، 2007 ، 82)

ـ وقد عرف دول (DOLL) الاعاقة العقلية على أنها " حالة من عدم الإستطاعة الإجتماعية ترجع إلى التخلف العقلي ، وهذه الحالة غير قابلة للشفاء" وقد نص التعريف على أن الفرد المعاق عقليا:

ـ غير كفء أجتماعيا ومهنيا ولا يستطيع أن يسير اموره وحده .

ـ دون الأسوياء في القدرة العقلية العامة " الذكاء "

ـ يظل متخلفا عقليا عند بلوغ سن الرشد .

ـ يظهر تخلفه منذ الولادة أو في سن مبكرة .

ـ يرجع تخلفه العقلي إلى عوامل تكوينية في الأصل .

ـ غير قابل للشفاء .

ولا يعتمد دول على محك واحد للتشخيص الإعاقة الذهنية بل يعتمد على عدة محكات ،ويتطلب ذلك دراسة ظروف الحالة ونوع الخبرات التي تعرض لها أثناء النمو ، وكذلك الظروف الاجتماعية والثقافية التي اثرت في النمو (جابر، ب س، 59).

1 ـ 4 ـ التعريف التربوي :

يعتمد هذا التعريف على مدى القصور في القدرة التحصيلية والقدرة على التدريب والتعلم خلال سنوات الدراسة ، فالطفل المعوق تربويا وهو ذلك الطفل الذي لايستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وفي نفس العمر الزمني وتقع نسبة ذكاؤه بين (50– 75 QI)

ويركز التعريف التربوي على ملاحظة التدني الواضحة في الأداء التحصيلي للطلبة المعاقين ذهنيا مقارنة مع الأطفال المناظرين لهم في العمر الزمني ، وخاصة في المهارات اللغوية ، مهارات القراءة ، والكتابة ، والحساب (رضا ،2015، 64) .

ويشير فاروق الروسان (2005) : إلى أن الإعاقة الذهنية تمثل عددا من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون (18 سنة) وتتمثل في التدني الواضح في القدرة الذهنية عن متوسط الذكاء (70 QI)

وقصور واضح في اثنين او اكثر من مظاهر السلوك التكيفي من مهارات الاتصال اللغوي ، العناية الذاتية ، الحياة اليومية ، المهارات الاكاديمية .

ـ كما يعرف كورسيني (CORSINI 1999) أن الإعاقة الذهنية في قاموس علم النفس بأنها "مصطلح يشير إلى درجات متعددة من انخفاض نسبة الذكاء ، والتي تتضمن الإعاقة الذهنية البسيطة ، المتوسطة الحاد (ماضي ، 2018 ، 93)

1 ـ 5 ـ تعريف منظمة الصحة العالمية:

تعرف منظمة الصحة العالمية الإعاقة العقلية بأنها هي حالة من توقف، أو عدم اكتمال النمو العقلي، والذي يتسم بشكل خاص بقصور في المهارات التي تظهر أثناء مراحل النمو، والتي تسهم في المستوى العام للذآاء، أي القدرات المعرفية اللغوية،والحركية، والاجتماعية .ويمكن أن تكون هذه الإعاقة مصحوبة أو غير مصحوبة بإعاقات أخري، كما أن الأفراد ذوي الإعاقة العقلية يكونون أكثر عرضة لخطر الاستغلال البدني والجنسي، آما أنهم يعانون من قُصور في السلوك التكيفي، غير أنه في البيئات المحمية الاجتماعية حيث تتوافر المساندة فإن هذا القصور قد لا يكون ظاهراً على الإطلاق والعكس صحيح (184 –177 :World. H. O, 1992).

1 ـ 6 ـ تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية:

تشير الإعاقة العقلية إلى نقص أساسي في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية تظهر من خلال أداء دون المتوسط للقدرات العقلية، مصحوبا بقصور في المهارات التوافقية، في واحد أو أكثر من المجالات الآتية:

التواصل –العناية بالنفس –المهارات الاجتماعية –الأداء الأكاديمي –الإفادة من المجتمع –المهارات العملية – قضاء وقت الفراغ –العمل –المعيشة الاستقلالية .

ـ و تعرف الرابطة الأمريكية الإعاقة الذهنية انها عجز يتميز بأوجه قصور واضحة في كل من الأداء الوظيفي العقلي والسلوك التكيفي ويظهر هذا القصور في المهارات المفاهيمية والإجتماعية والتكيفية ويضهر هذا القصور في السن (18 سنة) (السيد ،1999 ، 46 ، 50).

1 ـ 7 ـ تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي:

أشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الحالة على أنها حالة إعاقة عقلية، يشترط استيفاء المحكات الآتية:

أ – أداء ذهني وظيفي دون المتوسط، ودرجة ذكاء حوالي (70 درجة) فأقل على اختبار ذكاء معترف به.

ب – عيوب أو جوانب قصور مصاحبة في الأداء التكيفي الحالي في اثنين على الأقل من المجالات الآتية : التخاطب، استخدام إمكانيات المجتمع، التوجيه الذاتي، المهارة الأكاديمية، العمل، السلامة، الصحة (Harold , 1994 : 125–126)

1 ـ 8 ـ تعريف الإعاقة العقلية البسيطة :

تشير الجمعية الأمريكية للطب النفسي إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة هم فئة من الأطفال نسبتهم (80 %) من ذوي الإعاقة العقلية، وتتراوح معاملات ذكاؤهم بين (50 – 70 درجة) ويتسمون بقصور في مهاراتهم الاجتماعية، والحركية، والكلامية، وعندما يكبرون قد يعتمدون على أنفسهم اقتصاديا من خلال العمل

الذي لا يتطلب مهارة فنية عالية، ولكنهم يحتاجون إلى المساندة والتوجيه،عندما يتعرضون لصعوبة ما تواجههم في حياتهم . (Psychiatry American Association,1994 :39-42)

وكما تعرف على أنها مرحلة متوسطة بين التدهور الإدراكي المتوقع للتقدم الطبيعي في العمر، والتدهور الأكثر خطورة لحالة الخرف .قد تشمل هذه الحالة مشكلات في الذاكرة واللغة والتفكير والحكم على الأشياء، حيث تكون تلك المشكلات أكبر من التغيرات العادية المرتبطة بتقدم العمر. إذا كنت مصابًا بالإعاقة العقلية البسيطة، فقد تلاحظ تراجع الذاكرة أو الوظيفة العقلية. كما قد تلاحظ العائلة والأصدقاء المقربون حدوث تغيير. ولكن هذه التغيرات بوجه عام ليست شديدة بما يكفي لتتعارض مع حياتك اليومية والأنشطة المعتادة، قد تزيد الإعاقة العقلية البسيطة من خطورة حدوث تطور لاحق لداء الخرف، الناتج عن مرض الزهايمر أو الحالات العصبية الأخرى، ولكن بعض المصابين بالإعاقة العقلية البسيطة لا تسوء حالتهم مطلقًا، بل تتحسن حالة البعض في النهاية (ibtesamah ; 2012 . 22)

ومما سبق يمكننا القول بأن الإعاقة العقلية عموما أنها انخفاض أساسي في الذكاء يظهر في أي وقت من ميلاد الطفل وحتى البلوغ وتظهر الآثار المترتبة على عدم اكتمال النمو العقلي في المجالات والأنشطة المختلفة التي ترتبط بالتعلم أو التكيف الاجتماعي، حيث ينحرف مستوى أداء الفرد عن الأداء المتوسط بمقدار إنحرافين معياريين سالبين، وفي حالة عدم اكتمال النمو العقلي يكون الشخص غير قادر على موائمة نفسه مع البيئة العادية، كما انه لا يستطيع الحياة بدون إشراف أو حماية خارجية ، وتتضمن الإعاقة العقلية إما نقص في التكوين العقلي وفي أعضاء المخ مثل حالات الضعف العقلي، وإما خلل في التفكير أو في الإحساس مثل حالات المرض النفسي السيكوسوماتي والمرض العقلي بأشكاله المختلفة .

2 ـ تصنيفات الإعاقة العقلية:

يمكن تصنيف حالات الإعاقة العقلية وفقا لعدد من المتغيرات والتي قد تتداخل معا وهي كالتالي:

2 . 1 ـ التصنيف الطبي للإعاقة العقلية :

يقوم التصنيف الطبي على التصنيف السببي للإعاقة الذهنية كالتالي:

ـ تخلف ذهني مرتبط بأمراض معدية مثل (الحصبة الألمانية ، والزهري ، خاصة إذا حدثت الإصابة في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل).

ـ تخلف ذهني مرتبط بأمراض التسمم مثل (إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص ، والزرنيخ ، وأكسيد الكربون).

ـ تخلف ذهني مرتبط بأمراض ناتجة عن اصابات جسمية مثل (إصابة الدماغ أثناء الولادة ، او بعدها لأي سبب من الأسباب.

ـ تخلف ذهني مرتبط بأمراض التمثيل الغذائي مثل (الفينيلسيتونورين ، الجلاكتوسيما).

ـ تخلف ذهني مرتبط مرتبط بأمراض ناتجة عن أورام غريبة مثل (الدرن).
تخلف ذهني مرتبطة بأمراض غير معروفة تحدث قبل اولادة وبعد الولادة.
ـ تخلف ذهني مرتبط بالعامل الريزيسي(RH) .(طارق فاروق ،2018، 22).

2 ـ 2 ـ التصنيف الطبي الإكلينيكي (حسب متغير الشكل الخارجي):

ويقصد بذلك التصنيف الإكلينيكي حالات الإعاقة العقلية حسب مظهرها الخارجي وتضم:

2 ـ 2 ـ1 ـ حالات متلازمة داوون :

تعد من أكثر الأنماط الإكلينيكية شيوعا بين فئتي التخلف الذهني المتوسط ، وتسمى بمتلازمة داون نسبة إلى مكتشفها " كليفورد داون " عام (1866) وتمثل حوالي (700–600 /1) من بين الأسوياء ويمثلون حوالي من (10–20) من أطفال مؤسسات التخلف الذهني ، وله القدرة على تعلم مهارات رعاية نفسه ، وتعلم السلوك الإجتماعي المقبول ، وتعتبر الوراثة من الأسباب الوراثية الشائعة بالإصابة بها كما أن عامل توزيع الكروموزومات في شكل كروموزوم جنسي زائد فالمصاب بها لديه (47 كروموزوم) اما العادي لديه (46 كروموزوم) (منى ابراهيم ،2015، 29).

2ـ 2 ـ 2 ـ حالات الإستسقاء الدماغي :

وهي حالات تتميز بتضخم في الرأس ، وبروز الجبهة نتيجة لزيادة السائل المخي بشكل غير سوي ، حيث يتلف المخ نتيجة للضغط المستمر ، وتتوقف مدى الإعاقة العقلية على مدى التلف الذي حدث في أنسجة المخ ، وقد يصل محيط الجمجمة في بعض الحالات إلى (75 سم) رغم بقاء حجم الوجه عاديا (زهران ، 1971 ،436).

2 ـ 2 ـ3 ـ حالات القماءة :

وهي ما تعرف بأقزام ضعاف العقل ، وهي حالات تتميز بقصر القامة ، وتأخر النمو ، ولايزيد طول الفرد فيها عن (90 سم) مهما كان عمره الزمني ، ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالة عن مستوى العته والبله ، ومن الخصائص المميزة لهم ، شعر خشن خفيف ، عينان صغيرتان ضيقتان ، والشفتان غليظتان واللسان ضخم، والصوت خشن والكسل واضح (سهير كامل ، 2007 ، 97).

2 ـ 2 ـ 4 ـ حالات صغر الدماغ :

ويتميز الطفل بصغر حجم الرأس أو الجمجمة ، وضغط عظام الجمجمة على المخ ، ويتميز اصحابها بقصر القامة ، وضعف اللغة والقدرات العقلية ، وقد يرجع ذلك إلى إصابة الطفل في الشهور الأولى من الحمل ، أو حدوث عدوى للأم أثناء فترة الحمل مما يؤدي إلى التئام عظام الجمجمة مبكرا ، بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نموا طبيعيا . (القريطي ، 2005 ، 226)

2 ـ 2 ـ 5 ـ حالات كبر الدماغ :

ويتميز الطفل بكبر حجم محيط الجمجمة وزيادة حجم الدماغ ، ويصاحب ذلك زيادة في حجم المخ خاصة الخلايا الضامة والمادة البيضاء ، وترجع هذه الحالة لوجود عيب في المخ إنتقل عن طريق الجينات الوراثية ، مما أدى للنمو الشاذ لخلايا المخ (عبد المؤمن ، 1986 ،145) .

2 ـ 2 ـ 6 ـ حالات الصرع :

يعد الصرع من أهم الحالات المصاحبة لنسبة كبيرة من المعاقين عقليا ، ويشتركان في كثير من الأسباب كالعوامل الوراثية ، والأمراض المعدية ، والإصابات المباشرة ،والتسمم ، وأورام المخ ، والإختناق سواء قبل الولادة أم خلالها ، وتختلف النوبات الصرعية من حيث المدة الزمنية التي تستغرقها ، والمظاهر الحركية التي تصاحبها ، فقد تستغرق النوبة حوالي خمسة دقائق كما في النوبة الكبرى ، أما في النوبة الصغرى فتتستغرق ثلاثون ثانية ، بينما النوبة الإختلاجية فقد تستغرق ثواني معدودة ، وتصاحب بعض النوبات بالشعور بضيق في التنفس ،والدوخة ، والهلاوس البصرية والسمعية ،والرعشة الشديدة ، والتخشب أو التشنج ، والغيبوبة التي يعقبها تنفس شديد في النوبة الصغرى (طارق فاروق ، 2018 ،25)

2 ـ 3 ـ التصنيف السيكومتري لحالات الإعاقة الذهنية (حسب متغير نسبة الذكاء):

ويقصد بذلك تصنيف حالات الإعاقة العقلية حسب قدرتها العقلية وموقعها على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية وتضم حالات الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة والشديدة.

2 ـ 3 ـ 1 ـ الإعاقة الذهنية البسيطة :

تمثل هذه الفئة (85 %) تقريبا من المعاقين عقليا ، وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة من (50–55 إلى 70 درجة تقريبا) وتبدو الخصائص الجسمية لهذه الفئة مقاربة لمظاهر النمو الجسمي العادي المناظرة لها في العمر الزمني ، وخاصة المظاهر المتعلقة بحجم ومحيط الرأس ، والطول ، الوزن ، والمهارات الحركية العامة ويتميز أطفال هذه الفئة بعدد من الخصائص الإجتماعية والتي تبدو في الأداء الموازي أو المقارب لأداء الأطفال العاديين في نفس العمر ، وعلى مهارات الحياة اليومية ، والمهارات اللغوية ، ومهارات تحمل المسؤولية ، والتنشئة الإجتماعية (رضا ، 2015، 81).

ويؤكد **كاستيلو** أن نسبة الإعاقة الذهنية البسيطة تمثل حوالي (2،5 %) من عدد السكان وتنتشر بنسبة كبيرة بين الذكور لا الإناث ، وقد أشار إلى أن نسبة ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة تمثل حوالي نحو (75 %) من ذوي الإعاقة العقلية (castello , 1995 ,30) .

2 ـ 3 ـ 2 ـ الإعاقة الذهنية المتوسطة :

تمثل هذه الفئة (10 %) من الأشخاص المعاقين عقليا ونسبة الذكاء لهذه الفئة مابين (40– 54 درجة) يتعلمون رعاية انفسهم ، وهم قادرون على القيام بمهارات اكاديمية أقل (محمد ، 2015 ،81).

2 ـ 3 ـ 3 ـ الإعاقة الذهنية الشديدة :

تمثل هذه الفئة (5%) تقريبا و تتراوح نسبة ذكاؤهم من (25–39 درجة) لديهم عيوب في الكلام ويمكنهم ان يحققو الحد الأدنى من مهارات السلوك التكيفي .

2 ـ 3 ـ 4 ـ الإعاقة الذهنية الحادة :

نسبة ذكاء هذه الفئة أقل من (20 – 25 درجة) وتمثل من (1 – 2 %) تقريبا من المعاقين عقليا لديهم مشكلات ملحوظة في الإدراك الحسي ، وعجز شديد في نسبة الذكاء مما يجعل هناك صعوبات شديدة في تعلمهم (kahn djeams, wilsson et all : 1966.448)

2 ـ 4 . تصنيف حالات الإعاقة الذهنية حسب متغير البعد التربوي:

ويقصد بذلك تصنيف حالات الإعاقة العقلية حسب قدرتها على التعلم وخاصة المهارات الأكاديمية المدرسية التربوية وتضم حالات القابلين للتعلم ،والقابلين للتدريب ،والاعتماديين.

2 ـ 4 ـ 1 ـ القابلين للتعلم :

تعتبر هذه الفئة من الفئات التي لديها القدرة على الإستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة ، فيحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغيير في السلوك الإجتماعي ، ليصبح مقبولا في تفاعلهم مع الأخرين ، وأيضا في تحسين العمليات المعرفية والمهنية لديهم ، وتستطيع تلك الفئة الإعتماد على نفسها في مرحلة عمليات البيع والشراء ، والعمل اليدوي مع مبادئ بسيطة من الناحية الأكاديمية والمهارات الأولية للتعلم ، وتتراوح معاملات ذكائهم مابين (50 ـ 70 درجة)(ماضي ، 2018، 98)

2 ـ 4 ـ 2 ـ القابلين للتدريب :

تتراوح معاملات ذكاء هذه الفئة من الأطفال مابين (40 ـ 50 درجة) وتتميز هذه الفئة بأن تحصيلها الأكاديمي منخفض جدا ، ولا يستطيع أفرادها العمل إلا في ورش محمية وهم غير قادرين على العناية بأنفسهم بدون مساعدة الأخرين لهم

2 ـ 4 ـ 3 ـ فئة الإعتماديين :

وهم فئة الأطفال غير القابلين للتعلم وغير القابلين للتدريب الذين يحتاجون لوصاية الأخرين ، وغير القادرين على الإستفادة من التعلم في المدارس العادية ، وكذلك في الفصول الخاصة بالمعاقين عقليا وهم بحاجة ماسة إلى رعاية مستمرة (ماضي ، 2018 ، 99)

2 ـ 5 ـ تصنيف حالات الإعاقة الذهنية حسب السلوك الاجتماعي:

يركز هذا التصنيف على مستوى النضج الاجتماعي إلى جانب معامل الذكاء في تحديد فئات الإعاقة الذهنية ويذكر (عبد الر حمن سليمان) في (ماضي ، 2018 ، 99) أن التصنيفات الإجتماعية تتخذ عدة معايير اساسية لتحديد المعاقين ذهنيا وفئاتهم المتنوعة ، تتمثل هذه المعايير في الخصائص السلوكية الإجتماعية وعدم النضج الإجتماعي ونقص الكفاءة أو الصلاحية الإجتماعية للفرد وعدم مقدرته على تفهم المواقف الاجتماعية ومسايرتها .

ومما سبق يمكن القول ان للإعاقة الذهنية عدة تصنيفات منها الطبية والتي تكون حسب المظهر والشكل الخارجي والتصنيفات السيكومترية التي تصنفها حسب نسبة ودرجة الذكاء كما ان التصنيف الاجتماعي الذي

يصنف الإعاقة الذهنية حسب شدة الإعاقة ، كما ان هناك التصنيف التربوي والذي يقسمها إلى فئات قابلة للتدريب والتعليم والسلوكات الاجتماعية .

3 ـ خصائص وسمات ذوي الإعاقة الذهنية :

يعتبر الطفل المعاق ذهنيا طفل غير عادي والذي ينحرف انحرافا ملحوظا عن غيره من الأطفال العاديين في إحدى سماته أو في بعضها ومن بين هذه السمات والخصائص نذكر مايلي :

3 ـ 1 ـ الخصائص الجسمية والحركية :

فعادة لا يختلف المعاقين عقليا في مظهرهم الجسمي أو العضوي عن مظهر أقرانهم من العاديين وغالبا لا يتم التعرف عليهم أو تشخيصهم كمعاقين عقليا إلا عندما يتفاعل معهم الأخرون أو عندما يدخلون المدرسة اول مرة (hallahan & kuffman 1991 : 48).

وتشير علا عبد الباقي (1993) إلى أن بدايات مظاهر النمو الجركي تكون متأخرة عند هؤلاء الأطفال المعاقين ذهنيا ، حيث يتأخر الطفل المعاق ذهنيا في الجلوس ، والحبو ، والوقوف ، والمشي ، والجري والقفز والكلام ، كما يتأخر في القدرة على التوازن الحركي ويحتاج إلى تدريبات في تنمية القدرات الحركية بصفة عامة (عبد الباقي ،1993 ،73).

أما حالات الإعاقة العقلية البسيطة فلا توجد خصائص جسمية تميزهم عن أقرانهم العاديين، فهم يشبهون العاديين إلى حد ما في الوزن والطول والحرآة والصحة العامة والبلوغ الجنسي، لذا لا يعتمد على الخصائص الجسمية في تشخيص الإعاقة العقلية؛ لأن الفروق بين معظم حالات الإعاقة العقلية وأقرانهم العاديين في هذه النواحي قليلة لا تفرق بينهما بشكل قاطع .وتشير الدراسات إلى أن حالات الإعاقة العقلية البسيطة تنمو جسميا مثل العاديين تقريبا في الطفولة، وتظهر عندها علامات البلوغ الحسي والجنسي في مرحلة البلوغ والمراهقة، ويكتمل عندها نمو العضلات والعظام والطول والوزن والجنس، في حوالي سن الثامنة عشرة مثل أقرانهم العاديين، وهذا يعنى أن معظم ذوي الإعاقة العقلية يصلون إلى سن الرشد الجسمي، ويكتمل بلوغهم الجسمي والجنسي .(إبراهيم ، 1996 ،274)

كما يتسم ذوي الإعاقة العقلية ببطء في النمو الجسمي بصفة عامة، وصغر الحجم والوزن عن العاديين، ونقص حجم ووزن المخ عن المتوسط، وتشوه شكل الجسم والأذنين والعينين والفم والأسنان واللسان، وتشوه الأطراف وبطء في النمو الحركي، وتأخر الحركة واضطرابها وروتينيتها، وضعف واضطراب في النشاط الجنسي وقصر القامة، والميل إلى النحافة أحيانا، والسمنة أحيانا أخرى، وعدم التناسب بين الوزن والطول و أن شكل الوجه في معظم الحالات يكون غير طبيعي، حيث يمكن ان يكون أكبر وأصغر من المعتاد بدرجة واضحة، والأذن الخارجية مشوهة، والفم ذو شفتين ممدودتين متدليتين، والعينان مختلفتان من حيث الشكل أو اللون أو الوضع والأسنان نموها مختل، وشكلها مشوه، إلى غير ذلك من المظاهر الجسمية كما ترتبط الإعاقة العقلية بالتأخر

الواضح في النمو الحركي الذي يتمثل في تأخر المشي وضعف كل من التوافق الحركي والتوافق العضلي فالأطفال ذوو الإعاقة العقلية لديهم اضطراب في المشي فهم غالبا ما يكونون أبطأ من العاديين، ويعانون تأخر في نموهم الجسمي والحركي.(يوسف ، 2012، 14).

3 ـ 2 ـ الخصائص المعرفية :

من المعروف أن الطفل المعاق عقليا لا يستطيع أن يصل في نموه التعليمي إلى المستوى الذي يصل اليه الطفل العادي ، كذلك ان النمو العقلي لدى الطفل ذوي الإعاقة الذهنية أقل من معدل نموه من الطفل العادي ، حيث ان مستوى ذكاءه قد يصل إلى (70 درجة) كما أنهم يتصفون بعدم قدرتهم على التفكير المجرد وانما استخدامهم قد حصر على المحسوسات ، وكذلك عدم قدرتهم على التعميم

كما إن ذوى الإعاقة العقلية لديهم ضعف في القدرات المعرفية تظهر في عدم قدراتهم على الإفادة من التعليم بالمدارس العادية، وفى بطء الفهم وضحالة أفكارهم وعدم ترابطها، وعدم انسجامها، وفى أخطائهم الواضحة في الإدراك والفهم والاستنتاج، وعدم قدرتهم على تمييز الخطأ والصواب، وقصور قدرتهم على أداء الأعمال التي تساعدهم على كسب عيشهم وحاجاتهم المستمرة إلى رعاية غيرهم لهم وتتضح أوجه القصور والنقص فى الجوانب العقلية المعرفية لدى الأطفال ذوى الإعاقة العقلية فيما يلى:

ـ **القصور فى الانتباه :** يصعب على ذوى الإعاقة العقلية الانتباه لموضوع معين فترة طويلة من الزمن فالطفل ذو الإعاقة العقلية لا يستطيع تركيز انتباهه فى نشاط معين بالدرجة التى يستطيعها الطفل العادى، وسرعان ما يشرد، لذلك لا يستطيع فهم المواقف التى تتطلب المتابعة والتركيز ، فهو ينتبه لشئ واحد لمدة محدودة وقصيرة ويشتت انتباهه بسرعة، وتمر به أشياء كثيرة لا ينتبه لها من تلقاء نفسه، لأن مثيرات الانتباه الداخلية لديه ضعيفة، ويحتاج الى ما يثير انتباهه من الخارج والى من ينبهه الى ما يدور حوله .ويشده إلى الموضوع الأساسى (مرسي،1996، 280)

ـ **ضعف القدرة على التذكر :**

من الخصائص العقلية التي يتصف بها ذوو الإعاقة العقلية أنهم سريعو النسيان، لأنهم يحفظون المعلومات والخبرات في الذاكرة الحاسية بعد جهد جهيد في تعلمها، فإذا طلب المعلم من التلميذ ذي الإعاقة العقلية إعادة مجموعة من الكلمات أو الصور أو الخبرات التي تعلمها منذ قليل، يجده نسى معظمها، ويبدو كأنه لم يتعلمها وهذا ما يجعلهم في حاجة دائمة لإعادة تعلم ما تعلموه سابقاً ، حيث يعاني جميع المتخلفين عقليا من قصور في الذاكرة القصيرة والبعيدة ،لا يتقنون ما تعلموه ،لا يحتفظون في ذاكرتهم لمدة طويلة إلا بمعلومات وخبرات قليلة وبسيطة بعد جهد كبير في تعلمها ،وقد يرجع السبب في ضعف القدرة على التذكر لدى ذوى الإعاقة العقلية إلى القصور في الذاكرتين القصيرة الأمد والبعيدة الأمد؛ لأنهم لا يتقنون ما تعلموه، ولا يحتفظون في ذاكرتهم لمدة طويلة إلا بمعلومات وخبرات قليلة بعد مجهود كبير في تعلمها، مايجعلهم ذلك في حاجة مستمرة لإعادة وتكرار ما تعلموه من جديد بعذ كل تعلم (Scheafr, 1983 : 306)

ـ قصور فى القدرة على الإدراك:

يعاني الطفل ذو الإعاقة العقلية من قصور في عمليات الإدراك العقلية خاصة عمليتي التمييز والتعرف على المثيرات التي تقع على حواسه الخمس بسبب صعوبات الانتباه والتذكر لديه، فهو لا ينتبه إلى خصائص الأشياء فلا يدركها،وينسى خبراته السابقة لها فلا يتعرف عليها بسهولة، مما يجعل إدراكه لها غير دقيق أويجعله يدرك جوانب غير أساسية فيها و من أهم السمات العقلية للطفل ذي الإعاقة العقلية عدم إدراكه العلاقات بين الأشياء،وعدم القدرة على الاستفادة من الخبرات السابقة بشكل جيد

كما يعجزون عن تمييز الألوان والأحجام رغم سلامة عملية الإبصار لديهم، ويرجع ذلك لقصور قدراتهم العقلية كما يتسمون بمحدودية مجال الإدراك البصرى لدى الأطفال ذوى الإعاقة العقلية ومن المرجح أن هذا يعد سمة لجميع أنواع الإدراك الأخرى لديهم، وتقترن محدودية مجال الإدراك بضآلة حجم الموضوع المدرك (يوسف ، 2012 ، 20).

ـ **ضعف القدرة في التفكير وتكوين المفهوم** : إن تفكير المتخلفين عقلياً متوقف عند مستوى المحسوسات ولا يرتقي الى مستوى المجردات وإدراك الغيبيات ،فهم القوانين ،النظريات، المبادئ يتصف الأطفال ذوو الإعاقة العقلية بقصور قدرتهم على التفكير المجرد، فهم لا يستطيعون استخدام المجردات في تفكيرهم، ويلجأون دائما إلى استخدام المحسوسات، وعندما يكونون مفاهيم معينة، فأنهم لا يستطيعون إدراك هذه المفاهيم إدراكا مجردا (يوسف ، 2012، 21)

ويؤدى قصور ذاكرة الطفل ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وضعف قدراته على اكتساب المفاهيم وتكوين الصورة الذهنية والحركية إلى أن تفكير هذا الطفل ينمو بمعدلات قليلة .ويتوقف تفكير الطفل ذوى الإعاقة العقلية عند مستوى التفكير البسيط واستخدام المفاهيم الحسية والصور الذهنية والحركية .ويظل غالبا عند مستوى الأشياء المحسوسة، ولا يرتقى إلى مستوى المجردات وفهم القوانين بسهولة (مرسى،1999، 282)

كما يتميز الاطفال ذوي الإعاقة العقلية بـ :

_ أداء منخفض عن المتوسط في اختبارات الذكاء.

_ قصور في المقدرة على الملاحظة ، إدراك العلاقات.

–قصور الفهم ،الاستيعاب.

–تدني المقدرة على التحصيل الدراسي.

_ يعاني من نقص في التمييز

_ يعاني من عجز في قدرته على التصور حيث لا يمكنه إعطاء صورة دقيقة لما يراه .

ـ ضعف القدرة على التخيل ويتسم التفكير لديهم بالسذاجة

ـ –بطء التعلم ،الجمود ، التصلب العقلي (نقص المرونة العقلية)..

–والقصور في التفكير المجرد و الإبداع. (طارق ،2018 ،38)

3 ـ 3 ـ الخصائص التعليمية والدراسية :

ويذكر " telford " أن المعاقين عقليا هم أقل من زملائهم الأسوياء في الواجبات ، والأعمال ، والأنشطة المدرسية (telford&sawrrey, 1982: 275).

ويضيف "دافيسون ونيل "(1990) بأن بعض المعاقين ذهنيا يستطيعون تعلم بعض المواد الدراسية ، ومثل هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى مساعدة للتغلب على المشكلات الإجتماعية والدراسية واللغوية لذلك يجب ان تخصص لهم فصول خاصة لها مناهجها التي تتفق وقدراتهم (Davisson,1990:445)

3 ـ 4 ـ الخصائص الاجتماعية :

يقصد بالخصائص الاجتماعية للمعاقين ذهنيا مهارات التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاسرية ، والاتجاهات الإجتماعية ، وبجه عام لديهم قصور في المهارات التكيفية في حدود البيئة التي يعيشون فيها أما المعاقين القابلين للتعلم يستطيون التكيف نسبيا ، كما انهم يتصفون بالسلوكيات غير المرغوبة ، والتي ترجع إلى اضطراب الشخصية مثل : (ـ عدم الاتزان ـ والميل إلى السيطرة ـ ضعف الأنا الأعلى ـ الميل إلى الفردية

ـ وعدم مسايرة الأخرين ـ والقابلية للإيحاء ـ التمرد ـ العصياد ـ العدوانية ـ اتباع اساليب عنيفة)

مما يؤثر على مشاركتهم في العمل الجماعي مع إقرانهم وصعوبة تكوين علاقات صحيحة مع الآخرين وصداقات معهم ، نتيجة الصعوبة في التواصل الاجتماعي مع الآخرين وضعف المهارات اللغوية اللازمة لإتمام هذا التواصل بصورة سليمة ومقبولة (neale ,1998:461).

ويشير "نادر الزيود " بأن الطفل المعاق ذهنيا يتصف ببعض الصفات الاجتماعية والتي قد انعكست من خلال قدراته العقلية فقد لوحظ أنه يميل إلى الإنسحاب والتردد والقيام بالسلوك التكراري ، وعدم قدرته على ضبط انفعالاته وعدم القدرة على انشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير وغالبا مايميل نحو المشاركة مع الاصغر منه سنا في نشاطه ، وقد يميل إلى العدوان وعدم تقدير الذات ، وكذلك العزلة ، والانطواء وتكرار الاجابة رغم تغيير السؤال وكذلك كثرة النشاط الزائد (فاروق ،2018 ،39)

3 ـ 5 ـ الخصائص اللغوية :

تعتبر المشكلات المرتبطة بالجوانب اللغوية مظهرا مميزا للإعاقة العقلية، وعلي ذلك فليس من المستغرب أن نجد أن مستوي الأداء اللغوي لذوى الإعاقة العقلية اقل بكثير من مستوي الأداء اللغوى للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني، وتتنوع مظاهر هذا القصور في القدرات اللغوية ما بين التأخر في الكلام و ضعف القدرة التعبيرية، وبعض عيوب الكلام، ونظراً لارتباط النمو اللغوى ، بدرجة الإعاقة لدى هؤلاء الأطفال فإن كثيراً من ذوى الإعاقة العقلية البسيطة يطورون قدرتهم اللغوية على الكلام بحيث تصل إلي الكلام العادى وهناك

كثير من الدراسات المعاصرة التي ركزت على تنمية المهارات اللغوية لدي ذوى الإعاقة العقلية البسيطة من خلال البرامج التربوية المختلفة (محمد، 2012، 21)
تشير " اريكا " (2001) بأن هناك عدد حالات الإعاقة الذهنية لديهم قدرات لغوية محدودة جدا ، فلديهم اضطرابات معرفية متنوعة لذلك فهم غير قادرين على ترتيب الصور ترتيبا صحيحا ، كما يعانون من صعوبة في نطق وتسمية الاشياء (Erika , 2001: 349).

كما يشير " بانقور " أنه يعاني أكثر من نصف الأطفال المعاقين ذهنيا من تأخر الكلام واضطرابات لغوية فهم يجدون صعوبة في نطق الكلمات ودائما لديهم تشوه على مستوى الحروف والاصولت المنطوقة وصعوبة في تسمية الاشياء كما يجدون صعوبة في تكوين جملة كاملة (bangor,2001:56)

3 ـ 6 ـ الخصائص الشخصية و الإنفعالية :

يتصف المعاقون عقليا بالعديد من الخصائص الانفعالية ، فقد وضح المربيين أن المعاقيين عقليا يتصفون بأنهم لا يتحكمون في انفعالاتهم عندما يتعرضون لمواقف لا يستطيعون العمل معها، حيث انها من السهل إستثارتهم بسرعة ، ويكون ذلك في صورة بكاء ، او صراخ ، كما انهم يخافون من بعض الحيوانات ، والاماكن المغلقة ، وانهم قابلون للأستهواء ، وسهولة الانقياد ، وبذلك يسهل إغرائهم ، واستخدامهم في بعض الأعراض الخارجة عن القانون (طارق ،2018، 40)

وكذلك من بين السمات الشخصية والانفعالية للطفل المعاق ذهنيا نجد لديه :

ـ السلوك الانسحابى :

يميل بعض هؤلاء الأطفال إلى الانعزال والانطواء وعدم مشاركة الآخرين في علاقات اجتماعية، وعلى الأخص مع من هم خارج النطاق الأسرى، وذلك نظراً لما يشعرون به من إحساس بالدونية، وانخفاض التوقعات الاجتماعية منه ومعاملة الآخرين لهم على أنهم أناس مختلفين

ـ السلوك العدواني :

قد يميل بعض الأطفال ذوى الإعاقة العقلية إلى إظهار سلوكيات عدوانية مع أقرانهم العاديين، وذلك بسبب الاتجاهات السالبة للآخرين نحو الإعاقة العقلية، أو مع أنفسهم، أو نحو الأشياء التي توجد حولهم، وذلك إذا ما تكررت محاولات الفشل والإحباط من تلك الأشياء المحيطة بهم .

ـ الشعور بالقلق :

أكدت بعض الدراسات أن الأفراد ذوى الإعاقة العقلية أكثر قلقا من أقرانهم العاديين نتيجة الإحباط والفشل في بعض مواقف تهديد وتقدير الذات، لذلك يلجأ ذوو الإعاقة العقلية إلى الحيل الدفاعية التي تمكنهم من مواجهة التهديد، كما أن تعرض ذوي الإعاقة العقلية للفشل والإحباط يجعلهم أكثر سلبية، وأن إيداعهم في مؤسسات اجتماعية يجعلهم أكثر طاعة وخضوعا،ويضعف رغبتهم في إثبات كفاءتهم

ـ التردد :

قد يظهر الطفل ذو الإعاقة العقلية ترددا عند البدء في عمل جديد أو عند الانتقال من خطوة إلى خطوة في بعض الأعمال التي يقوم بها)

ـ النشاط الزائد :

لا يكف الأطفال ذوو الإعاقة العقلية الذين يعانون تلفا في الجهاز العصبي المركزى عن الحركة المستمرة، حيث لا يمكنهم الاستقرار في مكان دون غيره فيحتاج الأطفال ذوو النشاط الزائد إلى المراقبة ليلاً ونهاراً

ـ الجمود :

يتسم سلوك ذوى الإعاقة العقلية بالجمود، وخاصة الذين يعانون من تلف في المخ، حيث يظهرون ميلا إلى القيام بالأعمال الروتينية على نحو متكرر وبلا ملل

ـ تدنى تقدير الذات :

يتسم سلوك الطفل ذي الإعاقة العقلية بالتردد والتكرار، وأنه من الصعب أن نحصل على استجابة منه إلا بعد أن نشعره بالأمن و الطمأنينة ويرجع الشعور بعدم الكفاءة وأنه عديم القيمة لا وزن له عند الطفل ذي الإعاقة العقلية بسبب الفشل الذي يمر به ونظرة الآخرين إليه

ـ تدنى مفهوم الذات :

أكدت دراسة "جونسون (Johnson 1990) أ ن مفهوم الذات عند الطفل " ذى الإعاقة العقلية أكثر سلبية ولديه درجة عالية من الخوف لأنهم يحسون بأنهم مقبولين من أقرانهم.

ويضيف"عبد الرحمن سليمان(2001) استخلاصا مهما من واقع الكتابات السابقة في مجال خصائص ذوى الإعاقة العقلية، فيذكر أنه فيما يتعلق بالخصائص الانفعالية لدى الطفل ذى الإعاقة العقلية، فإنه يمكن تفسير هذه الخصائص في ضوء خاصية أساسية هي"توقع الفشل"والتي تعزى إليها أوجه القصور الأخرى، والتي تتمثل في نقص الدافعية، وعدم القدرة على تحمل الإحباط، وانخفاض مفهوم الذات .فتوقع الفشل يأتي غالبا نتيجة لخبرات الطفل الطويلة مع الفشل .وفي هذا السياق يفترض أنه يمكن التغلب على بعض أوجه القصور لدى الطفل، بتوفير بيئة مشجعة، يخبر فيها النجاح، والتقدير الصحيح لقدراته.(محمد ، 2012 ، 21 ـ 22 . 23).

يمكننا القول مما سبق أن لذوي الإعاقة الذهنية عدة خصائص وسمات تميزهم عن غيرهم من الأطفال العاديين كالخصائص الجسمية والحركية والمعرفية كالقصور في الانتباه وسمات اجتماعية كالسلوك الانسحابي كما يتميزون بالخصائص الإنفعالية ونقص الدافعة وانخفاض لمفهوم الذات كما يتميز يالخصائص التعليمية والدراسية ، كما يوجد عدة تطبيقات تربوية سنعرضها فيما يلي .

4 ـ التطبيقات التربوية لنظرية التعلم السلوكية في مجال الإعاقة الذهنية

تعددت التطبيقات التربوية للنظريات التعلم السوكية في مجال الإعاقة الذهنية ونندرجها فيمايلي :

4 ـ 1 ـ التطبيقات التربوية لنظرية ثورندايك في مجال الإعاقة العقلية :

تبدو أهمية تطبيقات هذه النظرية في تعليم الأطفال المعاقين عقليا الكثير من أشكال السلوك ، مثل مهارات الحياة اليومية أو مهارات القراءة ومهارات الأرقام الحسابية ، وكذلك كف الاستجابات غير المرغوبة فيها كالنشاط الزائد أو مص الأصابع ، وقضم الأظافر ... الخ.

ويفضل توظيف هذه النظرية وتطبيقها في مجال الإعاقة العقلية خاصة حينما يكون الارتباط واضحا بين مثيرا ما واستجابة ما ويمكن أشراط تلك الاستجابة بمثير جديد يسمي المثير الشرطي .

ومن التطبيقات العملية لهذه النظرية في تعلم الأطفال المعاقين عقليا تلك التجارب التي أجراها ازرن (1937) والتي يذكرها هلهان و كوفمان (1977 – 1999) والتي تتعلق بظاهرة تبليل الفراش وكيفية استخدام الأشراط الكلاسيكي و تعديل سلوك الأطفال ، حيث تفسر حالة تبليل الفراش بفشل الطفل في الاستجابة لمثير محدد ، ألا وهي الاستيقاظ في الوقت المناسب و على ذلك يصمم برنامج تعديل السلوك وفق الإجراءات التعلم الشرطي بالبحث عن مثير شرطي (صوت الجرس الكهربائي) يمكن أن يعمل على إيقاظ الطفل في الوقت الذي يبلل فيه الطفل نفسه ، إذ يعمل البلل في هذه الحالة على إيصال الكهرباء للجرس ، وبتكرار ذلك عدد من المرات يصبح صوت الجرس أو الصدمة الكهربائية مشيرا شرطيا بعمل على إيقاظ الطفل قبل حدوث عملية البلل فيما بعد ويمكن استخدام نفس الفتيات السابقة سواء أكانت على شكل صوت جرس كهربائي أو صدمات كهربائية كثيرات شرطية تعمل على وقف السلوك غير المرغوب فيه لدى الأطفال المعاقين عقليا مثل سلوك مص الأصابع أو قضمها أو أشكال السلوك العدواني (فكري ، 2015 ، 133)

4 ـ 2 ـ تطبيقات نظرية الاشتراط الإجرائي في مجال الإعاقة العقلية :

تبدو قيمة النظرية الإجرائية في مجال الإعاقة العقلية في نقطتين هما :

أ – تفسيرها لظاهرة الإعاقة العقلية

ب– توظيفها للمعززات الإيجابية والسلبية في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا.

وتفسر هذه النظرية الإعاقة العقلية على أنها ظاهرة تمثل نقصا في التعلم والخبرة بمعني أن الفرق في الأداء بين الطفل العادي و الطفل المعاق عقليا يرجع إلى ذلك النقض في كل من التعلم والخبرة ، وقد فسرت هذه النظرية ذلك النقص بانه يرجع إلى صعوبة ربط الطفل المعاق عقليا بين الإحداث البيئية المثيرات والاستجابة المناسبة

وتنظر إلى حالات الإعاقة العقلية على أنها حالات تمثل ذلك الأداء الضعيف والسلوك المحدد ، يسبب صعوبة من ظهور الاستجابات المناسبة في المواقف المناسبة ، وبالتالي تعزيزها لي تثبت تلك الاستجابات ، وحسب صاحب هذه النظرية يلعب التعزيز دورا هاما في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا وبالتالي زيادة فرص التعلم والخبرة لديهم

وتعتبر نظرية سكينر من أوسع نظريات التعلم استخداما في مجال الإعاقة العقلية ، وتهتم هذه النظرية الإجرائية بوصف العلاقة بين سلوك الفرد الاستجابات وبين أحدث البيئة المثيرات التي تفترض ضبطها على هذه الاستجابات(متولي ، 2015 ، 145)

4 ـ 3 ـ تطبيقات النظرية الإشراط السلوكي وتوظيفها في مجالات الإعاقة العقلية :

لم تعد الأمراض النفسية والعقلية بعيدة عن الفهم والعلاج منذ أن قدم بافلوف الأساس الفيزيولوجي الواضح لها . ولقد برهنت هذه النظرية عن إمكانيات هائلة في علاج الاضطرابات النفسية .

وما يؤسف له حقا، أن معطيات هذه النظرية القابلة لاستثمارات غير إنسانية، لقد وظفت بصورة غير إنسانية وخاصة في عمليات غسل الدماغ ، حيث قدمت هذه النظرية الأسس العلمية لعمليات غسل الدماغ عن طريق ما يسميه بافلوف العصاب التجريبي الذي يؤدي إلى عدم الارتباطات الشرطية الموضوعية في المخ ، ويعمل على تصفية ثوابت الارتباطات الشائعة وفق نظام جديد من الشرطية المتنافرة التي يمكن أن تؤدي ببساطة إلى الخلل العقلي وإلى الفصام والاضطرابات النفسية المنوعة وخاصة الجنون. لقد استخدمت معطيات هذه النظرية أثناء الحرب العالمية الثانية وما تلاها من حروب في تعذيب الأسرى وغسل أدمغتهم بصورة واسعة .

كما استخدمت في الحرب بصورة واسعة ، ولقد لجأ خبراء علم النفس السوفييت أثناء الحرب العالمية الثانية إلى توظيف الطلاب التي تم تشريطها سيكولوجيا على تناول الطعام تحت الدبابات والعربات حيث كانت الكلاب تجوع لمدة يوم كامل ثم يوضع على جسدها ألغاما مضادة للدرع ومزودة بهوائي موجه إلى الأعلى بحيث يؤدي في حال ارتطامه بجسد الدبابة إلى الانفجار ، وهذا كان يتم إطلاق الكلاب في ساحات المعارك تحت تأثير الجوع والتي كانت تتنقض بفعل الأرتكاسات الشرطية البافلوفية على الدبابات الألمانية لتنشر الرعب والموت في صفوف الألمان النازيين .

وغني عن البيان أن نظرية بافلوف هذه التي دفعت مسارات البحث في ميادين عدة وجدت فيما بعد تطويرها الأصيل على يد المفكر العبقري الأمريكي سكينر الذي ابتكر بصورة خلاقة مفهوم الإشراط الإجرائي الذي يعد بحق تتويجا لنظرية بافلوف وتجاوزا لها في الوقت نفسه حيث استطاع سكنر أن يفسر جملة أنماط السلوك الإنساني وفقا لطريقة جديدة في فهمه المبدأ الاستجابة الشرطية والتي تتمثل في الاستجابة الإجرائية من الصعب العثور على الكوخ الخشبي المتواضع الذي تقيم فيه فالنتينا يرماكوفا – وسط الثلوج خارج هذه القرية الصغيرة شمال روسيا ما عدا بصمات قوائم الكلاب التي تقود إلى باب المنزل (متولي ، 2015 ، 145)

4 ـ 4 ـ التطبيقات التربوية لنظرية الجشطالت في مجال الإعاقة العقلية :

يعتقد أن حركة الجشطلت قد أطلقتها مقالة (فرتهير Wertheirner 1912) عن الحركة الظاهرية ألمانيا ويرجع انتشار النظرية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى اثنين من مفحوصي فرتهيرفي دراساته الأولى وهما :

(كوهلر 1887–1962 Cohler)، و(كوفا 1882– 1948Kofka)، ويرجع الفضل إلى كوهلر في توجيه اهتمامات مدرسة الجشطلت إلى التعلم، وكلمة جشطلت تعني الصفة أو الشكل وقد ظهرت هذه المدرسة كرد فعل مقابل للمدرسة السلوكية، ومبدأ هذه المدرسة أن الخبرة لا يمكن تحليلها وتاتي للمتعلم في صورة مركبة، وعليه لا يمكن رد السلوك إلى مثير–استجابة ، لأن السلوك الذي يهم علم النفس هو السلوك الهادف أو السلوك الاجتماعي الذي يتفاعل به الفرد مع البيئة التي يعيش فيها.

وهناك اتجاهان في تطبيق نظرية الجشطالت في تفسير الإعاقة العقلية

ـ الاتجاه الأول: ويرنر وشتراوس :

هل يحدث قصور في وظائف الكائن الحي الإدراكية إذا ما أصيب باضطراب ذي دلالة و حاول ويرنر و شتراوس وزملائهما أن يجيبوا على هذا بسلسة من الأبحاث علي المعاقين عقليا من الفئات العليا، وكان التخلف في بعض الأحيان من النوع الناشئ عن أسباب خارجية والبعض الأخر من النوع الناشئ عن أسباب داخلية واستخدم الباحثون مجاميع ضابطة من الأسوياء المساوين لهم في العمر العقلي

وقد أتضح من هذه الأبحاث أن المعاقين عقليا بسب خارجي كانوا باستمرار أكثر عرضة للتأثير إدراكهم بالتغيرات التي أدخلت علي الأرضية وكذلك بدرجة التناقض بين الشكل و الأرضية أكتر من زملائهم المعاقين عقليا الأسباب داخلية وظهر هذا في إدراكهم للأشكال أو رسمها بعد رؤيتها وهذه الفئة الأخيرة كان أداؤها مساويا للأطفال الأسوياء وعلى أي حال اختلفت الظروف بين المجاميع بتعديل الظروف التدريبية علما بأن هذه التجارب قد أجريت علي الإدراك البصري والسمعي ، والحسي كذالك التذكر وتعريف المفاهيم

ويمكن تلخيص نتائج هذه البحوث أن تسليم الشكل والأرضية هو أحد العوامل الهامة التي تتأثر بدرجة واضحة عند إدخال عدد من العوامل التدريبية ، وبالرغم من هذه الأبحاث كانت تعير علي درجة كبيرة من الوضوح إجرائها إلا أنها قوبلت بعض الاعتراضات علي كيفية اختيار العينات وتقسيمها فضلا عن أنه قلما يتفق البا حنون علي كيفية التعرف علي الأقل أبحاثا كلاسيكية تمثل غزوا ميدان التخلف العقلي والتعرف على خصائص هذه الفئات ومازالت تحتاج إلى كثير من التأكيد والاستقصاء، ولكن هذا لا يقلل من أهميتها العلمية والتدريبية . (فكري ،2015، 155)

ـ الاتجاه الثاني لوين : (1935 وكونين (1941)

ينتج هذا الاتجاه أساسا في التخلف العقلي من مجموعة من الأبحاث علي المعاقين عقليا بإتباع طرق مختلفة تماما عن الاتجاه السابق ، بناء علي نظرية المجال التوبولوجية التي قدمها الون (1945) و علاقة هذه النظرية بالإعاقة العقلية جاءت الدلائل التدريبية على هذه النظرية من مجموعة من ثلاث تجارب التجربة الأولى في التشبع الإدراكي أو تشبع السلوك أما التجربتين الثانية والثالثة فقد أجرينا علي صغار من المعاقين عقليا وقدرتهم علي الاستمرار في تكملة عمل يكلفون به .

ـ ففي التجربة الأولي: وجد لوين أن العاقين عقليا من الفئة العمر(10 ـ 11 سنة) كانوا يميلون إلي رسم دوائرو خطوط دائرية لمدة أطول من الأطفال الأسوياء في نفس فئة العمر، ولكن لم يكن هناك فرق بين المجموعتين لفئة السن (9 – 10 سنوات) .

وعندما لوحظت المجموعات من الفئة السن (8 – 9 سنوات) وجد أن الأطفال الأسوياء يستمرون أكثر من نفس السن في رسومهم ، ولاحظ لوين أن مجموعة المعاقين إما أن يندمجو في مثل هذا العمل أو يتركوه تماما بينما لوحظت المرونة أكثر في فئة الأسوياء فهم اقل تحديدا في الاندماج من عدم الاندماج وقد فسر لوين هذه النتائج بأن مجموعة المعاقين (10 – 11) تشبه مجموعة الأسوياء بوجه عام من فئة السن (8 ـ 9 سنوات) . (متولي ،2015، 157)

ـ أما التجربتان الثانية والثالثة:

فقد وجد كوك (Kouk) أن مجموعة المعاقين عقليا من سن (8 ـ 9 سنوات) يعودون مرارا لأعمال غير المتكاملة من أدائهم أكثر مما يفعل الأسوياء من فئة العمر(7 ـ 8) سنوات حتى بعد إدخال نشاط بديل مهما كان مشابها أو مختلفا عن العمل السابق .

ويوضح كوين (1941) مظهر الجمود عند المعاقين عقليا إطار نظرية لوين بأن افتراض أن جمود حدود المناطق النفسية يتوقف علي العمر الزمني كما يتوقف على درجة التخلف العقلي و اقتراح نوعين من الجمود أحدهما أسماه الجمود الأولي وهذا النوع من الجمود ينشأ عن تلف يحدث للطبقة تحت القشرية من المخ والنوع الأخر من الجمود و يطلق عليه الجمود الثانوي الذي ينتج عن إصابة أو تلف في القشرة المخية أو التكوين الخطأ فيه، ويظهر الجمود الأولي في جمود النظم أو جمود الموقف أما الجمود الثانوي فيظهر كقصور في الاتجاه إلى التجريد وهو الذي يؤدي بالفرد إلي موقف تشتت الانتباه أو سلوك المداومة والذي شبهه جولد نيتشن برد فعل كالتستر الذي يوصف الفرد نتيجة له بأنه على درجة كبيرة من الجمود(فكري ،2015، 158) .

استنادا لما سبق يمكن القول ان للنظرية التعلم السلوكية عدة تطبيقات تربوية في مجال الإعاقة الذهنية كنظرية الجشطالت والإشراط الكلاسيكي والإجرائي ونظرية ثورندايك وتتدخل نظرية التعلم السلوكية في تعليم الأطفال المعاقين عقليا الكثير من أشكال السلوك ، مثل مهارات الحياة اليومية أو مهارات القراءة ومهارات الأرقام الحسابية ، وكذلك كف الاستجابات غير المرغوبة فيها كالنشاط الزائد.

5 ـ تشخيص حالات الإعاقة الذهنية والوقاية منها :

إن تشخيص حالات الإعاقة الذهنية يجب أن يكون شاملا لجميع جوانب شخصيته النفسية، المرضية، التربوية الاجتماعية، والاقتصادية، على أن يكون ذلك مبكرا من أجل اتخاذ الإجراءات الوقائية والعلاجية التي تمكننا من تجنب بعض حالات الإعاقة، خصوصا إذا ظهرت أعراض غير عادية خلال فترة نموه .وللوثوق في النتائج التي تتوصل إليها عملية التشخيص يجب أن يشارك في ذلك فريق كامل من مختلف المتخصصين في علم النفس والصحة المدرسية، مرشد اجتماعي، مدرسي، وكل من له علاقة بالطفل من اجل جمع المعلومات والبيانات التي

تساعد في عملية التشخيص، والتي تخص التاريخ الشخصي للطفل أثناء الحمل والولادة، المراحل الأولى من نموه، الوسط الثقافي والاجتماعي والاقتصادي، الصراعات العائلية المحتملة، والسلوك العادي للطفل في المراحل الأولى من عمره والسلوك الحالي، ومختلف رغباته .إضافة إلى الحالة التعليمية من تاريخه المدرسي، وقدراته وكفاءاته، وسلوكاته مع المعلم والزملاء، والغيابات، والحالة النفسية، بقياس المستوى العقلي في الاختبارات اللفظية والأداتية والاسقاطية،وفحوصات طبية ومقابلات نفسية، وفيما يلي نبرز اهم التشخيصات ومعايير التشخيص للإعاقة الذهنية .

5 ـ 1 ـ معايير تشخيص DSM5 للإعاقة الذهنية :

الدليل التشخيصي الخامس الذي اصدرته الجمعية الأمريكية حول تصنيف وتشخيص الاعاقة الذهنية يؤكد على ضرورة توفر ثلاثة عناصر للتشخيص الفرد بإنه يعاني من إعاقة ذهنية و يجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية :

1 ـ القصور في الوظائف الذهنية، مثل التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، والتفكير التجريدي، والمحاكمة والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة، والتي أكدها كلٌّ من التقييم السريري واختبار الذكاء المعياري الفردي.

2 ــ القصور في وظائف التكيف يؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير التطورية والاجتماعية والثقافية لاستقلال الشخصية والمسؤولية الاجتماعية .ودون الدعم الخارجي المستمر، فالعجز في التكيف يحد من الأداء في واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية مثل التواصل، والمشاركة الاجتماعية، والحياة المستقلة، عبر بيئات متعددة مثل البيت والمدرسة والعمل والمجتمع.

3 ـ بداية العجز الذهني والتكيفي خلال فترة التطور(APA. DSM5 , 2013 : 22).

5 ـ 2 ـ معايير تشخيص DSM4 للإعاقة الذهنية :

ـ اما الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع فإنه يؤكد على ضرورة توفر ثلاثة عناصر للتشخيص الفرد بإنه يعاني من إعاقة ذهنية و يجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية :

1 ـ مستوى الأداء العقلي العام دون المتوسط حيث يكون حاصل ذكاء الفرد دون (70 درجة) كما تقيسه اختبارات الذكاء ، وبالنسبة للمولودين حديثا فإن اختبارات الذكاء المتاحة لهم لا تعطي كمية وبالتالييمكن الحكم عليها من خلال الفحص السريري والملاحظة الاكلينيكية لتحديد المستوى المتدني للأداء العقلي .

2 ـ قصور في السلوك التكيفي يميز الشخص خلال مرحلة النمو مع تقدمه في العمر .

3 ـ بداية حدوثه قبل الثامنة عشر (APA. DSM4 , 1994 : 40).

5 ـ 3 ـ التشخيص الطبي :

يشمل التشخيص الطبي على مجموعة من الفحوصات منها فحص النمو الجسمي العام ، والحالة الصحية العامة والعيوب والتشوهات الخلقية ، وفحص الحواس ، والجهاز العصبي ، والنمو الحركي ، وتاريخ المفحوص الطبي ومعدلات نموه ، وعمل الفحوصات المعملية ، وعمل الأشعة ، وبعض التحاليل الطبية

وبعدها يقدم طبيب الأطفال تقريراً عن العديد من الجوانب في حياة الطفل مثل التاريخ الوراثي وأسباب التخلف وظروف الحمل والعلاجات التي تناولتها الأم وسوء التغذية وتقديم صورة عن الأمراض التي تعرضت لها الأم الحامل، ويقدم تقريراً أيضاً عن الأمراض التي تعرض لها الطفل والحوادث التي تعرض لها في الطفولة ويدرس تاريخ الأسرة والجهاز العصبي للطفل وفحوصات البول والدم والسائل النخاعي
(حسني ،2002 ،51).

5 ـ 4 ـ التشخيص النفسي :

يقوم بهذا التشخيص اختصاصي في القياس النفسي والإكلينيكي حيث يحدد درجة ذكاء الطفل عن طريق استخدام اختبارت مقننة لقياس الذكاء والعمر العقلي للطفل مثل :

ـ اختبار ستانفورد بينيه للذكاء .

ـ مقياس وكسلر لذكاء الأطفال .

ـ اختبار رسم الرجل جوداف .

ـ اختبار كولومبيا لقياس العمر العقلي .

ـ مقياس فينلاند للنضج الإجتماعي

ويشير سالم صديق (2004) أنه يتم تحديد نسبة ذكاء الطفل وتحديد موقعه من منحنى التوزيع الطبيعي للذكاء وللحصول على ذلك تجرى بعض الاختبارات التي تساعد على معرفة القدرات العقلية وكذلك المحصول اللغوي ، والسمات الشخصية ، والحالة الإنفعالية ، ويعتمد التشخيص النفسي على أكبر قدر ممكن من المعلومات المتعلقة بجوانب متعددة بشخصية المفحوص (محمد ، 2015، 74)

5 ـ 5 ـ التشخيص الاجتماعي :

ويقوم به الإخصائي الاجتماعي حيث يقدم تقريرا مفصلا عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية للاسرة من خلال دراسة التاريخ الاجتماعي والاقتصادي للأسرة .

5 ـ 6 ـ التشخيص التربوي :

ويقوم بهذا الدور اخصائي التربية الخاصة والذي يقدم تقريرا عن التاريخ التربوي للفرد وقدرته على التعلم ومستوى تحصيله المدرسي ، وتحديد أنواع الخدمات التربوية التي يحتاجه إليها الطفل (محمد،2015 ،75) .

ومن خلال ما سبق يمكننا القول أن لتشخيص حالات الإعاقة الذهنية يجب أن يكون تشخيص شاملا لجميع جوانب شخصية الطفل النفسية، المرضية، التربوية، الاجتماعية، والاقتصادية، على أن يكون ذلك مبكرا من أجل اتخاذ الإجراءات الوقائية والعلاجية التي تمكننا من تجنب بعض حالات الإعاقة .

ـ الوقاية من الإعاقة الذهنية :

تعتبر الوقاية من مختلف الامراض ضرورة يجب الاعتماد عليها من خطر الاصابة بها لاسيما الاعاقة الذهنية كما يؤكد ذلك كثير من العلماء والمختصين في مجال رعاية الطفولة من خلال اتخاذ اجراءات وتدابير وقائية والتي يجب ان تقوم على اسس علمية وهو مايجب على المهتمين بمجال الصحة العامة الارشاد المستديم للأفراد من خلال المؤسسات الصحية والجمعيات والمنظمات للتوعيتهم بالوقاية من اخطر الإصابة بالإعاقة والأسباب المؤدية لها ، وفي هذا السياق يشير (السرطاوي ،2000، 18) إلى نتائج بعض الدراسات العلمية في مجال الإعافة الذهنية فيما يتعلق بالإجراءات الوقائية التي يفترض ان تأخذ بعين الإعتبار للحد منها أو على الأقل للتقليل من الإصابة بها ويؤكد على انها تنقسم إلى ثلاثة أقسام وهي كما يلي :

ـ1 ـ الوقاية الأولية :

وتتمثل في الإجراءات التي تتخذ قبل حدوث المشكلة وتعمل على منع حدوثها كتوعية يالامهات عن عذم التذخين وتعاطي المخدرات والكحول وضرورة توعيتهن بمخاطرها على الجنين ، وضرورة تفعيل التحليلات الطبية والفحوصات اللازمة قبل الزواج للكشف عن الامراض الوراثية (برامج التوعية).

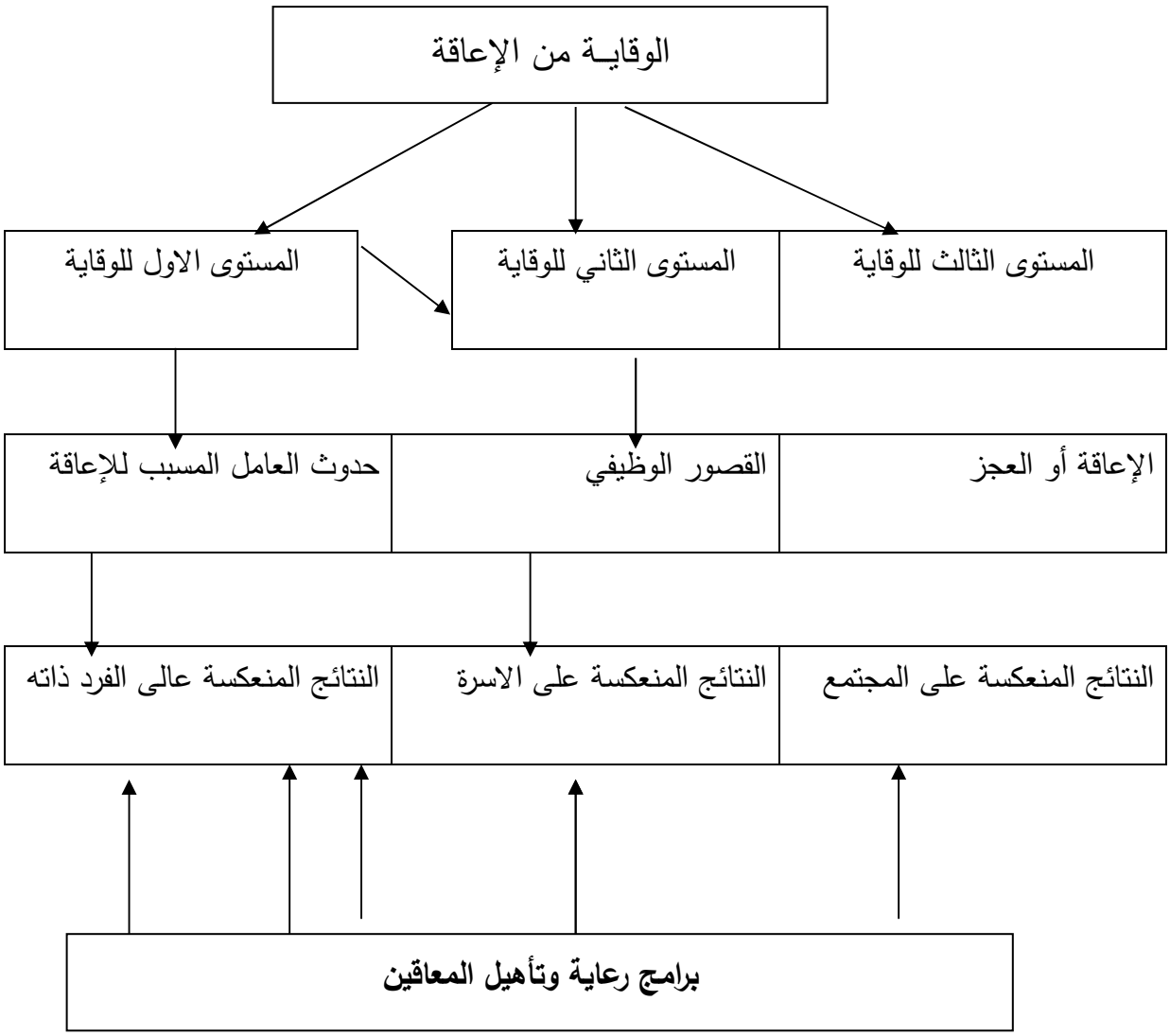
ـ 2 ـ الوقاية الثانوية :

وتتمثل في الإجراءات التي تعمل على شفاء الفرد من بعض الإصابات التي يعاني منها أو التقليل من استمرارها لمعالجة الاشخاص المولودين وهم مصابين بها (برامج الحماية).

ـ 3 ـ الوقاية من الدرجة الثالثة :

وتتمثل في الأفعال التي تشير للحد من المشكلات المترتبة على التخلف ، وتعمل على تحسين مستوى الأداء الوظيفي للفرد (برامج التأهيل الفيزيائي أو التعليمي أو المهني).

والشكل الموالي يبين اجراءات الوقاية والحد من الاعاقة الذهنية لمنظمة الصحة العالمية الوثيقة رقم : A29 /INF .DOC / I.P.14 (فراج ، 2002 ،41)



الشكل رقم (01) يبين اجراءات الوقاية والحد من الاعاقة الذهنية لمنظمة الصحة العالمية

06 ـ علاج الإعاقة الذهنية :

بعد عملية التشخيص التي تحدد نوع الإعاقة من قبل الفريق الكامل المتخصص في المجال وعلى النتائج المتحصل والمعلومات المتحصل عليها باستخدام مختلف الأدوات والاختبارات السيكولوجية والفحوصات الطبية المختلفة باختلاف حالة الطفل ونوعية الإعاقة، بذلك تتحد نوعية التدخل والعلاج، فبعض حالات الإعاقة العقلية البسيطة، تتطلب توجيها بسيطا وخدمات نفسية وتربوية علاجية بسيطة سواء في الأقسام العادية أو في الأقسام الخاصة .أما الحالات التي تصاحبها اضطرابات سلوكية ونفسية أو قصور في الحواس أو أمراض مزمنة، تتطلب تدخل طبي ، وفيما يلي اهم خطوات العلاج للإعاقة الذهنية :

6 ـ 1 ـ العلاج الطبي :

تحتاج بعض حالات الإعاقة الذهنية للتدخل الطبي لإنقاذ الحالة من التدهور الصحي ، وذلك خلال الاشهر الأولى من الولادة ،حيث تتطلب بعض الحالات دم من وإلى الطفل كما في حالات التخلف الناتجة عن اختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث المعامل RH وحالات تتطلب إجراء جراحة سريعة كما في حالة استسقاء الدماغ ، حيث يتم تصحيح مسار السائل الشوكي وإيقاف اثر الضاغط على المخ وقد يتمثل العلاج الطبي للإعاقة الذهنية في وصف نظام غذائي معين لبعض الحالات منذ الولادة ويستمر هذا النظام لفترة طويلة من عمر الطفل كما في حالة (الفينيلسيتوروني) ، أو إعطاء بعض الهرمونات كما في حالة القماءة والتي تنتج من نقص أو انعدام الغدة الدرقية وتحتاج بعض الحالات إلى متابعة طبية كما في الحالات التي تصاحبها بعض الأمراض كأمراض الجهاز التنفسي ، أو القصور في وظائف الأعضاء كالسمع والبصر ونوبات الصرع .

(رضا ، 2015، 76)

6 ـ 2 ـ العلاج النفسي :

يقوم العلاج النفسي مع الحالات الإعاقة الذهنية على أساس تكوين علاقة طيبة مع العميل لإعادته الثقة بنفسه ومنحه العطف والحنان وإزالة مخاوفه التي اكتسبها من بيئته ومساعدته على التكيف الاجتماعي مع الاسرة والمجتمع ، لذلك كان من أهم أهداف العلاج النفسي ، تدريب العميل على حل مشكلاته ومن بين اهم خطوات العلاج النفسي مايلي :

ـ يبدأ المعالج بأهداف بسيطة تزداد في الصعوبة تدريجيا بحسب امكانيات العميل ، ومستواه العقلي والشخصي

ـ إزالة مخاوف العميل نحو اسرته والمجتمع وتصحيح بعض المفاهيم البسيطة عن المجتمع .

ـ يعمل المعالج على تخليصه من نزعاته العدوانية اتجاه الأقران ، واتجاه نفسه لأن المعاملة القاسية والحرمان من العطف والحنان تجعل الطفل قاسيا في معاملته لنفسه ،وللأطفال الأخرين .

ـ زيادة ثقة الطفل بنفسه وبالناس ، وتبصيره بإمكانياته وقدراته الشخصية ، وكيف يستغلها ويقوم التبصير الذاتي على أساس جعل الطفل يشعر بخبرات النجاح في العمل وتجنيبه مواقف الإحباط والفشل

ـ يقوم المعالج بإعطائه العمليات التي يستطيع القيام بها في سهولة ويسر ويشجعه ويمدحه ويكافئه حتى تزداد ثقته بنفسه ومن ثم ثقته في قيامه بعمل يرضى عنه الأخرين (متولي ، 2015 ، 222)

6 ـ 3 ـ العلاج السلوكي :

أحيانا يطلق على هذا العلاج " تعديل السلوك " ويتضمن البرامج العلاجية الت تعد من أجل خفض معدل ممارسة سلوك غير مرغوب فيه أو القضاء على هذا السلوك نهائيا ، كما يتضمن برامج تدريبية تهدف إلى إكساب الطفل سلوكا جديدا ،يراد تعليمه له أو زيادة معدل ممارسة سلوك مرغوب ، ويعتمد العلاج السلوكي على إجراءات وفنيات خاصة يختلف استخدامها من حالة إلى اخرى وتبعا لدرجة الإعاقة ونوع السلوك المراد تعديله لدى الطفل ،ولا يحتاج العلاج السلوكي إلى مهارات لغوية أو لفظية لذلك فهو يناسب المعوقين عقليا تماما ، وقد أكدت الدراسات التي اجريت في هذا المجال نجاح العلاج السلوكي في الحد من المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأفراد وفي اكسابهم الكثير من السلوك الاجتماعي الايجابي ، ولقد امكن باستخدام فنيات تعديل السلوك مع حالات الإعاقة العقلية الشديدة ، إكساب هؤلاء الكثير من مهارات العناية بالنفس والمهارات الاجتماعية التي تساعد على اعتماد الطفل على نفسه في تصريف شؤون حياته اليومية وتقليل اعتماده على الاخرين (علا عبد الباقي ،2000، 106) .

10 ـ 4 ـ العلاج التربوي :

ويقوم بها الاخصائي النفسي التربوي اين يقدم برامج تربوية خاصة يقوم بها المتخصصين ، والتي يراعي فيها القدرات والامكانات المعرفية للمعاقين ذهنيا ، كما الخصائص والسمات التي يتميز بها هؤلاء الأطفالفي نواحي التعلم والتدريب ، ويهدف العلاج التربوي إلى اخراج القدرات المحدودة لهؤلاء الافراد وتنميتهاعن طريق التدريب على المهارات الشخصية والاجتماعية اليومية والتفاعل الايجابي مع الاخرين ممن يعيشون بينهم ، والاندماج في المجتمع وبهذا تقل المشكلات النفسية والإجتماعية المترتبة على الإعاقة الذهنية (رضا ،2015، 77).

10ـ 5 ـ العلاج باللعب :

يعتبر العلاج عن طريق اللعب ذاقيمة خاصة بالنسبة للمعاقين ذهنيا وخاصة في مجال تحسين وتغيير السلوك الشاذ أو المنحرف ، ولذلك ينصح بأن يخصص للعلاج باللعب غرفة تحتوي على أنواع وأشكال مختلفة من الألعاب ووسائل اللعب والتي غير معرضة للكسر كأن تكون خشبية أو بلاستيكية ، ويمكن ان يكون العلاج باللعب سواء بصفة فردية او جماعية ، وفي الحالات التي تكون مشكلات الفرد المعاق ذهنيا من النوع الذي يرتبط بالتكيف الاجتماعي مع الاخرين ، فإن العلاج باللعب يصبح امرا مرغوبا فيه ، اما الحالات التي تكون فيها مشكلات الفرد من النوع الذي يتصف بالإضطراب العاطفي فإن العلاج الفردي باللعب يصبح أكثر فائدة (عبد الباقي ، 2000، 108)

6 ـ 6 ـ العلاج الارطوفوني :

يعاني معظم حالات الإعاقة الذهنية من اضطرابات لغوية واضطرابات النطق والكلام ، كالإبدال ، الحذف الإضافة ،وتشوهات نطقية على مستوى الاصوات المنطوقة والكلمات ، واضطربات في السلاسة الكلامية كالتأتاة ، كما نجد لديهم اضطرابات على المستوى الصرفو تركيبي والمستوى النحوي الدلالي ويهدف التكفل الارطوفوني إلى تصحيح عيوب النطق وإخراج الاصوات من مخارجها بالطريقة الصحيحة ، وزيادة الحصيلة اللغوية بإثراء قاموسه اللغوي ، وتحسين مستوى التعبير والتواصل اللفظي لدى الطفل مايصل به إلى تحسين مستواه البراغماتي ، وهذا يساعد على اندماج الطفل في الانشطة الحياتية الاجتماعية والتعليمية المتاحة له والاستفادة من التدريب على هذه الانشطة كما يساهم في تفاعل الطفل مع الاخرين وإقامة علاقات ايجابية معهم وبتواصل لغوي سليم مبني على كل مستويات اللغة .

خلاصة :

ومما سبق يمكن القول أن الإعاقة العقلية نقصٌ جوهري في الأداء الوظيفي الراهن، يتصف بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متلازماً مع جوانب قصورٍ في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، والعناية الشخصية، والحياة المنزلية، والمهارات الاجتماعية، والاستفادة من مصادر المجتمع والتوجيه الذاتي،والصحة والسلامة، والجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقضاء وقت الفراغ، ومهارات العمل والحياة الاستقلالية، و تتسبب في ظهورها عدة عوامل كالعوامل الجينية وغير الجينية وأسباب أثناء الولادة وأسباب بعد الولادة كمختلف الأمراض والألتهابات وسوء التغذية كما تساهم العوامل الاقتصادية والثقافية والاجتماعية في ظهورها ، كما يتميز ذوي الإعاقة الذهنية بعدة خصائص وسمات كما سيتم عرضها.

الفصل الثالث: صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة

تمهيد :

1 ــ تعريف اضطراب صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة

2 ـ عوامل واسباب صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة

3 ـ أعراض اضِطراب صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة والاضطرابات المصاحبة له

4 ـ النظريات المفسرة لصعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة

5 ـ الأساس العصبي لصعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة

6 ـ قياس وتشخيص اضِطراب صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة

7 ـ علاج اضِطراب صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة

خلاصة :

تمهيد :

تتعدد الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال، و لعل أكثرها انتشارا اضطراب فرط الحركة المصاحب للصعوبات الإنتباه، و بغية التعرف عن الإضطراب أكثر سيتم التعرض في هذا الفصل إلى التطور التاريخي لمفهوم اضطراب النشاط الزائد المصحوب بصعوبات الإنتباه، تعريفه، اعراضه ، نسبة انتشاره ، أسبابه النظريات المفسرة للإضطراب ، والإضطربات المصاحبة له ، طرق قياسه تشخيصه و طرق علاجه.

1 ـ تعريف اضطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة

1 ـ 1 ـ مراحل تطور مفهوم اضطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة

لقد تعرض مصطلح اضطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة إلى عدة تسميات و هذا منذ بداية القرن الثامن عشر (18) إلى غاية الدليل الإحصائي التشخيصي للإضطرابات العقلية DSM 5 بحيث كان يسمى بـ : إصابة دماغية بسيطة ثم خلل دماغي بسيط ثم فرط الحركة بعدها تناذر فرط الحركة أو اندفاعي انعكاس فرط حركي للطفولة وهذا في (DSM3) أخيرا صعوبات الإنتباه مع أو بدون فرط الحركة (Jean Dumas .2007 ;255)

وزاد الاهتمام الطبي في السلوكيات المتصلة بفرط الحركة وعجز الانتباه فقد لوحظ وجود مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر في الدماغ مثل الأورام و الأمراض المعدية والإصابات المختلفة والتي تؤدي بدورها إلى حدوث مشكلات في السلوك . (الزراع، 2007 ،14)

وتطور مفهوم النشاط الزائد منذ 1970 كان يسمى(Hyperkinesias Superactive) وهي لاتينية الأصل و في السنوات الأولى من عام 1980 ، بدأ الإتجاه الذي كان سائدا من قبل و الذي يشير إلى أن اضطراب ضعف الإنتباه المصحوب بفرط النشاط و الإندفاعية تعتبر مظاهر سلوكية ناشئة من خلال تفاعل على درجة عالية من التعقيد بين خصائص الفرد و بيئته و بذلك بدأ ينظر لهذا الإضطراب على أنه اضطراب سلوكي (سليمان ،2013 ،41) .

و عرف في الدليل التشخيصي للإضطرابات العقلية بأنه رد فعل حركي مفرط في مرحلة الطفولة ، ثم حدث تطور في تسميته في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصيا(DSM3) و التي نشرت عام1980 حيث أعطى له تعريفا موسعا يشمل زملة من الأعراض السلوكية و سمي باضطراب عجز الإنتباه المصحوب بفرط الحركة. حاليا تغير المفهوم رسميا و أصبح اضطراب النشاط الزائد و قصور الإنتباه طبقا لتعريف الجمعية النفسية الأمريكية في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية (DSM 4) سنة (1994) و على الرغم من هذا التغيير إلى أن بعض المختصين ما زالوا يسمونه اضطراب قصور الانتباه ADD (عبد الرؤوف،2008، 129) ،

وسمي الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الخامس في 2013 هذا الاضطراب كذلك (disorder attention–deficit/Hyperactivity) بقصور في الانتباه مع أو بدون اضطراب في فرط

النشاط الحركي الملاحظ انه لا يجد فرق كبير بين الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس و الرابع في التصنيف ،إذ صنف الدليل التشخيصي الخامس هذا الاضطراب ضمن اضطرابات النمو العصبية

والجدول التالي يوضح تطور مفهوم اضِطراب فرط النشاط الحركي المصاحب بقصور الإنتباه حسب الدليل الإحصائي التشخيصي للإضطرابات العقلية لمختلف طبعاته من تصميم الباحثة .

DSM 3 (1980)	DSM4 (1994)	DSM5 (2013)
1 ـ اضِطراب قصور الإنتباه ADDبدون نشاط زائد و هو يحتوي على 3 أعراض للإندفاعية. 2 –قصور الإنتباه و اضِطراب النشاط الزائد ADاويحتوي على عرضين للنشاط الزائد	1ـ نشاط زائد/قصور الإنتباه مصحوب بتشتت و تعرفه 6 أعراض في ADHD الإنتباه تشتت الإنتباه من قائمة بها 9 أعراض. 2 –نشاط زائد و قصور الإنتباه مصحوب ADHDبالإندفاعية و نشاط حركي زائد و تعرفه 6 أعراض تدل على النشاط الزائد و 3 أعراض تدل على الإندفاعية. و تعرفه الأعراض 3 – ADHD نمط مشترك التي ذكرت في رقم 1 و 2 أعلاه	اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة ـ نمط مستمر من عدم الانتباه أو فرط الحركة الاندفاعية ADHD يتداخل مع الأداء أو التطور 1عدم الانتباه :ستة من الأعراض أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا –تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية والأكاديمية 2 ـ فرط الحركة الاندفاعية : ستة من الأعراض او استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية والأكاديمية

جدول رقم (01) يبين مختلف مراحل تطور مفهوم اضطراب صعوبات فرط النشاط الحركي

من خلال الجدول نلاحظ التطور الكبير الذي طرأ على اضطراب فرط النشاط الحركي وصعوبة الانتباه من حيث التسمية ، والوصف ، وكذا الفهم ،فهذا المفهوم مر بعدة مراحل ساهمت الدراسات والبحوث في تحديده وتوضيحه مما سهل على الباحثين والدارسين عملية التشخيص والعلاج

1 ـ 2 ـ تعريف اضِطراب صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة:

يعد اضطراب فرط النشاط الحركي المصاحب لصعوبات الانتباه من احد الاضطرابات السلوكية التي تصيب الأطفال ، ويؤثر على ادائهم الوظيفي اليومي ، ما يعيقهم على اكتساب المهارات اللازمة للتكيف مع بيئتهم ، وعموما يتميز هذا الإضطراب بثلاث أعراض رئيسية هي : صعوبات الإنتباه ، فرط النشاط الحركي ، الإندفاعية

وقبل اعطاء تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي المصاحب لصعوبات الانتباه ارتأينا إلى إعطاء تعريفات لـ :

ـ أ ـ صعوبات الإنتباه:

ان أي خلل في عملية الانتباه التي تعد العملية الأولى في اكتساب الخبرات التربوية حيث يساعد على تركيز حواس الطفل فيما يقدم له من معلومات ويجعله يعمل ذهنه في دلالات ومعانيها والروابط المنطقية والواقعية بينها وبالتالي يساعد في استيعابها والإلمام بها ومن ثم فهو المدخل الرئيسي للاستفادة من شرح المعلم وما تقدمه الوسيلة التعليمية المصاحبة فضلا عن التعليمات التي تقدم للتلميذ داخل قاعة الدرس وخارجها بالإضافة إلى دور الانتباه الهام في أداء المهام الدراسية العملية والامتحانات والاختبارات بمختلف إشكالها. (فتوح ، 2006 ، 4)

ـ يعرفه القمش و معايطة (2007) بأنه ":

عدم القدرة على المتابعة و التركيز على المهمات و المثيرات المختارة أو تلك المثيرات المرتبطة بالموقف أو المغالاة في الإنتباه بمثيرات مرتبطة بالموقف ـ ويعرف بأنه عملية وظيفية في الحياة العقلية حيث تقوم بتوجيه شعور الفرد نحوموقف ما، إذا كان الموضوع جديدا على الفرد أ و توجيه شعور الفرد نحو بعض أجزاء المجال الادراكي ، إذا كان الموضوع مألوفا للفرد أي سبق أنه مر بخبرته إذن يمكن القول أن الانتباه هو عملية تركيز الشعور على عمليات حسية معينة تنشئمن المثيرات الخارجية الموجودة في المجال السلوكي للفرد أومن المثيرات الصادرة داخل الجسم ويقوم الفرد باختيار وانتقاء بعض من هذه المنبهات وتجاهل بعضها الاخر لضعف قدرته على الانتباه لها مجتمعة ، كما ان الأفراد ينتبهون لما يحقق اهدافهم ويتماشى مع اهتماماتهم(الشرقاوي، 2003 ، 87)

ـ يعرفه الزيات (1998) :على أنه عدم القدرة على التركيز الذهني نحو شيء محدد لفترة طويلة يرافقه عدم القدرة على التحرر من العوامل الخارجية التي تشتت انتباههم.

ـ وتعرفه أماني زويد (2002) : بانه اضطراب سلوكي يظهر في ضعف قدرة الفرد علي التركيز لوجود مثير خارجي يثير اهتمامه لفترة ثواني قليلة مع عدم بقاء الفرد ثابت في مكانه أي انه كثير الحركة بصورة ملفتة للنظر مع سرعة الاستجابة.

ـ ويعرف محمد النوبي (2005) : صعوبة الانتباه لدي الأطفال بانه اتيان الأطفال السلوكيات المشاهدة والملحوظة والتي تتسم بعدم القدرة علي الاستدعاء السريع للانتباه وصعوبة الاحتفاظ به مع تشتته عند دخول أي

مثير خارجي الدائرة الانتباهية لهم ، ولذا يفقدون القدرة علي غربلة المثيرات ،وتدل عليه الدرجة المرتفعة في بعد نقص الانتباه (فتوح ، 2006 ، 29)

ـ ب ـ فرط الحركة:

ـ يعرفه محمد (2003)بأنه ":النشاط الحركي المفرط المتمثل في تململ الطفل و إفرا طه في الحركة و النشاط و الحديث و عدم قدرته على الجلوس ساكنا أو اللعب في هدوء إلى جانب الإتيان بسلوكيات لا تعد منائبة في تلك المواقف التي تحدث فيها مع اسٍتمرار حركته بشكل مفرط و غالبا ما يقترن بالإندفاعية."

ويرى يحي(2000) : ان فرط النشاط هو نشاط جسمي وحركي حاد ومستمر طويل المدى لدى الطفل بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة (محمود،2006، 29)

ـ ج ـ الإندفاعية:

ـ يعرفه Goldstein (1995) بأنه ": ميل الأطفال المضطربين للإستجابة دون تفكير مسبق و لا يعرفون تعجلهم عند قيامهم بالأداء، كما يجدون صعوبة في انٍتظار دورهم و لا يفكرون في البدائل المتاحة قبل أن يتخذون قرارهم."

•ويعرفه أيضا أنه ":الفشل في تأجيل الإستجابة و إرجائها حتى تكون الظروف مناسبة و العجز عن فهم عواقب السلوك و الفشل في تنظيم السلوك و ضبطه وفقا لمطالب المواقف و ضعف السيطرة على النزاعات و السلوك و عدم القدرة على الإنتظار و تبدل المزاج إضافة إلى سهولة الضجرو الملل و التعرض للإحباط (كامل ،2003، 46) .

1 ـ 2 ـ تعريف اضطراب صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة:

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

1 ـ 2 ـ 1 ـ من الناحية النفسية والسلوكية :

ـ طبقا لتعريف الجمعية الأمريكية لعلم النفس: على أنه طفل يعانى من جملة من الأعراض تتمثل في عدم القدرة على المثابرة ويتسم بسرعة النسيان وعدم القدرة على الاسترجاع ما تم تعلمه بسهولة، وتظهر تلك الأعراض بوضوح في الجانب الاكاديمى والاجتماعي والمهني، إلى ان التلميذ ذوى اضطراب الانتباه مع فرط النشاط يعانى من أربعه اضطرابات هي : التشتت والاستثارة العالية والاندفاعية وصعوبة إرضاؤه.

ـ ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الصادر عن (APA .2004)

على أنه نمط من نقص الانتباه أو النشاط الزائد المتكرر والشديد الذي يظهر كثيرا لدى أطفال معينين بالمقارنة مع أقرانهم

ـ **وتعرف صفيناز إبراهيم(2007):** اضطرابات الانتباه المصحوب بفرط النشاط على أنه عدم استطاعة الطفل التركيز والاحتفاظ به طوال فترة ممارسة الأنشطة مع عدم الاستقرار والحركة الزائدة دون الهدوء أو الراحة مما يجعله مندفعا يستجيب للأشياء دون تفكير مسبق (محمود ، 2006 ، 30)

ـ **يعرفه مجدي أحمد محمد عبد الله:** بأنه ":جملة من الأعراض المتداخلة فيما بينها ، و هي اتِسام الطفل بالنشاطات الغير الهادفة و عدم الإستقرار الحركي، مع عدم القدرة على التركيز و الإنتباه و الإندفاعية في حل المشكلات دون تركيز، و هذا ما قد ينجم عنه عدم القدرة على التواصل و تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع تدني مستوى التحصيل الدراسي (مجدي ، 2005 ، 483)

ـ **يعرف الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة و التربية الخاصة و التأهيل (2001)** اضِطراب فرط الحركة /تشتت الإنتباه على أنه ":عبارة عن الصعوبة في التركيز و البقاء على المهمة و يصاحبه نشاط زائد حيث يعرف النشاط الزائد بأنه نشاط حركي غير هادف لا يتناسب مع الموقف أو المهمة و يسبب الإزعاج للآخرين، حيث يتضمن المعيار التشخيصي لِاضطراب فرط الحركة /تشتت الإنتباه

ما يلي:

ـ قصور الإنتباه (فشل الطفل في إنهاء المهمات و الصعوبة في التركيز)

ـ الإندفاعية أو التهور (مثل :التصرف قبل التفكير في الأمر و الصعوبة في تنظيم العمل)

ـ النشاط الزائد(الحركة المتواصلة) (الزارع ، 2007 ،16 -15)

ـ **تعريف محمد النوري القمش و خليل عبد الرحمان المعايطة**": النشاط الزائد هو حركة جسمية مفرطة،بحيث لا يستطيع الطفل التحكم في حركة الجسم، كما يرتبط النشاط الزائد مع تشتت الإنتباه ارِتباطا وثيقا، فوجود أحدهما معناه وجود الآخر ، و يعتبر النشاط الزائد هو السبب في تشتت الإنتباه " (القمش ، 2007 ،29)

ـ **وفقا للدليل التشخيصي الإحصائي لِلاضطرابات العقلية** 1994 4 DSM) : أنه نمط دائم لعجز أو قصور أو صعوبة في الإنتباه و/أو فرط النشاط ، الإندفاعية ، يوجد لدى بعض الأطفال يكون أكثر تكرارا، و تواترا وحدة، عما يلاحظ لدى الأفراد العاديين من أقرانهم في نفس مستوى النمو.(الزيات ، 2006 ، 3)

ـ **أما الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس لِلاضطرابات العقلية** (2013 DSM5)

على أنه نمط مستمر من عدم الانتباه و فرط الحركة الاندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور، كما يتظاهر بـ :

1 ـ عدم الانتباه :ستة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية

والمهنية و الأكاديمية

2 ـ فرط الحركة الاندفاعية :ستة من الأعراض التالية استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية

والمهنية و لأكاديمية (الحمادي ، 2013 ، 32)

1 ـ2 ـ 2 ـ تعريف اضطراب صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة من الناحية الطبية

يعرفه المنحى الطبي : على أنه اضطراب جيني المصدر ، ينتقل بالوراثة في كثير من حالاته وينتج عنه عدم توازن كيميائي ، أو عجز في الوصلات العصبية الموصلة بجزء من المخ ، والمسؤولة عن الخواص الكيميائية ، التي تساعد المخ على تنظيم السلوك" (عبد الحميد ، 2005 ،17)

ـ يعرف بريور وسانسون (Prior et Sanson 1986) في (عيناد ثابت ،2017 ،36) أنّ اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يصيب الأطفال قبل سن السابعة، ويظهر عند تلك الفئة من الأطفال الذين يعانون من خلل في الجهاز العصبي المركزي .

ـ عرف تشرنومو زوفا (CHERONOMO ZOVA 1996) هذا الاضطراب على أنه قصور في وظائف المخ التي يصعب قياسها بالاختبارات النفسية .

ـ **ويعرفه المعهد القومي للصحة النفسية مصر (2000)** اضطراب في المراكز العصبية التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل التفكير ، التعلم ، الذاكرة ، السلوك(عبد الحميد ، 2005 ، 18)

. ويعرفه (vantalon ,2005 16) : بانه جركة مستمرة ودؤوبة حيث يصف الأولياء بأنه طفل يتحرك كثيرا بدون توقف ، ولا يستطيع الجلوس اثناء الوجبة أو اللعب ولا يتوقف عن الذهاب والمجيء حتى لوكان يشاهد التلفاز مثل الصعود على المقاعد ، بسبب هذه السلوكيات يتوقف الوالدين عن الزيارات العائلية خوفا من انزعاجهم ويظهر كأنه غير مهذب ،اما في المدرسة فلا يستطيع البقاء في كرسيه يتكلم مع رفاقه ، يرمي أدواته على الأرض ، ثم يقوم بحملها ليجيب بصوت مرتفع .

ـ **ويشير شارليز وهوارد (CHARLIS , HAWARD)** : إلى أنه حركات تفوق الحد الطبيعي أو المقبول وهو نشاط جسمي وحركي حاد ومستمر طويل المدى لدى الطفل بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه ، بل يفضي اغلب وقته في الحركة المستمرة وغالبا ماتكون هذه الضاهرة مصاحبة لحالات اصابة الدماغ ، أو قد تكون لأسباب نفسية ويظهر هذا السلوك غالبا في السنة الرابعة حتى سن مابين (14 – 15 سنة) .

ـ وكما عرفه بأنه كمية الحركة التي يصدرها الطفل ولا تكون متناسقة مع عمره الزمني ، فالطفل في عمر الثانية يكون نشاطه الحركي نشط جدا ، نحو استكشاف البيئة لذا فهي مناسبة لعمره إلا أن النشاط المساوي من قبل الطفل في عمر (10سنوات) خلال المناقشة الصفية يعتبر نشاطا غير مناسب (عبد الحليم ، 2014 ، 14)

ـ ويشير (nicole chevalier.marie claude guay ,2006 :4-18- 26) في (الحمري امينة 2015 ، 36) ان اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي اضطراب نمائي وفي الكثير من الأحيان يتوجه نحو الإزمان ، كما اثبتت العديد من الدراسات انتشار الاضطراب لدى بعض العائلات ، وهذا يدعم الرأي القائل بالأصل الوراثي كعامل مساعد على الإصابة بالأضطراب ، كما تعتبر مشاكل الحمل والبيئة والأسرة غير المتعلمة ، وكذا نقص الوزن أثناء الولادة من مسببات هذا الاضطراب في حين ان السبب الحقيقي للاضطراب لم يحدد بعد .

إستنادا إلى ماسبق أن اضطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي اضطراب نفسي سلوكي يتصف بحركات جسمية عشوائية يقوم بها الطفل ويوضح المنحى الطبي الذي يرى ان مصدر هذا الاضطراب جيني وراثي سببه قصور في وظائف المخ ،وكما تتدخل فيها مجموعة من العوامل والاسباب كما سيتم عرضها .

2 ـ عوامل و أسباب اضطراب فرط النشاط الحركي المصاحب للصعوبات الإنتباه

توصلت مختلف الدراسات التي أقيمت بغرض البحث في الأسباب والعوامل الكامنة وراء اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي إلى تعدد الأسباب التي أدت إليه ،هناك من يرجعها لعامل الوراثة، ومن يرجعها إلى العوامل العصبية الحيوية ، وهناك من يرجعها إلى العوامل الإجتماعية و البيئية وفيما يلي ندرج الاسباب بالتفصيل .

2 ـ 1 ـ العوامل الوراثية :

لايزال الاختلاف قائما في تحديد العوامل الوراثية المسببة لاضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه حيث اشار بعض العلماء أن هناك اتجاهين للعوامل الوراثية منها الاتجاه الوراثي البيولوجي ، والاتجاه الوراثي النفسي تلعب العوامل الوراثية دورا هاما في الإصابة بالنشاط الزائد

الاتجاه الأول : يؤيد وجود أساس بيولوجي لاضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه , الذي ينشأ من حدوث مشكلات وراثية بيولوجية ومنها:

1 ـ **الناقلات العصبية :** إن الناقلات العصبية للمخ عبارة عن قواعد كيميائية تعمل على نقل الإشا رات العصبية المختلفة للمخ ، ويرى العلماء أن اختلال التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية يؤدي إلى اضطراب ميكانيزم الانتباه ، فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركيز ، والحرص عن المخاطر ، ويزداد اندفاعه ونشاطه الحركي ، لذلك فإن العلاج الكيميائي الذي يستخدمه الأطباء مثل الدوبامين يعمل على إعادة التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية ، وعلاج اضطراب الانتباه وفرط الحركة و ذلك إما بالطريقة المباشرة من خلال نقل المورثات التي تحمل الخصائص و تؤدي إلى تلف أو ضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه بالمخ، أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثا ت لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ و التي بدورها تؤدي إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالإنتباه (السيد ، 1999 ، 38)

أظهرت نتائج دراسة جيودمان و ستيفنسون 1989 الأثر الواضح للعوامل الجنينية الوراثية في هذه الظاهرة حيث تبين أن التوائم المتماثلة كانت أكثر تعرضا للإصابة بهذا الإضطراب من التوائم غير المتماثلة . كما أظهرت نتائج الدراسات الأخرى احتمالية إصابة الأطفال بهذا الإضطراب بشكل أكبر إذا كان أحد والديهم مصابا بهذا الإضطراب، و هو أكثر انتشارا لدى الأقارب الذين يسود لديهم هذا الإضطراب، و بالرغم من هذه النتائج إلا أنه للآن لم يتم تحديد العوامل الجنينية(أسامة، 2003 ، 160).

الاتجاه الثاني :

يؤيد هذا الاتجاه أن سبب اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه هو وجود عامل نفسي بجانب العامل الجيني .

لقد أكدت دراسة بيكهام(pechham 2001) أنه يوجد أكثر من جين مسؤول عنالحالات الوراثية ، كما وجد أن جين الدوبامين4 هو الذي ينظم مظاهر اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال (عبد الحميد، 2005 ، 29)

كما أشارت بعض الدراسات إلى أن الفشل ، والإحباط ، وعدم التشجيع وانخفاض احترام الذات ، والاكتئاب قد يكون السبب في سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه.

لقد تناولت العديد من الدراسات النمذجة ، والمحاكاة لتوضح كيفية اكتساب الطفل لهذا السلوك من خلال ملاحظة الآباء ، والأشقاء ، والأقران ، والأصدقاء .

كما ذكر كل من السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر (2004) أن بعض الدراسات أشارت إلى أن أسباب الاضطراب تعود إلى أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض ، والإهمال ، والحرمان العاطفي مما يؤدي لحدوث حالات اضطراب فرط النشاط الزائد (الزارع ، 2007، 24)

2 ـ 2 ـ العوامل العصبية الحيوية:

يشير (علي كامل ، 2003 ، 50)إلى الجدل القائم في تحديد الأصل العصبي في الإصابة فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه حيث أنه بعد الكشف عن الأمراض العصبية للمصابين بالإضطراب لا نجد أي دليل علمي وجود تلف كبير في المخ ولدى الكشف عن الأطفال المصابين بالأمراض العصبية أو تلف في المخ لا نجدهم يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه ,كما لم تتوصل الأبحاث التي أجريت لإيجاد أي قاعدة عصبية كيماوية حيوية. وبعض الأطفال المصابين بهذا المرض يمكن ان نجد لديهم تلف بسيط بالمخ ناتج عن سموم أو مواد سامة .

في حين أشار (الزارع ، 2007 ، 20) إلى خلاصة بعض الأبحاث إلى أن هناك ثلاث مناطق بالدماغ لها علاقة كبيرة بالإصابة باضطراب فرط النشاط الحركي والمصحوب بصعوبة الانتباه وهي : الفص الأمامي وقاعدة الدماغ ، والمخيخ ومن خلال الفحوصات وجد الباحثون أن احجام هذه المناطق الثلاثة لدى الأطفال او البالغين الذين يعانون من هذا الاضطراب أصغر مقارنة بالعاديين الذين لا يعانون من الاضطراب

2 ـ 3 ـ العوامل البيئية:

1 –عوامل قبل و أثناء الولادة:

تتعرض الأم أثناء الحمل للإشعاع ، أو تناول المخدرات أو الكحوليات أو بعض العقاقير الطبية أو تعرضها لبعض الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية أو الزهري أو الجدري أو السعال الديكي أو غيرها يؤدي إلى تلف الدماغ بما في ذلك مراكز الانتباه ، و هذا التلف يؤدي إلى بعض التشوهات و العيوب الخلفية.

2 –الحوادث:

إصابة مخ الجنين أثناء الولادة أو إصابة الطفل بعد الميلاد و في سنوات طفولته المبكرة بارتجاج في المخ نتيجة حادث.

3 ـ الأمراض المعدية:

تعرض الطفل لأي عدوى ميكروبية أو فيروسية كالحمى الشوكية أو الإلتهاب السحائي ،أو الحمى القرمزية أو الحصبة الألمانية يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية بالمخ المسؤولة عن الإضطراب.

4 ـ التسمم بالتوكسينات:

مثل : التسمم بمادة الرصاص ، التي تدخل في طلاء لعب الأطفال الخشبية ، و طلاء أقلام الرصاص و غيرها و عندما تزداد نسبة الرصاص في الدم تتلف بعض الخلايا العصبية المسؤولة عن النشاط الزائد (الزغول 121،2006 .)

5 ـ الغذاء:

أظهرت نتائج بعض الدراسات أن تناول أنواع محددة من الأغذية مثل تلك التي تحتوي على السكريات و المواد الحافظة و النكهات الصناعية و حامض السالسيك تساهم إلى درجة كبيرة في حدوث مثل هذا الاضطراب لدى الأطفال و لا سيما إذا كان هناك إفراط مستمر في تناولها دون رقابة من الأسرة.(بوبي ، 2015، 103).

2 ـ 3 ـ العوامل الإجتماعية :

تؤثر العوامل الاجتماعية بعناصرها المختلفة في حدوث اضطراب صعوبة الانتباه كالنشاط الزائد فقد تزيد من حدوثه أو تقلل من حدوثه وتتجلى هذه العوامل فيما يلي

1 ـ الأسرة:

على الرغم من وجود هذا الاضطراب في كل الطبقات الاجتماعية إلا أن بعض الدراسات كالملاحظات الإكلينيكية ترجع وجوده بنسبة أعلى في الطبقات ذات المستوى المتدني من التعليم وذات الوضع الإجتماعي والإقتصادي المتدني (المهدي ، 2010 ، 67)

كذلك لوحظ أن المبالغة في استخدام الأباء للأوامر كأساليب العقاب مع الطفل وصعوبة احتوائه وترويضه وكذلك قد يرجع إلى انخفاض السلوك التكيفي أو الضغوط البيئية كالحرمان النفسي وعدم الإشباع الجسدي أو التسلط و الإهمال والتذبذب كالتفريقة في معاملة الطفل قد تؤدي إلى ظهور هذا الاضطراب (يوسف ، 2000، 314) ، إن الأباء الذين يعانون من العصبية كسرعة الإستثارة بالإضافة إلى سوؤ المعاملة الوالدية وعدم اسقرار الأسرة جميع ذلك يؤدي إلى جعل ابنائهم عرضة للإصابة بهذا الإضطراب (حسين ، 2010، 418)

2 ـ **المدرسة:**

تعتبرالمدرسة بيئة جديدة لدى الطفل وتشكل طرق التعليم وطرق التعامل مع الطفل عبئا عليه ، كذلك أن البيئة الاجتماعية للمدرسة قد تزيد من تفاقم مستوى الإضطراب لديه وقد تكون أحد الأسباب المؤدية لظهوره . (القاضي،2011 ، 36)، إن السلوك العدواني وضعف الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية مع الأخرين والقلق وتقلب الحالة المزاجية ، وانخفاض مفهوم الذات ، ونقص الدافعية الدراسية ، والتأخر الدراسي وانتشار صعوبات

التعلم الأكاديمية تعتبر من خصائص التلميذ ذو اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه وهذه السلوكيات تجعل المحيطين بهم ينبذونهم فهم لا يستطيعو أن يتوافقو اجتماعيا مع البيئة المحيطة بهم مما يؤدي إلى التفاعل السلبي بينهم وبين ابائهم ، وزملائهم وبالتالي تجعلهم اكثر تمردا وعصيانا لأوامر معليمهم (ختام ، 2013 ، 26).

ومن خلال ماسبق ذكره يمكن القول أن الأسباب والعوامل الكامنة وراء اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي تتمثل في الأسباب الوراثية التي ترجع لعوامل جينية ، وتلف في القشرة المخية ، أما الأسباب النفسية للاضطراب فقد أرجعها الباحثين إلى الحرمان العاطفي من الوالدين ، والإحباط ، الاكتئاب ، بالإضافة للظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة ، هذه الاسباب التي فسرتها بعض النظريات في هذا المجال .

3 ـ أعراض اضِطراب صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة واهم الاضطربات المصاحبة له

اولا : أعراض اضِطراب صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة

1 – اعراض اضطراب صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط الحركة يحسب الدليل الاحصائي التشخيصي الخامس للامراض العقلية (DSM5)

اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة :

ـ نمط مستمر من عدم الانتباه وأو فرط الحركة الاندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور، كما يتظاهر بـ 1 و – أو2

1 ـ عدم الانتباه : ستة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية و الأكاديمية:

ملاحظة :إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات .بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين(سن 17 وما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

أ ـ غالباً ما يخفق في إعارة الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى(مثلاً إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق.)

ب ـ غالباً ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلاً صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات، المحادثات أو القراءة المطولة.)

ج ـ غالباً ما يبدو غير مصغٍ عند توجيه الحديث إليه مباشرة(عقله يبدو في مكان آخر مثلاً حتى عند غياب أي ملهي واضح.)

د ـ غالباً لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية(يبدأ المهام مثلاً ولكنه يفقد التركيز بسرعة كما يتلهى بسهولة.)

ذ ـ غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة(الصعوبة في إدارة المهام المتتابعة مثلاً، صعوبة الحفاظ على الأشياء والمتعلقات الشخصية بانتظام، فوضوي، غير منظم العمل، يفتقد لحسن إدارة الوقت والفشل بالالتزام بالمواعيد المحددة.)

ز ـ غالباً ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلاً (كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين إعداد التقارير وملء النماذج مراجعة الأوراق الطويلة.)

هـ ـ غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته(كالمواد المدرسية والأقلام والكتب والأدوات والمحافظ والمفاتيح والأوراق والنظارات والهواتف النقالة.)

و ـ غالباً ما يسهُل تشتيت انتباهه بمنبّه خارجي(للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين قد تتضمن أفكاراً غير ذات صلة.)

ي ـ كثير النسيان في الأنشطة اليومية(مثل الأعمال الروتينية اليومية، إنجاز المهام، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين، إعادة طلب المكالمات، دفع الفواتير، والمحافظة على المواعيد.)

2 ـ فرط الحركة و الاندفاعية : ستة من الأعراض التالية استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية المهنية والأكاديمية.

ملاحظة :إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات .بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين(سن 17 وما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

أ ـ غالباً ما يبدي حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.

ب ـ غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي يُنتظر فيها منه أن يلازم مقعده(.في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الأخرى أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد.)

ج ـ غالباً ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة(قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو البالغين على إحساسات الشعور بالانزعاج.)

د ـ غالباً ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.

ذ ـ لا يرتاح للثبات في «) مدفوع بمحرك) » غالباً ما يكون متحفزاً أو يتصرف كما لو أنه شئ معين لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة التماشي معه.

ر ـ غالباً ما يتحدث بإفراط

ز ـ غالباً ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة(يكمل الجمل للآخرين مثلاً، لا ينتظر دوره في عند الحديث.)

و ـ غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره(.عند الانتظار في الطابور مثلاً.)

ي ـ غالباً ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم(مثلاً، في المحادثات، والألعاب، أو الأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الاذن.

ـ بالنسبة للمراهقين والبالغين، قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرون.

أ ـ وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر 12 سنوات.

ب ـ وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر(في المدرسة مثلاً والعمل وفي المنزل، مع الأصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الأنشطة.)

ج ـ يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض أو إنقاصها لجودة، الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني .

د ـ لا تحدث الأعراض حصراً في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تُفسر بشكلٍ أفضل باضطراب عقلي آخر(مثل، اضطراب مزاج أو اضطراب قلق أو اضطراب تفارقي أو اضطراب شخصية، الانسمام أو السحب من مادة ما.)

1.اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة المحدد الآخر

Other Specified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة أو أي من فئات التشخيص لاضطرابات النمو العصبية .يستعمل تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة المحدد الآخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن التظاهرات الحالية لا تلبي معايير اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة أو أي من اضطرابات النمو العصبي الأخرى المحددة.

يتم ذلك من خلال تسجيل" اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة المحدد الآخر "تليها الأسباب المحددة(مثلاً" مع أعراض غير كافية لنقص الانتباه.)"

2.اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة غير المحدد

Unspecified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة أو أي من فئات التشخيص لاضطرابات النمو العصبية .يستعمل تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة غير المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد السبب في كون التظاهرات الحالية لا تلبي معايير اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة أو أي من اضطرابات النمو العصبي الأخرى المحددة. ويتضمن الحالات التي يفتقد فيها للمعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديداً.(الحمادي ، 2014 ، 33، 34)

2 ـ أعراض اضِطراب فرط الحركة / تشتت الإنتباه حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية

A (إما (1) أو2)

1 ـ ستة أعراض التالية لتشتت الإنتباه أو أكثر (ظهرت لمدة لا تقل عن ستة أشهر لدرجة غير متسقة مع مستوى النمو و غير متسق معها من هذه الأعراض:

2 ـ 1 ـ تشتت الإنتباه:

أ ـ يفشل غالبا في منح الإنتباه للتفاصيل أو إرتكاب أخطاء إهمال في العمل المدرسي أو العمل أو الأنشطة الأخرى.

ب ـ غالبا يجد صعوبة في مواصلة الإنتباه في المهام أو أنشطة اللعب.

ت ـ غالبا لا يبدو منصتا عندما يتحدث الآخرون إليه مباشرة.

ث ـ غالبا لا يتابع التعليمات و يفشل في الإهتمام بالعمل المدرسي أو العمل الروتيني في محل العمل (علما بأن ذلك لا يرجع إلى سلوك مقاوم أو إلى الفشل في فهم التعليمات)

ج ـ غالبا يجد صعوبة في تنظيم المهام و الأنشطة

ح ـ غالبا يتجنب أو يبغض أو يقاوم الاشتراك في مهام تتطلب جهذا عقليا مستمرا(مثل العمل المدرسي أو العمل المنزلي).

خ ـ غالبا يفقد الأشياء الضرورية للمهام أو الأنشطة (مثل :الألعاب، الواجبات المنزلية أقلام الرصاص، الكتب، الأدوات).

د ـ غالبا يتشتت بسهولة من المثيرات الخارجية.

ذ ـ غالبا ينسى الأنشطة اليومية3

2 ـ ستة إعراض التالية الخاصة (بفرط الحركة – الإندفاعية) أو أكثر (ظهرت لمدة لا تقل عن ستة أشهر لدرجة غير متسقة مع مستوى النمو و غير متسق معها من هذه الأعراض:

2 ـ 2 ـ النشاط الزائد:

أ ـ غالبا بتململ بيديه أو رجليه، أو يتلوى في مقعده.

ب ـ غالبا يترك مقعده في الفصل أو مواقف أخرى يتوقع فيها أن يبقى في مكانه.

ت ـ غالبا ينتقل من مكان إلى أخر أو ينسحب من موقف كان قد اتخذه كثيرا في ظروف لا يلائمها ذلك(في المراهقين أو الراشدين ربما كان مقصورا على المشاعر الذاتية بعدم الهدوء أو الضجر).

ث ـ غالبا يجد صعوبة في اللعب أو الإشتراك في أنشطة أوقات الفراغ تماما.

ج ـ غالبا يكون ناشطا من غير كلل أو يتصرف كما لو كان يحركه موتور.

ح ـ غالبا يفرط في الحديث.

2 ـ 3 ـ الإندفاعية:

أ ـ غالبا يقول الإجابات من غير تفكير قبل استكمال الأسئلة.

ب ـ غالبا يجد صعوبة في انتظار دوره.

د ـ غالبا يقاطع الآخرين و يتدخل في شؤونهم يتدخل في المحادثات أو الألعاب.

B ـ بعض أعراض الإندفاعية و النشاط الزائد أو تشتت الإنتباه التي تسبب عجزا تكون موجودة قبل سن 7 سنوات.

C ـ يوجد عجز ما في اثنين أو أكثر من المواقف (كالمدرسة، العمل أو البيت).

D ـ لابد أن يكون هناك دليل واحد على وجود عجز دال إكلينيكيا في الأداء الاجتماعي، الأكاديمي أو الوظيفي.

H ـ لا توجد الأعراض بشكل مطلق أثناء مسار اضطراب نمو سائد ، أو فصام أو اضطراب ذهاني آخر و لا يحسن تفسيرها باضطراب عقلي أخر (مثل الإضطراب المزاجي –اضطراب القلق –اضطراب عدم الإجتماعية –أو اضطراب الشخصية)(65–64 63. 1996 Julien Daniel Guelfi.ibid)

3 ـ أعراض اضطراب فرط الحركة / تشتت الإنتباه حسب التصنيف العالمي للإضطرابات العقلية و السلوكية CIM 10:

A ـ المعايير التشخيصية لإضطراب فرط الحركة تستدعي وجود تشتت الإنتباه، فرط الحركة و تظهر في مواقف متعددة و هي لا تعود إلى Persistantes و الإندفاعية بحيث هم سائدين ، حاضرين اضطراب آخر (مثل : التوحد أو اضطراب المزاج)

3 ـ 1 ـ تشتت الإنتباه :

على الأقل 6 أعراض من تشتت الإنتباه التالية ظهرت لمدة لا تقل عن 6 أشهر السابقة، بدرجة غير متكيفة و لا تتسق مع مستوى نمو الطفل:

1 ـ يفشل غالبا في منح الإنتباه للتفاصيل أو ارتكاب أخطاء إهمال في العمل المدرسي، العمل أو أنشطة أخرى.

2 ـ غالبا يعاني من صعوبة في مواصلة الإنتباه في المهام أو أنشطة اللعب

3 ـ غالبا لا يبدو منصتا لما نقوله له

4 ـ لا يتابع غالبا التعليمات الآتية من الآخرين و لا ينهي واجباته، مهامه أو واجباته في مكان عمله

5 ـ غالبا يجد صعوبة في إنهاء المهام أو الأنشطة.

6 ـ غالبا يتجنب أو يقاوم الاشتراك في مهام تتطلب جهذا عقليا مستمرا (مثل :العمل المدرسي أو العمل المنزلي).

7 ـ غالبا يفقد الأشياء الضرورية لعمله أو لبعض الأنشطة في المدرسة أو في البيت (مثل :أقلام الرصاص، الكتب، اللعب و الأدوات).

8 ـ غالبا يتشتت بسهولة من المثيرات الخارجية .

9 ـ ينسى غالبا الأنشطة اليومية .

3 ـ 2 . فرط الحركة :

على الأقل 3 أعراض من الأعراض التالية لفرط الحركة ظهرت لمدة 6 أشهر السابقة لدرجة غير متكيفة و غير متسقة مع مستوى نمو الطفل:

1 ـ غالبا يتملل بيديه أو رجليه أو يتلوى في مقعده .

2 ـ غالبا يترك مقعده في الفصل أو في مواقف أخرى يتوقع فيها أن يبقى في مكانه .

3 ـ غالبا ينتقل من مكان إلى آخر أو ينسحب من موقف كان قد اتخذه كثيرا في ظروف لا يلائمها ذلك في المراهقين أو الراشدين ربما كان مقصورا على المشاعر الذاتية بعدم الهدوء

أو الضجر.

4 ـ غالبا يثير الفوضى في اللعب أو لديه صعوبة في الإشتراك بهدوء في أنشطة أوقات الفراغ .

5 ـ يقوم بنشاط حركي مفرط غير مهتما أو متأثرا بالمحتوى الاجتماعي و النصائح.

3 . 3 ـ الإندفاعية :

على الأقل عرض من الأعراض التالية للاندفاعية ظهر من 6 أشهر السابقة لدرجة غير متكيفة و غير متسقة مع مستوى نمو الطفل:

1 ـ غالبا يقول الإجابات دون أن ننتهي من السؤال .

2 ـ غالبا يعاني من صعوبة في انتظار دوره في الألعاب أو في مواقف أخرى في الجماعة .

3 ـ يقاطع غالبا الآخرين أو يتدخل في شؤونهم (مثل :التدخل و مقاطعة المحادثات أو الألعاب

4 ـ يتكلم غالبا كثيرا و لا يهتم بالمحادثات الاجتماعية

B ـ المعايير يجب أن تظهر في عدة مواقف ، ويظهر قبل سن 7 سنوات

C ـ للاضطراب طابع مستمر مصاحب لتشتت الإنتباه مع فرط الحركة يجب أن تظهر في البيت و المدرسة ، أو في المدرسة و في مكان آخر أين الأطفال هم موضوع الملاحظة مثل :في مركز للعلاج لكي تأخذ بعين الاعتبار المعايير في عدة مواقف يجب أن نأخذ المعلومات من عدة مصادر، بحيث يمكن أن تكون مثل : الوالدين يعطون معلومات حول سلوكات الطفل في المدارس(Jean Dumas. 2007. 255)

ثانيا ـ الإضطربات المصاحبة لاضِطراب صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة :

لكل اضطراب نجد مجموعة من الاضطرابات المصاحبة له وفيما يلي نعرض مجموعة من الاضطرابات المصاحبة لفرط النشاط الحركي وصعوبة الانتباه:

1 ـ اضطرابات الاجتماعية:

إنّ الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي يكنون مندفعين، وعدوانيون وعنيدين في بعض الاحيان كما انهم يتصفون بعدم إتباع القواعد السلوكية التي تحكم التعامل مع الآخرين وهذا ما يجعل المحيطين بهم يشعرون بالاستياء منهم في بعض الاحيان ، أو التعامل معهم سواء في المنزل أو المدرسة ومن ثم فإنهم لا يستطيعون أنّ يتوافقوا اجتماعيا فيجعل المحيطين بهم ينبذونهم، ولا يتعاملون معهم بشكل جيد ، وبالتالي فإنهم لا يستطيعون أن يتوافقوا اجتماعيا . وهذا ما اشار اليه عبد المعطي سنة(2001)

بأنّ الطفل الذي يعاني من الاضطراب يكون مندفعا وعدوانيا وعنيدا ويرفض إتباع القواعد التي تحكم التعامل مع الآخرين والمتبعة في نشاط معين ، مع اتسام سلوكه بالتدخل في أنشطة الآخرين وأحاديثهم وكذلك القيام بالسلوكيات غير مرغوبة التي تؤذي الغير، دون أنّ يضع في اعتباره مشاعرهم، ولذا يشعر المحيطون به بالاستياء منه سواء في المنزل أو في المدرسة وغيرها ،ومن ثم يسود توافق الطفل الاجتماعي لمرجعية رفض المحيطين به له نتيجة لسلوكه (عيناد ،2017 ،54)

2 ـ الإضطرابات السلوكية:

تنتشر الإضطرابات السلوكية بين الأطفال الذين يعانون من اضِطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه خاصة السلوك العدواني الذي يؤدي إلى اضِطراب علاقاتهم الإجتماعية بالآخرين و بالتالي فإنهم يعجزون عن التكيف مع البيئة المحيطة بهم،وأجرى بيدرمان و زملاؤه 1991 دراسة كان هدفها التعرف على معدل انِتشار بعض الإضطرابات التي تصاحب اضِطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه ، فبينت النتائج أن الإضطرابات السلوكية هي الأكثر انتشارا بين الأطفال الذين يعانون من اضِطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه بنسبة (50 %) (بوبي ،2013 ، 87) .

3 ـ الإضطرابات الإنفعالية:

كثيرا ما يتلازم اضِطراب الإنتباه لدى الأطفال بالإضطرابات الإنفعالية خاصة القلق و الإكتئاب، و لقد بين بيدرمان و زملاؤه (1991) أن هناك نسبة تصل إلى (75%)من الأطفال المصابين باضِطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه لديهم اكِتئاب و 25 % منهم لديهم قلق عصابي، و لقد أجرى نوسباوم و زملاؤه سنة(1988) دراسة استِهدفت التعرف على المشكلات النفسية و الإجتماعية التي تلازم اضِطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه لدى الأطفال .و قد أسفرت نتائج دراستهم على أن السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها هؤلاء الأطفال خاصة فرط النشاط الحركي و الإندفاع تؤدي إلى رفضهم الإجتماعي من الأقران ، و إن هذا الرفض الإجتماعي يؤدي إلى عزلتهم الإجتماعية و لذلك فإنهم دائما يشعرون بالوحدة النفسية ، القلق و الاكتئاب بالنسبة لحاتم جعافرة يقول بان نسبة % 75 من الأطفال المصابين باضِطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه يعانون من الإكتئاب و الإحباط و انِخفاض مفهوم الذات (الجعافرة ، 2008 ،38).

4 ـ اضِطرابات النوم:

ينتشر اضِطراب النوم بين الأطفال المصابين بفرط الحركة و تشتت الإنتباه مما يجعلهم يشعرون دائما بالإرهاق و نظرا لأن هذا الإرهاق يؤثر على الكفاءة الإنتباهية ، لذلك قام بعض الباحثين بدراسة طريقة النوم عند هؤلاء الأطفال و فحص طبيعة العلاقة بين اضِطراب النوم و اضِطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه، حيث قام بال و زملاؤه 1997 بدراسة كان هدفها التعرف على طريقة النوم لدى الأطفال المصابين باضِطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه ، و قد بينت نتائج دراستهم أن هؤلاء الأطفال كثيروا الحركة و التقلب أثناء نومهم لدرجة أن الباحثين قد شبهوا فراشهم بحلبة المصارعة ، كما أوضحت النتائج أيضا أن هؤلاء الأطفال يكونون قلقين في نومهم و يستيقظون كثيرا أثناء النوم مما يجعلهم يشعرون دائما بالإرهاق (احمد ، 1999، 65)

5 ـ صعوبات التعلم:

تنتشر صعوبات التعلم بين الأطفال الذين يعانون من اضِطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه حيث إن معظمها قد يرجع إما لعدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقروءة أو لأنهم يعانون من اضِطراب اللغة.

فلقد قام كل من سينتيا و جورج (1993) بدراسة اسِتهدفت فحص العلاقة بين اضِطراب اللغة و صعوبات التعلم لدى الأطفال الذين يعانون من اضِطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه و قد أوضحت نتائج الدراسة إلى أن اضِطراب اللغة يرتبط بعلاقة موجبة مع صعوبات التعلم لدى هؤلاء الأطفال حيث أن هذا الإضطراب يجعلهم يعجزون عن تقديم الإستجابة الصحيحة التي تدور بمخيلتهم، و اضِطراب الحديث لديهم يجعلهم يقفزون من موضوع لأخر غير قادرين على تقديم الإستجابة الصحيحة في صورة منطقية منظمة (السيد ، 1999 ، 70).

6 ـ التأخر الدراسي :

يتسبب اضطراب فرط النشاط الحركي في التاخر الدراسي وذلك لارتباطه بعدة اسباب منها

ضعف القدرة على الفهم ـ الإستجابة الخاطئة ـ كثرة النسيان ـ الشرود الذهني ـ نمط التفكير ـ الكتابة الرديئة ـ تجنب المواقف التعليمية ـ قصور في القدرة على إنهاء المهام المعرفية الموكلة إليه (بوبي ،2013 ، 91)

7 ـ اضطرابات اللغة و الكلام:

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

8 ـ الاضطرابات المعرفية والما وراء المعرفية: وتتمثل في

ضعف القدرة على التفكير ـ قصور في الوظائف التنفيذية (التخطيط، السببية، تشغيل الذاكرة.

التحكم في السلوك، الانتباه وتحويل مجموعات المعرفة، المرونة في التفكير، التعديل الذاتي المعرفي).

9 ـ التخلف العقلي:

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

واستنادا لما تم ذكره من اعراض حسب تشخيص للمنظمات الصحية العالمية اتفقت على ان من اهم اعراض فرط النشاط ـ القصور وتشتت في الانتباه والاندفاعية ويتم ملاحظتها سواء في المدارس من طرف المعلمين او في المنزل من طرف الاولياء ويتم تشخيصها في مراكز علاجية خاصة ، ومن جملة أعراض هذا الاضطراب منها أعراض جسمية أو معرفية ، تختلف نسبة انتشارها من مجتمع إلى أخر وباختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي ، كما تصاحبة عدة اضطرابات تتمثل في اضطرابات اجتماعية وسلوكية وانفعالية ومعرفية وتخلف ذهني كما نجد هناك اضطرابات تتعلق بالمجال التعليمي كصعوبات التعلم والتأخر الدراسي

4 ـ النظريات المفسرة لاضِطراب فرط النشاط الحركي المصاحب للصعوبات الإنتباه :

أورد(رويتع, 2007) في(الحمري امينة ، 2015 ، 48) نظريات فسرت اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه ،

4 ـ 1 ـ النظرية البيولوجية:

ركزت على أربع مجالات وهي كالآتي:

ـ **المجالات المتعلقة بالناقلا ت العصبية :** تتضمن هذه الناقلات العصبية الدوبامين والنورانبنفرن والتي لها علاقة مؤثرة على مجموعة السلوكيات المتصلة بمدة الانتباه وفرط النشاط.

ـ **المجالات العصبية النفسية :** يرى اصحاب هذا الفرض أن سبب الاضطراب راجع إلى اصابات في الفص الجبهي خاصة في المنطقة الأمامية من قشرة الدماغ التي تتسبب في إعاقات في الوظائف التنفيذية، وإطالة مدة اليقظة، والتحكم بالاستجابة ,وقد استخلص الباحثون ذلك من التشابه في الأعراض لدى الأشخاص المصابين بنفس الإصابة مما أدى إلى ترجيح هذه الفرضية في الإصابة باضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه.

ـ **المجالات التي استخدمت التصوير العصبي البنائي الوظيفي :** فقد أثبت أن الأشخاص الذين يعانون من مشكلة فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه يتناقص لديهم تأييض الكلوكوز في الفصوص الجبهية والجدارية من القشرة الدماغية

ـ **المجالات المتعلقة بالوراثة :** وهذا ما أثبتته الدراسات التي اجريت على التوائم والأقرباء أن نسبة الإضطراب تزداد كلما ازدادت القرابة بين الأفراد ، وانها لدى التوائم المتطابقة ترتفع أكثر من التوائم غير المتطابقة .

4 ـ 2 ـ النظرية النفسية:

يرى بتلهام في (الحمري امينة ، 2015، 48،49) ان هناك علاقة موجبة بين الاستعداد للإصابة باضطراب النشاط الزائد المصاحب للصعوبة الانتباه والتنشئة الإجتماعية السيئة من قبل الوالدين فهذا الاستعداد للاضطراب يجعل الطفل يحس بالتوتر وعندما يلتقي رد فعل الأم الرافض يجعل هذا الطفل يكتسب هذا النمط من السلوك غير المرغوب الذي يتميز بعد م الطاعة، بحيث يعجز عن التوافق مع ما تطلبه الام من متطلبات الطاعة فتصبح أكثر سلبية ، ورفضا لطفلها ومع اكتساب الطفل لهذا النمط الذي يتسم بعدم الطاعة فإنه لايستطيع التعلم ، مع متطلبات المدرسة مايجعل الطفل يعاني من مشكلة التوافق مع قواعد المدرسة الصارمة

وأكدت نتائج الدراسات التي اجريت في هذا المجال في (عودة ، 2002 ، 66) أن مشكلة النشاط الزائد وصعوبة الانتباه لاترتبط بضعف القدرة العقلية أو بنقص الذكاء ن وان انتشارها بين الاطفال المعوقين عقليا أكثر من غيرهم وهذا يرجع إلى ما يتعرض له هؤلاء الأطفال من مواقف محبطة متكررة من حياتهم .

4 ـ 3 ـ النظرية السلوكية :

يرى التوجه السلوكي أن دراسة السلوكات القابلة للقياس موضوعية ، وبالتالي علمية وبالتالي ينبغي ألا يدرس الأخصائيون النفسانييون إلا السلوك دون العمليات العقلية ، فكل السلوكات لديهم عبارة عن روابط بين مثيرات واستجابات ، وكان هذا مفيدا في إيجاد أسس علمية لدراسة السلوك ، إلا أن التوجه المفرط في دراسة السلوك ، دون العمليات العقلية ماثار انتقاد كبير للمدرسة السلوكية ،أدى لظهور المدرسة المعرفية لاحقا

(hayes, N , Stratton , 2003:120)

كما يفسر أصحاب النظرية اضطراب فرط النشاط بأن هذا السلوك يعتبر نمطا من الاستجابة الخاطئة المتعلمة والمرتبطة بمثيرات منفردة يحتفظ بها الفرد، ويستخدمها في تجنب مواقف أخرى غير مرغوبة .

وكما يرى أصحاب هذه النظرية أن جميع انواع السلوك هي محصلة مكونات البيئة والظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد ، واستنادا لهذه النظرية فإن المشكلات السلوكية من بينها مشكلة فرط النشاط الحركي المصحوبة بصعوبات الإنتباه ، ترجع إلى الظروف البيئية المحيطة بهم والعوامل الاجتماعية والنفسية غير المواتية التي مرو بها خلال عملية التنشئة الاجتماعية ، سواء في البيت أو المدرسة (عبد الفتاح ،2014 ، 63).

4 ـ 4 ـ نظرية التعلم الإجتماعي :

إن التعلم الإجتماعي عند باندورة يجمع بين المدرسة السلوكية و المدرسة المعرفية **فمثلا :** تقليد نموذج شجاع في حالة الخوف ، او تقليد نموذج واثق من نفسه ، عند الرغبة في التدريب على مواجهة مقابلة شخصية من الممكن تصنيفه ضمن المدرسة السلوكية ، ومن ناحية اخرى أفكار الفرد وانتباهه لموضوع دون اخر ، حيث إن الانتباه الإنتقائي من الممكن ان يندرج ضمن المدرسة المعرفية ، ويذكر باندورة أن الطفل يتعلم الكثير من سلوكياته عن طريق: الملاحظة والتقليد كما ان نتائج البحوث المعلمية والميدانية أظهرت أن التصحيح والتغذية الراجعة يقوي التعلم .

وكما تؤكد نظرية التعلم الإجتماعي أن الطفل يتعلم الكثير من الإستجابات عن طريق الملاحظة والنموذج المحتذى الذي يختلط به الطفل ، أو مايراه حسب وسائل الإعلام خاصة النماذج التي تتلقي إثابة وتعزيز أو أنها لاتتعرض للتوبيخ أوالعقاب على سلوكها غير المرغوب أو لوقوع عقاب متذبذب في الاستخدام وقوعه متأخرا لوقوع السلوك غير المرغوب أونتيجة عدم وجود البديل للسلوك الذي عقب من أجله .

وتأخذ هذه النظرية في اعتبارها عند دراسة سلوك الفرد ببيئته ومجاله الاجتماعي ونوعية التفاعل بينه وبين المتغيرات المحيطة ، فلا بد مثلا عند النظر إلى ميل الطفل إلى الحركة في الفصل الدراسي ألا ينظر إليها بصورة منفصلة بل لابد من معرفة سلوك المحيطين به من زملائه ووالديه ومعلميه ، ولذلك فإن هذه النظرية لاتنظر إلى أن سلوك الطفل على أنه مشكل يثير التوتر والغضب لمن حوله ، ولكنها تنظر إلى أن الوسط المحيط بالطفل وظروفه قد لا تهيئ إقامة تفاعل مرضي بين الطفل وبيئته .(عبدالفتاح ،2014 ،67).

ومما سبق ذكره من التراث النظري لمختلف النظريات المفسرة لفرط النشاط الحركي المصحوب للصعوبات الانتباه وتتمثل في النظرية البيولوجية التي ركزت على عدة مجالات منها مجالات الناقلات العصبية والمجالات العصبية النفسية ، كما نجد النظرية النفسية التي ركزت على وجود علاقة موجبة بين الاستعداد للإصابة بإضطراب فرط النشاط الحركي المصاحب للصعوبة الانتباه والتنشئة الاجتماعية السيئة من قبل الوالدين ، كما يرى اصحاب النظرية السلوكية أن هذا الاضطراب يعتبر نمطا من الإستجابة الخاطئة والمتعلمة والمرتبطة بمثيرات منفردة يحتفظ بها الفرد ، اما نظرية التعلم الاجتماعي التي ترى ان مثل هذه السلوكات يتعلمها الكثير عن طريق الملاحظة والتقليد .

5 ـ الأساس العصبي لفرط الحركة وقصور الإنتباه :

رغم تأكيد البحوث والدراسات على وجود العديد من العوامل التي تتسبب في فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه ،إلا ان السبب العصبي والكيميائي من اكثر العوامل المسببة لأعراض هذا القصور وذلك لما يحدث من قصور في وظائف الدماغ .

قد تحدث الكثير من العوامل التي تؤدي على نمو الدماغ في مراحله الأولى وعادة ما تكون في الأشهر الأولى من الحمل ، وتجدر الإشارة إلى أن (50 %) من حالات قصور الإنتباه تحدث أثناء مرحلة نمو الجنين نتيجة لقواعد ومبادئ وراثية ، فهذه الأخيرة تعمل على ربط الخلايا العصبية في المخ بنظام مختلف عن النظام الطبيعي ،مما يؤدي إلى حدوث القصور او الإضطراب في عمل الدماغ .

كما اشارت الدراسات على وجود عيوب ترابط الخلايا العصبية في منطقة اللحاء (the cortex) مما تجعله يؤثر على عملية الإنتباه ، كون اللحاء المنطقة المسؤولة عن التفكير في الدماغ حيث تقوم هذه المنطقة بأداء اربعة وظائف رئيسية وهي :

أ ـ المهارات اللغوية

ب ـ المهارات الحركية والعضلية

ج ـ مهارات التفكير والمعرفة

د ـ مهارات التنظيم والتخطيط (سيسالم ، 2010 ،62)

وفي المقابل أشارت دراسات على وجود إصابات في منطقة التيقظ والحذر (the area of vigilance) واثره على قصور الإنتباه هذه المنطقة مسؤولة عن التيقظ والحذر ، فهي تتحكم بقدرة الإنسان على التروي وعدم التسرع ، وتأجيل الإشباع وعندما يحدث خلل في الخلايا العصبية في منطقة التيقظ في الدماغ فإن الطفل قد يصاب بإضطرابات في المظاهر الثلاثة لقصور الإنتباه : وهي قصور الإنتباه , والحركة المفرطة و الإندفاعية . (سيسالم ، 2010 ،64)

كما بينت دراسات وجود خلل في ترابط الخلايا العصبية في منطقة التنظيم the Area Modulation)

وتعتبر هذه المنطقة مسؤولة عن الإحتفاظ بالتوازن وتجنب الإنفعالات والإستجابات النفسية الحادة ، ويتم الترابط بين الخلايا العصبية في هذه المنطقة منذ بداية الميلاد ، لهذا فإن أي قصور في عمل هذه المنطقة سوف تتضح معالمه مع بداية ميلاد الطفل ، ومن ابرز الإضطرابات النفسية والإنفعالية التي يصاب بها الفرد نتيجة للقصور أو الخلل فيترابط الخلايا العصبية الذي يحدث في منطقة التنظيم في الدماغ كالقلق ، الخوف الزائد الرعب او الذعر ، عدم القدرة على التحكم بنوبات الغضب ، التهيج ، الإكتئاب ، تقلب المزاج ، الإضطراب الإنفجاري السريع . (سيسالم ، 2010 ،66)

واهم المظاهر السلوكية لهذا النوع من الإضطراب

ـ عدم القدرة على كبح الإنفعالات .

ـ السرعة في ردود الأفعال والإستجابات الإنفعالية

ـ الصراخ والصياح وإطلاق الشتائم

ـ عدم القدرة على التفكير السليم

ـ عدم القدرة على ضبط السلوك

ـ صعوبة في التحكم ببعض الحركات (سيسالم ، 2010، 67)

6 ـ قياس وتشخيص اضِطراب فرط النشاط الحركي المصاحب للصعوبات الإنتباه

يمثل التشخيص والقياس بالنسبة للمهتمين بدراسة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي ـ صعوبة بالغة ـ نظرا لتعدد سمات ومظاهر هذا الأضطراب .

إن عملية تشخيص هذا الأضطراب معقدة للغاية ولهذا وجب توخي الحذر، قبل إصدار التقرير النهائي عن حالة الطفل ، ويتطلب في عملية التشخيص استخدام إجراءات التقييم متعددة الطرق ، ويتضمن ذلك الأستعانة بالمدرسين والاباء والفحص الطبي والنورولوجي والنفسي والاجتماعي وذلك من اجل تحديد الأعراض التي يعاني منها الطفل من حيث مدى تكرارها ، وحدتها .

6 ـ1 . اجراءات اولية لعملية التشخيص :

تتم عملية التشخيص الاولية في عدة خطوات يقوم بها فريق التكفل وهي:

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

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

ـ المرحلة الثالثة : في هذه المرحلة يمكن أنّ نطلق عليها بالتشخيص الشامل للحالة إذ يتم إجراء تقييم نفسي وإجراء اختبارات الذكاء وتحصيل فردية، وتطبيق قوائم تقدير السلوك وملاحظة صفته بالإضافة إلى إجراء تقييم مبني على المنهج .ثم بعد الانتهاء من التشخيص من قبل الفريق المتعدد التخصصات يقوم هذا الفريق بوضع الخطة التربوية الفردية ومن العناصر الأساسية في عملية تقييم وتشخيص الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد، وهو التنوع في تطبيق المقاييس سواء قوائم تقدير السلوك أو الاختبارات الفردية المقننة إن وجدت، بالإضافة إلى التاريخ السابق للطفل وجمع ما أمكن من معلومات عن الطفل داخل المدرسة ومراجعة

سجلاته المدرسية، وبما أن هنالك بعد طبي وتربوي أكاديمي وتربوي سلوكي ونفسي في هذا الاضطراب، فلا بد من أن يكون الفريق الذي يعمل في التشخيص فريق متعدد التخصصات مثلما تم الاشارة اليه في النقطة الاولى من الاخصائي النفسي، وطبيب الأطفال أو طبيب الأمراض العقلية للأطفال، بالإضافة إلى الأخصائي المختص، والمدرس العادي ومدرس التربية الخاصة. إن قياس وتشخيص المظاهر السلوكية والانفعالية للطفل من شأنه أن يلقي الضوء عما إذا كانت المشكلات ذات مظاهر خارجية مثل العدوانية واضطرابات التصرف والقلق، والاكتئاب، والانسحاب الاجتماعي.(عيناد ، 2017، 44)

والمخطط الموالي يبين خطوات عملية التقيم القياس والتشخيص

احتمالات وجود مشكلات في الدراسة , السلوك , الانفعالات, الانتباه , الاندفاعية , النشاط الزائد , أمراض جسمية

الحصول على معلومات من مصادر متعددة

الملاحظةالمباشرة للسلوك	التقديرلذاتي	تقدير اولياء الامور	تقدير المعلمين	الجوانب السلوكية الاجتماعية الانفعالية	الاختبارت النفسو عصبية
أثناء عملية التقييم بواسطة المعلم داخل الفصل	يتم بواسطة الأطفال الكبار و المراهقين	عن طريق المقابلة –عن طريق الإجابة على النموذج و الإستبيان الخاص	–تتم بملاحظتهم عن سلوك الطفل داخل الصف –الإجابة على النموذج و الاستبيان الخاص بذلك	–مفهوم الذات –الثقةبالنفس –المهارات الإجتماعية –تقييم السلوك و الإنفعالات	–اختبار القدرة –اختبار التحصيل –اختبار التحكم –المهارات البصرية–الحركية –اختبار الحركة –اختبار الذاكرة –اختبار الإنتباه –المهارات البصرية

التقييم الشامل للمعلومات التي حصلنا عليها و تحديد نوع المشكلات أو الاضطرابات التي يعانيها المفحوص

اضطراب ضعف الانتباه النشاط الزائد	ضعف في الانتباه	صعوبات التعلم: في القراءة ، في الهجاء في الحساب ، الكتابة	مستوى الذكاء: مرتفع ، متوسط ،،منخفض	اضطرابات في التصرف
القلق	الاكتئاب	اضطرابات عقلية	قصور في البصر و السمع و الحركة	

شكل رقم(02) مخطط يبين اجراءات عملية التشخيص (الزارع ،2007 ، 49)

6 ـ 2 ـ مراحل قياس وتشخيص الأطفال المصابين بقصور الانتباه المصاحب لفرط الحركة :

يتم تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وفقا للمعايير المتضمنة في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس، إذ يقدم هذا الأخير خطوطا إرشادية لتشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، والاضطرابات النمائية، أو السلوكية، أوالانفعالية الأخرى، وذلك عن طريق عرض قائمة من الأعراض التي قد تشير إلى الاضطراب، وكذلك مجموعة من المعايير لتحديد فيما إذا كان الفرد يعاني من اضطراب ام لا، ويستدعي تقدير الاضطراب من قبل الآباء ، والمعلمين ، وينبغي أن تستمر الأعراض لمدة لا تقل عن 06 أشهر ، كما تم الإشارة إليها أنفاً في عنصر الأعراض.

كما يحتاج إلى مقابلة طبية ، وإجراء فحوصات للتأكيد على السلامة الجسمية

ـ يذكر كل من باركلي (BARAKLY 1998 & KOFMAN 2005) في (محمدي ،2011، 42 ،43) أنّ قياس وتشخيص أي طفل يعاني من اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي لا بد أنّ يتضمن المراحل الآتي:

1 ـ اجراء الفحوصات الطبية المختلفة:

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

2 ـ اجراء المقابلة الطبية:

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

3 ـ تقديرات المعلمين والآباء:

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

وتوجد العديد من مقاييس التقدير التي تقيس اضطراب فرط النشاط الحركي المصاحب للصعوبة الانتباه ومن بين اهم المقاييس التي اوردتها الباحثة هي :

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

1.مقياس المقابلة أو المعارضة.

2.مقياس المشكلات المعرفية

3.مقياس النشاط الزائد والاندفاعية.

4.مقياس القلق والخجل.

5.مقياس الإتقان.

6.مقياس المشكلات الاجتماعية.

7.مقياس الاضطرابات النفسية.

8.مقياس اعراض الاضطرابات العقلية التي وردت في دليل التشخيص للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المراجعة والمنقحة والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

يتبين من خلال المقاييس السابقة الذكر التي تعمل تشخص اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه من خلال تقدير الآباء، تكاملها في تشخيص جوانب عديدة للطفل ـ المعرفية، النفسية، السلوكية، الاجتماعية، كما أنّ لتقدير المعلمين وملاحظتهم داخل الصف الدراسي أهمية بالغة في تشخيص الاضطراب.

ـ مقاييس تقدير المعلمين:

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

1 ـ مقياس كونرز (CONNERS) لتقدير المعلمين: ويحتوي على 59 عنصرا مشابها للعناصر التي يشتمل عليها مقياس مقياس كونر تقدير أولياء الأمور بالإضافة إلى مقياس للجوانب النفسية والجسمية.

2 ـ مقياس سبادافورد (SBADAFORD) لتقدير اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه تم تطوير هذا المقياس وقد قنن على عينة تكونت من 760 طالبا، ويستخدم هذا المقياس لتشخيص الاضطراب والكشف عن درجة شدة المشكلات السلوكية يحوي المقياس 50 عنصر لتقدير سلوك الاندفاعية ، والنشاط الزائد وتشتت الانتباه والتوافق الاجتماعي.

3 ـ مقياس تقدير المعلمين الشامل: ويتكون هذا المقياس من 24 عنصرا وأربعة مقاييس رئيسية لقياس اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه ، والمهارات الاجتماعية ، والسلوك المخالف , ويزود هذا المقياس معايير ونتائج منفصلة ، وهو مناسب للأطفال من 5 إلى 13 سنة (الزارع، 2007، 40)

ما يلاحظ في المقاييس الثلاثة لتشخيص اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه الخاصة بتقدير المعلمين تركيزها على رصد وملاحظة الأعراض الأساسية للاضطراب.

6 ـ 3 ـ التشخيص الفارقي لِإضطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه:

هناك العديد من الاضطرابت المتشابهة في الاعراض مع اضطراب فرط النشاط الحركي المصاحب بصعوبة الإنتباه وللتفريق بينها يجب ان يكون هناك تشخيص فارقي ومن بين هذه الاضطرابات مايلي:

اضِطراب العناد و التمرد ، اضِطراب السلوك المنحرف، القلق المفرط، نوبات الهوس و الهوس الخفيف الشغب ، الهيجان أو الإثارة أوعدم الانتباه ، اضطراب المزج عند الطفل ، صعوبات التعلم ، التوحد (J .Ménéchal ; 2004,154)

ونجد اضِطراب المعارضة و العصيان :

هي حالات تتشابه مع حالات اضِطراب النشاط الزائد في أعراض كثيرة منها :العدوانية تدمير الممتلكات، انِتهاك القوانين، عدم القدرة على بناء الصداقات (خالدة ، 2009، 158)

و متلازمة توريت:

القليل من الاطفال لديهم هذ الاضطراب فهو يصيب الدماغ ويعاني العديد من المصابين به من نقص الانتباه وزيادة الحركة، وبعض الأشخاص يعانون من لزمات عصبية حركات لا إرادية مفاجئة مصاحبة بأصوات تشبه الشخير ، وطريقة كلام معينة ولديهم خلجات في الوجه كغمضة عين مختلفة ، وتقدر نسبة الاطفال المصابين بعرض توريت حوالي 50 % من الاطفال الذين يعانون من من صعوبة الانتباه (سيسالم ،2001، 63) .

مما سبق ذكره نجد انه يتطلب في عملية التشخيص استخدام إجراءات التقييم متعددة الطرق ، ويتضمن ذلك الاستعانة بالمدرسين والآباء والفحص الطبي والنورولوجي والنفسي والاجتماعي وذلك من اجل تحديد الأعراض التي يعاني منها الطفل من حيث مدى تكرارها ، وحدتها لبناء البروتوكول العلاجي المناسب .

7 ـ علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب للصعوبات الانتباه :

تعددت الطرق العلاجية لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من جميع النواحي ، وذلك للاختلافات الواضحة في مسببات هذا الاضطراب وعوامله ومختلف اعراضه وانماطه ، فسعي الباحثون لإيجاد علاج نهائي لهذا الاضطراب،أو على الاقل التخفيف من اثاره واعراضه، ومن ثم ظهرت عدة اساليب علاجية وسيتم في هذا العنصر التطرق إلى أهمها، بداية من العلاج الطبي الذي يستند إلى استخدام الأدوية والعقاقير والعلاج السلوكي الذي يعتمد إلى تعديل السلوك ، والعلاج الأسري والتربوي والعلاج عن طريق التغذية الصحية.

7 ـ 1 ـ العلاج الطبي :

يتألف العلاج الطبي لاضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه في استخدام جملة من الادوية والتي هي عبارة عن محفزات للجهاز العصبي المركزي وحسب (علي كامل ،2003 ، 61) فإن وظيفتها تنشيط القشرة المخية المسيطرة على تكوينات ماتحت القشرة المخية و بالتالي تؤدي إلى خفض من أعراضه لأن تكوينات ماتحت القشرة المخية إذا نشطت بدرجة ما فإنها تؤدي إلى زيادة الحركة والنشاط العشوائي ، لكن هذا النوع من العلاج لايخلو من الأثار الجانبية حيث اشارت الدراسات الطبية الحديثة إلى أن هذه الأدوية لها سلبيات لان محفزات المخ غالبا ما تسبب إيقاف نمو الأطفال في الوزن ، والطول ، ويعود حجمهم إلى الطبيعي بمجرد إيقاف العلاج الدوائي .

ويرى (جمال الخطيب ، 2003 ، 197) في (الحمري امينة ،2011 ،69) أن تعود الطفل وادمانه على هذه الأدوية يؤدي إلى عدة مشاكل ، ويعتبر الريتالين ،والسايلرت ، والدكسترين من اكثر العقاقير استخداما لعلاج هذا الإضطراب فهذه العقاقير أكثر فاعلية من غيرها إلا أن عدم وضوح طريقة عملها تضعف من قيمتها ، حيث يعتقد أنها تزيد من قدرة الطفل على الإنتباه ، وتضعف السلوكيات العشوائية وهي لا تعتبر من المهدئات لهذا فهي لاتؤثر على الأداء المعرفي للطفل ، فهي فقط تساعده على التعلم ، لأنها تخفض مستوى السلوك غير المقبول لديهم ، غير ان هذا لاينفي أها وغيرها من العقاقير قد تنطوي على اثار جانبية

وفي حين يؤكد (Batson & Simone ,2003,380) بدراسة قاما بها ان العلاج باستخدام دواء الميثيل فينيديت يفيد في خفض الاعراض السلوكية الاساسية لهذ الاضطراب ويحسن الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ويحسن الذاكرة العاملة السمعية والبصرية . وفي دراسة قام بها (فارون واخرون Farone .2004 , all &) لقياس حجم تأثير هذا الدواء على (140 طفل) يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وصعوبة الانتباه ، وكان حجم تأثيره على أفراد العينة (لقياس حجم تأثير هذا الدواء على (140 طفل) يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وصعوبة الانتباه ، وكان حجم تأثيره على أفراد العينة (3,1 %) ولكن يرى المعارضون لاستخدام هذه الأدوية أن تأثيرها سلبي من حيث أنه لا يحسن من القدلرة على التعلم ، كالتحصيل الأكاديمي للطفل ، وكذلك لايحسن من سلوكه الاجتماعي هذا بالإضافة إلى إمكانية أن يصبح الطفل مدمن على استخدامها بالإضافة إلى تأثيراتها الجانبية ، واضطرابت النوم ، الصداع والتقلص الحركي والعظلي، ونقص الشهية واحتمال انخفاض من معدل النمو وخطر الاصابة بالتشنجات .

وفيما يلي سنعرض جدول يبين اهم الادوية المستخدمة في علاج فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه .

الاسم التجاري	رتالين ratalin	سايلرت cylrt	دكسدرين dexedrine	سطاطيرا statera
عائلة الدواء	Methil Phenidate	Pemoline	Dextroamp–hetamine	Atomoxetine
كيفية توفرها (بالملغم)	1,2,3	75, 18, 5,37	10,5	10,18,25, 40 ,60,80
الجرعة اليومية (بالملغم)	6 – 10	5 –37	4 – 5	كبسولة واحدة كل يوم
حدوث التأثيرات	خلال ساعة	متباينة	خلال ساعة	بعد ثلاثة اشهر

جدول رقم (02) يبين اهم الادوية المستخدمة في علاج فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه

كما ان هناك ادوية اخرى لعلاج هذا الاضطراب كالأمبيرامين Imepramine واسمه التجاري tofranil وفلوكستين، Flouxetine والمعروف تجاريا باسم ديسبرامينDesipramine
وبيرتوفرين Pertoferane ، وباكسل Paxil ، وهي ادوية مضادة ، وباروكستين paroxetine واسمه التجاري prozac، أما من الأدوية المنبهة للاعصاب فيوجد كونسيرتا وهو اقوي من الريتالين.
أما فيما يخص مدى فعالية هذه الأدوية المنبهة أو المنشطة في خفض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه فقد اشار(جادو Gadow 2005) في دراسة على عينة من أربعة أطفال في سن الدراسة والذين يعانون من هذا الاضطراب، حيث اعطي لطفلين جرعات من مركبات الدكسي أمفيتامين Dexamphetamine وتناول طفلان آخران مركبات المثيل فينيداتMethyphenidate بمقدار 8 جلسات، حيث بدأ بأقل الجرعات ثم استمر في زيادتها إلى أن تحصل إلى أعلى د رجة تحسن في المظاهر السلوكية للنشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال (مشيرة عبد الحميد ،1992 ،45)

7 ـ 2 ـ العلاج السلوكي :

يعتبر من أكثر الأساليب نجاعة ,وفعالية في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه يستند أساسا على نظرية التعلم التي تلخص العملية العلا جية بتحديد السلوكيات غير المرغوبة و العمل على تبديلها بسلوكيات مرغوبة يدرب عليها الطفل من خلال مواقف تعليمية حيث يحتاج الأطفال المصابون بالحركة الزائدة مع قصور في الانتباه علاجا على مستوى السلوك .ويعتمد هذا الاخير على برنامج علاجي سلوكي موضوع بدقة والذي يسعي إلى التعامل مع سلوكيات الطفل المضطربة والتي يجب تعديلها مع احداث تغيير ايجابي في سلوك الطفل، وهذا يطلق عليه برنامج تعديل السلوك.

ترجع أسس العلاج السلوكي إلى نظريات وقواعد التعلم التي وضع اطارها النظري" بافلوف "و"جون واطسون"وغيرهما ، كما يعتبر هذا النوع من العلاج الجانب التطبيقي لمبادئ وقوانين التعلم التي توصل اليها كلا من سكينر(Skinner) في الاشراط الاجرائي و"جوزسيف ولبيه(Joseph Wolpe) . في الكف بالنقيض .
و يرى (الحنفي 1994) في (بن حفيظ ، 2014 ، 122) إلى أن السلوكيون يرجعون اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه إلى اربعة عوامل وهي :

ـ الفشل في اكتساب سلوك مناسب او تعلمه

ـ تعلم اساليب سلوكية غير مناسبة

ـ تناقض في المواقف التي يتعرض الفرد ما يجعله يفشل في اتخاذ القرار المناسب .

ـ ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة الاستثارة والاستجابة .

_ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة الاستثارة ,والاستجابة.

كما توجد عدة تقنيات من أجل علاج فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه إذ اشارت (صندقلي ، 2008 ، 114) في (اعيناد ، 2017 ، 59 ،60)
إلى أهم هذه التقنيات، الثواب والعقاب، التعزيز الإيجابي، والتعزيز السلبي، جداول التعزيز، جداول المهمات وغيرها .والهدف الرئيسي من تطبيق هذه التقنيات هو تزويد الطفل بمهارات كان قد فقدها نتيجة اصابته بهذا الاضطراب، كذلك أشارت نفس الباحثة إلى أنّ العلاج السلوكي يعتمد اساسا على تركيز انتباه الطفل على شيء يحبه أو يغريه للفت نظره ويدفعه إلى زيادة الصبر عنده، وهو بذلك يخضع لعملية تعديل في السلوك، وتتم هذه العملية بشكل تدريجي بحيث يتدرب الطفل بداية على مدة تركيز تستغرق 10 دقائق ثم نزيد المدة شيئا فشيئا .ولضمان نجاح هذه الاستراتيجية هناك امران يجب الالتزام بهما وهما الصبر والتحفيز

كما توجد عدة نماذج علاجية تعتمد على النظرية السلوكية من أجل علاج أو الخفض من أعراض فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، من بين أهم هذه النماذج العلاجية السلوكية والأكثر انتشارا ، هو ما قدمه باركلي Brakley حيث قدم برنامج علاجي لا يعتمد على ما هو سلوك فقط بل يعتمد على ما هو معرفي كذلك .ويتوجه هذا العلاج للوالدين وللأطفال ذوي قصور الانتباه مع فرط النشاط الحركي، كما يقوم هذا العلاج فرديا وجماعيا ، و الهدف الرئيسي من هذا البرنامج هو تدريب الوالدين على مواجهة المواقف الصعبة التي يواجهانها مع أطفالهم وتعليمهم تقنيات واستراتيجيات ضبط السلوكيات المضطربة التي يقوم بها الطفل لتصبح فعالة ومتماسكة ومناسبة للموقف

كما يهدف هذا البرنامج على تحسين سير العلاقة بين الطفل والوالدين وبالأخص الأم، كما أنه يعمل على تحسين الصورة الذاتية عند الطفل. ويتحاشى هذا البرنامج اثار الشعور بالذنب أو ايلام الوالدين بأن لهما سبب في الاضطراب الذي اصاب الطفل. بالعكس تظهر لهما معلومات عن سبب هذا الاضطراب من الناحية الفزيولوجية وغيرهما من الأسباب .كما تقترح عليهما المساعدة من أجل أدارة السلوكيات الصعبة التي يقومبها طفلهما، من أجل تحسين جودة الحياة، مع السعي إلى تجنب تدهور العلاقة الأسرية.

7 ـ 3 ـ العلاج التربوي:

يشير (السيد علي ، 1999، 88) في (الحمري امينة ، 2015 ، 64 – 65) إلى ان اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه ، يتوافق مع صعوبات التعلم التي إما تكون سببا اونتيجة لهذا الاضطراب ، فإذا كان الطفل ذو النشاط الحركي المفرط يعاني من صعوبات التعلم فإنه يحتاج إلى خطة تعليمية خاصة بحيث ، يشترطأن تكون حجرة الدراسة مجهزة بطريقة خاصة وبعيدة عن مصادر الازعاج والضوضاء، والمؤثرات الخارجية التي تشتت الانتباه ،بشرط ان تتوفر فيها الإضاءة والتهوية المناسبة ومراعاة ملائمة الكرسي، وأن تكون الحجرة خالية من المشتتات كالصور و الأدوات التي تشتت انتباهه ، اما إذا كان الطفل لايعاني من صعوبات التعلم فيكفي ان يستخدم المعلم بعض الاستراتجيات التربوية التي تعتمد على جذب انتباه الطفل ومراعاة ان تكون المواقف التعليمية تتسم بالتشويق قصد السيطرة على سلوكيات الطفل غير المرغوبة ، كما يجب على المعلم تجنب النقد للتلميذ الذي يؤدي للعناد والسلوك العدواني ، هذه العوامل تجعل التحصيل الدراسي لهؤلاء يرتفع .

وعن الدراسات التي اقيمت في هذا الصدد نجد دراسة (جوف وزملائه 1995) في (احمد السيد ،1999، 88 ،91) هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين المعلم والاقران بالطفل الذي يعاني من فرط الحركة المصحوب بصعوبة الانتباه واثره على السلوك المشكل في قاعة الدراسة ، وقد اثبتت النتائج أن التفاعل السلبي بينهم كان يؤدي إلى زيادة المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين بالإضطراب ، بينما كان التفاعل الايجابي بينهم يقلل من عدد وحدة السلوكيات المشكلة لديهم .

وتشير دراسة (Du paul § Eckert –1978) في (الزيات ، 2006 ، 20)

أنه ليس هناك ادلة واضحة على دور التدخلات الأكاديمية أو التربوية في تحسين ، أورفع المستوى الأكاديمي للتلميذ ذوي فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه ، لكن اثر هذا التدخل يتجلى في التحكم في السلوك داخل القسم ، والتفاعل الاجتماعي كان ملموسا ، لكن هذه الاثار الايجابية في مجال الضبط السلوكي لم تعزز أثارا ايجابيا على الأداء المعرفي والأكاديمي والمهاراتي بوجه عام.

أما (فوزية محمدي ، 2011 : 55)فتلخص الاساليب التي يمكن أن يتبعها المعلم حتى تساعده في التخفيف من أعراض الاضطراب فيما يلي :

ـ محاولة التأكد من فهم التلميذ للدرس.

ـ توضيح وتكرار التعليمات

ـ اما للتقليل من التشتت يستحسن توفير فترات راحة بين النشاط والاخر .

ـ استخدام أدوات وطرق متنوعة ، وكذا الالوان لتركيز انتباهه اكثر وإدراج بعض الأجهزة الالكترونية المدعمة كالحاسوب .

7 ـ 4 ـ العلاج الغذائي :

يؤكد أصحاب هذا الاتجاه على دور بعض الأطعمة المختلفة ، وتأثيرها على ظهور اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال

كما توصلت دراسة(كيناكتشي وآخرون Canacchi et al–1993) إلى خفض مظاهر النشاط الزائد لدى الأطفال عن طريق " برنامج غذائي معدل مضاف إليه بعض المعادن لعينة مكونة من 149 طفلا يعانون من اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه ، وضعف في الذاكرة (النسيان) وضعف الأداء المعرفي وعدم القدرة على التعلم , وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين الأولى ضابطة ، والثانية تجريبية ، وتم إخضاع العينة التجريبية لنظام غذائي لا يحتوي على الأطعمة الممنوعة السابق ذكرها مضاف إليها 300 ملجم من عنصر الفوسفاتديل سيرنPhosphatidyl serine يوميا , وبعد انتهاء التجربة أظهرت نتائج التحليلات الإحصائية تقدما ملحوظا في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد لدى أطفال العينة التجريبية التي طبق عليها البرنامج الغذائي تعتبر برامج التغذية من البرامج البديلة عن استخدام الأدوية وهي برامج مفيدة وفعالة تساعد بنسبة لا بأس بها " تتراوح بين 20 % إلى 62 % في خفض المظاهر السلوكية لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه كما أن النظام الغذائي المكثف يحتاج دائما إلى أخصائي تغذية جيد (محمدي ، 2011، 52)

خلاصة :

مما سيق عرضه في هذ الفصل يمكننا القول أن اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبات الإنتباه أخذ حيز كبير من اهتمام الباحثين في مجالات مختلفة ، مايفسر وجود العديد من الدراسات والبحوث التي تناولته من عدة جوانب من حيث نسبة انتشار بين الاطفال والعوامل المسببة لانتشاره وكذا مختلف اعراضه ، كما ان هناك دراسات تناولته من حيث طرق التشخيص والعلاج ، وبما ان مجال البحث واسع في هذا الموضوع فإن الدراسة الحالية جاءت تكملة لهذه الدراسات لتضيف اسهاما جديدا ببنائنا برنامج علاجي قائم على جملة من الانشطة وفنيات مستخدمة تحاول في البحث عن مدى فعاليتها في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بصعويات الانتباه لعينة من الاطفال تعاني من إعاقة ذهنية بسيطة .

الفصل الرابع : الدمج المدرسي

تمهيد

1 ـ مراحل تطور عملية الدمج المدرسي

2 ـ مفهوم الدمج المدرسي

3 ـ تصنيفات و انماط الدمج المدرسي

4 ـ اهداف الدمج المدرسي

5 ـ متطلبات عملية الدمج المدرسي

6 ـ ايجابيات وسلبيات عملية الدمج المدرسي

7 ـ فوائد عملية الدمج المدرسي

8 ـ الصعوبات التي تواجه عملية الدمج المدرسي

9 ـ الأسس التي يجب مراعاتها لإنجاح عملية دمج الطلبة ذوي الإعاقة

خلاصة

تمهيد :

تعتبر عملية الدمج من العمليات الحديثة في ميدان التربية الخاصة ، حيث بدأ الاهتمام بها مؤخرا بشكل كبير والتي تبنتها كثير من الدول المتقدمة لما لها من أهمية في المساواة في الفرص التعليمية ، وزيادة التفاعل الاجتماعي بين الطلبة العاديين وذوي الإعاقة ، ومشاركتهم في الأنشطة المختلفة ، واستفادتهم من الخدمات التعليمية المتوفرة في المجتمع كغيرهم من الطلبة العاديين ، وسنعرض في هذا الفصل مراحل تطور عملية الدمج ، وماهيتة وأهم التصنيفات و انماط عملية الدمج المدرسي كما تطرقنا إلى اهدافه بالإضافة إلى متطلباته كما تطرقنا إلى اهم ايجابيات وسلبيات و فوائد عملية الدمج المدرسي و الصعوبات التي تواجه الدمج ولإنجاح عملية الدمج هناك أسس يجب مراعاتها لإنجاح عملية دمج الطلبة ذوي الإعاقة مدرسيا ومهنيا واجتماعيا.

1 ـ مراحل تطور عملية الدمج واهم تصنيفاته :

شهد مجال التربية الخاصة خلال القرن الماضي تطورا ملحوظا في تربية وتعليم التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة ، فقد تم التدرج مع هؤلاء التلاميذ من العزل اين كانو منعزلين ومنبوذين من طرف المحيطين بهم إلى مراكز العناية الدائمة ومن ثم إلى المراكز الداخلية وصولا إلى الفصول الملحقة وهي ما كانت تعرف بمرحلة العزل(Brown ,1991, 19).

فمع بداية الثمانينات كان التوجه السائد هو ادماج التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة داخل الفصول العادية حيث يتلقون تعليمهم جنبا إلى جنب مع اقرانهم الأطفال العاديين (289, 1994 , Haring& ryndak)

وظهرت فكرة الدمج الشامل مع بدايات التسعينات من القرن الميلادي المنصرم ، وزاد الاهتمام بهذه العملية عندما جعلها الرئيس السابق " بيل كلينون " أحد المحاور الرئيسية في حملته الانتخابية

و تعتمد في جوهرها على وضع الأطفال المعاقين بمختلف فئاتهم في الصفوف العادية مع وجود دعم مناسب وخدمات مساعدة تقدم عند الحاجة مع مناهج تعليمية تقدم في البيئات الاخرى وفقا للأهداف التعليمية والسلوكية الموجودة في الخطة التربوية للتلميذ . (Dennis, 1996, 63)

ومع أن هذ التوجه أصبح سائدا في الولايات المتحدة الامريكية إلا ان هناك فئة من ذوي الإعاقات الشديدة ممن لا تزال قضية دمجهم في الصفوف العادية مثار جدال نقاش بين الالمتخصصين ، حيث يرى العديد من الباحثين أن الاستعداد التربوي والإنفعالي والانخفاض الشديد في قدراتهم العقلية والذين يعدون من اهم العوامل المساعدة في عملية الدمج غير متوفرة لديهم (.25, 1994 , Dowing)

ومع ان بعض المتخصصين ينادون بإبقائهم في الفصول الخاصة الملحقة داخل المدارس العادية ، إلا أن معلم التربية الخاصة لايستطيع بمفرده توفير الحافز أو الاثارة المطلوبة في فصول ذاتية الاكتفاء لأن التلاميذ شديدي الاعاقة يحتاجون إلى زملاء متجاوبين لتعزيز محاولاتهم للتفاعل

لذلك فإن فصول التعليم العام تقدم الحافز لفرص التعليم التي يصعب تقديمها في فصول دراسية ذاتية الاكتفاء أو معزولة والتي تكونغير كافية لضمان تطوير مهارات الاتصال ، والمهارات الاجتماعية وتكوين الصدقات مع الاقران (Haring& ryndak,1994,115)

ومع بروز فكرة الدمج الشامل للتلاميذ المعاقين أظهر العديد من الباحثين عدم إقتناعهم بجدوى هذا النوع من الدمج لهذه الفئة من التلاميذ ، وكان الجدل يرتكز على كيفية تطبيق عملية الدمج ، وكانت التساؤلات المطروحة تبحث في ما إذا كان الدمج يعني يعني جميع التلاميذ ذوي الإعاقات الشديدة ، او فيما إذا كانت قرارات ادماج أو وضع التلاميذ في المدارس العادية تعتمد على أساس دراسة كل حالة بشكل منفرد

والجدوى من وجوده في الفصول المدمجة من عدمه ، وأيضا تساؤلات عن درجة الدمج ومستواه ،إذا ماكان التلميذ سيدمج طوال اليوم او نصف اليوم (leiberman, 1992,13)

بالإضافة إلى ذلك كان هناك من يطرح فكرة " حرية الإختيار " ذلك أنه إذا ما تم تقديم الخدمات وفقا لما نص عليه قانون التعلم لجميع الاطفال المعاقين ، فإن أولياء الامور لهم الحرية في اختيار البيئة التعليمية المناسبة لأبنائهم (. Gardil., &Browder, 1995 , 254)

إن فكرة الدمج لم تكن واضحة في البداية في أذهان معظم الباحثين المهتمين بهذا الموضوع ، فقد نادى بعض المؤيدين بأن يكون الدمج كاملا ، ويبرز التعليم لكل التلاميذ بما في ذلك اولئك الذين يعانون من إعاقات شديدة في نفس الفصول الدراسية مع أقرانهم غير المعاقين ، بينما نادى اخرون بمبادرة تربوية عادية بحيث يكون التلاميذ ذوي الإعاقات البسيطة والمتوسطة هم الذين تم ادماجهم في فصول عادية

.(Ryndak & Alper , 1996 ,18)

ويشير " ماكدونال واخرون "(1995) أن بعض المهنيين في مجال الإعاقات يستخدمون المبادرة التربوية العادية بالتبادل مع الدمج الشامل وكأنهما مصطلحين مترادفين إلا أن الدمج يختلف عن المبادرة التربوية العادية في أنه يؤكد على التربية والتعليم لكل التلاميذ بما في ذلك المعاقين من كل الفئات وبمختلف الدرجات في نفس الفصول مع اقرانهم العاديين ، في حين تشدد المبادرة التربوية العادية على تقديم الخدمات المطلوبة للتلاميذ ذوي الاعاقة المتوسطة والبسيطة في الصفوف العادية من خلال التعاون المشترك بين معلمي التربية الخاصة ومعلمي الفصول العادية بحيث يتم اعتماد المنهج العام عند تدريس هؤلاء التلاميذ مع الاخذ في الاعتبار الحاجات المختلفة لكل التلاميذ وقد تكون المبادرة التربوية العادية اقرب إلى الدمج الشامل من مفهوم الدمج الاكاديمي الذي يعتمد على تعديل الموقف التربوي الذي يلائم التلاميذ الغير عاديين .

(MC Donnel, 1995, 213)

وكما ذكر (ديفيس Davis 1992) أن عملية الدمج تلاقي قبولا من قبل اغلبية التربويين في الولايات المتحدة الامريكية على انه فلسفة تربوية ملائمة ، ذلك إنه من خلال الدمج فإن الأغلبية الساحقة من التلاميذ ذوي الإعاقات سوف ينعمون إلى درجة ما بفوائد ومنافع الفصول الدراسية العادية

ولقدتم اعتبار عملية الدمج في الواقع على انه نتيجة ايجابية وذلك بتسيير وتسهيل التجارب التربوية للتلاميذ المعاقين (Davis , 1992 , 39) .

إن مؤيدي سياسات الدمج اليوم تقترح تحولا جذريا من مبدأ التأكيد على مساعدة التلاميذ المعاقين تبنى إلى بيئة تربوية وتعليمية مختلفة كليا حيث يتم معاملة جميع التلاميذ بما فيهم اولئك المعاقين على تقديم المساواة وبنفس الطريقة ، إن الهدف من سياسات الدمج هو تطوير نظام تربوي يتم فيه معاملة التلاميذ المعاقين بصورة متساوية مع التلاميذ غير المعاقين داخل المدارس العادية في الفصول العادية وفي النشاطات المدرسية (madden et al ,1993,123)

لقد أكدت الاتجاهات الحديثة في تربية وتدريب المعاقين على ضرورة توفير ظروف حياتية أقرب ما تكون من الظروف الحياتية المتوفرة للناس العاديين في المجتمع، وإتاحة الفرص لهم للتفاعل مع أقرانهم العاديين، من خلال إدماجهم في العيش في مجتمعاتهم، كبقية الناس دون تمييز أو تحيز ضدهم بسبب إعاقتهم، كما أكدت الدراسات على ضرورة التدخل المبكر في تعليم المعاقين، لتطوير قابليتهم بشكل أفضل، وللحد من تفاقم الإعاقة لديهم، ومشاركة الأسرة في رسم مستقبل طفلها من المعاقين، والمشاركة الفعالة في وضع البرنامج التربويّ الفرديّ له، ودمج الأطفال المعاقين في إطار التعليم العام العادي ينبغي أن يشكل جزءاً لا يتجزأ من الخطط لبلوغ هدف التعليم للجميع، وفي الحالات الاستثنائية التي يلتحق فيها الأطفال بمدارس خاصة، ليس هناك ما يدعو إلى أن يكون تعليمهم كل على حدة . (Kennedy , 1997 , 31)

ـ يأخذ الدمج عدة أنماط وتصنيفات يستفاد منها تصنف إلى مايلي :

1 ـ 1 ـ الدمج التعليمي :

ويعتبر شكلا من أشكال الدمج الأكاديمي، حيث يلتحق الطلاب بالمدارس العامة ، وفيه يتم إلحاق الطلاب الأسوياء والمعاقين في صف دراسي مشترك وتحت برنامج أكاديمي موحد، يتلقي كلا الجانبين عملية التعليم فيه، ويتحقق ذلك من خلال إنشاء ملحقة الدمج جمعيات تنمية المجتمع ويتم بهذا استقبال الطلاب الأسوياء والمعاقين على فترات الشرح أجزاء معينة من المحتوى الأكاديمي، وهذا يتطلب وجود إطار تنسيقي ناجح يستطيع التواصل مع المدارس والتنسيق معهم لاستقبال الطلاب بالجمعية .

1 ـ 2 ـ الدمج الاجتماعي :

يقصد به دمج المعاقين مع الأسوياء في السكن والعمل، ويمكن للجمعية أداء دورها في هذا المجال من خلال مايلي :

ـ الإعداد لرحلات للمعاقين ذهنيا والأسوياء

ـ تدريب المعاقين ذهنية داخل ورش الجمعية مع الأسوياء

ـ محاولة الاستفادة من قدرات المعاقين ذهنية قدر الإمكان في الجمعية ومشاركتهم الأنشطة المختلفة وفقا لقدراتهم.

ـ عمل لقاءات ومحاضرات وندوات يساهم فيها المعاقين مثل: قص شريط الحفل

ـ تقديم المشروبات للحضور

ـ اشتراكهم في أعمال الضيافة بالجمعية

ـ الإعلان عن حملات التبرع بالمال أثناء موسم الزكاة

ـ اشراكهم في رحلات الأيتام وأنشطة دور الأيتام.

ـ كما يمكن إشراك المعاق ذهنية في أعمال الخير التي تنفذها الجمعية مثل زيارة المرضى بالمستشفى وتقديم المساعدات لهم.(عبادة ، 2016، 24)

1 ـ 3 ـ الدمج المكاني: ويتم حيث تنظم وحدات و صفوف خاصة في المدارس العادية و تتقاسم

معها نفس البناء المدرسي، كما أنه يتواجد حيث تشترك المدارس الخاصة مع المدارس العادية في نفس المساحة أو الموقع بنظام الريط. ويشير إلى نظام الربط الشائع والتفاعل القائم بين مدارس التربية الخاصة والمدارس الخاصة إلى العادية لبعض الوقت برفقة معلميهم، كما قد يقتصر نظام الربط على زيارات يقوم بها معلمو التربية الخاصة الذين يعملون في مدارس تربية خاصة للمدرسة العادية في الحوار لتقديم استشارات اللمعلمين العاديين، أو يقوم بها المعلمون العاديون لمدارس التربية الخاصة المجاورة المدرستهم العامة للاستفادة من خبراتهم مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

1 ـ 4 ـ الدمج الوظيفي: ويتم تحقيق هذا النوع من الدمج الذي يوصف أحيانا بأنه دمج أكاديمي عندما يقوم الدمج الاجتماعي والمكاني للأطفال، حيث ينظم الأطفال غير العاديين بشكل جزئي أو كلي في الفصول العادية و في كل النشاطات المدرسية.(عبادة ، 2016، 25)

وتشير الكثير من الدراسات إلى وجود تصنيفات عديدة لدمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس التعليم العام، وكان من أهمها ما يلي:

1 ـ 4 ـ 1 ـ الدمج الجزئي:

حيث يلتحق الطلاب ذوو الإعاقة مع الطلاب العاديين في نفس المبنى المدرسي ولكن في صفوف خاصة بهم أو وحدات صفية خاصة بهم في نفس الموقع المدرسي، ويلتقون الطلبة من ذوي الإعاقة في الصفوف الخاصة ولبعض الوقت، مع ضمان توفير برامج تعليمية خاصة بهم تناسب قدراتهم من قبل مدرس التربية الخاصة، كما يتلقون برنامجا مشتركا تعليميا مع الطلاب العاديين في الصفوف العادية، ويتوجب ترتيب البرنامج التعليمي وفق جدول معد له مسبقا يتم الانتقال من الصفوف العادية إلى صفوف الخاصة ومن الصفوف الخاصة إلى الصفوف التعليمية بطريق سهلة، ويتاح للطالب من ذوي الإعاقة التعامل مع أقرانه العاديين خلال اليوم الدراسي، ويجب أن يكون التخطيط مسبقا قبل البدء بالبرنامج لكي يكون مجزية.

ويهدف هذا النوع من الدمج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الطلاب غير العاديين والطلاب العاديين في نفس المدرسة. .(عبادة ، 2016،25)

ـ طريقة الاستفادة من الدمج الجزئي:

وتتحقق من خلال استحداث برامج فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية، وهذا النمط من الخدمة يتضمن إلحاق الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بفصل خاص بهم بالمدرسة العادية،

حيث يتلقون الرعاية التربوية والتعليمية الخاصة بهم مع بعضهم في ذلك الفصل، مع العمل على إتاحة الفرصة لهم للاندماج مع أقرانهم العاديين في بعض الأنشطة الصفية، والأنشطة اللاصفية، وفي مرافق المدرسة.

وتتألف برامج الفصول الخاصة على نوعين:

أ. فصول تطبق مناهج معاهد التربية الخاصة مثل فصول الأطفال القابلين للتعلم من المتخلفين عقلية، وفصول الأطفال الصم.

ب. فصول تطبق مناهج المدارس العادية مثل: فصول الأطفال المكفوفين، وفصول الأطفال ضعاف السمع.

(عبادة ، 2016، 26)

1 ـ 4 ـ 2 ـ الدمج الكلي:

وهو دمج ذوي الإعاقة في الفصول التعليمية بمدارس التعليم العام، ويقصد بها التحاق الطلبة من ذوي الإعاقة مع الطلبة العاديين في نفس الصفوف العادية طوال الوقت؛ حيث يتلقى هؤلاء الطلبة برامج تعليمية مشتركة. ويشترط في مثل هذا النوع من الدمج توفير الظروف والعوامل التي تساعد على إنجاح هذا النوع من الدمج.

و في هذا الدمج يتم وضع المعاق في فصول عادية طوال الوقت، على أن يتلقى معلم الفصل العادي المساعدة الأكاديمية اللازمة من المعلمين الاستشاريين أو المعلمين الزائرين للمدرسة عدة مرات أسبوعية، لتمكنه من مقابلة الاحتياجات الخاصة للتلاميذ المعاقين.

وفي نفس السياق "يطبق الدمج الكلي على ذوي الإعاقات البسيطة أو الخفيفة ضعاف السمع أو البصره والمتخلفين عقليا بدرجة بسيطة، وفي هذا النوع من الدمج بكل من الاحتياجات التعليمية والنفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين، حيث يكفل لهم الحصول على الخدمات اللازمة وسط أقرانهم من الأطفال العاديين طوال الوقت ، وبالإضافة إلى ذلك يتطلب الدمج الكلي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصية بعض الأمور التي لا غني عنها، والتي من أهمها ما يلي:

– تجهيز الفصول بالأدوات والوسائل التعليمية المعينة والضرورية اللازمة للتلميد المعاق في فهم الدرس – تعديل المباني المدرسية بقدر الإمكان لكي تلائم الإعاقة التي تقبل بالمدرسة وحماية التلميذ المعاق من المخاطر.

– توفير المعلم العادي القادر على التعامل مع التلاميذ المعاقين في الفصل العادي يعاونه معلم متخصص .

(عبادة ، 2016، 26)

ـ طريقة الاستفادة من الدمج الكلي:

وتتم عن طريق استخدام الأساليب التربوية الحديثة مثل، برامج غرف المصادر، وبرامج المعلم المتجول، وبرامج المعلم المستشار، وبرامج المتابعة في التربية الخاصة.

ويمكن التعريف بهذه الأنماط من تقديم خدمات التربية الخاصة على النحو التالي:

1. برنامج غرفة المصادر:

هو أحد الأساليب التي بواسطتها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية، وهو مفهوم تربوي يتضمن الركائز الرئيسة التالية:

– تخصيص غرفة في المدرسة العادية تكون ذات مستلزمات مكانية وتجهيزية وبشرية تحددها طبيعة خصائص واحتياجات الفئة أو الفئات المستفيدة.

– إبقاء التلاميذ غير العاديين في الصفوف الدراسية بالمدرسة العادية مع أقرانهم العاديين إن كانوا من الفئات الموجودة – أصلا – بالمدارس العادية، أو إلحاقهم بالصفوف الدراسية بالمدرسة العادية مع أقرانهم العاديين إن كانوا من الفئات التي كانت تدرس تقليدية بمعاهد التربية الخاصة، أو الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية.

– يتحتم على التلاميذ غير العاديين أن يقضوا – على الأقل – 50 %من يومهم المدرسي في الصفوف الدراسية مع أقرانهم العاديين.

– يتردد التلاميذ غير العاديين على غرفة المصادر للاستفادة من خدماتها حسب جدول تحدده متغيرات أهمها حاجة الطفل إلى خدمات التربية الخاصة، طبيعة عوق الطفل، شدة عوق الطفل، الصف الدراسي الذي يدرس فيه الطفل، وغير ذلك من المتغيرات التي يمليها الموقف التربوي على كل من معلم التربية الخاصة، ومعلم الفصل العادي.

– قد يكون من الضروري تسجيل الأطفال غير العاديين في المدرسة التي يوجد بها برنامج غرفة مصادر، أو تحويلهم إليها إن كانوا من التلاميذ المسجلين في مدارس لا يوجد بها هذا البرنامج، الأمر الذي يستدعي ضرورة تأمين وسيلة نقل للتلاميذ بين المدرسة والمنزل.(عبادة ، 2016، 27)

2 ـ برنامج المعلم المتجول:

هو أحد الأساليب التي بواسطتها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية، وهو مفهوم تربوي يتضمن الركائز الرئيسة التالية:

ـ تسجيل الأطفال غير العاديين في أقرب المدارس العادية إلى منازلهم، أو إبقاؤهم فيها إن كانوا مسجلين بها فعلا

ـ يتحتم على التلاميذ غير العاديين أن يقضوا معظم يومهم المدرسي في الصفوف الدراسية مع أقرانهم العاديين.

ـ يقوم معلم متخصص في التربية الخاصة بالتجول في المدارس العادية التي يوجد بها تلاميذ غير عاديين بغرض تقديم خدمات التربية الخاصة لهم، وذلك وفقا لجدول تحدده متغيرات أهمها:

ـ عدد الطلاب الذين يتكون منهم عبؤه التدريسي.

ـ طبيعة احتياجات أولئك الطلاب

ـ عدد المدارس التي يزورها

ـ طول المسافات التي يقطعها.

ـ يكون مقره في قسم التربية الخاصة بإدارة التعليم، أو في إحدى المدارس التي يعمل بها.

ـ يحتاج إلى استخدام وسيلة نقل. .(عبادة ، 2016 ،27)

3 ـ برنامج المعلم المستشار:

هو أحد الأساليب التي بموجبها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية، وهو مفهوم تربوي تقوم فكرته على الاستفادة من خدمات معلم متخصص في التربية الخاصة، يقوم بزيارات ميدانية للمدارس العادية التي يوجد بها تلاميذ غير عاديين، شأنه في ذلك شأن المعلم المتجول، بغرض تقديم خدمات التربية الخاصة التي تتمثل في النصح والمشورة لمعلمي الفصول العادية حول كيفية التعامل مع الأطفال غير العاديين وهو أيضا كالمعلم المتجول يكون مقره في قسم التربية الخاصة بإدارة تعليم المنطقة، أو إحدى المدارس التي يعمل بها، كما يحتاج أيضا إلى استخدام وسيلة نقل. د- برنامج المتابعة في التربية الخاصة: وهذه البرامج يمكن تعريفها على أنها عبارة عن برامج موجودة لدى الأمانة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم لمتابعة بعض الفئات التي لا تستفيد – حاليا – من خدمات التربية الخاصة، وهو إجراء مؤقت ينتهي بمجرد استحداث برامج للتربية الخاصة في مدارس التعليم العام لتلك الفئات. .(عبادة ، 2016 ،28)

واستنادا لما سبق نجد ان انماط واصناف عملية الدمج متعددة تتمثل في الدمج الوظيفي والاجتماعي وكذلك الدمج الكلي والجزئي وطرق الإستفادة منه

4 ـ برامج المتابعة المجتمعية في التربية الخاصة :

تعد الممارسة المجتمعية مع الإعاقة الذهنية في إطار عملية الدمج. ليس الأمر يمثل صعوبة على الأخصائي الاجتماعي داخل الجمعية في عمله، ولكن الأمر يتطلب من الممارس أن يكون لدية الاستعداد الشخصي

والمهني، ولدية التأهيل والدراية العملية والتخطيط المستمر للعمليات المهنية. ثم يقوم بالممارسة على الشكل التالي:

ـ استثارة المجتمع الخارجي بالندوات واللافتات وزيادة المؤسسات المالية والتعليمية والثقافية وتنظيم لقاءات عن الإعاقة الذهنية وفتح قناة شرعية للمشاركة مع الجمعية

ـ تنظيم المسابقات البحثية عن الإعاقة الذهنية وكذلك المسابقات الفنية التي تعبر عن احتياجاتهم ودمجهم في المجتمع.

ـ تنظيم زيارات للقيادات البارزة بالجمعية لزيارة مؤسسات الإعاقة الذهنية.

ـ تنظيم دورات وبرامج تدريبية للعاملين في مجال الإعاقة الذهنية لرفع الكفاءات بصفة مستمرة.

ـ دعوة المهتمين بالإعاقة الذهنية للمشاركة في أعمال الجمعية ونشاطها.

ـ منح أسر المعاقين ذهنية منح مالية وعينية وتقديم المساعدات لهم وغير ذلك في حالة احتياجهم.

ـ تدريب أسر المعاقين ذهنية على طرق التربية والرعاية بالمنزل وأن الممارسة المجتمعية في إطار الدمج ما هي إلا رسالة تثقيف وتوعية وتعديل للرأي المجتمعي عن الآثار الاجتماعية لعملية الدمج.(ناريمان ، 2016 ، 29 ، 30 ،31)

وعيه نجد مما سبق ان للدمج انماط وتصنيفات عديدة تتمثل في الدمج التعليمي والدمج الوظيفي والدمج المكاني والاجتماعي كما نجد انماط اخرى من الدمج كالدمج الجزئي حيث يلتحق الطلاب ذوو الإعاقة مع الطلاب العاديين في نفس المبنى المدرسي ولكن في صفوفه خاصة بهم أو وحدات صفية خاصة بهم في نفس الموقع المدرسي وطرق الاسفادة منه كما ان هناك نمط اخر وهو الدمج الكلي و يتم فيه وضع المعاق في فصول عادية طوال الوقت، على أن يتلقى معلم الفصل العادي المساعدة الأكاديمية اللازمة من المعلمين الاستشاريين أو المعلمين الزائرين للمدرسة عدة مرات أسبوعية كما ان له طرق عديدة للإستفادة منه كغرف المصادر .

2 ـ تعريف الدمج المدرسي :

تعددت الآراء ووجهات نظر بشأن دمج المعوقين في مدارس التعليم العام فهناك من يؤيده على حين يوجد من ينتقده وفي الآونة الأخيرة بدأ أسلوب الدمج يحظى باهتمام وقبول الكثيرين في هذا المجال وقاموا في تفعيل دور المدارس العادية انطلاقا من مبدأ المساواة بين العاديين والمعاقين ومن خلال هذا تعددت التعاريف حسب كل اتجاه .

2 ـ 1 ـ تعريف الدمج :

2 ـ 1 ـ 1 ـ تعريف الدمج لغويا:

يعرف الدمج لغويا (دمج الشيء دمويا إذا دخل في الشيء واستحكم فيه) وبناء عليه يكون الدمج وفق هذا المعنى هو ادخال الشيء في الشيء للخلوص إلى مكون يجمعها كلها ، له خصائص غير خصائص مكوناته على حدة ، وفيه من التكامل والانسجام ماليس لمكوناته منفردة ومنفصلة فيما بينها (اريج ،2018، 20)

2 ـ 1 ـ 2 ـ تعريف الدمج اصطلاحا:

إن مفهوم الدمج في جوهره مفهوم اجتماعي اخلاقي ، نابع من حقوق الانسان التي تنادي بعدم التمييز او العزل ، نتيجة لإصابة الفرد بإعاقة ما ، وتقديم كافة الخدمات التي يحتاجها ذوي الإعاقة في البيئة العادية ، التي يحصل في اقرانهم العاديين على نفس هذه الخدمات ، مع العمل على عدم عزلهم في اماكن منفصلة خاصة بهم (اريج ،2018، 20)

يشير كمال سالم إلى أن المفهوم الشامل لعملية الدمج أن تشتمل فصول، ومدارس التعليم العام على جميع الطلاب بغض النظر عن الذكاء أو الموهبة أو الإعاقة أو المستوى الاجتماعي والاقتصادي أو الالفية الثقافية للطالب، ويجب على المدرسة العمل على دعم الحاجات الخاصة لكل طالب (سالم ، 2001 ، 22).

ويعرف الدمج ايضا : أن يعيش المعاق عيشة آمنة في كل مكان يتواجد فيه، وأن يشعر بوجوده وقيمته كعضو في أسرته، وأن يحقق قدرة من التوافق والاندماج الشخصي والاجتماعي الفعال بجانب تواجده المستمر في المدرسة، وفي الصف الدراسي مع زملائه من العاديين، وأن يستفيد مثله باقي العاديين من كافة الخدمات التربوية والأكاديمية والترويحية والرياضية والطبية وغيرها، مع إيجاد فرص العمل مع باقي العاديين في المؤسسات المهنية المختلفة كل بحسب قدراته وإمكاناته .(Biklen, 1989 , 207)

وكما يشير (طلعت منصور ،1999 ،22) إلى أن الدمج يؤكد على تربية ورعاية المعوقين مع العاديين في سياق بيئة أقرب الى العادية قدر الامكان

2 ـ 2 ـ تعريف الدمج المدرسي :

ـ يعرف الدمج المدرسي بأنه: "وجود الأطفال المعاقين مع الأطفال العاديين في نفس حجرة الدراسة، وبذلك يعطي الطفل المعاق الفرصة للاقتحام في الحياة الطبيعية" (اليانور ليتشن ، 1999 ، 17).

ـ يعرفه (طلعت، 1994) : بأنه "عبارة عن حالة تهيؤ أو استعداد تام لدى المربين والعاملين مع المعاقين ولدى الوالدين والمجتمع عامة لتوفير تعليم الأطفال المعاقين، أو للأطفال ذوي صعوبات التعلم داخل البيئة المهيأة لكل الأطفال الآخرين في المدرسة العادية والمنزل والبيئة المحلية، وحينها تبدو الجدوى من هذا الدمج، أما إذا لهم البعض اندمج على أنه إعادة توزيع للأطفال المعاقين ووضعهم في المدارس والفصول العادية دون تهيئتهم وإعدادهم، فإن هذا ينطوي على مأساة للاطفال والمعلمين على حد سواء (طلعت ، 1994 ،63)

ويعرف الدمج المدرسي أيضا : بانه تمكين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية بدلا من المؤسسات الخاصة من تربية تستجيب لاحتياجاتهم وفق صيغ متنوعة، كما يعني بذل الجهود لتسهيل مشاركة الطفل المعاق في كامل الأنشطة التربوية والجماعية للمدرسة . (عبدالمجيد ، 2014، 42)

كما أطلق عليه في بعض الكتابات توحيد المساق التعليمي، والذي يشير إلى عملية دمج الأطفال المعاقين مع أقرانهم من العاديين لجزء من الوقت في الفصل التعليمي،

ويعرف بأنه : " تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية ، بحيث يتم تزويدهم بيئة طبيعية تضم أطفالا عادين، بما يسهم في تخليصهم من عزلتهم".(عبدالمجيد ، 2014، 42)

ويعني أيضا : توحيد المساق التعليمي ووضع الطفل المعاق مع الطفل العادي داخل الإطار التعليمي العادي ولمدة قد تصل إلى 50 ٪ من وقت اليوم الدراسي، مع تطوير الحملة التربوية التي تقدم المتطلبات النظرية والأكاديمية والمنهج العلمي او المقرر الدراسيه ووسائط التدريس التي تحقق الأهداف المرجوة مع تعاون التربويين في نظامي التعليم الخاص والتعليم النظامي من أجل رعاية وتعليم المعاقين يقتاتهم المختلفة أثناء وقت الدمج في بيئة التعليم النظامي(عبدالمجيد ، 2014، 43)

وقد أوضح مركز دراسات التعليم الدمجي مجموعة من المبادئ المهمة في تعريف الدمج على أنه :

ـ تقدير كل التلاميذ بصورة متكافئة.

ـ زيادة مشاركة كل التلاميذ في ثقافات، ومناهج، ومجتمعات المدارس المحلية والحد من عزلهم عنها.

ـ إعادة بناء الثقافات والسياسات والمهارات في المدارس حتى يتسنى لها الاستجابة التنوع التلاميد و اختلافهم بها,

ـ رؤية الفروق بين التلاميذ على أنها مصادر لدعم التعلم، وليست عقبات ينبغي التغلب عليها

ـ الاعتراف بحق التلاميذ في التعلم في محيطهم المحلي.

ـ تحسين المدارس من أجل التلاميذ ومن أجل "أعضاء هيئة التدريس العاملين بها

ـ التأكيد على دور المدارس في بناء المجتمع وتنمية القيم، وأيضا في زيادة التحميل رعاية علاقات الدعم المتبادلة بين المدارس والمجتمعات.

ـ الاعتراف بأن الدمج في التعليم هو أحد جوانب الدمج في المجتمع (عبدالمجيد طه ، 2014، 44)

. وكما يرى مادن وسلاين(Madden Slain 1983) **أن الدمج المدرسي بعني :** قضاء الأطفال نوى الحاجات الخاصة أطول وقت ممكن في الفصول العادية مع امدادهم بالخدمات الخاصة اذا لزم الأمر، كما يعنى : ضرورة تعديل البرامج الدراسية العادية قدر الامكان بحيث تواجه حاجات هذه الفئة من الأطفال مع إمداد مدرسي الفصل العادي بما يحتاجون إليه من مساعدة (الشخص ، 1987، 190)

ومما سبق يمكن النقول ان عملية الدمج بصفة عامة والدمج المدرسي بصفة خاصة بأنه حالة تهيؤ أو استعداد عام لدى المربين والمعلمين والعاملين مع المعوقين ولدى الوالدين ، والمجتمع بصفة عامة لتوفير تعليم للأطفال المعوقين داخل البيئة المهيأة للأطفال العاديين في المدرسة العادية والمنزل العادي والبيئة المحلية .

3 . أهداف عملية الدمج المدرسي :

تتوضح اهداف عملية الدمج المدرسي في عدة نقاط اساسية ومهمة نوجزها فيمايلي :

ـ يساعد الدمج في توفير الفرص الطبيعية للأطفال غير العاديين للنمو الاجتماعي والتربوي مع أقرانهم من الأطفال العاديين، كما يهدف الدمج إلى تغيير الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال غير العاديين من السلبية إلى الإيجابية.

ـ يعمل على تشجيع الطلاب المعاقين على احترام أنفسهم، وأن يعتبروا أنفسهم جزا من المجتمع بأن يحيوا حياة طبيعية مع أقرانهم العاديين.

ـ دمج المعاقين في مدارس العاديين يساعد على خفض التكاليف الخاصة بمدراس المعاقين ويحقق عديدا من الأهداف القومية والشخصية، ولتحقيق عدم العزل عن المجتمع.(ليتشن ، 1999، 09)

ـ تحقيق التميز أو الامتياز لجميع الأطفال من خلال تعليم الجميع إلى أقصى حد تسمح

به إمكاناتهم وقدراتهم داخل الفصول والمدارس العادية

ـ الاستجابة للاحتياجات التربوية الخاصة لجميع الأطفال، ويتم ذلك عن طريق مسئولية المدرسة وكافة العاملين فيها بالمشاركة الفعالة مع الآباء لبذل كافة الجهود التعليمية والاجتماعية والنفسية والتربوية والاستجابة للاحتياجات الخاصة لكل طفل وفقا لطبيعته ومستوى قدراته واحتياجاته.

ـ تحقيق الكفاءة الشخصية وتعني مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على الحياة باستقلالية والاعتماد على النفس

ـ تحقيق الكفاءة الاجتماعية والتي تعني غرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية اللازمة للتفاعل والتوافق الاجتماعي ومساعدتهم على الاندماج في المجتمع.

ـ تحقيق الكفاءة المهنية وتعني إكسابهم المهارات اليدوية المناسبة لطبيعة الإعاقة والاستعداد لديهم والتي تمكنهم من ممارسة بعض المهن

ـ الالتزام بالمعايير الوطنية والعالمية للجودة التي تسهم في تحسين برامج الرعاية المبكرة

وتقديم التعليم الذي يخدم الأطفال سواء كانوا بدون إعاقات أو ذوي احتياجات خاصة في فصول الدمج

ـ ومن أهداف الدمج أن تسهم في تحسين أهدافها من خلال بيئة الدمج الطبيعية والتي تتمثل في إعداد الفرد المعاق أكاديميا ونفسيا واجتماعيا للتفاعل والحياة جنبا إلى جنب مع أقرانه العاديين، إلا إذا تقبل العاديون وجود المعاقين معهم في مدرسة واحدة . (الزيات ، 2009 ،166)

يتضح مما سبق أن تلك الأهداف في مجملها تعتبر المصادر الفعلية التي يستقي منها الحقوق المشروعة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وبناء على ذلك يجب أن تكفل لهم جميع الحقوق التي تمكنهم من إنماء قدراتهم ومهاراتهم إلى أقصى حد، وتجعل عملية إدماجهم في المجتمع عملية سهلة، لكي يسهموا في بناء المجتمع ورفاهيته ، ولعملية الدمج عدة متطلبات سنعرضها في العنصر الموالي.

4 ـ متطلبات عملية الدمج المدرسي :

إن عملية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين ليس عمليه سهلة ، بل أن هناك عدة متطلبات لابد من مواجهتها من بينها مايلي :

4- 1 ـ التعرف على الإحتياجات التعليمية:

فأول متطلبات الدمج التعرف على الحاجات التعليمية الخاصة للتلاميذ بصورة عامة والمعوقين منهم بصفة خاصة حتى يمكن اعداد البرامج التربوية المناسبة لمواجهتها من الناحية الأكاديمية والاجتماعية والنفسية في الفصول العادية... فلكل طفل معوق قدراته العقلية، وامكاناته الجسمية وحاجاته النفسية والاجتماعية الفريدة التي قد تختلف كثيرا عن غيره من المعوقين ومن ثم : فان مجرد وضعه في المدرسة العادية ليس كافيا لتحقيق ادماجه – فقد يؤدي ذلك إلى تلبية حاجاته الاجتماعية ولكنه قد لايفي بالضرورة بحاجاته الاكاديمية (الشخص ، 1987،201)

ففي دراسة أجراها (فورمان وأخرون 1999 Forman et al) لفحص الخدمات المقدمة للطلاب ذوي الاعاقة العقلية الخفيفة الذين يتعلمون بعض الوقت أو كل الوقت في فصول عزل ملحقة بالمدارس العادية وأوضحت استجابات المعلمين في أوضاع الدمج ان :

ـ (1 %) من المدرسين الذين يحتاجهم الدمج يتطلب الاحداث اكاديمية في التربية الخاصة.

ـ لقي الاندماج الاجتماعي تأييدا كبيراعن الاندماج الأكاديمي.

ـ كان وقت المساعدة من المعلمين غير كاف في فصول الدمج مقارنة مع فصول التربية الخاصة

ـ كشفت ملاحظات الفصول عن فريق في فنيات التدريس المستخدمة ، وفي المتغيرات المرتبطة بالفصل والمدرسة ، والمناهج والبرامج ، وغرف المصادر ،

وفي دراسة مسحية أجراها زكريا زهير (1999) للخدمات التربوية التي تقدم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الأردن ، وتجربة دمج هؤلاء الأطفال مع العاديين كشفت الاحتياجات اللازمة للدمج عن:

ـ ضرورة وضع خطط لتدريب كوادر تربوية وتعليمية من أوساط معلمى المدارس العامة من أجل تحسين أدائهم في التعامل مع هؤلاء الطلاب.

ـ وجود عوائق وتحديات تواجه الدمج

ـ فعاليات وأنشطة تربوية لا تلبي بشكل مرضي احتياجات هذه الفئه فضلا عن كونه لايتسم بالمرونة الكافية التي تجعل الطفل العادي وغير العادي يتكيفان معا .

وفي دراسة أجراها محمد عبد الغفور (1999) للتعرف على المتغيرات التي هم في تدعيم الاتجاه نحو سياسة ادماج التلاميذ نوى الاحتياجات الخاصة في الفصول العادية، وذلك من وجهة نظر المعلمين والاداريين في التعليم العام واوضحت أن الدمج يهيي فرصة للتفاعل الايجابي مع العاديين داخل المدرسة وكانت أهم الاحتياجات التعليمية للدمج تتمثل في :

1ـ تحديد الاعاقات القابلة للدمج : ويتم فيها

ـ توفير الخدمات الطبية المناسبة للمعاق ،

ـ طبيعة المنهج ومرونته

ـ إعداد المدرس للتعامل مع الطفل المعاق

ـ توفير الوسائل التعليمية الخاصة بالمعاق.

2- وضع الأطفال في الصفوف المناسبة ويتضمن :

ـ تخطيط وتنفيذ الاستراتيجيات المناسبة

ـ التقييم للبرامج التربوية

ـ فواعد ضبط الفصل

ـ التخطيط داخل الفصل ووضع الخطة والجداول الدراسية ،و اللعب

ـ وضع الاستراتيجيات داخل وخارج الفصل

ـ المشاركات بين الوالدين والعاملين (صادق ،1998، 11)

4 ـ 2 - اعداد القائمين على التربية :

ويتضمن تغيير اتجاهات كل من يتصل بالعملية التربوية من : مدرسين ، ونظار ، وموجهين ، وعمال وتهيئتهم لفهم الغرض من الدمج، وكيف تحقق المدرسة أهدافها في تربية المعوقين بحيث يستطيعوا الاسهام بصورة ايجابية في نجاح ادماجهم في التعليم واعدادهم للاندماج في المجتمع فمن خصائص مشروعات الدمج الناجحة أنها :

1ـ وفرت القيادات الإدارية التي تعمل على تحسين ونجاح التواصل والمشاركه بين أفراد المشروع

2 ـ وفرت مصادر كافية من كل من الكوادر والتكنولوجيا المستخدمة والقيام بتدريب كاف كما ونوعا ومساندة المعلمين في عملهم . (الشخص ،1987، 209) .

4 ـ 3 ـ إعداد المعلمين:

قبل تنفيذ أي برنامج للدمج يجب توفير مجموعة من المعلمين ذوي الخبرة في تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة وإعدادهم بطرق مناسبة للتعامل مع العاديين ومعرفة كيفية اجراء ما يلزم من تعديلات في طرق التدريس لتلبية الحاجات الخاصة للمعوقين في الفصل العادي، إلى جانب معرفة أساليب توجيه وارشاد التلاميذ العاديين بما يساعدهم على تقبل أقرانهم المعاقين (الشخص ، 1987، 209) .

ولقد عرض (أكسامیت وأخرون Acksarnit et al 1981) منهجا جامعيا في جامعة نبراسكا – لنكلن Nebraska – Lincoln لإعداد معلمي الصفوف العادية للتعامل مع دمج الأطفال المعوقين في فصولهم (صادق ، 1998 ، 17) ، وتم الاتفاق على (10) محتويات منهجية منها :

ـ الوعي بالمشكلة والاتجاهات نحو هذه الفئات والمتضمنات التشريعية والقانونية للدمج

ـ ضبط الفصل والسلوك وتعديله مع توضيح عدد من الأهداف المحددة لكل مجموعة أو لكل فئة أن أمكن

ـ اعطاء نماذج وامثله عن كيفية دمج المنهج في عدد من المقررات النوعية

ـ يتضمن البرنامج المعد لتلاميذ المدرسة الابتدائية الترتيبات اللازمة لعملية الدمج أثناء التدريس والتعامل مع الطلاب وفرق قياس النواتج التعليمية والسلوكية والاجتماعية على أن يشرف على هؤلاء المعلمين إطارات نوو خبرة وكفاءة عالية في تربية وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة

ـ الإشراف على الخدمات التربوية المباشرة المتاحة

ـ إيجاد علاقة وطيدة بين المعلم العادي ومعلم التربية الخاصة وان يعملا معا ، ومع كل تلميذ على حده وإعطائه إرشادات عامة في طبيعة التلاميذ وكيفية التعامل معهم بعضهم في الفصل الدراسي ... إلى غير ذلك من الأمور التي يجهلها المعلم العادي والتي قد تجعله لا يقبل على تعليم هؤلاء بمعنى أن يعمل تلاميذ معلمي التربية العامة والخامدة في فريق عمل متكامل (عبيد ، 2000 ، 201)

إن هذا التحول في تفكير المعلمين أمر ضروري لنجاح الدمج فلقد اجرى (كيس جلافز 1999Kis – Glaves) دراسة للتعرف على اتجاهات (199) من المعلمين نحو دمج التلاميذ المتخلفين عقليا مع أقرانهم العاديين وذلك في (17) مدرسة نظامية بمدينة " زغرب بكرواتيا " والمنطقة المحيطة بها ومدى معرفتهم بالخصائص والحاجات الخاصة بالتلاميذ ذوي الاعاقة العقلية ، ومدى استعدادهم للعمل لتحسين عملية الدمج ... اتضح وجود خمس عوامل ينبي كل منها تنبؤا سلبيا عن اتجاهات المعلمين نحو الدمج هي :

1ـ أفضلية اندماج التلاميذ ذوى الإعاقات الثمانية .

2 ـ الاتجاه نحو تجهيزات المدارس النظامية للدمج

3 ـ عدم الإلمام بخصائص وحاجات الطلاب نوى الحاجات الخاصة و الاتجاه نحو الدمج الجزئى .

هذا وكلما ازدادت حساسية معلمي العاديين للفريق أصبحوا أكثر قدرة على تحقيق أفضل تدريس وتعليم للتلاميذ العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة معا ... ومن ثم : يجب تزويد المعلمين بمهارات وتدريب محدد لمساعدتهم في التميز العملية الدمج (راضي ، 2014 ،76)

4 ـ 4 ـ اعداد المناهج والبرامج التربوية :

من متطلبات عملية الدمج المدرسي ضرورة إعداد المناهج الدراسية والبرامج التربوية المناسبة التي تتيح للمعوقين فرص التعليم ، وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية والتربوية، ومهارات الحياة اليومية إلى أقصى قدر تؤهلهم له إمكاناتهم وقدراتهم ، وبما يساعدهم على التعليم والتوافق الاجتماعي داخل المدرسية أو خارجها ، كما يجب ان تتيح هذه البرامج التربوية والأنشطة و الفرص المناسبة لتفاعل التلاميذ

المعوقين مع أقرانهم العاديين بصورة تؤدي إلى تقبلهم لبعضهم البعض (الشخص ،1987، 207).

بالإضافة لذلك يجب أن ترسم الخطة التربوية في مدارس الدمج خصائص الممارسات الخاصة بالدمج وتشمل :

ـ ضرورة دمج كل طفل معوق في البرنامج العادي مع التلاميذ العاديين الجزء من اليوم الدراسي على الأقل .

ـ تكوين مجموعات غير متجانسة كلما كان ذلك ممكنا.

ـ توفير أدوات وخبرات فنية

ـ تعديل المنهج عند الضرورة.

ـ التقييم المرتبط بالمنهج وإعطاء معلومات حول كيف بتعلم التلاميذ بدلا من تحديد ما بهم من اخطاء و استخدام فنيات ادارة السلوك

ـ توفير منهج تنمية المهارات الاجتماعية.

ـ تطبيق الممارسات التعليمية المعتمدة على توافر البيانات ،

ـ تشجيع التلاميذ من خلال استخدام اساليب مثل : تدريب وتعليم الأقران التعليم التعاوني، والقواعد التي من شأنها تنمية الذات وتطويرها (راضي ، 2014 ،77)

4 ـ 5 ـ اختيار مدرسة الدمج :

تتطلب عملية الدمج اختيار إحدى مدارس الحي أو المنطقة التعليمية لتكون مركزا للدمج ويرتبط اختيار المدرسة بالبيئة المدرسية التي يجب أن تتحدد وفقا للشروط التالية

ـ قرب المدرسة من أحد مراكز التربية الخاصة

ـ استعداد مدير المدرسة والمعلمين لتطبيق الدمج في مدرستهم

ـ توفر الرغبة والتقبل لدى الإدارة والمعلمين.

- توفر بناء مدرسى مناسب.
- توفر خدمات وأنشطة تربويه.
- تعاون مجلس الآباء والمعلمين بالمساهمة في نجاح التجربة .
- أن يكون المستوى الثقافي الاجتماعي لبيئة المدرسة جيدة .
- أن تكون استعدادات المعلمين مناسبة لقيام تجربة الدمج وان تكون لديهم الرغبة للمشاركة ، أو الالتحاق ببرنامج تدريبي خاص بتطبيق برنامج الدمج.
- تهيئة التلاميذ العاديين ، وتهيئة جو من التقبل والاستعداد أو للتعاون في تحقيق أهداف البرنامج
- ضرورة تهيئة أولياء أمور التلاميذ العاديين. وشرح أبعاد التجربة للأهل والأبعاد الانسانية والتربوية والنفسية والاجتماعية لها (عبيد ، 2000 ، 208 ، 209).

4 ـ 6 ـ إعداد وتهيئة الأسرة :

من الأهمية الكبرى إشراك الأسر في تحديد فلسفة مدرسة الدمج الشامل . بالإضافة إلى مشاركتهم في اتخاذ جميع القرارات التي تؤثر في البرامج التعليمية لأطفالهم ، ويطلب من أسر الأطفال المعوقين أن تجري تعديلا في تفكيرها حول تربية أطفالها ، لقد أخبرت هذه الأسر سابقا بأن الفصول الخاصة أو المدارس الخاصة هي أفضل البدائل التربوية التي توفر خدمات تربوية لأبنائهم ، في حين يطلب منهم في الوقت الحاضر أن يعتبروا أن غرفة الدراسة العادية تعد أفضل مكان التربية لأطفالهم مع إجراء التعديلات وتوفير الخدمات المناسبة ، و أن تزويد الأسر بالمعلومات حول الدمج الشامل، والطرق التي سوف ينفذ بها في بيئة أطفالهم التربوية يمكن أن يساعد في تنفيذ ممارسات الدمج الشامل بسهولة تامة ويسر (راضي ، 2014 ، 76)

فقد أجرى (بيرس Perris 1990) للتعرف على اتجاهات الآباء نحو دمج أبنائهم في فصول العاديين، أي في فصول خاصة بالمدارس العادية واتضح أن معظم الأباء كانوا غير راضين عن أماكن الدمج الشامل لأبنائهم المتخلفين عقليا في فصول العاديين لأنهم يدركون أن أطفالهم سيكونون وحيدين ومنعزلين اجتماعيا ، كما أن مناهج الدمج كانت مقلقة لهم ، في حين أنهم يميلون إلى الرضا عن الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية على أساس أن أبنائهم سيكونون سعداء ولديهم أصدقاء وينجذبون إلى مناهج مناسبة ذات معنى كما عبر الإباء عن عدم رضاهم من تمويل مدارس الدمج وخدمات الدعم لها (راضي ، 2014 ،77)

4 ـ 7 ـ اعداد وتهيئة التلاميذ:

إن من حق التلاميذ أن يكونوا على وعي كامل بالتغييرات الجوهرية في النظام المدرسي .

– **فبالنسبة للتلاميذ في التربية العامة** : يجب تقديم لهم حصص محددة توضح أهم مفهوم عملية الدمج ولابد أن تتوفر لهم الفرصة لمناقشة اسئلتهم ، ومخاوفهم . واهتماماتهم، ومن حقهم معرفة : كيف ، ومتى ، ولماذا يتعين عليهم أن يتقبلو رفاقهم المعوقين

ففي دراسة أجرتها (سميه جميل 2000) لتعديل اتجاهات الأطفال العاديين نحو أقرانهم المعاقين عقليا بعد تجربة الدمج من خلال برنامج ارشادي جماعي باستخدام أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية، أمكن تعديل الاتجاهات السلبية للعاديين نحو الدمج مع المعاقين عقليا في بعض الأنشطة داخل وخارج المدرسة والاتجاه نحو إقامة علاقات صداقة معهم، والاتجاه نحو سمات وخصائص الأقران المعاقين عقليا مع استمرار الاتجاهات الايجابية لدى العاديين.

ـ **أما التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة** : فإنهم يحتاجون إلى إن يتعرفوا على التغيرات ، والمسئوليات الجديدة المترتبة على الدمج الشامل ، و ان يتوفر لهم الوقت الكافي للتكيف مع التغيرات الجديدة فقد يحتاجون إلى تعليم أكثر لإعدادهم لبيئة الفصل العادي مثل : اتباع البرامج المحددة ، والتعرف على المواقع في المدرسة وإيجاد شبكه من القران الداعمين (راضي ، 2014 ،78)

كما يحتاجون إلى أن يتعرفوا على الاماكن التي سيدرسون بها مع زملائهم العاديين ، ومكان غرفة المصادر ومتي يتوجهون إليها ، ومتى يتوجان للأماكن التي يتلقون فيها تدريبات وأنشطة مشتركه مع الأطفال العاديين ...الخ ، فمن شأن هذه التهيئة أن يقبل الطفل على التنظيم الجديد وعدم الخوف أو الهيبة منه ، واذا لم يتقبله فانه لن يكتب لدمجه مع الأطفال العاديين النجاح (عبيد ،2000 ، 209).

4 ـ 8 ـ انتقاء الأطفال الذين تتوفر فيهم شروط للدمج:

يتطلب الدمج ضرورة انتقاء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تتوفر فيهم شروط الدمج فالأطفال في أي فئة من الفتات الخاصة لهم خصائص متعددة ، فمنهم من تكون إعاقته بسيطة أو متوسطة أو شديدة ، ومنهم من تكون مهاراته في التواصل جيدة ومنهم المتأخرين أكثر، ومنهم من يعاني من الانسحاب أو بعض المشكلات النفسية والسلوكية والاجتماعية بسبب عدم تفهم الوالدين للإعاقة أو تقبلها ، ومنهم من يكون والديه متفهمين للإعاقة متقبلين لهم ويعملان على مساعدته وفق أسس تربوية سليمة ، وكلما كانت خصائص الطفل من نوى الاحتياجات الخاصة أكثر اعتداء فان ذلك يمكن أن يساعد في تنفيذ ممارسات الدمج بسلاسة ويسر .

وهناك شروط يجب ان تتوفر في الأطفال القابلين للدمج من بينها :

ـ ان يكون الطفل المعاق من نفس المرحلة العمرية للطلبة العاديين .

ـ ان يكون قادرا على الاعتماد على نفسه في قضاء حاجاته .

ـ ان يكون الطفل المعاق من نفس سكان المنطقة المحيطة بالمدرسة أو تتوفر له وسيلة مواصلات أمنه من وإلى المدرسة .

ـ أن يتم اختيار الطفل من قبل لجنة متخصصة للحكم على قدرته على مسايرة برنامج المدرسة والتكيف معها

ـ الا تكون إعاقته من الدرجة الشديدة وألا تكون لديه إعاقات متعددة .

ـ القدرة على التعلم في مجموعات تعليمية كبيرة عند عرض مواد تعليمية جديدة (ماجده ،2000 ،211)

ومن خلال ما تم عرضه سابقا يمكن القول ان لعملية الدمج عدة متطلبات من اهمها معرفة الإحتياجات التعليمية للمعاقين ومعرفة الفئة القابلة لعملية الدمج وتهيئة المعلمين والمدربين وإعداد المناهج التربوية المناسبة لتلك الفئة ، ولعملية الدمج ايجابيات وسلبيات مكا سنعرضها في العنصر الموالي.

5 ـ ايجابيات وسلبيات عملية الدمج المدرسي واهم فوائده :

5 ـ 1 ـ إيجابيات عملية الدمج المدرسي :

من إيجابيات عملية الدمج المدرسي للأطفال المعاقين مع الأطفال العاديين، ما يلي:

ـ إعطاء فرصة للطالب المعوق ضمن البيئة التعليمية والإنفعالية والسلوكية .

ـ يساعده على تحقيق ذاته ويزيد دافعيته للتعلم ويكون علاقات مع المحيط .

ـ يساهم في تعديل اتجاهات الناس والاسرة والمعلمين والطلاب في المدرسة العامة .

ـ يساهم بشكل فعال في علاج المشكلات النفسية والاجتماعية والسلوكية لدى المعاقين(رنا محمد:39،2007)

ـ أكدت إحدى الدراسات اتفاق الآباء والمدرسين على أنهم كانوا غير متأكدين من أن الوقت يسمح بتحقيق تعليم جيد لكل التلاميذ سواء العاديين أو المعاقين حتى مع أفضل نظام يدعم فكرة الدمج

(Hillary Be Shears,1997 , 115) ،كما تبين أن نسبة الاضطرابات في الفصول العادية تصل إلى حوالي (91 %)، بينما كانت هذه النسبة تقدر حوالي (9 %) فقط في فصول التلاميذ المدمجين، وهذه النتائج تؤكد على فوائد عملية الدمج. (Thomas P. Lombardi and Others, 1994, 315)

ـ يساعد الدمج في توعية أفراد المجتمع بالمعاقين ومشكلاتهم واحتياجاتهم وكيفية تلبيتها، وزيادة معدلات الإنجاز التعليمي لديهم ونموهم اجتماعيا وانفعاليا .

ـ إن الدمج يساهم في تعديل اتجاهات التلاميذ العاديين نحو المعاقين عقليا، وهذا ما أكدته نتائج إحدى الدراسات التي توصلت إلى أن تجربة الدمج حققت نجاحا ملحوظا في مساعدة الطفل المعاق عقليا في مخالطة الأسوياء، وأصبح السلوك الاجتماعي لديه مع زملائه العاديين مقبولا

ـ تساهم إستراتيجية الدمج في الحد من المركزية في عملية تقديم الخدمات التعليمية وتتيح الفرصة للمجتمعات المحلية للتأثير في مجريات عملية تربية أبنائها المعاقين وتمكن المؤسسات التعليمية المحلية من الاستفادة من تجربة الدمج، وبذلك يتم التخلص من قصور الخدمات التربوية و التفاوت في توزيعها (حسنين، 2000، 305)

ـ يساعد الدمج في تحسين مستوى التحصيل عند المعاقين ، كما يساعد على تنمية المواهب والقدرات التي يمتلكها المعاق نتيجة لتفاعله مع الأطفال العاديين.

ـ إن الدمج يؤدي إلى زيادة فرص التقبل الاجتماعي للمعاقين من قبل زملاتهم العاديين ومن المجتمع الخارجي، وأكدت إحدى الدراسات أن (84 %) من الأطفال الذين يعانون من صعوبات قد أظهروا تقبلا اجتماعيا عند مقارنتهم مع (87 ٪) من الأطفال الذين لا يعانون من أي صعوبات تعليمية

ـ يساعد الدمج على تعديل اتجاهات الآباء نحو طفلهم المعاق عندما يشعرون بتقدم ابنهم وتفاعله مع أقرانه العاديين، ويكسبهم طرقا جديدة لتعليم ابنهم المعاق

ـ يتطلب الدمج عدد أقل من مدرسي التربية الخاصة مقارنة بالأعداد المطلوبة للمدارس الخاصة، مما قد يساعد في حال عدم تواجد أعداد كافية من المتخصصين في بعض الدول كالدول العربيه مثلا

ـ يتيح الدمج للتلاميذ المعاقين فرصة في منازلهم بعد اليوم الدراسي الذي يمكنهم أن يكونوا أعضاء عاملين في أسرهم وبيئاتهم الاجتماعية.

ـ يفترض أن تتوفر المقاييس الملائمة والمكيفة للطفل ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس الدمج لتجنب الطفل أخطاء التشخيص التي قد تحدث من جراء استخدام مقاييس غير مكيفة.

ـ دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مدارس عادية لا يتطلب تكلفة مالية باهظة مقارنة بتكلفة المدارس الخاصة التي قد ترهق ميزانية الدولة.(الروسان ، 1998، 49)

5 ـ 2 ـ سلبيات عملية الدمج المدرسي :

بالرغم من الإيجابيات الجيدة للدمج إلا أن هناك العديد من السلبيات التي تعيق عملية الدمج في المدارس، منها:

ـ يعمل الدمج على زيادة الهوة بين الطلبة المعوقين وطلاب المدرسة بشكل خاص في التحصيل الأكاديمي والتأثيرات النفسية على الطلبة المعاقين وغبر المعاقين .

ـ قد يؤدي إلى زيادة عزلة الطالب المعوق عن المجتمع المدرسي وبخاصة عند تطبيق فكرة الصفوف الخاصة أو غرفة المصادر دون برنامج مدروس.

ـ قد يساهم في تدعيم فكرة الفشل عند المعوقين وبالتالي التأثير على مستوى دافعيتهم نحو التعلم وبخاصة إن كانت متطلبات المدرسة تفوق قدراتهم .

ـ شعور الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة بالعزلة إذ لم يحصل على القدرة للتفاعل بشكل مناسب مع الأقران العاديين.

ـ قد يصاب الطفل بالإحباط في حالة عدم اندماجه في المجتمع وتكون لديه امراض نفسية تدفعه في بعض الأحيان إلى ارتكاب الجرائم، واستعمال العنف لحل مشاكلهم وتضعف معلوماته فيصبح عرضة للخطر.

ـ قد يفقد الطفل ذو الحاجات الخاصة الاهتمام الفردي الذي يحصل عليه مادة في المدارس الخاصة في الفصول الخاصة .

ـ قد يصاب الطفل ذو الحاجات الخاصة بالإحباط إلا ما تعرض لضغط من أسرته وينخفض مستوى أداء التحصيل مقارنة بمستوى أداء العاديين في الفصل العادي (سحر احمد ، 2000، 48)

ومما سبق نجد ان عملية الدمج المدرسي ايجابيات تتمثل في إعطاء فرصة للطالب المعوق ضمن البيئة التعليمية والإنفعالية والسلوكية لتحقيق ذاته ويزيد دافعيته للتعلم ويكون علاقات مع المحيط و تعديل اتجاهات الناس والاسرة والمعلمين والطلاب في المدرسة العامة ،كما له سلبيات حيث يعمل الدمج على زيادة الهوة بين الطلبة المعوقين وطلاب المدرسة بشكل خاص في التحصيل الأكاديمي والتأثيرات النفسية على الطلبة المعاقين وغبر المعاقين ، ما يؤدي إلى زيادة عزلة الطالب المعوق عن المجتمع المدرسي وبخاصة عند تطبيق فكرة الصفوف الخاصة أو غرفة المصادر دون برنامج مدروس.

5 ـ 3 ـ فوالد عملية الدمج المدرسي :

تؤكد العديد من الدراسات على الفوائد المترتبة لعملية دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية، ومن أهم هذه الفوائد ما يلي :

5 ـ 3 ـ 1 ـ فوائد الدمج بالنسبة للأطفال المعاقين

ـ يؤدي دمج الأطفال المعاقين مع العاديين إلى آثار إيجابية تتمثل في الثقة بالنفس والشعور بالانتماء وذلك عندما يشترك الطفل المعاق مع أقرانه العاديين في فصول الدمج، ويلاقي الترحيب والتقبل من الآخرين، فيقبل إعاقته ويدرك قدراته وإمكاناته في وقت مبكر ويشعر بإنتماته إلى أفراد المجتمع الذي يعيش فيه

ـ يكتسب الطفل المعاق في فصول الدمج مهارات جديدة بتعلم منها مواجهة صعوبات الحياة، ويكتسب عددا من الفرص التعليمية والنماذج الاجتماعية التي تساعده على النمو الاجتماعي.

ـ وجود نتائج إيجابية من السلوكيات، فالتلاميذ المعاقين سوف يكونون قادرين على ملاحظة و تقليد السلوكيات الاجتماعية المرغوبة التي يظهرها التلاميذ العاديون.

ـ تنمية بعض المهارات والقدرات الخاصة كمهارة التعبير اللغوي والرياضي ومهارة قضاء الوقت في اللعب مع الأطفال العاديين من نفس العمر.

يتضح مما سبق تعدد فوائد الدمج بالنسبة للأطفال المعاقين وتأثيره الإيجابي علي جوانب شخصياتهم النفسية والاجتماعية، حيث يساعدهم الدمج على تقبل ذاتهم ورفع مستوى توافقهم الشخصي والاجتماعي وتخفيف العزلة عنهم، كما يزيد الدمج من قدراتهم على التعلم(ناصر علي ، 2005 ،5)

5 ـ 3 ـ 2 ـ فوائد الدمج بالنسبة للأطفال العاديين:

تتنوع فوائد الدمج بالنسبة للأطفال العاديين، ومن أهم هذه الفرائد ما يلي:

ـ شعور الطفل العادي بالارتياح في حاله وجوده مع أطفال مختلفين عنه

ـ شعور الطفل العادي بالتقبل والتوجه الإيجابي نحو زميله المعاق.

ـ تعرف الطفل العادي على مجتمعه وما يوجد به من فئات مختلفة عنه مما يساعد على التعايش الإيجابي معهم في الحياة (عبد المقصود ، 2007 ،593)

ـ تعود الطفل العادي على العطاء وتقديم المساعدة لزميله المعاق

ـ كسر حاجز الخوف لدى الطفل العادي من التعامل مع زميله المعاق

ـ إعداد أبناء المستقبل وتأهيلهم حيث يصبح طفل اليوم السوي أبا لطفل معاق في المستقبل

ـ سيتعلم الطفل العادي الشيء الكثير من التسامح والفروق الفردية، وكذلك الإعاقات المختلفة.

ـ تعلم الطفل العادي أن المعاقين لديهم العديد من الخصائص والقدرات (ابو مرزوق ،2008 ،230)

5 ـ 3 ـ 3 ـ فوالد الدمج بالنسبة للمعلمين:

تتعدد فوائد الدمج بالتسية للمعلمين، ومن أهم هذه الفوائد:

ـ الشعور بالرضا للقيام بعمل إنساني تجاه الطلاب المعاقين

ـ اكتساب خبرة قيمة بالتعامل مع الطلبة المعاقين وتعليمهم.

ـ معرفتهم وتقبلهم لواقع أن كل الطلية يتشاركون في الحق ذاته في أن يتعلموا في المدرسة ذاتها.

ـ تعامل المعلمين مع إعاقات مختلفة يؤدي إلى تطوير مهاراتهم المهنية في مناخ من العمل التعاوني المدعوم من جميع الأطراف التربوية

ـ إن عمل المعلمين في برامج الدمج يجعلهم على وعي كامل بالتغيرات في النظم التربوية والتعليمية كما يمكنهم المساهمة في هذا التغيير، وفي تفعيل الحياة المدرسية داخل المدرسية

يتضح مما سبق أهمية الدمج بالنسبة للمعلمين، فهو يساعدهم على تنمية قدراتهم المهنية والتدريسية ويكسبهم الخبرة في التعامل مع الفروق الفردية بين جميع الأطفال، والتي تظهر بين الأطفال العاديين والأطفال المعاقين، والعمل كفرين في المدرسة لتبادل الآراء والخبرات والمعلومات التي تتعلق بالأطفال المعاقين في المدرسة، وكيفية التعامل معهم في الفصول العادية (سالم ، 2001 ، 25)

5 ـ 3 ـ 4 ـ فوائد الدمج بالنسبة لأولياء الأطفال المعاقين:

تتعدد فوائد الدمج بالنسبة لأولياء أمور الأطفال المعاقين، ومن أهم هذه الفوائد ما بلي:

ـ نظام الدمج يؤدي إلى شعور أسرة الطفل المعاق بأنها ليست وحدها، بل إن المجتمع جميعه يزيدها في تعليم وتنمية قدرات ابنها المعاق مما يؤدي إلى حدوث التعاون الاجتماعي، وتنمية العلاقات بين الأسر التي لديها معاق و التي ليست لديها طفل معاق.

ـ مساعدة أولياء الأمور في إظهار بعض المواهب في طفلهم المعاق

ـ اكتشاف المواهب والقدرات التي يمتلكها الطفل المعاق وتظهر في تفاعله مع الطفل العادي

ـ تشجيعهم لأبنائهم المعاقين على الاندماج في المجتمع وعدم عزلهم في المنازل

ـ في ظل نظام الدمج يشعر الأبوان بعدم عزل الطفل المعاق عن المجتمع، وهذه الطريقة تتضمن مشاعر الوالدين تجاه طفلهم، وكذلك تجاه أنفسهم. (اليانور ، 1999، 19)

5 ـ 3 ـ 5 ـ فوائد الدمج الأكاديمية :

ـ إن لعملية الدمج فوائد تربوية وأكاديمية لكل من الطلاب والمعلمين، فالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مواقف الدمج الشامل يحققون إنجاز أكاديميا مقبولا بدرجة كبيرة في الكتابة وفهم اللغة، واللغة الاستقبالية أكثر ما يحققون في مدارس التربية الخاصة في نظام العزل .

ـ يعتير العمل مع الطفل المعاق وفق نظام الدمج فرصة للمعلم لزيادة الخبرات التعليمية والشخصية، فالدمج يتيح الفرصة الكاملة للمعلم للاحتكاك بالطفل المعاق والطريقة التي يستخدمها للعمل مع الطفل مفيدة أيضا مع الطفل العادي الذي يعاني من بعضي نقاط الضعف وفي الحقيقة فإن كثيرا من طرق التدريس الموجودة حاليا كانت في البداية مخصصة للطفل المعاق.

ـ ونجد أن أهم الفوائد التي يجنيها المدربون من عملية الدمج في اكتسابهم لمهارات التخطيط في العمل التربوي والعمل الجماعي، فمعظم أساليب التدريس والعمل التربوي في مدارس التعليم العام تعتمد على المدرس أي انها عملية فردية، لهذا فإن الكثير من المدرسين في هذه المدارس يشعرون بالاغتراب والوحدة لعدم توفر الدعم والتفاوت في العمل بين المدرسين ، فالعمل التعاوني في المدرسة يتيح للمدرسين فرص تبادل الآراء والنصح والاستشارة، إضافة إلى الدعم النفسي لبعضهم مما يساعد على تحسين قدراتهم (راضي ، 2014، 78)

5 ـ 3 ـ 6 ـ الفوائد الإجتماعية :

ـ توفر عملية الدمج المدرسي للطلاب المعاقين فرص التطبيع الاجتماعي التي تعكس المعايير والأنماط الثقافية للمجتمع بشكل عام، ومن حق الأفراد المعاقين أن توفر لهم الفرص ليشاركوا في الحياة مشاركة وظيفية تامة، وهذا يعني أن يشاركوا في برامج تسهل اكتساب المهارات التي من شأنها تحسين أدائهم الوظيفي في المجتمع العادي مما يعتبر من أهداف تربية المعاقين

ـ إن الدمج له قيمة اقتصادية تعود على المجتمع إذ توظف ميزانية التعليم بشكل أكثر فاعلية بوضعها في مكانها الصحيح و بها يعود على الطلاب بفوائد كبيرة فتحول الإنفاق من الاستخدامات التعليمية غير المناسبة مثل: (استخدام وسائل النقل المسافات طويلة للوصول إلى المدارس الخاصة). وإنشاء إدارات منفصلة لبرامج التربية الخاصة وغيرها، إلى دعم الإجراءات التي تعود بالنفع على التعليم في الفصل

مثل توفير موارد وكوادر متخصصة، وتدريب المعلمين والعاملين... إلخ)، مما يعتبر توظيف للأموال بشكل أكثر إنتاجية ونفعا للمجتمع. (راضي ، 2014، 79)

يمكن القول مما سبق أن لعملية الدمج عدة اثار ايجابية تتمثل في استعادة الطفل ذوي الاعاقة الذهنية الثقة بالنفس والشعور بالانتماء وذلك عندما يشترك مع أقرانه العاديين في فصول الدمج، ويلاقي الترحيب والتقبل من الآخرين، فيقبل إعاقته ويدرك قدراته وإمكاناته في وقت مبكر ويشعر بإنتماته إلى أفراد المجتمع الذي يعيش فيه كما يكتسب مهارات جديدة يتعلم منها مواجهة صعوبات الحياة .

6 ـ الصعوبات التي تواجه عملية دمج المعاقين

انصبت دراسات وتجارب الدمج بصورة أساسية على المدمجين أكاديميا ممن يعانون من إعاقة عقلية بدرجة بسيطة، ومن يعانون من صعوبات تعلم ومن لديهم اضطرابات حركية بسيطة، أكثر من اهتمامها بفئات أخرى من ذوي الإعاقات مثل المعاقين سمعيا، والمعاقين بصريا، والمعاقين حركيا، وذوي الإعاقات الشديدة وربما يرجع ذلك إلى أن مثل هذه الإعاقات يمكن ملاحظتها بسهولة في مرحلة مبكرة , بما يمكن من تحويلهم إلى المؤسسات خاصة حتى يمكن توفير الرعاية المناسبة لهم، أما المعاقون بدرجة بسيطة فغالبا ما يتم اكتشافهم في مرحلة مبكرة من حياتهم، وتتضح مشكلاتهم بعد دخول المدرسة، حيث يتعثرون في دراستهم، و في توافقهم الشخصي والاجتماعي، ومن ثم يبدأ التفكير في تحويلهم للمؤسسات أو مدارس خاصة؛ بحجة توفير البرامج التربوية المناسبة لهم بعيدا عن أقرانهم العاديين، وهكذا يظهر تأثير العزل جليا على أفراد هذه الفئة من المعاقين حيث استبعدوا عنوة عن مجرى الحياة العادية، ولعل ذلك يبرر تزايد الاهتمام بإعادة دمجهم في التعليم والمجتمع الذي عزلوا عنه ، وتظهر هنا قضية بحاجة إلى مزيد من البحث تتعلق بتأثير دمج الفئات المختلفة من المعاقين وخاصة ذوي الإعاقات السمعية أو البصرية أو الحركية البسيطة على مستواهم الدراسي وعلى شخصيتهم ومدى تقبل الأخرين لهم (راضي ، 2014، 80)

وتشير نتائج الدراسات في الأدب التربوي، إلى أن وضع المعاقين في الصفوف العادية مع إمدادهم ببعض الخدمات الخاصية ، يمكن أن يفيدهم كثيرا سواء من الناحية الأكاديمية أو من الناحية الشخصية أو من الناحية الاجتماعية، ولكن هذه النتائج لا تعني ببساطة التخلي عن المدارس الخاصة بالمعاقون نهائيا ووضعهم في المدارس العادية، فقد أتت المشكلات التي سببها هؤلاء الأفراد في الصفوف العادية في حينه إلى المناداة بوضعهم في مدارس خاصة بهم.

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن دمج المعاقين في المدارس العانية ما زال محفوفا بالكثير من الصعوبات، منها:

ـ صعوبة التعرف إلى الحاجات التعليمية للطلبة بصورة عامة والمعاقين منهم بصورة خاصة، حتى يمكن إعداد البرامج التربوية المناسبة لمواجهتها، فيتاح الدمج بعدها إلى حد كبير على استخدام برامج تربوية مناسبة لمواجهة حاجاتهم الأكاديمية والاجتماعية والنفسية في الصفوف العادية.

ـ لكل طالب قدراته العقلية وإمكاناته الجسمية، وحاجاته النفسية، والاجتماعية الفريدة التي تختلف كثيرا عن غيره من الطلبة، ومن ثم فإن مجرد وضع الأطفال المعاقين في المدرسة العادية ليس كافية لتحقيق الدمج، فقد يؤدي ذلك إلى تلبية حاجاتهم الاجتماعية ولكنه لا يفي بالضرورة بحاجاتهم الأكاديمية

ـ صعوبة تغيير اتجاهات القائمين على تربية الطلبة نحو الغرض من المدرسة، وكيفية تحقيقها لأهداف واسعة النطاق تمتد لتشمل تربية المعاقين في ثناياها،

ـ صعوبة في إعداد المعلمين إعداد مناسبا بحيث يصبحون قادرين على فهم التعريفات المختلفة للإعاقة وكيفية تشخيصها، ومعرفة القوانين المختلفة المتعلقة بالمعاقين.

ـ صعوبة معرفة الخصائص المختلفة والحاجات الأساسية الخاصة بكل فئة من فئات المعاقين، وذلك من خلال تعلم كيفية تطبيق أساليب القياس اللازمة لتنمية الحاجات التربوية والاجتماعية والنفسية للمعاقين. – صعوبة في معرفة كيفية إجراء ما يلزم من تعديلات في طرائق التدريس أو في المناهج الدراسية، بحيث يمكن مواجهة الحاجات الخاصة للمعاقين.

ـ صعوبة في معرفة أساليب توجيه وإرشاد التلاميذ العاديين، بما يساعدهم على تقبل أقرانهم المعاقين، كما يساعدهم على توفير القدوة الحسنة التي يمكن أن يحذيها المعاقون

ـ صعوبة في معرفة كيفية التعامل بفاعلية مع أولياء أمور المعاقين وزملائهم المدرسين في مجال التربية الخاصة.

ـ صعوبة في التقبل الإيجابي غير المشروط لجميع التلاميذ بغض النظر عن إعاقتهم.

ـ صعوبة في إتاحة الفرص والبرامج والأنشطة المناسبة للتفاعل التلاميذ المعاقين مع أقرانهم العاديين بصورة تؤدي إلى تقبلهم لبعضهم البعض ويتطلب ذلك أيضا العمل على تغيير اتجاهات كل من له علاقة بالعملية التربوية من معلمي ومديري المدارس ومشرفي التربية الخاصة ومربي التعليم والمرشدين التربويين وأولياء الأمور بحيث يسهمون بصورة إيجابية في نجاح إدماجهم في التعليم وإعدادهم للاندماج في المجتمع أيضا. (راضي ، 2014، 81)

ـ صعوبة إعداد المناهج الدراسية والتقييم الملائم والبرامج التربوية المناسبة التي تتيح للمعاقين فرص التعليم، وتنمية المهارات الشخصية، والاجتماعية، والتربوية، ومهارات الحياة اليومية إلى أقصى قدر تؤهلهم له إمكاناتهم وقدراتهم، وبما يساعدهم على التطور، والتوافق الاجتماعي سواء داخل المدرسة أو خارجها، ويرى بيتر منتلر (1981)، أن الهدف الأساسي لإنتاج المعاقين في المدارس العادية يتمثل في التأكد من قدرتهم على متابعة

الدراسة في أقرب مدرسة محلية إلى جانب اقرانهم العاديين ، ويتطلب تحقيق هذا الهدف العديد من الإجراءات ورغم أنها قد تختلف من بلد إلى آخر لا علاقة لها بالمناهج

ـ صعوبة وضع سياسة واضحة لحشد حقوق جميع الطلبة في الانتفاع من جميع المرافق والتسهيلات التعليمية المتاحة بغض النظر عن إعاقتهم ، (الشخص ،197،193،2004)

ونجد مما عرضه سابقا ان عملية الدمج تواجه زملة من ا لصعوبات وخاصة في التعرف إلى الحاجات التعليمية حتى يمكن إعداد البرامج التربوية المناسبة لمواجهة حاجاتهم الأكاديمية والاجتماعية والنفسية في الصفوف العادية.

7 ـ الأسس التي يجب مراعاتها لإنجاح عملية دمج الطلبة ذوي الإعاقة :

يعتمد نجاح أي عمل على مستوى التخطيط الدقيق لجميع أبعاده ، وإمكاناته للتغلب على مجمل المعوقات التي يمكن ان تحدث أثناء التطبيق ، ولكي نضمن نجاح عملية الدمج لا بد ان نأخذ بالحسبان تطبيق الأسس الواجب مراعاتها لإنجاح عملية الدمج ومن اهم الاسس مايلي :

7 ـ1 ـ التخطيط لعملية الدمج :

حيث يتم التخطيط المسبق لعملية الدمج ، ووضع الأسس والأهداف وتهيئة المكان اللازم لعملية الدمج

والميزانية المالية اللازمة ، وإعداد الإطارات للتأطيرهم ، وتهيئة المجتمع بجميع مؤسساته ،وعمل الدرسات والبحوث ومراكزها ، واللجان الإستشارية ،والتقيمية ، والرقابية ، ومواكبة التطورات الحديثة في العالم .

7 ـ 2 ـ نوع الإعاقة :

يتم دمج الطلبة ذوي الإعاقة في المدارس العادية وذلك بالنظر لنوع الإعاقة ، وشدتها ، فالإعاقة الشديدة يصعب معهاعملية الدمج على عكس البسيطة والمتوسطة .

7 ـ3 ـ التربية المبكرة :

تعتمد التربية المبكرة في الدرجة الأولى على الأسرة في تعليمها الأولي للطفل من حيث النطق ، والكلام ومسميات الأشياء ، والتنقل معهم ، وكذلك مع طبيب الأسرة ، ورياض الأطفال الملائمة لطبيعة واصطحابهم لأماكن لعب الأطفال .

7 ـ 4 ـ إلزامية التعليم :

من خلال تفعيل القوانين ، والتشريعيات ، والحقوق في النظام التربوي ليتسنى العمل بها ، والإفادة من تطبيقها في جميع المدارس والجامعات والمؤسسات الحياتية الأخرى . (عقاب ، 2018 ، 26) .

7 ـ 5 ـ تقبل المعلمين وأعدادهم للمدارس العادية :

يتوقف نجاح المعلم لعملية الدمج على تقبله لذوي الإعاقة ، ولفكرة دمجهم ، وعل تدريبه تدريبا يؤهله ليتوافق مع طبيعة الدمج والمدموج في المدارس العادية ، وهي تعدمن الركائز الأساسية .

7 ـ 6 ـ تحديد عدد الطلبة ذوي الإعاقة في الفصل العادي :

لايوجد تحديد دقيق للعدد الذي يجب أن يكون في الصف العادي مع العاديين ، وإنما يقترح ألا يكون عدد الطلبة ذوي الإعاقة بوجه عام ، واحداً ، أو إثنين ، حتى لا يتسنى للطلبة الأخرين عزلهم ونبذهم ، ولا يكون أكثر مثلاثة أو اربعة ، حتى لا يؤدي ذلك إلى تأخير سير العملية التعليمية داخل الصف العادي.

7 ـ 7 ـ حجم طلبة الصف :

ينبغي ألا يكون عدد الطلاب في الصف كبيرا، وذلك لصعوبة تحقيق مهمة المعلم التربوية بالمستوى المطلوب من حيث الجودة ، وكذلك من حيث مساحة الصف و مستواه الدراسي .

7 ـ 8 ـ تحديد أماكن ذوي الإعاقة في الفصل :

إن من الأهمية أن يكون مكان ذوي الإعاقة الجلوس في الصدارة ، أي أن تكون أماكنهم في وسط الصف الأول حتى يستطيع المعلم أن يقدم لهم الخدمات من حيث زيادة فرص استيعابهم وسهولة تقديم العناية لهم .

7 ـ 9 ـ توفر حصص الدعم خارج الصف العادي :

لكي يستطيع التلميذ ذوي الإعاقة مسايرة أقرانهم العاديين ، في مستوى التحصيل العلمي ، ويتم وضع جدول لدعمه في بعض الحصص ، وذلك خارج الصف .(اريج ، 2018 ، 27 . 28)

ومما سبق نقول انه لانجاح عملية الدمج يجب ان تبنى على اسس يعتمد عليها منها التخطيط لبرامج عملية الدمج وتحديد نوع الإعاقة كما للتربية المبكرة وإلزامية التعليم و تقبل المعلمين وأعدادهم للمدارس العادية وتحديد عدد الطلبة ذوي الإعاقة في الفصل العادي وتحديد أماكن ذوي الإعاقة في الفصل :

و توفر حصص الدعم خارج الصف العادي كلها اسس يجب مراعاتها لانجاح عملية الدمج.

خلاصة :

مما سبق نستخلص ان لعملية الدمج المدرسي انماط وتصنيفات كما له مزايا ايجابية وسلبية وصعوبات قد تواجه عملية الدمج وخاصة من ناحية إعداد المنهاج و البرامج التربوية المناسبة لهذه الفئة ،فنجاح عملية الدمج المدرسي تعتمد إلى حد كبير على كيفية استخدام هذه البرامج لمواجهة حاجاتهم الاكاديمية والاجتماعية والنفسية في الصفوف العادية ، لأن لكل طالب قدراته العقلية و إمكاناته الجسمية ، وحاجاته النفسية والاجتماعية وبالتالي ليس بمجرد وضع الاطفال المعاقين في المدرسة العادية قد تحقق عملية الدمج ، فقد يؤدي ذلك إلى تلبية حاجاتهم الاجتماعية ولكنه قد لا يفي بالضرورة بحاجاتهم الاكاديمية إن لم يحسن اختيار واستخدام البرامج التربوية الخاصة بهم .

الفصل الخامس : الأسس والمنطلقات النظرية للبرنامج العلاجي

تمهيد

1ـ ـ النظرية السلوكية

ـ 1 ـ 1 ـ التعريف بالنظرية السلوكية

ـ 1 ـ 2 ـ مراحل تطور النظرية السلوكية

ـ 1 ـ 3 ـ المفاهيم الرئيسية للنظرية السلوكية

ـ 2 ـ نظرية التعلم الإجتماعي

ـ 2 ـ 1 ـ مفهوم النظرية وتعريفاتها

ـ 2 ـ 2 ـ عوامل التعلم الاجتماعي

ـ 2 ـ 3 ـ التطبيقات التربوية للنظرية التعلم

ـ 3 ـ الفنيات المستخدمة في النظرية السلوكية ونظرية التعلم الإجتماعي

خلاصـــة

تمهيد:

يعد النشاط الحركي الزائد والمصاحب بقصور الانتباه من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال وخاصة اذا كان مصاحب لاضطرابات اخرى مثل الإعاقة الذهنية بمختلف درجاتها ، إذ أصبح يمثل هذا الأخير مصدرا أساسيا لضيق وتوتر وإزعاج المحيطين به.

حيث يعاني من هذا الاضطراب أولياء الأمور والمعلمون والتلاميذ ومما لاشك فيه أن سلوك هذا الطفل ومستوى نشاطه قد يؤثر على استجابات الوالدين والمعلمين والقائمين على رعاية الطفل وعلى أسلوب معاملتهم له، مما يؤثر بالتالي في نموه ومستقبله التعليمي والاجتماعي فيما بعد.

ونظرا لما يترتب منه من صعوبات تعيق عمليات التفاعل الاجتماعي والتعلم يقتضي الأمر التدخل العلاجي المباشر والسريع من قبل المختصين وعلى الرغم من تنوع الأساليب العلاجية المقترحة فالدراسة الحالية تقترح برنامج علاجي لهذه الفئة معتمدة في ذلك على النظرية السلوكية ونظرية التعلم الاجتماعي .

ـ الأسس النظرية للبرنامج :

تم الإعتماد في بناء البرنامج العلاجي على النظرية التعلم السلوكية ونظرية التعلم الاجتماعي

ـ1 ـ النظرية السلوكية :

يرى أصحاب هذه النظرية بان السلوك الإنساني عبارة عن مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد ويكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة ،ويتحكم في تكوينها قوانين الدماغ وهي قوى الكف وقوى الاستثارة اللتان تسّيران مجموعة الاستجابات الشرطية ، ويرجعون ذلك إلى العوامل البيئة التي يتعرض لها الفرد.

وتدور هذه النظرية حول محور عملية التعلم في اكتساب التعلم الجديد أو في إطفائه أو إعادته، ولذا فان أكثر السلوك الإنساني مكتسب عن طريق التعلم ،وان سلوك الفرد قابل للتعديل أو التغيير بإيجاد ظروف وأجواء تعليمية معينة، ظهرت المدرسة السلوكية سنة 1912 م في الولايات المتحدة الأميركية، ومن أشهر مؤسسيها (جون واطسون watsson) و(ثورندايك Thorndike 1913) و(بافلوف Pavlov 1927) و(سكنر Skinner 1974) والتي ترتكز على أن التعلم هو تغير في السلوك الملحوظ والناتج عن الاستجابات للمثيرات الخارجية في البيئة من مرتكزات النظرية التمركز حول مفهوم السلوك من خلال علاقته بعلم النفس، والاعتماد على القياس التجريبي، وعدم الاهتمام بما هو تجريدي غير قابل للملاحظة والقياس

(Harper wertheimer, koffka,1959, 155)

1 ـ 1 ـ التعريف بالنظرية السلوكية:

يطلق على هذه النظرية عدة مسميات منها : اسم نظرية المثير والاستجابة, ونظرية التعلم ,ويقوم مبدأ هذه النظرية على أساس المثير والاستجابة, أي لا استجابة بدون مثير ,بل أن عملية التعلم تحدث نتيجة لحدوث ارتباط بين مثير ما واستجابة معينة (المصطفى ، 1995، 148)

والاهتمام الرئيسي للنظرية السلوكية هو:

السلوك: كيف يتُعلم وكيف يتغير، وتتضمن عملية الإرشاد محو تعلم وإعادة تعلم(زهران، 2005 ، 102), ويرى أصحاب هذه النظرية بأن السلوك الإنساني عبارة عن مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد ويكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة , ويرجعون ذلك إلى العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد

(وزارة المعارف ،2001 ، 38) ,فسلوك الفرد خاضع لظروف البيئة فتصرفات الفرد سواء كانت سوية أم شاذة فهي من وجة نظرهم سلوكيات متعلمة (الشناوي ، 1994، 53) .

1 ـ 2 ـ مراحل تطور النظرية السلوكية :

بدأ هذا الاتجاه باكتشاف ايفان بافلوف (Pavlov)(1849 – 1936 م),حيث كان مجال هذا العالم أساساً هو دراسة فسيولوجيا الجهاز الهضمي عند الكلاب والذي نال فيه شهرة واسعة رشحته لنيل جائزة نوبل العلمية سنة 1904 ، حيث يعتبر المؤسس الفعلي للحركة السلوكية,الذي كان يجري بحوثاً في عملية الهظم لدى الكلاب في معمله وفي أثناء إجرائه لبعض التجارب على الغدد اللعابية للكلب لاحظ بعض التغيرات في كمية اللعاب المسال نتيجة دخول العامل الذي يقدم الطعام للكلب , وهذه الملحوظة جعلته يغير اتجاه بحوثه ويتحول إلى دراسة تجارب جديدة أحدثت أثراً كبيراً في مجال علم النفس التعليمي ,(منسي ،1998، 49)، وبهذا يكون قد استطاع هذا العالم أن يثبت تجريبياً تعلَم الحيوان (الكلب) تعلماً شرطياً, وذلك بإفرازه اللعاب عن طريق تقديم بعض المثيرات الجديدة الصناعية التي رافقت المثير الطبيعي وهو تقديم الطعام له في حالة الجوع , وأطلق على هذه المرحلة اسم التعلم الشرطي (جمل الليل ، 2002 ، 253)

والعالم الذي يرجع إليه الفضل في بلورة هذا الاتجاه هو جون واطسن (Watson)"(كفافي ، 1990 ، 23) الذي أطلق تسمية السلوكية على هذا الاتجاه انطلاقاً من اهتمامه بالسلوك الملاحظ , فلقد قام كل من :

(واطسن)و(رينر) اللذين قاما بتجربة للتأكد من دور التعلم في إحداث السلوك العادي والمنحرف وكانت التجربة تدور حول تعرف الطفل (البرت ALBERT)عمره (11) شهر لفأر ابيض لم يكن يثير الخوف لدى هذا الطفل ولكن بعد تعريض الفأر للطفل ولعدة مرات صاحبها أصوات مفزعة لصوت قطار أصبح الطفل بعدها يخاف ظهور الفأر بعدما كان ظهوره كان أمراً عادياً ,وتطور الأمر بالطفل بأن عمم خوفه من الحيوانات التي تشبه الفأر, واستنتج واطسون, ورينر أن إشكال السلوك المنحرف كالمخاوف الشاذة والأمراض النفسية ما هي إلا استجابات وعادات شاذة يكتسبها الشخص عن طريق الخبرات الخاطئة التي يمر بها(عبدالرحمن، 2006، 517)

بعد هذه المرحلة جاءت مرحلة ما يسمى بالتعلم الشرطي الإجرائي على يد العالم الأمريكي سكينر (Skinner) الذي يطلق عليه تعديل السلوك , ويقصد بالسلوك الإجرائي هنا :إجراء بعض التعديلات أو التغيرات على البيئة المؤثرة في سلوك الفرد بحيث تعطي بعض النتائج الجيدة التي تعزز حدوث السلوك نفسه وتكراره .

تلت ذلك مرحلة السلوكي المعرفي ومن العلماء الذين أسهموا في تطوير هذا الاتجاه (وولب , وإليس ولازروس) ففي هذه المرحلة تم اخذ المفاهيم التي يتوسط حدوثها وتأثيرها بين المثير والاستجابة في الاعتبار فهذه امتداد للمرحلتين السابقتين ولا تتعارض معهما ولكن ينصب تركيزها على العوامل المعرفية للسلوك التي عن طريقها يتم فهم وعلاج المشكلات السلوكية . (جمل الليل ، 2002 ، 255)

ثم تلى ذلك مرحلة التعلم الاجتماعي أو التعلم عن طريق الملاحظة والتقليد ,على يد (باندورا) وزملائه حيث توصلوا إلى أن تعلم السلوك عن طريق ملاحظته لنموذج لذلك السلوك المراد تعلمه عن طريق شخص آخر (مصطفى، 2006 ، 251).

1 ـ 3 ـ المفاهيم الرئيسية للنظرية السلوكية :

تتمثل المفاهيم الرئيسية للنظرية السلوكية في بعض المفاهيم التالية :

أ ـ السلوك والاستجابة :

يمثل السلوك كل المظاهر النفسية للفرد سواء كانت هذه المظاهر قولاً أو فعلاً , أما الاستجابة فهي كل ما يظهر لدى الفرد من ردود فعل على مثير يتعرض له (ملحم ،2006، 192)

ب ـ الإطفاء .

هو إغفال وتضائل وخمود واختفاء السلوك المتعلم إذا لم يمارس ويعزز, وفي هذا الأسلوب يحاول المرشد محو السلوك غير المتوافق وذلك بإغفاله حتى ينطفي؛ حيث يغفل السلوك غير المرغوب إلى أن يظهر السلوك السوي المطلوب فيثيبه ويعززه.

ج ـ التعزيز الموجب . (الثواب).

بمعنى إثابة السلوك المطلوب ويتم ذلك بإثابة العميل على السلوك السوي المطلوب مما يعززه ويؤدي إلى النزعة إلى تكرار نفس السلوك المطلوب إذا تكرر الموقف .

د ـ التعزيز السالب .

يعني العمل على ظهور السلوك المطلوب وذلك بتعريض العميل لمثير غير سار أثناء السلوك غير المرغوب , ثم إزالة المثير غير السار مباشرة بعد ظهور الاستجابة المطلوبة (زهران،2005، 266 ، 371)

هـ ـ التشكيل التدريجي للسلوك :

"يمثل هذا المفهوم احد أهداف عملية العلاج النفسي بالطريقة السلوكية ؛حيث يسعى المعالج إلى تشكيل سلوك جديد ومقبول يحل محل السلوك الذي يسعى إلى إزالته , ويستمر المعالج بتعزيز كل إضافة ايجابية على هذا السلوك تؤدي في النهاية إلى تكوين السلوك المطلوب" (ملحم ،2006، 193)

و- الغمر .

يبدأ الغمر بمثيرات شديدة ويضع الفرد أمام الأمر الواقع في الخبرة (دفعة واحدة) وقد يكون الغمر حيا على الطبيعة وفي الواقع وهو الأفضل والأكثر استخداما .

ر- العقاب (الخبرة المنفرة):

في هذا الإسلوب يتعرض العميل لنوع من العقاب العلاجي (كخبرة منفرة) إذا قام بالسلوك غير المرغوب فيه مما يكفه مثل علاج اضطرابات الكلام مثل اللجلجة بان يتبع الكلمة الملجلجة صدمة كهربائية مثلاً,وهكذا تصاحب اللجلجة الصدمة الكهربائية بينما يمر الكلام السوي دون عقاب .

ز- الممارسة السالبة :

يطلب المرشد من العميل أن يمارس السلوك غير المرغوب بتكراره فتؤدي هذه الممارسة إلى نتائج سالبة التعب والملل حتى يصل لدرجة التشبع لا يستطيع عندها ممارسته (زهران، 2005، ، 266 ،371)

2 ـ نظرية التعلم الاجتماعي :

جاءت نظرية التعلم الاجتماعي أو التعلم بالنمذجة لتؤكد على أهمية التفاعل الاجتماعي، والمعايير الاجتماعية والسياق للظروف الاجتماعية في حدوث التعلم، ويعني ذلك أن التعلم لا يتم في فراغ بل في محيط اجتماعي. (محمد،2011 ، 161)

2 ـ 1 ـ نشأة النظرية وأبرز روادها:

كانت المحاولة الأولى في هذا الاتجاه تلك التي صاغها ميللر ودولار (dollard & miller) وهما من أعلام المدرسة السلوكية الحديثة في كتابهما الشهير (التعلم الاجتماعي والمحاكاة) عام 1941م، وفيه حاولا التوفيق بين مبادئ السلوكية ومبادئ التحليل النفسي.(الخزاعلة،267،2011) ، ثم صاغها جوليان راوتر (Jolian Rawter) في كتابه الذي صدر عام (1954) بعنوان (التعلم الاجتماعي وعلم النفس الإكلينيكي) وفيه يؤكد مفهوم التعزيز، ثم طور هوارد كيلي (Hwardkili) المحاولات السابقة عام (1967م) في بناء ما يسمى "نظرية العزو" في تفسير السلوك الاجتماعي(أبو حطب، 1999، 220)،

لكن يرجع الفضل في تطوير الكثير من أفكار هذه النظرية إلى عالمي النفس ألبرت باندورا وولترز (bandura&walter)، وفيها يؤكدان مبدأ الحتمية التبادلية reciprocal determinism في عملية التعلم من حيث التفاعل بين ثلاث مكونات رئيسية وهي: (السلوك والمحددات المرتبطة بالشخص، والمحددات البيئية).

فالسلوك وفقاً لهذه المعادلة هو وظيفة لمجموعة المحددات المتعلمة السابقة منها واللاحقة بحيث تشتمل كل مجموعة منها على متغيرات ذات طابع معرفي.(الزغلول،2013،ص139) وقام باندورا بتقديم بحث يحمل عنوان (التعلم الاجتماعي من خلال المحاكاة) ثم اشترك مع ريتشارد ولترز(Ritchard walters)في نشر كتاب يحمل اسم (التعلم الاجتماعي وتطور الشخصية)، وقد أصبح هذان الكتابان سبب البحث حول موضوع المحاكاة خلال العقد التالي، فباندورا يرى أن معظم السلوك الإنساني متعلم باتباع نموذج أو مثال حي وواقعي وليس من خلال عمليات الاشتراط الكلاسيكي أو الاجرائي، فبملاحظة الآخرين تتطور فكرة عن كيفية تكون سلوك ما. (محمد،161،2011) ،

كما يرى أن أكثر السلوكيات التي يتعلمها الإنسان تتم من خلال ملاحظتها عند الآخرين، والتعلم بالملاحظة يحدث عفوياً في أغلب الأحيان، فالنمذجة إذن عملية حتمية(الشيخ ،2011 ، 237)

2 ـ 2 ـ مفهوم النظرية وتعريفاتها:

تعرف هذه النظرية بأسماء متعددة، مثل:

- نظرية التعلم بالملاحظة والتقليد.learning by observing and imitating
- أو نظرية التعلم بالنمذجة.learning by modeling
- أو نظرية التعلم الاجتماعي.social learning theory

ويقصد بالتعلم الاجتماعي :اكتساب الفرد أو تعلمه لاستجابات أو أنماط سلوكية جديدة من خلال موقف أو إطار اجتماعي، حيث أن معظم سلوك البشر متعلم من خلال الملاحظة سواء بالصدفة أو بالقصد. فالطفل الصغير يتعلم الحديث باستماعه لكلام الآخرين وتقليدهم. فلو أن تعلم اللغة كان معتمدا بالكامل على التطويع أو الاشتراط الكلاسيكي أو الإجرائي، فمعنى ذلك أننا لن نحقق هذا التعلم. (محمد،2011 ، ،162-163) .

ـ أما **التعلم بالملاحظة** observational learning فهو التعلم الذي يحدث من خلال ملاحظة سلوك الآخرين. فالتعلم بالملاحظة يترك آثاراً متنوعة على سلوك الإنسان تتراوح بين تعلم اللغة، إلى تعلم اختيار الملابس المناسبة التي يجب ارتداؤها، وموضات قص الشعر.

كما يطلق ألبرت باندورا (مؤسس النظرية) على التعلم بالملاحظة –والذي يحدث عندما يقوم المتعلم بتقليد سلوك يظهر عند نموذج– اسم **النمذجة** modeling أو التعلم بالنمذجة ، ومن أشهر الدراسات التي تناولت النمذجة الدراسة التي قام بها باندورا وزملاؤه على السلوك العدواني عند الأطفال (العتوم ،2014 ، 122)

2 ـ 3 ـ عوامل التعلم الاجتماعي:

يرى أبو أسعد أن العوامل المؤثرة في دافعية تقليد النموذج أو عدم تقليده يمكن تلخيصها في النقاط التالية:(أبو أسعد،2011، 291)

- عوامل متعلقة بالفرد الملاحِظ ومنها (العمر الزمني والاستعداد العقلي، تقديره للمكانة العلمية والاجتماعية للنموذج والجاذبية الشخصية والارتياح النفسي للنموذج) .
- عوامل متعلقة بالنموذج الملاحَظ ومنها (المكانة الاجتماعية – الشهرة –النوع).
- عوامل متعلقة بالظروف البيئية أو المحددات الموقفية.

2 ـ 4 ـ مصادر التعلم الاجتماعي:

التعلم بالملاحظة يتطلب توفر فرص التفاعل مع النماذج، وقد يكون هذا التفاعل مباشراً كما هو الحال في المواقف الحياتية اليومية، أو غير مباشر من خلال وسائل الإعلام المختلفة والمصادر الأخرى، وفيما يلي عرض لهذه المصادر.

أولاً: التفاعل المباشر مع الأشخاص الحقيقيين في الحياة الواقعية

يمكن أن يتم تعلم العديد من الخبرات والأنماط السلوكية من خلال التفاعل اليومي المباشر، حيث يكتسب الأفراد هذه الأنماط من خلال ملاحظة أداء نماذج حية في البيئة. فنحن نتعلم من خلال التفاعل مع الوالدين وأفراد الأسرة والأقران وأفراد المجتمع الذي نعيش فيه. فعلى سبيل المثال، نجد أن الأطفال يتعلمون الكثير من الأنماط السلوكية من خلال محاكاة سلوك والديهم أو أفراد الأسرة التي يعيشون في ظلها، كما أنهم يتمثلون خصائص جنسهم والأدوار الاجتماعية والمهارات الحركية من خلال التفاعل مع الآخرين. أما تعلم اللغة واللهجة والمهارات اللفظية الأخرى، فهو أيضاً يتم تعلمها من قبل الأفراد على نحو مباشر من خلال التفاعل مع أفراد المجتمع الذي يعيشون فيه. (الزغلول ،2014، 218)

ثانياً: التفاعل غير المباشر ويتمثل في وسائل الإعلام المختلفة

يمكن من خلال هذه الوسائل تعلم الكثير من الأنماط السلوكية، إذ أن مثل هذه الوسائل تعد أدوات إعلامية مؤثرة في السلوك. ويُصنَّف التعلم الذي يتم من خلال التلفزيون والسينما بالتمثيل من خلال الصور. هذا وتشير الدلائل إلى أن أشكال التوضيح المعتمدة على المادة المحسوسة أو الصور تعتبر أكثر قدرة على نقل حجم معلومات أكبر مقارنة بالأشكال المعتمدة على الوصف اللفظي. ولكن هناك بعض المهارات تنقل فيها الرموز الكلامية قدراً أكبر من المعلومات مقارنة بأشكال التمثيل بالمادة والصور كما هو الحال في تعلم اللغة واللهجة. (الزغلول ،2014، 219)

2 ـ 5 ـ التطبيقات التربوية لنظرية التعلم بالنمذجة:

يرى (الزغلول ،2014، 219) أنه يمكن استخدام إجراءات التعلم بالنمذجة في مواقف التعلم والتعليم على النحو الآتي:

أولاً: تنمية العادات والقيم والاتجاهات لدى المتعلمين من خلال:

- أن يكون المعلم قدوة للمتعلمين بممارسة العادات والقيم.

- استخدام نماذج من الطلبة ممن يمارسون مثل هذه العادات والقيم وتعزيزهم على ذلك أمام الطلبة الآخرين.
- استخدام الأفلام التي تشتمل مواد تتعلق بتلك القيم والعادات والاتجاهات.
- استخدام القصص والروايات والسير الهادفة والتي تكفل توفير نماذج مثالية للمتعلمين.

ثانياً: تنمية المهارات الرياضية والفنية والحرفية

والمتعلقة بتدريس المواد الأكاديمية من خلال استخدام النماذج المباشرة وغير المباشرة كالأشخاص والأفلام والصور.

ثالثاً: تعديل السلوك لدى الأفراد

من خلال كف أو إزالة بعض السلوكيات لدى الأفراد عند مشاهدتهم لنماذج قامت بالسلوك وتمت معاقبتها عليه (أو نماذج سلوكية إيجابية تمت مكافأتها)

وقد بينت دراسات عديدة أن التلاميذ يتأثرون بسلوك معلميهم وتصرفاتهم أكثر من تأثرهم بأقوالهم ونصائحهم وخاصة عندما يتعارض الإثنان معاً.(الشيخ ،2011، 255)

2 ـ 6 ـ تطبيقات تربوية لنظرية التعلم بالنمذجة داخل الفصل:

قدم (العتوم 2014) تطبيقاً تربوياً لنظرية التعلم بالنمذجة من قبل المعلم في صورة توجيهات كما يَلِي:

ـ كن حذراً في ألفاظك وسلوكياتك، فأنت بالنسبة لطلابك نموذج يُحتذى به، فإذا أردت تعليمهم احترام الوقت فيجب أن تلتزم أنت أولا بمواعيد حصصك الصفية.

ـ إذا أردت تطبيق نظرية التعلم بالنمذجة في الغرفة الصفية وتحويلها إلى ممارسات عملية، تذكر ما يلي:

1. حدد بالضبط ما تنوي تعليمه للطلبة، أي السلوك الخاص الذي تريد نمذجته.
2. هل يستحق هذا السلوك نمذجته؟ ما هي أشكال المعززات المتوفرة لك من أجل تقويته؟
3. كيف ستقوم بعرض السلوك المرغوب نمذجته؟ كيف ستثير انتباه الطلبة لملاحظته؟

ـ تذكر أن بناء الفعالية الذاتية عند الطلبة هدف رئيسي عند المعلم الناجح، لأن احتمالية تقليد الملاحظ لسلوك النموذج يعتمد على هذه الفعالية.

ـ زاوج بين الطلبة ممن تعتبرهم نماذج مع الطلبة الآخرين ذوي الفعالية الذاتية المنخفضة، فالطلبة يقلدون بعضهم البعض عندما يشاهدون كفاءاتهم في تنفيذ مهامهم.

ـ قم باختيار طلبة تنطبق عليهم خصائص النموذج، مثل: الكفاءة، الجاذبية، الشعبية، واطلب منهم نمذجة العديد من السلوكيات التي ترغب في تعليمها.

ـ تجنب تعريض الطلبة لخبرات الفشل المتكرر، فالطلبة يُنَمْذِجون السلوكيات التي تقود إلى النجاح.

ـ وفّر لطلبتك نماذج ترغب في تعليم سلوكياتها، مثل: طلبة متفوقين، قصص ومشاهد تلفزيونية تنطوي على نماذج مشهورة .(الشهري،2016 ، 10)

3 ـ فنيات النظرية السلوكية ونظرية التعلم الاجتماعي : والتي اعتمدتها الباحثة في دراستها ومن بين الفنيات المستخدمة في البرنامج مايلي

التعزيز ـ التشكيل ـ النمذجة ـ التكرار

3 ـ 1 ـ التشكيل :

3 ـ 1 ـ 1 ـ تعريف التشكيل:

يعرف على انه عملية التعزيز التفاضلي للتقارب التدريجي للسلوك المرغوب ، ويقوي التطور التدريجي لسلوك جديد ، عن طريق تعزيز انجازات ثانوية أوخطوات نحو السلوك وبدلا من الانتظار لحدوث سلوك بشكل نهائي فإننا نعزز كل تشابه لذلك السلوك الجديد(ابوحماد،2008 ، 241)

كما تعرف (لويس كامل مليكة ،1990 ، 78) التشكيل بأنه التقريب التتابعي ، وهو تدعيم السلوك الذي يقترب تدريجيا من السلوك المرغوب فيه ، او يقترب منه في خطوات صغيرة تيسر علينا الوصول إلى خطوة اخرى ، وتبدأ عملية التشكيل من النقطة التي يتقنها الفرد ثم يتدرج في خطوات صغيرة وشيئا فشيئا حتى يتغير سلوكه ببطئء مع تقديم التعزيز .

3 ـ 1 ـ 2 ـ خطواته :

عند تطبيف اسلوب التشكيل لابد من اتباع الخطوات التالية :

1ـ تحديد وتعريف السلوك المستهدف : يجب تحديد السلوك النهائي الذي يراد الوصول اليه ، وتعريفه بدقة ، وموضوعية على شكل هدف سلوكي ، والهدف من ذلك هو تعزيز التقارب التدريجي من السلوك المستهدف بشكل منظم .

2 ـ اختيار السلوك المدخلي (الأولي): واستخدامه كنقطة بداية ويجب ان يكون قريبا من السلوك النهائي وأن يحدث بشكل متكرر وذلك حتى تتوفر الفرص الكافية لتعزيزه وتقويته ويعتبر السلوك المدخلي هو استجابة قريبة من للسلوك المستهدف تعزيزه وتقويته بهدف صياغة السلوك النهائي.

3 ـ اختيار معززات فعالة : وهذا من اجل الحفاظ على درجة عالية من الدافعية لابد من اختيار معززات مناسبة

4 ـ الاستمرار في تعزيز السلوك المدخلي : إلى ان يصبح معدل حدوثه مرتفعا لأن هذا سيزيد من احتمالية حدوث تغيير بسيط في السلوك وسيجعله اكثر شبها بالسلوك النهائي.

5 ـ الانتقال التدريجي من مستوى إلى اداء مستوى اخر : وذلك لضمان فعالية اسلوب التشكيل

3 ـ 1 ـ 3 ـ فوائد أسلوب التشكيل:

تتمثل فعالية اسلوب التشكيل في اكتساب السلوك المرغوب فيه والتدريب على التخلي عن السلوك الغير مرغوب فيه كما ان اسلوب التشكيل السلوكي يعتبر اسلوب ايجابي ويوزع التعزيز بشكل ثابت على حدوث التقارب التدريجي للسلوك المرغوب فيه ، اما السلوكيات الاخرى التي لا تعزز تصل الى مرحلة الانطفاء ولا تشمل العقاب او اي اجراءات غير محببة لدى الطفل . (الحمري ،2015 ، 110)

3 ـ 2 ـ التعزيز :

3 ـ 2 ـ 1 ـ تعريف التعزيز :

هو عملية تدعيم السلوك المناسب او زيادة احتمالات تكراره في المستقبل بإضافة مثيرات ايجابية او إزالة مثيرات سلبية بعد حدوثه ، فهو ذو اثر ايجابي من الناحية الانفعالية حيث يستثير الدافعية ويقدم تغذية راجعة بناءة (malenka nestler : 2009 ;375)

3 ـ 2 ـ 2 ـ أنواع التعزيز

بما أنَّ التعزيز مرتبطٌ ارتباطٌ وثيقٌ بالسلوك الإنساني ؛ فعليه تتنوع أنواع المُعززات وفق السلوك الإنساني , ونحن في الحقل التعليمي يمكننا تقسيم المُعززات إلى أقسام , وهذا التقسيم ليس بالمحدود والثابت ؛ ولكنه يتنوع وفق طبيعة السلوك المتوقع, و التي يمكن تنفيذها في الميدان التربوي , وهي كالتالي:

1-**المعززات الإيجابية و المعززات السلبية:**

ـ التعزيز الإيجابي : وذلك من خلال تقديم مثير إجرائي مرغوب فيه (مثل الطعام ، أو المال)بعد أداء الكائن الحي لسلوك ما. يعني إ ضافة مثير بعد السلوك مبا شرة مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة فقيام الفرد بالسلوك المطلوب يؤدي إلى المكافأة

ـ التعزيز السلبي : وذلك من خلال إزالة مثير مؤلم أو غيرمرغوب فيه (مثل كف الصدمة الكهربائية) بعد أداء الكائن الحي لسلوك ما

ـ العقاب الإيجابي : ويكون بتعريض الكائن لمثير إجرائي مؤلم (الضرب)بعد أدائه لسلوك ما.

ـ العقاب السلبي : ويكون بسحب مثير إجرائي يرغب فيه الكائن (مثل المصروف اليومي) بعد أدائه لسلوك ما (الزراد ، 1992، 251)

2 ـ **المعززات غير الشرطية و المعززات الشرطية:**

هناك من علماء النفس من يُقّسم المعززات بناءً على أ سس التعلم , أو إلى آلية اكتسابها للميثزات التعزيزية فيقسمها إلى معززات غير شرطية و معززات شرطية وهذا ما اصطلح على تسميته بالمعززات الأولية والثانوية.

ـ المعززات غير الشرطية : فهي مثيرات تقود بطبيعتها إلى تدعيم السلوك , دون الحاجة إلى خبرات تعليمية سابقة ، و هي تلبي الحاجات البيولوجية الأ ساسية للإنسان ، و لهذا فهي تُعرف أيضاً بالمعززات الأوليةفالماء أو الغذاء يعتبران من المعززات الأولية , لاستجابات الجوع أو العطش للأفراد , ومن المهم ملاحظة بأن المعززات الأولية (غير الشرطية) قد لا تكون قادرة على التأثير في السلوك وتعزيزه بشكل كبير .

ـ المعززات الشرطية أو التعزيز الثانوي : فهو تلك المثيرات التي تلحق بالسلوك وتحتاج إلى خبرة للتعلم لاكتساب صفة التعزيز , إذاً هو مثير يكتسب الصفة التعزيزية من خلال الاقتران بالمعززات الأولية ، و هو مثير حيادي يصبح بفعل الخبرات التعليمية قادراً على تدعيم السلوك ، و لذلك يسمى هذا النوع من المعززات بالمعززات الثانوية (قطامي ،1989، 266)

3-المعززات الاجتماعية:

تشتمل المعززات الاجتماعية الابتسامة ، والانتباه ، والثناء ... ،و لهذه المعززات حسنات كثيرة جداً منها أنها مثيرات طبيعية ويمكن تقديمها بعد السلوك مباشرة ,و نادراً ما يؤدي ا ستخدامها إلى الإ شباع ، و لهذا تستخدم المعززات في برامج تعديل السلوك كلما كان ذلك ممكناً ، فالانتباه و الثناء هما معززان لهما تأثير على سلوك الإنسان ، و هما مثيران طبيعيان من أكثر المعززات شيوعاً

في الحياة اليومية و بالتالي من أكثر المعززات قبولاً ، و عند ا استخدام الثناء (كقول رائع ، عظيم ، أحسنت علينا تجنب عبارات الثناء المبتذلة و تجنب التكرار المبالغ فيه , و استخدام كلمات متنوعة وبطريقة طبيعية بصدق و حماس

4-المعززات الرمزية:

المعززات الرمزية هي معززات قابلة للاستبدال في وقت لاحق (كالنقاط أو النجوم ، أو الشعارات) يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المقبول المراد تقويته , و يستبدلها فيما بعد بمعززات

أخرى , ولعلَّ المعلم يلجأ لهذا النوع من المعززات ,عندما لا تكون المعززات السابقة متوفرة لديه

5-المعززات الغذائية:

تشتمل المعززات الغذائية كل أنواع الطعام و الشراب التي يفضلها الفرد ، إلا أن استخدام المعززات الغذائية قد يترتب عليه مشكلات عديدة هناك من يعترضون على استخدام هذه المعززات قائلين : إنه

ليس مقبولاً أن يجعل معدل السلوك إمكانية حصول الفرد على ما يحبه من الطعام أو الشراب متوقفاً على تأديته للسلوكيات المناسبة ولا بد من التأكيد على أن معدل السلوك لا يستخدم هذا النوع من المعززات إلا إذا وجد أن المعززات الأخرى ليست ذات أثر كبير على السلوك المستهدف ، وإذا كان الفرد لا يستجيب لها ، فهو قد يضطر على الأقل في بداية البرامج إلى استخدامها , ولكنه يعمل على إقران هذه المعززات بمعززات اجتماعية كالثناء و الابتسام و غيرها من أجل استبدالها بالمعززات الغذائية في أسرع وقت ممكن

6 ـ المعززات المادية:

و يتمثل هذا النوع من المعززات في الأ شياء التي يرغب الفرد في الحصول عليها كالألعاب ، أقلام التلوين الدراجة الهوائية ... ، و قد يعترض البعض على استخدام هذا النوع من المعززات ، و لكن انتباه الرا شدين قد لا يكفي أحياناً لتغيير سلوك الأطفال . والعديد من الدراسات اعتمد على التعزيز المادي , و كانت هذه المعززات مُكلفة نسبياً , و قد يكون من الصعب تقديمها لفترة
زمنية طويلة ,أو لمجموعة كبيرة من الأطفال. (القبلي ، 2014 ، 30 ،31 ، 32)

3 ـ 2 ـ 3 ـ العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز فمنها:

1. **فوريةالتعزيز:**

إن أحد أهم العوامل التي تزيد من فعالية التعزيز هو تقديمه مباشرة بعد حدوث السلوك فأن يعطى الطفل لعبة اليوم لأنه أدى واجبه المدرسي بالأمس قد لا يكون ذا أثر كبير.

إن التأخير في تقديم المعزز قد ينتج عنه تعزيز سلوكيات غير مستهدفة لا نريد تقويتها، قد تكون حدثت في الفترة الواقعة بين حدوث السلوك المستهدف وتقديم المعزز، فعندما لا يكون من الممكن تقديم المعزز مباشرة بعد حدوث السلوك المستهدف فانه ينصح بإعطاء الفرد معززات وسيطية كالمعززات الرمزية أو الثناء بهدف الإيحاء للفرد بأن التعزيز قادم

2 ـ **ثبات التعزيز:**

يجب أن يكون التعزيز على نحو منظم وفق قوانين معينة يتم تحديدها قبل البدء بتنفيذ برنامج العلاج وأن نبتعد عن العشوائية، كما أن من المهم تعزيز السلوك بتواصل في مرحلة اكتساب السلوك وبعد ذلك في مرحلة المحافظة على استمرارية السلوك فإننا ننتقل إلى التعزيز المتقطع.

3 ـ **كمية التعزيز:**

يجب تحديد كمية التعزيز التي ستعطى للفرد وذلك يعتمد على نوع المعزز، فكلما كانت كمية التعزيز أكبر كانت فعالية التعزيز أكثر، إلا أن إعطاء كمية كبيرة جداً من المعزز في فترة زمنية قصيرة قد يؤدي إلى الإشباع والإشباع يؤدي إلى فقدان المعزز لقيمته ،لهذا علينا استخدام معززات مختلفة لا معزز واحد.

4 ـ **مستوى الحرمان – الإشباع:**

كلما كانت الفترة التي حرم فيها الفرد من المعززات طويلة كان المعزز أكثر فعالية، فمعظم المعززات تكون أكثر فعالية عندما يكون مستوى حرمان الفرد منها كبيراً نسبياً.

5 ـ درجة صعوبة السلوك:

كلما ازدادت درجة تعقيد السلوك، أصبحت الحاجة إلى كمية كبيرة من التعزيز أكثر، فالمعزز ذو الأثر البالغ عند تأدية الفرد لسلوك بسيط قد لا يكون فعالاً عندما يكون السلوك المستهدف سلوكاً معقداً أو يتطلب جهداً كبيراً.

6. ـ **التنويع:**

إن استخدام أنواع مختلفة من المعزز نفسه أكثر فعالية من استخدام نوع واحد منه ،فإذا كان المعزز هو الانتباه

إلى الطالب فلا تقل له مرة بعد الأخرى "جيد ،جيد ،جيد" ولكن قل أحسنت وابتسم له وقف بجانبه ،وضع يدك على كتفه ...الخ.

7 ـ **التحليل الوظيفي:**

يجب أن يعتمد استخدامنا للمعززات إلى تحليلنا للظروف البيئية التي يعيش فيها الفرد ودراسة احتمالات التعزيز المتوفرة في تلك البيئة لان ذلك:

أ. يساعدنا على تحديد المعززات الطبيعية.

ب. يزيد من احتمال تعميم السلوك المكتسب والمحافظة على استمرايته.

.8 ـ الجدّة:

عندما يكون المعزز شيئاً جديداً فانه يكسبه خاصية، لذا ينصح بمحاولة استخدام أشياء غير مألوفة قدر الإمكان. (الفسفوس، 2006، 24).

3 ـ3 ـ النمذجة:

3 ـ 3 ـ 1ـ تعريف النمذجة

إن التقليد أو النمذجة لا تقتصر على اكتساب سلوكات جديدة لم تكن موجودة من قبل ، أو تعديل السلوك القديم، بل يمكن تعليم السلوك الاجتماعي الجيد من خلال المراقبة لحالات متنوعة ، كما قد يؤدي التقليد إلى ظهور سلوكات كانت مكبوتة بسبب الخوف أو القلق ، هذا ويعد لعب الأدوار أحد مناهج التعلم الاجتماعي (الظاهر، 2004 ، 159).

3 ـ 3 ـ 2 . أشكال النمذجة :

ـ النمذجة الحية :هي قيام النموذج بتأدية السلوك المستهدف أمام الشخص الذي يريد تعليمه ذلك السلوك.

ـ النمذجة المصورة أو الرمزية :و هو أن يقوم الشخص المراد تعليمه بمراقبة سلوك النموذج من خلال الافلام.

ـ النمذجة من خلال المشاركة :وهو مراقبة النموذج و تأدية سلوكه المراد تعليمه بمساعدة المعززات المرغوبة والتشجيع إلى أن يؤدي الاستجابة الصحيحة.و لابد من الاشارة إلى أن أساليب النمذجة تكون مدخلا على غاية من الأهمية كاستراتيجيات تعليمية فاعلة للمدرس.

3 ـ 3 ـ 3 ـ كيفية تطبيق اسلوب النمذجة :

يقوم باداء السلوك المراد تعلمه على مرأى من الطالب ويقوم الطالب بمراقبة وملاحظة ذلك السلوك والعمل على تقليده (قحطان ،2004 ، 161)

3 ـ 4 ـ التكرار

3 ـ 4 ـ 1 ـ تعريف التكرار:

وهو اسلوب في الحصول على المعلومة والاحتفاظ بها، والمقصود هنا تكرار المعلومة، سواء أكان ذلك من قِبل المعلم أو الطالب؛ حيث إن هذا التكرار له أثر إيجابي في تحصيل التلاميذ، ويزيد من نسبة الاحتفاظ بالمعلومة، وكذلك بقاء أثر التعلم بشكل أكبر، وهي طريقة فعَّالة يحصل بها التفاعل بين المعلم والمتعلم.

(بن جزاع ، 2015 ، 2)

3 ـ 4 ـ 2 ـ قانون التكرار أو التدريب:

يعد قانون التكرار من أقدم القوانين المعروفة في التعلم ، وقد تناوله واطسن بالتحليل والتفسير ، حيث رأى أن الحركات التي تبقى ويحتفظ بها الحيوان هي التي تتكرر كثيرا وهي الحركات التي تؤدي إلى تحقيق الهدف في حين أن الحركات الفاشلة التي قام بها الحيوان لا تعود للظهور في سلوكه بعد أن عرف طريقة الاستجابة الصحيحة ، معنى ذلك أنه كلما حدثت حركة فاشلة تعقبها حركة ناجحة ، ولكن كلما حدثت حركة ناجحة فإنها تؤدي إلى الهدف ولا تعقبها حركة فاشلة ، وينص قانون التكرار عند ثورندايك على " الاستجابة تقوى بالاستعمال وتضعف بالإهمال "مثا استجابة جذب السقاطة والتي تؤدي إلى الوصول للهدف ازدادت قوة بتكرار المحاولات الممارسة والتكرار تقوي الرابطة بين المثير والاستجابة ، وهي شرط اساسي لحدوث التعلم ، ثم قام ثورندايك بتعديل قانون التكرار، فأصبح التكراروحده لايكفي لحدوث عملية التعلم ، ولكنه يتيح الفرصة لعوامل اخرى لكي تحدث تأثيرها في عملية التعلم مثل التوجيه والأثر التي يتبع الاستجابة ،إن تطبيقات قانون التكرار في التربية والتعليم كثيرة ، فمثلا تعلم الكتابة على الالة الكاتبة يكون عن طريق استخذام الحركات المناسبة الصحيحة ، ثم تكرارها حتى تصبح سهلة وميسرة وينطبق هذا على تعلم اللغات (قاسم ، 2012، 20)

ـ خلاصة :

يمكن القول من خلال ماسبق ان الباحثة قدمت النظريات المعتمدة في الدراسة وهي النظرية السلوكية ونظرية التعلم الاجتماعي واهم التطبيقات التربوية التي ترتكز عليها النظريات ، كما قدمت الباحثة اهم الفنيات المستخدمة في النظريتين والتي اعتمدتهم الباحثة في الدراسة .

الفصل السادس : اجراءات الدراسة الميدانية

..تمهيد

1 ـ منهج الدراسة

2 ـ عينة الدراسة

3 ـ حدود الدراسة

4 ـ أدوات الدراسة.

5 ـ اجراءات تطبيق

6 ـ الاساليب الاحصائية المستخدمة

خلاصة

تمهيد :

نعرض في هذا الفصل الإطار الميداني للدراسة وذلك فيما يخص منهجية الدراسة واجراءاتها، أين نتطرق إلى الدراسة الأساسية التي نشير من خلالها إلى منهج الدراسة ،ووصف المحكات التي تم اختيار عينة الدراسة كما تطرقنا إلى حدود الدراسة والأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية وفي اخر هذا الفصل تم التطرق إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة وفي مايلي عرض لهذه الإجراءات .

1 ـ منهج الدراسة:

المنهج عبارة عن مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة العلمية، أي أنه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة من أجل اكتشاف الحقيقة. (ملحم ، 2004 ، 421)

ويعرفه (الرشيدي,2000 ، 21) بأنه الطريقة والإجراءات التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة البحثية للوصول إلى حقيقة.

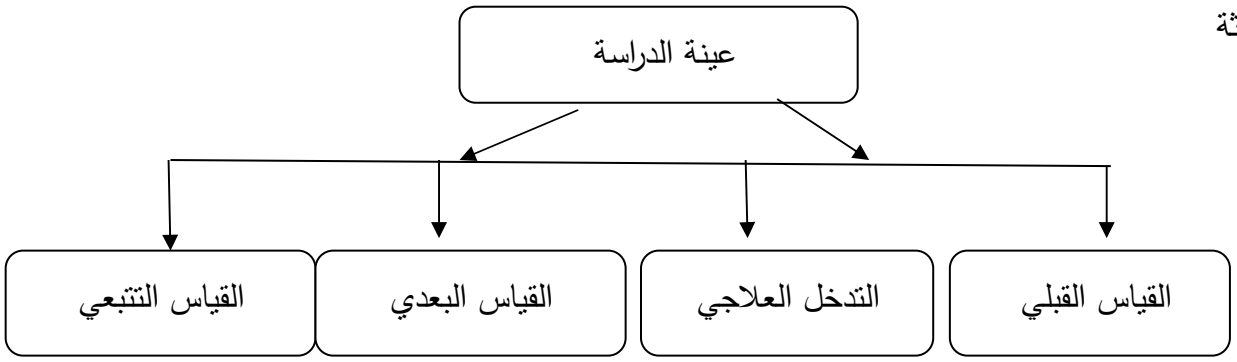
وعلى هذا الأساس ومن أجل تحقيق الهدف الأساسي من الدراسة الحالية ، والذي يتمثل في مدى فاعلية برنامج تدريبي تعليمي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الإعاقة الذهنية البسيطة المدمجين مدرسيا اعتمدت الباحثة على المنهج الشبه التجريبي الملائم للدراسة كما سبق الذكر واستخدمت الباحثة في ذلك التصميم الشبه التجريبي للمجموعة الواحدة بقياس قبلي وقياس بعدي ،وهذا التصميم يشيع استخدامه في تقييم نتائج العلاجات النفسية والإرشادية وخدمات نفسية وعيادية .

وطبقا لهذا التصميم فقد قامت الباحثة باجراء القياسات الأتية للمجموعة التجريبية :

ـ القياس القبلي للمجموعة التجريبية أي قبل تطبيق البرنامج العلاجي

ـ القياس البعدي للمجموعة التجريبية أي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي

ـ القياس التتبعي للمجموعة التجريبية بعد التوقف عن تطبيق البرنامج العلاجي لمدة أسبوعين للتأكد من استمرار التأثير الإيجابي للبرنامج ، والمخطط الموالي يبين التصميم الشبه التجريبي المعتمد في الدراسة من تصميم الباحثة



الشكل (03) يبين التصميم الشبه التجريبي المعتمد في الدراسة

2 ـ عينة الدراسة :

تتكون عينة الدراسة من 10 أطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة المصاحبة بصعوبات الانتباه وفرط الحركة والمدمجين مدرسيا في المدارس العادية موزعة في كل من بلديات (باتنة ، بريكة ،المعذر ، الشمرة ، تازولت ، عين التوتة) وقد استفادو من عملية الدمج الكلي أين يتلقون تعليمهم طوال الوقت في الفصول العادية مع اقرانهم العاديين و يخضعون لبرنامج دراسي وفق المنهاج المدرسي العادي والمسطر من طرف وزارة التربية الوطنية ، ولقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية وذلك باختيار الأطفال الذين تتوفر لديهم الشروط المناسبة للدراسة ونسبة ذكائهم تتراوح ما بين (50−70 QI) حسب اختبار كولومبيا للذكاء وهو الاختبار الوحيد والمعمول به على مستوى المصلحة لقياس العمر العقلي للحالات المتوافدة للمصلحة ، كما انهم يعانون من قلة التركيز والانتباه وفرط النشاط الحركي وقد شخصت العينة على أنهم يعانون من إعاقة ذهنية بسيطة مصاحبة بفرط النشاط الحركي من طرف الباحثة وكونها أخصائية ارطوفونية بمصلحة الطب النفسي للأطفال و فريق التكفل بهذه الفئة في نفس المصلحة و المتكون من الطبيب النفسي المختص في الطب النفسي للأطفال وكذا أخصائيين نفسانيين عياديين من ذوي الخبرة ودرجات متفاوتة في الرتب من نفسانيين رئيسيين وعياديين من الدرجة الاولى العاملين بمصلحة الطب النفسي للأطفال ، والتابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية ـ المعذر ـ

أفراد العينة استفادوا ولازالو إلى يومنا هذا يستفيدون من حصص فردية وجماعية في المصلحة بعد توجيهيم من المدارس التي يزاولون في دراستهم بعد ملاحظة المعلمين لسلوكياتهم في الفصل العادي ويستقبل الأطفال بعد إحالتهم لقسم الطب النفسي للأطفال من طرف معلمي المدارس أومن خلال ملاحظة أولياء الأمور لبعض السلوكيات على أطفالهم ، يتم في البداية عرضهم على الطبيب المختص في الطب النفسي للأطفال اين يقوم بعدة فحوصات طبية نفسية وذلك بعد دراسة تاريخ الحالة للطفل من خلال المقابلة العيادية مع اولياء المفحوصين ويقوم بدوره بإحالته على طبيب الأعصاب لإجراء التخطيط الدماغي الكهربائي (EEG) Electro (Encéphalo Graphie) لإستبعاد بعض الأمراض ذات المنشأ العصبي مثل الصرع ، وكذا إحالتهم إلى الطبيب المختص في الاذن والانف والحنجرة (ORL) لإجراء فحوصات والتأكد من سلامة الأذن (الداخلية والوسطى) وقياس درجة السمع باستخدام جهاز (PEA) أو (AUDIOGRAMME) وكما يتم احالته إلى الطبيب المختص في طب العيون للتأكد من سلامة بصره .

وبعدها مباشرة يتم إحالته على المختص النفساني بقسم الطب النفسي للأطفال أين يقوم بدوره بمقابلة عيادية مع اولياء امور المفحوصين ودراسة تاريخ الحالة ، وبعد الملاحظة الشخصية للسلوكيات الطفل يتم اختبار ذكاء الطفل وقياس العمر العقلي وذلك باستخدام اختبار كولومبيا وهو الاختبار الوحيد المعمول به في مصلحة الطب

النفسي للأطفال بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر وهو اختبار صمم لقياس القدرات العقلية والمعرفية وتقييم العمر العقلي للفئات مابين ، (3 – 11) سنة وكما يهدف إلى قياس القدرة العامة للتفكير المنطقي لديهم ، وبعدها يبرمج لهم أيام للإستفادة من حصص للتكفل النفسي والتربوي والارطوفوني .

والجدول الموالي يبين افراد العينة

عدد افراد العينة	نوع العينة	العمر الزمني	العمر العقلي	درجة الذكاء QI	المستوى الدراسي
01	أنثى	08 سنوات	6 سنوات و5 اشهر	55 QI	اولى ابتدائي
02	أنثى	10 سنوات	08 سنوات	55 QI	ثانية ابتدائي (معيدة)
03	ذكر	10 سنوات	07 سنوات	52 QI	ثانية ابتدائي (معيد)
04	ذكر	09 سنوات	07 سنوات و09 اشهر	60 QI	ثانية ابتدائي (معيد)
05	ذكر	08 سنوات	07 سنوات و04أشهر	66 QI	اولى ابتدائي
06	أنثى	09 سنوات	6 سنوات و 05 اشهر	51 QI	ثانية ابتدائي
07	أنثى	11 سنوات	08 سنوات و ستة اشهر	52 QI	ثالثة ابتدائي (معيدة)
08	ذكر	09 سنوات	08 سنوات و5 اشهر	63 QI	ثانية ابتدائي
09	ذكر	10 سنوات	08 سنوات و3 شهور	57 QI	ثالثة ابتدائي
10	ذكر	07 سنوات	06 سنوات و05 اشهر	64 QI	اولى ابتدائي
المجموع	10				

جدول(03) يبين افراد العينة

3 ـ حدود الدراسة :

تتحدد الدراسة الحالية في :

3 **ـ 1 ـ الحدود الزمانية :** تطبق الدراسة في حدود السنة الجامعية 2017 / 2021

استغرقت الدراسة كل هذه المدة في جمع المادة العلمية والتراث النظري وبناء البرنامج وتعديله بعد التحكيم وتطبيقه على افراد العينة .

3 ـ 2 ـ الحدود المكانية :

طبقت الدراسة الحالية بمصلحة الطب النفسي للاطفال وهي مصلحة تابعة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية ـ المعذر ـ بولاية باتنة ـ والتي تقدم خدمات صحية ونفسية على مدار الساعة بإشراف أطباء عامون واطباء مختصين في الأمراض العقلية وجهاز تمريض مؤهل و كما يتكون من اخصائيين نفسانيين وارطوفونيين . تتكفل المصلحة بالأطفال المصابين باضطراب التوحد والإعاقة العقليةّ ، وتحتوي المصلحة على عدة ورشات منها " ورشة التربية الحسية والنشاطات البدنية ، ورشة النشاطات الفكرية والترفيهية " ، ورشة الأشغال اليديوية " ، " ورشة المسرح

4 ـ الأدوات المستخدمة في الدراسة :

ـ لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن فرضياتها استعانت الباحثة بمجموعة من الادوات حيث استخدمت في الدراسة الادوات التالية :

1 ـ اختبار كولومبيا للذكاء

2 ـ مقياس كونرز لتشخيص صعوبات الانتباه المصاحبة لفرط النشاط الحركي بنسختيه :

أ ـ نسخة لتقدير للوالدين

ب ـ نسخة لتقدير الأساتذة

4 ـ برنامج تدريبي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الإعاقة الذهنية المدمجين مدرسيا من تصميم الباحثة

4 ـ 1 ـ اختبار كولومبيا للذكاء :

هو اختبار فردي يهدف إلى تقييم القدرات العقلية للافراد ، في سلسلة من الاختبارات المتشابهة

تم اختيارنا له لكونه اختبار غير لفظي يتلاءم مع فئة المتخلفين عقليا ولا يحتاج إلى مجهود ونشاط حركي كبير كما يمكن استعماله في مجال إعاقات أخرى تشترك مع الإعاقات الحركية في نفس المشكل مثل الإعاقة العقلية الإعاقة الحركية الجسمية والصمم، وكما ذكرنا سالفا انه الاختبار الوحيد المعمول به في مصلحة الطب النفسي للأطفال

4 ـ 1 ـ 1 ـ وصف الإختبار :

ـ صمم اختبار كولومبيا (Echelle de maurite mentale de colombia) من قبل (Burgemeister ,blum&lorge) بجامعة كولومبيا بنيويورك انشأ سنة (1959) ثم عدل سنة (1972) وهو اختبار فردي يقيم القدرات العقلية ، مصمم لفئة ذوي العمر الزمني أقل او يساوي

(11 سنة ونصف) ويساعد هذا الاختبار على إعطاء تقييم للاطفال الذين يعانون من مشاكل في الجانب الادراكي والحسي ، ويتكون الإختبار من مجموعة من البطاقات ، تتألف من 100 لوحة من الورق المقوي (1548x سم) تحوي رسومات مختلفة يتراوح عددها بين (3 رسومات ثم 4 ثم 5) باللون الأسود والأبيض وأخرى ملونة وتختلف هذه الصور من أشكال هندسية و أشياء وأخرى عبارة عن صور أشخاص، حيوانات أشياء من الحياة اليومية في حدود خبرة الطفل عن المحيط الخارجي، و أشياء يعرفها يستطيع التعرف عليها.

– هذه الرسومات واضحة كبيرة ملونة بحيث تسمح وتسهل الإدراك عند معظم الأطفال

ونجد كل بطاقة تحتوي على عدة صور متشابهة وصورة واحدة مختلفة عن باقي الصور وقد نجد في كل بطاقة شكلين متشابهين من الاشكال الهندسية وصورة أخرى مختلفة قد تكون صورة للحيوانات أوصور للخضر والفواكه ، كما يمكن أن تكون على شكل أرقام أواشكال رمزية مختلفة .

ويقوم هذا الإختبار بتقديم الفاحص للطفل بطاقة ويطلب منه تحديد الصورة المختلفة من صور تلك البطاقة ويقيم الطفل من خلال ادراك وتمييز الألوان والأشكال والأحجام واستخدام ، والأرقام والأجزاء الناقصة والأشكال الرمزية وهذا لتحديد مستوى ذكاءه والنضج العقلي لديه ،وكما يقيس القدرة الاستدلالية العامة واستخدام المفاهيم ويقيم الذكاء العام من خلال المثيرات غير اللفظية ويستغرق تطبيق الاختبار مابين 15إلى 20 دقيقة.ويصحح الاختبار بإعطاء علامة (+) للإجابة الصحيحة ، أما الإجابة الخاطئة تعطى برقم البطاقة التي اخطأ الطفل في ادراكها وتسميتها،وتجمع علامات الإجابات الصحيحة فإن كانت نتيجتها أقل من الإجابات الخاطئة ومن خلالها يحدد العمر العقلي للطفل ونسبة ذكاءه وبذلك يقيم الفريق المتكفل الطفل ويشخص على انه يعاني من تخلف ذهني.

4 ـ 1 ـ 2 ـ النشاط الفكري المطلوب اثناء تطبيق الاختبار:

ويطلب الفاحص من الطفل تحديد الصورة المختلفة من صور تلك البطاقة أين يتطلب الاختبار من المفحوص بذل مجهود في الملاحظة والتمييز لمعرفة الشكل الذي يتماشى مع الأشكال الأخرى ، التمييز يتعلق بعناصر إدراكية بحتة "اختلاف في الشكل، اللون، الأبعاد، عنصر ناقص من الشيء" ويقيم الطفل من خلال ادراك وتمييز الألوان والأشكال والأحجام والأرقام والأجزاء الناقصة والأشكال الرمزية ، فيما بعد تتعقد الفكرة، بحيث يصبح من المطلوب على الطفل أن يكتشف أساس التشابه، تسلسل عادي معين... إلخ والذي يسمح بعزل شكل واحد فقط بطريقة منطقية، وهذا لتحديد مستوى ذكاء الطفل والنضج العقلي لديه ،وكما يقيس القدرة الاستدلالية العامة واستخدام المفاهيم ويقيم الذكاء العام من خلال المثيرات غير اللفظية

ج- طريقة تطبيق الاختبار:

تم تطبيق الاختبار بشكل فردي من طرف الباحثة بمساعدة اخصائية نفسانية رئيسية أين يطلب من المتخلف عقليا أن يضع يده على الشكل غير المشابه للأشكال الأخرى حيث يستغرق تطبيق الاختبار مابين 15إلى 20 دقيقة ، ويصحح الاختبار بإعطاء علامة (+) للإجابة الصحيحة ، أما الإجابة الخاطئة تعطى برقم البطاقة التي اخطأ الطفل في ادراكها وتسميتها، وتجمع علامات الإجابات الصحيحة معتمدين في ذلك على مفتاح تصحيح الاختبار من خلال ورقة التنقيط (feuile de notation)

التي تحمل اسم الطفل وتاريخ تطبيق الاختبار والنقطة التي تحصل عليها بحساب عدد الأخطاء وتنقصها من مجموع عدد اللوحات المئة، ومن خلال دليل الاختبار نبحث في الجدول لنجد العمر العقلي ثم نبحث في جدول أخر لتعطي العمر الزمني لأجد درجة الذكاء النهائية، ندونها في هذه الورقة بعد أن نكون قد كتبنا الإجابة التي أجاب عليها والتي أخطأ فيها أمام الإجابة الصحيحة اللوحات المئة ، وبذلك يقيم الطفل ويشخص على انه يعاني من تخلف ذهني .

4 ـ 2 مقياس كونرز :

بعد إطلاع الباحثة على عدد من الإختبارات ذات العلاقة بفرط النشاط الحركي وقلة التركيز و صعوبة الانتباه ، وجدت الباحثة أن مقياس كونرز هو المقياس الملائم للدراسة الحالية ،إذ أن هذا المقياس قد تم تكييفه في البيئة العربية (الأردنية) ، وسبق وان استعمل في الدراسات العربية والمحلية .

4 ـ 2 ـ 1 ـ نبذة عن المقياس :يعتبر مقياس كونرز من أشهر مقاييس التقدير العالمية ، وهو من اكثر المقاييس شمولية في تشخيص اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والتي قام بتطويرها كونرز) (conners في صورته الأولية عام (1973) ثم ظهر بصورته المعدلة في السنوات (1989 ـ 1997).

ولقد بذل كونرز ما يقارب الثلاثين عاما في العمل على هذا المقياس في نسختين (نسخة للتقدير الوالدين ونسخة للتقدير المعلمين) حتى وصل إلى صورته النهائية في عام (1997) لتشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والمشكلات السلوكية، والتي يعاني منها الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (3–17) عاما، حيث يطبق المعلم المقياس على الأطفال في غرفة الصف والبيئة المدرسية عن طريق الملاحظة المباشرة للطفل، ويستغرق تطبيقه من الوقت (15–20) دقيقة.

اما نسخة الولدين يقوم المعالج بطرح أسئلة (البنود) على أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من الاضطراب و يستغرق تطبيقه من (20 إلى 30) دقيقة.(عبدالله ، 2015 ، 257)

لقد تم تقنين هذا المقياس في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة مكونة من (1973) من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (3–17) سنة، وتتدرج الإجابة عليه في أربعة مستويات من (0–3) وتوافرت دلالات صدق مقبولة، كما توفرت دلالات ثبات عالية للمقياس حيث بلغ معامل الثبات، بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار بفارق زمني من (6–8) أسابيع، وهي مدة زمنية كبيرة بين (0,47 ـ 0,88)

وكانت دلالات الاتساق الداخلي (0,545 ـ 0,990) وقد أشار كونرز إلى أن عدد الذكور المصابين أكثر من عدد الإناث، وأوضح كونرز (conners) أن المقياس يمتاز بدلالات صدق مقبولة، يبرهن على ذلك استخدامه في تشخيص الأطفال ذوي اضطراب الانتباه والنشاط الزائد والاضطرابات الأخرى التي تتداخل مع هذا الاضطراب.(عبدالله ، 2015 ، 258)

وللاستفادة من خبرات سنوات عديدة في إعداد هذا المقياس من قبل كونرز، ولما يمتاز به هذا المقياس بقدرة الكشف عن المشكلات السلوكية والمعرفية، حيث لا يقتصر المقياس على الأنواع الثلاثة المعروفة في كل المقاييس، النشاط الزائد والاندفاعية وقصور الانتباه، وإنما يشتمل على ثلاثة عشر بعد، من ضمنها معايير (DSM –4) كثلاثة أبعاد رئيسية، للنشاط الزائد وقصور الانتباه وبعد ثالث يجمع بينهم كبعد مشترك، ويمثل مجموعة من الأبعاد منها الخجل والقلق والمعارضة والتحدي والسعي نحو الكمالية والبعد الانفعالي والنشاط الزائد وقصور الانتباه، ومن ميزاته أيضا أنه عمل لكل بعد معايير لوحده، وذلك يعطي الذي يقوم بعملية التشخيص فكرة مفصلة عن الحالة بهدف الوصول إلى الجوانب المحددة التي يعاني منها الطفل.

4 ـ 2 ـ 2 ـ أبعاد المقياس :

يتكون المقياس من (13) وهي كمايلي :

1 ـ المعارضة (العناد) : (A) ويبدو هذا البعد في سلوك الأطفال الذين يعارضون الأنظمة والتعليمات، ويعارضون السلطة الأسرية أو المدرسية وهم أكثر إزعاجا وغضبة من أقرانهم العاديين.

2 ـ قصور الانتباه والصعوبة في التركيز : (B) ويبدو هذا البعد في سلوك الأطفال الذين يظهرون

مشكلات أكاديمية في التحصيل مقارنة مع نظرائهم العاديين ولديهم صعوبة في تنظيم وانجاز المهمات المطلوبة منهم وقلة التركيز على تلك المهمات مما يؤدي إلى وقوعهم في الأخطاء .

3 ـ النشاط الزائد: (C) ويبدو هذا البعد في سلوك الأطفال الذين يظهرون نشاطا زائدا أو حركة زائدة ويتململون أثناء جلوسهم، ويجدون صعوبة في اللعب بشكل هادئ أو المشاركة في الأنشطة الترفيهية.

4 ـ القلق والخجل: (D) ويبدو هذا البعد في سلوك الأطفال الذين لديهم قلق ومخاوف أكثر من نظرائهم من الأطفال العاديين ويتصفون بالمزاجية والحساسية من النقد، وهم أكثر قلفة خصوصا في المواقف غير المألوفة لديهم ويتصفون بالخجل والانسحابية.

5- **السعى نحو الكمال (وسواس المثالية): (E)** ويبدو هذا البعد في سلوك الأطفال الذين يضعون أهدافا عالية لأنفسهم، ويشعرون بالقلق تجاه أعمالهم ولذلك هم متسرعون في أداء الأعمال التي تطلب منهم، ويحبون الترتيب المبالغ فيه في المدرسة والبيت مقارنة مع أقرانهم العاديين.

6 ـ المشاكل الاجتماعية: (F) ويبدو هذا البعد في سلوك الأطفال الذين لديهم مستوي منخفض من الثقة بالنفس واحترام الذات وليس لديهم إلا القليل من الأصدقاء كما أنهم منعزلون اجتماعيا .

7 ـ مؤشر كونرز لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد: (H) ويتمثل هذا البعد في سلوك الأطفال الذين لديهم ضعف في الانتباه والتركيز لمدة طويلة ولديهم حركة ونشاط زائد وقوة اندفاع، حيث نتمكن من خلال هذا البعد مقارنة هؤلاء الأطفال مع نظرائهم العاديين للتأكد من وجود الاضطراب لديهم.

8 ـ مؤشر كونرز لبعد الاندفاعية وعدم الاستقرار: (I) ويبدو هذا البعد في سلوك الأطفال الذين لديهم شعور بالكسل والتراخي وقصور الانتباه، ويمتازون بالاندفاع وصعوبة انتظار الدور والضجر ويجيبون عن الأسئلة بتسرع ودون تفكير.

9 ـ مؤشر كونرز للبعد الانفعالي (قلق وعصبية) : (J) ويبدو هذا البعد في سلوك الأطفال المتمثل في الاستجابات الانفعالية مثل البكاء والغضب بصورة أكبر من أقرانه العاديين.

10 ـ مجموع بعدي الاندفاعية وعدم الاستقرار: (K) وهم الأطفال الذين يوصفون بالاندفاعية المصحوبة باستجابات انفعالية مثل البكاء والغضب.

11 ـ معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM4)

لنمط قصور الانتباه: (L) وهذه المعايير صادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، حيث يتضمن قصور الانتباه تسعة أعراض يشترط أن ينطبق على الفرد ستة أعراض منها وأن يستمر ذلك مدة لا تقل عن ستة أشهر حتى تشخص الحالة من حالات ضعف الانتباه.

12- معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM4) لنمط النشاط الزائد – والاندفاعية: (M) وهذه المعايير صادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ويتضمن النشاط الزائد

تسعة أعراض يشترط أن ينطبق على الفرد ستة أعراض منها وأن يستمر ذلك مدة لا تقل عن ستة أشهر حتى تشخص الحالة من حالات الاندفاعية والنشاط الزائد.

13 – معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM4)

لنمط النشاط الزائد وقصور الانتباه: (N) وهم الطلبة الذين لديهم البعد المختلط لقصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.(احمد عبدالله ، 2015 ، 257)

كما قدم كونرز نسخة مختصرة من المقياس تضمن (28) فقرة موزعة على الأبعاد الفرعية الأربعة، وهي: المعارضة والتحدي، والمشكلات المعرفية، وقصور الانتباه، والنشاط الزائد،

وقد تمت ترجمة هذا المقياس من طرف عبد الرحمن كريم وهو استاذ في التربية الخاصة

4 . 2 ـ 3 ـ الشروط السيكومترية للاختبار في البيئة الأردنية

1 ـ صدق المحتوي (Content Validity):

تم التحقق من صدق المحتوي للمقياس من خلال ترجمته إلى اللغة العربية بصورته الأولية والمكونة من (59) فقرة، وقد تم استخدام أسلوب الترجمة العكسية (Back Translation Procedure) حيث تم عرضها على مجموعة من المختصين للتأكد من ذلك، ثم تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين وعددهم (10) من أساتذة التربية الخاصة، والقياس والتقويم، وعلم النفس، ذوي الخبرة مع حالات اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد بهدف معرفة مدى ملائمة الصياغة اللغوية ومناسبتها للبيئة الأردنية وارتباط الفقرات مع أبعاد المقياس، وبناء على ملاحظاتهم تم تعديل الصياغة اللغوية لبعض الفقرات دون حذف أي فقرة من الفقرات، وبلغت نسبة اتفاق المحكمين الإجمالية (95 %). حيث تكونت أداة الدراسة بصورها النهائية من ثلاث عشر بعدة والنسخة النهائية من الصورة الأردنية لمقياس كونرز بعد التحكيم الأبعاد المقياس وعدد فقراته.

والجدول الموالي يبين ابعاد مقياس كونرز في صورته الاردنية بعد التحك

البعد	عدد الفقرات	الفقرات
المعارضة (العناد) : (A)	6	47, 37 , 19 , 10,7 , 1
قصور الانتباه والصعوبة في التركيز (B)	8	56, 49, 40 , 30, 21, 17 , 12 , 3
نشاط زائد (C)	7	42, 39, 29, 20, 11, 8, 2
قلق وخجل(D)	6	51 ,32 , 25 , 23, 14, 5
السعي نحو الكمال(E)	6	53, 43, 33, 24, 15 , 6
مشاكل اجتماعية(F)	5	41 , 31 ,22, 13 , 4
مؤشر كونرز لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد: (H)	12	59 , 57, 55, 52, 50, 48, 44 , 38 , 35 , 26 , 17, 8

مؤشر كونرز لبعد الاندفاعية وعدم الاستقرار: (I)	6	35 , 34 , 26 , 17 , 16 , 8
مؤشر كونرز للبعد الانفعالي (قلق وعصبية) : (J)	4	54 , 45 , 25 , 7
مجموع بعدي الاندفاعية وعدم الاستقرار: (K)	10	45, 25,7,35 , 34, 26, 17, 16, 8, 54
ـ معايير الدليل التشخيصي (DSM4) لنمط قصور الانتباه: (L)	9	58, 57, 49, 28, 27,18, 12, 9,3
معايير الدليل (DSM4) لنمط النشاط الزائد – والاندفاعية: (M)	9	55, 48, 44, 42, 39, 36, 29, 20, 11
معايير الدليل التشخيصي (DSM4) لنمط النشاط الزائد وقصور الانتباه: (N)	18	55,44,46, 42, 14, 16, 29,20, 11,58, 52,19, 28, 17, 18, 12, 9,3

جدول رقم (04) يبين ابعاد مقياس كونرز في صورته الاردنية بعد التحكيم

2 – الصدق التلازمي Concument Validity

تم التحقق من الصادق التلازمي من خلال تعليق مقياس كونرز(conners) والقيام تشخيص اضطراب ضعف الانبياء | المصحوب بالنشاط الزائد الذي قامت ببنائه جريسات (2007) على عينة مكونة من (45) طالبا وطالبة تمثل جميع الفئات العمرية والفئات العقلية وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الطلبة على كل بعد من أبعاد مقياس كونرز . (جريسات، 2007، 45)

3 ـ صدق البناء (Construct validity):

تم التحقق من صدق البناء مقياس كونرز لضعف الانتباه والنشاط الزائد في صورته الأردنية من خلال الطرق الاتية :

أ ـ الصدق العاملي: Factorial validir

تم استخدام التحليل العاملي للتحقق من صدق البناء للمقياس ، وقد تم إدخال بيانات (عينة التقنين) (ن=1010) إلى برنامج SPSS، لمعالجة هذه البيانات ومعرفة عدد العومل التي بقيسها المقياس باستخدام طريقة المكونات الأساسية (principal Component والتنوير المتعامد (varimax)،

ب) ـ معاملات الارتباط بين جميع ابعاد المقياس في صورته الاردنية :

تراوحت معاملات الارتباط بين ابعاد المقياس بين (0,341) بين (بعد السعي نحو الكمالية) وبعد (المشكلات المعرفية) و (0,975) بين بعد (معايير الجمعية الأمريكية لقصور الانتباه والنشاط الزائد

والاندفاعية) وبعد (معيار كونرز لقصور الانتباه والنشاط الزائد) وجميع قيم معاملات الارتباط كانت دالة عند مستوى الدلالة (0,01).

وهذه النتيجة تبين ان المقياس يقيس ما وضع لأجله أي انه يقيس خصائص ومظاهر اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد ، وأظهر التحليل العاملي توافقا مع المفهوم النظري لأبعاد الاضطراب , واتفقت هذه الدراسة مع دراسة (جريسات2007) من حيث نسبة التباين الذي تفسره نتائج جميع الفقرات(65 %).

وكذلك أشارت نتائج معاملات الارتباط بين الأبعاد بأنها معاملات ارتباط مقبولة ، ويفسر تدني ارتباط بعد السعي نحو الكمال مع الأبعاد الأخرى أن مضمون فقرات هذا البعد تختلف عن باقي الأبعاد كما أن فقرات هذا البعد لا تنطبق فقط غلى فئة واحدة من الفئات التي طبق عليها المقياس وإنما قد تنطبق على أكثر من فئة من فئات الدراسة ، وتتفق هذه النتائج مع المقياس بصورته الأصلية ، وبما أن مقياس كونرز بصورتيه الأردنية و الأصلية ليس له علامة كلية فإن ذلك لن يؤثر على نتائج المقياس فكل بعد له نتائج ومعايير خاصة به (عبدالله ، 2016 ، 273).

استخدمت الباحثة مقياس كونرز نسخة الوالدين ونسخة المعلم تم اعداده و ترجمته من طرف الاستاذ كريم عبد الرحمن القوني استاذ التربية الخاصة جامعة القاهرة

ـ تعليمات المقياس :

يحتوي المقياس على عدة اسئلة او بنود (80 بند)بالنسبة لنسخة الوالدين و (29 بند) بالنسبة للنسخة المعلمين بها عدد من المشاكل المنتشرة لدى الاطفال ، ويقوم الباحث بطرح هذه الأسئلة على اولياء الاطفال ويطلب منه تحديد درجة السؤال من ملاحظته للتصرفات ابنه ، ووضع علامة على الإجابة المثالية والمناسبة للسلوك الطفل ، مثلا لوكانت الاجابة بـ: أبدا ، نادرا ، قليلا جدا ، ضع علامة على الرقم صفر ، ولوكانت الاجابة بان المشكلة صحيحة جدا أو كثيرة الحدوث ضع علامة على الرقم ثلاثة ، اما اذا كانت الدرجات منوسطة نضع الرقم واحد ، واثنين .

ـ طريقة تصحيح المقياس :

يقوم الباحث بطرح اسئلة البنود على الاولياء من مقياس كونرز نسخة الوالدين وعددها (80 بند) وتكون بلغة بسيطة يفهمها الأولياء ، والأسئلة بها عدد من المشاكل السلوكية المنتشرة لدى الأطفال ، ويطلب من الأولياء تحديد درجة السؤال من ملاحظتهم للتصرفات الطفل ووضع علامة على الإجابة المثالية ، فلو كانت إجابته بأبدا ، نادرا ، قليل نضع علامة على رقم صفر (0) ، ولوكانت اجابته بأن المشكلة صحيحة جدا أو كثيرة الحدوث نضع علامة على الرقم (3) ونضع علامة على الرقم (1) و (2) للدرجات المتوسطة .

ـ والتصحيح يكون بوضع درجات البنود منتظمة حسب الدرجات الخام للأبعاد وهذه الأخيرة لها دلالات نفسية وسلوكية ، وقد قسمت البنود إلى نصفين من (1 ـ 40) ومن (42 ـ 80) .

درجات البنود من (1 ـ 40) نضع درجاتها في المربعات التي تحتوي على النقاط السوداء و حين وضع الدرجات يمكن ان تكون مكررة ، أي ان كل بند قد يتضمن بعد أو أكثر أي أنه يشترك بين العديد من الأبعاد .

ـ وبنفس الطريقة مع البنود (42 ـ 80) ولكن نضع درجاتها في المربعات البيضاء ونضع درجات البنود إذا كان كل بند يرتبط مع عدة أبعاد وعند الإنتهاء من تسجيل كل الدرجات نقوم بحساب كل الدرجات في نفس العمود وجمعها سواء الدرجات في المربعات البيضاء أو الدرجات في المربعات التي تحتوي على النقاط السوداء ورصد الدرجات بدقة بعد تجميع الدرجات الخام لكل الأبعاد .

ـ وبعد تجميع الدرجات الخام نقوم باحتسابها وتحويلها لدرجات معيارية وذلك بالأخذ بعين الإعتبار سن الطفل وجنسه ودرجات كل بعد ، ولأن المعايير تختلف درجاتها بين الذكور والإناث مثلا إذا لدينا طفل ذكر عمره (11 سنة) درجته الخام في بعد من الأبعاد 13 نذهب الى صفحة الدرجات المعيارية نجدها تساوي (06) وهكذا وبعد تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية نقوم بتصنيفها حسب شدة الإضطراب من مرتفع إلى مرتفع جدا إلى متوسط ،وفوق المتوسط ، والضعيف .

4 ـ 3 ـ البرنامج العلاجي :

تم بناء البرنامج العلاجي من طرف الباحثة صمم لخفض صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين مدرسيا لعينة تتكون من 10 اطفال وذلك بعد الاطلاع على التراث النظري و الدراسات السابقة وبعض البرامج المشابهة والخبرة المهنية المكتسبة كممارسة في الميدان مستخدمة في ذلك مجموعة من الأدوات والوسائل لتنفيذ أنشطة البرنامج كما استخدمت الباحثة مجموعة من الفنيات للمساعدة وتشجيع الاستجابات الصحيحة وتعديل السلوك للسلوك المرغوب فيه كالتشكيل والتعزيز والنمذجة والتكرار ، كما استخدمت الباحثة اللعب كوسيلة مساعدة لتنفيذ انشطة البرنامج حيث اقترحت الباحثة انشطة بسيطة وواضحة تتوافق والعمر العقلي للأطفال كون افراد العينة يعانون من إعاقة ذهنية بسيطة .

4 ـ 3 ـ 1 ـ التعريف بالبرنامج :

تعد البرامج العلاجية من أهم الطرق التي يستخدمها الأخصائيين في العلاجات السلوكية والتربوية والتي لها فعالية كبيرة في نجاح عمليات التكفل لهذه الاضطرابات وخاصة السلوكية منها وفي هذا الصدد و بعد الإطلاع على التراث النظري والدراسات السابقة والخبرة المهنية المكتسبة كممارسة ميدانية تم بناء البرنامج التدريبي التعليمي من طرف الباحثة صمم لعلاج صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الإعاقة العقلية

البسيطة المدمجين مدرسيا لعينة تتكون من(10 اطفال)، حيث قسمت الباحثة البرنامج إلى (03) محاور وكل محور يتضمن عدة انشطة مختلفة حسب الاهداف الاجرائية لكل جلسة وهي :

ـ المحور الأول : يتضمن انشطة لخفض النشاط الحركي .

ـ المحور الثاني : يتضمن انشطة لخفض الإندفاعية .

ـ المحور الثالث : يتضمن انشطة لزيادة مدة الإنتباه للمثيرات السمعية والبصرية .

كما قسمت الباحثة المحاور إلى عدة جلسات يبلغ عددها (18 جلسة) مقسمة بين جلسات فردية وجماعية وتختلف مدتها حسب درجة اكتساب الطفل للأنشطة حيث استخدمت الباحثة انشطة بسيطة وسهلة توافق المهارات المعرفية لكل طفل ولكون اطفال العينة يعانون من اعاقة عقلية بسيطة ، وللأستجابة لهذه الانشطة استعملت عدة ادوات ووسائل مناسبة لكل نشاط واستخدمت الباحثة عدة فنيات منها ـ التعزيز والتكرار والتشكيل والنمذجة و لتنفيذ انشطة البرنامج استخدمت الباحثة اللعب كوسيلة مساعدة لتنفيذها .

4 ـ 3 ـ 2 ـ أهمية البرنامج :

تبرز اهمية البرنامج في الدراسة الحالية من خلال الأساليب والفنيات المستخدمة التي يقوم عليها ومدى فعاليتها وتأثيرها في علاج صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الإعاقة الذهنية البسيطة المدمجين مدرسيا من جهة ومن خلال تعديل سلوكياتهم وجوانب اخرى مهمة في حياتهم كالتحصيل الدراسي ، رفع مستوى الثقة بالنفس ، وبناء علاقات اجتماعية في المحيط الأسري والمدرسي من جهة اخرى.

4 ـ 3 ـ 3 ـ أهداف البرنامج :

يسعى هذا البرنامج إلى علاج صعوبات الإنتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية بسيطة المدمجين مدرسيا وذلك من خلال تدريبهم على جملة من الأنشطة التي تهدف إلى :

ـ تدريب وتعليم الطفل من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين مدرسيا من خفض معدل النشاط الزائد والحركات العشوائية التي تجعل الطفل غير مرغوب فيه من قبل اقرانه سواء في المحيط الاجتماعي او المدرسي وتعديل سلوكه .

ـ تدريب وتعليم الطفل كيفية اللعب مع اقرانه في انشطة جماعية ليتعود على احترام القواعد الخاصة بالأنشطة واتباع التعليمات وتنفيذ الأوامر المطلوبة منه و انتظار الدور وتبادل الأدوار أثناء اللعب و خفض في الإندفاعية

ـ تدريب وتعليم الطفل على التمييز البصري وزيادة مدة الإنتباه للمثيرات البصرية .

ـ تدريب وتعليم الطفل على التمييز السمعي وزيادة مدة الإنتباه للمثيرات السمعية .

4 ـ 3 ـ 4 ـ عدد جلسات البرنامج :

تم تقسيم انشطة المحاور إلى عدة جلسات بمعدل (03) جلسات في الأسبوع مقسمة بين جلسات فردية وجلسات جماعية حسب كل محور .

واقترحت الباحثة إلى أن تتراوح مدة كل جلسة فردية من (30 دقيقة إلى 45 دقيقة) وذلك حسب مدى اكتساب الطفل لأنشطة البرنامج حيث لايتم انتقال الطفل من نشاط إلى النشاط الموالي إلا بعد إتقان النشاط الأول .

حيث يقسم كل نشاط إلى دقائق وذلك حسب مدة استيعاب الطفل للنشاط أي إذا كان نوع النشاط يتطلب (10) دقائق ويتمكن الطفل من اتقانه في أقل من ذلك فإن مدة الجلسة تصل إلى (30) دقيقة

طبعا بعد أداء كل نشاط تتخلله راحة للتدعيم الطفل على ماطلب منه تنفيذه وتعزيز الإستجابات الصحيحة .

ـ أما إذا لم يتمكن الطفل من إتقان النشاط في المدة المطلوبة فإن مدة الجلسة تصل إلى (45) دقيقة طبعا بعد اتقان الطفل للأنشطة البرنامج وهي قابلة للتكرار حتى يتمكن الطفل من استيعابها بشكل جيد

ـ اما الجلسات الجماعية اقترحت الباحثة ان تتراوح مدة كل جلسة من (02:30) ساعتين ونصف ـ إلى (03) ساعات بمعدل جلستين في الأسبوع . وتكون أنشطة المحاور للجلسات الجماعية على شكل العاب وتتخللها راحة لتعزيز الاستجابات الصحيحة .

4 ـ 3 ـ 5 ـ ـ إجراءات تحقيق أهداف المحور الأول في خفض النشاط الحركي :

تعتمد عملية تحقيق اهداف المحور الأول لخفض النشاط الحركي من خلال تدريب وتعليم عينة الدراسة على تعديل سلوكياتهم بصورة منتظمة للتمكن من أداء المطلوب بأسلوب جيد.

ـ عدد الجلسات المبرمجة لتنفيذ المحور الأول :

برمجت الباحثة (06) جلسات للتنفيذ انشطة المحور الأول وتحقيق اهدافه ، مقسمة بين جلسات فردية وجماعية

حيث اقترحت الباحثة على أن تكون الجلستين الأولى والثانية فردية للتعارف وبناء وتكوين علاقة بين الباحثة والطفل وتدريب الطفل على الجلوس في مكان واحد ولمدة أطول .

ـ أما الجلسات الثالثة ، الرابعة ، الخامسة ، السادسة تكون على شكل جلسات جماعية والهدف من ذلك تدريب وتعليم الطفل الروح الجماعية والأندماج والتقليد على بعضهم البعض السلوكيات الإيجابية المتعلمة أثناء الجلسات .وتتخلل هذه الجلسات فترات للراحة للتعزيز الإستجابات الصحيحة

ـ الأدوات والوسائل المستخدمة في تنفيذ انشطة المحور الأول :

ـ غرفة واسعة (ورشة) خالية من الأشياء المشتتة للإنتباه .

ـ طاولة خاصة للأطفال مع مقعد صغير .

ـ العاب مختلفة مفضلة عند الطفل (وسائل مواصلات بلاستيكية صغيرة الحجم ، سيارات ، دراجات شاحنات .....) .

ـ مجسمات بلاستيكية صغيرة الحجم ومتوسطة لحيوانات مختلفة (اليفة ومفترسة) .

ـ شريط لاصق عريض ذواللون الغامق (اللون الأسود).

ـ قطع الطباشير

ـ كرات اسفنجية (كبيرة الحجم وصغيرة الحجم).

ـ عصا بلاستيكية مشكلة على شكل دوائر.

ـ الأساس النظري والفنيات المستخدمة في تحقيق اهداف المحور الأول لخفض النشاط الحركي:

ـ نظريات التعلم السلوكية : من خلال أليات التعزيز وتشكيل السلوك السوي المتوافق وتعديله

ـ **نظرية التعلم الأجتماعي :** استخدام اسلوب النمذجة من خلال تقليد الباحثة .

ـ الحث اللفظي

ـ التدعيم البدني

4 ـ 3 ـ 6 ـ إجراءات تحقيق أهداف المحور الثاني في خفض السلوك الإندفاعي :

لتحقيق اهداف المحور الثاني لخفض السلوك الإندفاعي تعتمد العملية في ذلك على تدريب وتعليم عينة الدراسة على تنفيذ الأداء المطلوب في.الوقت الذي يطلب منه من خلال انتظار الدور .

ـ عدد الجلسات المبرمجة لتنفيذ المحور الثاني :

برمجت الباحثة (04) جلسات للتنفيذ انشطة المحور الثاني وتحقيق اهدافه ، تكون على شكل جلسات جماعية . منظمة على شكل أنشطة للعب يتعلم فيها الطفل اللعب الجماعي وانتظار الدور للخفض من السلوك الإندفاعي .

ـ الأدوات والوسائل المستخدمة في تنفيذ جلسات المحور الثاني :

ـ غرفة واسعة (ورشة) خالية من الأشياء المشتتة للإنتباه .

ـ شريط لاصق من النوع العريض واللون غامق

ـ العاب مختلفة مفضلة عند الطفل (وسائل مواصلات بلاستيكية صغيرة الحجم ، سيارات ، دراجات شاحنات .....) .

ـ بالونات بلاستيكية

ـ العا ب بازل

ـ كرات اسفنجية (كبيرة الحجم وصغيرة الحجم).

ـ عصا بلاستيكية مشكلة على شكل دوائر.

ـ سلل وكرات كبيرة .

أكواب ماء بلاستيكية .

ـ الأساس النظري والفنيات المستخدمة في تحقيق اهداف المحور الثاني :

ـ نظريات التعلم السلوكية : من خلال أليات التعزيز وتشكيل السلوك السوي المتوافق وتعديله

ـ نظرية التعلم الاجتماعي :استخدام اسلوب النمذجة من خلال تقليد الباحثة .

ـ الحث اللفظي ، ـ التدعيم البدني .

4 ـ 3 ـ 6 ـ إجراءات تحقيق أهداف المحور الثالث والمتضمن انشطة لزيادة مدة الإنتباه للمثيرات السمعية والبصرية:

أ ـ انشطة لزيادة مدة الإنتباه للمثيرات البصرية

لتحقيق اهداف المحور الثالث والمتضمن انشطة لخفض قصور الإنتباه البصري وزيادة مدة الإنتباه للمثيرات البصرية تعتمد العملية في ذلك على تدريب وتعليم عينة الدراسة على التركيز والإنتباه أثناء تنفيذ الأداء المطلوب منه .

ـ عدد الجلسات المبرمجة لتنفيذ المحور الثالث :

برمجت الباحثة (04) جلسات للتنفيذ انشطة المحور الثالث وتحقيق اهداف خفض القصور في الإنتباه البصري ، وزيادة مدة مدة الإنتباه للمثيرات البصرية حيث تكون على شكل جلسات فردية . منظمة على شكل أنشطة للعب يتعلم فيها الطفل التركيز وزيادة مدة الإنتباه .

ـ الأدوات والوسائل المستخدمة في جلسات المحور الثالث :

ـ غرفة واسعة (ورشة) خالية من الأشياء المشتتة للإنتباه .

ـ جهاز حاسوب

ـ صور حيوانات

ـ صور خضر وفواكه

ـ صور لأفراد العائلة

ـ العا ب بازل خاصة بالصورة الجسمية

ـ بطاقات عليها حروف وارقام ورموز مختلفة .

ـ بطاقات عليها كلمات .

ـ الأساس النظري والفنيات المستخدمة في تحقيق اهداف المحور الثالث :

ـ نظريات التعلم السلوكية : من خلال أليات التعزيز وتشكيل السلوك السوي المتوافق وتعديله

ـ نظرية التعلم الاجتماعي : استخدام اسلوب النمذجة من خلال تقليد الباحثة .

ـ الحث اللفظي ، ـ التدعيم البدني .

ب ـ انشطة لخفض قصور الإنتباه السمعي وزيادة مدة الإنتباه للمثيرات السمعية

لتحقيق اهداف المحور الثالث والمتضمن انشطة لخفض قصور الإنتباه السمعي وزيادة مدة الإنتباه للمثيرات السمعية تعتمد العملية في ذلك على تدريب وتعليم عينة الدراسة على التركيز والإنتباه أثناء تنفيذ الأداء المطلوب منه .

ـ عدد الجلسات المبرمجة لتنفيذ المحور الثالث :

برمجت الباحثة (04) جلسات للتنفيذ انشطة المحور الثالث وتحقيق اهداف خفض القصور في الإنتباه السمعي ، وزيادة مدة مدة الإنتباه للمثيرات السمعية حيث تكون على شكل جلسات فردية . منظمة على شكل أنشطة للعب يتعلم فيها الطفل التركيز وزيادة مدة الإنتباه والمرونة في انتقاله .

ـ الأدوات والوسائل المستخدمة لتنفيذ انشطة جلسات المحور الثالث :

ـ غرفة واسعة (ورشة) خالية من الأشياء المشتتة للإنتباه .

ـ جهاز حاسوب

ـ أقراص مضغوطة تحتوي على أصوات البيئة (أصوات حيوانات ، أصوات مواصلات ، أصوات جهزة كهرومنزلية ....)

ـ صور حيوانات (اليفة ، مفترسة)

ـ الة البيانو

ـ طبل صغير

ـ الأساس النظري والفنيات المستخدمة في تحقيق اهداف المحور الثالث :

ـ نظريات التعلم السلوكية : من خلال أليات التعزيز وتشكيل السلوك السوي المتوافق وتعديله

ـ استخدام اسلوب النمذجة من خلال تقليد الأصوات المسموعة عندما تعرض عليه الباحثة النموذج المراد سماعه

ـ استخدام خبرة الحياة الحقيقية من خلال التقليد لأصوات البيئة المسموعة في الحياة اليومية

4 ـ 3 ـ 7 ـ الأدوات المستعملة في تنفيذ انشطة البرنامج :

ـ غرفة واسعة (ورشة) خالية من الأشياء المشتتة للإنتباه .

ـ طاولة خاصة للأطفال مع مقعد صغير .

ـ العاب مختلفة مفضلة عند الطفل (وسائل مواصلات بلاستيكية صغيرة الحجم ، سيارات ، دراجات شاحنات .....) .

ـ مجسمات بلاستيكية صغيرة الحجم ومتوسطة لحيوانات مختلفة (اليفة ومفترسة) .

ـ شريط لاصق عريض ذواللون الغامق (اللون الأسود).

ـ قطع الطباشير

ـ كرات اسفنجية (كبيرة الحجم وصغيرة الحجم).

ـ عصا بلاستيكية مشكلة على شكل دوائر.

ـ غرفة واسعة (ورشة) خالية من الأشياء المشتتة للإنتباه .

ـ شريط لاصق من النوع العريض واللون غامق

ـ العاب مختلفة مفضلة عند الطفل مثل :

(وسائل مواصلات بلاستيكية صغيرة الحجم ، سيارات ، دراجات شاحنات .....) .

ـ بالونات بلاستيكية

ـ العا ب بازل

ـ كرات اسفنجية (كبيرة الحجم وصغيرة الحجم).

ـ عصا بلاستيكية مشكلة على شكل دوائر.

ـ سلل وكرات كبيرة .

ـ أكواب ماء بلاستيكية .

ـ جهاز حاسوب

ـ صور حيوانات

ـ صور خضر وفواكه

ـ صور لأفراد العائلة

ـ العا ب بازل خاصة بالصورة الجسمية

ـ بطاقات عليها حروف وارقام ورموز مختلفة .

ـ بطاقات عليها كلمات .

ـ أقراص مضغوطة تحتوي على أصوات البيئة (أصوات حيوانات ، أصوات مواصلات ، أصوات أجهزة كهرو منزلية ....)

ـ صور حيوانات (اليفة ، مفترسة)

ـ الة البيانو

ـ طبل صغير

ـ 4 ـ 3 ـ8 ـ الأنشطة التدريبية المقترحة في جلسات البرنامج (انظرفي الملاحق)

ـ 4 ـ 3 ـ9 ـ عدد الجلسات والاهداف الاجرائية والفنيات المستخدمة في كل جلسة : نوجيزها في الجدول ادناه :

والجدول الموالي يبين عدد الجلسات والاهداف الاجرائية والفنيات المستخدمة لكل جلسة :

الجلسات	المحاور	الاهداف الاجرائية من النشاط	الفنيات المستخدمة
الجلسة رقم 01	محور خفض النشاط الحركي	تكوين وبناء علاقة مع الطفل	التعزيز (الغذائي والمادي)
الجلسة رقم 02		تدريب الطفل الجلوس على المقعد والاستمرار في الجلوس لمدة اطول	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي)
الجلسة رقم 03		تدريب الطفل على التركيز والتوازن الحركي	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 04		استمرار تدريب الطفل على التركيز والتوازن الحركي	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 05		تدريب الطفل على التركيز والتدريب على فهم الجانبية التوجه الفضائي	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 06		تدريب الطفل على التوازن الحركي والتصويب من مسافة بعيدة	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني

الجلسة رقم 07	محور خفض الإندفاعية	خفض السلوك الإندفاعي ولعب الأدوار	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 08		خفض السلوك الإندفاعي ولعب الأدواروالتدريب على انتظار الدور	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 09		التدريب على استمرار انتظار الدور لمدة اطول	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 10		نبقى دائما في التدريب على استمرار انتظار الدور لمدة اطول	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 11	محور يتضمن انشطة لزيادة مدة الانتباه للمثيرات البصرية	تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الانتباه البصري للمثيرات البصرية	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 12		تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الانتباه البصري للمثيرات البصرية والزيادة في مدة الانتباه	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 13		تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الانتباه البصري للمثيرات البصرية والزيادة في مدة الانتباه والمرونة في نقل الانتباه	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 14		تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الانتباه البصري للمثيرات البصرية	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل

		والزيادة في مدة الانتباه والمرونة في نقل الانتباه	النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 15	محور يتضمن انشطة لزيادة مدة الانتباه للمثيرات السمعية	تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الانتباه السمعي للمثيرات السمعية	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 16		تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الانتباه السمعي للمثيرات السمعية والزيادة في مدة الانتباه	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 17		تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الانتباه السمعي للمثيرات السمعية والزيادة في مدة الانتباه والمرونة في نقل الانتباه	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني
الجلسة رقم 18		تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الانتباه السمعي للمثيرات السمعية والزيادة في مدة الانتباه والمرونة في نقل الانتباه	التعزيز (الغذائي والمادي والمعنوي) ، التكرار، التشكيل النمذجة الحث اللفظي التدعيم البدني

جدول رقم (05) يبين عدد الجلسات والاهداف الاجرائية والفنيات المستخدمة لكل جلسة

4 ـ 3 ـ 10 ـ عرض البرنامج على المحكمين:

تم عرض البرنامج على عدة محكمين من أساتذة وباحثين و أخصائيين ممارسين في الميدان وأطباء مختصين في مجال التربية الخاصة ومختصين في مجال التغذية و ممن سبق لهم إستخدام وتطبيق برامج علاجية وتطوير انشطة خاصة في علاج صعوبات الانتباه و خفض النشاط الحركي لذوي الاعاقة الذهنية وابداء ارائهم وملاحظاتهم في مدى ملائمة انشطة البرنامج على افراد العينة كما تم الإعتماد على اخصائية التغذية والإبداء برأيها فيما يخص المعززات الغذائية المقدمة للطفل والإبتعاد عن المعززات الغذائية التي تزيد من فرط النشاط الحركي **(انظر في الملاحق)** :

وطلبت منهم الباحثة إبداء ملاحظاتهم حول :

محتوى البرنامج و مدى مناسبة الانشطة التدريبية لمختلف محاور البرنامج لأفراد العينة ، و المدة الزمنية المناسبة لكل نشاط ، بالإضافة إلى إبداء ملاحظاتهم حول عدد الجلسات المبرمجة .

ومن بين النتائج المستخلصة من ردود المحكمين :

- إتفق 100 % من المحكمين على مدى ملائمة انشطة البرنامج لأفراد العينة .
- إتفق 95 % منهم على ملائمة المدة الزمنية المحددة لكل نشاط فيما يخص الجلسات الفردية مع التقليص في المدة الزمنية في الجلسات الجماعية .
- إتفق 95 % منهم على عدد الجلسات المقترحة في تنفيذ انشطة البرنامج بما أن افراد العينة يستمرون في الاستفادة من حصص فردية في مصلحة الطب النفسي للأطفال

ومن بين الملاحظات المقدمة :

1 ـ التركيز على بناء علاقة متينة بين الباحثة والطفل لتعزيز الثقة المتبادلة .

2 ـ التركيز على التدريب على خفض النشاط الحركي .

3 ـ التركيز على التدريب خفض السلوك الاندفاعي .

4 ـ تنويع أماكن التطبيق إن أمكن كتغيير الورشات بحيث تكون فارغة لعدم تشتت انتباه الطفل .

5 ـ التركيز على الانشطة المثيرة للأنتباه (السمعي والبصري)

6 ـ كما تم الأخذ بعين الاعتبار بملاحظة اخصائية التغذية وتحديدها للمعززات الغذائية المناسبة .

وقد كانت هذه الملاحظات مفيدة جدا في البرنامج وتم أخذها بعين الاعتبار في تطبيق انشطة محاور البرنامج

5 ـ إجراءات تطبيق الدراسة :

قامت الباحثة بإتباع الخطوات التالية لتطبيق البرنامح نوضحها فيما يلي :

5 ـ 1 ـ مرحلة التشخيص : تم فيها تشخيص الأطفال الذين يظهرون تخلف ذهني وتم تشخيصهم بتطبيق اختبار كولومبيا للذكاء كما انهم يعانون من صعوبات الانتباه المصاحبة لفرط النشاط الحركي

وذلك بعد تطبيق مقياس كونرز لفرط النشاط الحركي وصعوبة الانتباه بنسختيه (نسخة الوالدين ، ونسخة المعلمين) وتحصلو على نسب عالية من المقياس وبالتالي تحديد عينة الدراسة .

5 ـ 2 ـ مرحلة تطبيف البرنامج العلاجي : قامت الباحثة بتطبيق البرنامج العلاجي التدريبي التعليمي على أفراد المجموعة التجريبية ، حيث استمر تطبيق البرنامج شهر ونصف بواقع (03)جلسات في الأسبوع مقسمة بين جلسات فردية وجماعية تتخللها فترات راحة تمنح للأطفال من خلالها المعززات للإستجابات الصحيحة .

5 ـ 3 ـ مرحلة الإختبار البعدي : بعد الإنتظام في تطبيق البرنامج العلاجي قامت الباحثة بإعادة تطبيق المقياس بنسختيه (نسخة الأولياء ونسخة الأساتذة) على افراد المجموعة التجريبية .

5 ـ 4 ـ مرحلة الاختبار التتبعي : إعادة تطبيق الإختبار بعد اسبوعين او ثلاث اسابيع من تطبيق االإختبار البعدي للتأكد من فاعلية البرنامج العلاجي

6 ـ الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

تنوعت الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة حيث تمت الإستعانة بالحزمة الاحصائية spss (v20)لإجراء مختلف المعالجات الاحصائية ومن بينها :

الأإساليب الخاصة بمعالجة النتائج :

الإحصاء الوصفي وشمل حساب المتوسطات والإنحرافات ودرجة الحرية

إختبار" ت " بعد التحقق من شروطه وذلك باستخدام اختبار (شابيرو ويلكس) للتوزيع الطبيعي للبيانات

إختبار "ت" لعينتين مرتبطتين

- حساب حجم الاثر(Es) -

$$Es = \text{t}.\sqrt{2(1-r)/n}$$

حيث r معامل الإرتباط القياسين و (t) قيمة "ت" و (n) حجم العينة

ـ حساب مربع ايتا (η^2) –

$$\eta^2 = \frac{t^2}{df + t^2}$$

حيث t قيمة ت بينما df هي درجة الحرية (عزت عبد الحميد ، 2011، 321) .

ـ حساب مستوى التأثير ومجالات حجم التأثير ومربع ايتا حسب معايير كوهين

الحكم مستوى التاثير	مجالات حجم التأثير ES	مجالات مربع إيتا (η^2)
صغير	0.4 – 0.2	0.03–0.01
متوسط	0.7 – 0.5	0.12 – 0.05
كبير	1.0 – 0.8	0.22 – 0.13
كبير جدا	1.4– 1.1	0.38 – 0.23
ضخم	1.5 فاكثر	0.39 فاكثر

ـ جدول رقم (06) المعايير "لكوهين" (cohen's standard)(عزت عبدالحميد،284،2011)

ـ حساب نسبة الكسب المعدلة "لبلاك" (blake) :

لحساب نسبة الكسب المعدلة "لبلاك" نستخدم نتائج متوسطات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي على الترتيب وكذا الدرجة النظرية القصوى للمقياس وفق الجدول التالي :

البيان	القيمة
الدرجة الممكنة للاختبار او المقياس (النهاية العظمى)	
متوسط القياس القبلي	
متوسط القياس البعدي	
درجة الكسب = (متوسط القياس القبلي – متوسط القياس البعدي)	
درجة الكسب الممكنة =(النهاية العظمى للاختبار – متوسط القياس القبلي)	
النسبة 1= نسبة الكسب =(درجة الكسب ÷ درجة الكسب الممكنة)	
النسبة 2 = (درجة الكسب ÷ النهاية العظمى للمقياس)	
نسبة الكسب المعدلة لـ Blake = النسبة1 + النسبة 2	

جدول رقم (07) لحساب نسبة الكسب المعدلة "لبلاك" (blake) (عزت عبدالحميد،285،2011)

خلاصة :

تناول هذا الفصل عرضا مفصلا لإجراءات الدراسة انطلاقا من التصميم المنهجي على مستوى اختيار المنهج والعينة والادوات الملائمة وتوصيف للبرنامج التدريبي التعليمي الذي صمم في هذه الدراسة ثم اجراءات الدراسة وكيف تمت ، وتمثل هذه الخطوات اهمية قصوى باعتبارها خطوة مهمة تشرح كيف تمت الدراسة ، لننتقل الى مرحلة أخرى جد مهمة تتمثل في عرض ومناقشة وتفسير ماتم التوصل اليه من نتائج وهذا ماسنتعرض اليه في الفصل الموالي .

الفصل السابع : عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

تمهيد :

بعد الإنتهاء من الخطوات المنهجية والنظرية والاجرائية ، وبعد تصميم وتطبيق البرنامج التدريبي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمدمجين مدرسيا ، وبعد تطبيق مختلف الأدوات التي تعكس المتغيرات التابعة في هذا الموضوع، نقوم في هذا الفصل بعرض وتفسير اهم النتائج المتوصل اليها احصائيا وتناقش هذه النتائج في ضوء مرجعيات عدة منهجية ونظرية وتطبيقية ميدانية.

وسنبدأ هذا الفصل بعرض النتائج ثم نقوم بالمناقشة والتفسير.

اولا : عرض نتائج الدراسة :

_ الفرضية الاولى : والخاصة بفرط النشاط الحركي والتي تنص على أنه

ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض النشاط الجركي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس

والتي من خلالها نستنبط الفرضية الإحصائية التالية :

ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي لخفض فرط النشاط الحركي (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

وللتحقق من ذلك قمنا بالتعرف إلى الفروق في القياس البعدي بين أفراد المجموعة التجريبية بإستخدام الإختبار (ت) TEST (T) وذلك بعد التأكد من توفر بعض من شروطه من بينها الإعتدالية .

ولحساب اعتدالية التوزيع الطبيعي للبيانات قمنا ياستخدام اختبار (شابيرو ويلكس) CHAPPIRO WILKS)

وقد تم اختيار هذا الاختبار نظرا لصغر حجم العينة

والجدول الموالي يوضح نتائج إختبار– CHAPPIRO WILKS –

البعد	النسخ	CHAPPIRO WILKS
		SIG
فرط النشاط الحركي	نسخة الوالدين	,765
	نسخة الأساتذة	,759

جدول رقم (08) يبين نتائج أختبار طبيعة التوزيع البيانات

من خلال ماتوضحه نتائج إختبار – **CHAPPIRO WILKS** – في الجدول اعلاه نجد أن القيم أكبر من 0,05 وهي قيمة الدلالة الإحصائية (SIG) ما يعني أنها غير دالة مايشير إلى اعتدالية البيانات وامكانية استخدام إختبار (ت)

ومما سبق وباستخدام إختبار(ت) للعينتين المرتبطتين بين القياسين القبلي البعدي لدى المجموعة التجريبية في بعد خفض النشاط الحركي (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة) والنتائج المتحصل عليها مبينة في الجدول الموالي:

البعد			العينة (N)	المتوسط (X)	إ . المعياري	اختبار(ت Test(T)	الدلالة Sig	قيمة ر (r)	درجة الحرية (df)
فرط النشاط الحركي	تقدير الوالدين	القياس القبلي	10	70,80	8,91	9,90	0,01	0,47	09
		القياس البعدي	10	45,44	2,22				
	تقدير الأساتذة	القياس القبلي	10	61,10	7,41	4,19	0,01	0,51	09
		القياس البعدي	10	52,10	5,60				

جدول رقم (09) : يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين القبلي والبعدي لافراد المجموعة التجريبية في بعد فرط النشاط الحركي (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)

من خلال نتائج اختبار (ت) بين القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة) يتضح لنا أن قيمة (ت) المساوية لـ (9,90) و (4,19) على التوالي وهي قيم دالة عند مستوى الدلالة (0,01)

مما يدل على أن هناك فروق ذات دلالة احصائية في القياس البعدي بين افراد المجموعة التجريبية في بعد فرط النشاط الحركي ومن خلال قيمة المتوسطات الحسابية ، نجد أن هذه الفروق لصالح القياس القبلي .

ـ حساب حجم التأثير وفعالية البرنامج :

للتأكد من فاعلية البرنامج قمنا بحساب حجم الأثر والذي يعتبر الوجه المكمل للأختبارات الاحصائية حيث لا يتوقف الباحث عند مجرد حساب الدلالة الاحصائية للفرق بين المتوسطين أو القياسين وإنما مايهمنا هو حساب حجم الأثر وفعالية البرنامج ، واعتمدنا في حساب فعالية البرنامج في هذه الدراسة على ثلاث عناصر هي (عزت عبد الحميد ، 2011، 321) .

أ ـ حجم التأثير ES

ب ـ مربع إيتا (η^2)

ج ـ نسبة الكسب المعدلة لبلاك **blake**

1- **حجم التاثير ES : effects size**

ويستخدم لحساب حجم التأثير بين القياسين القبلي والبعدي ومعادلته :

$$Es = \text{t}.\sqrt{2(1-r)/n}$$

و من خلال البيانات الموجودة في الجدول اعلاه وبالتعويض في المعادلة السابقة نجد أن :

حجم التأثيرES للقياسين :

- نسخة الوالدين (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي (3,64) ES=3,64
- نسخة الأساتذة (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي (1,31) ES= 1,31

2 **مربع إيتا (η^2)** :

ويحسب بالطريقة التالية : $\eta^2 = \frac{t^2}{df+t^2}$

حيث : t قيمة (ت) بينما (df)هي درجة الحرية

ومن خلال التعويض بالقيم المحصل عليها نجد أن مربع إيتا (η^2) يساوي :

- نسخة الوالدين (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي (0,83) $\eta^2 = 0,83$
- نسخة الأساتذة (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي (0,67) $\eta^2 = 0,67$ ويمكن

تحويل هذه القيم إلى نسبة مئوية فنجد أن قيم مربع إيتا لنسخة الوالدين للقياسين القبلي والبعدي تساوي 83 % اما نسخة الاساتذة فنجدها تساوي 67 %

وكما يمكن الحكم على حجم التأثير ومربع إيتا من خلال جدول المعايير "لكوهين" (cohen's standard) والذي نلخصه في الجدول التالي (عزت عبد الحميد ،2011، 284)

الحكم مستوى التاثير	مجالات حجم التأثير ES	مجالات مربع إيتا (η^2)
صغير	0.4 – 0.2	0.03–0.01
متوسط	0.7 – 0.5	0.12 – 0.05
كبير	1.0 – 0.8	0.22 – 0.13
كبير جدا	1.4– 1.1	0.38 – 0.23
ضخم	1.5 فاكثر	0.39 فاكثر

جدول رقم (10) يلخص حجم التأثير ومربع إيتا من خلال جدول المعايير "لكوهين" (cohen's standard)

3ـ حساب نسبة الكسب المعدلة "لبلاك" (blake) :

لحساب نسبة الكسب المعدلة "لبلاك" نستخدم نتائج متوسطات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي على الترتيب وكذا الدرجة النظرية القصوى للمقياس وفق خطوات الجدول التالي :

البيان	القيمة	
	نسخة الوالدين	نسخة الاساتذة
الدرجة الممكنة للاختبار او المقياس (النهاية العظمى)	90	90
متوسط القياس القبلي	70,80	61,10
متوسط القياس البعدي	45,44	52,10
درجة الكسب = (متوسط القياس القبلي – متوسط القياس البعدي)	25,36	09,00
درجة الكسب الممكنة =(النهاية العظمى للاختبار – متوسط القياس القبلي)	19,20	28,9
النسبة 1= نسبة الكسب =(درجة الكسب ÷ درجة الكسب الممكنة)	1,32	0,31
النسبة 2 = (درجة الكسب ÷ النهاية العظمى للمقياس)	0,28	0,1
نسبة الكسب المعدلة لـ Blake = النسبة1 + النسبة 2	1,60	0,41

جدول رقم (11) يبين خطوات حساب نسبة الكسب لبلاك في بعد فرط النشاط الحركي

نلاحظ من خلال القيم المبينة في الجدول أعلاه أن :

ـ **نسبة الكسب المعدلة لـ Blake** نسخة الوالدين (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي = **1,60**

ـ **نسبة الكسب المعدلة لـ Blake** نسخة الأساتذة (القياس القبلي ، القياس البعدي) = **0,41**

ويمكن تلخيص بيانات حجم التأثير وفعالية البرنامج في الجدول التالي :

البعد		حجم التأثير ES	مربع إيتا (n^2)	نسبة الكسب المعدلة لبلاك
فرط النشاط الحركي	تقدير الوالدين	3,64	0,83	1,60
	تقدير الأساتذة	1,31	0,67	0,41

جدول رقم (12): يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير البرنامج على بعد فرط النشاط الحركي

يمكن قراءة نتائج الجدول كمايلي :

❖ **حجم التأثير ES**

ـ يتضح من خلال نتائج الجدول الملخص لنتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير البرنامج على بعد فرط النشاط الحركي أن قيمة حجم التأثير ـ نسخة الوالدين والمساوية لـ ES=3,64 وبناءا على معيار كوهين فإننا نجد حجم التأثير أكثر من 1,5 وهي قيمة ضخمة بمعنى مرتفعة جدا، وكما نجد قيمة حجم التأثير لنسخة الأساتذة تساوي لـ ES = 1,31 ، ومقارنة مع مجالات حجم التأثير الخاصة بمعيار كوهن نجدها محصورة بين (1,1 ـ 1,4) وهي قيمة كبيرة جدا ، مايعني أن حجم التأثير مرتفع ويدل على فعالية البرنامج في خفض النشاط الحركي .

❖ **مربع إيتا (η^2)** :

نلاحظ من خلال قيم مربع ايتا (η^2) ـ نسخة الوالدين تساوي η^2= 0,83 .

ـ نسخة الأساتذة تساوي η^2 = 0,67 ،

وهي قيم أكثر من تلك الخاصة لمعيار كوهين (0,39) وهذا يعني أن التباين الكلي للدرجات أفراد العينة ترجع إلى تأثير البرنامج الذي أعد لخفض النشاط الحركي ، لدى أفراد العينة والتي بلغت (83 %) لنسخة الوالدين ، و (67 %) لنسخة الأساتذة .

ويمكن تفسير هذه النسبة من التباين الكلي لدرجات أفراد العينة في خفض النشاط الحركي بواسطة البرنامج ، الذي قد أحدث تحسنا معتبرا لدى افراد العينة ، كما يدل على ارتفاع مسوى الدلالة العملية .

❖ **معامل بلاك :**

ـ أمابالنسبة لنسبة الكسب المعدلة لبلاك والمقدرة بـ (1,6) لنسخة الوالدين وهذه القيمة تشير إلى فاعلية البرنامج وذلك لكونها أكثر من القيمة التي حددها بلا ك لفاعلية أي برنامج وهي (1,2).

ـ أما نسخة الأساتذة فنجد نسبة الكسب المعدلة لبلاك والتي تقدر بـ (0,41) وهي قيمة أقل من التي حددها بلاك لفاعلية أي برنامج ، وهذا مايشير إلى تاثير البرنامج في خفض النشاط الحركي بقيم منخفضة.

ـ تدل القيم السابقة إلى وجود تأثير فعال ومعتبر للبرنامج التدريبي التعليمي لخفض النشاط الحركي لأفراد المجموعة التجريبية وخاصة نسخة الوالدين .

ـ **الفرضية الثانية** : والتي تنص على أنه

ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض الإندفاعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس .

ومنه فإن الفرضية الإحصائية المستنبطة منها تنص على مايلي :

ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي لخفض الاندفاعية (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

لمعرفة الفروق بين متوسطات افراد المجموعة التجريبية بين التطبيقين يجب التأكد على نوعية الإختبار الواجب استخدامه وذلك بعد التأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات .

وللتحقق من ذلك قمنا بالتعرف إلى الفروق في القياس البعدي بين أفراد المجموعة التجريبية بإستخدام الإختبار (ت) TEST (T) وذلك بعد التأكد من توفر بعض من شروطه من بينها الإعتدالية .

ولحساب اعتدالية التوزيع الطبيعي للبيانات قمنا ياستخدام اختبار (شابيرو ويلكس) ، (CHAPPIRO WILKS) ، و نظرا لصغر حجم العينة تم اختياره ، والجدول الموالي يبين نتائج اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات .

الجدول الموالي يوضح نتائج إختبار – CHAPPIRO WILKS –

البعد	النسخ	CHAPPIRO SIG
الإندفاعية	نسخة الوالدين	,675
	نسخة الأساتذة	,788

جدول رقم (13): يبين نتائج اختبار طبيعة التوزيع البيانات

نلاحظ من خلال نتائج اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات ، وجدنا أن القيم أكبر من 0,05 وهي قيمة الدلالة الإحصائية (SIG) ما يعني أنها غير دالة مايشير إلى اعتدالية البيانات وامكانية استخدام إختبار (ت) .

ـ وباستخدام إختبار(ت) للعينتين المرتبطتين بين القياسين القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية في بعد الإندفاعية (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة) تحصلنا على النتائج المبينة في الجدول التالي .

البعد			العينة (N)	المتوسط (X)	إ . المعياري	اختبار(ت Test(T)	الدلالة Sig	قيمة ر (r)	درجة الحرية (df)
الإندفاعية	**تقدير الوالدين**	القياس القبلي	10	81,10	9,96	7,22	0,01	0,59	09
		القياس البعدي	10	48,60	3,33				
	تقدير الأساتذة	القياس القبلي	10	66,80	9,00	1,01	0,01	0,14	09
		القياس البعدي	10	63,00	6,48				

جدول رقم (14): يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين القبلي والبعدي لافراد المجموعة التجريبية في بعد الإندفاعية (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)

تشير دلالة قيمة "ت" و المساوية لـ (7,22) و (1,01) والتي توضحها نتائج الجدول اعلاه أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (0.01) بين القياسين القبلي و البعدي لدى افراد المجموعة التجريبية (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة) .

مما يدل على أن هناك فروق ذات دلالة احصائية في القياس البعدي بين افراد المجموعة التجريبية في بعد الإندفاعية ومن خلال قيمة المتوسطات الحسابية ، نجد أن هذه الفروق لصالح القياس االقبلي .

ـ حساب حجم التأثير وفعالية البرنامج (الدلالة العملية):

ولحساب حجم التأثير نقوم بحساب المعالجات الاحصائية التالية :

أ ـ حجم التأثير ES

ب ـ مربع إيتا (η^2)

ج ـ نسبة الكسب المعدلة لبلاك **blake**

1- حجم التاثير ES : effects size

و من خلال البيانات الموضحة في الجدول أعلاه وبالتعويض في المعادلة السابقة نجد أن :

حجم التأثيرES للقياسين القبلي والبعدي تساوي :

ـ نسخة الوالدين (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي (0,67) ES= 0,67

ـ نسخة الاساتذة (القياس اقبلي ، القياس البعدي) تساوي (0,13) ES= 0,13

2 ـ حساب مربع إيتا (η^2) :

ويحسب بالطريقة التالية : $\eta^2 = \frac{t^2}{df+t^2}$

ومن خلال التعويض بالقيم المحصل عليها نجد أن مربع إيتا يساوي :

ـ نسخة الوالدين (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي (0,85) η^2 = 0,85

ـ نسخة الاساتذة (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي (0,10) η^2= 0,10

ويمكن تحويل هذه القيم إلى نسب مئوية ، نسخة الوالدين المساوية لـ (85 %) أما نسخة الأساتذة تساوي (10%) .

3 ـ حساب نسبة الكسب المعدلة "لبلاك" (blake) :

لحساب نسبة الكسب المعدلة "لبلاك" نستخدم نتائج متوسطات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي

على الترتيب وكذا الدرجة النظرية القصوى للمقياس وفق الجدول الموالي :

البيان	القيمة	
	نسخة الوالدين	نسخة الاساتذة
الدرجة الممكنة للاختبار او المقياس (النهاية العظمى)	90	90
متوسط القياس القبلي	81,10	66,80
متوسط القياس البعدي	48,60	63,00
درجة الكسب = (متوسط القياس القبلي – متوسط القياس البعدي)	32,5	3,8
درجة الكسب الممكنة =(النهاية العظمى للاختبار – متوسط القياس القبلي)	8,9	23,2
النسبة 1= نسبة الكسب =(درجة الكسب ÷ درجة الكسب الممكنة)	3,65	0,16
النسبة 2 = (درجة الكسب ÷ النهاية العظمى للمقياس)	0,36	0,04
نسبة الكسب المعدلة لـ Blake = النسبة1 + النسبة 2	4,01	0,2

جدول رقم (15) يبين خطوات حساب نسبة الكسب لبلاك

نلاحظ من خلال نتائج الجدول لحساب نسبة الكسب أن:

- **نسبة الكسب المعدلة لـ Blake** نسخة الوالدين (القياس القبلي ، القياس البعدي)تساوي = **4,01**
- **نسبة الكسب المعدلة لـ Blake** نسخة الاساتذة (الفياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي = **0,2**

ويمكن تلخيص بيانات حجم التأثير وفعالية البرنامج في الجدول التالي :

المتغير		حجم التأثير ES	مربع إيتا (n^2)	نسبة الكسب المعدلة لبلاك
الإندفاعية	تقدير الوالدين	0,67	0,10	1,6
	تقدير الأساتذة	0,13	0,85	0,2

جدول رقم (16): يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير البرنامج على بعد الإندفاعية

من خلال قراءة بيانات الجدول نجد :

❖ **حجم التأثير ES :**

ـ يتوضح لنا من خلال نتائج الجدول الملخص لنتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير البرنامج على بعد الإندفاعية أن قيمة حجم التأثير ـ نسخة الوالدين والمساوية لـ ES=0,67

وبناءا على قيم معيار كوهين فإننا نجد حجم التأثير ينحصر في المجال (0,8 – 1,0) مايعني أن حجم التأقير كبير وكما نجد قيمة حجم التأثير نسخة الأساتذة تساوي ES= 0,13 تنحصر في نفس المجال ولكن بنسبة أقل مقارنة لنسخة الوالدين مايعني أن حجم التأثير كبير هو ايضا .

ومقارنة مع مجالات حجم التأثير الخاصة بمعيار كوهن نجد قيم حجم التأثير كبير، مايدل على فعالية البرنامج في خفض الإندفاعية .

❖ **مربع إيتا (η^2) :**

نلاحظ من خلال قيم مربع ايتا (η^2) ـ نسخة الوالدين تساوي $\eta^2 = 0,85$ ، وهي قيمة أكثر من تلك الخاصة لمعيار كوهين (0,39) ، وكما نجد قيمة ايتا نسخة الأساتذة تساوي $\eta^2 = 0,10$ وهي قيمة متوسطة مع تلك الخاصة لمعيار كوهن ، وهذا يعني أن التباين الكلي للدرجات أفراد العينة والتي ترجع إلى تأثير البرنامج الذي أعد لخفض الإندفاعية والتي بلغت (85 %) لنسخة الوالدين ، و (10 %) لنسخة الأساتذة .

ويمكن تفسير هذه النسبة من التباين الكلي لدرجات أفراد العينة في خفض الإندفاعية بواسطة البرنامج الذي قد أحدث تحسنا معتبرا لدى افراد العينة ، كما يدل على ارتفاع مستوى الدلالة العملية هذا البرنامج .

❖ **معامل بلاك :**

ـ أما نسبة الكسب المعدلة لبلاك والمقدرة بـ (4,01) لنسخة الوالدين وهذه القيمة تشير إلى الفاعلية وذلك لكونها أكثر من القيمة التي حددها بلا ك لفاعلية أي برنامج وهي (1,2) ، وهذا مايشير إلى قيمة الكسب االمرتفعة في تاثير البرنامج في خفض الإندفاعية

ـ أما نسخة الأساتذة فنجد نسبة الكسب المعدلة لبلاك والتي تقدر بـ (0,2) وهي قيمة أصغر من القيمة التي حددها بلاك لفاعلية أي برنامج ،

ـ تدل القيم السابقة إلى وجود تأثير فعال وكبير للبرنامج التدريبي التعليمي في خفض الإندفاعية لأفراد المجموعة التجريبية .

ـ **الفرضية الثالثة** : والتي تنص على أنه

ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض قصور الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس .

الفرضية الإحصائية المنبثقة منها :

ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي لخفض قصور الإنتباه (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

للتحقق من الفروق بين متوسطات افراد المجموعة التجريبية بين التطبيقين يجب التأكد على نوعية الإختبار الواجب استخدامه وذلك بعد التأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات .

وللتأكد من ذلك قمنا بالتعرف إلى الفروق في القياس البعدي بين أفراد المجموعة التجريبية بإستخدام الإختبار (ت) TEST (T) وذلك بعد التأكد من توفر بعض من شروطه من بينها الإعتدالية .

ولحساب اعتدالية التوزيع الطبيعي للبيانات قمنا ياستخدام اختبار (شابيرو ويلكس) (CHAPPIRO WILKS) ، وقد تم اختيار هذا الاختبار نظرا لصغر حجم العينة .

والجدول الموالي يوضح نتائج إختبار –CHAPPIRO –

البعد	النسخ	CHAPPIRO
		SIG
قصور الإنتباه	نسخة الوالدين	,776
	نسخة الأساتذة	,865

جدول رقم (17): يبين نتائج اختبار طبيعة التوزيع البيانات

من خلال نتائج الاختبار (شابيرو) يتبين أن القيم أكبر من 0,05 وهي قيمة الدلالة الإحصائية (SIG) ما يعني أنها غير دالة مايشير إلى اعتدالية البيانات وامكانية استخدام إختبار (ت) .

ـ ومماسبق وباستخدام إختبار(ت) للعينتين المرتبطتين بين القياسين القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية في بعد خفص قصور الانتباه (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة) الى النتائج المبينة في الجدول التالي :

النتائج المحصل عليها موضحة في الجدول الموالي :

البعد			العينة (N)	المتوسط (X)	إ . المعياري	اختبار(ت Test(T	الدلالة Sig	قيمة ر (r)	درجة الحرية (df)
قصور الانتباه	تقدير الوالدين	القياس القبلي	10	76,20	9,00	8,13	0,01	0,46	09
		القياس البعدي	10	47,80	2,82				
	تقدير الأساتذة	القياس القبلي	10	54,40	6,93	2,61	0,01	0,11	09
		القياس البعدي	10	48,30	3,49				

جدول رقم (18) : يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين القبلي والبعدي لافراد المجموعة التجريبية في بعد قصور الانتباه (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)

من خلال الجدول يمكن قراءة النتائج الواردة فيه على النحو التالي :

ـ تبين نتائج اختبار (ت) بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة) في بعد قصور الإنتباه يتضح لنا أن قيمة (ت) المساوية لـ (8,13) و (2,61) لكيلا النسختين على التوالي وهي قيم دالة عند مستوى الدلالة (0,01)

مما يدل على أن هناك فروق ذات دلالة احصائية في القياس البعدي بين افراد المجموعة التجريبية في بعد قصورالإنتباه ومن خلال قيمة المتوسطات الحسابية ، نجد أن هذه الفروق لصالح القياس القبلي.

ـ حساب حجم التأثير وفعالية البرنامج :

لحسابه يجب حساب المعالجات الاحصائية التالية :

أ ـ حجم التأثير ES

ب ـ مربع إيتا (η^2)

ج ـ نسبة الكسب المعدلة لبلاك **blake**

1- حجم التاثير ES : effects siz

وبالتعويض القيم الموجودة في الجدول اعلاه في المعادلة السابقة نجد أن :

حجم التأثير ES يساوي

- **نسخة الوالدين** (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي (1,52) ES= 1,52

- **نسخة الأساتذة** (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي (0,72) ES=0,72

ـ 2 ـ حساب مربع إيتا (η^2) ويحسب بالطريقة التالية : $\eta^2 = \frac{t^2}{df+t^2}$

ومن خلال التعويض بالقيم المحصل عليها نجد أن مربع إيتا يساوي : η^2

- **نسخة الوالدين** (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي (0,88) $\eta^2 = 0,88$

- **نسخة الوالدين** (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي (0,43) $\eta^2 = 0,43$

ـ 3 ـ حساب نسبة الكسب المعدلة "لبلاك" (blake) :

لحساب نسبة الكسب المعدلة "لبلاك" نستخدم نتائج متوسطات أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي على الترتيب وكذا الدرجة النظرية القصوى للمقياس وبعد التعويض القيم في الجدول الموالي :

البيان	القيمة	
	نسخة الوالدين	نسخة الاساتذة
الدرجة الممكنة للاختبار او المقياس (النهاية العظمى)	90	90
متوسط القياس القبلي	76,20	54,40
متوسط القياس البعدي	47,80	48,30
درجة الكسب = (متوسط القياس القبلي – متوسط القياس البعدي)	28,4	06,1
درجة الكسب الممكنة =(النهاية العظمى للاختبار – متوسط القياس القبلي)	13,8	35,6
النسبة 1= نسبة الكسب =(درجة الكسب ÷ درجة الكسب الممكنة)	2,05	0,17
النسبة 2 = (درجة الكسب ÷ النهاية العظمى للمقياس)	0,31	0,06
نسبة الكسب المعدلة لـ Blake = النسبة1 + النسبة 2	2,36	0,23

جدول رقم (19) يبين خطوات حساب نسبة الكسب لبلاك

بعد قراءة نتائج الجدول اعلاه فإن :

ـ نسبة الكسب المعدلة لـ Blake :

نسخة الوالدين (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي = **2,36**

ـ نسبة الكسب المعدلة لـ Blake :

نسخة الوالدين (القياس القبلي ، القياس البعدي) تساوي = **0,23**

ويمكن تلخيص بيانات حجم التأثير وفعالية البرنامج في الجدول التالي :

المتغير		حجم التأثير ES	مربع إيتا (n^2)	نسبة الكسب المعدلة لبلاك
قصور الانتباه	تقدير الوالدين	1,52	0,88	2,36
	تقدير الأساتذة	0,72	0,43	0,10

جدول رقم (20) : يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير البرنامج على بعد قصور الانتباه

يمكن قراءة النتائج الواردة في الجدول من خلال :

❖ **حجم التأثير ES :**

ـ يتوضح لنا من خلال بيانات الجدول الملخص لنتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير البرنامج على بعد خفض قصور الانتباه أن قيمة حجم التأثير ـ لنسخة الوالدين للقياسين القبلي والبعدي والمساوية لـ ES(p)=1,52

وبناءا على معيار كوهين فإننا نجد حجم التأثير أكثر من (1,5) مايعني أن حجم التأقير ضخم وكما نجد قيمة حجم التأثير نسخة الأساتذة تساوي 0,72 =(e)ES تنحصر في المجال (0,8 – 1,0) مايعني أن حجم التأثير كبير

ومقارنة مع مجالات حجم التأثير الخاصة بمعيار كوهن نجد قيم حجم التأثير تتراوح من الضخم إلى الكبير ، مايدل على فعالية البرنامج في خفض قصور الإنتباه بتأثير مرتفع جدا .

❖ **مربع إيتا (η^2) :**

نلاحظ أن قيم مربع ايتا (η^2) ـ نسخة الوالدين تساوي 0,88 =(p) η^2 . ونسخة الأساتذة تساوي (η^2 0,43 =(e وهي قيمة اكبر من المعيار وعند تحويلها لنسب مئوية نجدها بلغت (88%) و (43 %) ، وهذا يعني أن التباين الكلي للدرجات أفراد العينة ويعود إلى تأثير البرنامج الذي أعد لخفض قصور الإنتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية .

و تفسير هذه النسبة من التباين لدرجات أفراد العينة في خفض قصور الانتباه بواسطة البرنامج الذي قد أحدث تحسنا كبير لدى افراد العينة ، كما يدل على ارتفاع مستوى الدلالة العملية لهذا البرنامج

❖ **نسبة الكسب المعدلة لبلاك :**

ـ أما نسبة الكسب المعدلة لبلاك والمقدرة بـ (2,36) لنسخة الوالدين وهذه القيمة تشير إلى الفاعلية وذلك لكونها أكثر من القيمة التي حددها بلا ك لفاعلية أي برنامج وهي (1,2).

ـ أما نسخة الأساتذة فنجد نسبة الكسب المعدلة لبلاك والتي تقدر بـ (0,23) وهي قيمة أقل من القيمة التي حددها بلاك لفاعلية أي برنامج ، وهذا مايشير إلى قيمة الكسب المتوسطة في تاثير البرنامج في خفض قصور الانتباه .

ـ تدل القيم السابقة إلى وجود تأثير فعال ومعتبر للبرنامج التدريبي التعليمي في خفض قصور الإنتباه لأفراد المجموعة التجريبية .

- ويمكن القول عموما أن البرنامج كانت له دلالة إحصائية وعملية بين القياسين القبلي والبعدي في خفض فرط النشاط الحركي والإندفاعية و قصور الانتباه (نسخة الوالدين ، نسخة المعلمين) بتأثير وفعالية مرتفعة

ـ الفرضية الرابعة : والخاصة بفرط النشاط الحركي والتي تنص على أنه

1 ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض النشاط الجركي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس

والتي من خلالها نستنبط الفرضية الإحصائية التالية :

ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والقياس التتبعي لخفض فرط النشاط الحركي (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

وللتحقق من ذلك فقد قمنا باستخدام إختبار "ت" بعد التأكد من الشروط الإحصائية اللازمة والتعرف إلى الفروق في القياس التتبعي بين أفراد المجموعة التجريبية من بينها الإعتدالية ، ولحساب التوزيع الطبيعي للبيانات قامت الباحثة ياستخدام اختبار (شابيرو ويلكس)(CHAPPIRO WILKS)

والجدول الموالي يوضح نتائج إختبار – CHAPPIRO WILKS –

البعد		CHAPPIRO
		SIG
فرط النشاط الحركي	تقدير الوالدين	,936
	تقدير الأساتذة	,998

جدول رقم (21): يبين نتائج اختبار طبيعة التوزيع البيانات

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه لنتائج اختبار (شابيرو) وجدنا القيم أكبر من 0,05 ما يعني أنها غير دالة مايشير إلى اعتدالية البيانات وامكانية استخدام إختبار (ت)

ومن خلال ماسبق وباستخدام إختبار(ت) للعينتين المرتبطتين بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية في بعد خفض النشاط الحركي (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة)

والنتائج المحصل عليها موضحة في الجدول الموالي :

البعد			العينة (N)	المتوسط (X)	إ . المعياري	اختبار(ت Test(T)	الدلالة Sig	قيمة ر (r)	درجة الحرية (df)
فرط النشاط الحركي	تقدير الوالدين	القياس البعدي	10	45,44	2,22	4,88	غير دالة عند 0,01	0,51	09
		القياس التتبعي	10	46,10	4,65				
	نسخة الأساتذة	القياس البعدي	10	52,10	5,60	0,53	غير دالة عند 0,01	0,12	09
		القياس التتبعي	10	52,50	5,62				

جدول رقم (22): يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين البعدي والتتبعي لافراد المجموعة التجريبية في بعد فرط النشاط الحركي (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)

من خلال نتائج اختبار (ت) بين القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة) في بعد خفض النشاط الحركي يتضح لنا أن قيمة (ت) المساوية لـ (4,88) و

(0,53) لكيلا النسختين على التوالي وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01)

مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي في بعد خفض فرط النشاط ، مايعني استمرار فعالية البرنامج التدريبي التعليمي في خفض النشاط الحركي

حساب حجم التأثير و التأكد من ثبات فعالية البرنامج :

1- حجم التاثير ES : effects size

وبالتعويض القيم المبينة في الجدول أعلاه في المعادلة السابقة نجد أن :

حجم التأثير ES للقياسين :

- نسخة الوالدين (القياس البعدي ، القياس التتبعي) تساوي (0,33) ES=0,33
- نسخة الأساتذة (القياس البعدي ، القياس التتبعي) تساوي (0,60) ES= 0,60

مربع إيتا (η^2) ويحسب بالطريقة التالية : $\eta^2 = \frac{t^2}{df+t^2}$

وبتعويض القيم المحصل عليها نجد أن مربع إيتا للقياسين يساوي :

- نسخة الوالدين (القياس البعدي ، القياس التتبعي) تساوي (0,7) $\eta^2 = 0,7$
- نسخة الأساتذة (القياس البعدي ، القياس التتبعي) تساوي (0,3) $\eta^2 = 0,3$

كما يمكن تحويل قيم مربع إيتا إلى النسبة المئوية فنجد قيم نسخة الوالدين تساوي (7 %) اما نسخة الأساتذة تساوي (3 %).

ويمكن تلخيص بيانات حجم التأثير و ثبات فعالية البرنامج في الجدول التالي :

المتغير		حجم التأثير ES	مربع إيتا (n^2)
فرط النشاط الحركي	تقدير الوالدين	0,30	0, 7
	تقدير الأساتذة	0,60	0, 3

جدول رقم (23): يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير وثبات فعالية البرنامج على بعد فرط النشاط الحركي

يمكن قراءة نتائج الجدول كمايلي :

❖ **حجم التأثير:**

ـ يتضح من خلال نتائج الجدول الملخص لنتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير وثبات فعالية البرنامج على بعد فرط النشاط الحركي لأفراد المجموعة التجريبية أن قيمة حجم التأثير للقياسين البعدي والتتبعي نسخة الوالدين ES(p)=0,30 وبناءا على معيار كوهين فإننا نجد حجم التأثير صغير بالرغم من أنها قيمة صغيرة إلى أنها تدل على ثبات الفعالية ، وكما نجد قيمة حجم التأثير لثبات فعالية البرنامج للفياسين البعدي والتتبعي نسخة الأساتذة تساوي ES(e)= 0,60 وهي قيمة متوسطة .

ومقارنة مع مجالات حجم التأثير الخاصة بمعيار كوهن نجد ان القيم تعبر عن ثبات فاعلية البرنامج مايعني أن حجم التأثير مستمر ويدل على فعالية البرنامج في خفض النشاط الحركي .

❖ **مربع إيتا (η^2) :**

نلاحظ من خلال قيم مربع ايتا (η^2) ـ نسخة الوالدين للقياسين البعدي والتتبعي المساوية لـ (0,7) η^2 (p)= 0,7 ، ونسخة الأساتذة للقياسين البعدي والتتبعي تساوي η^2 (e)= 0,3

وهي قيم متوسطة وتنحصر في مجالات مربع ايتا بين (0,05 ـ 0,12) وهذا يعني أن التباين الكلي للدرجات أفراد العينة والتي ترجع إلى استمرارية ثبات وتأثير البرنامج الذي أعد لخفض النشاط الحركي لدى أفراد العينة .

و تفسر هذه النسبة من الثبات و استمرارية فعالية البرنامج في خفض النشاط الحركي إلى استمرار تلقي افراد العينة لحصص نفسية وتربوية واستفادتهم من انشطة مشابهة للانشطة الورادة في البرنامج تخص فرط النشاط الحركي في مصلحة الطب العقلي للأطفال .

ـ **الفرضية الخامسة** : والخاصة بالاندفاعية والتي تنص على أنه

ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض الإندفاعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس

والتي من خلالها نستنبط الفرضية الإحصائية التالية :

ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والقياس التتبعي لخفض الإندفاعية (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

وللتحقق من ذلك استخدمنا إختبار "ت" للعينات المرتبطة وبعد القياسين البعدي والتتبعي لدى افراد المجموعة التجريبية وذلك بعد التأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات بتطبيق اختبار " شابيرو "فكانت القيم غير دالة و النتائج المحصل عليها نوضحها في الجدول التالي:

والجدول الموالي يوضخ نتائج إختبار– CHAPPIRO WILKS –

البعد		CHAPPIRO
		SIG
الإندفاعية	تقدير الوالدين	,903
	تقدير الأساتذة	,832

جدول رقم (24) : يبين نتائج أختبار طبيعة التوزيع البيانات

ومن خلال ماسبق وباستخدام إختبار(ت) للعينتين المرتبطتين بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية في بعد الإندفاعية (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة)

والجدول الموالي يوضح النتائج المتحصل عليها :

البعد			العينة (N)	المتوسط (X)	إ . المعياري	اختبار(ت Test(T)	الدلالة Sig	قيمة ر (r)	درجة الحرية (df)
الإندفاعية	تقدير الوالدين	القياس البعدي	10	48,60	3,33	06,95	غير دالة عند 0,01	0,23	09
		القياس التتبعي	10	49,00	6,48				
	تقدير الأساتذة	القياس البعدي	10	63,00	7,31	1,02	غير دالة عند 0,01	0,50	09
		القياس التتبعي	10	64,10	8,85				

جدول رقم (25): يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين البعدي والتتبعي لافراد المجموعة التجريبية في بعد الإندفاعية (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)

تبين نتائج اختبار (ت) بين القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة) في بعد خفض الإندفاعية يتضح لنا أن قيمة (ت) المساوية لـ (6,95) و (1,02) لكيلا النسختين على التوالي وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01)

مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي في بعد خفض الإندفاعية ، مايعني استمرار فعالية البرنامج التدريبي التعليمي في خفض الإندفاعية .

حساب حجم التأثير و التأكد من ثبات فعالية البرنامج :

1- حجم التاثير ES : effects size

ويستخدم لحساب حجم التأثير بين القياسين البعدي والتتبعي ومعادلته :

$$Es = \text{t}.\sqrt{2(1-r)/n}$$

حيث r معامل الإرتباط القياسين و (t) قيمة "ت" و (n) حجم العينة

وبالتعويض قيم الجدول اعلاه في المعادلة السابقة نجد أن : حجم التأثيرES للقياسين :

ـ نسخة الوالدين (القياس البعدي ، القياس التتبعي) تساوي (0,75) ES=0,75

ـ نسخة الأساتذة (القياس البعدي ، القياس التتبعي) تساوي (0,80) ES= 0,80

ـ حساب مربع إيتا (η^2) ويحسب بالطريقة التالية : $\eta^2 = \frac{t^2}{df+t^2}$

ومن خلال التعويض بالقيم المحصل عليها نجد أن مربع إيتا يساوي : η^2

ـ نسخة الوالدين (القياس البعدي ، القياس التتبعي) تساوي (0,84) η^2 = 0,84

ـ نسخة الاساتذة (القياس البعدي ، القياس التتبعي) تساوي (0,10) η^2 = 0,10

وبتحويل قيم مربع ايتا إلى النسبة المئوية والتي بلغت (84 %) لنسخة الوالدين ، و(10%) لنسخة الاساتذة ، ويمكن تلخيص بيانات حجم التأثير وفعالية البرنامج في الجدول التالي :

المتغير		حجم التأثير ES	مربع إيتا (n^2)
الاندفاعية	تقدير الوالدين	0,75	0,84
	تقدير الأساتذة	0,80	0,10

جدول رقم (26): يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثير وثبات فعالية البرنامج على بعد الاندفاعية

يتضح من خلال نتائج الجدول الملخص لنتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم تاثيرواستمرار فاعلية البرنامج على بعد الإندفاعية أن قيمة حجم التأثير ـ نسخة الوالدين للقياسين تساوي ES(p)=0,75 وبناءا على معيار

كوهين فإننا نجد حجم التأثير كبيرة ، وكما نجد قيمة حجم التأثير نسخة الأساتذة للقياسين تساوي =(e) ES 0,80

ومقارنة مع مجالات حجم التأثير الخاصة بمعيار كوهن نجدها محصورة بين (0,8 ـ 1,0) وهي قيمة كبيرة ، مايعني أن حجم التأثير موجود مايعني استمرارية وثبات فعالية البرنامج .

❖ **مربع إيتا (η^2) :**

نلاحظ من خلال قيم مربع ايتا (η^2) ـ نسخة الوالدين تساوي 0,84 =(p) η^2 . نسخة الأساتذة تساوي η^2 0,10 =(e)نجد أن فيمة مربع إيتا نسخة الوالدين تأخذ قيمة (0,84) وهي قيمة أكثر من تلك الخاصة لمعيار كوهين (0,39) وهذا يعني أن التباين الكلي للدرجات أفراد العينة والتي ترجع إلى ثبات واستمرارية تأثير البرنامج الذي أعد لخفض الأندفاعية ، لدى أفراد العينة ، كما نجد قيمة مربع ايتا للقياسين نسخة الأساتذة تنحصر بين مجالات (0,05 ـ 0,12) ، وهي قيمة صغيرة مايدل على استمرار فاعلية البرنامج .

ـ **الفرضية السادسة** : والتي تنص على أنه

ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض قصور الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس .

والفرضية الإحصائية المستنبطة منها تنص على أنه :

ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والقياس التتبعي لخفض قصور الإنتباه (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

وللتحقق من ذلك فقد قمنا باستخدام إختبار "ت" بعد التأكد من الشروط الإحصائية اللازمة والتعرف إلى الفروق في القياس التتبعي بين أفراد المجموعة التجريبية من بينها الإعتدالية ، ولحساب التوزيع الطبيعي للبيانات قامت الباحثة ياستخدام اختبار (شابيرو ويلكس)(CHAPPIRO WILKS)

والجدول الموالي يوضخ نتائج إختبار– CHAPPIRO WILKS –

البعد		CHAPPIRO
		SIG
قصور الإنتباه	تقدير الوالدين	,916
	تقدير الأساتذة	,687

جدول رقم (27): يبين نتائج اختبار طبيعة التوزيع البيانات

تبين نتائج اختبار(شابيرو) المبينة في الجدول اعلاه أن القيم أكبر من 0,05 ما يعني أنها غير دالة مايشير إلى اعتدالية البيانات وامكانية استخدام إختبار (ت)

ومن خلال ماسبق وباستخدام إختبار (ت) للعينتين المرتبطتين بين القياسين البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية في بعد خفض قصور الانتباه (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة)

والنتائج المحصل عليها موضحة في الجدول الموالي :

البعد			العينة (N)	المتوسط (X)	إ . المعياري	اختبار(ت Test(T)	الدلالة Sig	قيمة ر (r)	درجة الحرية (df)
قصور الانتباه	تقدير الوالدين	القياس البعدي	10	47,80	2,83	0,52	غير دالة عند 0,05	0,55	09
		القياس التتبعي	10	48,00	3,15				
	تقدير الأساتذة	القياس البعدي	10	48,30	3,49	1,79	غير دالة عند 0,05	0,55	09
		القياس التتبعي	10	49,80	4,13				

جدول رقم (28) : يبين نتائج اختبار(ت) للقياسين البعدي والتتبعي لافراد المجموعة التجريبية في بعد قصور الانتباه (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة)

تبين نتائج اختبار (ت) المبينة في الجدول أعلاه بين القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية (نسخة الوالدين ، نسخة الأساتذة) في بعد خفض قصور الانتباه يتضح لنا أن قيمة (ت) المساوية لـ (0,52) بالنسبة لنسخة الوالدين و (1,79) بالنسبة لنسخة الاساتذة وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة (0,05) حيث وجدنا قيمة الدلالة sig أكبر من (5 %)

مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي في بعد خفض قصور الانتباه ، مايعني استمرار فعالية البرنامج التدريبي التعليمي في خفض قصور الانتباه .

حساب حجم التأثير و التأكد من ثبات فعالية البرنامج :

1- حجم التاثير ES : effects size

وبالتعويض في المعادلة السابقة نجد أن : حجم التأثيرES للقياسين :

ـ نسخة الوالدين (القياس البعدي ، القياس التتبعي) تساوي (0,33) ES=0,33

ـ نسخة الاساتذة (القياس البعدي ، القياس التتبعي)تساوي (0,52) ES= 0,52 ـ

مربع إيتا (η^2) ويحسب بالطريقة التالية : $\eta^2 = \frac{t^2}{df+t^2}$

ومن خلال التعويض بالقيم المحصل عليها نجد أن مربع إيتا يساوي : η^2

ـ نسخة الوالدين (القياس البعدي ، القياس التتبعي) تساوي (0,20) $\eta^2 = 0,20$

ـ نسخة الاساتذة (القياس البعدي ، القياس التتبعي)تساوي (0,26) $\eta^2 = 0,26$

ويمكن تلخيص بيانات حجم التأثير وفعالية البرنامج في الجدول التالي :

المتغير		حجم التأثير ES	مربع إيتا (n^2)
قصور الانتباه	تقدير الوالدين	0,33	0,20
	تقدير الأساتذة	0,52	0,25

جدول رقم (29) : يلخص نتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم ثبات تاثير البرنامج على بعد قصور الانتباه

يمكن قراءة نتائج الجدول كمايلي :

❖ **حجم التأثير :**

يتضح من خلال نتائج الجدول الملخص لنتائج المعالجات الخاصة بحساب حجم ثبات تاثير البرنامج على بعد قصور الانتباه أن قيمة حجم التأثير ـ نسخة الوالدين المساوية لـ ES(p)=0,33

وبناءا على معيار كوهين فإننا نجد حجم التأثير مرتفع ، وكما نجد قيمة حجم التأثير نسخة الأساتذة تساوي ES(e)= 0,52

ومقارنة مع مجالات حجم التأثير الخاصة بمعيار كوهن نجد قيم نسخة الوالدين للقياسين محصورة بين (0,8 ـ 1,0) وهي قيمة كبيرة ، كم نجد قيم نسخة الأساتذة للقياسين محصورة هي كذلك بين المجالات (0,8 ـ 1,0) مايعني أن حجم التأثير كبير ، وهذا يدل على ثبات واستمرارية فاعلية البرنامج في خفض الإندفاعية .

❖ ـ **مربع إيتا (η^2) :**

نلاحظ من خلال قيم مربع ايتا (η^2) ـ نسخة الوالدين للقياسين تساوي η^2 (p)= 0,20 . نسخة الأساتذة تساوي η^2 (e)= 0,25 وهي قيم محصورة بين المجالات (0,13 ـ 0,22) بالنسبة لنسخة الوالدين وهي

قيمة كبيرة إلا أننا نجد قيم القياسين نسخة الاساتذة محصورة بين المجالات (0,23 ـ 0,38) وهي قيمة كبيرة جدا ، وهذا يدل علر استمرار فعالية البرنامج العلاجي الذي أعد لخفض قصور الانتباه .

ثانيا : تفسير ومناقشة النتائج :

تكملة للمراحل السابقة بدءً من التنظير إلى التصميم الإجرائي إلى التطبيق الميداني ثم مرورا بالتفريغ والتحليل الإحصائي ، تأتي مرحلة مهمة في مسار هذا البحث ، وهي تتعلق بمناقشة النتائج المتوصل إليها ، وهي مرحلة نسعى من خلالها إلى محاولة تفسير هذه النتائج وربطها بالإطار المنهجي والإطار النظري ، من خلال تحليل تموقع نتائج الدراسة الحالية ضمن نتائج الدراسات السابقة ، والسعي إن أمكن توظيف ماتم تناوله في الإطار النظري ومقارنته بنتائج الاطار الميداني، وتدعيم كل ذلك بالملاحظات الميدانية وظروف التجريب وسيرورة البرنامج.

أولا: مناقشة النتائج المتعلقة بأثر البرنامج على خفض النشاط الحركي :

وقد نصت فرضياته على مايلي :

1 ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض النشاط الحركي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس.

2 ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي لخفض فرط النشاط الحركي (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد حساب الدلالة الإحصائية والدلالة العملية للتدخل العلاجي في بعد خفض النشاط الحركي ، حيث أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، كما أوضحت نتائج حجم الأثر، ومربع إيتا ومعامل بلاك ، وجود تأثير كبير للبرنامج ، فقد دلت النتائج مجتمعة على أن هناك فاعلية عالية جدا للبرنامج التعليمي التدريبي لخفض النشاط الحركي .

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة منها دراسة الحمري امينة (2015) ودراسة فوزية محمدي (2014) حيث أظهرت وجود فروق كبيرة في خفض النشاط الحركي لصالح القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية ومع نتيجة دراسة محمد عمر أبو الراب (2018) التي توصلت إلى نفس النتيجة إلى جانب دراسة

هارفي harvie (2003) ، ودراسة ميرندا وبيرناشيون miranda & birnachion (2002)، ودراسة فرولشن froulchen (2002) ،ودراسة أميرة طه بخش(2001)

كلها دراسات توصلت إلى فاعلية البرامج التدريبية في خفض أعراض فرط النشاط الحركي وتختلف نتيجة الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة كدراسة بيترز (2002) ، وان أختلفت نسبة الفعالية والتأثير ولم تتوضح في بعض الدراسات .

ـ ومن خلال الملاحظة الميدانية وملابسات التجريب فإن الباحثة تعزو التحسن الواضح في خفض النشاط الحركي إلى الفنيات المستخدمة والتقنيات العلاجية للبرنامج التدريبي المعد للدراسة .

كما أن التصميم المنظم للجلسات دور فعال في هذا التحسن إلى جانب الأدوات المستعملة في تطبيق أنشطة البرنامج التي تعمل على جذب أنتباه أفراد المجموعة التجريبية .

ـ كما تعزو الباحثة التحسن الكبير على مستوى فرط النشاط الحركي إلى اسلوب النمذجة الحية الذي كانت تؤديه بنفسها وترجع نجاحه إلى العلاقة الجيدة بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية والتي جعلتهم يفلدون ماتقوم به الباحثة به لأطول مدة ممكنة أين يعقب التعزيز المحبب من طرفهم لكل استجابة صحيحة ، إلى أن للحث اللفظي أثر فعال في تحسين مستوى فرط النشاط الحركي لديهم ، كما أن للتكرار النصيب الوافر من حيث تحسين الأداء كون أفراد العينة يعانون من إعاقة عقلية بسيطة إلى أن الباحثة تجده من أهم الأساليب المساعدة لتعديل سلوكهم .

وهذا ما أشار اليه بانادورا (Banadora) فهو يرى أن معظم السلوك الإنساني متعلم باتباع نموذج أو مثال حي وواقعي وليس من خلال عمليات الاشتراط الكلاسيكي أو الاجرائي، فبملاحظة الآخرين تتطور فكرة عن كيفية تكون سلوك ما، كما يرى أن أكثر السلوكيات التي يتعلمها الإنسان تتم من خلال ملاحظتها عند الآخرين (محمد،2011) .

وكما يرى (أبو أسعد ، 2011) أن العوامل المؤثرة في دافعية تقليد النموذج أو عدم تقليده يعود إلى :

- عوامل متعلقة بالفرد الملاحِظ ومنها (العمر الزمني والاستعداد العقلي، تقديره للمكانة العلمية والاجتماعية للنموذج والجاذبية الشخصية والارتياح النفسي للنموذج) .
- عوامل متعلقة بالنموذج الملاحَظ ومنها (المكانة الاجتماعية – الشهرة –النوع).
- عوامل متعلقة بالظروف البيئية أو المحددات الموقفية

ـ كما تعزو الباحثة هذا التحسن إلى اسلوب التشكيل الذي يدعم السلوك الذي يقترب تدريجيا من السلوك المرغوب فيه ، او يقترب منه في خطوات صغيرة تيسر علينا الوصول إلى خطوة اخرى ، وتبدأ عملية التشكيل من النقطة التي يتقنها الفرد ثم يتدرج في خطوات صغيرة وشيئا فشيئا حتى يتغير سلوكه ببطئء مع تقديم التعزيز ، وهذا ما اورده (ملحم ، 2006) حيث يمثل التشكيل احد أهداف عملية العلاج النفسي بالطريقة السلوكية و يسعى المعالج إلى تشكيل سلوك جديد ومقبول يحل محل السلوك الذي يسعى إلى إزالته , ويستمر المعالج بتعزيز كل إضافة ايجابية على هذا السلوك تؤدي في النهاية إلى تكوين السلوك المطلوب.

ثانيا: مناقشة النتائج المتعلقة بأثر البرنامج على خفض الإندفاعية :

وقد نصت فرضياته على مايلي :

1 ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض الإندفاعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس.

2 ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي لخفض الإندفاعية (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

تبين من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات والنتائج المتحصل عليها بعد حساب الدلالة الإحصائية والدلالة العملية للتدخل العلاجي في بعد خفض الاندفاعية (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة). حيث أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، كما أوضحت نتائج حجم الأثر، ومربع إيتا ومعامل بلاك ، وجود تأثير كبير للبرنامج ، فقد دلت النتائج مجتمعة على أن هناك فاعلية عالية جدا للبرنامج التعليمي التدريبي لعلاج خفض الإندفاعية .

ولهذا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة منها دراسة سميرعلي جعفر (2014) أين ظهرت نتائج التحليل الإحصائي اثر البرنامج التدريبي على خفض السلوك الاندفاعي ، حيث كان متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي أعلى من متوسط درجاتهم في التطبيق القبلي مايعني أن للبرنامج التدريبي اثر فعال ، إلى جانب نتيجة دراسة كل من سهام أبوعيطة والاء الشمايلة (2017) ودراسة الحاج عبد الحفيظ أحمد (2019) والتي كشفت نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود فروق دالة احصائيا بين التطبيقين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي ، كما نجد أيضا نتيجة الدراسة الحالية أنها تتفق مع دراسات كل من دراسة داليا عبدالصمد محمد منسي (2012) ، ودراسة سعيد بن عبدالله والسيد ابراهيم السمادوني (1997) وكذا دراسة ديفيد كاتمير DAVID KATIMER & OTHER (1987) حيث توصلت الدراسة إلى فاعلية

البرامج التدريبية المطبقة على أفراد المجموعة التجريبية كما توافق دراسة بول واخرون BOOL&OHER (1991)

كلها دراسات توصلت إلى فاعلية البرامج التدريبية لتعديل السلوكي الإندفاعي وخفض من حدة أعراضه إلا أنها تختلف في كثير من الأحيان في نسب فاعليتها والتي لم تتوضح في بعض الدراسات .

تلاحظ الباحثة من خلال ملابسات التجريب والملاحظة الميدانية كون الباحثة ممارسة في الميدان أثر فاعلية البرنامج التدريبي في خفض السلوك الاندفاعي لدى افراد المجموعة التجريبية وتعزو الباحثة هذا التحسن الملحوظ إلى الدقة في استخدام الفنيات المستخدمة في البرنامج وخاصة إجراء التعلم بالنمذجة والتي تقتصر على التقليد لتعلم سلوكي اجتماعي جيد سواء كانت النمذجة حية والتي ساعدت كثيرا بتأدية أفراد المجموعة التجريبية للسلوك المستهدف .

ـ كما تعزو الباحثة التحسن الكبير في تعديل السلوك الاندفاعي إلى أسلوب اللعب وهو الأسلوب المستخدم في دراسة ليندا هال LIND HEL (1986) ما أثبتت فاعلية البرنامج التدريبي هذا الاسلوب الذي استخدمته الباحثة كوسيلة وخاصة اللعب بالأدوار والذي يعد أحد مناهج التعلم الاجتماعي ، وترى الباحثة ان له الدور الايجابي والفعال في تعليم انتظار الدور إلا بإعطاء الإشارة للقيام بنشاط ما .

كما أن للتعزيز دورا هاما وفعالا في تطبيق أنشطة البرنامج ماله من أثر إيجابي من الناحية الإنفعالية حيث يستثير الدافعية ويقدم تغذية رجعية بناءة وذلك من خلال تدعيم السلوك المناسب أوزيادة تكراره في المستقبل وترى الباحثة ان للمعززات الغذائية المناسبة وراء كل استجابة صحيحة والتي حددتها أخصائية التغذية لها أثر كبير في تعديل السلوك المستهدف.

ـ وحسب (الزراد ، 1992) فإن التعزيز مرتبطٌ ارتباطٌ وثيقٌ بالسلوك الإنساني فعليه تتنوع أنواع المُعززات وفق السلوك الإنساني , و في الحقل التعليمي تقسم المُعززات إلى أقسام , وهذا التقسيم ليس بالمحدود والثابت ، ولكنه يتنوع وفق طبيعة السلوك المتوقع, و التي يمكن تنفيذها في الميدان التربوي وهي المعززات الإيجابية و المعززات السلبية ، والغذائية ، والاجتماعية والمعززات الرمزية والمادية .

ـ وكما تعزو الباحثة هذا التحسن الملحوظ إلى تقنية التكرار وهو أسلوب جيد للحصول على المعلومة والاحتفاظ بها كون افراد العينة يعانون من إعاقة عقلية بسيطة يتوجب التكرار مع هذه الفئة ، وهي طريقة جد فعالة لاستدخال المعلومة ، والممارسة الدائمة لفعل ما تقوي الرابطة بين المثير والاستجابة وهو الانسب لحدوث عملية التعلم .

ـ كما أن للوسائل المستعملة في تطبيق أنشطة البرنامج كان لها اثر الفعال في تحسين مستوى السلوك الاندفاعي لدى أفراد المجموعة التجريبية فهي جاذبة للانتباه وتثير فيهم الرغبة للعب .

إلى أن الباحثة تنسب الفضل الكبير في هذا التحسن إلى الهيكل العمراني لمصلحة الطب العقلي للأطفال والذي يحتوي على ورشات واسعة وخالية من مشتتات الانتباه كما أنها تجعل الطفل يشعر براحة نفسية تجعله يستمتع باللعب ولا يحب مغادرة الورشة .

ـ ثالثا ـ مناقشة النتائج المتعلقة بأثر البرنامج على خفض صعوبة الانتباه :

وقد نصت فرضياته على مايلي :

1 ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض صعوبة الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس.

2 ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي لخفض قصور الانتباه (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

بالرجوع إلى النتائج المحصل عليها من خلال المعالجة الاحصائية لمتوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي في خفض قصور الانتباه يتضح وجود فروق ذات دلالة احصائية عند (0,01) لصالح القياس البعدي مما يعني ان البرنامج التدريبي التعليمي كان له تأثير ايجابي على أفراد المجموعة التجريبية كما أن للدلالة العملية كما أوضحتها نتائج حجم الأثر، ومربع إيتا ومعامل بلاك وجود تأثير كبير للبرنامج ، فقد دلت النتائج مجتمعة على أن هناك فاعلية عالية في خفض قصور الانتباه .

وبعد تحليل نتائج الدراسة الحالة تبين أنها تتفق مع الدراسات السابقة منها دراسة **محمد وفرحات (2002)**

والتي توصلت نتائج الدراسة إلى تأثير البرنامج التدريبي في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا حيث أظهرت إلى انخفاض متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية بشكل دال في القياس البعدي ، كما أظهرت وجود فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

ونجد دراسة سبع بوعبدالله (2008) الذي استخدم في دراسته عدة تقنيات وانشطة حركية لخفض اضطراب الانتباه والزيادة في التركيز منها اختبار المشي فوق خط ملون لمعرفة التوافق بين العين والقدم واختبار المشي على لوح التوازن ، وكذا اختبار الوثب داخل الحلقات من نفس اللون ، اختبار رمي الكرة والتقاطها ، واختبار رمي الكرة لأبعد مسافة ، وهي اختبارات تتفق مع انشطة الدراسة الحالية .

وتوصلت نتائج الدارسة إلى وجود غروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية ، ما يعني وجود أثر للبرنامج العلاجي المقترح في خفض اضطراب الانتباه كما توصلت دراسة هوجونين Hougonine (2000) ، ودراسة زغلول (2001) ودراسة سيرجيت seirgit (2008) وكذلك دراسة بانيجيا Panigia (1992) التي اظهرت نتائج دراستها إلى ارتفاع في معدلات خفض الانتباه والتقليل من حدة أعراضه مما انعكس سلبا على مستوى أداء الأطفال داخل حجرة الدراسة هذه الدراسات كلها توصلت إلى التأثير الإيجابي للبرامج التدريبية في خفض قصور الانتباه.

ـ يمكن أن تفسر الباحثة فاعلية البرنامج التدريبي المقترح وهاته النتائج إلى طبيعة ومحتوى الجلسات التي تهدف الى تنمية المهارات السمعية والبصرية وكذلك جلسات التدريب على الانشطة التي تتطلب حضور ذهني متواصل والتدريب على المثابرة واتمام المهام ، كما ان الصرامة في تطبيق انشطة البرنامج واحترام اوقات الجلسات إلى جانب اسلوب اللعب والذي استخدمته الباحثة كوسيلة للتنفيذ الانشطة المعدة في محاور البرنامج العلاجي .

ونجد نوعية الأدوات المستعملة في تطبيق انشطة البرنامج بسيطة ومحببة وتجذب انتباه الطفل .

ـ كما تعزو الباحثة هذا التحسن الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية في خفض قصور الانتباه إلى الفنيات المستخدمة فنجد اسلوب التشكيل الذي يقربنا من السلوك الجديد عن طريق عملية التعزيز التفاضلي للتقارب التدريجي للسلوك المرغوب ، ويقوي التطور التدريجي لسلوك جديد ، عن طريق تعزيز انجازات ثانوية أوخطوات نحو السلوك وبدلا من الانتظار لحدوث سلوك بشكل نهائي فإننا نعزز كل تشابه لذلك السلوك الجديد ، وتبدأ عملية التشكيل من النقطة التي يتقنها الفرد ثم يتدرج في خطوات صغيرة وشيئا فشيئا حتى يتغير سلوكه ببطئء مع تقديم التعزيزات .

ـ كما إن للتعزيز الأثر الفعال والإيجابي في خفض قصور الانتباه وخاصة المعززات الغذائية والتي تشتمل على كل أنواع الطعام و الشراب التي يفضلها الفرد ، إلا أن استخدام المعززات الغذائية كانت حسب ما اوصت به اخصلئية التغذية اين استبعدت المعززات الغذائية الزائدة في نسبة السكريات ،
و إمكانية حصول الطفل على ما يحبه من الطعام أو الشراب متوقفاً على تأديته للسلوكيات المناسبة ولا بد من التأكيد على أن معدل السلوك لا يستخدم هذا النوع من المعززات إلا إذا وجد أن المعززات الأخرى ليست ذات أثر كبير على السلوك المستهدف ، وإذا كان الفرد لا يستجيب لها ، فهو قد يضطر على الأقل في بداية البرامج إلى استخدامها , ولكنه يعمل على إقران هذه المعززات بمعززات اجتماعية كالثناء و الابتسام و غيرها من أجل استبدالها بالمعززات الغذائية في أسرع وقت ممكن.

كما نجد أن اسلوب النمذجة من الاساليب التي تكون مدخلا على غاية من الأهمية كاستراتيجيات تعليمية فاعلة تقتصر على التقليد و اكتساب سلوكات جديدة لم تكن موجودة من قبل ، أو تعديل السلوك القديم بل يمكن تعليم السلوك الاجتماعي الجيد من خلال المراقبة لحالات متنوعة ، كما قد يؤدي التقليد إلى ظهور سلوكات كانت مكبوتة بسبب الخوف أو القلق

ـ أما اسلوب التكرار له أثر إيجابي في تحصيل أفراد المجموعة التجريبية على المعلومة ، ويزيد من نسبة الاحتفاظ بالمعلومة، وكذلك بقاء أثر التعلم بشكل أكبر، وهي طريقة فعَّالة يحصل بها التفاعل بين الباحثة وافراد العينة .

وهذا ما تناوله واطسن في تحليل وتفسير قانون التكرار و الذي يعد من أقدم القوانين المعروفة في التعلم حيث رأى أن الحركات التي تبقى ويحتفظ بها هي التي تتكرر كثيراً وهي الحركات التي تؤدي إلى تحقيق الهدف في حين أن الحركات الفاشلة التي قام بها الحيوان لا تعود للظهور في سلوكه بعد أن عرف طريقة الاستجابة الصحيحة. معنى ذلك انه كلما حدثت حركة فاشلة تعقبها حركة ناجحة ولكن كلما حدثت حركة ناجحة فإنها تؤدي إلى الهدف ولا تعقبها حركة فاشلة وينص قانون اتكرار عند ثورندايك علي « الاستجابة تقوى بالاستعمال وتضعف بالاهمال»، مثل استجابة جذب السقاطة والتى تؤدى الى الوصول للهدف إزدادت قوة بتكرار وهي شرط أساسي لحدوث التعلم . المحاولات. الممارسة والتكرار تقوي الرابطة بين المثير و الإستجابة

ـ **رابعا** : مناقشة النتائج المتعلقة بأثر البرنامج لخفض فرط النشاط الحركي والتي تنص على أنه

ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض النشاط الجركي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس .

ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والقياس التتبعي لخفض فرط النشاط الحركي (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

ـ بالنظر إلى النتائج السابقة والمتحصل عليها بعد حساب الدلالة الاحصائية والعملية للقياس البعدي والقياس التتبعي يتضح استمرار فاعلية البرنامج في خفض النشاط الحركي ، بين أفراد المجموعة التجريبية

ـ وتفسر الباحثة استمرارية فاعلية البرنامج التدريبي التعليمي إلى الممارسة المستمرة لأفراد المجموعة التجريبية ، لمختلف الأنشطة المتبعة والمطبقة والمتكررة أثناء جلسات البرنامج .

ـ كما تعزو الباحثة استمرارية فاعلية البرنامج إلى استمرار أفراد العينة من الإستفادة من حصص نفسية وتربوية سواء فردية أو جماعية بمصلحة الطب النفسي للأطفال إلى يومنا هذا كون هذه الفئة تعاني من تخلف عقلي .

ـ كما أن للدمج المدرسي دور فعال في استمرارية البرنامج كون الباحثة تسدي نصائح للأساتذة أفراد العينة لكيفية التعامل مع الفئة ، ولأن الدمج المدرسي ، من الاساليب الجيدة لإعطاء فرصة للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة كيفية التفاعل مع زملاؤهم العاديين وتقليدهم وتعلمهم السلوكات السوية وبما أن أفراد العينة ممن يعانون من إعاقة ذهنية بسيطة ، فهم يخضعون كما زملاؤهم العاديين إلى نفس

المنهاج التربوي والقوانين الصارمة المطبقة للنظام الداخلي داخل المؤسسات التعليمية في حجرة الفصل .

و حسب ما اورده (Kennedy , 1997) لقد أكدت الاتجاهات الحديثة في تربية وتدريب المعاقين على ضرورة توفير ظروف حياتية أقرب ما تكون من الظروف الحياتية المتوفرة للناس العاديين في المجتمع وإتاحة الفرص لهم للتفاعل مع أقرانهم العاديين، من خلال إدماجهم في العيش في مجتمعاتهم، كبقية الناس دون تمييز أو تحيز ضدهم بسبب إعاقتهم، كما أكدت الدراسات على ضرورة التدخل المبكر في تعليم المعاقين، لتطوير قابليتهم بشكل أفضل، وللحد من تفاقم الإعاقة لديهم، ومشاركة الأسرة في رسم مستقبل طفلها من المعاقين، والمشاركة الفعالة في وضع البرنامج التربويّ الفرديّ له، ودمج الأطفال المعاقين في إطار التعليم العام العادي ينبغي أن يشكل جزءاً لا يتجزأ من الخطط لبلوغ هدف التعليم للجميع، وفي الحالات الاستثنائية التي يلتحق فيها الأطفال بمدارس خاصة، ليس هناك ما يدعو إلى أن يكون تعليمهم كل على حدة .

ـ **خامسا** : مناقشة النتائج المتعلقة بأثر البرنامج لخفض الاندفاعية والتي تنص على أنه

ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض الاندفاعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس .

ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والقياس التتبعي لخفض الاندفاعية (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

من خلال النتائج السابقة والمعالجات الاحصائية ومن خلال المقارنة بين درجات متوسطات افراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي لخفض السلوك الاندفاعي يتضح أنها متقاربة بشكل كبير وهذا ماأكدته المعالجة الاحصائية بعدم وجود فروق بين القياسين ممايدل على استمرارية فاعلية البرنامج التدريبي والتعليمي الذي خضعت له أفراد المجموعة التجريبية لخفض أعراض الأندفاعية .

ـ وتفسر الباحثة استمرار وثبات فاعلية البرنامج لخفض السلوك الاندفاعي إلى بعض الانشطة المصممة لذلك حيث ساهمت فنية لعب الدور أفراد المجموعة التجريبية على ضبط سلوكاتهم . أين تقوم الباحثة بتمثيل بعض الأدوار ومن ثم تقديم التغذية الراجعة المناسبة لهم لتحديد السلوكات السوية والغير سوية

ـ كما ساعدت فنية التعزيز أفراد المجموعة التجريبية على ضبط سلوكاتهم وزيادة تعلمهم للسلوكات المرغوبة واستخدام الباحثة اسلوب التعزيز المتكرر خلال الجلسات سواء كان بالمدح أوهديا رمزية وخاصة المعززات الغذائية المحببة لدى الاطفال ، يؤدي بالشعورإلى النجاح المتكرر مما يدفعهم إلى محاولة أداء المهمات المطلوبة منهم واظهار السلوكيات المقبولة من أجل المحافظة على فرص النجاح وبالتالي الحصول على التعزيز المتكرر.

ـ **سادسا** : مناقشة النتائج المتعلقة بأثر البرنامج لخفض صعوبة الانتباه والتي تنص على أنه

ـ نتوقع أن يكون للبرنامج التدريبي التعليمي أثر فعال لخفض قصور الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس .

ـ توجد فروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والقياس التتبعي لخفض صعوبة الانتباه (نسخة الوالدين ، ونسخة الأساتذة).

ـ أشارت نتائج اختبار(ت) إلى عدم وجود فروق دالة احصائياعند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعي .

حيث يتضح من خلال المقارنة بين متوسطات درجاتهم أنها متقاربة جدا وهذا يدل على ثبات واستمرارية فاعلية البرنامج التدريبي الذي خضعت له عينة الدراسة لخفض صعوبة الانتباه والزيادة في مدة التركيز السمعي والبصري

ـ ويفسر استمرارية فاعلية البرنامج التدريبي إلى استمرار أفراد المجموعة التجريبية من الاستفادة وإلى يومنا هذا من حصص فردية في مصلحة الطب النفسي للأطفال حيث يستفيد كل طفل من حصة في الأسبوع تتجاوز مدتها (45 دقيقة) حيث يقدم فيه الأخصائيين النفسانيين العياديين انشطة خاصة بتنمية مختلف المهارات المعرفية من أهمها الانتباه إلى جانب استفادتهم من حصص جماعية في نفس المصلحة تقدم فيها انشطة خاصة بتعلم المهارات الاكاديمية .

ـ كما أن للدمج المدرسي دور فعال في تنمية الانتباه من خلال قواعد الصرامة المدرسية المطبقة من طرف المعلمين في حجرة الصف مايجبر الطفل على الانضباط في القسم وبالتالي يجبر على الانتباه

أثناء الدرس ، كما أن للتقليد الأثر الايجابي في ثبات فاعلية البرنامج وهذا من خلال تقليدهم لسلوك زملائهم العاديين .

ـ كما زود البرنامج التدريبي افراد المجموعة التجريبية بعض من المهارات والممارسات وتفاعلهم معها والتي تم تطبيقها بشكل متكرر أثناء جلسات البرنامج ، مادفعهم للتطبيقها في واقعهم المعاش وفي المواقف التعليمية المختلفة وخاصة انتظار الدور .

ويرجع ايضا استمرار فاعلية البرنامج التدريبي وثبات اثره على افراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعي إلى استمرار تعاون المعلمين مع الباحثة في كيفية التعامل مع هذه الفئة .

عموما يمكن القول أن القياس التتبعي الذي قمنا به بعد اسبوعين من التوقف عن جلسات البرنامج الذي اثبتت نتائج الفروض احصائيا عن عدم وجود فروق دالة احصائيا بين القياس البعدي والتتبعي لافراد المجموعة التجريبية مما يعني استمرار المكتسبات التي احدثها البرنامج حتى بعد الانقطاع عنه .

مناقشة عامة

توصلت الدراسة الحالية إلى مجموعة من النتائج دلت في مجملها على تأثير فعال للبرنامج التدريبي التعليمي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الإعاقة البسيطة المدمجين مدرسيا ، وهو مادل على تحقق فروض الدراسة .

ـ **فمن حيث الدلالة الإحصائية** فقد كانت الفروق بين متوسطات افراد المجموعة التجريبية في جميع الأبعاد السابقة (فرط النشاط الحركي ، الاندفاعية ، صعوبة الانتباه) دالة احصائيا لصالح القياس القبلي وكذا الأمر نفسه بالنسبة للفروق بين القياسين البعدي والقياس التتبعي لصالح القياس البعدي .

ـ **ومن حيث الدلالة العملية** فقدبينت نتائج حجم الأثر ومربع ايتا ومعامل بلاك ارتفاع الدلالة العملية للبرنامج وجود تأثير فعال تتراوح بين المتوسط والكبير إلى كبير جدا .

ـ إلا أن ما أوضحته الدلالة العملية أن هناك تباين في حجم تأثير البرنامج كمتغير مستقل على المتغيرات التابعة ، فقد كان البرنامج فعالا بدرجة كبيرة جدا ، على فرط النشاط الحركي على مستوى كلا النسختين حيث بلغت قيمة حجم التأثير لنسخة الوالدين (ES= 3,34) وهي قيمة مرتفعة وبشكل كبير مقارنة مع تلك القيم الخاصة بمعيار كوهين، وتليها نسخة الأساتذة بحجم تأثير(ES=1,31) وهي قيمة كبيرة إذا ماقورنت بمجالات معياركوهين ، ثم يليه قيم حجم تأثير لبعد الإندفاعية بفعالية متوسطة حيث بلغت قيمة حجم التأثير لنسخة الوالدين (ES=0,67) و (ES=0,13) بالنسبة لنسخة الأساتذة فهي قيم متوسطة وصغيرة إذا ماقورنت تلك القيم الخاصة بمجالات معياركوهين ،إلا أنها لها دور فعال في خفض السلوك الاندفاعي لدى افراد المجموعة التجريبية ، اما من حيث بعد قصور الانتباه فقد ساهم البرنامج بشكل كبير في تنمية التركيز والانتباه ، هذا ماأوضحته الدلالة العملية لكلا النسختين .

وقد تناغمت نتائج الدراسة الحالية مع معظم نتائج الدراسات السابقة في اهمية البرامج العلاجية لتنمية المهارت المعرفية وتعديل السلوك للأسوياء إو غير الأسوياء ، في حين أن نتائج الدراسة الحالية تميزت بإضافتها لعلاج ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة المدمجين مدرسيا المفرطي حركيا ، وقامت الباحثة بتصميم انشطة تدريبية مخصصة لعلاج كل اضطراب على حدى حيث قسمت البرنامج إلى محاور تتدخل في علاج وخفض السلوكات الغير مرغوبة وتنمية مهارة الانتباه ، محور خاص لخفض فرط النشاط الحركي ، ومحور خاص

لخفض الاندفاعية ، ومحو خاص لخفض صعوبة الانتباه والذي لم تتناوله جل الدراسات السابقة التي امكن الاطلاع عليها ، وتناولت الاضطراب كمتغير الدراسة سواء للأسوياء أو غير الاسوياء.

وتعزو الباحثة التطور الايجابي الحاصل لدى افراد المجموعة التجريبية نتائج البرنامج إلى الفنيات المستخدمة (التشكيل ـ التعزيز ـ النمذجة ـ التكرار) والانشطة المقدمة في جلسات البرنامج .

فمن حيث أسلوب التشكيل ترى الباحثة أنه يقوي التطور التدريجي لسلوك جديد ، عن طريق تعزيز انجازات ثانوية أوخطوات نحو السلوك المرغوب فيه حيث تبدأ عملية التشكيل من النقطة التي يتقنها الفرد ثم يتدرج في خطوات صغيرة وشيئا فشيئا حتى يتغير سلوكه ببطئء مع تقديم التعزيز، من اجل الحفاظ على درجة عالية من الدافعية و ذلك بعد تحديد السلوك المستهدف بدقة وموضوعية .

تتمثل فعالية اسلوب التشكيل في اكتساب السلوك المرغوب فيه والتدريب على التخلي عن السلوك الغير مرغوب فيه كما ان اسلوب التشكيل السلوكي يعتبر اسلوب ايجابي ويوزع التعزيز بشكل ثابت على حدوث التقارب التدريجي للسلوك المرغوب فيه ، اما السلوكيات الاخرى التي لا تعزز تصل الى مرحلة الانطفاء ولا تشمل العقاب او اي اجراءات غير محببة لدى الطفل ، وهذا ماساعد أفراد العينة للتعلم السلوكات المرغوبة فيه .

أماسلوب التعزيز ترى الباحثة أن المعززات بأنواعها اجتماعية ،غذائية ، مادية ، رمزية والتي تشتمل في مجملها على الابتسامة ، والثناء ، و أنواع الطعام و الشراب التي يفضلها الفرد والمحددة من طرف اخصائية التغذية ، والألعاب ، أقلام التلوين ، وبطاقات استحسان ،و لهذه المعززات حسنات كثيرة جداً منها أنها مثيرات طبيعية ويمكن تقديمها بعد السلوك مباشرة ,و نادراً ما يؤدي ا ستخدامها إلى الإ شباع و لهذا تستخدم المعززات في برامج تعديل السلوك كلما كان ذلك ممكناً وماتعطي الدافعية للفرد للاستمرار في تعديل السلوك. ماانعكس على تحسن كبير في تعديل السلوك لافراد المجموعة التجريبية ودافعيتهم للتعلمهم والخفض من السلوك الاندفاعي .

كما أن التقليد او التعلم بالمحاكاة أو النمذجة بأنواعها الحية أو المصورة ، او من خلال المشاركة تمكن من تعليم السلوك الاجتماعي الجيد من خلال المراقبة لحالات متنوعة ، كما قد يؤدي التقليد إلى ظهور سلوكات كانت مكبوتة بسبب الخوف أو القلق ، هذا ويعد لعب الأدوار أحد مناهج التعلم الاجتماعي

في حين فقد توصلنا من خلال الملاحظة و التجريب الميداني إلى أن التكرار ينقل المعلومات بشكل افضل للمتعلم وساعد كثيرا افراد المجموعة التجريبية لكونها تعاني من اعاقة ذهنية بسيطة

فاسلوب التكرار ساعد كثيرا هذه الفئة في الحصول على المعلومة والاحتفاظ بها، والمقصود هنا تكرار المعلومة، حيث إن هذا التكرار له أثر إيجابي في تحصيلهم على المعلومات المقدمة لهم اثناء الجلسات ويزيد من نسبة الاحتفاظ بها، وكذلك بقاء أثر التعلم بشكل أكبر، وهي طريقة فعَّالة يحصل بها التفاعل بين الطرفين .

كما لاحظنا أن للحث اللفظي والتدعيم البدني من طرف الباحثة مكنتهم من تطوير سلوكيات جديدة للتعلم ماساهم في تحسين مهارات الانتباه والخفض من السلوكيات الغير سوية ، لأنها تتيح فرصة التعلم وفهم الطفل لرغبته ،لأن أحد مبادئ التعلم هو عملية الوعي للشيء المطلوب منه والقيام به فهو ن يبقى كنشاط مستمر في ذهنه حتى بعد خروجه من المصلحة .

ـ كما سعت الباحثة إلى اختيار اللعب كوسيلة مساعدة للتنفيذ الأنشطة المعدة للبرنامج حيث اقترحت الباحثة انشطة بسيطة وسهلة وواضحة تتوافق والعمر الزمني للطفل كون افراد المجموعة التجريبية يعانون من إعاقة ذهنية بسيطة وذلك باستخدام مجموعة من الادوات والوسائل لتنفيذهذه الانشطة .

ـ كما ساعدت البيئة التعليمية التي اختارتها الباحثة خصيصا للتنفيذ انشطة البرنامج في مصلحة الطب العقلي للأطفال وهي ورشات واسعة ومريحة خالية من المشتتات للانتباه ماجعلت افراد المجموعة التجريبية يصبون تلركيزهم مع الباحثة لتعلم وتنفيذ ماطلب منهم .

وكون الباحثة ممارسة في الميدان لها خبرة في كيفية تطبيق هذه الانشطة والتحكم في كل جلسات المقترحة في البرنامج كل هذه العوامل ساهمت وبشكل كبير في خفض من السلوك الاندفاعي وفرط النشاط الحركي وتنمية الجانب الانتباهي لهم وهذا مادل على فاعلية البرنامج التدريبي التعليمي لخفض من قصور الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لافراد المجموعة التجريبية .

وفي الأخير فإن الدراسة الحالية وبناءً على ماتقدم قد حققت أهدافها واستطاعت الاجابة على التساؤلات المطروحة وإختبار الفرضيات المنبثقة منها، والدراسة الحالية كإسهام جديد في هذا المجال خلصت ببعض التوصيات والاقتراحات البحثية فيما يلي:

تظهر اهمية البرامج العلاجية التدريبية التعليمية من خلال جملة النتائج التي خلصت بها عديد الدراسات العربية والأجنبية والتي اثبتت فاعليتها في تحسين اعراض اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية ، والدراسة الحالية اسهام جديد في هذا المجال حيث بحثت عن مدى فاعلية البرنامج تدريبي تعليمي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الإعاقة الذهنية البسيطة المدمجين مدرسيا ، قائم على جملة من انشطة تدريبية بسيطة وواضحة مصممة خصيصا لهذه الفئة استخدمت فيها الباحثة جملة من

الفنيات ساهمت بشكل كبير في الخفض من حدة الاضطراب وبعد عرض نتائج فرضيات الدراسة تم التوصل إلى وجود فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى افراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي ، كما اثبت البرنامج التدريبي التعليمي فاعليته في خفض صعوبات الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لذوي الإعاقة العقلية المدمجين في المدارس ، حيث دل القياس التتبعي الذي قمنا به بعد ثلاث اسابيع من التوقف عن جلسات البرنامج عن عدم وجود فروق دالة احصائيا بين القياس البعدي والتتبعي لافراد المجموعة التجريبية مما يعني استمرار المكتسبات التي احدثها البرنامج حتى بعد الانقطاع عنه .

ومن خلال ذلك خلصت الدراسة إلى توصيات واقتراحات بحثية نوجزها فيما يلي :

ـ التوصيات والاقتراحات:

ـ ضرورة الكشف المبكر عن الاطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وخاصة في المدارس وتقديم الخدمات الداعمة لهم لتفادى تفاقم الأثار السلبية له على مجالات حياة الطفل الاخرى والذي يرتبط ارتباطا وثيقا لهذا الإضطراب .

ـ ضرورة تنظيم انشطة اللاصفية ضمن المنهاج الدراسي لذوي الإعاقة الذهنية البسيطة الذين يعانون من ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي والتي تعتمد على الألعاب الموجهة والتي تتطلب درجة عالية من الانتباه .

ـ العمل على تهيئة البيئة التعليمية لمثل هذه الفئات سواء في المدارس أو في المراكز الخاصة وذلك بإزالة كافة المشتتات من أمام الطفل أثناء القيام بعملية التدريس .

ـ ضرورة اعتماد مثل هذه البرامج في المدارس تصمم خصيصا للمتخلفين ذهنيا الذين يعانون من فرط النشاط الحركي والسلوك الاندفاعي لفاعليتها للتغلب على مشكلاتهم .

ـ عقد دورات تدريبية لتكوين المعلمين والمعلمات وكل العاملين بالمدارس من طرف المختصين في هذا المجال لتعليمهم على طرق التعامل مع هذه الفئة وتدريبهم على استراتجيات التدريس.

ـ العمل على إعداد دورات تدريبية وتحسيسية لتثقيف وتوعية الأولياء بالمشكلة التي يعاني منها أطفالهم وتوجيههم إلى اساليب المعاملة الصحيحة معهم ، بما يتناسب والاضطراب الذي يعانون منه لتفادي مختلف اساليب العنف التي يلجأ اليها اغلب الأولياء .

ـ ضرورة اعتماد الأخصائيين النفسانيين والتربويين وفي مختلف المراكز الخاصة على مثل هذه البرامج للتكفل بهذه الفئة وخاصة المتخلفين ذهنيا والذين يعانون من فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه .

ـ فتح مناصب لرتبة اساتذة التعليم الابتدائي من حملة الشهادات في تخصص علم النفس بصفة عامة وعلم النفس التربوي والمدرسي والصحة النفسية بصفة خاصة وهذا نظرا لاكتسابهم خبرة في التعامل مع هذه الفئة وحتى مع العاديين .

كما تقترح الباحثة مايلي :

ـ إجراء دراسات مستقبلية واسعة ومعمقة في هذا المجال تعمم على كافة المراكز المختلفة في مجال التربية الخاصة ودور الحضانة وفي المدلرس مخصصة لهذه الفئة ، وخاصة بعد تفعيل قرار وزارة التربية والذي ينص بدمج ذوي الاحتياجات الخاصة من مختلف الفئات وفتح امامهم المدارس العادية مع زملائهم العاديين .

ـ إجراء دراسات واسعة لاثر التدخل المبكر لمثل هذه الاضطرابات .

ـ بحث مدى فاعلية مثل هذه البرامج على جوانب مختلفة من حياة الطفل مثل الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي ، والتحصيل الدراسي .

ـ بناء وتصميم برامج علاجية من طرف الاخصائيين في مختلف المراكز الخاصة بتكفل هذه الفئة وتطويرها وفق مستجدات البرامج العالمية .

ـ دراسة فعالية البرامج التي تعتمد على برامج علاجية متكاملة كالبرامج التدريبية ، التربوية ، الارشادية والبرامج السلوكية ، والسلوكية المعرفية للخفض من حدة الاضطرابات .

قائمة المصادر والمراجع

ـ المراجع العربية :

1. أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2011): **تعديل السلوك الإنساني – النظرية والتطبيق.** عمان دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
2. فؤاد، أبو حطب ، امال ، محمد صادق (1996): علم **النفس التربوي.** القاهرة، مطابع الأنجلو المصرية ، الطبعة 05.
3. احمد، بدوي (2011): **فاعلية برنامج إرشادي قائم على فن القصة لخفض السلوك العدواني لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم** ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ، الجامعة الاسلامية غزة فلسطين
4. أحمد جابر أحمد (دون سنة) : **دليل المدرس لتخطيط البرامج وطرق التدريس للأفراد المعاقين ذهنيا .**
5. احمد ،طالب (2020): فاعلية برنامج ارشادي سلوكي جدلي في خفض الاندفاعية لدى طلاب الجامعة واعراض الشخصية الحدية ، **مجلة البحث العلمي في التربية** . العدد21 ـ ص (220 ـ 277)
6. اسامة ، فاروق مصطفى(2003): **مدخل إلى الاضطربات السلوكية الانفعالية** ،عمان ، دار المسيرة الطبعة 01.
7. أسامة ، فاروق مصطفى (2011): **الاضطرابات السلوكية للمتخلفين عقليا** ،عمان ، دار المسيرة . الطبعة 01 .
8. التل ، امل يوسف (2009):**التعليم والتعلم** ، عمان ، دار كنوز المعرفة ، الطبعة 01 .
9. الخزاعلة، محمد، والشقصي، عبد الله، والسخني، حسين، والشويكي، عساف (2011): **نظريات في التربية**، الرياض، المملكة العربية السعودية، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.
10. الزغلول، عماد عبد الرحيم (2013): **نظريات التعلم**، عمان ، دار الشروق للنشر والتوزيع.
11. الزغلول، عماد عبد الرحيم (2014): **مبادئ علم النفس التربوي**، عمان، دار الشروق للنشر والتوزيع الطبعة 05.
12. الشرقاوي (2003) :**أسس علم النفس العام** ،القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
13. الشناوي ، محمد محروس (1994) : **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي** ، دار غريب ،القاهرة .
14. الشناوي، محمد محروس ، عبد الرحمن، محمد السيد (1998): **العلاج السلوكي الحديث –أسس تطبيقية**. مصر: دار قباء.
15. الشيخ، تاج السر، أخرس نائل ، محمد عبد الرحمن. (2011): **علم النفس التربوي بين المفهوم والنظرية**. الرياض: مكتبة الرشد، الطبعة 02 .

16. العتوم عدنان، علاونة شفيق، الجراح، عبد الناصر، وأبو غزال، معاوية (2014): **علم النفس التربوي النظرية والتطبيق**، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة 05 .
17. القاضي ، خالد (2011) : **تعديل سلوك اطفال نقص الانتباه كفرط النشاط الزائد دليل عملي للولدين ولمعلمين** ، عالم الكتب ، الطبعة 10
18. المصطفى ، عبد العزيز عبدا لكريم (1995) :**علم النفس الحركي** ، الرياض ، دار الإبداع الثقافي.
19. المهدي محمد(2010) : **الصحة النفسية للطفل** ، القاهرة" ، مكتبة الأنجلو المصرية.
20. الميالي ، فاضل محسن (2010) : جامعة الكوفة ،كلية التربية للبنات .
21. اليانور ليتشن واخرون (1999): **دمج الاطفال المتخلفين عقليا في مرحلة ماقبل المدرسة** الطبعة الاولى .
22. أليانور وتسيد، وآخرون(1999) : "**التخلف العقلي ودمج الأطفال المتخلفين عقليا** ، برامج وأنشطة"، ترجمة: سمية طه، وهالة الجرواني، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية .
23. امجد قاسم (2012) : **نظرية ثورندايك المحاولة والخطأ اسس التربية**، تاريخ النشر 01 / 2012/12 https://www.alukah.net/social/0/80894/#ixzz5yMK4QcZ2
24. اميرة طه بخش (2000) : **المبادئ و الاسس التربوية للطفل المتخلف عقليا** ، جامعة ام القرى ، مكة المكرمة.
25. انور، الحمادي (2013): **معايير ترجمة الدليل الاحصائي الخامس للامراض العقلية** DSM 5 ، لبنان ، الدار العربية للعلوم ناشرون .
26. بدر بن جزاع ، بن نايف النماصي (2015) : **أسلوب التكرار في التعليم ،شبكة** الالوكة للتربية والتعليم تاريخ النشر 2015/1/18 https://www.alukah.net/social
27. بوبي نبيلة (2015): **فعالية العلاج السلوكي للأطفال المتمدرسين مفرطي الحركة ومتشتتي الانتباه ما بين (6-12) سنة** ، رسالة لنيل شهادة الماجستير ـ جامعة وهران
28. حاتم الجعافرة (2008): **الاضطرابات الحركية عند الطفل**، الأردن ، دار أسامة للنشر ، الطبعة الأولى .
29. حامد ،عبدالسلام زهران (1971) : **علم نفس النمو** ، القاهرة ، عالم الكتب .
30. حسين ، طه عبد العظيم (2010) :"**الصحة النفسية ومشكلاتها لدى الأطفال**،، مصر، دار الجامعة الجديدة.
31. ختام ،عبد الحميد بوشوارب (2013) : **فعالية برنامج ارشادي لتخفيف من اعراض ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد لدى اطفال الروضة** ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير تخصص صحة نفسية ، غزة فلسطين .

32. رنا ، محمد صبحي عوادة (2007): **دمج المعاقين حركيا في المجتمع المحلي بيئيا واجتماعيا (دراسة حالة في محافظة نابلس)** ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ، جامعة النجاح الوطنية ، نابلس ، فلسطين .

33. رياض ، نايلي العاسمي (2008) : اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى التلاميذ لدى تلاميذ الصفين الثالث الرابع من التعليم الأساسي ، دراسة تشخيصية ، **مجلة جامعة دمشق** المجلد 24 العدد الأول (53 . 103)

34. زينب ، ماضي محمود السوي (2018) : **فعالية برنامج علاجي باللعب في تنمية القدرات النفس اللغوية لدى الاطفال ذوي الإعاقة الذهنية القابلين للتعلم** ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ، علم النفس التربوي ، كلية علوم ذوي الاحتياجات الخاصة . جامعة بني سويف .

35. سحر، احمد الخشرمي (2000) : **المدرسة للجميع دمج الأطفال** ذوي الاحتياجات الخاصة، جامع السعودية للعلوم التربوية والنفسية، مشرفة تربوية بوزارة التعليم بالمملكة العربية السعودية.

36. سعيد ، حسني العزة (2002): **التربية الخاصة لذوي الإعاقة العقلية** عمان ، الاردن ، مكتبة الروعة

37. سمير، أبو مرزوق(2007) : **برنامج التعليم الجامع، " الدمج بين الفكرة والتطبيق في مدارس قطاع غزة، المؤتمر العلمي الأول، التربية الخاصة بين الواقع والمأمول"**، (في الفترة م 19 – 20 يوليو 2007)، كلية التربية جامعة بنها.

38. سميرة ، علي جعفر ، خالد ، غازي الدبلجي (2014): فاعلية برنامج مقترح لخفض السلوك المندفع لدى الأطفال المعاقين عقليا والقابلين للتعلم ، **مجلة علم الانسان والمجتمع** العدد 13 .

39. سناء ، محمد سليمان (2013) : **مشكلة النشاط الزائد وتشتت الإنتباه لدى الأطفال** ، القاهرة ، عالم الكتب والمعرفة.

40. سهام ،ابوعيطة ، الاء الشمايلة (2017): فاعلية الارشاد الجمعي المستندإلى العلاج الجدلي السلوكي في خفض الاندفاعية ، **المجلة الاردنية في العلوم التربوية** ، مجلد13 عدد 4 .

41. سهير ،كامل (2007) : **الصحة النفسية والتوافق** ، القاهرة ، المكتبة الأجلو مصرية

42. سيسالم ، كمال (2001) :**اضطراب قصور الانتباه والحركة المفرطة ،خصائصها وأسبابها واساليب العلاج** ، الامارات ، دار الكتاب الجامعي، العين .

43. طارق ،عبد الرؤوف عامر ، ربيع محمد (2008)، **تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية**، عمان، الأردن، دار اليازوري للنشر .

44. طه ،أميرة بخش (2001) : **فعالية الإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا**، كلية التربية جامعة ام القرى ، بمكة المكرمة السعودية .

45. طلعت ، منصور (1994): استراتجيات التربية الخاصة والكفاءات اللازمة لمعلم التربية الخاصة ، **مجلد الارشاد النفسي** العدد الثاني السنة الثانية مركز الارشاد النفسي جامعة عين الشمس .

46. عايسي ،عزيزة (2006): **الأداء الذهني والسلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس العادية دراسة مقارنة بين المدمجين في أقسام التعليم المكيف والأطفال المتواجدين بمركز التكيف المدرسي**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه

47. عبد الرحمن ، محمد السيد (2006) : **نظريات الشخصية** ، الرياض ، دار الزهراء ، الطبعة 2 .

48. عبد المجيد ، طه راضي (2014): **الدمج التربوي ومشكلات التعليم الاطفال في مدارس التعليم العام** ، القاهرة ، دار الفكر العربي للنشر ، الطبعة 01

49. عبد المطلب ، أمين القريطي (1996): **سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة وتربيتهم** ، القاهرة دار الحكمة العربي ، ج1 .

50. عبدالعزيز، السرطاوي ، عبد العزيز، حسن ايوب (2000):**الإعاقة العقلية** ، الكويت ، مكتبة الفلاح .

51. عبدالفتاح ، علي غزال (2014): **النشاط الزائد** ، الاسكندرية ، دار الجامعة الجديدة .

52. عثمان، لبيب فراج (2002) : **الاعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة تصنيفها ، اسبابها أعراضها ، اتشخيصها والتدخل العلاجي**، الزمالك القاهرة ، المجلس العربي للطفولة والتنمية .

53. عدنان ، احمد الفسفوس (2006) :**اساليب تعديل السلوك الانساني** ، السلسلة الارشادية 2 تاريخ النشر 03 -07 -2006 .

54. عزت ، عبد الحميد (2011): **الإحصاء النفسي والتربوي ، تطبيقات باستخدام spss18** ، القاهرة دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع.

55. علا ، عبد الباقي ابراهيم (2000) :**الإعاقة العقلية التعرف عليها واستخدام برامج تدريبية لعلاج الاطفال المعاقين عقليا** ، مصر ، علا للكتب.

56. علا عبدالباقي (1993): **التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية** ، مصر ، دار علا للكتب .

57. علي ،السيد احمد السيد ، بدر فائقة محمد(1999):**اضطراب الإنتباه لدى الأطفال** ، القاهرة ، النهضة المصرية ، الطبعة الأولى.

58. علي ، جواد (12-9-2017)، "**تعريف منهج البحث**" ، www.uobabylon.edu.iq، اطّلع عليه بتاريخ 10-9-2018.

59. عماد ، عبد الرحيم الزغول (2006):**الاضطرابات الانفعالية و السلوكية لدى الأطفال**. عمان، الأردن، دار الشروق. الطبعة 01 .

60. عناية ، حسن قبلي (2014): **التعزيز في الفكر التروي الحديث** ، القاهرة ،دار امانة للنشر والتوزيع ، الطبعة 01 .

61. عودة، نظمي والنجار، حامد محمد(2002) : مدى فاعلية برنامج باستخدام فن التعزيزٌ و التعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الاطفال المعوقينٌ عقليا القابلين للتعلم، **مجلة الجامعة الاسلامية** ، المجلد العاشر،(عدد خاص.)

62. عيناد ، ثابت اسماعيل (2017) : **دراسة استكشافية وقائية للاضطراب ماوراء المعرفي لدى الاطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه** ، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس المرضي والنمو ،جامعة تلمسان ، الجزائر.

63. غراب ، هشام أحمد (2010): برنامج ارشادي مقترح للتخفيف من حدة اضطراب الانتباه لدى الاطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم ، **مجلة مستقبل التربية العربية** المجلد 17

64. فاروق الروسان(1998) : **سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة**، عمان، الأردن، دار الفكره ، الطبعة 01 .

65. فتحي، مصطفى الزيات (2006): آليات التدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة و النشاط .مقدم للمؤتمر الدولي لصعوبات التعلم ، **مجلة كلية التربية** ، العدد الرابع والعشرين من الجزء الرابع .

66. فتحي ، مصطفي الزيات (2009) : **دمج ذوي الاحتياجات الخاصة، الفلسفة والمنهج** والآليات القاهرة، دار النشر للجامعات

67. فوزية، محمدي (2011) : **فعالية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة دراسة ميدانية على تلاميذ المرحلة الابتدائية** ،رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس المدرسي ، جامعة ورقلة

68. قحطان ، احمد الضاهر (2004): **تعديل السلوك** ، القاهرة ، دار وائل للنشر والطباعة والتوزيع .

69. قطامي، يوسف (1989) : **علم النفس التربوي**، عمان ، دار حنين ، الطبعة 01 .

70. كامل، محمد علي (2008) : **الاخصائي النفسي و المدرسي و اضطراب الانتباه**، الاسكندرية الاسكندريةٌ للكتاب

71. كمال، إبراهيم مرسي (1999) : **مرجع في التخلف العقلي** ،الكويت ، دار القلم .

72. كمال ، سالم سيسالم (2010): **الدماغ وقصور الإنتباه وفرط الحركة** ، الرياض، دار الزهراء للنشر والتوزيع ،الطبعة 01 .

73. كمال ، سالم سيسالم (2001) : **الدمج في الفصول ومدارس التعليم العام**، الإمارات العربية المتحدة دار الكتاب الجامعي.

74. الحمري، امينة (2015) : **بناء برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه لدى اطفال المرحلة الابتدائية** ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه . جامعة ابو بكر القائد تلمسان .

75. ماجدة ، السيد عبيد (2007): **الوسائل التعليمية في التربية الخاصة** ، الاردن ، دار صفاء للنشر .

76. مجدي، احمد محمد عبد الله.(2005) **الاضطرابات النفسية للأطفال الأعراض ، الأسباب و العلاج،** الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية.
77. محاسن ، مهدي عمر الحسين (2015):اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية ، دراسة وصفية بمحلية الخرطوم ، رسالة ماجستير في الارشاد النفسي والتربوي .
78. محمد ، جاسم محمد (2007) : **نظريات التعلم** ، عمان ، دار الثقافة للنشر والتوزيع،الطبعة 01
79. محمد ، حسنين عبده العجمي(2000) : **استراتيجية الدمج التربية المعاقين بجمهورية مصر العربية فرورة عصرية، كيف ؟ ولماذا ؟**"، المؤتمر السنوي لكلية التربية بجامعة المنصورة، بعنوان: " نحو رعاية نفسية وتربوية لذوي الاحتياجات الخاصة"، في الفترة من (4-5 إبريل 2000)
80. محمد ، رضا أحمد عبد الكريم (2015): **التدريب على الألعاب التعليمية وتأثيره على تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال المعاقين ذهنيا القابلين للتعلم** ، رسالة لنيل درجة الماجستير في الدراسات التربوية ، جامعة الاسكندرية .
81. محمد ، عبد المقصود علي(2008) : **استراتيجية الدمج كحق من حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة**، المؤتمر العلمي الحادي عشر، التربية وحقوق الإنسان، (في الفترة من 7-8 | مايو 2008م)، المجلد الأول، كلية التربية، جامعة طنطا .
82. محمد ، عبد المؤمن حسين (1986): **سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم** ، الاسكندرية ، دار الفكر الجامعي.
83. محمد ، علي اليازوري (2012) : **الاضطرابات السلوكية للمعاقين عقليا القابلين للتعلم وعلاقتها باساليب المعاملة الوالدية في قطاع غزة** ، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ،تخصص الصحة النفسية الجامعة الاسلامية ، غزة
84. محمد، محمود مندوه (2011): **نظريات التعلم**. الرياض: مكتبة الرشد
85. مريم ، محمد الشهري (2016) : **تربية و مفاهيم في المدارس العادية**"، جامعة الملك سعود الرياض.
86. مشيرة ،عبد الحميد ، احمد اليوسفي (2005) :**النشاط الزائد لدى الاطفال وبرامج الخفض**، مصر، المكتب الجامعي الحديث .
87. مصطفى، النوري القمش ، خليل، عبد الرحمان المعايطة (2007) : **الاضطرابات السلوكية و الانفعالية**.، عمان ، دار المسيرة، الطبعة01 .
88. مفيدة، بن حفيظ (2014) : **تصميم برنامج علاجي ميتا معرفي للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة**، اطروحة دكتوراه، جامعة باتنة، الجزائر.
89. ملحم ، سامي محمد (2006) : **مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي** ، عمان، دار المسيرة الطبعة 01 .
90. مليكة ، لويس كامل (1990) : **العلاج السلوكي وتعديل السلوك** ،الكويت دار القلم للنشر والتوزيع .

91. منى ، محمد ابراهيم (2015): **فاعلية برنامج تدريبي باستخدام القصة الموسيقية الحركية في تحسين بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقليا** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الزقازيق ، مصر.
92. موسى ، نبيل (2002) : **موسوعة مشاهير العالم** ، بيروت ، دار الصداقة العربية ، ج2
93. ناريمان ، عباد(2016) : **اساسيات الدمج التربوي** ، عمان ، دار المجد للنشر ، الطبعة 01 .
94. ناصر، الدين ابو حماد (2008): **تعديل السلوك الانساني واساليب حل المشكلات السلوكية**، الاردن دار جدار للكتاب العالمي ، الطبعة 01.
95. ناصر، على الموسي (2000) : **تجربة المملكة العربية السعودية في مجال دمج الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في المدارس العادية**، الرياض ،وزارة التربية والتعليم.
96. نايف ، بن عابد الزراع (2007) :**إضطراب ضعف الإنتباه و النشاط الزائد .دليل عملي للآباء و المختصين**، عمان ، الاردن، دار الفكر، الطبعة 01.
97. هارولد، ريجنالد (1992) : **تعديل السلوك البشري** » تعريب : د .فيصل محمد الزراد, السعودية دار المريخ للطباعة والنشر.
98. هبة ، عبد الحليم عبد ربه (2014): **النشاط الزائد الأسباب ـ التشخيص ـ البرنامج العلاجي** ، الاسكندرية ، دار الجامعة الجديدة ـ
99. هناء ، ابراهيم صندقلي(2008) : **صعوبات التعلم اضطراب الحركة وتشتت الانتباه**، دليل للأهل والاساتذة ، بيروت ، دار النهظة العربية، الطبعة 01.
100. وزارة المعارف (2001) : **دليل المرشد الطلابي في مدارس التعليم العام** , الإدارة العامة للإرشاد.

http://www.ibtesamah.com/showthread-t_312737.htmlFebruary 22, 2012, 01:53 AM

101. وليد، السيد خليفة (2008): **كيف يتعلم المخ ذو النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه**، الاردن دار وائل للطباعة والنشر.
102. وليد ،رضوان (2010): **الإعاقة العقلية الإضطرابات المعرفية والانفعالية** ، الاردن ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، الطبعة 01 .
103. يوسف ، يحي زكرياء (2000) : دراسة تشخيصية علاجية لدى اطفال المرحلة الابتدائية
104. يسين ، الحاج عبدالحفيظ (2019) : **تأثير برنامج مقترح بالألعاب الحركية في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المعاقين ذهنيا** ، ررسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير للعلوم والتكنولوجيا ، جامعة السودان.

ـ قائمة المراجع الأجنبية :

103 Bangor(2001): speech delay .copyright pediatrcs for parents inc72 spring.

104 Barkley RA. ,(2005),ADHD and the nature of self-control. The Behavior sciences , Clinical psychiatry, seventh edition

105 Batson, K,and simone ,A (2003). The effect of methylphenidate on neuropsychological,functioning in children ,with attention deficite hyperactivity disorder ,dissertation abstract internationnelle vol .

106 Biklen, D., Corrigan, C., & Quick, D. (1989). Beyond obligation: Book of Play Therapy . New York, John Wiley & Sons

107 Casttelo thimothy , &joseph castello (1995): abnormal psychology ,USA harper collines publishers Children Critical issues in the live of people with severe disabilities.

108 Davis, C. A., Brady, M. P., Williams, R. E., & Burta, M. (1992). The disorders. Education and Training in mental Retardation

109 Davission,G & Neale,J,M (1990) abnormal psychology, 5th ED limited.3Ed new York : john willy sons.

110 Dennis, R. E., & Giangreco, M. F. (1996). Creating conversation: diagnoestic guidelines , Geneva

111 Diaouida Petot (2005) ;. L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant. Dunod. Paris.

112 Donnell, R. (1995). An introduction to persons with severe disabilities . disabilities in typical classroom: Practical strategies for teachers. Baltimore

113 Downing, J. (1994). Including students with severe and multiple effects of self-operated auditory prompting tapes on the performance fluencyEmeeditionencourage independent purchasing by students with severe behavior

114 Erika H,(2001) : language devlopment ,2nd ED . wadsworth ,advision of Thomson learning .

115 Gardill, C. M., &Browder, D. M. (1995). Teaching stimulus classes to Garnter (Eds). Beyond separate Education: Quality education for all (pp. Guilford press A Division Guilford of publications, inc 72 spring

116 Hallahan,D,P &kuffman, J.M.(1991) : the exceptional children introduction special education 5 th Ed new djearsy : parentice –hall international limited

117 Haring, T. & Ryndak, D. (1994). Strategies and instructional Journal of Emotional & Behavioral Disorders, Vol. 8, Issue

118 Harold & et al (1994) : Symopsis of psychiatry,A. Success for all: Longitudinal effects of a restructuring programfor inner-city elementary schools. American Educational Research Journal,and ethnic differences in ADHD assessed by behavior ratings",Baltimore: Paul H. Brookes.

119 Hayes.N, Stratton (2003): A student's dictionary of psychology 4th ed London , amold publishe Heights, MA: Allyn & Bacon.

120 Happer weithener , kofka (1959): Special School an Mainstreaming on the Motivation and Education of Children With Learning Disabilities Eugene Matusov, COM Final Papers.Com Publishing Web for Student May

121 J .Ménéchal (2004). L'hyperactivité infantile(débats et enjeux). Dunod. Paris.

122 Jean Dumas (2007) ; (S.d). Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Deboeck. Bruxelles. 3

123 kendy. (1997): Mini DSM IV (critères diagnostiques). Masson. Paris...

124 Kahn djams et all (1996): cognitive kills and language knowledge of children with sever and profound mental retardation education and training in mental retaration and devllopmental disabilite

125 Leiberman, L. M. (1992). Preserving special Education.for those people of TASH serves. In L.H. Meyer, C. A. Peck, & L. Brown (Eds.). procedures to promote social interaction and relationships. In E. Cipani & F.Spooner (Eds).

126 Malenka rc ; nestler EJ (2009) :Reinforcement and addictive disorders in sydor molecular neuropharmacology:Afoundation for clinical neuroscience ; MC graw –hill medical; newyourk

127 Meyer, L. H., Peck, C. A., & Brown, L. (1991). Definition on the Middle east edition, Published by Williams and Williams

128 Neale,J,M (1998) abnormal psychology, 5th ED limited.3Ed new York : john willy sonsNeedham Heights, MA: Allyn & Bacon.of persons with severe mental retardation. Education and Training in MentalPaul H. Brookes

129 Psychiatrie American assotiation APA DSM4

130 Psychiatrie americane assotiation APA DSM5

131 Reid, R.,Ricco, C.A., Kessler, R.H.,Dupaul, G.J., Power (2000);, Retardation, Curriculum and instructional approaches for persons wit Reflections on cultural sensitivity in family interviewing. Exceptional

132 Robert Pelsser (1987). Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Gaëtan Morin. France.

133 Maden (1993). Curriculum content : For students Student's relations with each other in integrated classes. In D. Lipsky & A.T.J.,Anastopoulos, A.D., Rogers, A.D.,& Noll, M.B. "Gender

134 Schaefer, Charles; O'Connor, Kevin (1983) . Handsevere disabilities Boston, MA: Allyn & bacon.street, New York, London

135 Telford et sawry (1989) : " Perceptions of Parents, Teachersand Students Regarding an Integrated Education Inclusion Prograin", The High School

Journal, The High School Journal, The University of North Carolina Press, April-May, -

136 vanpen huevel, g. b. (2009). je suis hyperactive "le trouble défichte de l'attention avec hyperctivité (tdah) chez l'adulte. brucselles: de boeck université

137 vantalon, v. (2005). l'hyperactivité de l'enfant. paris: johne lappey eurotesct.

138 W.H.O (1992) : The ICD – 10 classification omental and behavioral, Clinical descriptions and who need it. In W. Stainback & S. Stainback (Eds.), Controversial issueconfronting special educatio. Boston: Allyn & Bacon.with moderate and severe disabilities in inclusive settings. Needham

الملاحـــــق

الملحق رقم (01)

الجدول رقم (30) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق اهداف المحور الأول للجلسة الأولى

عنـــوان الجلسة : انشطة لخفض النشاط الحركي		
الهدف من النشاط	تكـــوين وبنـــاء علاقـــة مع الطفـــل	
رقـم الجلســـة ومدتـــــها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الوسائل والأدوات المستعملـــــة**
الجلسة الأولى فردية تتراوح مدتها من (30 إلى 45 دقيقة)	ـ تقوم الباحثة في الجلسة الأولى والتي تعتبر جلسة تعارف لبناء وتكوين علاقة مع الطفل من خلال التكلم معه ووضع امامه مجموعة من الالعاب وإعطاءه الحرية المطلقة في اختيار المفضلة لديه والتصرف فيها واللعب معه . كما تقوم الباحثة بتدريب الطفل على الجلوس على الطاولة حتى يتعود لأخذمكانه لوحده	مجموعة من الألعاب وسائل مواصلات بلاستيكية صغيرة الحجم ، سيارات ، دراجات شاحنات .....) . ـ مجسمات بلاستيكية صغيرة الحجم ومتوسطة لحيوانات مختلفة (اليفة مفترسة)

الجدول رقم (31): يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الأول في الجلسة الثانية

عنـــوان الجلسة : انشطة لخفض النشاط الحركي		
الهدف من االنشاط	خفض النشاط الحركي وتدريب الطفل على الإستمرار في الجلوس	
رقـم الجلســة ومدتـــــها	**الأنشطـــة التدريبيـــة والتعليميـــة**	**الوسائل والأدوات المستعملـــــة**
الجلسة الثانية فردية تتراوح مدتها من (30 إلى 45 دقيقة تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة	ـ تقوم الباحثة في الجلسة االثانية بتدريب وتعليم الطفل على الجلوس في مكان واحد لمدة اطول في البداية تكون لمدة قصيرة تتراوح من (5 دقائق إلى 10 دقائق) وذلك من خلال اللعب معه بالألعاب المفضلة لدية . تقوم الباحثة في هذا النشاط بالزيادة في مدة الجلوس لمدة اطول تتراوح من (10 دقائق إلى 20 دقيقة) من خلال إعطاءه ورقة بيضاء وأقلام ملونة وإلهاءه برسم رسومات عشوائية وتلوينها	مجموعة من الألعاب وسائل مواصلات بلاستيكية صغيرة الحجم ، سيارات ، دراجات شاحنات .....) . ـ مجسمات بلاستيكية صغيرة الحجم ومتوسطة لحيوانات مختلفة (اليفة مفترسة) اوراق بيضاء ـ اقلام ملونة

الجدول رقم (32) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الأول في الجلسة الثالثة

عنـــوان الجلسة : انشطة لخفض النشاط الحركي		
الهدف من النشاط	خفض النشاط الحركي وتدريب الطفل على التركيز والتوازن الحركي	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الثالثة جماعية تتراوح مدتها من (ساعتين ونصف إلى 03 ساعات) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة	تقوم الباحثة في الجلسة االثالثة برسم خط مستقيم على الأرض بواسطة شريط لاصق من النوع العريض ذو اللمن الغامق . تقوم الباحثة من خلال الدعم البدني بتدريب وتعليم الطفل على المشي فوق الشريط اللاصق خطوة بخطوة دون الإنحراف منه حتى يتمكن من المشي لمفرده. يتكرر هذا النشاط لعدة مرات حتى يتمكن الطفل من اكتساب النشاط والتحكم في توازنه	شريط لاصق من النوع العريض ذو اللون الغامق

الجدول رقم (33) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الأول في الجلسة الرابعة

عنـــوان الجلسة : انشطة لخفض النشاط الحركي		
الهدف من النشاط	خفض النشاط الحركي وتدريب الطفل على التركيز والتوازن الحركي	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الرابعة جماعية تتراوح مدتها من (ساعتين ونصف إلى 03 ساعات) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ماطلب منه تنفيذه	تقوم الباحثة في الجلسة الرابعة بتعقيد النشاط السابق في الجلسة الثالثة حيث ترسم خط منكسر على الأرض بواسطة شريط لاصق من النوع العريض ذو اللون الغامق . وبواسطة قطع طباشير ملونة ترقم زوايا الخط المنكسر من (01 إلى 05) دائما بالمساعدة الجسدية في البداية تقوم الباحثة بتدريب الطفل المشي على الخط المنكسر وعندما يصل الطفل إلى الزاوية الأولى يتوقف لمدة (05ثواني) ولا ينتقل إلى الزاوية الثانية والإستمرار في المشي إلا إذا طلبت منه الباحثة ذلك يمكن تكرار النشاط حتى يتمكن الطفل من تنفيذه	شريط لاصق من النوع العريض ذو اللون الغامق قطع طباشير ملونة

الجدول رقم (34): يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الأول في الجلسة الخامسة

عنوان الجلسة : انشطة لخفض النشاط الحركي		
الهدف من النشاط	وتدريب الطفل على التركيز والتوازن الحركي والتدريب على فهم الجانبية والتوجه الفضائي	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الخامسة جماعية تتراوح مدتها من (ساعتين ونصف إلى 03 ساعات) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة	تقوم الباحثة في الجلسة الخامسة برسم مربع على الأرض بواسطة شريط لاصق دائما يحمل نفس المواصفات عريض وذو لون غامق وبقطع الطباشير ملونة ترسم الاتجاهات بجانب كل ضلع تضع اتجاه معين (يمين ، يسار ، أعلى ، تحت) تقوم الباحثة بتدريب وتعليم الطفل السير على اضلع المربع وعند وصول أحد زواياه يطلب منه الإستدارة حسب الأتجاه المطلوب منه الإتجاه فيه يتكرر هذا النشاط لعدة مرات حتى يتمكن الطفل من اكتساب النشاط وفهم التوجه الفضائي والجانبية	شريط لاصق من النوع العريض ذو اللون الغامق

الجدول رقم (35) يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الأول في الجلسة السادسة

عنوان الجلسة : انشطة لخفض النشاط الحركي		
الهدف من النشاط	تدريب الطفل على التركيز والتوازن الحركي والتدري على التصويب من مسافة بعيدة	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة السادسة جماعية تتراوح مدتها من (ساعتين ونصف إلى 03 ساعات) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة	ـ ترسم الباحثة بواسطة قطع طباشير دائرتين واحدة على الحائط والأخرى على الأرض في البداية تكون المسافة قصيرة بين الدائرتين وتقوم الباحثة بتدريب الطفل الوقوف في الدائرة المرسومة على الأرض والتي تعتبر مركز التصويب ليرمي بالكرة في وسط الدائرة المرسومة على الحائط بشرطاثناء الرمي عدم الخروج من الدارة المرسومة على الأرض . وحين يتمكن الطفل من الرمي من مسافة قريبة تزيد الباحثة من البعد في المسافة بين الدائرتين وتقوم بتدريب الطفل على رمي الكرة من مسافة ابعد بقليل من المسافة الأولى. ويتكرر هذاالنشاط لعدة مرات حتى يتمكن الطفل من تنفيذه	ـ قطع طباشير ملونة. ـ كرة اسفنجية

الجدول رقم (36) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثاني في الجلسة الأولى

عنوان الجلسة : خفض السلوك الاندفاعي		
الهدف من النشاط	لعب الأدوار	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الأولى جماعية تتراوح مدتها من (ساعتين ونصف إلى 03 ساعات) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	ـ بواسطة شريط لاصق عريض ترسم الباحثة خطين مستقيمين متوازيان يبعدان عن بعضهما بمسافة (02 متر) حيث الأول يكون كخط وصول والثاني يكون كنقطة انطلاق وتفصل بينهما بمربعات مرسومة بقطع الطباشير كنقاط للتوقف وتضع على طول الخط الأول مجموعة من الألعاب المفضلة لكل طفل . . تدعو الباحثة الأطفال بالإصطفاف في شكل طابور وتدريبهم وتعليمهم على انتظار الدور وتطلب من كل واحد ليأخذ اللعبة التي يريدها يجب ان ينطلق من الخط الثاني كنقطة انطلاق مرورا بالمربعات كنقاط توقف ولا ينتقل إلى المربع الموالي إلا بعد أخذ الأمر من الباحثة لكي يمر إلى الخط الأول لأخذ اللعبة التي يريدها	ـ العاب مفضلة لدى الأطفال ـ شريط لاصق عريض . قطع الطباشير

الجدول رقم (37) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثاني في الجلسة الثانية

عنوان الجلسة : خفض السلوك الاندفاعي		
الهدف من النشاط	لعب الأدوار والتدريب على انتظار الدور	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الثانية جماعية تتراوح مدتها من (ساعتين ونصف إلى 03 ساعات) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	تضع الباحثة على الأرض دائرتين كبيرتين المشكلة من العصا البلاستيكية تبعدان بعضهما البعض بمسافة (02 متر) وتضع كرة بلاستيكية كبيرة الحجم في الدائرة الأولى. تقوم الباحثة بتدريب الطفل على دحرجة الكرة باليد من وسط الكرة الأولى إلى وسط الكرة الثانية ولا يبدأ في الدحرجة إلا بعد ما تطلب منه الباحثة ذلك. ـ كما تقوم الباحثة بإحضار بالونات منفوخة وتدرب الطفل على قذفها إلى الأعلى في البداية يقذف بالون واحد وبعدها تضيف بالون ثاني يقذف الأول إلى الأعلى وبعدها يقذف الثاني وينتظر سقوط الأولى لإعادة قذفها ويحاول امساكها دون السقوط على الأرض وهكذا ...	ـ قطع طباشير ـ كرات كبيرة الحجم ـ بالونات بلاستيكية ـ عصا بلاستيكية مشكلة على شكل دوائر

الجدول رقم (38) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثاني في الجلسة الثالثة

عنوان الجلسة : انشطة لخفض السلوك الاندفاعي		
الهدف من النشاط	لعب الأدوار والتدريب على انتظار الدور	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الثالثة جماعية تتراوح مدتها من (ساعتين ونصف إلى 03 ساعات) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	ـ تضع الباحثة في سلة واحدة مجموعة من الكرات وتضع سلل مختلفة الألوان وموافقة لألوان الكرات والفارغة في جهة اخرى تبعد السلة المملوءة بالكرات بمسافة (مترين ونصف). ـ وتقوم الباحثة بتدريب الطفل على أخذ كرة واحدة ذات لون معين ويضعها في السلة الفارغة من نفس لون الكرة بشرط لاينقل الكرة من السلة المملؤة إلى السلة الفارغة إلا بعد أن تطلب منه الباحثة ذلك .	ـ كرات صغيرة الحجم بالوان مختلفة . ـ سلل بالوان مختلفة

الجدول رقم (39) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثاني في الجلسة الرابعة

عنوان الجلسة : انشطة لخفض السلوك الاندفاعي		
الهدف من النشاط	لعب الأدوار و التدريب على انتظار الدور	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الرابعة جماعية تتراوح مدتها من (ساعتين ونصف إلى 03 ساعات تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	تحضر الباحثة أكواب بلاستيكية تكون نصف مملوءة بالماء. وتقوم بتدريب الطفل على نقل كوب من الماء نصف مملوء ويضعه في المكان الذي تطلب منه الباحثة وضعه فيه ويبعد عنه بمسافة معينة تحددها الباحثة أثناء الجلسة ويشترط في النشاط أن لا يسيل الماء من الكوب	ـ أكواب بلاستيكية ـ ماء

ـ الجدول رقم (40) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الأولى

عنوان الجلسة : انشطة لزيادة مدة الإنتباه للمثيرات البصرية		
الهدف من النشاط	تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الإنتباه البصري للمثيرات البصرية والزيادة في مدته والمرونة في نقل الإنتباه	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الأولى فردية تتراوح مدتها من (30 دقيقة إلى 45 دقيقة) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	تحضر الباحثة كريات خرز صغيرة الحجم مثقوبة في الوسط مع خيط الخرز . ـ تقوم الباحثة بتدريب الطفل على إدخال خيط الخرز في ثقب الكريات . ـ كما تحضر الباحثة مكعبات صغيرة وتدرب الطفل على تركيب منزل بتلك المكعبات بالتقليد عن نموذج . ـ تحضر الباحثة ورقة مرسومة عليها متاهة وتطلب من الطفل اتباع الطريق الصحيح عن طريق سهم حتى ا لخروج من المتاهة .	ـ كريات الخرز ـ خيط الخرز ـ مكعبات صغيرة الحجم ـ رسومات لمتاهات

الجدول رقم (41) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الثانية

عنوان الجلسة : انشطة لزيادة مدة الإنتباه للمثيرات البصرية		
الهدف من النشاط	تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الإنتباه البصري للمثيرات البصرية والزيادة في مدته والمرونة في نقل الإنتباه	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الثانية فردية تتراوح مدتها من (30 دقيقة إلى 45 دقيقة) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	تقوم الباحثة بإحضار مجموعة من الصور المختلفة ومجموعة من الأقلام الملونة . ـ في النشاط الأول تطلب الباحثة بإحضار لونين من بين الألوان التي وضعت امامه في امر واحد وبعدها تعقد من النشاط إلى إحضار 03 الوان في أمر واحد. ـ في النشاط الثاني تطلب الباحثة من الطفل بإحضار صورتين في امر واحد من بين عدة صور التي وضعت أمامه	ـ صور مختلفة (صور خضر ، فواكه ، حيوانات) ـ اقلام ملونة

الجدول رقم (42) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الثالثة

عنوان الجلسة : انشطة لزيادة مدة الإنتباه للمثيرات البصرية		
الهدف من النشاط	تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الإنتباه البصري للمثيرات البصرية والزيادة في مدته والمرونة في نقل الإنتباه	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الثالثة فردية تتراوح مدتها من (30 دقيقة إلى 45 دقيقة) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	ـ ترسم الباحثة في النشاط الأول على ورقة مربع وتقسمه إلى عدة أجزاء وتحضر مجموعة من الألوان وتطلب منه تلوين كل جزء بلون مختلف مع احترام الخروج من إطار كل جزء . ـ في النشاط الثاني تقوم الباحثة على ورقة بيضاء برسم مجموعة من الرموز وتطلب من الطفل وضع الرمز المطلوب منه البحث عنه في إطار صغير وتلوينه باللون الذي تختاره له الباحثة .	ـ ورقة بيضاء ـ أقلام ملونة

الجدول رقم (43) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الرابعة

عنوان الجلسة : انشطة لزيادة مدة الإنتباه للمثيرات البصرية		
الهدف من النشاط	تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الإنتباه البصري للمثيرات البصرية والزيادة في مدته والمرونة في نقل الإنتباه	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الرابعة فردية تتراوح مدتها من (30 دقيقة إلى 45 دقيقة) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	ـ تقوم الباحثة بإحضار مجموعة من بطاقات عليها حروف و لأرقام وبطاقات اخرى عليها كلمات لصور حيوانات وخضر وفواكه مختلفة . ـ في النشاط الأول تقوم الباحثة بوضع بطاقات الحروف والأرقام أمام الطفل وفي كل مرة تطلب منه إحضار حرف و ورقم في أمر واحد ـ في النشاط الثاني تقوم الباحثة بوضع بطاقات الكلمات في صف وتطلب من الطفل ان يضع امام كل كلمة الصورة المطابقة لها	بطاقات لحروف و أرقام ـ بطاقات لكلمات ـ بطاقات لصور حيونات وخضر وفواكه

الجدول رقم (44) يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الأولى

عنوان الجلسة : انشطة لخفض قصور الإنتباه السمعي وزيادة مدة الإنتباه للمثيرات السمعية		
الهدف من النشاط	تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الإنتباه السمعي للمثيرات السمعية والزيادة في مدته والمرونة في نقل الإنتباه	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الأولى فردية تتراوح مدتها من (30 دقيقة إلى 45 دقيقة) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	بواسطة حاسوب الي مبرمج بقرص مضغوط على أصوات مختلفة تقوم الباحثة في الجلسة الأولى بإصدار في كل مرة صوت مختلف وتطلب من الطفل الانتباه لوجود الصوت من عدمه . وبواسطة الهاتف الذكي مبرمج على اصوات مختلفة تقوم الباحثة بوضعه في كل مرة في مكان مختلف وتطلب الباحثة من الطفل معرفة مصدر الصوت واتجاهه . ـ تسمع الباحثة الطفل اصوات مختلفة الشدة (حادة ، غليظة) وتطلب منه الباحثة برفع يده عند سماع الصوت الحاد وخفضها عند سماع الصوت الغليظ.	ـ حاسوب الي ـ قرص مضغوط ـ الهاتف الذكي

الجدول رقم (45) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الثانية

عنوان الجلسة : انشطة لخفض قصور الإنتباه السمعي وزيادة مدة الإنتباه للمثيرات السمعية		
الهدف من النشاط	تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الإنتباه السمعي للمثيرات السمعية والزيادة في مدته والمرونة في نقل الإنتباه	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الثانية فردية تتراوح مدتها من (30 دقيقة إلى 45 دقيقة) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	تحضر الباحثة مجموعة من الصور لحيوانات (البفة ، ومفترسة) وصور لأدوات كهرو منزلية وتطلب منه الباحثة استخراج الصورة عند سماع صوتها - تقوم الباحثة بلفظ عدة كلمات وتطلب منه التمييز بين الكلمات المتشابهة (كأس ، فأس) (علم، فلم) - تتلفظ الباحثة عدة كلمات وتطلب من الطفل تحديد الكلمات التي تبدأ بحرف واحد .	- صور لحيوانات اليفة ومفترسة - صور لأدوات كهرومنزلية -

الجدول رقم (46) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الثالثة

عنوان الجلسة : انشطة لخفض قصور الإنتباه السمعي وزيادة مدة الإنتباه للمثيرات السمعية		
الهدف من النشاط	تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الإنتباه السمعي للمثيرات السمعية والزيادة في مدته والمرونة في نقل الإنتباه	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الثالثة فردية تتراوح مدتها من (30 دقيقة إلى 45 دقيقة) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	تقوم الباحثة بتدريب الطفل على تمارين الإيقاع بواسطة النقر على طبل صغير (دف) حيث يكون النقر متقطع . ـ تقوم الباحثة بنقر مرتين وتتوقف وتضيف نقرة وتطلب من الطفل إعادة عدد النقرات بنفس المنوال ـ تنقر الباحثة اسفل الطاولة عدة نقرات وتطلب منه إعطاء عدد النقرات وإعادتها . ـ تقوم الباحثة بالتصفيق عدة مرات وتطلب منه اعطاء عدد التصفيقات وإعادتها	ـ طبل صغير (دف)

الجدول رقم (47) : يبين الأنشطة التدريبية لتحقيق أهداف المحور الثالث في الجلسة الرابعة

عنوان الجلسة : انشطة لخفض قصور الإنتباه السمعي وزيادة مدة الإنتباه للمثيرات السمعية		
الهدف من النشاط	تدريب وتعليم الطفل على التركيز وجذب الإنتباه السمعي للمثيرات السمعية والزيادة في مدته والمرونة في نقل الإنتباه	
عدد الجلسات ومدتها	**الأنشطـــــة التدريبيـــــة والتعليميـــــة**	**الأدوات والوسائل المستعملة**
الجلسة الرابعة فردية تتراوح مدتها من (30 دقيقة إلى 45 دقيقة) تتخللها راحة لتعزيز الإستجابات الصحيحة وتدعيم ما طلب منه تنفيذه	تحضر الباحثة مجموعة من الكرات صغيرة الحجم وصندوق فارغ وتطلب من الطفل عند سماع نقرة يضع كرة واحدة وعند سماع نقرتين يضع كرتين وهكذا . ـ تقوم الباحثة بتدريب الطفل على تحريك لعبة حسب نوع الصوت . ـ إذا كان الصوت طويل يحرك اللعبة بسرعة وإذا كان الصوت قصير يحركها ببطئ.	ـ كرات صغيرة الحجم ـ صندوق فارغ

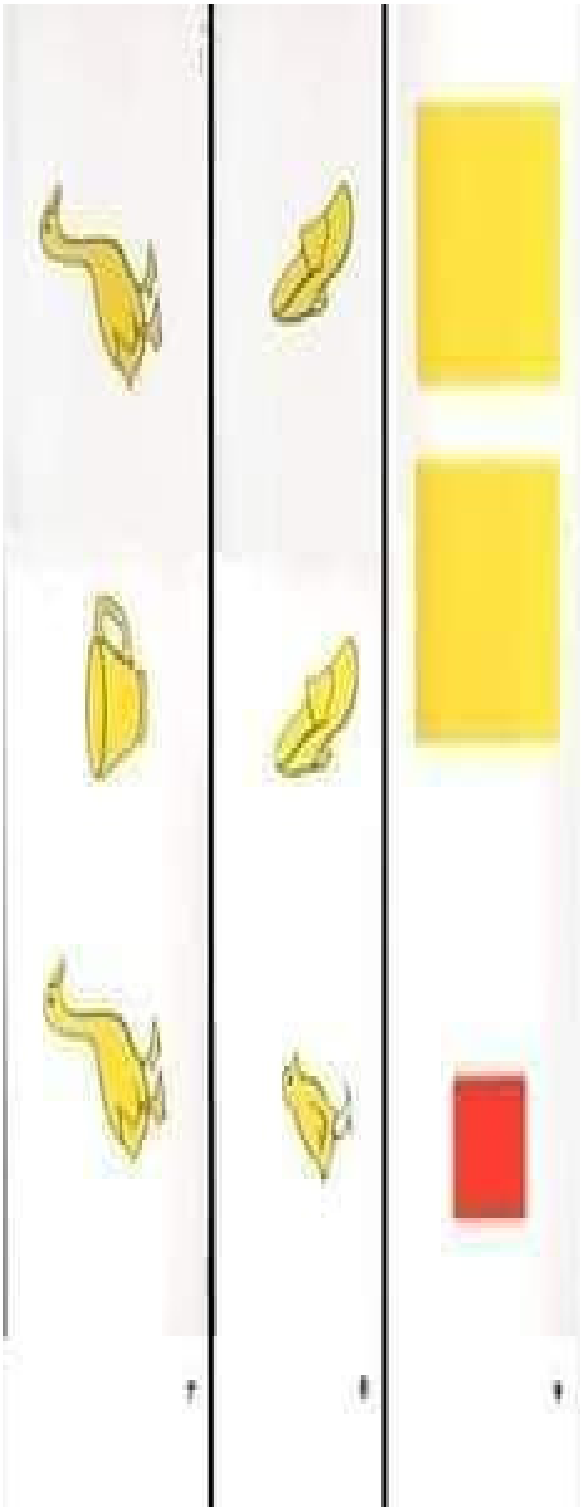
ـ الملحق رقم (02):

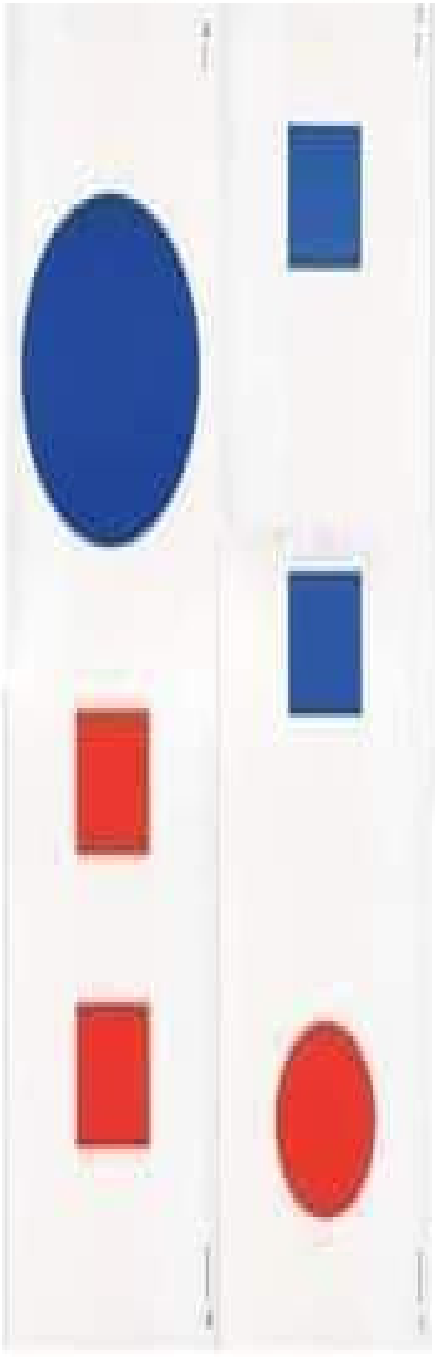
قائمة الاساتذة والباحثين المحكمين للبرنامج:

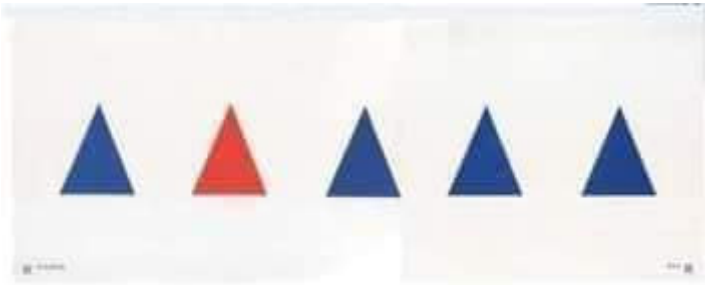
اسم المحكم	التخصص	الجامعة / القسم
ـ أ . د . هلايلي ياسمينة	تخصص علم النفس التربوي	جامعة باتنة ـ 01 ـ
ـ أ . بن لمبارك ياسمينة	تخصص علم النفس العيادي	جامعة باتنة ـ 01 ـ
ـ أ. محمود محمد درويش عرفه	أخصائي تربية خاصة	جامعة الإسكندرية ـ مصر
ـ أ . عبد الرحمان علي محمد خليل	أخصائي تربية خاصة	جامعة حلوان ـ مصر
أ . رامي محمد رشاد	تربية خاصة تخصص إعاقة عقلية	جامعة بنها ـ مصر ـ
ـ أ .عبد الجواد صلاح عبد الرحمان	تخصص علم النفس	جامعة المنيا ـ مصر.
ـ د. بودليو جميلة	اخصائية في الطب النفسي للأطفال	قسم الطب النفسي للأطفال المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية ـ المعذر.
د . عيساني كلثوم	اخصائية تغذية	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية ـ المعذر.
ـ شرفي فريدة	نفسانية عيادية رئيسية ممارسة	قسم الطب النفسي للأطفال المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية ـ المعذر.

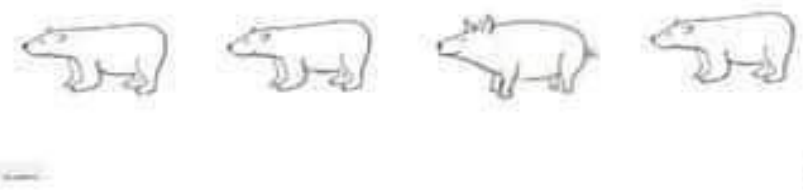
جدول رقم (48) يبين قائمة الاساتذة والباحثين المحكمين للبرنامج

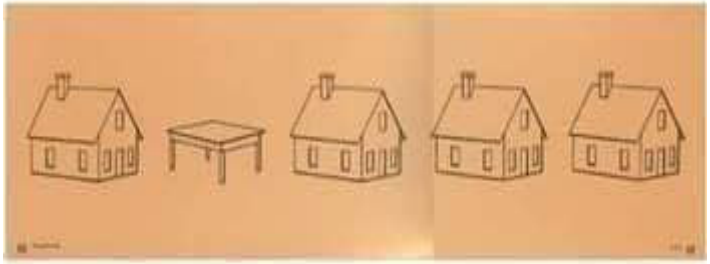
الملحق رقم (03) : اختبار كولومبيا

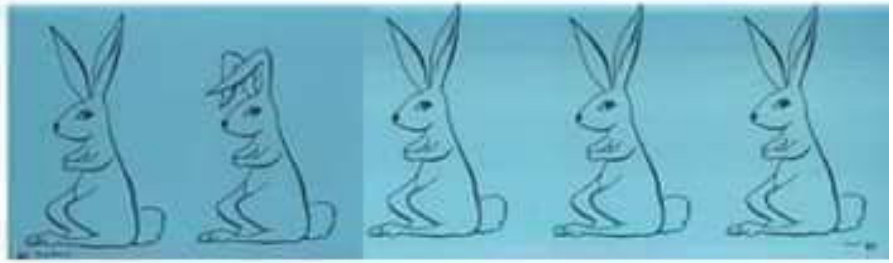


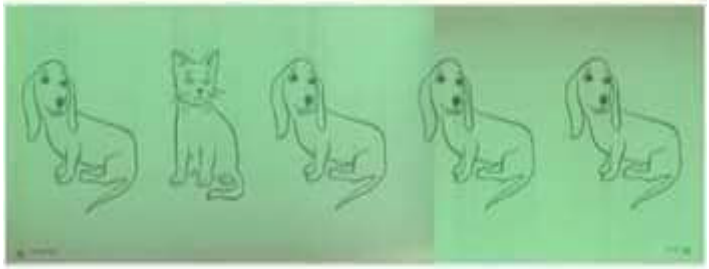


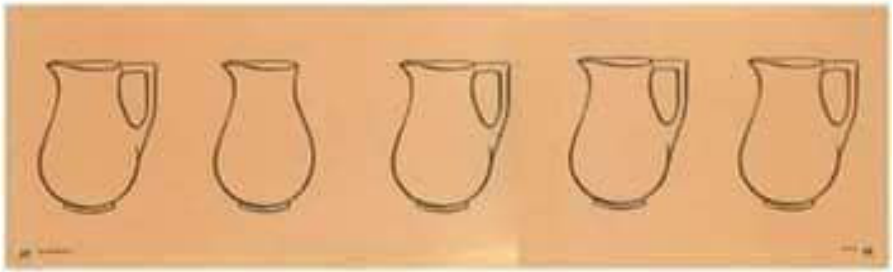


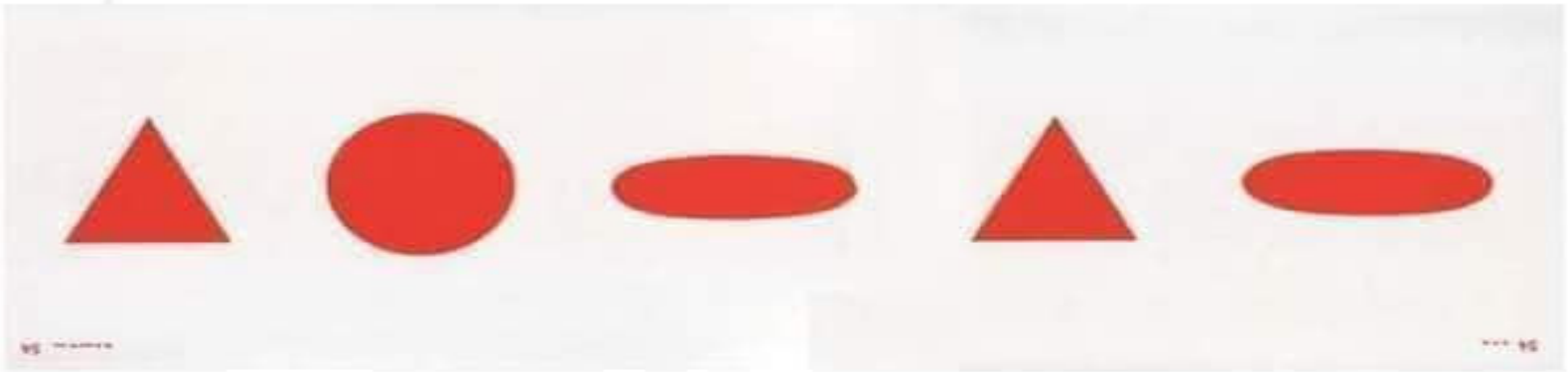


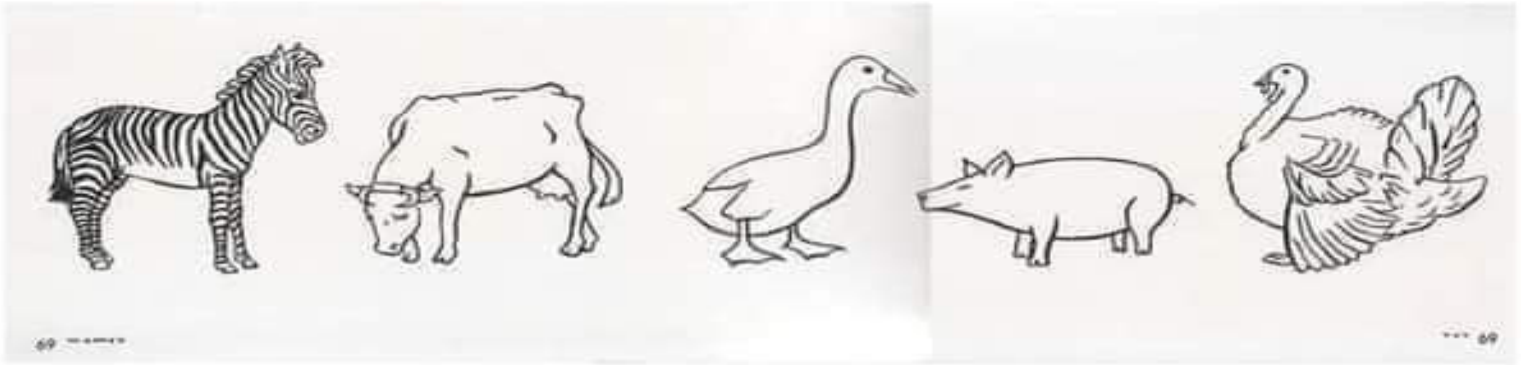


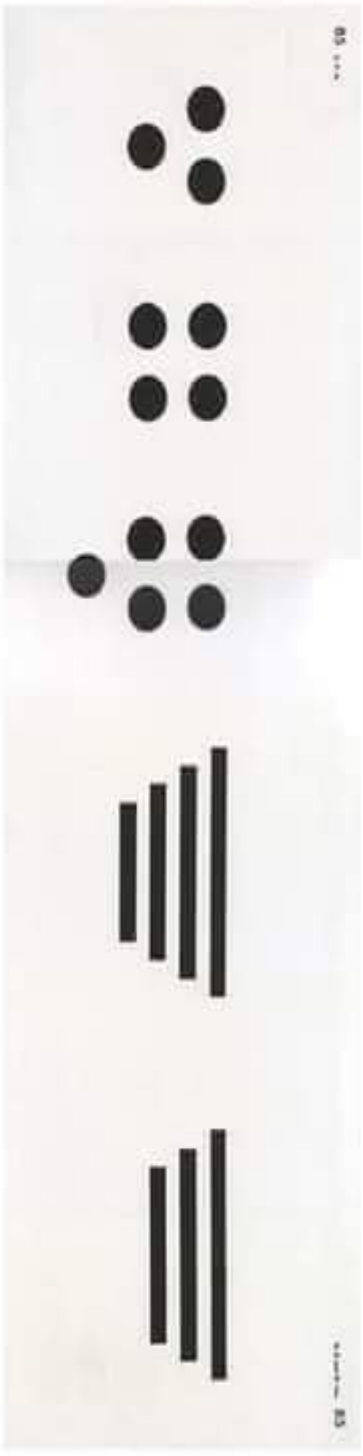


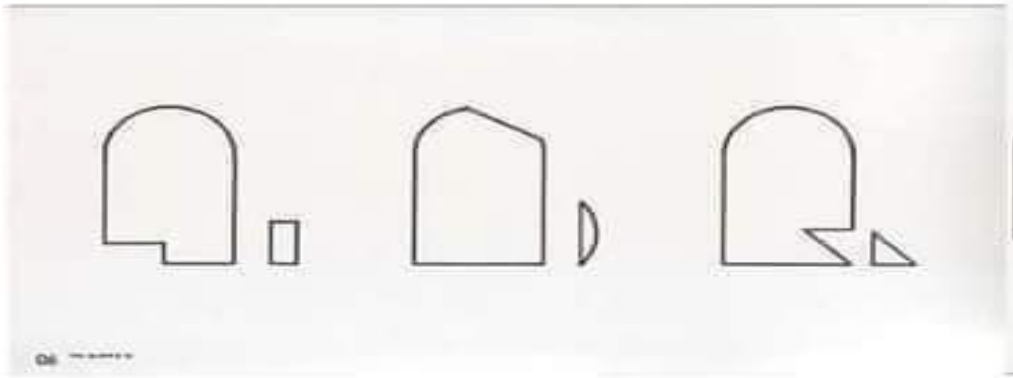


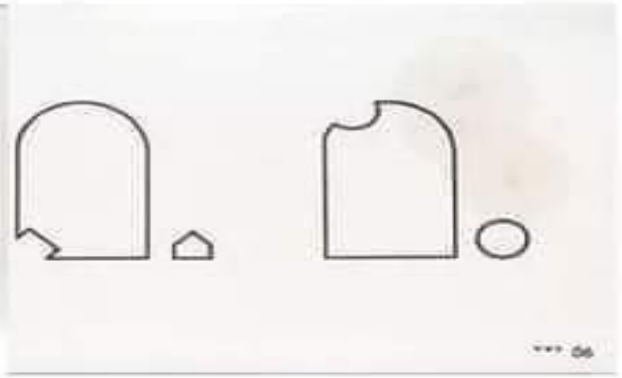


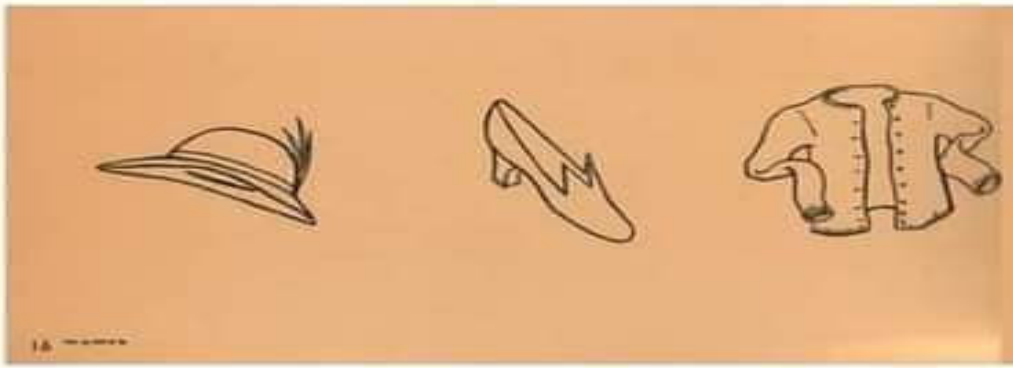












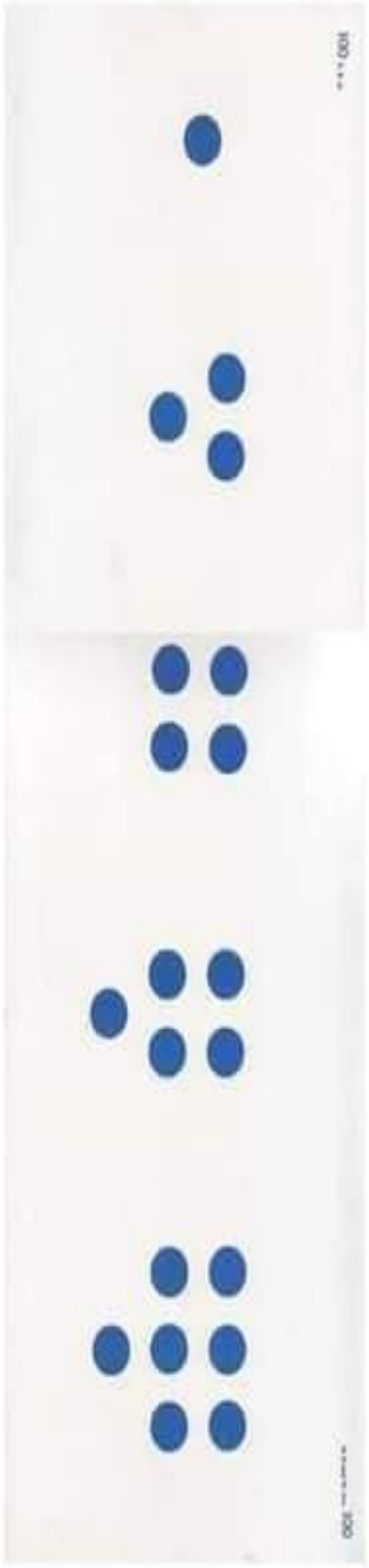


Table VII

Estimage en Q.I. Standard

Technique Enquête

Notes brutes	Ages						
	6 ans 6,5	7 ans 6,5	8 ans 7,5	9 ans 8,5	10 ans 9,5	11 ans 10,5	12 ans 11,5
0							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15	50						
16	51						
17	53						
18	54						
19	55						
20	57	20					
21		58	31				
22		59	34				
23		61	36				
24		62	37				
25		64	39		10		
26		65	41		12		
27		66	43		15		
28		68	45		17		
29		69	46		19		
30		70	48		21		
31		72	50		23		
32		73	51		25		
33		74	54		27		
34		76	55		30		
35		77	57		31		
36		78	59		33		
37		80	61		35		
38		81	62		37		
39		82	64		40		
40		84	66		43	29	
41		85	68		44	32	18
42		86	70		46	34	21
43		88	71		48	36	23
44		89	73		50	38	25
45		91	75		52	40	27
46		92	77		54	43	30
47		93	79		56	45	32
48		95	80		58	47	34
49		96	82		60	49	36
50		97	84		62	51	39
							41

ECHELLE DE MATURITÉ MENTALE DE COLUMBIA

FEUILLE DE NOTATION

Nom : Prénom : Sexe

Établissement : Classe

Adresse des parents : 2043

Date de l'examen : Note : Quotité :

Date de naissance : A.M. : Classe normale :

Âge à l'examen : Q.I. : Q.I. standard :

N°	Réponse	Note	N°	Réponse	Note	N°	Réponse	Note	N°	Réponse	Note	N°	Réponse	Note
1	(1)	+	21	(1)	+	41	(5)	-	61	(1)	+	81	(1)	-
2	(1)	+	22	(2)	+	42	(5)	-	62	(5)	+	82	(1)	-
3	(3)	+	23	(3)	+	43	(1)	-	63	(2)	+	83	(4)	-
4	(2)	+	24	(3)	+	44	(1)	-	64	(4)	+	84	(2)	-
5	(1)	+	25	(4)	+	45	(2)	+	65	(3)	-	85	(3)	-
6	(1)	+	26	(3)	+	46	(4)	+-	66	(1)	-	86	(1)	-
7	(2)	+	27	(3)	+	47	(5)	+	67	(3)	-	87	(3)	-
8	(3)	+	28	(2)	+	48	(4)	+	68	(5)	-	88	(3)	-
9	(3)	+	29	(2)	+	49	(5)	-	69	(5)	+	89	(1)	-
10	(1)	+	30	(3)	+	50	(5)	-	70	(1	-	90	???	-
11	(3)	+	31	(2)	+	51	(2)	+	71	(5)	-	91	???	-
12	(1)	+	32	(4)	+	52	(1)	+	72	(5)	-	92	(4)	-
13	(2)	+	33	(5)	-	53	(3)	+	73	(3)	-	93	(4)	-
14	(1)	+	34	(4)	-	54	(4)	+	74	(1)	-	94	(4)	-
15	(1)	+	35	(1)	+	55	(2)	+	75	(1)	-	95	(4)	-
16	(2)	+	36	(1)	+	56	(2)	+	76	(5)	-	96	(5)	-
17	(1)	+	37	(2)	+	57	(3)	+	77	(4)	-	97	(5)	-
18	(3)	+	38	(4)	+	58	(4)	+	78	(4)	-	98	(1)	-
19	(1)	+	39	(5)	+	59	(1)	+	79	(5)	-	99	(2)	-
20	(2)	+	40	(3)	+	60	(4)	+	80	(5)	-	100	(1)	-

Handicap :

Observations :

Examinateur :

LES EDITIONS DU CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE,
25, rue de la Plaine 75980 Paris cedex 20
Copyright 1964 - by Centre Psychologie Appliquée - Tous droits réservés
Dépôt légal : 4e trim. 1965 - Éd. n°1000301 - Imp. A.J. Communication

Table XI

Comparaison entre les moyennes (et les écarts-types) des notes obtenues dans les deux techniques

Ages	Technique	n	Moyenne	Ecart-type	Epreuves de signification
6 ans	Standard	30	32	10,48	|t| = 0 N.S.
	Enquête	30	32	11,11	F = 1,12 N.S.
8 ans	Standard	30	57	9,74	|t| = 1,21 N.S.
	Enquête	23	59	8,40	F = 1,35 N.S.
7 ans	Standard	50	63	9,04	|t| = 2,87 S.
	Enquête	42	68	7,21	F = 1,56 N.S.
8 ans	Standard	55	69	8,04	|t| = 1,89 S. à P = 6%.
	Enquête	40	72	6,82	F = 1,38 N.S.
9 ans	Standard	50	74	6,86	|t| = 1,04 N.S.
	Enquête	56	76	6,58	F = 1,08 N.S.
10 ans	Standard	55	79	7,04	|t| = 0,85 N.S.
	Enquête	71	80	5,73	F = 1,51 N.S.
11 ans	Standard	65	80	5,76	|t| = 2,85 T.S.
	Enquête	46	83	4,90	F = 1,37 N.S.

T.S. : différence significative à P = 1 %.
S. : différence significative à P = 5 %.
N.S. : différence non significative à P = 5 %.

découvert, d'en exclure un et un seul » [1]. Dans les premières planches, cette discrimination porte sur des éléments purement perceptifs — différences de forme, de couleur ou de taille, parties manquant dans un objet — tels que tous les dessins, sauf un, sont identiques. Par la suite, la tâche se complique et le sujet doit découvrir un principe de groupement — par ressemblance, communauté d'usage, appartenance à la même famille, sériation numérique, etc. — qui permet d'exclure logiquement un dessin et un seul. Selon les auteurs, ce genre d'exercice est « un indice valable des capacités mentales » [1]. En fait, le test sollicite surtout la pensée conceptuelle ou catégorielle qui a fait l'objet, entre autres, des travaux de VIGOTSKY, de GOLDSTEIN et de son école, ainsi que de certaines recherches de PIAGET

B - LES TRAVAUX AMÉRICAINS

Le test a été mis au point, entre 1947 et 1959, à l'Université de Columbia (New York), par Bessie BURGEMEISTER, Lucille HOLLANDER BLUM et Irving LORGE [1].

1) *La forme* 1954.

La forme provisoire comportait 85 planches qui furent administrées à 521 enfants new yorkais, entre 5 et 13 ans, en même temps qu'un test de niveau mental (Terman-Merrill ou Test rapide d'Otis). 147 I.M.C., de 3 à 23 ans, constituèrent un groupe de contrôle. L'étude des notes à cette échelle et de leurs corrélations avec les notes aux tests de niveau mental permit de constituer une échelle de 100 planches (66 appartenant à l'échelle provisoire et 34 nouvelles, plus faciles, pour les petits âges) que les auteurs étalonnèrent sur 957 enfants normaux, entre 3 et 13 ans, auxquels le Terman-Merrill (forme L) fut également appliqué. L'étalonnage, publié en 1954, fut établi à partir des âges mentaux à ce dernier test et non des âges réels, ce qui permit de l'étendre de 2 ans 5 mois à 16 ans 3 mois.

2) *La forme* 1959.

Les critiques adressées, par de nombreux utilisateurs, à cette forme 1954 incitèrent ses auteurs à la réviser en 1959. Ils remplacèrent 17 planches par de nouvelles, changèrent de place plusieurs planches et calculèrent un nouvel étalonnage, plus sévère que le précédent, allant de 3 ans 5 mois à 13 ans 11 mois.

aussi se gardera-t-on de ... ge sollicites l'enfant, afin d'éviter soit de le perturber, soit de l'a... er dans la solution des problèmes ulté... rieurs. On consignera ce ... t justification sur une feuille annexe ou l'on aura pris soin de ... noter les numéros des planches de 51 à 100.

Dans cette procédure :

— on ne dit pas à l'enfant si sa réponse était bonne ou mauvaise ;

— on ne lui dit pas si son explication définitive est satisfaisante ou non ;

— si la réponse initiale est bonne, le point reste acquis quelle que soit l'explication donnée par l'enfant ;

— si l'enfant, après avoir donné une mauvaise réponse, s'aperçoit, en essayant de la justifier, qu'il est trompé et découvre la bonne réponse, on ne le crédite pas d'un point. On lui dit seulement : « *Tu vois, tu n'avais pas fait bien attention.* »

Cette technique est particulièrement indiquée lorsqu'on veut apprécier, qualitativement, le niveau opératoire de la pensée chez l'enfant. Mais elle n'est guère recommandée au-dessous de 6 ans, car les explications données sont alors très pauvres, le temps d'application s'accroît et l'enfant se fatigue. On pourra toutefois l'utiliser à 5 ans si l'enfant paraît d'une intelligence vive et nettement supérieure à la moyenne.

G - Application aux enfants handicapés

1) *Avec les enfants I.M.C.*

De nombreux I.M.C. souffrent d'un tel handicap moteur qu'ils ne peuvent montrer avec précision le dessin qui ne va pas ; certains sont même incapables du moindre mouvement des membres supérieurs. Dans ce cas, on conviendra avec l'enfant d'un mode de réponse : « Oui » ou « Non » s'il peut articuler ces mots, mouvements de tête différenciés pour « Oui » et pour « Non », yeux fermés pour « Oui ». On pointera alors chaque dessin, en allant de gauche à droite (pour l'examinateur) en demandant à chaque fois : « Est-ce celui-ci ? ». Il est très rare qu'un psychologue entraîné à l'examen de ces enfants ne puisse obtenir de réponse, si grave que soit le handicap.

Certains de ces enfants ont, en outre, des déficits oculo-moteurs. On devra s'assurer, dès la première planche, qu'ils peuvent voir tous les dessins. Si l'enfant tend à ne regarder qu'une partie de la planche, on insistera: «*Il faut les regarder tous.*», et on pointera les dessins, un par un, lentement, de gauche à droite puis de droite à gauche en s'assurant que l'enfant les regarde tous. Si ce n'est pas

Table VIII

Echantillon français
Moyennes et écarts-types des âges en mois

Ages		Technique Standard			Technique Enquête		
		n	Moyenne	Ecart-type	n	Moyenne	Ecart-type
4 (3;6 à 4;5)	Garçons	26	48	3,16	—	—	—
	Filles	24	48	3,27			
	Ensemble	50	48	3,21			
5 (4;6 à 5;5)	Garçons	25	60	3,16	25	60	2,67
	Filles	25	60	2,93	25	60	2,66
	Ensemble	50	60	3,05	50	60	2,66
6 (5;6 à 6;5)	Garçons	25	72	3,01	42	71	4,15
	Filles	25	72	2,91	31	72	3,24
	Ensemble	50	72	2,96	73	71,4	3,81
7 (6;6 à 7;5)	Garçons	25	84	3,20	14	84	3,43
	Filles	25	83	2,96	28	83	3,54
	Ensemble	50	83,5	3,17	42	83,3	3,48
8 (7;6 à 8;5)	Garçons	30	96	3,46	18	95 *	2,44
	Filles	25	96	2,98	22	97	2,63
	Ensemble	55	96	3,28	40	96	2,93
9 (8;6 à 9;5)	Garçons	25	108	3,61	28	108	3,30
	Filles	25	108	3,01	28	107	3,36
	Ensemble	50	108	3,32	56	107,6	3,35
10 (9;6 à 10;5)	Garçons	30	120	3,76	34	120	3,36
	Filles	25	120	3,39	37	119	3,16
	Ensemble	55	120	3,60	71	119	3,14
11 (10;6 à 11;5)	Garçons	35	132	3,56	19	132	3,14
	Filles	30	132	3,68	27	132	3,42
	Ensemble	65	132	3,61	46	132	3,30

Aucune différence n'est significative (à P = 5 %) sauf pour (*). Celle-ci n'est pas significative à P = 10 %.

l'accorder, de noter ce comportement sur la feuille de réponse et d'insister auprès du sujet pour qu'il respecte la consigne, quitte à lui dire :

Si tu continues à nommer au lieu de montrer, je ne compterai pas ta réponse bonne.

Quelques enfants, ayant bien compris le principe de l'appariement exigé à partir de la planche 40, procèdent oralement aux groupements : « Celui-ci va avec celui-là... Celui-ci avec celui-là... C'est celui-ci qui ne va pas ». On ne découragera pas cette façon de procéder que l'on consignera sur la feuille de réponse.

C - Précisions techniques

Les consignes originales restant très générales, les précisions techniques suivantes — fondées sur une longue pratique — faciliteront l'administration de l'épreuve.

1) *Avec les très jeunes enfants et les déficients mentaux.*

Placer la planche 1 devant l'enfant et dire :

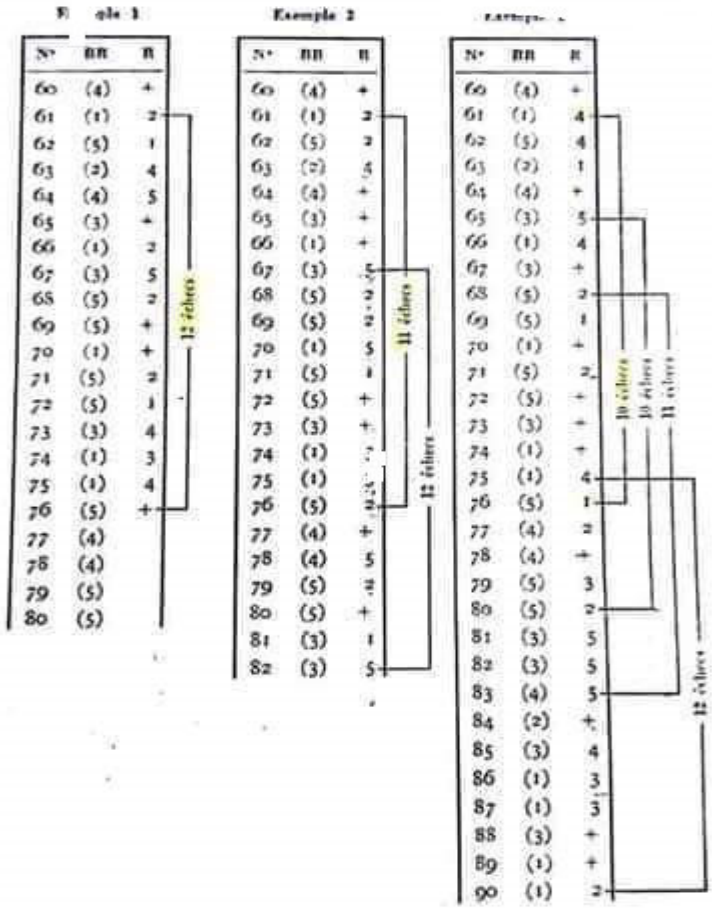
Tu vois, tu as ici un rond bleu et, ici, encore un rond bleu. Là, il y a un triangle noir[1]. *Le dessin là, le rond, va bien avec celui-ci qui est rond aussi. Ils vont bien tous les deux ensemble parce qu'ils sont ronds tous les deux et bleus tous les deux. Ils sont bien pareils. Mais celui-ci* (Montrer le triangle) *ne va pas avec les deux autres parce que c'est un triangle et qu'il est noir. Tu as bien compris ? Alors, montre-moi le dessin qui ne va pas avec les autres. Bien ! Maintenant, je vais te montrer d'autres cartons et tu devras simplement me montrer avec ton doigt le dessin qui ne va pas avec les autres.*

On aura intérêt à présenter ensuite la Pl. 3, puis la Pl. 2, car la bonne réponse, dans les Pl. 1 et 2, se trouve à la même place (dessin 1) et a la même forme (triangle noir dans la Pl. 1, triangle bleu dans la Pl. 2). Cette disposition risque d'induire — en particulier chez les débiles — des réponses stéréotypées qui nécessiteraient des explications supplémentaires.

Si l'enfant répond correctement aux Pl. 2 et 3, on le crédite d'un point à 1. S'il échoue, on démontre la bonne réponse et on n'accorde pas de points à 1 et aux planches démontrées.

---

1. Le mot « triangle » est d'ordinaire inconnu du jeune enfant. On peut lui demander s'il sait comment cela s'appelle (on obtiendra souvent « carré » ou « rectangle »). S'il ne comprend pas bien le mot on pourra dire « chapeau pointu » ou « toit » et, dans la consigne, remplacer « triangle » par l'une ou l'autre de ces expressions.


Exemple 1
Exemple 2
N° BB R
60 (4) +
61 (1) 2
62 (5) 1
63 (2) 4
64 (4) 5
65 (3) +
66 (1) 2
67 (3) 5
68 (5) 2
69 (5) +
70 (1) +
71 (5) 2
72 (5) 1
73 (3) 4
74 (1) 3
75 (1) 4
76 (5) +
77 (4)
78 (4)
79 (5)
80 (5)
12 échecs
11 échecs
12 échecs
60 (4) +
61 (1) 2
62 (5) 2
63 (2) 5
64 (4) +
65 (3) +
66 (1) +
67 (3) 5
68 (5) 2
69 (5) 2
70 (1) 5
71 (5) +
72 (5) +
73 (3) +
74 (1) 2
75 (1) 3
76 (5) 2
77 (4) +
78 (4) 5
79 (5) 2
80 (5) +
81 (3) 1
82 (3) 5
60 (4) +
61 (1) 4
62 (5) 4
63 (2) 1
64 (4) +
65 (3) 5
66 (1) 4
67 (3) +
68 (5) 2
69 (5) 1
70 (1) +
71 (5) 2
72 (5) +
73 (3) +
74 (1) +
75 (1) 4
76 (5) 1
77 (4) 2
78 (4) +
79 (5) 3
80 (5) 2
81 (3) 5
82 (3) 5
83 (4) 5
84 (2) +
85 (3) 4
86 (1) 3
87 (1) 3
88 (3) +
89 (1) +
90 (1) 2
10 échecs
10 échecs
11 échecs
12 échecs

الملحق رقم (04) : مقياس تقدير كونرز

(نسخة الوالدين ، نسخة الاساتذة)

Conners Parent Rating Scale – Revised (L)

النو

اسم الطفل : النوع

تاريخ الاختبار : / / يوم شهر سنة

تاريخ الميلاد / / السن :

الصف الدراسي :

القائم بالاختبار :

التعليمات :

الأسئلة الآتية بها عددد من المشاكل المنتشرة لدى الأطفال ، يجب عليك تحديد درجة السؤال من ملاحظاتك لتصرفات ابنك خلال الشهر الماضي و وضع علامة على الإجابة المثالية، مثلا لوكانت اجابتك بأبدا، نادراً أو قليلاً جداً ضع علامة على رقم صفر ، ولو كانت اجابتك بأن المشكلة صحيحة جداً أو كثيرة الحدوث ضع علامة على الرقم ٣ ، ضع علامة على رقم ١ أو ٢ للدرجات المتوسطة

إعداد وتصميم
أ / كريم عبد الرحمن القوني
أخصائي التربية الخاصة

م	البنـــــد	غير صحيح " نادرا " " ابدا	صحيح بدرجة قليلة " احيانا	صحيح الى حد ما " غالبا "	صحيح بدرجة كبير " دائما
١	مستاء وغاضب	٠	١	٢	٣
٢	يعاني من صعوبة في اداء الواجب وانهاءه	٠	١	٢	٣
٣	دائما يريد الحركة	٠	١	٢	٣
٤	خجول ـ يخاف بسهولة	٠	١	٢	٣
٥	كل شيء يكون دقيق ومضبوط	٠	١	٢	٣
٦	ليس لديه اصدقاء	٠	١	٢	٣
٧	يعاني من امراض المعدة	٠	١	٢	٣
٨	يتخانق ويتشاجر	٠	١	٢	٣
٩	يتجنب ، يظهر مقاومة أولديه صعوبة في عمليحتاج الى تركيز ذهني	٠	١	٢	٣
١٠	يعاني من صعوبة في التركيز فترة طويلة في الاعمال او اللعب	٠	١	٢	٣
١١	يجادل مع الكبار	٠	١	٢	٣
١٢	يفشل في انهاء مهماته وواجباته	٠	١	٢	٣
١٣	صعب السيطرة في الاسواق التجارية او اثناء شراء احتياجات المنزل	٠	١	٢	٣
١٤	يخاف من الناس	٠	١	٢	٣
١٥	يتأكد من الاشياء مرارا وتكرارا	٠	١	٢	٣
١٦	يخسر اصحابه بسرعة	٠	١	٢	٣
١٧	عنده اوجاع والام	٠	١	٢	٣
١٨	لا يهدا وكثي النشاط والحركة غير مستقر	٠	١	٢	٣
١٩	يعاني من مشاكل في التركيز في الفصل	٠	١	٢	٣
٢٠	لايستمع لما يقال	٠	١	٢	٣
٢١	يفقد اعصابه	٠	١	٢	٣
٢٢	يحتاج الى اشراف دائم ليكمل من واجباته	٠	١	٢	٣
٢٣	يجري او يتسلق كثيرافي موقف لا يصح فيه هذا التصرف	٠	١	٢	٣
٢٤	يخاف من المواقف الجديدة	٠	١	٢	٣
٢٥	يهتم بالنظافة الى حد كبير ومزعج	٠	١	٢	٣
٢٦	لا يعرف كيف يعمل صدقات	٠	١	٢	٣

٢٧	يعاني من اوجاع والاو في المعدة قبل الذهاب الى المدرسة	٠	١	٢	٣
٢٨	سهل الاستثارة ومندفع	٠	١	٢	٣
٢٩	لا يتبع التعليمات ويفشل في انهاء واجباته او مسؤولياته في العمل او الدراسة " لا يكون سبب فشله في فهم التعليمات او سلوك معارض	٠	١	٢	٣
٣٠	يعاني من صعوبة في تنظيم الواجبات والنشاطات	٠	١	٢	٣
٣١	متهيج	٠	١	٢	٣
٣٢	كثير الحركة والقلق	٠	١	٢	٣
٣٣	يخاف من البقاء بمفرده	٠	١	٢	٣
٣٤	لا بد من عمل الاشياء بنفس الطريقة كل مرة	٠	١	٢	٣
٣٥	لا يدعوه احد من اصدقائه لزيارته في منزله	٠	١	٢	٣
٣٦	يعاني من الصداع	٠	١	٢	٣
٣٧	يفشل في انهاء الاشياء التي بدأها	٠	١	٢	٣
٣٨	قليل التركيز وسهل ان يشتت تركيزه	٠	١	٢	٣
٣٩	يتكلم كثيرا	٠	١	٢	٣
٤٠	يعاند اويرفض بقوة أن يلتزم بطلبات الكبار	٠	١	٢	٣
٤١	يفشل ان يعطي انتباهه للتفاصيل ويرتكب اخطاء باهمال في المدرسة	٠	١	٢	٣
٤٢	يعاني من صعوبة في الانتظار في الطابو او انتظار دوره في اللعب او مواقف جماعية	٠	١	٢	٣
٤٣	يعاني من مخاوف كثيرة	٠	١	٢	٣
٤٤	لديه طقوس لابدان يؤديها	٠	١	٢	٣
٤٥	تشتت تركيزه ومدى انتباهه يعتبر مشكلة	٠	١	٢	٣
٤٦	يشتكي انه مريض بالرغم من انه لا يوجد به شيء	٠	١	٢	٣
٤٧	مزاجه حاد وينفجر بعصبية	٠	١	٢	٣
٤٨	يشتت تركيزه اثناء اعطاء تعليمات لعمل شيء	٠	١	٢	٣
٤٩	يقاطع او يتدخل في احاديث الاخرين او العابهم	٠	١	٢	٣
٥٠	كثير النسيان في نشاطه اليومي	٠	١	٢	٣
٥١	لا يستطيع فهم الرياضيات	٠	١	٢	٣
٥٢	في وقت الاكل كثير الجري بين كل ملعقة واخرى	٠	١	٢	٣
٥٣	يخاف من الظلام والحيوانت والظلام	٠	١	٢	٣
٥٤	يضع لنفسه اهداف عالية	٠	١	٢	٣
٥٥	يفرك ويتململ بيده وقدمه ويفرك في الكرسي	٠	١	٢	٣
٥٦	مدى تركيزه قليل	٠	١	٢	٣

٥٧	يتضايق بسهولة مع الاخرين وسريع الغضب " حمقي "	٠	١	٢	٣
٥٨	خطه سيء	٠	١	٢	٣
٥٩	يعاني من صعوبة في اللعب او الانشغال بأي نشاط مسلي وبهدوء	٠	١	٢	٣
٦٠	خجول ومنظوي	٠	١	٢	٣
٦١	يلوم الاخرين على اخطائه او سوء تصرفه	٠	١	٢	٣
٦٢	كثير الململة والفرك	٠	١	٢	٣
٦٣	فوضوي غير منظم بالمدرسة والبيت	٠	١	٢	٣
٦٤	يتضايق اذا نظم احدهم اشياءه	٠	١	٢	٣
٦٥	يتعلق بالوالدين او احد الكبار	٠	١	٢	٣
٦٦	يزعج الاطفال الاخرين	٠	١	٢	٣
٦٧	يتعمد عمل اشياء تضايق الاخرين	٠	١	٢	٣
٦٨	طلباته لابد ان تجاب في الحال ـ سهل الاحباط ـ	٠	١	٢	٣
٦٩	لايركز في شيء إلا اذاكان مهتما به	٠	١	٢	٣
٧٠	حقود ـ كياد ـ انتقامي	٠	١	٢	٣
٧١	يفقد اشياءه اللازمة لتأدية واجباته ونشاطاته " اقلام ، كتب ، ادوات، واجبات مدرسية	٠	١	٢	٣
٧٢	يشعر بأنه اقل من الاخرين	٠	١	٢	٣
٧٣	يبدو متعبا او بطيء طوال الوقت	٠	١	٢	٣
٧٤	لا يستطيع الهجاء " لا يحفظ الاحرف في الاملاء "	٠	١	٢	٣
٧٥	يبكي بسهولة وبكثرة	٠	١	٢	٣
٧٦	يترك كرسيه في الفصل او مواقف اخرى لا بد فيها من الجلوس	٠	١	٢	٣
٧٧	يتغير مزاجه بسرعة تغييرا كثيرا	٠	١	٢	٣
٧٨	يحبط بسهولة بعد المحاولة انجاز اي شيء	٠	١	٢	٣
٧٩	سهل ان يشتت تركيزه بأي مؤثرات خارجية	٠	١	٢	٣
٨٠	ينزلق في الاجابة بسرعة قبل انتهاء السؤال	٠	١	٢	٣

مقياس كونرز تقدير الأساتذة (النسخة المختصرة)

اسم ولقب الطفل : الجنس :

السن : اسم المدرسة :

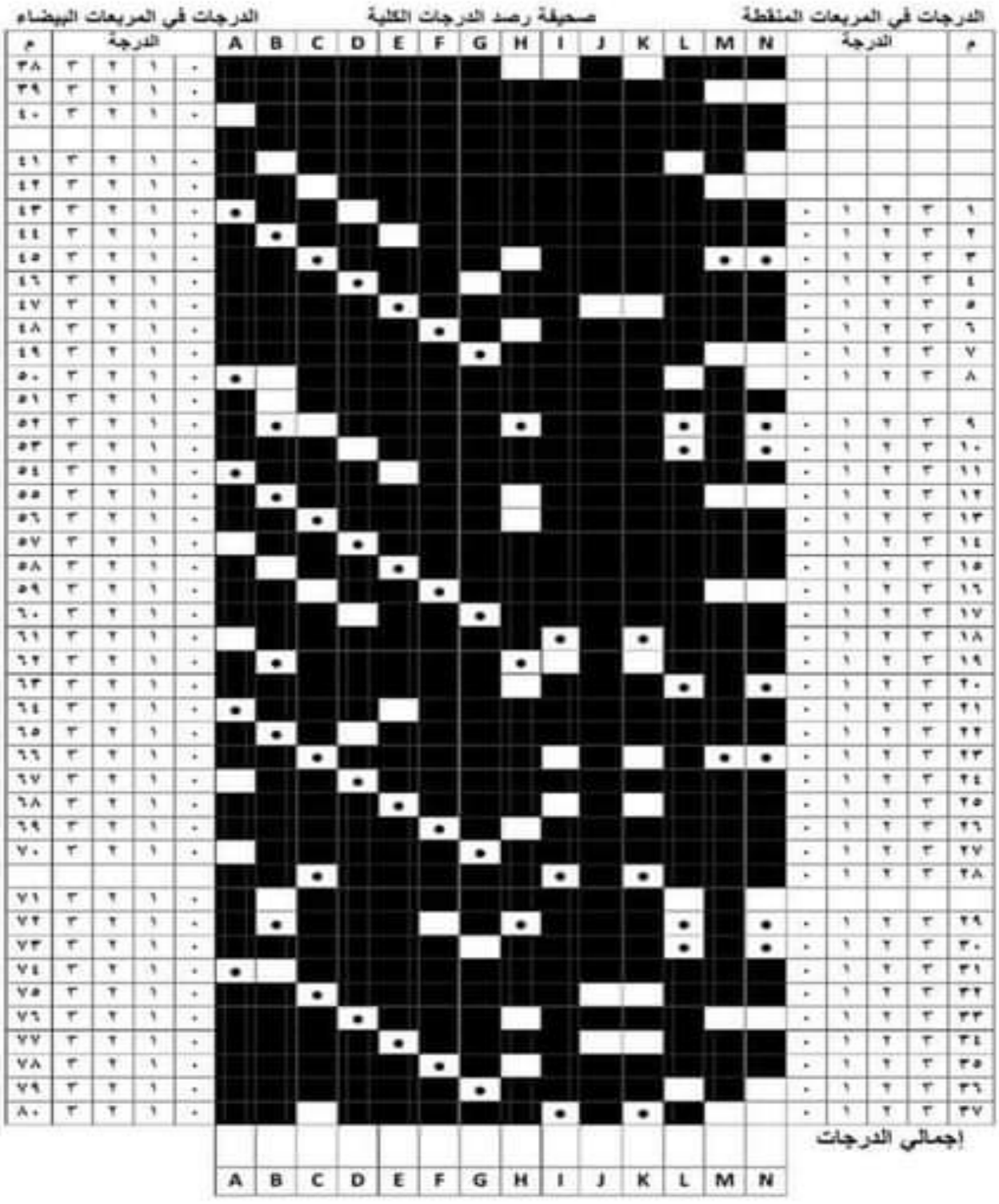
الصف الدراسي : تاريخ الاجراء

الرقم	البـنـــــــــــــد	ابدا	نادرا	كثيرا	غالبا
١	يتململ ويتلوى في مقعده	٠	١	٢	٣
٢	يصدر اصواتا غير لائقة بظروف غير ملائمة	٠	١	٢	٣
٣	يجب تنفيذ طلباته ورغباته فورا	٠	١	٢	٣
٤	يقوم بسلوكات خبيثة ووقحة	٠	١	٢	٣
٥	نوبات غضب وتصرفات غير متوقعة	٠	١	٢	٣
٦	جد حساس للنقد	٠	١	٢	٣
٧	يسهل تشتت انتباهه او يستصعب التركيز لمدة طويلة	٠	١	٢	٣
٨	يضايق الاطفال الاخرين	٠	١	٢	٣
٩	طفل حالم	٠	١	٢	٣
١٠	يقوم بعبوس وجهه وتحريك رأسه	٠	١	٢	٣
١١	مزاجه يتغير بسرعة وبطريقة ملاحظة	٠	١	٢	٣
١٢	مشاغب	٠	١	٢	٣
١٣	سلوك الطاعة امام السلطة	٠	١	٢	٣
١٤	يتحرك ويجري ويذهب يمينا وشمالا	٠	١	٢	٣
١٥	ينفعل بسرعة واندفاعي	٠	١	٢	٣
١٦	يحتاج الى ملاحظة ومراقبة مكثفة من طرف امعلم	٠	١	٢	٣
١٧	يظهر غير مقبول من طرف الجماعة	٠	١	٢	٣
١٨	من السهل قيادته من الاطفال الاخرين	٠	١	٢	٣
١٩	يرفض الهزيمة بسلوك غير مقبول	٠	١	٢	٣
٢٠	يبدو ناقص القدرة على قيادة الاخرين	٠	١	٢	٣
٢١	لديه صعوبة في انهاء المهام التي بدأها	٠	١	٢	٣

٢٢	غير ناضج وطفولي	٠	١	٢	٣
٢٣	ينكر اخطاءه ويتهم الاخرين	٠	١	٢	٣
٢٤	لديه صعوبات في التلاؤم والتفاهم مع الاخرين	٠	١	٢	٣
٢٥	قليل التعاون مع اصدقاءه	٠	١	٢	٣
٢٦	يغضب بسرعة عندما يتوجب عليه القيام بجهد	٠	١	٢	٣
٢٧	قليل التعاون مع زملاءه في القسم	٠	١	٢	٣
٢٨	لديه صعوبات في التعلم	٠	١	٢	٣

تصنيـــف الدرجـــات

الدرجــات	التصنيــف
أقل من ٣٠	أقل من المتوسط بدرجة كبيرة جدا
من ٣٠–٣٤	أقل من المتوسط بدرجة كبيرة
من٣٥ –٣٩	اقل من المتوسط
من٤٠ – ٤٤	أقل من المتوسط بدرجة طفيفة
من٤٥ – ٥٥	متوسط
من ٥٦–٦٠	فوق المتوسط بدرجة طفيفةا
من٦١ –٦٥	فوق المتوسط
من٦٦ –٧٠	فوق المتوسط بدرجة كبيرة ا
أعلى من ٧٠	فوق المتوسط بدرجة كبيرة جدا


الدرجات في المربعات البيضاء
صحيفة رصد الدرجات الكلية
الدرجات في المربعات المنقطة
م
الدرجة
٠ ١ ٢ ٣
A B C D E F G H I J K L M N
إجمالي الدرجات

مفتاح تصحيح مقياس التقدير كونرز

الدرجة	N	M	L	K	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	الدرجة
٩٠	+٥٣		+٢٦					+٩	+٨	٢١	+٢٣		+٢٧	+٢٧	٩٠
٨٩	٥٢									٢٠	٢١				٨٩
٨٨	٥١		٢٥				٣٦						٢٦	٢٦	٨٨
٨٧	٥٠			٣٠			٣٥	٨	٧	١٩					٨٧
٨٦	٤٩		٢٤								٢٠		٢٥	٢٥	٨٦
٨٥	٤٨	٢٧		٢٩		٢١	٣٤					٢٧	٢٤		٨٥
٨٤	٤٧	٢٦	٢٣				٣٣			١٨	١٩			٢٤	٨٤
٨٣	٤٦			٢٨		٢٠	٣٢					٢٦	٢٣		٨٣
٨٢	٤٥	٢٥	٢٢	٢٧	٩			٧		١٧		٢٥		٢٣	٨٢
٨١	٤٤						٣١		٦		١٨		٢٢		٨١
٨٠	٤٣	٢٤	٢١	٢٦		١٩	٣٠					٢٤		٢٢	٨٠
٧٩	٤٢			٢٥						١٦	١٧		٢١	٢١	٧٩
٧٨	٤١-٤٠	٢٣	٢٠			١٨	٢٩					٢٣	٢٠		٧٨
٧٧	٣٩	٢٢	١٩	٢٤	٨		٢٨			١٥	١٦	٢٢		٢٠	٧٧
٧٦	٣٨					١٧	٢٧	٦	٥				١٩		٧٦
٧٥	٣٧	٢١	١٨	٢٣								٢١		١٩	٧٥
٧٤	٣٦			٢٢		١٦	٢٦			١٤	١٥		١٨		٧٤
٧٣	٣٥	٢٠	١٧				٢٥					٢٠		١٨	٧٣
٧٢	٣٤	١٩		٢١	٧	١٥	٢٤			١٣	١٤	١٩	١٧		٧٢
٧١	٣٣		١٦					٥					١٦	١٧	٧١
٧٠	٣٢	١٨		٢٠			٢٣		٤			١٨			٧٠
٦٩	٣١		١٥	١٩		١٤	٢٢			١٢	١٣		١٥	١٦	٦٩
٦٨	٣٠	١٧					٢١					١٧			٦٨
٦٧	٢٩		١٤	١٨	٦	١٣				١١	١٢		١٤	١٥	٦٧
٦٦	٢٨	١٦					٢٠	٤				١٦			٦٦
٦٥	٢٧	١٥	١٣	١٧		١٢	١٩				١١	١٥	١٣	١٤	٦٥
٦٤	٢٦			١٦					٣	١٠					٦٤
٦٣	٢٥	١٤	١٢		٥	١١	١٨					١٤	١٢	١٣	٦٣
٦٢	٢٤			١٥			١٧			٩	١٠		١١		٦٢
٦١	٢٣	١٣	١١				١٦					١٣		١٢	٦١
٦٠	٢٢	١٢		١٤		١٠		٣			٩	١٢	١٠		٦٠
٥٩	٢١		١٠	١٣			١٥			٨				١١	٥٩
٥٨	٢٠	١١			٤	٩	١٤		٢			١١	٩		٥٨
٥٧	١٩		٩	١٢			١٣			٧	٨			١٠	٥٧