

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'enseignement
supérieure
Et de la recherche scientifique
Université- Batna01-
Département De Psychologie Et
Sciences DE l'éducation ET
L'orthophonie



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة باتنة-1 الحاج لخضر
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم
التربية والأرطفونيا

رقم التسجيل : 2015/psy/lmd3/112

فاعلية برنامج تدريبي في تعديل اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه (ل م د) في علم النفس العيادي

تخصص علم النفس المرضي للطفل والمراهق

إشراف الأستاذ الدكتور

عمر بوقصة

إعداد الطالبة

فايزة تواتي

أمام لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
امزيان وناس	أستاذ	جامعة باتنة-1	رئيسا
بوقصة عمر	أستاذ	جامعة باتنة-1	مشرفا ومقررا
عقون لحسن	أستاذ محاضراً	جامعة بسكرة	عضوا مناقشا
بوعون السعيد	أستاذ محاضراً	جامعة باتنة-1	عضوا مناقشا
خلفي عبد الحلیم	أستاذ محاضراً	المركز الجامعي بركة	عضوا مناقشا
معوشة عبد الحفيظ	أستاذ محاضراً	جامعة خنشلة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2019 / 2020 م- 1440 / 1441 هـ

شكر وتقدير

أحمد الله تعالى على فضله وتوفيقه، أن أنعم علي بإتمام هذه
الدراسة، ثم أدعوا لوالدي بالرحمة أن زرعاً في بذرة طلب العلم
والصبر على الشدائد؛ واعترافاً بالفضل لأهله أتقدم بأسمى آيات
الشكر والعرفان لمشرفي الفاضل الأستاذ الدكتور بوقصة عمر؛ إذ
لم يدخر جهداً ودعماً إلا أفاض عليّ به؛ وكان لي بمثابة النور
الذي أهتدي به في الظلمات

والشكر موصول إلى السادة الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة

المناقشة على تكريمهم بقراءة ومناقشة هذا البحث

والحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال البالغين من العمر 12 سنة، اتبع التصميم التجريبي القائم على المقارنة بين مجموعتين تجريبية وضابطة، حيث تكونت كل مجموعة من عشرة أطفال، ولتحقيق أغراض الدراسة تم إعداد الأدوات التالية: ترجمة وتقنين مقياس كونرز-3 المعدل الإصدار الثالث (DSM-5) على البيئة الجزائرية، وإعداد سلم معايير تشخيص أعراض DSM-5 اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد بالدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس وتقنيه أيضا على البيئة الجزائرية، وتقنين كل من مقياس فينلاند للسلوك التكيفي واختبار الذكاء أوتيس لينون الصورة (ج)، تم تصميم برنامج تدريبي قائم على تعديل السلوك بناء على تشخيص مقياس كونرز-3 المعدل الإصدار الثالث لأعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (DSM-5)، دلت نتائج المعالجة الإحصائية للدراسة على فعالية البرنامج التدريبي المطبق في تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى المستوى المعياري والنموذجي، إذ أن أحجام آثار البرنامج التدريبي المقدره بمربع ايتا الجزئي دالة احصائيا وقوية؛ في تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، حسب تقديرات كل من الأمهات والمدرسين والتي جاءت مساوية على التوالي : مربع ايتا الجزئي = (.793،.741) بالنسبة لتشتت الانتباه، و (.655، .604) بالنسبة للنشاط الزائد .

الكلمات المفتاحية:

فعالية، برنامج تدريبي، تعديل، اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، الأطفال.

Abstract :

The study aimed to identify the effectiveness of a training program in modifying *Attention deficit hyperactivity disorder* among children aged 12 years, followed the experimental design based on a comparison between two experimental and control groups, each group consisted of ten children, to achieve the purposes of the study the following tools were prepared: Translation and codification of The Conners 3rd Edition scale, the third revised version of symptoms of (DSM-5) on the Algerian environment, and the preparation of a scale of criteria for the diagnosis of symptoms of DSM-5, *Attention deficit hyperactivity disorder* in the Fifth Statistical and Diagnostic Manual, and its codification also on the Algerian environment, the legalization of both Vineland S. Adaptive Behavior and Intelligence Test Otis - Lennon Image (C), a behavior modification based training program was designed based on the diagnosis of the Conners-3 Scale-Diagnostic 3rd Edition of *Attention deficit hyperactivity disorder* (DSM-5) symptoms, the results of the statistical treatment of the study indicated that The effectiveness of the training program applied in modifying *Attention deficit hyperactivity disorder* to the standard and typical level, where the volumes of the effects of the estimated capacity in the partial ETA box are a statistically and powerful function of the training program in modifying *Attention deficit hyperactivity disorder* according to the estimates of both mothers and teachers, which It came respectively equal: the partial ETA squared = (.741, .793) for *Attention*, and (.655, .604) for hyperactivity .

Keywords : ADHD Attention deficit hyperactivity disorder, training program, children, behavior modification .

فهرست المحتويات

الصفحة	المحتوى
	شكر وتقدير
	ملخص الدراسة بالعربية
	ملخص الدراسة بالإنجليزية
	فهرست المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
	قائمة المختصرات
أ - ح	مقدمة
الإطار النظري للدراسة	
الفصل الأول: التعريف بمشكلة الدراسة	
14 - 3	1- إشكالية الدراسة
15	2- أهداف الدراسة
16	3- أهمية الدراسة
17	4- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة
18	5- حدود الدراسة
19	6- فرضيات الدراسة
الفصل الثاني : اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال	
	تمهيد
22	1- المنظور التاريخي لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
26	2- تعريف اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

27	3- تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والوظائف التنفيذية
29	4- إنتشار اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال
32	5- أسباب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
48	6- أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
56	7- تشخيص تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
70	8- التشخيص التفريقي وتقييم الاضطرابات المصاحبة
80	9- معايير تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في DSM-5.
85	10- تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد جدلية التشخيص بين DSM-5 و ICD-10
93	11- مقاييس تقدير تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
94	12- التغذية الراجعة لتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
102	13- علاج اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
114	خلاصة
الفصل الثالث : الطفولة المتأخرة " الأطفال ذوي سن اثناعشرة عاما "	
117	تمهيد
118	1 - مفاهيم نمائية
119	2- النمو الجسمي في مرحلة الطفولة المتأخرة
120	3- النمو الفيزيولوجي في مرحلة الطفولة المتأخرة
120	4- النمو الحركي في مرحلة الطفولة المتأخرة
122	5- النمو الحسي في مرحلة الطفولة المتأخرة
123	6- النمو العقلي في مرحلة الطفولة المتأخرة
124	7- النمو المعرفي في مرحلة الطفولة المتأخرة
127	8- النمو اللغوي في مرحلة الطفولة المتأخرة
127	9- النمو الانفعالي في مرحلة الطفولة المتأخرة
129	10- النمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة المتأخرة
135	11- النمو والعناية بالذات والروتين اليومي في سن الثانية عشرة

136	12- تطور الوظائف التنفيذية في مرحلة الثانية عشرة
137	13- الاهتمام بالارشاد التربوي في نهاية هذه المرحلة
138	14- التعلم السلوكي في مرحلة الطفولة المتأخرة
	خلاصة
الفصل الرابع : تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والبرنامج التدريبي	
140	تمهيد
141	1- تعريف تعديل السلوك
142	2- المفاهيم الأساسية في تعديل السلوك
143	3- مبادئ تعديل السلوك
145	4- الخطوات الخمس في العلاج باستخدام تعديل السلوك
145	5- استراتيجيات تعديل السلوك (الإشراف الإجرائي)
161	6- تقنيات تعديل السلوك
165	7- أخلاقيات تعديل السلوك
167	8- برنامج تعديل السلوك
176	9- تحديد المشاكل المستهدفة في اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
180	10- منهجية تعديل السلوك
184	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس : منهجية وإجراءات الدراسة	
186	1- منهج الدراسة
190	2- التصميم التجريبي للدراسة
191	3- أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية
223	4- الدراسة الإستطلاعية
225	5- الدراسة الأساسية

251	6- نموذج سير تطبيق البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
288	7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات
الفصل السادس : عرض وتحليل نتائج الدراسة	
291	1- النتائج التفصيلية (التحليل البصري للرسوم البيانية) لكل فرد مشارك في البرنامج التدريبي القائم على تعديل السلوك
292	1-1-1 عرض وتحليل نتائج تطبيق برنامج تدريبي لتعديل تشتت الانتباه (المتغير التابع) لدى الأفراد المشاركين تقدير الأمهات
296	1-1-2 عرض وتحليل نتائج مقياس كونرز-3 تشتت الانتباه (المتغير التابع) لدى الأفراد المشاركين في البرنامج التدريبي تقدير المدرسين
299	1-2-1 عرض وتحليل نتائج مقياس كونرز-3 النشاط الزائد (المتغير التابع) لدى الأفراد المشاركين في البرنامج التدريبي تقدير الأمهات
303	1-2-2 عرض وتحليل نتائج مقياس كونرز-3 النشاط الزائد (المتغير التابع) لدى الأفراد المشاركين في البرنامج التدريبي تقدير المدرسين
306	2- عرض وتحليل نتائج تحليل التباين للتصميم المختلط Mixed A * (B) ANOVA بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة
307	1-1-2 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه حسب تقدير الأمهات
317	2-1-2 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه حسب تقدير المدرس
327	2-2-1 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب النشاط الزائد حسب تقدير الأمهات
335	2-2-2 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب النشاط الزائد حسب تقدير المدرس
مناقشة النتائج؛ توصيات و مقترحات	

345	1- حوصلة النتائج
345	1-1 حوصلة النتائج التفصيلية لكل طفل مشارك في البرنامج التدريبي لتعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حسب تقدير كل من الأمهات والمدرسين
345	1-2 حوصلة نتائج تحليل تباين القطعة المنشقة بين متوسطات المجموعة التجريبية ومجموعة الضابطة على مقياس تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كونرز-3 حسب تقدير كل من (الأمهات - المدرسين)
349	2- مناقشة النتائج
371	3- توصيات ومقترحات
371	3-1 توصيات
372	3-2 مقترحات

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
66	توصيات وإرشادات مجموعة GDG لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	(1)
68	يلخص حدود عمل كل مقيم حسب تخصصه	(2)
80	مقارنة لأعراض الأطفال الذين يعانون من ADHD بالأطفال العاديين	(3)
81	معايير أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في DSM-5	(4)
90	يلخص جدلية التشخيص بين DSM 5 و ICD 10	(5)
117	نسبة النمو حسب العمر	(6)
158	الأشكال الرئيسية للتصحيح التصحيح الزائد في اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد	(7)
175	الإعتبارات الأخلاقية في تعديل سلوك الأطفال	(8)
180	منظومة تصنيف تحليل السلوك عن كاتفروساسلو	(9)
194	العبارات التي عدلت من ترجمة مقياس كونرز-3 المعدل أعراض DSM-5	(10)
196	تصحيح المشكلات الناشئة بعد تجريب مقياس كونرز-3 المعدل أعراض DSM-5	(11)
196	معامل ثبات مقياس كونرز-3 DSM-5 (ألفا كرونباخ) للعينة الاستطلاعية الأولية	(12)
197	معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه (مقياس كونرز-3 أعراض DSM-5 تقدير الأمهات)	(13)
198	معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي النشاط الزائد (مقياس كونرز-3 أعراض DSM-5 تقدير الأمهات)	(14)

199	معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي اضطراب المسلك (مقياس كونرز-3 أعراض DSM-5 تقدير الأمهات)	(15)
200	معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي التحدي المعارضة (مقياس كونرز-3 أعراض DSM-5 تقدير الأمهات)	(16)
200	معاملات الارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس كونرز-3 DSM-5 حسب تقدير الأمهات وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس	(17)
201	المتوسطات والانحرافات المعيارية للمقاييس الفرعية والمقياس الكلي كونرز-3 أعراض DSM-5 تقدير الأمهات	(18)
202	نتائج تحليل تباين درجات الذكور والإناث على مقياس كونرز 3 (أعراض DSM-5) تقدير الأمهات ومقاييسه الفرعية	(19)
203	قيم معاملات الثبات ألفا كرونباخ والارتباط بين النصفين ومعامل جتمان لمقياس كونرز-3 أعراض DSM-5 تقدير المعلم	(20)
204	معاملات الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس الفرعي (تشتت الانتباه) الذي تنتمي إليه تقدير المعلم	(21)
205	معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي النشاط الزائد على مقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 المعدل تقدير المعلم	(22)
205	معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي اضطراب المسلك على مقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 المعدل تقدير المعلم	(23)
206	معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي التحدي المعارضة	(24)

	على مقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 المعدل تقدير المعلم	
207	معاملات الارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 المعدل تقدير المعلم وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس ومعامل ألفا كرونباخ للمقياس الكلي	(25)
208	اختبار (ت) للفروق بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لعينة التقنين لمقياس مقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 المعدل تقدير المعلم	(26)
208	معامل الثبات ألفا كرونباخ ومعامل الارتباط بين النصفين ومعامل التصحيح جتمان مقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 المعدل تقدير المعلم	(27)
210	معامل الارتباط بيرسون بين البند والدرجة الكلية ومعامل ألفا كرونباخ لبعد تشتت الانتباه (من سلم أعراض DSM-5 تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تقدير (الأمهات - المدرسين))	(28)
211	معامل الارتباط بيرسون بين البند والدرجة الكلية ومعامل ألفا كرونباخ لبعد النشاط الزائد من سلم أعراض DSM-5 تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط تقدير (الأمهات - المدرسين)	(29)
212	معامل الارتباط بيرسون بين المقاييس الفرعية و بين الأبعاد و الدرجة الكلية ومعامل الصدق ألفا كرونباخ لسلم أعراض DSM-5 تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تقدير (الأمهات - المدرسين)	(30)
212	معامل الثبات ألفا كرونباخ للأبعاد الفرعية ولسلم أعراض DSM-5 تشتت الانتباه مع النشاط الزائد المصمم ككل	(31)
215	نتائج إختبار (ت) لدلالة الفرق بين متوسطي مجموعتي طرفي التوزيع لمقياس السلوك التكيفي فنلاند	(32)
216	معامل الارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس السلوك التكيفي فنلاند	(33)

216	معامل ارتباط مقياس السلوك التكيفي فنلاند بالمقياس الفرعي السلوك غير التكيفي	(34)
217	معامل الارتباط بين نصفي مقياس السلوك التكيفي فنلاند ومعامل التصحيح سبيرمان براون وجتمان	(35)
221	معامل الارتباط بيرسون بين الأبعاد والدرجة الكلية ومعامل الصدق ألفا كرونباخ لاختبار أوتيس لينون للقدرة العقلية	(36)
221	معامل ثبات اختبار أوتيس لينون للقدرة العقلية بمعادلة ألفا كرونباخ	(37)
222	المستويات العقلية وما يقابلها من نسب ذكاء الانحرافية	(38)
222	الدرجة الخام وما يقابلها من نسبة ذكاء انحرافية لعمر 12 سنة لعينة	(39)
225	توزيع الأفراد المشاركين حسب الجنس على المجموعات	(40)
228	تعديل استراتيجيات الأبوة والأمومة	(41)
237	محتوى نشاطات البرنامج التدريبي في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه المصمم	(42)
252	استمارة بيانات أيهم حسب تصريحات الأم	(43)
254	ملخص الدرجات مقياس السلوك التكيفي فنلاند للطفل أيهم	(44)
255	نتائج تطبيق اختبار الذكاء على الفرد أيهم	(45)
256	نتائج تشخيص تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للطفل أيهم بقائمة المعايير التشخيصية وفق DSM-5 المصممة تقدير المدرس	(46)
258	نتائج تشخيص تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للطفل أيهم بقائمة المعايير التشخيصية (DSM-5) المصممة تقدير الأم	(47)
260	التشخيص المطلق باستخدام عدد أعراض DSM-5 المستخرجة من مقياس كونرز-3 تقدير الأم	(48)
262	التشخيص النسبي مقارنة الدرجات المعيارية بالمستويات النموذجية للمجموعة المعيارية لمقياس كونرز-3 تقدير الأم للطفل أيهم	(49)
263	النتائج التفصيلية مقياس أعراض DSM-5 (كونرز-3 تقييم الأم) واستخلاص المشكلات السلوكية التفصيلية التي تستدعي التعديل	(50)

264	التشخيص التفريقي: اضطراب المسلك (كونرز-3 تقدير الأم)	(51)
265	عدد أعراض DSM-5 اضطراب المعارض المتحدي (كونرز-3 تقدير الأم)	(52)
266	التشخيص المطلق باستخدام أعراض DSM-5 المستخرجة من مقياس كونرز - 3	(53)
267	التشخيص النسبي مقارنة الدرجات المعيارية بالمستويات النموذجية للمجموعة المعيارية لمقياس أعراض DSM-5 (كونرز - 3) للطفل أيهم	(54)
268	النتائج التفصيلية مقياس أعراض DSM-5 (كونرز -3 تقدير المدرس) واستخلاص المشكلات السلوكية التفصيلية التي تستدعي التعديل	(55)
269	التشخيص التفريقي: اضطراب المسلك أعراض DSM-5 على كونرز-3 تقدير المدرس	(56)
270	أعراض DSM-5 اضطراب المعارض المتحدي على كونرز-3 تقدير المدرس	(57)
274	نموذج العقد السلوكي	(58)
274	نموذج بطاقة التقييم المنزلية الأسبوعية للطفل أيهم	(59)
275	نموذج بطاقة التقييم المنزلية الأسبوعية للطفل أيهم	(60)
277	نموذج بطاقة التقييم المنزلية الأسبوعية للطفل أيهم	(61)
279	نموذج تقييم بطاقة المتابعة الأسبوعية للطفل أيهم	(62)
281	نموذج بطاقة التقييم المنزلية الأسبوعية للطفل أيهم	(63)
283	نموذج بطاقة التقييم الأسبوعية للطفل أيهم	(64)
308	نتائج اختبار بوكس لتجانس مصفوفة التغيرات (الارتباطات الداخلية)	(65)
309	نتائج اختبار موشلي للكروية لاختبار تجانس التغيرات	(66)
309	نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين بين المجموعات (التجريبية - الضابطة)	(67)
309	المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المعيارية للمتغير التابع تشتت الانتباه المقاسة بكونرز-3 أعراض DSM-5) تقدير الأمهات (المجموعة الضابطة - التجريبية)	(68)
310	اختبار أثر المعالجة التجريبية في التباين بين المجموعة التجريبية والضابطة نتائج المقياس الفرعي تشتت الانتباه كونرز-3 (DSM-5) حسب تقدير الأمهات	(69)

311	المقارنات البعدية بين متوسطي المجموعة التجريبية والضابطة على المتغير التابع تشتت الانتباه وفق تقديرات الأمهات	(70)
311	اختبارات الآثار داخل المجموعات (عامل الزمن، التفاعل بين العوامل - المعالجة - الزمن) وفق تقديرات الأمهات على مقياس كورنر-3 لأعراض DSM-5	(71)
312	المقارنات المتعددة بين المتوسطات عبر القياسات المتكررة للمتغير التابع تشتت الانتباه لدى المجموعة الضابطة بمقياس كورنر-3 وفق أعراض DSM-5 تقدير الأمهات	(72)
313	المقارنات البعدية للقياسات المتكررة لمتوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير الأمهات عند المجموعة التجريبية	(73)
316	تحليل اتجاه التفاعل بين عاملي المعالجة * الزمن لتشتت الانتباه تقدير الأمهات	(74)
319	تحليل اتجاه التفاعل بين عاملي المعالجة * الزمن لمتغير تشتت الانتباه تقدير الأمهات	(75)
319	ترميز عوامل المتغير المستقل الزمن لمتغير تشتت الانتباه تقدير الأمهات	(76)
320	تجانس الارتباطات الداخلية للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه كورنر-3 لأعراض DSM-5 تقدير المدرس	(77)
320	اختبار موشلي للدائرية للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه (كورنر-3) تقدير المدرس	(78)
322	اختبار ليفين لتجانس تباين الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه تقدير المدرس	(79)
321	اختبار أثر المعالجة التجريبية في التباين بين المجموعة التجريبية والضابطة للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه تقدير المدرس (كورنر-3 لأعراض DSM-5)	(80)
322	المقارنات البعدية بين متوسطي المجموعة التجريبية والضابطة على المتغير التابع تشتت الانتباه تقدير المدرس (الدرجات المعيارية مقاسة بالمقياس الفرعي تشتت الانتباه كورنر-3 DSM-5)	(81)

323	اختبارات الآثار داخل المجموعات (عامل الزمن، التفاعل بين العوامل - المعالجة - الزمن) للدرجات المعيارية تشتت الانتباه تقدير المدرس (كونرز-3 لأعراض DSM-5)	(82)
324	المقارنات البعدية للقياسات المتكررة في المجموعة التجريبية للدرجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير المدرس (مقياس كونرز-3 لأعراض DSM-5)	(83)
325	نتائج المقارنات المتعددة لمتوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير المدرس للمجموعة الضابطة	(84)
326	متوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير المدرس الناتجة عن التفاعل بين العوامل (المعالجة * الزمن)	(85)
329	اختبار بوكس لتجانس الارتباطات الداخلية للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد كونرز-3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات	(86)
329	اختبار موثلي للدائرية للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد (كونرز-3 لأعراض DSM-5) تقدير الأمهات	(87)
329	اختبار ليفين لتجانس تباين الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد كونرز-3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات	(88)
330	متوسطات والانحرافات المعيارية درجات المعيارية النشاط الزائد المحصلة بمقياس كونرز-3 لأعراض DSM-5 للمجموعتين التجريبية والضابطة حسب تقدير الأمهات	(89)
330	اختبار أثر المعالجة في تباين الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد بين المجموعة التجريبية والضابطة (مقياس كونرز-3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات)	(90)
331	المقارنة البعدية بين متوسطي النشاط الزائد تقدير الأمهات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (الدرجات المعيارية مقاسة بالمقياس الفرعي النشاط الزائد كونرز-3 لأعراض DSM-5)	(91)
332	اختبارات الآثار داخل المجموعات (أثر الزمن، التفاعل بين العوامل - المعالجة - الزمن) حسب مقياس النشاط الزائد كونرز-3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات	(92)

333	المقارنات المتعددة لمتوسطات القياسات المتتابة لمتوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد بمقياس كونرز-3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات بالنسبة للمجموعة التجريبية	(93)
334	المقارنات البعدية لمتوسطات القياسات المتتابة للنشاط الزائد (مقياس كونرز - 3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات) بالنسبة للمجموعة الضابطة	(94)
337	نتائج اختبار بوكس لتقدير تجانس مصفوفة التباين للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد كونرز-3 (DSM-5) تقدير المدرس	(95)
337	اختبار موشلي للدائرية (تجانس التباين) للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد (كونرز-3 لأعراض DSM-5) تقدير المدرس	(96)
338	اختبار ليفين لتجانس تباين الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد تقدير المدرس	(97)
338	اختبار أثر المعالجة (التجربة) في تباين الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد بين المجموعة التجريبية والضابطة (مقياس كونرز-3 DSM-5 تقدير المدرس)	(98)
339	المقارنة البعدية بين متوسطي النشاط الزائد تقدير الأمهات للمجموعة التجريبية والضابطة (الدرجات المعيارية مقاسة بالمقياس الفرعي النشاط الزائد كونرز-3) (DSM-5)	(99)
339	اختبارات الآثار داخل المجموعات (أثر الزمن، التفاعل بين العوامل - المعالجة - الزمن) على متوسطات النشاط الزائد المقاسة بمقياس كونرز-3 (DSM-5) تقدير المدرس	(100)
340	المقارنات المتعددة للقياسات المتتابة لمتوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد بمقياس كونرز-3 (DSM-5) تقدير المدرس بالنسبة للمجموعة التجريبية	(101)
341	المقارنات المتعددة للقياسات المتتابة لمتوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد بمقياس كونرز-3 (DSM-5) تقدير المدرس بالنسبة للمجموعة الضابطة	(102)
343	تحليل اتجاه تأثير التفاعل (الزمن * المعالجة) على متوسطات النشاط الزائد مقاسة بمقياس كونرز-3 (DSM-5) تقدير المدرس	(103)

قائمة الأشكال

الرقم	الشكل	الصفحة
(1)	مخطط تاريخ التعرف على اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بتشتت الانتباه	25
(2)	تطور انتشار تشتت الانتباه مع فرط النشاط في مجموعة من الدول	31
(3)	انتشار تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	32
(4)	يوضح المسارات الوظيفية لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	40
(5)	متلازمة عوامل الخطر التي تسبب اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	45
(6)	عوامل ومسارات تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	47
(7)	المراحل الخمسة لتقييم اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه	69
(8)	الأصناف الفرعية من ADHD	85
(9)	يوضح المساعدة البصرية على فهم الانحراف النمائي عن المتوسط	98
(10)	منحنيات المسافة والسرعة للنمو بالنسبة للبشر الذين يتمتعون بصحة جيدة	119
(11)	يوضح النموذج السلوكي الذي يركز عليه تعديل السلوك	140
(12)	التصميم التجريبي للدراسة	190
(13)	الرسم البياني للصفحة النفسية لنتائج تطبيق كورنرز -3 على أيهم	262
(14)	الصفحة النفسية لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للطفل أيهم	267
(15)	منحنى بياني يوضح تقييم تنفيذ الأهداف الأولى من البرنامج للطفل أيهم	276
(16)	منحنى بياني يوضح تقييم تنفيذ الأهداف الأولى من البرنامج للطفل أيهم	278
(17)	تقييم تنفيذ الأهداف المرحلة الثانية من البرنامج لطفل أيهم	280
(18)	النقاط المحصلة في تنفيذ بطاقة التقييم الأسبوعي للمرحلة الرابعة	282
(19)	النقاط المحصلة في تنفيذ بطاقة التقييم الأسبوعي المرحلة الخامسة للطفل أيهم	284
(20)	نموذج تقييم الأخصائية الهدف : الانتباه للتفاصيل والقضاء على أخطاء الإهمال	285

285	نموذج تقييم الأخصائية الهدف: تحسين التركيز وطول مدة الانتباه	(21)
286	المنحنيات البيانية لمتابعة تقدم تنفيذ الأطفال المشاركين لبرنامج تعديل السلوك المصمم المرحلة الأولى	(22)
287	المنحنيات البيانية لمتابعة تقدم تنفيذ الأطفال المشاركين لبرنامج تعديل السلوك المصمم المرحلة الثانية	(23)
287	النقاط المحصلة من قبل الأفراد المشاركين خلال المرحلة الثالثة من البرنامج التدريبي	(24)
288	منحنى بياني للنقاط المحصل عليها خلال المرحلة الرابعة من تنفيذ البرنامج	(25)
289	منحنى تقييم بطاقة المتابعة الأسبوعية المرحلة الخامسة	(26)
293	نتائج مقياس كورنر-3 لأعراض DSM-5 (تقدير الأمهات) على الأفراد المشاركين عبر مراحل البرنامج التدريبي لتعديل تشتت الانتباه	(27)
297	نتائج مقياس كورنر-3 لأعراض DSM-5 تقدير المدرس على الأفراد المشاركين عبر مراحل برنامج التدريبي في تعديل تشتت الانتباه	(28)
301	نتائج مقياس كورنر-3 DSM-5 تقدير الأمهات على الأفراد المشاركين عبر مراحل قياس البرنامج التدريبي في تعديل النشاط الزائد	(29)
304	نتائج مقياس الفرعي النشاط الزائد (كورنر-3 وفق DSM-5) تقدير المدرس على الأفراد المشاركين عبر مراحل برنامج التعديل	(30)
317	اتجاه متوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير الأمهات الناتج عن التفاعل بين عاملي (المعالجة * الزمن)	(31)
327	أثر التفاعل بين العوامل (معالجة ، زمن) على اتجاه متوسطات الدرجات المعيارية تشتت الانتباه تقدير المدرس	(32)
335	إتجاه التفاعل (المعالجة * الزمن) في التأثير على متوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد تقدير الأمهات	(33)

343	(34) أثر التفاعل بين العوامل على اتجاه متوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد تقدير المدرس مقاسة بكونرز -3 (DSM-5)
-----	---

قائمة الملاحق

الرقم	الملحق
(1) الملحق	قائمة أعراض اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من DSM-5 ؛ المحدث عام 2013 يعبأ من قبل المدرس (ترجمة و إعداد الباحثة تواتي فايزة)
(2) الملحق	قائمة أعراض اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من DSM-5 ؛ المحدث عام 2013 يعبأ من قبل الوالد (ترجمة و إعداد الباحثة تواتي فايزة)
(3) الملحق	مقياس كونرز-3 لأعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفق DSM-5؛ الصادر عام 2014 يعبأ من طرف الوالد (ترجمة وتقنين الباحثة تواتي فايزة)
(4) الملحق	الدرجات التائية لمقياس كونرز-3 أعراض DSM-5 تقدير الأمهات (لملاحظة سلوك الطفل) لفئة 12 سنة (البيئة الجزائرية)
(5) الملحق	مقياس كونرز-3 لأعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفق DSM-5؛ الصادر عام 2014 يعبأ من طرف المدرس (ترجمة وتقنين الباحثة تواتي فايزة)
(6) الملحق	الدرجات التائية لمقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 المعدل تقدير المعلم لفئة 12 سنة (البيئة الجزائرية)
(7) الملحق	اختبار الذكاء أوتيس لينون للقدرة العقلية
(8) الملحق	مقياس السلوك التكيفي فنلاند تعريب وتقنين بندر بن ناصر العتيبي

قائمة الإختصارات (الرموز)

الاختصار/الرمز	عنوان الاختصار/الرمز
AAP	الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال
ADHD	تشنت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
APA	الجمعية الأمريكية للطب النفسي
AACAP	الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين
AYCNP	جمعية الشباب والأطفال وعلم النفس الطبيعي
CHADD	الأطفال والبالغين ذوي اضطراب تشنت الانتباه مع النشاط الزائد
DSM V	الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية الطبعة الخامسة
SPSS	الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية

مقدمة :

يمكن لأي طفل أن يتشتت انتباهه، أو أن يضجر من الجلوس طيلة فترة الدرس أو حول مائدة الطعام، لكن إذا أصبحت تصرفاته هذه متكررة بشكل يعرقل نمط حياته الطبيعي، ويؤثر على كل جانب من جوانب تكيفه الوظيفي؛ الاجتماعي والمنزلي والمدرسي، وجب النظر في أنه اضطراب يستدعي الاهتمام، يطلق على هذه المشكلات اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ وقد تم التعرف عليه منذ القديم، إذ أطلقت عليه عدة تسميات بناء على التفسيرات المتبناة في كل فترة، وتطورت من الجنون التلقائي وقصور القدرة على المنع في القرن السابع عشر إلى نقص التحكم الأخلاقي مطلع القرن العشرين، و في عام 1798 وصف ألكسندر كريشتون في كتابه "التحقيق في طبيعة وأصل الانحسار العقلي"، وهو حالة مشابهة للنوع الفرعي الغامض من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. والتحديد الأكثر دقة للأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب، وقع في أواخر القرن التاسع عشر، تماما عندما أصبحت المدرسة إلزامية في الدول المتقدمة. للمرة الأولى في التاريخ، كان على الأغلبية الساحقة من الأطفال الجلوس مكتوفي الأيدي والانتباه لفترات متواصلة طوال اليوم الدراسي، وفرض عقوبات على العديد منهم تتجاوز طاقتهم؛ ولذلك، من الرهان الآمن أن التعليم الإلزامي كان أول قوة مهمة توحى بالانتشار الحقيقي لحدوث اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال .

تم التعرف على ADHD تحت أسماء مختلفة، لأكثر من قرن من الزمان. إنه ليس تشخيصًا جديدًا أو انعكاسًا للقرن العشرين، في القرن التاسع عشر، كتب هينريش هوفمان (1809-1874)، عن فيديتي فيليب، والذي لم يكن بإمكانه الجلوس ساكنًا. تصف القصيدة السلوك النموذجي للطفل المصاب باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذي يعيش في حقبة كان فيها الأطفال خاضعين لنظام أكثر قسوة من الانضباط وأقل تساهلاً مما هو في الوقت الحاضر. لم تغلح السيطرة الصارمة على السلوك في منع حدوث متلازمة فرط الحركة. فقد كان غالبًا ما يخلق حالة من الفوضى ويزعج والديه .

(Millichap, 2010, p.1)

في أوائل القرن العشرين، وصفه جورج فريدريك ستيل في محاضراته "بالخلل الرئيسي في السيطرة الأخلاقية" ونشر مقال "نقص التحكم الأخلاقي" في المجلة الطبية لונست عام 1902 يتكلم فيه عن الاضطراب، حيث وصف أطفال لديهم هياج حركة ومشاكل في الانتباه وصعوبة في التحكم في اندفاعهم والحاجة إلى المكافأة الفورية؛ وقد عزا في وصفه هذه الخصائص السلوكية إلى أن هؤلاء الأطفال ليس

لديهم" اعتباراً للآخرين " أو ليس لديهم مراعاة للآخرين، حيث كان هناك قصر نظر شائع مرتبط بأعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، حيث كثيراً ما يساء تفسير الأطفال المصابين به على أنهم يتحكمون في سلوكهم وأنهم مسئولون عما يظهر عليهم من أعراض .

(Cho ajm, polanczyk, 2012, p.4)

ثم أخذت النظرة نحو الاضطراب تأخذ مساراً آخر بازدياد الوعي بالصلة القوية بين الصحة البدنية والعقلية بشكل كبير لأول مرة في سنوات الحرب العالمية الأولى (1917-1918)، عندما أودى وباء التهاب الدماغ العظيم بحياة 60 مليون شخص على الأقل في جميع أنحاء العالم. وقد أثار اهتمام الأطباء اكتشاف أن العديد من الناجين يعانون من مشاكل في الانتباه والاندفاع. بمجرد اكتشافها، كان العامل الممرض يؤثر على الدماغ، بالإضافة إلى الأعضاء الأخرى، وتغير السلوك.

(Hinshaw, P & Ellison, 2016, p.22)

هذا الدليل الواضح الأول الذي يربط بين البيولوجيا والسلوك كان مقدمة لفهم ADHD حديثاً؛ على أنه مرتبط بالجينات والتأثيرات السابقة للولادة، بدلاً من التنشئة الأخلاقية الفطرية، وبدأ التوجه إلى التفسير الفيزيولوجي للاضطراب، وافترض أنه إذا تم عرض هذه الأنماط السلوكية نفسها في طفل معين، فيجب أن يكون هناك بعض أمراض الدماغ الأساسية -حتى لو كانت غير قابلة للكشف. أدى هذا الافتراض إلى وصف الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه بأنهم يعانون من "اضطراب السلوك التالي للدماغ"، وفي وقت لاحق، "الحد الأدنى من تلف الدماغ"، مع تخفيف العبارة الأخيرة لاحقاً إلى "الحد الأدنى من اختلال وظائف المخ MBD"، ظلت هذه المصطلحات شائعة الاستخدام في الأدبيات العلمية والعيادات للعقود القليلة القادمة. لذلك، كانت الخطوة التالية هي الانتقال إلى شكل محدد يعتمد على التغيرات النفسية بدلاً من التغيرات العصبية غير الملموسة .

بحلول خمسينيات القرن العشرين، تطور فهم اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بما فيه الكفاية ليصبح العلماء أكثر دقة في لغتهم، فقد يشمل الحد الأدنى من خلل وظائف الدماغ وجود قائمة طويلة من الأعراض -بما في ذلك الاكتئاب، والتأخر في الكلام، والتبول في الفراش - والتي لا علاقة لها بالمتلازمة الكلاسيكية لتشتت الانتباه، ولذلك حاول الخبراء استخدام عبارات جديدة، مثل "اضطراب الاندفاع الحركي المفرط"، وفي أواخر الستينيات، "متلازمة فرط الحركة للطفولة". أصبح "النشاط المفرط" العلامة العيادية المختزلة .

في عام 1970، عندما استعيرت معالجة المعلومات من الكمبيوتر أصبح نموذج علمي جديد، عدم الانتباه إلى عيوب المعلومات من قبل هؤلاء الأطفال. في نهاية القرن العشرين، غالباً ما ارتبط الخلل الوظيفي بخلل في نظام الدماغ الأمامي والعقد القاعدية باعتبارها العقد الأساسية للنظام. خلال السنوات القليلة الماضية، تم التعرف على ADHD من خلال التحكم المعرفي الذي تتميز به. تعكس هذه التغيرات في الأسماء تحولات جزئية في النماذج العلمية وفي جزء منها الطبيعة الذاتية للاضطراب.

وعلى الرغم من التاريخ الطويل للبحوث والكم الهائل من المعرفة المتراكمة، ليس هناك توافق في الآراء بشأن الفيزيولوجيا المرضية لتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD ينعكس في نظريات مختلفة تماماً من ADHD للتأكيد على جوانب متباينة من البيانات التجريبية التي تم الحصول عليها .
(Functional Neuromarkers for Psychiatry, 2016, p.291 p.292 Hinshaw, P & Ellison, 2016, p,23-22)

تم إدراجه لأول مرة في الدليل التشخيصي والإحصائي لجمعية الطب النفسي الأمريكية (APA) DSM- I عام (1952) تحت مسمى " متلازمة فرط نشاط الطفل (Hyperactive Child Syndrome) - الحد الأدنى من خلل في الدماغ ، (Minimal brain dysfunction) . ثم "رد فعل الإفراط الحركي لدى الأطفال (Hyperkinetic reaction of children)". في DSM- II سنة (1968)، ثم بدء التفكير في مفهوم الانتباه كتفسير للخلل الأدنى في الدماغ، وتم تعديله في DSM- III الصادر عام (1980) إلى " اضطراب تشتت الانتباه " (ADD: Attention Deficit Disorder)، وأخيراً تم دمج النشاط الزائد ثانية " اضطراب تشتت الانتباه يصاحبه أو لا يصاحبه النشاط الزائد ADHD/ADD Attention Deficit Hyperactivity Disorder " في DSM- III المعدل عام (1987) وهو الاسم الذي استقر عليه حالياً، وقد تم في الدليل الرابع (DSM-VI) عام (1994) تحديد ثلاث أنواع فرعية (النشاط الزائد/ الاندفاع، تشتت الانتباه والنوع المشترك) ، وبقيت نفس التشخيصات في الدليل الرابع المعدل DSM-VI - TR الصادر عام (2000).

(Berri and Al-Hroub, 2016, pp.7-8 Carmen Carrascosa-Romero and De Cabo- De La Vega, 2015, pp.111-112).

يستخدم الأطباء ومهني الرعاية الصحية والأطباء المؤهلين المبادئ التوجيهية في الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM) للمساعدة في تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط. وقد تم نشر أحدث نسخة من الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الخامسة DSM-V، التي صدرت في أيار / ماي 2013، أول مراجعة رئيسية لها منذ عام 1994.

(Thongseiratch and Worachotekamjorn ;2016 ,Courtney F. Andrus; 2016)

شرحت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA,2013) أن إدراج تشخيص ADHD في الإصدارات السابقة الذكر من DSM لمساعدة الأطباء في التعرف على الاضطراب لدى الأطفال. والتحديث الأخير DSM-V (2013) حافظ على التسمية والصيغة الدقيقة لجميع الأعراض الثمانية عشر الواردة في النسخة السابقة DSM-IV، إذ لم تجد مراجعة لـ 86 دراسة حول الأطفال والمراهقين (ن = 163,688) فروقاً ذات دلالة إحصائية بين مناطق العالم أو البلدان؛ ولوحظ حدوث اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه عبر مجموعة واسعة من الثقافات. إذ اقترحت مجموعة العمل (WG) في ADHD من الجمعية الأمريكية للطب النفسي العديد من التغييرات على معايير اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. في عام 2010 تم تنفيذ بعضها في النص النهائي للدليل التشخيصي DSM-5. (GülÜnsel ·and all;2016)

لكنه أحدث تغييرات على المعايير التشخيصية أهمها اعتباره كاضطراب مزمن فقد أظهرت ما يقرب من عقدين من الأبحاث بشكل قاطع أن عدداً كبيراً من الأفراد الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كأطفال لا يزالون يعانون من الاضطراب كبالغين. جاءت الأدلة على ذلك من خلال الدراسات التي تم فيها تتبع الأفراد لسنوات أو حتى عقود بعد تشخيصهم الأولي للطفولة. أظهرت النتائج أن ADHD لا يتلاشى في عمر محدد. (Courtney F. Andrus,; 2016)

إذ اكتشفت مراجعة حديثة استمرارية المرض في 15% من البالغين في حالة الإصابة بالمتلازمة بشكل كامل، والاستمرارية بنسبة 40-60% حين يتم ضم الحالات التي يتم فيها شفاء جزئي. حيث أن عددا كبيرا من الأطفال المشخصين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ لا يزالون يعانون من الاضطراب كبالغين. وتستمر الأعراض حتى سن البلوغ في أكثر من ثلاثة أرباع الحالات؛ وترتبط الاستمرارية بشدة الاضطراب، والعملاء ذوي الأعراض الأكثر حدة والمصابين بالتنوع المركبة من اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد أكثر عرضة لخطر الاستمرارية، ومع انتقال الأفراد المصابين باضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد من مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ، تقل عدد أعراض التشخيص باضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد في (DSM)، وتقل حدة شدة هذه الأعراض. ومع ذلك، هؤلاء البالغين عرضة لأكبر الصعوبات الشخصية الأكاديمية، والمهنية، وإدمان المخدرات والكحول، والمشاكل القانونية.

إذ ترتبط استمرارية الأعراض أيضا بالنتائج السلبية مثل انخفاض الأداء الدراسي والمشاكل الزوجية وعدم الرضى عن الزواج والطلاق وصعوبة التعامل مع الذرية وانخفاض الأداء الوظيفي، والبطالة والبقاء في مراكز وظيفية أقل من قدرات الفرد، والتورط في حوادث مرورية وزيادة خطر ظهور اضطرابات نفسية أخرى. (Cho ajm, verin, , polanczyk, 2012, p.14, National Resource Center on ADHD,2015 p.1)

ويهدف النظام الجديد إلى حساسية أكبر لهؤلاء الأفراد، وتوفير الكشف المبكر والتشخيص، والتخطيط العلاجي. وبشكل عام، فإن الهدف من وراء إضافة قسم الاضطرابات العصبية النمائية في DSM-V، ومراجعات اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD، هو إنشاء فئة تمثل المسارات النمائية لهذه الاضطرابات، والتي سوف تخلق أنظمة تشخيص تستوعب بدقة مرونة التطور العصبي على مدى العمر. والإدراج في فئة اضطرابات النمو العصبي في حد ذاته يعد تغييرا كبيرا للاضطراب ADHD، بينما في DSM-IV-TR، كان تصنيف ADHD على أنه اضطراب السلوك التخريبي. (Doernberg and Hollander; 2016)

في ضوء النجاح الذي أظهره الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) باعتباره نظاما تشخيصيا أفضل مقارنة مع الإصدار السابق من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، فقد سعت دراسة - Garcia Rosales (2015)- للتأكد من أن جميع معايير الدليل الرابع التي احتفظ بها DSM-5 مفيدة على حد سواء لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وتوقع مشاكل السلوك المرضي، وتوصلت إلى أن جميع المعايير الثمانية عشر ساهمت بشكل كبير ومستقل في التشخيص العيادي لتشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD، تنبأت جميع البنود الثمانية عشر بالإعاقة الوظيفية.

وقد شمل التغيير سن البداية والذي أصبح 12 سنة بدلا من 7 سنوات وبالتالي لا يستبعد المعيار الجديد الطفولة المتأخرة والبالغين، ويتطلب DSM-5 أدلة على وجود عدة أعراض ADHD قبل 12 سنة من العمر. هذا جزء من الطبيعة التنموية للتشخيص أي الحالات التي لم يتم تشخيصها قبل المراهقة أو البلوغ، لكن يجب أن يكون هناك دليل على الاضطراب في مرحلة الطفولة. من بين أسباب هذا التغيير. شرط بداية قبل 7 سنوات منع بعض الأشخاص الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من التشخيص وتلقي الخدمات المناسبة. (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2013، ص 61). وذلك يشير (العمر المتأخر) إلى أنه مستقبلا ستكون هناك أعداد متزايدة يتم تقييمها.

(Prosser and Reid, 2013)

اضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط هو اضطراب السلوك العصبي الأكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة، ويبلغ معدل انتشاره على الصعيد العالمي ما يقرب من 3.4% إلى 7.2%، وقد حدثت زيادة بنسبة 42 في المائة في تشخيص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، خاصة في مرحلة الطفولة من عام 2004 إلى عام 2012. وهذا يضع عبئاً مالياً واجتماعياً على المجتمع وتكلفة الرعاية الصحية العقلية.

(Courtney F Andrus ; 2016).

ونظراً للتعديلات الأنفة الذكر الحاصلة على الدليل التشخيصي الخامس، ازداد ارتفاع نسبة انتشار ADHD من 7.38% إلى 10.84% بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-15 سنة.

(Thongseiratch and Worachotekamjorn; 2016)

وبالتالي ظهرت الحاجة لبرامج علاجية تهتم بالأطفال المشخصين باضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد في سن 12، والاكتشاف والعلاج المبكر لاضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد يضمن الحد من مضاعفاته، خاصة أنه مزمن ويستمر مدى الحياة؛ إذ تتفاقم عواقبه إذا لم يعالج، ومن شأن تأخر التشخيص الباكر لهذا الاضطراب أن يعرقل سيرورة المراحل النمائية اللاحقة وأن يساهم في إفشال نجاح الفرد، وتهديد حياته. من هذا الباب جاءت الدراسة الحالية لتساهم في تدارك والاهتمام بهذه الفئة العمرية، ببرنامج تدريبي في تعديل سلوك تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واختبار فاعليته ليكون في متناول الأولياء بالدرجة الأولى والمختصين المهنيين والمعلمين كأداة تأهيل علاجية خلال التعامل مع الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول :

التعريف بمشكلة الدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. أهداف الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة
5. حدود الدراسة
6. فرضيات الدراسة

1- إشكالية الدراسة :

يعتبر تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد اضطراب نمائي سلوكي، يحدث في المقام الأول خلال مرحلة الطفولة، يمكن تمييزه بوجود نمط مستمر من تشتت الانتباه و / أو فرط النشاط والاندفاع لفترة لا تقل عن ستة أشهر؛ (جمعية الأمريكية للطب النفسي، 2013). في سنوات المدرسة كثيراً ما يجذب الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد الانتباه لأنفسهم نتيجة قصور أدائهم الدراسي، ونتيجة لمشاكل الانتباه؛ وعادةً ما يشكل تشخيص الأطفال في سن التمدرس بمزيج من تشتت الانتباه وفرط النشاط /الاندفاع. تحدي للآباء والمعلمين، مقارنة مع غيرهم من الأطفال في مثل سنهم. وخلال مرحلة الطفولة المتأخرة، أعراض ADHD والنتائج الأكاديمية لتشتت الانتباه تميل إلى التصعيد. إذ يتطلب القسم الدراسي الانتباه المستمر للمهام، بدلا من ذلك يبدأ الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط بعرض المزيد من أعراض تشتت الانتباه. كما أن الصراعات الأكاديمية والعائلية والاجتماعية في هذه المرحلة تصبح راسخة، وما لا يقل عن 40 % إلى 60 % من هؤلاء الأطفال قد يطورون اضطراب التحدي المعارضة، وكثير منهم 25% إلى 40% من المرجح أن يطور اضطراب السلوك .

(Prevatt & Levrini, 2015, p.12)

حيث يؤدي اضطراب السلوك الحاد في مرحلة الطفولة والسلوك المعادي للمجتمع، إذا لم يتم التعامل معهما بالتدخل النفسي والاجتماعي المبكر إلى تطوير السلوك الإجرامي في مرحلة البلوغ. وتنبئ بالاعتقال لاحقا بسبب الإجرام. ويزيد احتمال إصابة الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه / النشاط الزائد خمسة مرات باضطرابات السلوك ويزداد معدل الجريمة لاحقا عن المتوسط .

(Millichap, 2010, p.53)

كثيرا ما يواجه الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب صعوبة في الاستماع إلى المدرسين واتباع توجيهاتهم المتزايدة التعقيد. بالإضافة إلى ذلك، يتضاعف التناقض مع الأقران. فقد يتم رفضه من قبل الأقران في الأنشطة الجماعية. كما يواجه صعوبات مع الآباء والأمهات مقارنة مع أقرانهم العاديين؛ وعدم التنظيم يسبب له غالبا مشاكل في الحياة اليومية والتعلم. سلوكيات الطفل ذو تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد غالبا ما تؤدي إلى ردود سلبية من الآخرين، والبعض الآخر ينسحب منه. رغم ذلك؛ تشتت الانتباه والنشاط الزائد ليست سلوكيات مستهجنة ومرفوضة لا تميز الكائن البشري كالنمطية في اضطراب التوحد، فقد تكون أعراضا انقلالية ناجمة عن التطور سرعان ما تترن، لكن الفارق هنا بين السواء والتشخيص بالاضطراب في التأثير على الوظيفة التكيفية وسياق حياة الفرد، لذا نجد من المعايير الهامة الواردة في

الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس أن تتظاهر بشكل يتداخل ويقلل من جودة الأداء الاجتماعي والمدرسي والمنزلي؛ إذ تحدث اختلالات تشمل المشاكل السلوكية في المنزل والمدرسة والمواقف الاجتماعية وتعرقل مسار الحياة المستقرة و الناجحة للفرد .

يؤثر اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تأثيراً سلبياً جوهرياً على الأداء والإنجاز اليوميين في مختلف الميادين؛ كما يؤثر سلباً على الأسر، وكثيراً ما يتلقون ردود فعل سلبية من الآباء والأمهات والآخرين الذين يتصلون بهم. كما يجد الآباء والمدرسون سلوك الأطفال الذين يعانون من /ADHD غير سار ومنفر؛ ونتيجة لذلك، فهم معرضون لخطر الإصابة بالفشل والإحباط، إذ تشير الأدلة إلى أن هؤلاء الأطفال أقل مثابرة على المهام عند مواجهة الفشل (أقل صموداً)، تحدث هذه المفاهيم الخاطئة بشكل متكرر على مدار الوقت، وقد تتداخل بشكل خطير مع تطور احترام الذات والجوانب الأخرى للأداء العاطفي الصحي. وتفسر (جايسون، 2013، ص.88) ذلك بأنهم غالباً ما يعرفون أن ما يفعلونه خاطئ لكن لا يتذكرون أنه ينبغي أن يفكروا أولاً. لذا فهم يعرضون لخيبات الأمل رغم نواياهم الحسنة .

وأشار (Brandon and Steven, 2015) في مقدمة كتابهما الذي هدف إلى وصف برنامج علاجي نفسي اجتماعي قائم على المدرسة، والذي يمثل حصيلة خمسة عشر عاماً من البحث المكثف وشرح كيفية تنفيذه، في البيئات المدرسية، لتدريب الآباء والتلاميذ والمعلمين والمساعدين على التقنيات التي يتم تنفيذها في البرنامج - أن معظم الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب (ADHD) أحدث ذلك توتراً داخل الأسر بنسبة 70-80%، فالأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ يخلقون حالة من الفوضى في جميع أنحاء العائلة. في روتين الصباح والواجبات المنزلية وهي مهمات متكررة تستدعي متابعة مستمرة. كثيراً ما يشعر الأشقاء الآخرون بالاستياء من الوقت والعلاج الخاص الممنوح لطفل (ADHD). إن الأمهات اللواتي يفكرن في أداء واجبات أطفالهن المنزلية بأنفسهن، تجدهن مرهقات من أن واجباتهن المنزلية لا تكتمل أبداً. يأتي الآباء إلى المنزل لاكتشاف عائلة في حالة عصبية، ومن المتوقع أن يصبح التعامل مع الطفل خارج عن سيطرتهم، أيضاً؛ قد يحتار الآباء حول "أفضل استراتيجية"، وهي مشكلة صعبة حيث لا توجد استراتيجيات قريبة من الكمال. يؤدي عدم الرضا بالحياة حيال شخص مصاب باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد إلى نمط من النقادي يزيد من دورة الغضب. في المقابل، كل هذا الاضطراب العائلي يخلق مصدراً جديداً للضغوط والمشاكل بالنسبة للطفل الذي يعاني من ADHD نفسه.

إذ يمكن للأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ خلق حالة من الفوضى في جميع أنحاء العائلة. في روتين الصباح والواجبات المنزلية وهي مهمات متكررة تستدعي متابعة مستمرة. إن الأمهات اللواتي يفكرن في أداء واجبات أطفالهن المنزلية بأنفسهن، تجدهن مرهقين من أن واجباتهن المنزلية لا تكتمل أبداً. يأتي الآباء إلى المنزل لاكتشاف عائلة في حالة عصبية، ومن المتوقع أن يصبح التعامل مع الطفل خارج عن سيطرتهم، أيضاً. قد يحتار الآباء حول "أفضل استراتيجية"، وهي مشكلة صعبة حيث لا توجد استراتيجيات قريبة من الكمال. يؤدي عدم الرضا بالحياة حيال شخص مصاب باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى نمط من التفادي يزيد من دورة الغضب. في المقابل، كل هذا الاضطراب العائلي يخلق مصدراً جديداً للضغوط والمشاكل بالنسبة للطفل الذي يعاني من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD. وقد يتعطل تطور المهارات الاجتماعية المناسبة، وتصل نسبة الذين لديهم مشاكل في العلاقة بين الأقران إلى 50% من الذين لديهم AD / HD ، على الرغم من أن هذا قد ينطوي على مشكلات في تكوين صداقات، إلا أن هذه الصعوبات تركز عادةً على الحفاظ على العلاقات القائمة. فمشاكل العلاقة بين الأقران تنبئ بالكثير من النتائج السلبية إذ يواجه العديد من السخريّة المستمرة، والاستقزاز، والرفض من أقرانهم، مما يؤدي بهم إلى التحول المتكرر من مجموعة إلى أخرى .

(Kutscher, 2002, p.18)

وبالنسبة للبيئة المدرسية يواجه الأطفال ذوي تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ صعوبة التعلم في المدرسة، ومن مشكلة الإنتاجية المتناقصة في العمل المدرسي مما يؤدي إلى تخلف الطفل عن الركب، وهم معرضون بشكل كبير لخطر اضطرابات القراءة وغير ذلك من صعوبات التعلم. ويعاني معظم الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من مشاكل كبيرة مع الأداء الأكاديمي، مثل البطء في إتمام العمل أو العمل غير الكافي، غير الدقيق وغير المتناسق؛ في الأنشطة والواجبات المنزلية، ويظهرون مهارات دراسة ضعيفة. إذ يعرض حوالي 25 إلى 40% من هؤلاء الأطفال مهارات أكاديمية أقل بكثير من المتوسط، وبالتالي يتم تصنيفها كإعاقة في التعلم. حقيقة أن المشاكل الأكاديمية ترتبط باستمرار وبشكل وثيق مع تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD .

(DuPaul & Gary, 2014, P.102)

علاوة على ذلك؛ تسبب الممارسات المدرسية المعتادة الضيق لكثير من التلاميذ الذين يعانون من ADHD. لذا فهم معرضون لخطر الفشل في الدراسة بمعدل أعلى من التلاميذ غير المصابين؛ الذين لديهم نداء معادل. إذ يصارع الأطفال المصابون باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد معدلات

فشل ثلاثة أضعاف الأطفال الآخرين، في القراءة والكتابة والرياضيات. على وجه التحديد، يواجهون مشاكل مع اللغة الشفهية، والهجاء. فحوالي 15 ٪ من الأطفال المصنفين على أنهم ذوي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من اضطرابات القراءة. وقد اقترح أن الطلاب ذوي اضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط يتعلمون جيدا عندما يكونون مهتمين للغاية بالمواد في المدرسة؛ فهم يظهرون سلوكًا أو أداءً محسنًا عند تنفيذ المهام المميزة أو رواية مثيرة للاهتمام، يبدو أن الكثير من الصعوبة التي يواجهها هؤلاء الأطفال ذات صلة بضعف تثبيط الاستجابة .

(Hinshaw and Ellison, 2016, p.4)

إضافة لما سبق يتأثر أداؤهم المدرسي أيضا بذاكرة العمل الضعيفة، فتذكر وتتبع التعليمات، حفظ حقائق الرياضيات، وهجاء الكلمات، والتواريخ، أداء الحسابات العقلية في الرأس، إكمال مسائل الرياضيات المعقدة (الجبر)، تذكر جزء واحد من مهمة أثناء العمل على جزء آخر، إعادة الصياغة أو تلخيص، تنظيم وكتابة المقالات، التعلم من سلوك الماضي، الحكم على مرور الوقت بدقة، وقد لا يسمح بالوقت الكافي لإكمال العمل المدرسي، فحص أو تغيير سلوكه الخاص، التحضير للمستقبل . خاصة مع ما يطالب به تلاميذ المرحلة المتوسطة؛ حيث يتوقع منهم العمل بشكل مستقل وتنظيم أنفسهم والبدء في المهام وتذكر المهام المتعددة. حددت البحوث التعبير الكتابي كإعاقة في التعلم بين 65 بالمائة من الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد AD / HD، من أجل كتابة مقال، يحتاج التلميذ إلى الاحتفاظ بالعديد من الأفكار في ذهنه، واسترجاع القواعد النحوية والإملائية وعلامات الترقيم من الذاكرة طويلة المدى، والتلاعب بكل هذه المعلومات، وكل ذلك أثناء محاولة تذكر كتابة الأفكار وتنظيم المواد في تسلسل منطقي، ثم مراجعة وتصحيح الأخطاء. وينطبق الشيء نفسه على حسابات الرياضيات حيث يتعين على التلميذ الاحتفاظ بحقائق في رأسه، وتطبيق القواعد؛ وتحويل المعلومات بين الذاكرة العاملة والقصيرة الأجل لحل المشكلة وتحديد الإجابة .

(Ohio Coalition for the Education of Children with Disabilities OCECD , 2015,P.19)

إن فهم دور الوظائف التنفيذية يساعد الآباء والمدرسين على إدراك أن المدرسة صعبة للغاية بالنسبة للأطفال الذين يعانون من عجز في الوظائف التنفيذية . بالإضافة إلى ضعف الذاكرة العاملة، فإن العديد من التلاميذ الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد AD / HD لديهم سرعة معالجة بطيئة مما يؤثر على قدرتهم للاستجابة بسرعة، وكفاءتهم في كتابة المقالات أو العمل على مسائل الرياضيات.

لذا الأداء الأكاديمي لمعظم الأطفال من ذوي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ناقصًا بسبب عاداتهم الدراسية السيئة، وعدم إنجاز العمل بدقة واتساق في الواجبات المنزلية والاختبارات. إذ أن حوالي ثلث هؤلاء التلاميذ؛ هم أقل بكثير من المتوسط في المهارات الأكاديمية، وبالتالي يتم تصنيفهم بأنهم يعانون من إعاقة في التعلم .

(George and Gary, 2014, P.293)

ونتيجة لذلك؛ يتعرض أربعين في المائة من هؤلاء الأطفال للفشل الدراسي بسبب فقدان الاندماج السوي في الوسط المدرسي لعجزهم عن التركيز عن العمل دون التوجه إلى العبث واللهو. (اوزي، 2008، ص.116). إن الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وتركوا دون علاج؛ أكثر عرضة لمواجهة المشاكل مع المدرسة والأقران. هذا يمكن أن يطور مشاكل في المزاج في وقت لاحق. وقد تؤدي المشاكل المزاجية إلى "العلاج الذاتي" باستخدام العقاقير أو الكحول أو غير ذلك من السلوكيات المسببة للإدمان هذا كواحد من العواقب التي سترد لاحقًا .

إن تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد اضطراب معقد ومع تقدم الأطفال في السن، قد تظهر مشكلات أخرى أيضًا تتعايش مع اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ كما شرح سابقًا، إذ يظهر العديد من التلاميذ المصابين بهذا الاضطراب مشاكل مرضية مصاحبة، ينتج عنها صعوبات في التكيف مع الآخرين. هذا الاعتلال المشترك قد يحدث إما في وقت واحد أو باستمرار اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد دون علاج خلال النمو. عادة، سوف يزيد الضعف الوظيفي مع الاعتلال المشترك، وقد تصبح أكثر حدة على مدار التطور من الطفولة إلى البلوغ. ويرتبط في كثير من الأحيان بالمشاكل النفسية والاجتماعية و / أو الإعاقة التعليمية. وما يزيد في تعقيد تشتت الانتباه / النشاط الزائد أنه اضطراب مزمن يحدث على مدى فترة طويلة، ولا تختفي أعراضه مع الوقت وإنما تتطور وتتفاقم مع الزمن إذ يتداخل مع اضطرابات أخرى قد تكون أخطر. مما يزيد من العبء العائلي مع التقدم في السن مقارنة بالأطفال غير المصابين. إذ أظهرت دراسة أن "ما معدله 50% من الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في جميع البلدان) استمروا في تلبية معايير DSM-IV ADHD للعلاج كبالغين" .

(Dobie Cet all, 2012, p.47)

وحسب تقديرات مركز الموارد الأمريكي حول تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تستمر الأعراض حتى سن البلوغ في أكثر من ثلاثة أرباع الحالات.

(National Resource Center on ADHD, 2015, P.1)

و83 في المائة من الأطفال الذين لديهم تاريخ من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ لديهم تشخيص ADHD حالي.

(Abigail and Levrini,2015, p.10)

وقد تم تحديث تعريف اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD)؛ في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5). الذي استند إلى ما يقارب عقدين من الأبحاث التي أظهرت أنه على الرغم من أن اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يبدأ في مرحلة الطفولة، يمكن أن يستمر حتى سن البلوغ، وهدف إلى ضمان أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يمكنهم الاستمرار في الحصول على الرعاية طوال حياتهم إذا لزم الأمر .

يتعرض الأطفال في أواخر مرحلة الطفولة الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لخطر المشكلات السلوكية، مثل العنف المزمن أو الاعتداء الجنسي أو تدخين السجائر في وقت مبكر أو اضطرابات تعاطي المخدرات. تشمل عوامل الخطر لاستمرار اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في المراحل اللاحقة؛ التعرض للنزاع الأبوي، والتعاطي المشترك مع الاضطرابات السلوكية والمزاجية والقلق. ويشكل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عامل خطر كبير لتطوير عواقب وخيمة، ترتبط بنوعية الحياة؛ ويشمل العبء العائلي لهؤلاء الأطفال فشل الإنجازات الأكاديمية، وحوادث المرور، ومشاكل التوظيف، وتكاليف الرعاية الصحية، فهؤلاء الأطفال معرضون بشكل متزايد للاكتئاب الإكلينيكي واضطرابات القلق، كما أنهم معرضون بشكل متزايد لخطر الاضطراب الثنائي القطب والذي هو في حد ذاته مشكلة خطيرة في مجال الصحة العقلية، مع عواقب يحتمل أن تكون موهنة أو حتى تهدد الحياة. كزيادة خطر التعرض لمشاكل في القيادة وتدخين السجائر وإساءة استخدام المواد المخدرة .

يؤدي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الطفولة إلى زيادة حدوث السلوكيات الإجرامية خلال مرحلة البلوغ. وتظهر هذه المخاطر بشكل واضح في ثلث الأطفال المتضررين من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذين يطورون أيضًا اضطراب السلوك. ولديهم معدلات أعلى من الاعتقالات مدى الحياة، والإدانان الجنائية، والحبس. فالشباب النامي الذي يعاني من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عرضة عادة للتوقيف أو قضاء بعض الوقت في السجن، ويتم توجيههم من قبل المحكمة لمهنيي نفساني اجتماعي.

(McGoug, 2014, P.12-13)

من الشائع أن يعاني الأشخاص الذين لديهم أعراض اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ من صعوبة خطيرة في التكيف مع متطلبات الحياة اليومية، وينتهي الأمر بسجل حافل من الفشل المتكرر، والانحرافات الخطيرة، وصورة ذاتية محطمة. من الواضح أن التدخل العلاجي في سن مبكرة في غاية الأهمية في الوقاية من تعقد العواقب الأكثر خطورة التي يسببها تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. قد تطغى هذه المشاكل الإضافية في نهاية المطاف على المشكلة الأساسية لاضطراب ADHD، حيث تتطلب اهتماما كبيرا وعلاجات إضافية. هذا ما جعل المعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH) يصنف اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من الاهتمامات الرئيسية للصحة العامة.

(Hinshaw, and Ellison, 2016, p.7, McGoug, 2014, p.,2-1)

يشكل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مخاطر كبيرة لتطویر اضطرابات وظيفية إضافة للاضطرابات الصحة العقلية آنفة الذكر، عبر مجموعة من مجالات الحياة. ويشمل ذلك التحصيل العلمي والمهارات الاجتماعية والنجاح المهني والعلاقات الشخصية والأبوة والأمومة والصحة العامة. كما أن الأعباء الاقتصادية المجتمعية المرتبطة باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ إضافة للتكاليف الفردية كبيرة ودائمة. يتحمل الأفراد المتضررون وأسرهم والمجتمع عواقب اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من حيث الخسارة في الإنتاجية والدخل، والتكاليف الصحية، والإخفاقات التعليمية، وإساءة استخدام المخدرات، وزيادة الإجرام. تتراوح التكاليف السنوية التقديرية لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الولايات المتحدة من 43 إلى 266 مليار دولار. وقدرت تكاليف كل فرد من 62 دولارًا إلى 2720 دولارًا بالنسبة للأطفال، تُعزى تكاليف الأطفال في الغالب إلى نفقات الرعاية الصحية الأولية والتعليم، والزيارات النفسية والسلوكية، متوسط التكاليف الطبية السنوية للأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أعلى بثلاث مرات من نظرائهم من نفس المرحلة النمائية في العادة .

(McGoug, 2014,p.14)

بينما لا تتوفر حاليا تقديرات عربية أو محلية (جزائرية). وقد أشارت الوكالات الفيدرالية الأمريكية المتعددة إلى أن اضطراب ADHD هو أكثر الاضطرابات شيوعًا في الأطفال من سن 3 إلى 17 سنة.)

(Sparrow and Erhardt, 2014, p.26)

إضافة إلى أنه يتعدى حدود الثقافات، إذ لم تجد مراجعة لـ 86 دراسة حول الأطفال والمراهقين و 11 دراسة للبالغين؛ فروقًا ذات دلالة إحصائية بين مناطق العالم أو البلدان؛ حيث لوحظ حدوث اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عبر مجموعة واسعة من الثقافات. (الجمعية الأمريكية للطب النفسي،

(2013). وهذا ما يجعل منه مشكلة عالمية لا تخص ثقافة دون أخرى، وفي التحليل التلوي الذي أجري مؤخراً لـ 175 دراسة، كان معدل الانتشار الإجمالي العالمي المقدر 7.2% (مجال الموثوقية 95%، 6.7-7.8). من المتوقع أن يزيد الانتشار مع اعتماد معايير التشخيص المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، و الإجماع الحالي يبين أن تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يحدث في 5% إلى 7% من تلاميذ المدارس في جميع أنحاء العالم؛ ويستمر الاضطراب إلى مرحلة البلوغ في حوالي 40% من الأطفال المصابين. نسبة الذكور إلى الإناث ما يقرب من واحد مقابل 3 إلى 4 في الدراسات الاستقصائية الوبائية؛ وواحد من ستة في العينات العيادية. قد تكون الفتيات المصابات باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، أقل عرضة للظهور في العيادات. تظهر البيانات الصادرة عن مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها أن الأطفال المصابين باضطراب ADHD يعانون من مشاكل بسيطة (46.7%) أو متوسطة (39.5%). أقل من 14% فقط من الأطفال المصابين باضطراب حاد في تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

(K.C., & FAAP, 2016 P.256)

كما نشرت (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2014) بيانا ذكرت فيه ارتفاع إبلاغ الآباء عن اضطراب ADHD من عام 2003 إلى 2011 بنسبة 42 في المئة، وأفاد تقرير الأكاديمية الأمريكية لأطباء الأسرة أن اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً لدى الأطفال وأن معدل الانتشار يتزايد. واستندت هذه الاتجاهات إلى البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة الاستقصائية الأمريكية لصحة الطفل، والتي تعكس زيادة الانتشار في عام 2011، تلقي 11 بالمائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4 و17 عامًا تشخيصاً باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. تسعة وستون في المائة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حالي يتناولون أدوية. وتشير الدراسات الدولية الرئيسية إلى أن الانتشار الحقيقي لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفراط النشاط متماثل بشكل لافت للنظر بين الدول المتقدمة. إلا أنه لا تزال الولايات المتحدة لديها أعلى معدلات انتشار، في حين أن المعدل المتوسط لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفراط النشاط؛ بين جميع الدول المتقدمة الأخرى هو أكثر بقليل من 5 في المائة من مجتمع الأطفال والمراهقين .

(Hinshaw, and Ellison, 2016, p. p88-89)

ولا تتوفر تقارير عربية أو وطنية عن نسب انتشار الاضطراب ولكن توجد بعض الدراسات؛ إذ تبلغ نسبة أطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد في المملكة العربية السعودية خمسة عشر % حسب جمعية دعم اضطراب تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد. وكشفت دراسة حديثة لأبو العطا وأمين (Aboul-ata and Amin, 2015) أن معدل انتشار اضطراب تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد في عينة من 420 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 6-14 سنة مدينة الفيوم كان 20.5%، و 33.8% بين الذكور و 6.8% بين الفتيات. وكانت معدلات الانتشار ضمن النوع الفرعي تشتت الانتباه، ونوع فرط النشاط / الاندفاع، والنوع الفرعي المشترك 1.3% و 2.8% و 16.4% على التوالي. وكان انتشار اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد أكثر انتشاراً بين البنين (33.8 في المائة) منه لدى البنات (6.8 في المائة).

تشير كل المعالم المدروسة آنفاً حول اضطراب تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد؛ أهمية وعمق الالتفات لهذه الفئة وإجراء الأبحاث للتوصل إلى التدخلات العلاجية الناجعة والمناسبة، إذ لا تقتصر فقط على علاجه وإنما تحمي من مخاطر عميقة ومتجذرة عواقبها على الفرد والأسر والمجتمع ككل. وقد فحصت دراسة (SPENGLER ET AL, 2015) أثر سمات التلميذ وسلوكياته في مرحلة الطفولة المتأخرة على الدخل والنجاح المهني في المستقبل، بالاعتماد على عينة طولانية تمتد 40 سنة ابتداء من الطفولة (من سن 12) إلى مرحلة البلوغ (سن 52)، شملت المتغيرات (تشتت الانتباه، التلميذ المسؤول، الإحساس بالدونية، ونفاد الصبر، والتشاؤم، وكسر القواعد، وتحدي السلطة الأبوية، الاستدلال) على نتيجتين واقعتين هامتين (النجاح والدخل المهني). وظهر أن الشعور بالنقص وعدم الكفاية بالمقارنة مع زملاء الدراسة فيما يتعلق بالتمارين والواجبات المنزلية والقدرات في المدرسة أمر قمعي وعاملاً مثبطاً للنجاح التربوي. كما أن الأفراد الذين يعملون بجد ولديهم مزيد من المواظبة على المهام والروتين اليومي وجدت لديهم فعالية أكثر في تحقيق أهدافهم. علاوة على ذلك، الأفراد الذين يتم تنظيمهم بشكل جيد، وتعليمهم التصرف بمسؤولية، والعمل بجد، والمداومة على إنجاز المهمات، وإكمال المهام بدقة - جوانب مقياس الطالب المسؤول - أكثر إنتاجية في المدى البعيد من الأفراد الذين يسجلون انخفاضاً في مثل هذه المهارات والقدرات. إذ يتميز التلميذ المسؤول بالتركيز على الواجبات المنزلية والحفاظ على الانتباه حتى عندما يصرف. وتوصلت الدراسة أن من العوامل القوية للنجاح في الحياة الاستمرار في المهمة، والذي أظهرت أيضاً تنبؤاً هاماً للنجاح الوظيفي واستتجت الدراسة أن خصائص سلوكيات التلميذ تؤثر في نتائج الجوانب الهامة من الحياة؛ وخصائص سلوك التلاميذ التي تقاس في وقت مبكر من الحياة تمثل تنبؤاً هاماً لنتائج الحياة في منتصف العمر، فخصائص التلاميذ تعتبر كعوامل من شأنها التأثير على السلوك والقرارات على مدى فترة طويلة من الزمن.

(SPENGLER ET AL, 2015)

وتؤكد كل من الأكاديمية الأمريكية للطب العقلي للطفل والمراهق والأكاديمية الأمريكية والجمعية الأمريكية لطب العقلي A A C A P and A P A ، أنه لا يوجد علاج معروف محدد لاضطراب تشتت الانتباه مع فرط النشاط في هذا الوقت. كما تشير الدراسات إلى أن العلاج المناسب لهذا الاضطراب سيقبل من مخاطر مشاكل المستقبل، وذكرت (الأكاديمية الأمريكية طب الأطفال، 2011) أن العلاجات النفسية الاجتماعية تشمل العلاج السلوكي، تدريبات الوالدين القائمة على الأدلة وتدخلات السلوك التي تعزز السلوكيات التكيفية والإيجابية وتقلل من السلوكيات غير اللائقة أو تزييلها، وتغير دوافع الطفل للسيطرة على الانتباه والنشاط والاندفاع. تشجع على البحث في تصميم برنامج علاجي شامل لعلاج مجموعة متنوعة من المجالات الوظيفية يقترح العديد من استراتيجيات التعديل السلوكي لتحسين الأداء التنفيذي الكلي للطفل. ينفذ من قبل الأم في المنزل، والأخصائي النفسي في العيادة .

إن العلاج الدوائي والعلاجات السلوكية هي مكونات قوية لتخطيط العلاج متعدد الوسائط، لكن في ظل أن التفسيرات العصبية الحيوية لهذا الاضطراب لا تزال افتراضات غير مؤكدة والأسباب الحقيقية غير مبينة، لذا لا يتوفر دواء مخصص لاضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد يستهدف منطقة دماغية مصابة أو اختلال عصبي معين يسبب هذا الاضطراب؛ وإنما تستخدم أدوية مثل الريفالين والتي توصف لاضطرابات النمائية الأخرى أيضا كالتوحد؛ ويكمن دورها في تهدئة الطفل لتقبل التعديلات السلوكية إذ أنها لا تطبع السلوك. وتبقى في حاجة لتعديل السلوك .

(Antai-Otong and Zimmerman, 2016, p. 208-209)

كما يتفق الباحثين على أن الدواء يمثل تمهيد لتوفير الفرصة لنجاح التعديل السلوكي وليس بديلا عنه، كما يرى بعضهم أنه يمكن مساعدة الأطفال دون اللجوء لاستخدام الدواء، حيث ذكر مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها -وزارة الصحة والخدمات الإنسانية "غالبا ما لا يؤدي التدخل الدوائي إلى تطبيع السلوك. تشير الأبحاث، وإن كانت محدودة، إلى أنه حتى مع العلاج طويل المدى، يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مشكلات كبيرة في إعدادات المدرسة والمنزل والمجتمع. هذا يثير تساؤلات حول فعالية التدخلات الدوائية كطريقة طويلة الأجل ."

(Association for Youth, Children and Natural Psychology (AYCNP), 2013, p.333)

وقد أشارت (الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، 2011) في إلى أن المكاسب التي تحققت بفعل التدخلات السلوكية المصممة في بيئة العيادة، لا تنتقل عادة إلى المنزل أو المدرسة ولم تثبت فعاليتها في الأعراض الأساسية ADHD؛ وحذر الباحثون من أن هناك حاجة إلى أدلة أفضل على الفعالية من تقييمات أدق للتدخلات السلوكية .

(Thomas et al ،2016 ،p.53)

و بينت الدراسات نجاح التعديل السلوكي في علاج اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد . نذكر من بينها دراسات محلية؛ فوزية محمدي (2011)، لحمري أمينة (2015)، تركرات عبد الناصر (2017)، إضافة إلى دراسات عربية إبراهيم شلبي إيمان (2011)، إبراهيم إيمان (2011)، صبح صفاء؛ شروف أنساب؛ أسعد أمجد (2018)، وانطلاقا من المعطيات الأنفة الذكر؛ جاءت هذه الدراسة لتجمع بين العديد من استراتيجيات تعديل السلوك، لتعمل في تكامل ضمن برنامج تدريبي مصمم يستهدف تعديل تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لمجموعة من الأطفال البالغين 12 سنة من العمر، وللتحقق من فعالية هذا الأخير تم تلخيص مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي:

التساؤل الرئيسي يطرح مشكلة الدراسة:

هل البرنامج التدريبي المصمم فعال في تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال البالغين 12 سنة من العمر؟

وللإجابة على المشكلة السابقة الذكر وجب توظيف أساليب إحصائية تستدعي طرح التساؤلات الفرعية التالية:

التساؤلات الفرعية :

1. هل يوجد أثر دال إحصائيا للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات ؟
2. هل يوجد أثر دال إحصائيا لعامل الزمن في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات ؟

3. هل يوجد أثر دال إحصائياً للتفاعل بين عامل الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير الأمهات ؟
4. هل يوجد أثر دال إحصائياً للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس ؟
5. هل يوجد أثر دال إحصائياً لعامل الزمن في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس ؟
6. هل يوجد أثر دال إحصائياً للتفاعل بين الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير المدرس ؟
7. هل يوجد أثر دال إحصائياً للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات ؟
8. هل يوجد أثر دال إحصائياً لعامل الزمن في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات ؟
9. هل يوجد أثر دال إحصائياً للتفاعل بين عامل الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير الأمهات ؟
10. هل يوجد أثر دال إحصائياً لبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس ؟
11. هل يوجد أثر دال إحصائياً لعامل الزمن في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس ؟
12. هل يوجد أثر دال إحصائياً للتفاعل بين الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير المدرس ؟

2- أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة لاختبار فاعلية برنامج تدريبي مصمم لتعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، من خلال تجريبه على مجموعة من الأطفال المتمدرسين البالغين من العمر 12 سنة، ومقارنتهم مع مجموعة ضابطة تتجانس معها في الخصائص (عزل المتغيرات الدخيلة) ويبقى عامل الزمن يتم الكشف عن تدخله في التجربة (كعامل مساعد أو كعامل دخيل) أيضا ضمن هذه الدراسة، لإظهار هل البرنامج التدريبي المصمم ناجح فعلا في علاج الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، ويعني ذلك أيضا استمرارية فاعليته حتى بعد إيقاف البرنامج التدريبي. ولذا عملت الدراسة على التحقق من الأهداف الفرعية التالية :

1. معرفة ما إذا كان هناك أثر للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات .
2. الكشف عما إذا كان هناك أثر لعامل الزمن في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات .
3. الكشف عما إذا كان هناك أثر للتفاعل بين عامل الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير الأمهات .
4. معرفة ما إذا كان هناك أثر للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس .
5. الكشف عما إذا كان هناك أثر لعامل الزمن في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس .
6. الكشف عما إذا كان هناك أثر للتفاعل بين الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في خفض تشتت الانتباه لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير المدرس .
7. الكشف عما إذا كان هناك أثر للبرنامج التدريبي المطبق في خفض النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات .
8. الكشف عما إذا كان هناك أثر لعامل الزمن في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات .

9. الكشف عما إذا كان هناك أثر للتفاعل بين عامل الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير الأمهات .
10. معرفة ما إذا كان هناك أثر للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس .
11. الكشف عما إذا كان هناك أثر لعامل الزمن في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس .
12. الكشف عما إذا كان هناك أثر للتفاعل بين الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير المدرس .

3- أهمية الدراسة :

3-1 الأهمية النظرية :

تشنت الانتباه مع النشاط الزائد من أكثر الاضطرابات غموضا وتعقيدا ويظهر ذلك من خلال التغيير المستمر في مفاهيمه ومعايير تشخيصه ورغم التحديث الأخير (2013) إلا أنه لا تزال الأبحاث جارية حول عوامل الخطر المتسببة في حدوثه خاصة منها العصبية الفيزيولوجية، إذ لم تحدد بعد منطقة معينة بحيث إذا وصف لها دواء معين زالت المشكلة، كما أن تشخيصه لا يقتصر على بيئة معينة ولا على مقياس معين وإنما بناء على نتائج تركيبة من الاختبارات و التتبع في العديد من البيئات التي يتعامل معها، ويبنى على تصريحات العديد من الملاحظين المهمين في حياة الطفل الذي يعاني منه، والعلاجات المقترحة حاليا أيضا متعددة الوسائط ومتعددة البيئات، كل ذلك يستدعي أهمية الاطلاع المستمر لما توصلت إليه الأبحاث حول الاضطراب والاستفادة منها في تحسين الدراسة التي نجريها؛ والعلم بالأساس يبنى على التراكمية .

3-2 الأهمية التطبيقية :

نظرا للانتشار الشائع والمتزايد عالميا لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ وتبعاته التي لا تتوقف عند أعراض الاضطراب الأصلية وإنما تتفاقم إلى عواقب وخيمة واضطرابات أخطر، وتنداعى إلى التأثير على الأسر والمجتمعات بما تحدثه من فشل أكاديمي ووظيفي وزواجي أيضا وجنوح، مما يدل على أنه يمس جميع جوانب الحياة. فتمثل هذه الدراسة إسهام في كبح جماح هذا الاضطراب في بداياته الباكورة وقبل استفحاله وتفاقمه ولذا عملت على توفير :

- مبادرة ببرنامج تدريبي في تعديل تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يستخدم في العيادات والمنازل تستفيد منه الأسر الذين لديهم أطفال يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
- أدوات قياس مقننة على البيئة الجزائرية تستخدم مجتمعة في تشخيص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، (مقياس الذكاء أوتيس لينون، مقياس السلوك التكيفي فنلاند) ومقاييس تشخيص وتقييم ومتابعة التحسن لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بشكل خاص: مقياس كونرز3-(DSM-5) . المحدث (تمت ترجمته)، قائمة ملاحظة أعراض (DSM-5) لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (تم تصميمها) .

4- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

1-4 فاعلية :

الأثر الذي يحدثه المتغير المستقل: البرنامج التدريبي على المتغير التابع تشتت الانتباه والمتغير التابع النشاط الزائد، ويستدل عليه بالتحليلات الإحصائية المستخدمة ويقدر حجمه بمربع ايتا الجزئي .

2-4 برنامج تدريبي :

مجموعة من الأنشطة المتكاملة المصممة خصيصا لتحقيق الأهداف بعيدة المدى خفض تشتت الانتباه وخفض النشاط الزائد بتوظيف أهداف إجرائية مستتبطة من أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال المشاركين المشخصين به، تستند على استراتيجيات تعديل السلوك و تتوافق مع مرحلتهم النمائية، تشمل هذه النشاطات مجموعة من التقنيات التدريبية لتنمية مهارات تهدف لخفض تشتت الانتباه والنشاط الزائد، عند تحقيق أهداف إجرائية معينة، ينتقل للأهداف التي تليها في البرنامج؛ ويستمر النشاط حتى يكتسب الطفل المهارة المرجوة، واستغرق فترة زمنية قدرت بستة أشهر. ووظفت في البرنامج التدريبي المصمم العديد من استراتيجيات تعديل السلوك وقد تعمل مجتمعة ضمن النشاط التدريبي الواحد :

- التعزيز الإيجابي الرمزي والمادي واللفظي للسلوك المناسب.
- جدولة المهام، والأعمال، والواجبات المطلوبة.
- التدريب المتكرر على القيام بنشاطات تزيد من التركيز والمثابرة.
- التفلين

- الإطفاء
- التعاقد السلوكي.
- الواجب المنزلي
- التشكيل
- التغذية الراجعة

وسيرد تفصيل كل منها في الجانب التطبيقي.

3-4 تعديل :

وهو الحد من الإفراط في السلوك ليصل إلى المستوى الطبيعي والنموذجي مقارنة مع المستوى النمائي للأطفال من نفس العمر والجنس .

4-4 تشتت الانتباه :

الدرجة المعيارية المتحصل عليها لتشخيص تشتت الانتباه وتمثل 65 فأكثر على مقياس كونرز-3 (DSM-5) المعدل تقدير (الأم، المدرس)، وتمثل توفر ستة معايير فأكثر على قائمة معايير دسم -5 المصممة .

5-4 النشاط الزائد :

الدرجة المعيارية المتحصل عليها للتشخيص بالنشاط الزائد، وتمثل 65 فأكثر على مقياس كونرز-3 المعدل وفق (DSM-5) تقدير (الأم، المدرس)، وتمثل توفر ستة معايير فأكثر على قائمة معايير (DSM-5) المصممة .

5- حدود الدراسة :

1-5 الحدود الموضوعية :

صممت الدراسة برنامج تدريبي قائم على تعديل السلوك بناء على تشخيصات مجموعة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يبلغون 12 سنة ، وهدفت إلى معرفة فاعليته في تعديل أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد لديهم إلى المستوى المماثل لما عند أقرانهم من نفس العمر والجنس .

5-2 الحدود الجغرافية :

تقنين أدوات الدراسة على مستوى بعض مدارس مدينة بسكرة، الدراسة الاستطلاعية (انتقاء الأطفال المشاركين بالدراسة) الانتقاء الأولي (استخدام قائمة ملاحظة أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (DSM-5)، والانتقاء الأكثر تحديدا العيادة النفسية الخاصة استخدام عدة مقاييس (مقياس كورنرز-3 وفق (DSM-5) ، اختبار الذكاء أوتيس لينون، مقياس السلوك التكيفي فنلاند)، أما الدراسة الأساسية بالعيادة النفسية الخاصة - بسكرة (تنفيذ البرنامج التدريبي) .

5-3 الحدود الزمنية :

استغرقت الدراسة التطبيقية من 20 نوفمبر 2017 إلى غاية 27 أكتوبر 2018 .

5-4 الحدود البشرية :

الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المتمدرسين والبالغ سنهم 12 سنة تم انتقاءهم بطريقة المعاينة القصدية لتطلب الضبط العديد من الميزات .

6-فرضيات الدراسة :

1. يوجد أثر دال إحصائيا للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات .
2. يوجد أثر دال إحصائيا لعامل الزمن في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات .
3. يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين عامل الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير الأمهات .
4. يوجد أثر دال إحصائيا للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس .
5. يوجد أثر دال إحصائيا لعامل الزمن في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس .
6. يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير المدرس .

7. يوجد أثر دال إحصائياً للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات .
8. يوجد أثر دال إحصائياً لعامل الزمن في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات .
9. يوجد أثر دال إحصائياً للتفاعل بين عامل الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير الأمهات .
10. يوجد أثر دال إحصائياً للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس .
11. يوجد أثر دال إحصائياً لعامل الزمن في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس .
12. يوجد أثر دال إحصائياً للتفاعل بين الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير المدرس .

الفصل الثاني :

اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال

تمهيد

- 1- المنظور التاريخي لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
 - 2- تعريف اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
 - 3- تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والوظائف التنفيذية
 - 4- إنتشار اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال
 - 5- أسباب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
 - 6- أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
 - 7- تشخيص تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
 - 8- التشخيص التفريقي وتقييم الاضطرابات المصاحبة
 - 9- معايير تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في DSM-5.
 - 10- النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه جدلية التشخيص بين DSM-5 و ICD-10.
 - 11- مقاييس تقدير تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
 - 12- التغذية الراجعة للتشخيص بتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
 - 13- علاج تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
- الزائد
- خلاصة

تمهيد :

يعتبر تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد اضطراب عالمي الانتشار إضافة لأنه لا يختلف في تظاهر الأعراض لدى الأطفال رغم اختلاف الثقافات، إذ يؤثر على تدرّس الطفل بالدرجة الأولى كما يؤثر على مختلف جوانب حياته الأسرية فيحير ذويه؛ والإجتماعية فتتعرقل روابط الصداقات والتعامل لديه، وقد يتطور ليؤثر على مستقبله ونجاحه، يتناول الطرح التالي تفصيلاً بالاضطراب في شتى جوانبه ليشنى الإحاطة به والمساهمة باستراتيجيات فعالة في الحد من عواقبه السلبية وذلك بتعديل أعراضه الزائدة عن الحد إلى المستوى الطبيعي وبالتالي تدارك العقبات التي يسببها قبل استفحالها .

1- المنظور التاريخي لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

منذ آلاف السنين، درس الأطباء والفلاسفة والعلماء والشعراء والروائيون؛ وعلّقوا على اضطراب في المزاج يجعل بعض الأفراد أكثر اندفاعاً وجرأة وتشتيتاً من بقيتهم، وقد تم تفسير هذا الاضطراب بشكل متباين على أنه عيب مادي، أو فشل أخلاقي، أو لعنة عائلية، أو مزيج غير مؤكد من الثلاثة. في اليونان القديمة، كان يُعتقد أن السلوك الاندفاعي ناجم عن وجود فائض من الدم الأحمر، بعد حوالي 2200 سنة، كتب الطبيب الإسكتلندي، ألكسندر كريشتان، عن "تغيرات المهوسين في الانتباه" التي تميزت بالأرق والقلق الذهني الشديد التي يمكن أن تتضح في وقت مبكر من الحياة أو تحدث نتيجة مرض، والتي تميل إلى تخريب تعليم الطفل. وصف كريشتان إحدى سمات هذه الحالة بأنها "عدم القدرة على الحضور مع درجة ضرورية من الثبات ، والتي تبدو بالتأكيد مألوفة كأحد المؤشرات التشخيصية لاضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط .

(Hinshaw, and Ellison, 2016, p.20)

وكان أول من وصف الأطفال الذين يعانون من شدة الاندفاع وفرط الحركة في سلوكهم هو الطبيب النفسي الألماني هاينريك هوفمان (1894-1809)، في العصر الفيكتوري، خلال منتصف القرن التاسع عشر، تبنى عالم النفس الأمريكي الرائد وليام جيمس ملاحظات كرشتون؛ عندما شرح بالتفصيل وجهة نظره حول الروابط بين الانتباه، واللهو، والسلوك اللاأخلاقي -إلى حد الإجرام- حتى وإن كان يشك في أنه يمكن القيام بالكثير لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من مشاكل في هذه المجالات .

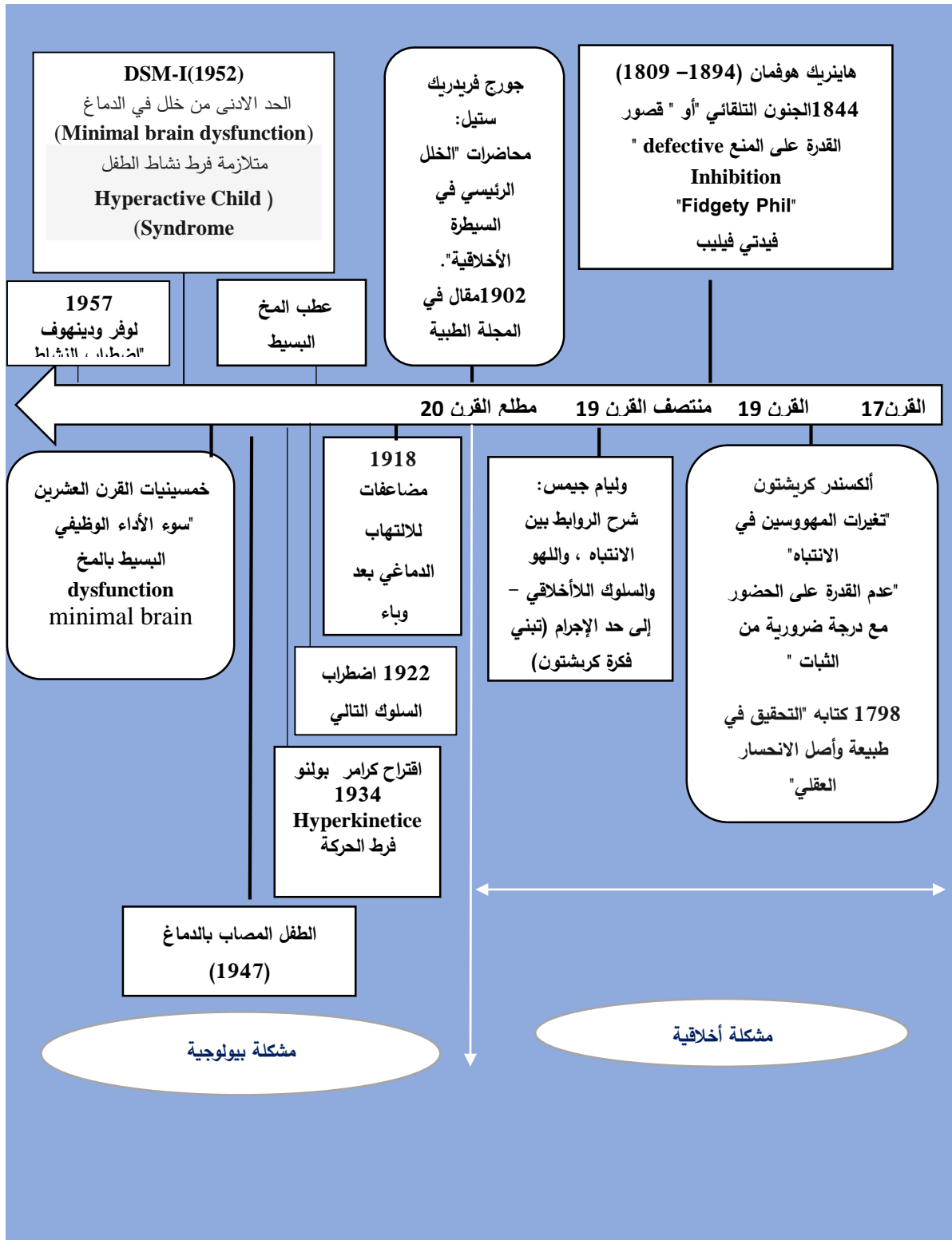
غير أن آخرين لم يوافقوا على ذلك، وعلى مدار العقود القليلة التالية، أخذت الظاهرة التي تعرف الآن باسم اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد شكلاً أوضح، حيث سعى طابور طويل من الأطباء

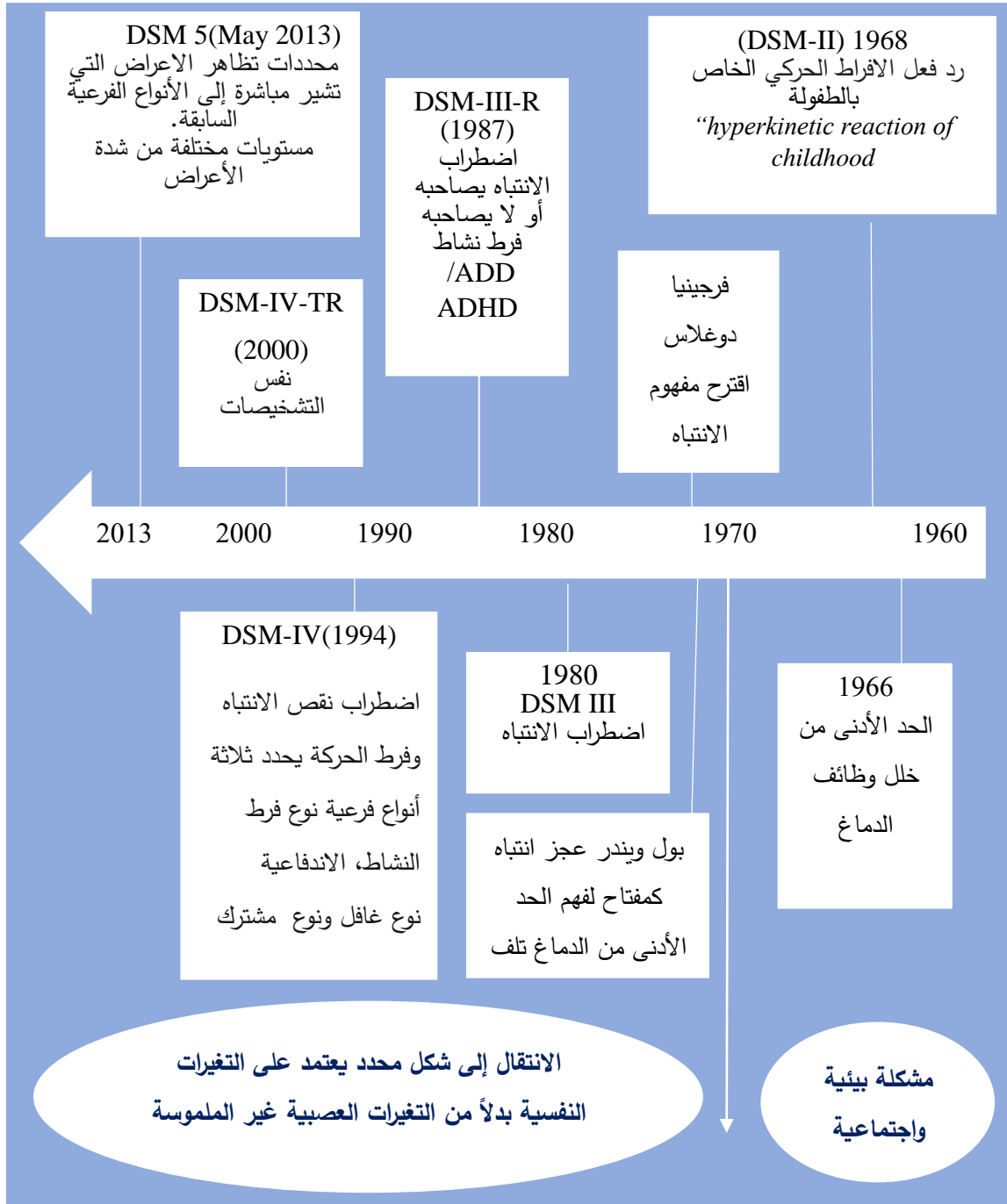
والباحثين في أوروبا والولايات المتحدة إلى البحث عن طرق لمساعدة الأطفال الذين يعانون من مشاكل خطيرة. ويوضح المخطط الزمني اللاحق سلسلة الأبحاث والمساهمات والاقتراحات العلمية حول الاضطراب. وحينما تكتب "تشتت الانتباه" اليوم في PubMed، (أرشيف الإنترنت الرائد للمجلات والتقارير الطبية)، سوف تجد ما يقرب من 30000 ورقة نشرت بين عامي 1966 و 2014، مع أكثر من الثلاثين منشور بين عامي 2004 و 2014 وحده .

(Hinshaw, and Ellison, 2016, p.20)

وعلى الرغم من التاريخ الطويل من البحوث والكم الهائل من المعرفة المتراكمة، ليس هناك توافق في الآراء بشأن الفيزيولوجيا المرضية لتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD، ينعكس ذلك في نظريات مختلفة تماما عن ADHD وجوانب متباينة من البيانات التجريبية التي تم الحصول عليها ويأتي توضيح ذلك في عنصر الأسباب .

(Functional Neuromarkers for Psychiatry 2016, p.292)





الشكل (1) مخطط تاريخ التعرف على اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بتشتت الانتباه (إعداد الباحثة)

2- تعريف اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

ADHD هي اختصار لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وهو الاسم الذي صُنِفَ لوصف الأطفال الذين لا ينتبهون، ويشتتون بسهولة، ومفرطي النشاط بشكل غير طبيعي، ومتسرعين في سلوكهم. وهو اضطراب "عصبي نمائي"، وليس "مرض" مع سبب معروف محدد، يتميز الاضطراب بمستويات غير ملائمة من الناحية النمائية للنشاط الزائد والاندفاع وتشتت الانتباه، ويعتبر اضطراب السلوك ونقص النمو لدى الأطفال، ويستمر لدى البعض خلال المراحل اللاحقة من النمو (البلوغ والرشد)، وتهتم الدراسة الحالية بالاضطراب في فئة الأطفال البالغين من العمر اثنا عشرة عاماً .

إنه اضطراب عصبي مزمن يتميز بنمط ثابت من تشتت الانتباه و / أو النشاط الزائد والاندفاع؛ غير الملائم أو المعطل أكثر من غيره في نفس العمر، مما يؤدي إلى ضعف وظيفي في أماكن متعددة، ويحدد تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من خلال أنماط السلوك التي هي بعيد عن المعتاد بالنسبة للأطفال من فئة عمرية معينة، ويتسم بالطيش وأحياناً يتصرف دون تفكير، وأسلوبه في كثير من الأحيان غير منظم. (Hinshaw, and Ellison, 2016, p.7 Millichap, 2010, p.1)

ويعرف اضطراب تشتت الانتباه بأنه عندما يكون الطفل غير قادر على الحفاظ على الانتباه وكثيراً ما يصرف من المنبهات الخارجية. ومن أجل الحفاظ على الانتباه، يجب على الطفل أن يتجاهل المنبهات غير الملائمة. يفشل الطفل المصاب باضطراب ADD في منع "الضوضاء" الخارجية (الجانبية) في بيئة القسم الدراسي. يصبح تشتت الانتباه اضطراباً عندما يكون الطفل غير قادر على الحفاظ على الانتباه وكثيراً ما يصرف انتباهه .

(Millichap, 2010, p.31)

أما بالنسبة للنشاط الزائد عادةً ما يكون لدى الأطفال درجة مفرطة من التملل الحركي، خاصة في البيئات المشحونة عاطفياً، يكون السلوك المفرط غير طبيعي عندما يكون غير مقصود وغير مناسب وغير موجه نحو هدف محدد ذي معنى، عدم القدرة على التركيز وأداء المهام المتتابعة هي السمة المميزة للطفل في سن المدرسة شديد النشاط؛ كما أن شدة واتجاه النشاط الزائد غير طبيعي، وليس بالضرورة إجمالي النشاط اليومي. وكثيراً ما يترافق النشاط الزائد بالاندفاع، والميل إلى مقاطعة الآخرين وعدم القدرة على الانتظار في الطابور. وغالباً لا يستطيع الجلوس على مائدة العشاء. وفي المدرسة، يفيد المعلم أيضاً بعدم القدرة على الجلوس؛ ينهض ويتجول في الأقسام الدراسية، يتحدث بشكل مفرط، يقاطع؛ ويميل إلى تشتيت وإزعاج الآخرين. غالباً ما يكون النشاط الحركي الزائد مصحوباً بـ "النشاط اللفظي الزائد"، وفي بعض

الأحيان مجموعة من الأفكار، دون التركيز على موضوع المحادثة، قد يظهر النشاط الزائد بشكل طبيعي في الملعب ولكنه غير طبيعي وغير مناسب في القسم الدراسي .

(Millichap , 2010, p.33)

وتوجد علامات تمثل مؤشرا على تأخر نضج الجهاز العصبي المركزي، لدى الكثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد؛ ويتوقع التحسن مع زيادة العمر.

(Millichap , 2010, p.37)

يشير (Ottawa,&Ontario(2010 أن الأطفال المصابون باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ يعانون من صعوبات في التحكم أو تنظيم "انتباههم". لذلك لديهم مشاكل في الاندفاع، وفي الانتباه للمواقف الصحيحة. وللتركز بشكل صحيح، يحتاج الطفل إلى التحفيز "بما فيه الكفاية" من الحواس (الحركة واللمس والصوت والشم والبصر) والمشاعر (مثل العلاقات الجيدة دون الكثير من الصراع). فالأطفال الذين لديهم فائض النشاط هم غالباً ما يتم تحفيزهم عندما يتعلق الأمر بالحركة، وقد يحتاجون إلى التحرك أو التملل. في أوقات أخرى، مثل أثناء الدراسة أو محاولة النوم، يذكرون أن الضجيج (الجانبى) من التلفاز أو الراديو يساعدهم .

3- تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والوظائف التنفيذية :

وجد العلماء أن الأشخاص المصابين باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الحركي الزائد؛ يصارعون على وجه الخصوص نوعين أساسيين من المهارات المعرفية: الذاكرة العاملة والوظائف التنفيذية الأخرى. الذاكرة العاملة هي مهارة بالغة الأهمية نستخدمها طوال الوقت. إنها تتضمن احتواء مسألتين أو أكثر في ذهنك في وقت واحد -أشياء أساسية مثل المكان الذي تذهب إليه وكيفية الوصول إلى هناك. إن ضعف الذاكرة العاملة هو السبب وراء عدم قدرة العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الحركي الزائد؛ على اتباع تعليمات متعددة، مثل تعليمة المدرس "فتح كتاب التاريخ، والانتقال إلى الصفحة 38، وقراءة الفقرات الثلاث الأولى". يمكن لعجز الذاكرة العاملة أن يعيق الذهن في أبسط مهام الحياة اليومية، مثل محاولة معرفة سبب فتح باب الثلاجة أو متابعة المحادثة. ضعف الذاكرة العاملة هو مؤشر قوي على الفشل الأكاديمي وتهديد كبير لاحترام الذات .

تشير الوظائف التنفيذية إلى مجموعة من المهارات الأوسع والأكثر تعقيداً، والتي لا تقل أهمية عن الاندماج في العالم، بما في ذلك القدرة على التفكير المسبق، والتخطيط، والتنظيم، ووضع الاستراتيجيات.

والاعتراف والتصرف حيال مشاعر الآخرين. تساعد العيوب في الوظائف التنفيذية في تفسير سبب وجود العديد من المشاكل الاجتماعية والمشاكل في إدارة الحياة عند الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد. قد ينسون المواعيد أو يصلوا متأخرين، يفشلون في تذكر المناسبات أو الأحداث الهامة في حياة أقرب أصدقائهم وعلاقاتهم والاستسلام لإغراءاتهم القوية للحصول على مكافآت فورية، الحياة بدون وظائف تنفيذية قوية يمكن أن تكون فوضوية .

(Hinshaw, and Ellison, 2016, p. 6-7)

ويفسر راسل باركلي ADHD في (Kutscher, 2002) أن ذلك ينبع من عدم القدرة على منع السلوك الحالي بحيث يمكن من تلبية المطالب المستقبلية. ويشرح الوظائف التنفيذية بمثال عندما تدوس ثعباناً، تلدغ .لا توجد مناقشة لفظية داخل دماغ الثعبان .لا يوجد تذكير بما حدث في الماضي جراء هذا العمل . لا يفكر إلى ما سيقود هذا العمل في المستقبل؛ لا تراجع، أما البشر؛ لديهم خيار تعديل سلوكهم. لا يوجد جزء واحد من الدماغ الإنسان هو المسؤول الوحيد عن هذا القرار .ومع ذلك، يبدو أن الفصوص الأمامية وقبل الجبهية تعمل إلى حد كبير دور "الرئيس التنفيذي" (مشار إليها في القرآن الناصية) .

تنظم وظائف اللغة والذاكرة أجزاء أخرى من الدماغ، هذه المراكز الأمامية تنتظر في المكان الذي جاء منه الشخص، وإلى أين يريد أن يذهب -وكيفية السيطرة على نفسه من أجل الوصول إلى هناك .والأهم من ذلك، أن القدرة على التثبيط ("وضع المكابح") هي أمر محوري لوظيفة تنفيذية فعالة. التنفيذ الناجح للخطة ينطوي إلى حد كبير على وضع الفرامل على الأنشطة التي تشتت الانتباه. تتيح لنا هذه الفرامل - التي تُعد من قبل مراكزنا المثبثة أمام الجبهية؛ الوقت الكافي للتفكير في خياراتنا قبل التصرف .

إن النقص في التثبيط مشكلة مزدوجة عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه . المصحوب بالنشاط الزائد أولاً، من دون هذه المكابح، سيتم النظر إليهم على أنهم غير قادرين على منع الانحرافات بشكل كاف، أو تثبيط التفاعلات، أو منع التمثيل البدني لهذه المحفزات (فرط النشاط). وثانياً، لا يمنع الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد سلوكهم لفترة تكفي لقيام الوظائف التنفيذية الأخرى بمعالجتها بشكل ملائم .تتضمن الوظائف التنفيذية التي حددها باركلي ما يلي: الحديث مع النفس يشير إلى القدرة على التحدث إلى أنفسنا وهي الآلية التي نتخذ من خلالها خياراتنا باستخدام الكلمات . يمكن سماع الأطفال الصغار يستخدمون الكلام الذاتي بصوت عال . في نهاية المطاف؛ تصبح هذه القدرة داخلية وآلية. ومع ذلك، لا يمنع مرضى اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ردود أفعالهم لفترة كافية لتطويع هذه المهارة بشكل كامل .

تشير الذاكرة العاملة إلى تلك الأفكار التي يمكن أن تمارس في العقول في لحظة معينة. على سبيل المثال، من أجل التعلم من الأخطاء، يجب أن تكون قادرًا على التوفيق ليس فقط في الوضع الحالي، ولكن عليك أيضًا أن تضع في اعتبارك الأزمان السابقة عندما لم تنجح استراتيجيات معينة. كما تتضمن ذاكرة العمل أيضًا حفظ (وضع في الاعتبار) الأهداف المستقبلية (مثل تذكر أننا نريد الدخول إلى كلية جيدة، وليس فقط أكثر الأنشطة إثارة للاهتمام المتاحة حاليًا). بدون القدرة على التثبيط، لا يتمكن الأشخاص المصابون باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ من تطوير توظيف جيد لذاكرتهم العاملة. تكون البصيرة (التنبؤ والتخطيط للمستقبل) ناقصة عندما تكون الذاكرة العاملة غير كافية مع قدرة ضعيفة على منع الانحرافات الحالية. لا يستطيع الأشخاص المصابون باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وضع المستقبل في عين الاعتبار. هم أسرى الحاضر. فالمستقبل يمسك بهم على حين غرة. ربما يكون الاستبصار الضعيف هو أكبر صعوبة في حياتهم. ومعنى الوقت هو وظيفة تنفيذية عادة ما تكون سيئة للغاية عند الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، إن التحول من جدول الأعمال (أ) إلى جدول الأعمال (ب) مهمة صعبة تتطلب وظيفة تنفيذية جيدة. إن سحب نفسه من أحد الأنشطة والتحول إلى نشاط آخر (الانتقال) أمر صعب للغاية، ويتطلب جهداً وتحكماً. نستخلص إذن، القدرة على تعديل السلوك تأتي إلى حد كبير من فصوص ما قبل الجبهية؛ التي تعمل في المقام الأول كمراكز مثبتة. بدون المكابح المثبطة، لا يستطيع ذوي تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD)، الاستفادة الكاملة من أي "وظائف تنفيذية" في الفص الأمامي. (Kutscher, 2002, p. 8)

4- إنتشار اضطراب تشتت الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال :

اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واحد من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا في مرحلة الطفولة والتي دلت الدراسات أنها تؤثر بين 3% و 5% من الأطفال (الرابطة الأمريكية للطب النفسي، 2013)، غير أن الإحصاءات الصادرة عن مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (2012) قدرت معدلات أعلى في عينات المجتمع الأمريكي. وأفادت تقارير مركز السيطرة على الأمراض بنسبة تصل إلى 3% سنويا، مع معدلات 2011-2012 في الأطفال حوالي 11%. (Prevatt and Levrini, 2015, p.10)

ومتوسط يقدر بـ 5.3% في جميع أنحاء العالم. ترجع الاختلافات بين التقديرات جزئياً إلى الاختلافات في طرق جمع البيانات، والتي تشمل المقابلات التشخيصية المنظمة، أو جداول تقييم المدرسين، أو فحص

تقييمات الوالدين الذي يشخصها الممارس العيادي. و ينتشر اضطراب تشتت الانتباه مع فرط النشاط في جميع المجموعات العرقية والإثنية والاجتماعية والاقتصادية. (McGoug, 2014, P9) لكن من غير الواضح لماذا تتزايد معدلات انتشار اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ وتشير الدلائل إلى أن هذا قد يكون راجعا إلى مجموعة من العوامل، بما في ذلك الاعتراف بالاضطراب بشكل أفضل، وزيادة الوعي، وزيادة مواطن الضعف البيولوجية، والعوامل الاجتماعية مثل المعيشة الفوضوية للأسر وزيادة الإجهاد في مرحلة الطفولة .

(Prevatt and Levrini, 2015, p.10)

ويفسر (Courtney et all 2016) أن الانتشار يتزايد لعدة أسباب. منها أن تنقيحات DSM تصنف اضطراب تشتت الانتباه بأنه اضطراب مزمن، وتم رفع عمر ظهور الأعراض (من 7 إلى 12 سنة)، وبسبب هذه التنقيحات، يستمر انتشار اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الزيادة حيث يستوفي معايير التشخيص المزيد من الأطفال. أيضا زيادة الوعي والقبول الاجتماعي لهذا الاضطراب يعطيان ثقة الآباء والمدرسين في طلب التقييمات السلوكية لأطفالهم أو تلاميذهم. تحسن أدوات الفحص والمعرفة لمعايير التشخيص، هذا الانتشار المتزايد يزيد من الحاجة المجتمعية للصحة النفسية، والتدريب، والخدمات الاجتماعية ويتطلب تحمل مسؤولية تقييم ومعالجة هذا الاضطراب المزمن .

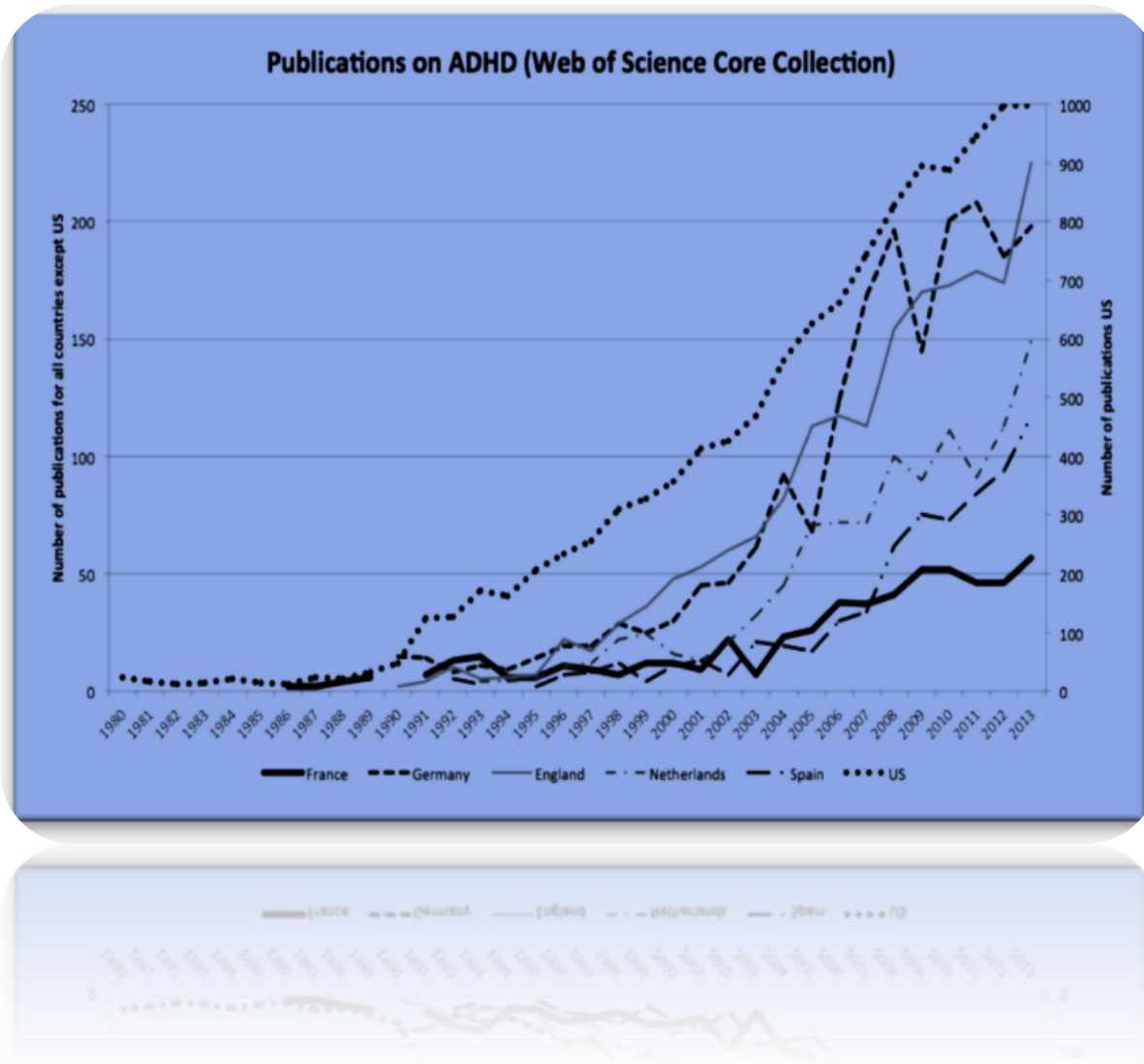
(Courtney et all 2016, p.684)

أورد (Millichap، 2010) أن الدراسة الاستقصائية الأمريكية لصحة الأطفال، وهي دراسة استقصائية كبيرة في الفترة 2011-2012، أظهرت أن نسبة 15 في المائة تقريبا من الأولاد قد تم تشخيصها، مقارنة بنسبة 6.7 في المائة من الفتيات إذ يتأثر الأولاد بثلاث إلى ست مرات أكثر من الفتيات لأسباب لا يزال العلماء لا يفهمونها تماما -ولكن ربما يرتبط بتطور دماغي أبطأ عند الأولاد -يتشارك اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هذا النوع من الهيمنة الذكورية مع مشاكل النمو العصبي الأخرى التي تظهر لأول مرة في مرحلة الطفولة، بما في ذلك اضطراب طيف التوحد، والعدوان الجسدي الخطير، والتشنج اللاإرادي واضطرابات مثل متلازمة توريت، وبعض أشكال اضطرابات التعلم. خلال السنوات الأولى من الطفولة، تتمتع الفتيات بقدرات لفظية أعلى من الفتيان؛ هن أيضا أكثر توافقا، وتكيف اجتماعيا .

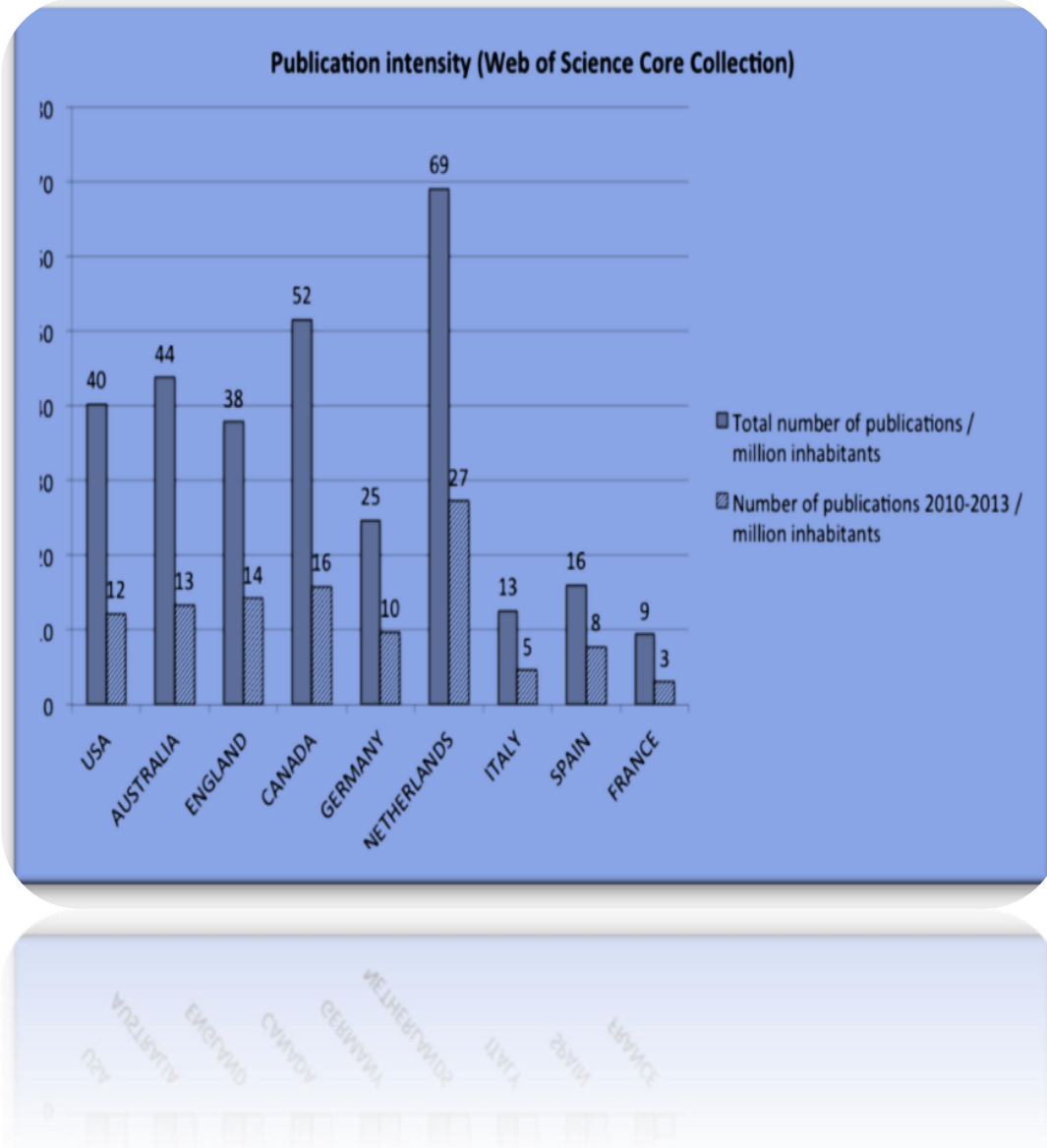
ليس من المستغرب، إذن، أن يكون الأولاد ممثلين أكثر من اللازم عندما يتعلق الأمر بالاضطرابات في الطفولة التي تتميز بالمشاكل الاجتماعية (التوحد، أو الأعراض السلوكية (ADHD)، السلوكيات المتعلقة بالإمتثال (اضطراب التحدي المعارضة ODD)، و (الاضطراب السلوك CD). Hinshaw, and

(Ellison, 2016, p.79-80). كما قد تظهر الفتيات النشاط الزائد عن طريق الإفراط في الحديث، بدلا من السلوكيات الجسدية الصريحة مثل تلك الموجودة في الذكور، مما يؤدي إلى عدم التشخيص في سن مبكرة. المشاكل الأكاديمية ليست واضحة بالنسبة للإناث بسبب الضغوط من أفراد السلطة للقيام بعمل جيد في المدرسة؛ لذلك، يجوز تطوير الفتيات استخدام مجموعة متنوعة من مهارات التأقلم للحفاظ على إنجازها في أو أعلى من المتوسط. هذه التمويهات مع الأداء العالي المحتمل في المجال الأكاديمي قد يمنع التشخيص المبكر للعديد من الفتيات المصابات باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

(Prevatt and Levrini, 2015, p.12)



الشكل (2) تطور انتشار تشتت الانتباه مع فرط النشاط في مجموعة من الدول



الشكل (3) انتشار تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

(Akrich, M. & Rabearisoa V. ,2014, p.5)

5- أسباب اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

أثار سبب الإصابة باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD)، الكثير من الدراسة والنقاش منذ تم التعرف عليه لأول مرة. على الرغم من أنه لم يتم بعد تحديد أسباب نهائية، هناك إجماع بين العلماء الذين يدرسون تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) أن الاضطراب لديه أسباب متعددة. ولا يزال من غير الواضح ما هي الأسباب المباشرة لهذا الاضطراب العصبي النمائي،

والسبب وراء اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد غامض. والأسباب الدقيقة لم يتم تحديدها بعد. ولا تزال قيد البحث ومن المحتمل أن يكون متعدد العوامل فعدم التجانس والتعقيد الذي يميز تظاهر الاضطراب ينطبق على مسبباته .

(Office of Special Education Programs, 2003, p.2, Courtney et all, 2016, p.687, Sparrow and Drew, 2014, p.20, Barkley & K. R. Murphy, 2006)

5-1 عوامل خطر بيولوجية عصبية :

تتلاقى الدراسات العلمية حول المسببات على حقيقة أن تشتت الانتباه و فرط النشاط هو اضطراب عصبي بيولوجي. أدلة كبيرة تشير الآن إلى كل من الاختلافات التشريحية والوظيفية في أدمغة هؤلاء الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط ولا سيما ما يتعلق بالمنطقة الجبهية وعلاقتها مع الدوائر العصبية المختلفة المتدخلة في التنظيم الذاتي والوظائف التنفيذية.

(Sparrow and Drew, 2014, p.21)

5-1-1 التشريح الدماغي Neuroanatomical :

يرتبط اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD بتشوهات تشريحية، سواء من حيث بنية الدماغ أو القوام المادي. (Schultz and Evans, 2015, p.37) ، واكتشف أن البنية الأمامية وتحت القشرية أصغر عند الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD (قشرة الفص الجبهي، العقد القاعدية / المخططة، المخيخ، المذنبات).

(Sparrow and Drew, 2014, p.21)

أظهرت محاولات التشريح العصبي لتحديد الاختلافات البنيوية في أدمغة الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مقارنة بأقرانهم غير المتأثرين باستخدام تقنيات تصوير الدماغ عدم التماثل في قشرة الفص الجبهي ولديهم حجم مخيخي أقل من نظرائهم العاديين.

(Schultz and Evans, 2015, p.36)

ومدى عدة سنوات، قام فيليب شاو وفريقه في المعهد الوطني للصحة العقلية بإجراء سلسلة من فحوصات الدماغ الدورية للأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومجموعة ضابطة. ركزت عمليات المسح على وجه الخصوص على القشرة الخارجية في الدماغ، والمكتظة بكثافة من الخلايا العصبية - وبشكل أكثر تحديداً الجزء من القشرة المخية التي يغطي الفصوص الأمامية.

مع الإشارة إلى أن الفصوص الأمامية تتواجد خلف الجبين مباشرة باتجاه قمة الرأس، وهي تلعب دورًا رئيسيًا في ضبط النفس ومجموعة من الوظائف التنفيذية .

خلال النمو الطبيعي، تصل القشرة الأمامية إلى أقصى سماكة في عمر 6 سنوات تقريباً. لكن في عينة أكثر من 200 طفل يعاني من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، لا يتحقق الحد الأقصى حتى عمر 9 سنوات، مما يشير إلى وجود تأخر نمائي يقدر بمدة 3 سنوات في أدمغة الأطفال مع نقص واضح في الانتباه والتحكم في الاندفاع. حتى بعد مرحلة الطفولة، استمرت أدمغة الشباب من ذوي تشتت الانتباه مع فرط النشاط بالتخلف عن المجموعة الضابطة خلال فترة المراهقة .

(Sparrow and Drew, 2014, p.31)

وجدت أيضا صلة بين درجة سماكة القشرة وشدة أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) في ضوء هذه النتائج؛ ليس من المفاجئ أن العديد من الأطفال البالغين من العمر 11 عامًا الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد وتشتت الانتباه يتصرفون أكثر شبهاً بعمر 8 سنوات . قبل عقود، كثيرا ما أشار الأطباء إلى الأطفال ذوي تشتت الانتباه مع فرط النشاط (ADHD) أنهم غير ناضجين . إن العلم الجديد يثبت ذلك فعلا، بمعنى: لديهم أدمغة بطيئة النضج. تشير بعض دراسات مسح الدماغ إلى أن إجمالي حجم دماغ الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) أقل إلى حد ما من أقرانهم الذين في نفس مرحلة النمو.

وجدت دراسة أجريت عام 1996 في المعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH) ؛ أن القشرة المخية قبل الجبهية اليمنى (جزء من المخيخ) و ما لا يقل عن اثنين من مجموعات الخلايا العصبية المعروفة باسم العقد القاعدية أصغر بشكل كبير في الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه مع فرط النشاط، هذه المناطق من الدماغ تتعلق بتنظيم الانتباه، اقترح الباحثون طفرات في العديد من الجينات النشطة في قشرة الفص الجبهي والعقد القاعدية قد تلعب دورا هاما (مكتب التعليم الخاص والتأهيلي .

(S O S E P, 2003, p.2)

وبناء على كل الدراسات السابقة لكشف المناطق المتدخلة في اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، فإن جزء واحد من الدماغ الذي ركز العلماء عليه في بحثهم هو الفص الجبهي للمخ. تسمح لنا الفصوص الأمامية بحل المشاكل والتخطيط للمستقبل وفهم سلوك الآخرين. ويتصل الفصين الأماميين، اليمين واليسار، ببعضهما البعض من خلال الجسم الثغني (الألياف العصبية التي تربط الفصين الأيمن

والأيسر). والعقد القاعدية هي الكتلة الرمادية المترابطة في عمق نصف الكرة المخية التي تعمل كصلة بين الدماغ والمخيخ، والمخيخ مسؤول عن التنسيق الحركي. تمت دراسة كل هذه الأجزاء من الدماغ من خلال استخدام طرق مختلفة لرؤية الدماغ أو تصويره .

(ADHD NIMH, 2007, p.15)

وفي عام 2002، قام الباحثون في فرع الطب النفسي للأطفال في NIMH بدراسة 152 طفلاً وبناتاً يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، يبلغون 13 عامًا من العمر. تم فحص الأطفال مرتين على الأقل، بعضها أربع مرات على مدى عقد من الزمن، أظهر الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حجمًا أصغر من 3-4% في الدماغ في جميع المناطق، وهما الفص الجبهي والمادة الرمادية المؤقتة والنواة المذنبة والمخيخ. كما أظهرت هذه الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، الذين تلقوا العلاج كان لديهم حجم مادة بيضاء لا يختلف عن العينة الضابطة . أما المرضى الذين لم يتلقوا العلاج أبدًا لديهم كمية صغيرة من المادة البيضاء بشكل غير طبيعي. تتكون المادة البيضاء من الألياف التي تنشئ روابط لمسافات طويلة بين مناطق الدماغ. وعادة ما يتكاثر عندما يكبر الطفل وينضج الدماغ. استخدمت هذه الدراسة طويلة المدى التصوير بالرنين المغناطيسي لفحص أدمغة الأطفال .

(ADHD NIMH, 2007, p.16)

وتظهر دراسة واسعة سليمة الإجراءات أن الأطفال المصابون باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهرون تأخرًا في نضج القشرة المخية الذي يقاس بمدى سمك القشرة المخية لدى المصابين بالاضطراب مقارنة بالمجموعة الضابطة؛ ويكون التأخر في النضج واضحاً أكثر في المناطق المرتبطة بالانتباه خصوصاً القشرة قبل الأمامية الجانبية .

وتوجد بيانات مقنعة تربط ما بين قصور تخطط الفص الأمامي للجبهة frontal-striatal dysfunction وبين اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ وطبقاً لهذه البيانات فإن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يكون لديهم قصور في الوظائف التنفيذية والسيطرة المانعة (على السلوك) المرتبطة تشريحياً بدوائر تخطط المهاد القشري لفص الجبهة الأمامي thalamo cortico striatal circuits وتخفف GABA من نشاط هذه الدوائر (تجعله معتدلاً) كما تعدل الكاتيكولامينات (مثل الدوبامين والنورإبينفرين) من هذا النشاط .

وفي الحقيقة فإن الأدلة تشير إلى أن عدم انتظام الكاتيكولامينات يرتبط باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حيث:

- يتم تخفيف أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ باستخدام مقاومات (مناهضات الدوبامين والنورادرينالين مثل الميثيل فنيديات والأمفيتامين والأتوموكسيتين).
- تزيد عدد من الجينات المرتبة بالنظم الكاتيكولامينية من خطر ظهور الاضطراب.
- يمكن في التجارب الحيوانية تقليد أعراض اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من خلال خفض وظائف الكاتيكولامين.
- تعتبر النورادرينالين و الدوبامين ناقلات عصبية رئيسية في مناطق المخ المرتبطة باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وسيتم شرح ذلك في العنصر اللاحق.
(Cho ajm, verin re, Fuentes j, polanczyk gw, 2012, p.5)

5-1-2 الكيمياء العصبية Neurochemical :

فيما يتعلق بالوظيفة العصبية، فإن أجزاء عديدة من الدماغ المتدخلة في التنظيم الذاتي ثبت أنها أقل نشاطاً لدى الأفراد المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. والأدلة متعددة بما في ذلك دراسات النشاط الكهربائي (تقاس بأجهزة EEG)، والصور العصبية (عبر التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي) تظهر انخفاض النشاط في منطقة قشرة الفص الجبهي في أدمغة الأشخاص الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مقارنة بالذين لا يعانون من الاضطراب .
(Sparrow and Drew.2014, p.21)

يشير نموذج ثنائي المسار من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) إلى أن تشتت الانتباه وعجز الوظائف التنفيذية EF ينتجان عن داء الفص الجبهي المخطط للجهاز العصبي، في حين ينتج النشاط الزائد عن خلل في الأطراف الأمامية والجسمية التي تنظم التحفيز و استجابة المكافأة. يقترح نموذج آخر أن ضعف الإشارة في القشرة المخية قبل الجبهية يؤدي إلى الفشل في الكشف عن الاختلافات بين المدخلات البيئية الفعلية والمتوقعة، مما يؤدي إلى استجابات سلوكية غير ملائمة . ويبقى البحث المستمر مطلوب لتوضيح علاقات محددة بين أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD)، والخلل في شبكات عصبية محددة .
(McGo.ug, 2014, p.24)

تشير الدراسات العصبية إلى أن الأفراد المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد و لديهم اختلالات في النقل العصبي للدوبامين والسيروتونين والنورادرينالين.(وهذا تتدخل فيه الجينات

المتحكمة في عمل النواقل)، يحمل الدوبامين إشارات كهربائية عبر المشابك، والفجوات بين خلايا الدماغ (العصبونات). وهو واحد من عدد قليل من النواقل العصبية المختلفة المتورطة في ADHD. هناك آخر هو norepinephrine، المعروف أيضا باسم النورادرينالين، والذي يلعب دورا رئيسيا في السيطرة على الانفعالات، و الدوبامين مهم للغاية في توخي اليقظة والتركيز والحساسية للمكافآت. و هو الناقل العصبي الأساسي في عدد قليل فقط من المسارات الرئيسية للدماغ، ذات الصلة المباشرة بالدوافع والجهد والتنظيم الذاتي.

(Sparrow and Drew.2014, p.30)

تتراكم الأدلة على أن التغيرات في كيمياء الدماغ -الناقلات العصبية الكاتيكولامينية (الدوبامين، والنوربينيفرين، والسيروتونين) -مسؤولة عن أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد. (ولهذا المنشطات المركزية للجهاز العصبي dextroamphetamine و methylphenidate (RitalinR)، تفيد بزيادة التركيزات الكاتيكولامينية في الدماغ. يرتبط استقلاب الكاتيكولامين ومستويات إفراز إنفينيريفرين بالإثارة، وفترة الانتباه، والنشاط الحركي). وهذا ما يدعى بخلل في نظام تثبيط السلوك (BIS)؛ والعجز في الأداء التنفيذي، و BIS هو عملية عقلية تفرض التحكم والحد من الاستجابات السلوكية للمثيرات البيئية. تعتبر مثل هذه العمليات، شرطا أساسيا ضرورياً للتحكم الذاتي، لأن التثبيط يوفر الوقت للفرد كي يفكر بعناية في المواقف والخيارات السلوكية والعواقب المستقبلية المتوقعة المتعلقة بهذه الخيارات. هناك العديد من المكونات لهذا النظام، والتي يصفها باركلي (2006) بأنها تثبيط الاستجابات (أي التعزيز الفوري)، والقدرة على التوقف عن الاستجابات السلوكية على أساس التغذية المرتدة البيئية، والقدرة على حجب المنبهات التي تتداخل أو تشتت الانتباه. بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، يبدو أن BIS غير متطور، وخاصة القدرة على منع استجابات المكافأة، ويبدو أن هذا العجز المفترض يفسر لماذا غالبا ما يواجه الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD، صعوبات في تأخير الإثباع، أو التخلي عن مكافآت المدى القصير لتحقيق مكاسب على المدى الطويل .

إن مكافأة صغيرة فورية أكثر وضوحاً بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من المكافآت الكبيرة المؤجلة، ومن الناحية النظرية يرجع السبب في ذلك إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، هم أقل قدرة من أقرانهم الذين يطورون عادةً تثبيط حركتهم الطبيعية من أجل المكافأة الفورية. إن البحث في سلوكيات المخاطرة والمقاومة

يؤكد هذه الفرضية: يميل الأطفال المصابون باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ إلى اتخاذ قرارات أكثر خطورة وأكثر اندفاعاً من أقرانهم العاديين في السعي لتحقيق مكاسب فورية قصيرة المدى، عندما يعمل BIS بشكل صحيح، فإنه يهيئ المسرح للعمليات المعرفية المعقدة. وغالباً ما يشار إلى العمليات المعرفية العليا التي يوفرها BIS على أنها الوظائف التنفيذية (EF).

يبدو أن العديد من مناطق الدماغ تلعب دوراً في الوظائف التنفيذية (EF)، بناءً على نتائج دراسات التصوير العصبي، لكن القشرة المخية قبل الجبهية للدماغ يعتقد أنها مقر العمليات التنفيذية. ومن المثير للاهتمام أن دراسات التصوير تشير إلى أن هذه المناطق من الدماغ تختلف عن الحجم الطبيعي ومستويات التنشيط بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب ADHD والذين بدونه. هذه النتائج تدعم نموذج عجز الوظائف التنفيذية (EF) في اضطراب ADHD، ولكن بسبب العديد من النظريات المتنافسة، من الصعب الإجابة على هذا السؤال نهائياً. علاوة على ذلك، هناك نقاش مستمر حول الدرجة التي يفسر بها اضطراب ADHD بسبب عجز الوظائف التنفيذية (EF). وفقاً لباركلي (Barkley، 2006)، يعتقد عموماً أن الوظائف التنفيذية (EF). تشمل الذاكرة العاملة غير اللفظية (أي الكلام الداخلي)، والذاكرة العاملة اللفظية، والتخطيط والتبصر للأحداث المستقبلية. يشير المدرسون في كثير من الأحيان إلى هذه القدرات المعرفية باعتبارها ما وراء المعرفة أو تعلم التنظيم الذاتي.

(Schultz and Evans, 2015, p. 32-33)

نستنتج الشذوذ في البنية ووظيفة ونضج المناطق قبل الجبهية في أدمغة الأطفال الذين يصابون باضطراب ADHD، ينتج عن تفاعل العوامل الجينية والبيئية والأسرية كما قد تكون صدمة أو التعرض لحادث عرضي.

2-5 عوامل الخطر الوراثية (الجينية) :

تدعم الأبحاث المتعددة دور الأنماط الوراثية في تطوير اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. تشير دراسات التوائم إلى وجود قابلية عالية لتوريث ADHD تتراوح من 70% إلى 80%.

(Antai-Otong and Zimmerman, 2016, p.201)

إن الأقارب من الدرجة الأولى للأفراد ذوي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم خطر كبير من 5 إلى 6 أضعاف للتأثر باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، حيث أظهرت التوائم أحادية الزوجات نسبة تقارب 79% من حالات اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بالمقارنة مع 32% فقط في التوائم ثنائية الزوجات من نفس الجنس.

(Courtney et all 2016, p.687)

كما أكدت دراسة مينيسوتا، التي شملت 576 توائم، تبلغ أعمارهم 11 عامًا و12 عامًا، بتحليل تقارير المدرسين والأمهات، أهمية العوامل الوراثية في كل من تشتت الانتباه والنشاط الزائد.

(Millichap , 2010, p.13)

يوجد العديد من الجينات تساهم في التعبير عن ADHD، بعض منها تؤثر على مسارات الدوبامين (وهو ناقل عصبي يعتقد أنه حاسم لتنظيمه الانتباه والاندفاعية). (Sparrow and Drew,2014, p.22) فقد اكتشف العلماء مؤخرًا نسبيًا أن الاختلاف الجيني المعروف باسم DRD4-7، والذي يوجد عادة في الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، يسهم في انخفاض معدل مستقبلات الدماغ لناقل العصبي الرئيسي يسمى الدوبامين، وذلك يطور التملل للبقاء في حالة تأهب أو الشعور بالحاجة إلى المشاركة في السلوكيات عالية المخاطر لتجنب التهيج والقلق المرتبط بالملل.

(Hinshaw & Ellison ,2016,p.26)

وفي الآونة الأخيرة، تحول تركيز البحث نحو فحص أنماط الخلل وتغيير الاتصال عبر أنظمة عصبية متعددة تنطوي على كل من العمليات الإدراكية والحسية عالية المستوى (الشكل رقم 4)

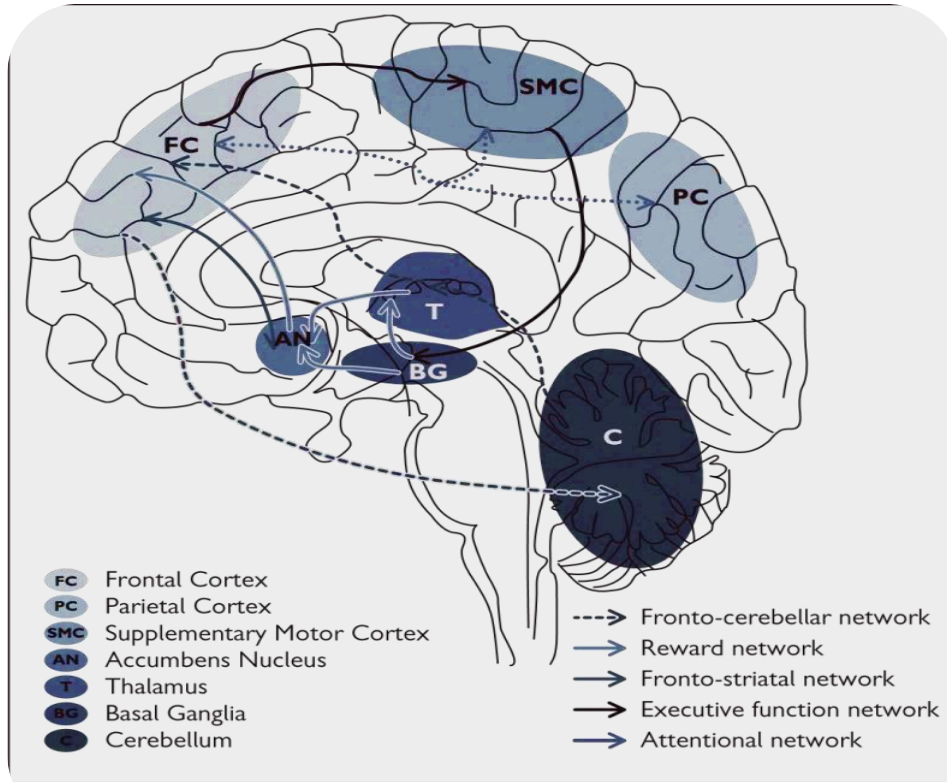


Figure 4.3 ADHD functional circuits. (Adapted from Purper-Ouakil et al.¹)



الشكل (4) يوضح المسارات الوظيفية لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

المصدر:

(James J. McGoug ,2014,p.23)

والجدير بالذكر أن العيوب العصبية الجسمانية التي ترتبط بتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، لا يمكن تفسيرها بوصفها عطب بالمخ؛ ولكنها تمثل اختلافات بسيطة في القيم الإحصائية حين نقارن عينات من عملاء مصابين بهذا الاضطراب وعينات من مجموعات ضابطة. وعلاوة على ما سبق لم يتم اكتشاف أي أثر جوهري للعيوب العصبية التي تم تحديدها على تطور الإصابة باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط، حيث لا يمكن ربط أي منهم مع الاضطراب برابطة السبب والنتيجة، كما لا يمكن استخدام أي من هذه العيوب لأغراض التشخيص.

(Cho ajm, verin re, Fuentes j, polanczyk gw, 2012, p.5)

كما أشارت (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2013) بأنه على الرغم من ارتباط جينات معينة باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، إلا أنها ليست عوامل سببية كافية .

3-5 عوامل الخطر البيئية :

قد تكون العزلة الاجتماعية أو الحاجة إلى الصداقات والاستجمام الإيجابي (غير الإلكتروني)، في المنزل - الحاجة إلى ارتباطات عاطفية قوية (الحرمان)، المشاكل الأسرية أو عدم الاستقرار الأسري أو البيئة المنزلية غير المنظمة، من العوامل المساهمة في عدم القدرة على التركيز. يعتبر ADHD نتيجة لسوء الأبوة والأمومة، وضغط الانضباط المدرسي، والمرتبطة بالحالة العامة للمجتمع، وآباء أطفال ADHD الذين يعملون لساعات طويلة، مما يضفي ضغوطاً على الحياة الأسرية. كما ينظر الفرنسيون إلى ADHD على أنه حالة طفولية لها أسباب نفسية واجتماعية، يفضل الأطباء الفرنسيين النظر إلى السياق الاجتماعي للطفل وليس في دماغ الطفل . وهذا يختلف اختلافاً كبيراً عن النزعة الأمريكية لتفسير الأعراض بخلل وظيفي بيولوجي، مثل عدم التوازن الكيميائي في دماغ الطفل.

(Berri and Al-Hroub, 2016, p.10)

تؤدي أشكال مختلفة من الشدائد النفسية الاجتماعية إلى تفاقم شدة أعراض ADHD ، مثل الصراع الوالدي أو الإجهاد العائلي، الشقاق الزوجي الشديد، والحالة الاقتصادية المنخفضة، وحجم الأسرة الكبير، والإجرام الأبوي؛ والأمراض العقلية للأم، وفي دراسة لتأثير الآباء والأمهات الذين يعانون من أمراض نفسية على أداء الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والأطفال الطبيعيين في وحدة طب الأطفال النفسية في الطب النفسي، مستشفى ماساتشوستس العام (بوسطن) كان تواتر البيئات الأسرية الضارة، بما في ذلك النزاعات العائلية المزمنة، والأمهات اللواتي يعانين من مشاكل نفسية، أكبر بين 140 من حالات اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مقارنة بـ 120 طفلاً عادياً. (Millichap , 2010, p.16)

ومن المثير للاهتمام أنه عادة ما يتبع الانخفاض في الصراع الأبوي والإجهاد تعديل ناجح لأعراض ADHD. (Berri and Al-Hroub, 2016, p.17-18). رغم ذلك بالنسبة لسلوك الآباء أو تنشئة أطفالهم لا يوجد دليل على أن الطريقة التي يتصرف بها الوالدان يمكن أن تسبب إصابة الطفل باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، لكن عادة ما تكون مشاكل السلوك بسبب مزيج معقد من المخاطر الموروثة والخبرات الحياتية. (Antai-Otong and Zimmerman, 2016, p.201) .

يعتقد أن العوامل البيئية الأسرية (الافتقار للأبوة والأمومة، وأنماط التفاعل السلبية بين الوالدين والطفل، والبيوت الفوضوية) تسبب اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، أيضا المستويات العالية من التعرض التلفزيوني، لكنه لا يرتبط به بالعلاقة السببية ويفتقر حاليا للبيانات المقنعة على تسبب التعرض للتلفاز في حدوث اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، سوء التغذية الحاد يمكن أن يؤثر سلباً على نمو المخ، القصور بالزنك والمغنيسيوم والأحماض الدهنية المتعددة غير المشبعة جميعها تم التحقيق فيها فيما يتعلق باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، ولكن ليس هناك أدلة كافية لتلعب دوراً سببياً. على الرغم من شيوع تسبب السكر والمواد المضافة للأغذية الاصطناعية، لكنها ناقصة المصادقية العلمية .

(Prevatt and Levrini, 2015, p.19)

وقد قام اثنان وستون في المائة من الأطباء العياديين بتقييم الوضع العائلي وعوامل الأبوة، واعتقدوا أن الأسباب البيئية المفترضة مثل التجارب المدرسية السلبية، ومشاكل العلاقات، والخلفيات العائلية، أو تاريخ إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم قد يؤدي إلى شدة أكبر للأعراض.

(Berri and Al-Hroub, 2016, pp.9-10)

وحسب (U.S. D. E, O. S. E and R. S, and O. S .E.P.) يمكن لأساليب تربية الأطفال الخاطئة أن تؤدي إلى اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD، لكن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2013) تقول أن أنماط التفاعل الأسري في مرحلة الطفولة المبكرة ليست من المرجح أن تسبب ADHD ولكن يجوز أن تؤثر على مساره.

(U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, and Office of Special Education Programs, 2003, p.3)

من المؤكد أن الأبوة الحاذقة يمكن أن تحدث فرقا كبيرا في حياة الأطفال الذين لديهم خطر استعداد بيولوجي لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. وقد وجد الباحثون أن معيار الفارق هو الأبوة والأمومة "الحازمة" ، التي تمزج الدفاء مع حدود واضحة وتوجيه قوي نحو الاستقلال. نمط يضم العديد من الحدود والدفاء قليل جداً هو الأبوة والأمومة "الاستبدادية"، في حين أن الدفاء من دون حدود واضحة هو "متساهل". وقد وجدت دراسة للتوائم ترابطاً مباشراً بين سلوك الأم الحنون تجاه أطفالها والتطور التالي لأعراض ADHD: ارتبط الدفاء العاطفي بمستويات أقل من الأعراض.

وقد توصلت أبحاث Hinshaw الخاصة إلى أن الفتيان الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، و قام مقدمو الرعاية الأساسيون بنشر التوعية بالمستويات العالية من الأبوة والأمومة الموثوقة لأسرهم، وهذا المزيج الرائع من الدفء والحد الذي أطلق عليه Edward Hallowell "الأبوة والأمومة الفائقة"، أظهر أعلى مستويات الكفاءة الاجتماعية خلال برامج المخيمات الصيفية، ولقد أظهرت دراسة مايكل في جامعة أوريغون؛ أن الآباء الديكتاتوريين "المستبدين" يزيدون من احتمالات الأطفال الذين يولدون مع 7-DRD4 ، الخلل الجيني المرتبط بالمخاطرة ، يصادف مزاجاً صعباً، وقد يقترن بمشاكل في الوظائف التنفيذية ، تشير هذه النتيجة إلى أن بعض الجينات يمكن تنشيطها (أو "معبراً عنها") فقط أو في معظمها في بيئات معينة - مما يدل على الطرق المعقدة التي تتداخل فيها الجينات والبيئات بشكل وثيق .

(Sparrow and Drew,2014, p.34)

قامت سوزان كامبل من جامعة بيتسبيرج بتقييم الأطفال في سن ما قبل المدرسة بعناية مع وجود علامات مبكرة على الإصابة باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ كما تم تقييمه من قبل الآباء ومعلمي ما قبل المدرسة، ووجدوا أن الآباء الذين استجابوا بالسلبية والقسوة لسلوك أطفالهم كانوا يزيدون من تفاقم أعراض أطفالهم - ليس فقط على الفور ولكن على مدى سنوات عديدة .

(Sparrow and Drew,2014, p.36)

وقد بحثت دراسة حديثة العلاقة بين التقدم في العمر الأبوي عند الإنجاب وزيادة خطر المشاكل النفسية والأكاديمية في النسل، واكتشفوا أن الطفل المولود لأب يبلغ من العمر 45 عامًا هو 13 مرة أكثر عرضة للإصابة باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ مقارنةً بالطفل المولود لأب يبلغ من العمر 24 عامًا. وأشار الباحثون إلى أن النتائج تتفق مع فرضية أن مرض الأبناء قد ينجم عن طفرات جينية جديدة تحدث أثناء تكوين الحيوانات المنوية .

(Thomas et al, 2016, p.26)

إن العوامل البيئية في الحالات التي لا تبدو فيها الوراثة عاملاً تشمل التعرض قبل الولادة للكحول والتبغ والولادة المبكرة، والوزن المنخفض عند الولادة، وإصابة ما بعد الولادة في مناطق ما قبل الجبهية من الدماغ. إذ يواجه الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة؛ الذين يتعرضون لمستويات عالية من الرصاص، والتي يمكن أن يوجد في تركيبات السباكة أو الطلاء في المباني القديمة، مخاطر أكبر لتطويع حوادث إصابة الدماغ مع ذلك نسبة صغيرة فقط من الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، يعانون من إصابة في الدماغ .المضافات الغذائية: تشير أبحاث Brish الحديثة إلى وجود صلة

محتملة بين تناول بعض المواد الغذائية مثل الملونات أو المغلفات، والزيادة في حدة الاضطراب. الأبحاث جارية لتأكيد النتائج ومعرفة المزيد عن كيفية تأثير المواد الغذائية على النشاط الزائد.

(Prevatt and Levrini, 2015, p.19)

إضافة لما سبق؛ أبلغ الآباء غير البيولوجيين عن ارتفاع غير معتاد في مستويات ضعف ADHD، مما قد يوحي أن التعبير عن سمات ADHD له مكون تعلم اجتماعي يؤثر على أعضاء الأسرة بطرق أحادية الاتجاه أو متبادلة. (Schultz and Evans, 2015, p.35). وجد الباحثون روابط واضحة بين التعرض المبكر للفوسفات العضوي وأعراض لاحقة من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وأيضا التعرض للمواد الكيميائية الموجودة في مجموعة واسعة من المنتجات البلاستيكية اليومية بما في ذلك زجاجات الأطفال، واللهايات، وحلقات التسنين.

(Hinshaw and Ellison, 2016, p.28)

يمكن للمواد الكيميائية أن تتسرب من البلاستيك إلى الطعام، خاصة عندما يتم تسخين أو استخدام المواد لفترات طويلة من الزمن. وقد حظر الاتحاد الأوروبي بعض هذه المواد الكيميائية، وتحاول بعض الصناعات الأمريكية إنهاء استخدامها، طلاء المنازل، البنزين المحتوي على الرصاص - والزيئق، من المحتمل أن الأطفال الذين يبدؤون حياتهم مع نقاط ضعف جينية معينة قد يكونون أكثر عرضة لتأثير مثل هذه المواد الكيميائية السامة، وهو نمط يجسد التفاعل بين الجينات والبيئة، يمكن إذن تحفيز التغيرات الوراثية عن طريق تجارب مثل التعرض للمواد السامة البيئية، والتغيرات في الصحة الغذائية، أو أحداث مرهقة. مما يفسر التداخل بين عوامل الخطر .

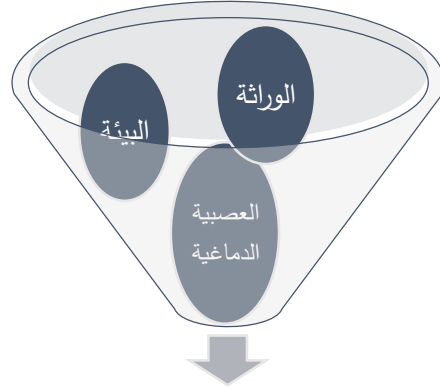
(Prevatt and Levrini, 2015, p.35)

حيث يعتمد الضرر الناتج عن التعرض البيئي على وجود نمط وراثي ضعيف، إذ تعمل تقريبا دائما معا. لفت (Hinshaw, and Ellison, 2016) الانتباه إلى أن أعراض اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، إلى جانب معظم السلوكيات البشرية الأخرى إن لم يكن كلها، تنشأ وتتشكل بسبب مزيج من الطبيعة والتغذية والبيولوجيا والبيئة والسمات الفطرية والسياق المتغير. كل هذه الديناميكيات تكون شخصية الفرد وسلوكه على مدار العمر، فتخلق دوائر تفاضلية.

(Hinshaw, and Ellison, 2016, p.29)

وجد بعض الباحثين أدلة أنه على الرغم من أن وقت تصفح الشاشة لا يسبب اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD، إلا أنه يمكن أن يؤدي إلى تفاقم الأعراض. وأوصت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال بساعتين كوقت الشاشة اليومي.

(Hinshaw and Ellison, 2016, p.34)



تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط
الزائد (إعداد الباحثة)

الشكل (5) متلازمة عوامل الخطر التي تسبب اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

4-5 التصنيف الايثولوجي للأسباب :

تصنف أسباب حدوث اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حسب السيورة النمائية، وهي متلازمة من العوامل الوراثية والعائلية أو البيئية والمكتسبة.

1-4-5 عوامل الخطر ما قبل للولادة :

الإجهاد الأمومي أثناء الحمل، المبيدات الحشرية والرصاص، استهلاك النيكوتين أو الكحول أو دخان التبغ أثناء الحمل، أو تعرض الجنين لعقاقير أخرى أو مركبات ثنائي الفينيل متعدد الكلور، وتأخر نمو الجنين داخل الرحم. شذوذات دماغية في النمو، وفقر الدم الأمومي، تسمم الحمل، ونقص اليود وقصور الغدة الدرقية، التعرض للعدوى الفيروسية، وخاصة الأنفلونزا والطفح الفيروسي، في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل أو أثناء الولادة، التهابات الجهاز العصبي المركزي، مضاعفات الحمل أو الولادة.

(Sparrow and Erhardt, 2014, p.25)

أو صغر سن الأم أثناء الحمل، استخدام تقنيات مساعدة في الإنجاب، وتعدد المواليد. يخمن الأطباء ما إذا كانت عوامل الخطر البيئية هذه تسبب مباشرة اضطرابات سلوكية عصبية وADHD، أو إذا كانت تزيد من خطر الرضيع الخداجي، والذي يزيد بشكل غير مباشر من احتمالية إصابة الطفل باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، دراسة في إيطاليا، تثبت أن معدل تكرار الإصابة بالحصبة الألمانية، لدى أمهات الأطفال الذين أصيبوا باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، أعلى بكثير مما هو عليه في

العينة الضابطة. (Millichap , 2010, p.16)

5-4-2 عوامل الخطر أثناء الولادة :

صحة الأم المتدهورة؛ عمر الأمهات، الخداج، تسمم الدم، طول مدة الوضع، الوزن المنخفض جداً للوليد أو نقص الأكسجين والنوبات ونزيف الدماغ. الولادة قبل الأسبوع 32 من الحمل وتزيد المخاطر مع الولادات في وقت أبكر من 28 أسبوعاً من الحمل. (McGoug,2014,p.19)

5-4-3 عوامل الخطر بعد الولادة :

إصابة في الرأس التي تشمل الفص الجبهي، والتهاب السحايا، والتهاب الدماغ، والهجمات المتكررة من التهاب الأذن الوسطى، أو انخفاض نسبة السكر في الدم. الأدوية المستخدمة لعلاج أمراض الطفولة والربو والصرع؛ كثيراً ما تسبب أو تقاوم النشاط الزائد، ويؤدي إلى عجز الانتباه في التعلم. العدوى الفيروسية وفقر الدم، وأمراض القلب، وأمراض الغدة الدرقية، والصرع، واضطرابات المناعة الذاتية والتمثيل الغذائي. أما نقص الحديد والمضافات الغذائية والسكريز، والافتقار للأحماض أوميغا 3 الدهنية، الحساسية الغذائية، حساسية الغلوتين تكون هامة في بعض الأحيان. لكنها تبقى محل جدل. الوضع الاقتصادي الاجتماعي المتدني كالفقر وتدني التحصيل العلمي للوالدين، والحرمان الشديد في الطفولة البكرة أو الحرمان المؤسسي المبكر والشديد، كما هو واضح في بعض ملاجئ الأيتام، أدى إلى اضطرابات عصبية نمائية متعددة منها تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

(Millichap, 2010, pp.9-14)

يرتبط سوء التغذية، لا سيما الحديد والزنك والمغنيسيوم والأحماض الدهنية المتعددة غير المشبعة طويلة السلسلة (PUFAs) بتطور وتفاقم أعراض ADHD لدى الأطفال.

(Courtney et all, 2016 ,687)

في دراسة تقييم العلاقة بين انتشار ADHD وكثافة الشمس، وجد الباحثون انخفاض انتشار تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD، في المناطق ذات الكثافة الشمسية العالية (SI). اقترحوا أن التأثير الوقائي للكثافة الشمسية العالية SI المرتفع، قد يكون مرتبطاً بتحسين اضطرابات الساعة البيولوجية المرتبطة باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. وأشار الباحثون إلى أن هذه النتائج كانت تخص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD بالتحديد، وليس لانتشار اضطرابات طيف التوحد والاضطرابات الاكتئابية الرئيسية.

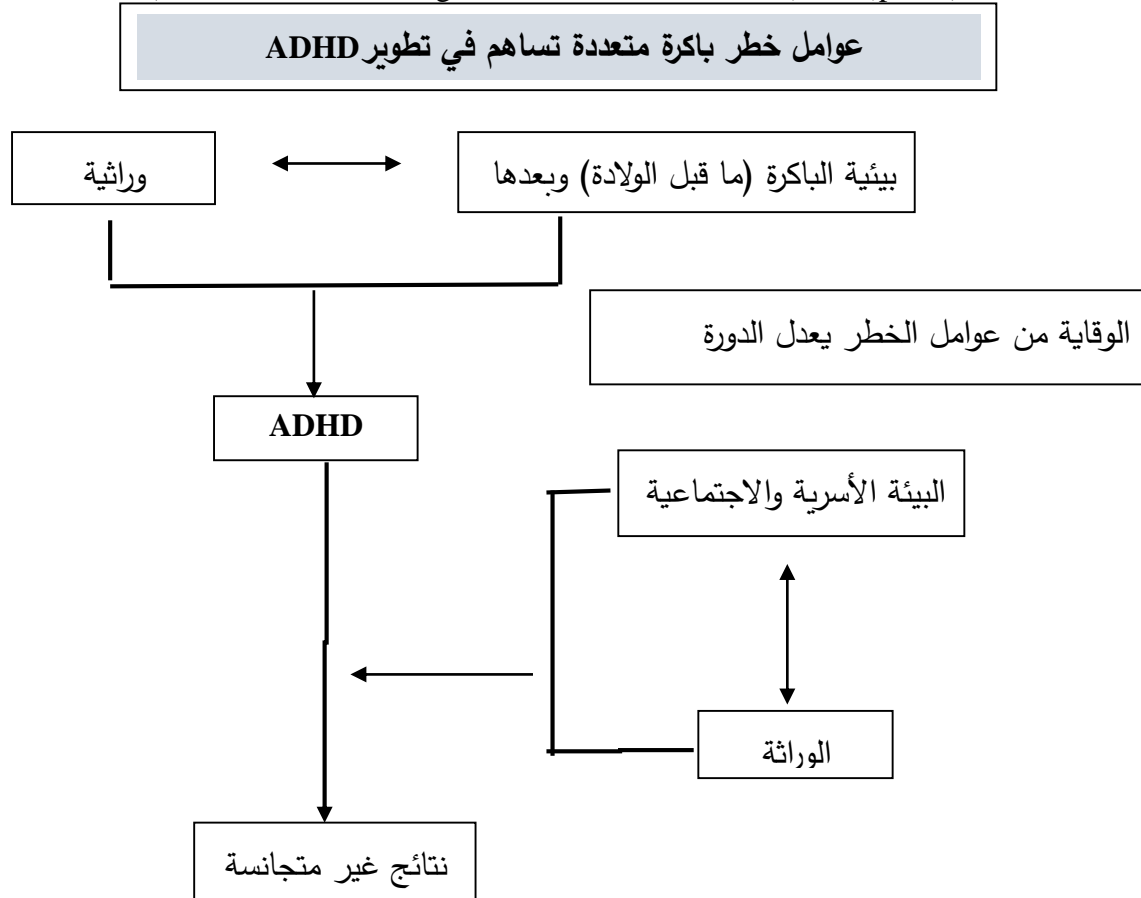
(Thomas et al, 2016, p.25)

نستخلص من كل الدراسات العلمية السابقة متعددة التوجهات أن أسباب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المباشرة، والتي توجه العلاج الدقيق لاتزال قيد البحث، بينما عوامل الخطر الوراثية والعصبية الدماغية والبيئية بما فيها التنشئة الأسرية تتفاعل فيما بينها بشكل معقد ومتبادل لإحداث هذا الاضطراب ، فقد يولد بخلل جيني متوارث يؤثر على التوازن الكيميائي والبنوي، كما قد تحفز العوامل البيئية (الاجتماعية) التعبير الجيني الكامن، أو تؤدي إلى طفرات جينية مكتسبة جراء التعرض للمواد الكيميائية والسموم، وقد

يحدث تلف دماغي بفعل حادث أو صدمة في المناطق المسؤولة على الانتباه والتركيز والتنظيم الذاتي أيضا النشاط الحركي إذ تدعى في مجملها الوظائف التنفيذية للدماغ، وحددت هذه المناطق بالعقد القاعدية و القشرة المخية قبل الجبهية (مقر الوظائف التنفيذية)، حيث تعمل بها النواقل العصبي الدوبامين والسيروتونين والنورأدرينالين بناء على استجابة جينية كما سبق ذكره، وأي تغيرات في كيمياء الدماغ - الناقلات العصبية الكاتيكولامينية (الدوبامين ، والنورينيفرين ، والسيروتونين) - يسبب تشتت الانتباه و فرط النشاط، حيث يسيطر النورادرينالين على الانفعالات، و الدوبامين مهم للغاية في توكي اليقظة والتركيز والحساسية للمكافآت وبالذوافع والتنظيم الذاتي وأي خلل في إفراز الكاتيكولامينات يلحق ضرر في نظام BIS المسؤول عن ضبط النفس وذلك بالتروي وتثبيط الاستجابات المندفعة لمنح وقت للتخطيط وعمل الوظائف التنفيذية (EF) تشمل الذاكرة العاملة غير اللفظية (أي الكلام الداخلي)، والذاكرة العاملة اللفظية، والتخطيط والتبصر للأحداث المستقبلية) بشكل جيد .

وتذهب مجموعة GDG أنه على أساس الدليل الحالي فإن اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد هو اضطراب معقد ناتج عن عوامل اختطار وراثية وعوامل بيئية متعددة،

(National Collaborating Centre for Mental Health ,2009 ,p.129)



الشكل (6) عوامل ومسارات تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

(Thapar, Anita & Cooper, Miriam ,2015 ,p.3)

6- أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

يعاني المصاب باضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد ADHD ، من العديد من الأعراض؛ قد تبدو بعض الأعراض في البداية سلوكيات طبيعية في الطفولة ، لكن اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يجعلها أسوأ بكثير. (Berri and Al-Hroub, 2016) ، فالأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تضعف الأعراض من قدرتهم على العمل مقارنة بغيرهم من الأطفال في نفس العمر. (ADHD NIMH, 2007, p.3) وذكر (Berri and Al-Hroub, 2016) أن الأبحاث المكثفة توصلت إلى أن الأعراض الأولية والأساسية التي يظهرها أطفال ADHD هي تشتت الانتباه والاندفاع والنشاط الزائد :

1-6 تشتت الانتباه : Inattention

يؤدي ضعف الانتباه إلى نمط سلوكي يصعب فيه على الفرد أن يبدأ مهمة وأن ينهيها كما يصعب عليه أن يندمج فيها ويكملها، والأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه يعانون من صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة ويعانون من صعوبة الإنصات حين يوجه إليهم الحديث، ويعانون من صعوبة في التخطيط للمهام وفي إكمالها، ويتضمن قصور الانتباه أيضاً أعراض القابلية للتشتت والنسيان وكثرة فقد الأشياء أو صعوبة تذكر أماكنها.

(Cho ajm, verin, Fuentes, polanczyk, 2012, p.6)

وتتظاهر أعراض تشتت الانتباه من خلال :

لا يهتمون بما يقوله أو يفعله الآخرون، ولكن المشكلة هي على الأرجح أنهم يخفون في متابعة خيط المحادثة؛ وهي قضية خطيرة بشكل خاص عندما يتعلق الأمر بالتوجيهات المقدمة من قبل المعلمين أو الأولياء. (Hinshaw, and Ellison, 2016,P.4)

▪ صعوبة الحفاظ على الانتباه عند القيام بالواجبات المدرسية المستقلة أو تنفيذ مهام مملّة بالنسبة لهم يصرف بسهولة. (Berri and Al-Hroub, 2016, p.11)

▪ يصرف بسهولة عن طريق المحفزات الدخيلة (يتشتت) ينسى بسهولة.

(Hinshaw, and Ellison, 2016,P.4)

▪ صعوبة في التركيز على الأنشطة التي ليست مثيرة جدا للاهتمام أو مملّة (مثل العمل المدرسي أو الأعمال المنزلية). مع أنه قادر على التركيز عندما يكون النشاط مثيرا ومحفزا، مثل ألعاب الفيديو أو الرياضة.

- عدم التنظيم: غالبًا ما يفقد أو يسيء وضع الأشياء.
(Berri and Al-Hroub, 2016, p.11-12)
- ينسى أين وضع واجباته المدرسية (في نهاية كل عام دراسي، غالبًا ما يكتشف آباء التلاميذ الذين يعانون من هذا الاضطراب الواجبات المنزلية المتأخرة، مدفونين في المحفظة، من شهر مضت). (Hinshaw, and Ellison, 2016,P.4)
- ارتكاب أخطاء تافهة، وفشل في إكمال المهام، وصعوبة البقاء منظمًا، ويتشتت بسهولة.
(The Association for Youth, Children and Natural Psychology, 2013 p.4)
- مشاكل في تتبع الاتجاهات والحوارات.
(الفقرة 3 . d, p. (NIMH,n . d, p. 3)
- يماطل بدلاً من إنهاء الأعمال التي تهمه، وغالبًا ما ينجز في النهاية عمل فوضوي لا يعكس مهاراته وإبداعه الحقيقي. (Hinshaw, and Ellison, 2016,P.4)
- يفشل في ملاحظة التفاصيل، ويرتكب أخطاء الإهمال، لديه مشكلة في الحفاظ على الانتباه يبدو أنه لا يصغي حتى عند التحدث إليه مباشرةً، لديه مشكلة في إكمال المهام أو متابعة التعليمات، يتجنب الأنشطة التي تتطلب الانتباه المستمر.
(Hinshaw, and Ellison, 2016,P.4)
- يواجه صعوبة في الانتهاء من المهام مثل الواجبات المنزلية أو الأعمال المنزلية.
- يفقد اللعب، والكتب، واللوازم المدرسية في كثير من الأحيان.
(الفقرة الثالثة، . d, p. (NIMH,n . d, p. 3)

6-2 النشاط الزائد :

عندما يتعلق الأمر بالنشاط الزائد، يكون الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد :

- نشطين وحيويين للغاية، ويتحركون في الغالب دون إذن، ويتحدثون بشكل مفرط، ويتركون مقاعدهم والحاجة إلى التحرك أو التملل (غير قادر على الجلوس في مكانه أو البقاء في الفصل). (Berri and Al-Hroub, 2016, p.11-12).
- الملل بسهولة: الأطفال الذين يعانون من ADHD ، سريعوا التحفز والشغف (من المشاهد والأصوات واللمس والحركة والمشاعر). وقد يسبب هذا المشاكل، لأن العديد من المواقف في الحياة (مثل العمل المدرسي والأعمال المنزلية) ليست مثيرة. لهذا، من الصعب على

الأشخاص المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، إنهاء المهام أو البقاء منظمين. قد يكون الطفل المصاب باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد جيداً (عندما يكون مشغولاً يقوم بأنشطة)، لكنه يوقع نفسه في المشاكل عندما يشعر بالملل لأنه يفعل أشياء لإزعاج إخوانه وأخواته (Ottawa, & Ontario, 2010).

- التبديل بسرعة كبيرة من نشاط إلى آخر.

(الفقرة الثالثة، NIMH, n . d, p.,)

- عدم القدرة على التحكم في النفس أو الجلوس في الصف، أو التحدث غير المناسب أو المفرد، مع الاستمرار في الحركة، صعوبة الانتظار، التسلق.

(A Y, C and Na P, 2013)

- إضافة التملل، والأرق، وحركات الأطراف الشائعة كما تهتز أقدامهم، والتنتصت على أصابعهم ومغادرة مقاعدهم، وتغيير باستمرار أوضاع الجسم.

(Prevatt & Levrini, 2015, p.11)

3-6 الاندفاع :

تشير الاندفاعية إلى صعوبة تأخير فعل ما أو استجابة ما حتى لو كان معروفاً أن لهذا الفعل تبعات سلبية وترتبط الاندفاعية بالحاجة للشعور بالرضا أو الحصول على مكافأة تأخرت أكثر مما يجب، حتى لو كان التأجيل ستكون نتائجه أفضل بكثير.

وتفصح سلوكيات الاندفاعية عن نفسها في صورة صعوبة في انتظار الدور المحدد للشخص حتى يتكلم أو يلعب أو يعبر الطريق . كما قد تعبر عن نفسها في الميل للفعل دون تفكير مثل إعطاء إجابة فورية بغض النظر عن مدى دقتها، أو إعطاء إجابات لا علاقة لها بالسؤال أو الانطلاق في الإجابة قبل انتهاء السؤال.

– صعوبة تثبيط سلوكهم والتريث. (Berri and Al-Hroub, 2016, p.11)

– يميل إلى فعل الأشياء والتصرف قبل التفكير. (Ottawa, & Ontario 2010)

– السلوك التافه والتقليبي والاندفاع ونفاد الصبر والمقاطعة المتكررة والانجراف.

(Hinshaw, and Ellison, 2016, P.4 ,The Association for Youth, Children and Natural Psychology, 2013)

– الاحباط وتقلب المزاج. كثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، لديهم مشاعر حساسة ويحبطون بسهولة. يمكن أن تجعل المشاعر الحساسة الشخص عاطفياً وممتعاً، ولكن الشعور بالإحباط والغضب في كثير من الأحيان يمكن أن يسبب مشاكل.

(Ottawa,&Ontario, 2010)

– متهورين، ومندفعين. التملل المزمّن (Hinshaw, and Ellison, 2016,P.4)

– يلمس ويلعب بكل ما يرويه.

(الفقرة الثالثة، NIMH, n . d, p.,)

7- أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفقاً للخلل الوظيفية التنفيذية :

قام (Kutscher, 2002) بترجمة مكونات الخلل الوظيفي التنفيذي ومشاكل هذه المناطق إلى

الأعراض الظاهرة.

الأعراض الكلاسيكية:

وهي الأعراض الثلاثة التي تحظى بأكبر قدر من الاهتمام من قبل الممارسين العياديين، وكلها تأتي من عدم القدرة على التثبيط (الكبح):

- عدم كفاية تثبيط المنبهات الدخيلة ← قابل للتشتت.
- عدم كفاية تثبيط المنبهات الداخلية ← الاندفاع.
- التحقق من هذه المحفزات جسدياً ← فرط النشاط

أعراض أخرى من الخلل الوظيفي:

إذا لم تتناول قضايا الوظائف التنفيذية الناتجة التالية، فإنه تم التعامل فقط مع جزء صغير من المشكلة. فهي ليست مجرد أعراض "عرضية". بل من الصعب العيش معها. ويصف باركلي الوظائف التنفيذية بأنها "تلك الأعمال التي تساعد على تحقيق ضبط النفس، والسلوك الموجه نحو الهدف.

• "غياب البصيرة!" البصيرة - القدرة على التنبؤ بالنتائج من تصرفاته - لا يمكنه تشغيل محاكاة خيالية للمستقبل على حاسوب دماغه. يمكن أن يكون عدم استخدام هذه القدرة أكثر الأجزاء المدمرة من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. تتألم الأمهات - غالباً ما يتمتعن ببعده نظر كبير - أثناء مشاهدتهن لطفلهن بشكل متكرر متوجهاً إلى المسارات غير المنتجة.

- الإدراك المتأخر / صعوبة التعلم من الأخطاء ("أحمد، كم مرة يجب أن تعاقب لنفس الشيء").
- غير قادر على منع الحاضر، لا يستطيع التعلم من مواقف في الماضي.
- العيش تحت "رحمة اللحظة". وتصبح سلوكيات ADHD منطقية عندما ندرك أنها تستند إلى ردود فعل تأخذ فقط اللحظة الحالية في الحساب. ليس أن أحمد لا يهتم بالمستقبل. هو أن المستقبل والماضي لا يوجدان حتى. هذه هي طبيعة الإعاقة. ولفهم أفعال تشتت الانتباه و النشاط الزائد، اسأل نفسك ببساطة: "ما السلوك المنطقي إذا كنت تشعر بأنك لديك 4 ثواني فقط متبقية للعيش؟"
- ضعف التنظيم (ينسى أدواته، كتبه).
- مشكلة الاستمرار في المهمة ("لا يستكمل أبدًا أي شيء. يشتت انتباهه. لا يهتم".
(Kutscher, 2002, p.10)
- ضعف القدرة على استخدام "الكلام الذاتي" لمعالجة مشكلة (ما الذي كنت تفكر فيه؟!)
- شعور ضعيف بالوعي الذاتي (الرد على السؤال أعلاه هو "ليس لدي أدنى فكرة).
- ضعف التوطين وتعميم القواعد (لماذا أحتاج إلى تذكيرك بأن لعب ألعاب الفيديو يأتي بعد الانتهاء من واجبك المنزلي؟«)
- العمل والسلوك غير المتناسق. (إذا كان بإمكانك القيام بالأمر بشكل جيد بالأمس، فلماذا يكون اليوم فظيماً للغاية.) مع قدرتهم على استخدام 100% من طاقتهم، فقد يكونوا قادرين على التحكم في المهمة التي يمكن أن يفعلها معظمنا بنسبة 50% من تركيزنا. ولكن من الذي يستطيع حشد جهد 100% باستمرار؟ كما تقول النكتة: أطفال ADHD يقومون بشيء ما مرة واحدة، ونحمله عليهم لبقية حياتهم.
- يركز بشكل كبير في بعض الأحيان ("عندما يكون على جهاز الكمبيوتر، لا يمكنني إقتلاعه).
- عدم تحمل الإحباط الضعيف (لماذا لا تسمح لي حتى بمساعدتك في تجاوز هذا؟«)
- غالبًا ما لا يستطيعون السيطرة عليه ("الأم، توقف فقط. لا يمكنني تحمله. توقف فقط. أرجوك!")
- الغضب بشكل متكرر وبسرعة (تغمره العواطف بسرعة. فاذا سئل: لماذا أنت غاضب مني دائمًا؟ يجيب: على الرغم من اعتذارك عادة، فإنه لا يزال يؤلمني!). "فرط الاستجابة"
- يستخدم باركلي مصطلح استجابة فائقة للمثير إلى أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه لديهم عواطف مفرطة. ومع ذلك، فإن استجاباتهم مناسبة لما يشعرون به بالفعل. فهم يحسون فعلاً بشعور مروع جدًا في تلك اللحظة.

- ردود الفعل غير المرنة / الانفجارية.
- يشعر بالهدوء عند الحركة فقط ("يبدو دائماً أنه أسعد عندما يكون مشغولاً")
- سلوك البحث عن التشويق ("يبدو أنه يتوق إلى التحفيز بأي ثمن. يشعر أكثر من غيره" " بحالة الطوارئ).
- من الصعب عليه إقامة الصداقات.
- الإحساس بالفشل في تحقيق الأهداف ("بطريقة ما، لم أنجز أبداً كل ما اعتقدت أنه يمكن أو يجب أن أحصل عليه")

ذكر راسل باركلي أن ADHD يمكن اعتباره بمثابة خلل في الوظائف التنفيذية. إن التفسيرات النظرية المختلفة للأعراض والمشكلات المعرفية في ADHD تقريباً تعالج جميع جوانب التنظيم الذاتي بشكل ما. التنظيم الذاتي، أو التحكم المعرفي، هو القدرة على قمع الإجراءات غير المناسبة لصالح الإجراءات المناسبة. إن الوظائف التنفيذية هي العمليات النفسية العصبية اللازمة للحفاظ على حل المشكلات نحو هدف هو بالضبط ما ينطوي عليه التنظيم الذاتي. (AYCNP,2013)

غالباً ما تكون المدرسة صعبة للغاية بالنسبة للتلاميذ الذين لديهم (AD / HD) عند وجود عجز في الوظائف التنفيذية، قد تصبح المشاكل الأكاديمية كثيرة على التلميذ وأسرته. أظهرت الأبحاث أن الوظائف التنفيذية تتطور بشكل أبطأ في العديد من الأطفال المصابين باضطراب (AD / HD) تعمل هذه الوظائف باسم "المدير التنفيذي للدماغ"، مما يساعد على إدارة السلوك وتنظيمه. تشمل المهام التي تتأثر بالوظائف التنفيذية ما يلي: تنظيم المواد، الشروع في العمل، وإنهاء العمل المدرسي، تذكر الواجبات المنزلية، حفظ الحقائق، كتابة المقالات أو التقارير، حل مسائل الرياضيات المعقدة، استكمال مشاريع طويلة الأجل، أن تكون في الوقت المناسب، السيطرة على العواطف، التخطيط للمستقبل.

قبل فهم الدور الذي تلعبه الوظائف التنفيذية في حياة الطفل الذي يحمل اضطراب AD / HD، كان الآباء والمعلمون يعتقدون في كثير من الأحيان أن الإخفاق الأكاديمي كان مجرد مسألة كسل أو نقص في الحافز. اختار الطفل عدم القيام بالمهمة؛ وفقاً لرسل باركلي، فإن التلاميذ الذين لديهم تجربة AD / HD يعانون من تأخر في النمو بنسبة 30% تقريباً في المهارات التنظيمية والاجتماعية. على سبيل المثال، قد يكون للطفل البالغ من العمر 12 عاماً مهارات تنفيذية تماثل مهارات طفلة تبلغ من العمر 9 أعوام. وأكدت النتائج اللاحقة تأثير الوظائف التنفيذية على الأداء المدرسي، الذاكرة العاملة والتذكير (وضع الحقائق في

الاعتبار أثناء التعامل مع المعلومات؛ الوصول إلى الحقائق المخزنة في الذاكرة طويلة المدى :التثبيط والإثارة والجهد، (البدء، والاهتمام، وإنهاء العمل)،
(OCECD , 2015,P.18, Cho ajm, Fuentes, polanczyk, 2012, p.7)

8- نماذج من مظاهر أعراض تشتت الانتباه مع النشاط الزائد:

أمثلة عملية شرحها الباحثان (Sparrow and Erhardt.2014) في كيفية تظاهر أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

- عدم الانتباه للتفاصيل: عملية خاطئة في الرياضيات، يفقد الكلمات / العبارات الرئيسية، مثل "لا" أو " استخدم قلم رصاص، يتخطى العناصر أو الصفحات أثناء إنجاز الأعمال والاختبارات، يحذف خطوة في عمليات الرياضيات الطويلة أو تجارب علمية، يفقد القواعد الرئيسية للرياضة.
- الانتباه المستدام: يتعلم بشكل أفضل في ومضات شرح قصيرة أفضل من حصة دراسة مطولة، يكافح من أجل قراءة الفصل بأكمله: للحصول على صفحة النهاية وليس ليعرف ما قرأ للتو.
- صعوبة البقاء في المهمة؛ الحاجة للتذكير، تصرفه يبدو كالتسويق (أي تجنب المهام التي تتطلب جهداً متواصلًا).
- يجد صعوبة في تحويل الانتباه إلى مهمة أخرى.
- يستغرق وقتاً أطول مما ينبغي في إنجاز الواجبات المنزلية، والأعمال المنزلية، أو غيرها من الجهود.
- الاستماع: لا يستجيب حتى عندما يكرر عليه السؤال عدة مرات (وحتى ليس لديه أي فكرة عما كان يتحدث عنه أحدهم).
- يصعب عليه المتابعة في مهمة، يقفز من مهمة إلى مهمة.
- يبدأ مهمة أو عمل روتيني بالحماس ولكن بسرعة يمل منها، لديه صعوبة في إكمال الواجبات المنزلية، الأعمال المنزلية، ومهام أخرى مجددة.
- لا يعرف من أين يبدأ مهمة.
- الفوضى في الغرفة والخزانة، والكتب: حتى بعد أن يساعده شخص ما في تنظيم المواد، فإنها سرعان ما تصبح مختلطة مرة أخرى.

- واجبه يحتوي على محو كثير، نقص كلمات بقع الطعام وصبغات(حبر). لا يتوقع كم من الوقت سوف تأخذ المهمة.
- لديه مشكلة في إحضار المواد اللازمة للمدرسة والأنشطة الأخرى.
- لا ينظر في أفضل طريقة لتسلسل الخطوات التي تشكل مهمة.
- نسيان تسليم الواجبات، حتى عند إنجازها. يذهب إلى حاجة معينة (حسب توجيهات) ولكن ينسى سبب وجوده هناك.
- يحتاج الى التذكير عن الروتين اليومي (أين أضع حقيبتي، ماذا يجب أن أفعل مع ورقة العمل هذه)
- يعتمد بشدة على التذكير (الهاتف الذكي؛ المذكرة) للتعويض عن النسيان المتكرر.
- تلملم / تشنج: يطبل بأصابعه على الطاولة، يستخدم أقلام الرصاص كأعواد الطبل على الكراسي والكتب.
- التلملمات المتكررة في المقعد، كما لو أنه غير مريح: القدم أو الساق في حركة مستمرة بينما هو جالساً
- لا يمكنه الجلوس لمتابعة فيلم كامل: التحرك في جميع أنحاء الغرفة أثناء مشاهدة التلفاز.
- يتجول في الفصول الدراسية.
- يكثر الأعدار لمغادرة مقعده في كثير من الأحيان.
- نشط / يتسلق (لا يهدأ): يجري عبر ممرات متجر البقالة.
- يصعد رفوف الكتب في المكتبة.
- يمشي فوق الجدران صعوداً وهبوطاً ومقاعد الحديقة بدلاً من المشي على طول الطريق.
- يبدو كما لو أنه لا يستطيع الانتظار للخروج من الوضع، مذعور.
- لا يمكنه اتباع القواعد "المشي، عدم الجري" في المدرسة.
- يهدئ عند توفر الكثير من المؤثرات الصوتية والتعليقات.
- يسعى لإنجاز المهام النشطة بدلاً من التي تتطلب الهدوء.
- يستجيب بصوت عالٍ إلى البرامج التلفزيونية وأشرطة الفيديو بدلاً من المشاهدة بهدوء.
- "التحدث الذاتي" بصوت عالٍ وليس داخلياً.

- يكثر الحديث عندما يعمل التلاميذ الآخرين بهدوء أو يغني حينما يكون زملاءه منهمكون في القيام بالأعمال، أو الأعمال المنزلية، أو المهام الأخرى.
 - لا يتوقف، ويبدو أن لديه طاقة لا حدود لها.
 - المشي بشكل متكرر والتحرك أسرع من غيره.
 - كثير الثرثرة، يعطي إجابات مطولة في حين كلمة واحدة أو عبارة سوف تكفي.
 - التعليقات والأجوبة دون تركيز: يمكن أن تنطوي على مشاركة معلومات غير مناسبة.
 - فشل في ضبط كيفية التموه ليقول نكتة لشخص آخر.
 - يكشف عن التقلبات والمؤامرات في الأفلام من قبل أن تكشف.
 - يصرخ بالإجابة في الصف دون رفع يده أو انتظار الإذن.
 - يفشي معلومات شخصية حول الآخرين دون إذنهم.
 - يقول تعليقات غير مناسبة.
 - يقفز في الطابور، قبل أن يأتي دوره.
 - يقاطع الآخرين لأنه لا يمكن أن ينتظر دوره للتحديث.
 - يبدأ المهام المحددة زمنياً قبل إشارة "انطلق".
 - يمسك اللعب، واللوازم، دون أن يطلب أولاً، في بعض الأحيان أخذهم من يد شخص ما أثناء استخدامه لها.
 - يستخدم الأشياء دون أن يدرك أنه يجب أن يطلب الإذن أولاً.
- (Sparrow and Erhardt.,2014, p p.56-51, ADHD NIMH, 2007, p.8)

9- تشخيص تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

لا يوجد اختبار واحد لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد . لذلك، من الضروري إجراء تقييم شامل للتوصل للتشخيص واستبعاد الأسباب الأخرى. يتطلب هذا التقييم المزيد من الوقت والجهد، تحديد ما إذا كان الطفل من ذوي اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد هو عملية معقدة. العديد من المشاكل البيولوجية والنفسية يمكن أن تسهم في أعراض مشابهة لتلك التي أظهرها الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد. وقد تكون الاضطرابات الأخرى هي التشخيص الأساسي. كما قد تتعايش هذه الاضطرابات مع ADHD.

يتطلب تشخيص اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد جمع بيانات شاملة من مصادر مختلفة، بما في ذلك العميل والمعالجين وأفراد الأسرة والمدرسين. إذ يساعد ذلك في ضمان دقة المعلومات، وتشمل مصادر المعلومات المناسبة آباء الأطفال والمدرسين، وغيرهم مثل الأخصائيين النفسيين والمعالجين المهنيين ومعالجي النطق والأخصائيين الاجتماعيين والأطباء. من المهم أيضًا مراجعة التاريخ الطبي السابق للطفل وسجلاته المدرسية. وجمع البيانات السلوكية والطبية والتعليمية منها .

ويتم تشخيص اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد عن طريق تقييم تقارير أولياء الأمور والمدرسين ومراقبة وفحص الطفل في المكتب بإجراء مقابلة مع العميل وأولياء الأمور، ومراجعة نماذج الفحص البدني . يجب الحصول على تاريخ صحي كامل لما قبل الولادة وتاريخ عائلي كامل للاضطرابات العصبية والقلبية. وتقارير السلوك من أولياء الأمور والمدرسين.

(U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, and Office of Special Education Programs, 2003, p.7 , Courtney et all, 2016 ,p.687-688, Millichap , 2010, Pp39-44,Antai-Otong and Zimmerman, 2016, p.202)

9-1 تجميع قطع اللغز التشخيصي الشامل (بطارية تقييم شاملة) :

قد يكون تشخيص ADHD مربكا لأنه لا توجد طريقة محددة لاختباره. لا يمكن تشخيصه عن طريق فحص الدم أو القراءة الكهربائية أو الأشعة السينية أو درجة الاختبار النفسي. وهي حالة نمائية عصبية تتطوي على مشاكل مع الانتباه و النشاط الزائد والاندفاع و يتطلب استخدام منهج متعدد الأساليب (multimethod)، لإجراء تقييم شامل يسمح بتحديد ما إذا كان اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD، أو أي اضطراب آخر، مسؤول عن صعوبات الطفل، يحتوي هذا التقييم الشامل مجموعة من أدوات الفحص تطبق على عدة مراحل؛ وهذا ما يدعى بعملية تجميع بطارية تقييم ADHD (قطع اللغز)، يمكن تحقيق ذلك غالبًا من خلال مجموعة من المقابلات العيادية ومقاييس التصنيف وإجراءات المراقبة وسيفصل شرحها في السطور اللاحقة. وبناءً على النظريات الحديثة قد يرغب بعض الأطباء أيضًا في تضمين إجراءات لتقييم قدرة الطفل على تثبيط السلوك وسلامة وظائفه التنفيذية، والتي يُعتقد أنها تشارك في التعبير عن ADHD. في الوقت الحاضر، الاختبار النفسي هو الطريقة الوحيدة الموثوقة والصحية لقياس هذه المجالات المعرفية. كما يمكن أن تقوم السجلات الطبية بتوثيق الاختلال النفسي والاجتماعي، لكن توفرها غير مؤكد.

كما أشير سابقا لا يمكن لأي إجراء بحد ذاته تقديم جميع بيانات التقييم اللازمة لمعالجة معايير DSM كاملة لـ AD / HD. إذ لا يمكنه تقييم جميع المجالات الرئيسية للأداء النفسي والاجتماعي والظروف

المرضية المحتملة دفعة واحدة، تفرض مثل هذه الظروف استخدام تقييم متعدد المراحل. ونظراً للعمق والاتساع اللذين يوفرانهما، يجب أن تكون المقابلات العيادية ومقاييس التصنيف بمثابة الأساس لبطارية التقييم، وذلك للمساعدة في جمع قطع اللغز التشخيصي :

9-1-1 إجراء فحص شامل :

لاستبعاد المشاكل الطبية الأخرى التي قد تسبب أعراض مشابهة لاضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD. يتطلب تشخيص اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال الأكبر سناً تقييماً لتاريخ مشاكل السلوك في الطفولة والمراحل الدراسية السابقة، فحص التاريخ الصحي: ويجب أن يتضمن تاريخاً دقيقاً يجب أخذ تاريخ شامل من الوالدين والمدرسين، وعند الاقتضاء، من الطفل. بما في ذلك تقييم السمع والرؤية في حالات نادرة، قد يعاني الأشخاص المصابون باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من خلل في الغدة الدرقية.

يكشف تاريخ الحمل والولادة والنمو المبكر عن التشوهات التي تدل على اضطرابات ما قبل الولادة أو الفترة المحيطة بالولادة أو ما بعد الولادة ذات الأهمية المسببة في اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد ومن الأمثلة على ذلك العدوى الفيروسية والتعرض للنيكوتين أثناء الحمل ونقص الأكسجين والولادة المبكرة، والصدمات، والسموم، والعدوى في الفترات الوليدية والطفلية. وقد يوحي تاريخ العائلة بالعوامل الوراثية في المسببات أو التأثير بالاضطرابات المرضية (مثل اضطراب السلوك، أو التشنجات اللاإرادية، أو النوبات الصرعية، أو الصداع النصفي، أو اضطرابات التعلم) أو ميل إلى عدم انتظام ضربات القلب، فيجب أخذ تاريخ عائلي كامل للاضطرابات العصبية والقلبية.

(Courtney et all, 2016 ,p.687-688)

مع العلم أن الكشف على تاريخ عائلي من ADHD أو تاريخ من عوامل الخطر لدى الطفل لا يؤكد تشخيص ADHD ولكن يمكن أن يضيف إلى الصورة التشخيصية (قطعة من اللغز التشخيصي)

9-1-1-1 قوائم المراجعة (المقابلات المقننة) :

تحبذ المقابلات التشخيصية المنظمة بسبب موثوقيتها الفائقة وصلاحيتها. يمكن أن تستغرق المقابلات المنظمة وقتاً طويلاً، علاوة على أنها غير مرنة، ومملة، ولكنها تعطي معلومات تشخيصية أكثر دقة وتقوم بأفضل وظيفة لرسم البروفيلات على معايير الدليل التشخيصي الخامس. وتوفر التحليل النمائي لأعراض ADHD ومن بينها استبيانات النطاق الضيق (قائمة معايير DSM-5). من الضروري استخدام معايير التشخيص DSM-5 لـ ADHD.

يجب أن تتمتع المقابلة المختارة بمستويات عالية من الموثوقية والصلاحية لزيادة دقة معلوماتها (الصدق والثبات). تقدم المقابلات العيادية الميزة الفريدة لتحديد ما إذا كان قد تم استيفاء معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات السلوكية المختلفة. وأن تتضمن وتقيماً عيادياً لمستوى الطفل الأكاديمي والاجتماعي والعاطفي ومستوى التطور. تستخدم قوائم المراجعة لتقييم أعراض ADHD واستبعاد إعاقات أخرى. هذه الأدوات تبين السلوكيات الملائمة للعمر، وتحدد ما إذا كانت الأعراض شديدة بالنسبة لمستوى نمو الطفل .

9-1-1-2 مقاييس تصنيف السلوك المعيارية :

وأيضاً مقاييس تصنيف السلوك المعيارية جزء من التقييم، وتستخدم مقاييس كونرز على نطاق واسع، ويقر الباحثين والممارسين العياديين بمناسبة مقاييس كونرز Conners ، بشكل خاص لإدراجها في بطارية multimethod ، لأنها أقل ما تتميز به رسم بروفيل عن كثب لبناء التصرف السلوكي، والذي يوضح العجز الأساسي في ADHD، كما تمتلك خصائص سيكولوجية مميزة ومعايير فائقة، و توفر تغطية جيدة بشكل معقول لمعايير DSM-V. لتشخيص الأطفال والذي يتعلق سلوكهم وأداءهم بتقديرات والديهم ومدرسيهم.

إن إكمال أحد الأبوين لـ ADHD Rating Scale-V يكون عادة كافياً لتوثيق الانحراف النمائي لأعراض ADHD. لكن يسمح استخدام إصدار متوازي من مقياس تقييم ADHD بالمقارنة المباشرة بين المخبرين، وذلك بإجراء إكمال مدرس الطفل لإصدار المدرسة من مقياس تقييم ADHD مما يسهل تفسير النتائج، يجب أن تمتلك نسخة المعلم أيضاً صفات سيكولوجية ممتازة، ويجب تحديد معاييرها من عينة تمثيلية وطنية تسمح بالتحليلات حسب العمر والجنس، ذلك يجعله خياراً ممتازاً للتعامل مع الانحراف التنموي في البيئة المدرسية

علاوة على ذلك، تستخدم المعلومات لتوثيق انتشار الأعراض عبر الإعدادات. عادةً ما تسفر الإصدارات الكاملة التي تم إعدادها من قبل الوالدين والمدرس عن مقياس تقييم ADHD إلى بيانات كافية للمشخص، لتحديد الانحراف النمائي ذي الأهمية العيادية .

9-1-1-3 اختبارات الذكاء :

غالباً ما يتم إضافة والإجراءات المختلفة الأخرى ويجري المشخص إجراءات تقييم إضافة لمقياس كونرز، يسمح اختبار الذكاء للأخصائيين العياديين والممارسين والباحثين بإجراء تنبؤات حول التحصيل العلمي. ويمكن بعد ذلك مقارنة نتائج الامتحانات المدرسية بتنبؤات اختبار الذكاء لتحديد ما إذا كان الطفل

يعمل على مستوى قدرته أم لا. قد تشير الاختلافات الكبيرة بين مستويات التحصيل العلمي المتوقعة والمتحصل عليها؛ إلى انخفاض القيمة. يمكن أن تعزى هذه التناقضات في كثير من الأحيان إلى تأثير ADHD على أداء الفصل الدراسي. إجراءات الاختبار النفسي هي الطريقة الأساسية لجمع المعلومات حول مستويات التحصيل الدراسي واضطرابات التعلم. توضيح مستوى ذكائهم، والإنجاز الأكاديمي، ووجود أو عدم وجود اضطرابات التعلم يجب على المقيم جمعها القيام بذلك باستخدام اختبارات الذكاء، والتي تستخدم حصراً لهذا الغرض .

9-1-1-4 مقاييس السلوك التكيفي :

نظرًا لخطر الإصابة بالمرض المشترك مرتفع، فيحتاج المقيم أيضًا إلى دمج الإجراءات التي تعالج هذه المناطق، وإجراءات تقييم القصور الوظيفي في جميع المجالات النفسية والاجتماعية ذات الصلة باستجواب الآباء في المقابلة شبه المنظمة؛ وتقديمهم للمعلومات الأساسية حول التاريخ الديموغرافي والصحي والتطور التاريخي خلال زيارة العيادة، وإجراء اختبارات الذكاء واختبار السلوك التكيفي للأطفال تكمّل بطارية التقييم الشاملة بحيث تكون فعالة لتقييم تشتت الانتباه مع فرط النشاط ولتتبع النتيجة المرجوة لشحن الصورة التشخيصية. وينبغي التنبيه إلى اختيار إجراء يغطي الفئة العمرية للطفل المعني، ليس فقط في وقت التقييم ولكن في المستقبل القريب كذلك، لأن هذه البيانات بمثابة خط الأساس لقياس فاعلية العلاج. وبمعرفة مدى تأثير ADHD على الطفل والوعي بالظروف المرضية التي قد تكون موجودة تلقي الضوء على شدة صعوبات الطفل بشكل عام، والتي تساعد في التخطيط للتدخلات المناسبة .

(National Resource Center on ADHD, 2015, p69, ANASTOPOULOS and, SHELTON, 2002 , P.128, OCECD , 2015, p69)

9-1-2 مراحل التشخيص الشامل :

تبدأ عملية التشخيص البيولوجي النفسي الاجتماعي الشاملة بتأسيس علاقة مع الطفل، وأفراد العائلة، وأشخاص آخرين مهمين، يجب أن تكون عملية التقييم شاملة وتتضمن بيانات من مصادر عديدة لتحديد وتقييم الميزات الأساسية للاضطراب - ADHD تشتت الانتباه، و النشاط الزائد، والاندفاع - إن كانت تلبى معايير DSM-5 .

عادةً ما يشتمل التقييم البيولوجي النفسي الاجتماعي على مدخلات من مصادر مختلفة وغالباً ما يبدأ بالمقابلة مع الوالدين، خلال هذه المقابلة، يقوم الوالد بالإبلاغ عن بداية ومدة وتأثير الأعراض على العائلة، في البداية، يتم جمع البيانات من أولياء الأمور أو مقدمي الرعاية فيما يتعلق بالأعراض الأساسية للإصابة

باضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد في مختلف الأوساط، وسن البداية، ومدة الأعراض، ودرجة الإعاقة الوظيفية أو المشكلات السلوكية وطبيعة العلاقات الأسرية. ومن المهم بنفس القدر تحديد شواغل الأسرة الرئيسية، بما في ذلك تاريخ العلامات والأعراض. وطرح أسئلة حول تاريخ العائلة من صعوبات التعلم، والتدخين، واستخدام المواد، خاصة أثناء الحمل، إلى جانب أسئلة حول اضطرابات المزاج، ومدرستهم الخاصة، والخبرات المهنية، تحديد عوامل الخطر المرتبطة باضطراب الطفل. تعتبر القوائم المكتوبة والاستبيانات ومقاييس التصنيف ضرورية، ولا يعد استخدام الانطباعات العيادية العالمية أو الأوصاف العامة ضمن مجالات الانتباه والنشاط كافياً لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد .

وقد أوضحت (ADHD NIMH) أن مهمة المقيم الأولى تتمثل في جمع معلومات ليستبعد الأسباب الأخرى المحتملة لسلوك الطفل. من بين الأسباب المحتملة لسلوك تشتت الانتباه مع النشاط الزائد:

- تغيير مفاجئ في حياة الطفل - وفاة أحد الوالدين أو الجدين؛ طلاق الوالدين فقدان وظيفة أحد الوالدين.
- الأمراض غير المكتشفة.
- التهاب الأذن الوسطى الذي يسبب مشاكل السمع المتقطع.
- الاضطرابات الطبية التي قد تؤثر على وظائف الدماغ.
- القلق.

9-1-2-1 الظروف الطبية العامة :

ضعف سمعي و / أو بصري، فرط نشاط الغده الدرقية، اضطرابات النوم، الآثار الجانبية للدواء (مثل موسعات الشعب الهوائية، مضادات الذهان، هرمونات الغدة الدرقية، مضادات الاختلاج)، سمية الرصاص.

9-2-1-2 الأسباب البيئية :

ضعف مهارات الأبوة والأمومة، اضطرابات نفسية والدية غير مُعالجة، إساءة معاملة الطفل / الإهمال، أنظمة الأسرة المختلفة، الحرمان الاجتماعي، والظروف الاجتماعية الاقتصادية.

(Antai-Otong and Zimmerman, 2016, p.204)

9-3-1-2 الاضطرابات العصبية النمائية :

اضطراب التعلم المحدد، اضطراب طيف التوحد، اضطراب الاكتئاب الجزئي، اضطراب ما بعد الصدمة، اضطراب العناد الشارد، كآبة، الأسرة المجهدة. عند استبعاد الأسباب الأخرى، يتم التحقق من مشاكل السمع أو الرؤية، وتحديد ما إذا كانت البيئات المنزلية وبيئات الفصول الدراسية مرهقة بشكل غير

عادي أو فوضوية، وكيف يتعامل والدا الطفل والمدرسون مع الطفل. بعد ذلك، المهمة الثانية تجمع فيها المعلومات حول السلوك المستمر للطفل لمقارنة هذه السلوكيات مع الأعراض ومعايير التشخيص المدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

وهذا ينطوي أيضًا على التحدث مع الطفل، وإذا أمكن، مراقبة الطفل في الصف الدراسي وغيره من الأماكن. ويُطلب من مدرسي الطفل تقييم ملاحظاتهم عن سلوك الطفل في الماضي والحاضر ضمن نماذج التقييم الموحدة المعروفة باسم جداول تقييم السلوك، لمقارنة سلوك الطفل مع سلوك الأطفال الآخرين في نفس العمر. في حين أن مقاييس التقييم قد تبدو ذاتية بشكل مفرط، إلا أن المدرسين غالباً ما يعرفون الكثير عن الأطفال وحكمهم حول مقارنة الطفل بالآخرين عادة ما يكون تدبيراً موثقاً وصالحاً غير أن المدرسين غير مرخصين لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد، ولا يقدمون توصية بأن يتلقى الطفل علاجاً أو دواءً أو علاجاً آخر من أجل ADHD. وتجرى مقابلات مع أولياء أمورهم. يُطلب من الآباء وصف سلوك أطفالهم في عدة أوضاع ويقومون أيضاً بتعبئة مقياس تقييم للإشارة إلى مدى حدة وتكرار السلوكيات.

(NIMH, 2007,p.11 ,ADHD U.S. Department of Education, U.S. D. E, O. S. E and R. S, and O. S .E.P) , 2003, p.7)

يتم تقييم التكيف الاجتماعي والصحة العقلية للطفل (اختبار السلوك التكيفي). وإجراء اختبارات الذكاء والإنجاز التعليمي لمعرفة ما إذا كان الطفل يعاني من إعاقة في التعلم وما إذا كانت الإعاقة في موضوع واحد أو أكثر. عند النظر إلى نتائج هذه المصادر المختلفة للمعلومات، يولي المقيم اهتماماً خاصاً لسلوك الطفل خلال المواقف الأكثر حاجة لضبط النفس، أو أثناء المهام التي تتطلب الانتباه، مثل القراءة، أو مشاكل في الرياضيات، أو ممارسة لعبة لوحية .

يتم إعطاء السلوك أثناء اللعب الحر أهمية أقل في التقييم. في مثل هذه الحالات، يتمكن معظم الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد و من التحكم في سلوكهم وأدائهم بشكل أفضل من الظروف الأكثر تقييداً . ثم يتم تجميع لمحة عن سلوك الطفل . السلوكيات المشابهة لـ ADHD والمذكورة في أحدث DSM التي تظهر على الطفل؟ كم مرة؟ في أي حالات؟ كم من الوقت كان الطفل يفعلها؟ كم كان عمر الطفل عندما بدأت المشكلة؟ هل مشاكل السلوك مزمنة أو دائمة أو أنها دورية بطبيعتها؟ هل تتأثر السلوكيات بشكل خطير بصداقات الطفل أو أنشطته المدرسية أو حياته المنزلية أو المشاركة في الأنشطة المجتمعية؟ هل يعاني الطفل من مشاكل أخرى؟ تساعد الإجابات على هذه الأسئلة في تحديد ما

إذا كان تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى الطفل، والاندفاع، أمرًا هامًا وطويل الأمد، يتم تشخيص الطفل باضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد.

غالبًا ما يعمل التشخيص الصحيح على حل الارتباك حول أسباب مشكلات الطفل التي تسمح بتحديد الاستراتيجيات العلاجية المناسبة. فتوضيح الصورة التشخيصية مهم في حد ذاته، لكن التشخيص الدقيق يجب أن يؤدي إلى علاج فعال لهذا الاضطراب أيضًا. ونظرًا لهذا فإن نقطة البداية الجيدة هي التقييم الشامل متعدد الاتجاهات بحيث تسمح بتنفيذ استراتيجيات العلاج المناسبة. تقدم تقييمات multimethod معلومات هامة عن أسرة الطفل، وبالتالي عن قدرة الوالدين على تنفيذ العلاج فإن من الممكن الحصول على صورة أكثر اكتمالاً ليس فقط لمشاكل الطفل، بل أيضًا عن الأوضاع التي تحدث فيها والعوامل التي تزيد من حدتها أو تسهم في استمرارها، وهو أمر لا يقدر بثمن في وضع خطة علاجية، يجب استخدام استراتيجيات علاجية متعددة، كل منها يتناول جانبًا مختلفًا من صعوبات الطفل. وبالتالي، تصبح معلومات التقييم الأساس لتخطيط العلاج .

(Courtney et all, 2016.,p.171, ADHD NIMH, 2007, p.11)

9-2 نقاط أساسية لإجراء التشخيص :

9-2-1 التصوير بالرنين المغناطيسي: أكد الباحثون أن التصوير بالرنين المغناطيسي لا يزال أداة بحث ولا يمكن استخدامه لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد في أي طفل معين كما أن تصوير الدماغ ليس مفيداً أو مناسباً لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد هناك مجموعة كبيرة من التباين والتداخل في الأفراد الذين يعانون من الاضطراب أو بدونه، بحيث تفنقر الدراسات التصويرية إلى القدرة التنبؤية الضرورية لإجراء اختبار تشخيصي.

(ADHD NIMH ,2007, p.16, McGoug,2014 ,p.23)

9-2-2 الأساس الكيميائي الحيوي: لاضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد هو موضوع بحثي مثير للاهتمام ولكنه غير موثق بما يكفي لاستخدامه عملياً. إذ لا تعتبر قياسات المستقبلات الدوبامين والنورادرينالين في البول أو الإنزيمات في الدم ذات أهمية عملية في تشخيص وعلاج اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد.

(Millichap , 2010 p.16/ p.43)

9-2-3 العجز في الوظائف التنفيذية: ويرتبط باضطرابات أخرى، بما في ذلك ODD و CD، ولا تخص ADHD تحديداً. وبالتالي، فإن التعريفات الحالية لـ EF ليست حساسة أو محددة بما

يكفي لاستخدامها في التشخيص. ولوحظت قيود مماثلة في العديد من الاختبارات النفسية العصبية التي يُزعم أنها تقيس EF ، بما في ذلك اختبار (Stroop) واختبار بطاقة الفرز ويسكونسن. هذه الاختبارات الأنسب لتقييم نقاط القوة والضعف لدى الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد وفي حالات نادرة، لقياس التغير بمرور الوقت، لكن صلاحيتها للتشخيص مشكوك فيها إلى حد كبير.

(Schultz W., Evans, 2015 , p.33)

9-2-4 التخطيط الكهربائي للمخ EEG : حدوث نوبات قصيرة أو ليلية يمكن أن يسبب مشاكل انتباه وتعلم ويمكن تفسيرها خطأ على أنها تشتت انتباه مع النشاط الزائد. أما في الحالات التي يشك فيها في وجود صرع، فإن الأمر يتطلب تقييم عصبي وتخطيط كهربائي للمخ neurological و EEG، ورغم شيوع وشعبية استخدام تخطيط الدماغ الكهربائي electroencephalogram EEG لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ، فإن اللجوء له ليس ضرورياً وهناك شكوك كبيرة حول جدواه وبالمثل فإنه لا توجد حاجة للفحوص بالتصوير إلا في حالة الشك في وجود اضطراب بالأعصاب .

(Cho ajm polanczyk, verin, Fuentes, &, 2012, p12)

9-2-5 تشخيص اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد يتم في العيادة الطبية باستخدام مقاييس تقديرية في إيجاد قياسات كمية لوجود الأعراض ومدى شدتها وفي مراقبة الاستجابة للعلاج. ويمكن للآباء والمدرسين إتمام الإجابة على تلك المقاييس حيث أنها سهلة الاستخدام ولا يحتاج لفحوص إضافية إلا إذا شك المعالج في وجود مشاكل أخرى ويحدث في حالات نادرة عند الشك - في وجود مشكلة جسدية تسبب المشكلة النفسية - أن تكون هناك حاجة لرأي متخصص.

(الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، 2011)

9-2-6 رغم أن الكثير من الأبحاث توضح علاقتها البيولوجية، يبقى ADHD متلازمة محددة عيادياً يتم تشخيصها على أساس معايير عيادية منظمة .

(Millichap, 2010, p.16 ,McGoug, 2014, P.27)

9-2-7 ونظرًا لعدم وجود فحص تصوير الدماغ أو فحص الدم لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد، من المهم تقييم سلوك الطفل، ومعرفة ما إذا كانت سلوكيات الطفل هي أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد. وذلك بإجراء مقابلة يحدد فيها خصائص سلوك

الطفل، ووقت ظهور السلوك، ومدة الأعراض وما إذا كان الطفل يقوم بالسلوك في مختلف البيئات، والظروف المتعايشة أي الاضطرابات المصاحبة .

(U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services & Office of Special Education Programs ,2003, p.,7 ADHD NIMH, 2007, p.2)

9-2-8 كل طفل يعرض بعض الأعراض المرتبطة باضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد ، فالتشخيص يتم ببساطة عندما تكون الأعراض مدمرة للحياة اليومية للطفل على مدى فترة طويلة من الزمن.

(AYCNP,2013,p.5)

9-2-9 يجب على الممارسين تقييم القصور الوظيفي فيما يتعلق بالمعايير الاجتماعية التي تظهرها المجموعة المرجعية للفرد المصاب. وتشمل المجالات الشائعة للإعاقة الوظيفية في فئة الأطفال، الحياة الأسرية والمدرسة والعلاقات بالأقران. ويشخص العميل تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عندما تكون الصعوبات الأساسية الناتجة عن أعراض تشتت الانتباه و / أو فرط النشاط والاندفاع؛ تحدث بدرجة أكبر من المتوقع لمستوى نمو الطفل. ومن الواضح أن أعراض تشتت الانتباه والاندفاع و النشاط الزائد موجودة في المجتمع وهي طبيعية تمامًا بالنسبة لأعمار وظروف معينة. وتكون مضطربة حين تتحرف بانحرافين معياريين للمتوقع لسنهم أي على المتوسط. (Millichap , 2010, p.32)

9-2-10 تقييم مشاكل تشتت الانتباه والاندفاع و النشاط الزائد الذي يعانيها الطفل حاليًا، بناء على ثلاثة أهداف حيث يجب أن يتضمن اتخاذ القرار التشخيصي ما يلي:

- استخدام معايير DSM.

- يتضمن تقييم اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد معلومات تم الحصول عليها مباشرة من أولياء الأمور أو أخصائي الصحة، بالإضافة إلى مدرس الصف أو غيره من المدرسين، فيما يتعلق بالأعراض الأساسية لحدوث اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد ومدة الأعراض.

(Millichap ،2010 ، p.16)

- تحقق جميع المعايير الخمسة للتشخيص: عتبة أعراض، سن البداية، الانتشار، الاعتلال، التشخيص التفريقي، بالإضافة إلى ذلك، يجب توضيح؛ نوع العرض، الخطورة الحالية. سيلي شرحها في عنصر معايير DSM-5.(Sparrow and Erhardt, 2014, p.49).

9-2-11 إذن تتطلب عملية تشخيص اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد الحذر وأخذ التاريخ العيادي والأسئلة المتعلقة بأعراض ADHD الأساسية، وكذلك تقييم العمليات الأسرية والظروف الاجتماعية (نقاط القوة والضعف). استخدام مقاييس ADHD موحدة (جداول التقييم كورنرز) مفيدة، لكنها ليست بديلاً لتاريخ مفصل يأخذ قبل التشخيص. وأيضاً أعراض الصحة النفسية (تشخيص تفريقي)، وتشمل اضطرابات سنتطرق لها لاحقاً في عنصر التشخيص التفريقي.

(Schultz, W., Evans, 2015, p.33)

يعتمد في تشخيص اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد على إرشادات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية التابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-5 الحالي. ومراجعة البيانات المستمدة من السجل والمقابلات، والبحث عن المعلومات حول بداية والتواتر. متى ظهرت الأعراض لأول مرة؟، وتحديد سن بداية يمكن أن يساعد في استبعاد إمكانية التشخيص. على سبيل المثال، إذا لم تكن الأعراض واضحة قبل سن 12، لا يمكن تشخيص الطفل مع ADHD.

(Sparrow and Erhardt, 2014 ,p. 167 ,Berri and Al-Hroub, 2016, p.11-12)

الجدول (1)

توصيات وإرشادات مجموعة GDG لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

- ADHD تشتت الانتباه مع النشاط الزائد حالة عيادية يمكن تمييزها عن الظروف المتعايشة والطيف العادي.
- يتميز ADHD عن الطيف العادي بحدوث مستويات عالية من أعراض ADHD عندما تكون مرتبطة مع ضعف عيادي كبير والنواحي النفسية والاجتماعية والتعليمية. يجب أن تكون هذه العيوب دائمة وتحدث عبر إعدادات متعددة.
- لا يوجد اختبار بيولوجي محدد لاضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد، لذلك يجب إجراء التشخيص على أساس التاريخ التنموي والنفسي الكامل، وتقارير المقاييس وفحص الحالة العقلية.

- في غياب اختبار بيولوجي لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، تستند الصحة على ارتباط أعراض ADHD بالعوامل الوراثية والبيئية والعصبية والديمغرافية؛ وارتباط مستويات عالية من أعراض اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بالضعف في مجالات متعددة.
- يتم التعرف على الاضطراب من خلال وجود مستوى عال من المشاكل المنتشرة والمستمرة مع الانتباه، فرط النشاط والاندفاع عندما تؤدي إلى درجة كبيرة من العاهات العيادية والنفسية الاجتماعية و / أو الأكاديمية.
- يستمر اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد عادةً طوال فترة الطفولة وفي حياة البالغين، إما كمعيار تشخيصي كامل أو في مغفرة جزئية، حيث يستمر في التسبب في مرضة عيادية و نفسية-اجتماعية كبيرة.

(National Collaborating Centre for Mental Health, 2009)

9-3 المتخصصون الذين يقومون بالتشخيص :

هناك العديد من المهنيين الذين يستطيعون تشخيص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، بما في ذلك أخصائي علم النفس العياديين، والعاملين الاجتماعيين العياديين، والممرضين الممارسين، وأطباء الأعصاب، والأطباء النفسيين وأطباء الأطفال. أشارت (NIMH, 2007) إلى من يخول له تشخيص تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، حيث نبهت أنه من الناحية المثالية، يجب أن يتم التشخيص بواسطة محترف مدرب على تقييم اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو في تشخيص الاضطرابات العقلية. وذكرت أن الأطباء النفسيين وأخصائيو علم نفس الأطفال، أطباء الأطفال النمائيين / السلوكيين، أو أطباء الأعصاب السلوكيون هم أولئك الذين يتم تدريبهم في معظم الأحيان على التشخيص التفريقي. قد يكون أيضا للعاملين الاجتماعيين العياديين مثل هذا التدريب، وأوضحت أنه يمكن للعائلة أن تبدأ بالتحدث مع طبيب الأطفال أو طبيب الأسرة. قد يقوم بعض أطباء الأطفال بإجراء التقييم بأنفسهم، لكنهم غالباً ما يحيلون العائلة إلى أخصائي الصحة العقلية المناسب الذي يعرفونه ويتقنون به. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تساعد الوكالات الحكومية والمحلية التي تخدم العائلات والأطفال، في تحديد المتخصصين المناسبين .

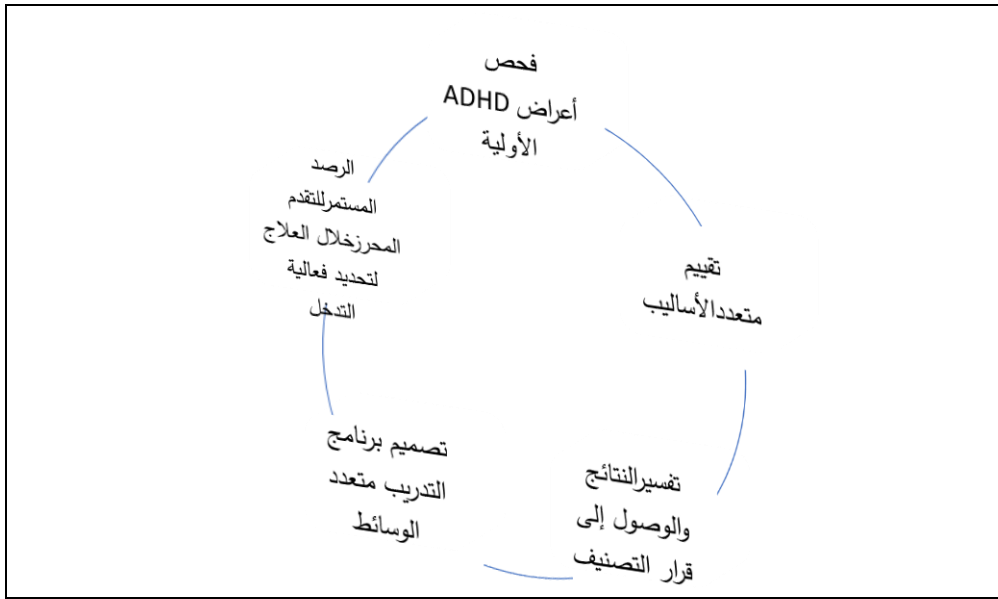
الجدول رقم (2) يلخص حدود عمل كل مقيم حسب تخصصه

التخصص	يمكنه التشخيص	يمكنه وصف الدواء	يوفر المشورة اللازمة أو التدريب
الأطباء النفسيين	نعم	نعم	نعم
أخصائي علم النفس	نعم	لا	نعم
أطباء الأطفال أو أطباء الأسرة	نعم	نعم	لا
أطباء الأعصاب	نعم	نعم	لا
عمال الخدمة العيادية الاجتماعية	نعم	نعم	نعم

(National Institute of Mental Health ,2007, pages 49)

بمجرد اكتمال التقييمات والاختبارات، يقوم مجموعة من المهنيين المؤهلين وأولياء الطفل بمراجعة النتائج وتحديد ما إذا كان الطفل يعاني من إعاقة وما إذا كان الطفل بحاجة إلى تعليم خاص وخدمات ذات صلة. باستخدام هذه المعلومات، ويضع المختص بالتشاور مع أولياء أمور الطفل، برنامجاً تدريبياً فردياً يتعامل بشكل مباشر مع تدريب الطفل وسلوكه. أثناء مراجعة البيانات ودمجها مع التقييم، ينصح (Sparrow and Erhardt, 2014) بالتأكد من مراعاة المشاكل الرئيسية التي أدت إلى التقييم. وحصر دائرة التقييم كاملة وربط الاستنتاجات مع تلك المشاكل. ويعطي المثال: إذا كان مدرس الطفل قلقاً بشأن أسباب مستوى التعطيل في الفصول الدراسية، يناقش المقيم كيف تساعد النتائج في شرح منشأ الاضطراب. عندما يفهم الآباء والمعلمون والأطفال أسباب المشاكل، فهو أفضل للاستجابة بطريقة مثمرة. ثم يتخذ الخطوة التالية ويعمم النتائج لتخطيط العلاج. ويستخدم النتائج المحددة التي تم الحصول عليها لهذا الطفل في التدخلات المصممة بشكل فردي، كما يعارض Sparrow and Erhardt (2014)، التوصيات العامة التي تعزز افتراض أن جميع الأطفال الذين يعانون من ADHD متشابهون .

(Sparrow and Erhardt, 2014 ,p. 185. George and Gary, 2014, p. 294)



الشكل (7) المراحل الخمسة لتقييم اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

يتم إجراء خمس مراحل من التقييم، بما في ذلك فحص أعراض ADHD الأولية، تقييم multimethod، تفسير النتائج للوصول إلى قرار التصنيف، وتطوير خطة العلاج متعددة الوسائط، والرصد المستمر للتقدم المحرز يستمر جمع بيانات التقييم خلال العلاج لتحديد فعاليتها و / أو قيود المكونات المختلفة للتدخل . (George and Gary, 2014, p. 294)

واستخلاصا مما سبق يتطلب تشخيص تشتت الانتباه مع النشاط الزائد تشخيصا شاملا بداية بالتاريخ الصحي ثم التشخيص الفارقي لاستبعاد اضطرابات أخرى طبية أو نفسية والمبادرة بمعالجتها أولا إن وجدت، ثم التحري عن الأعراض الأساسية الموجبة للتشخيص بتشتت الانتباه والنشاط الزائد، باستخدام مقاييس التقييم الشائعة والتي أثبتت فعاليتها في تمييز تشتت الانتباه و النشاط الزائد من غيره وسنتعرض لشرح لأكثرها وثوقا وشيوعا في الاستخدام بين الباحثين. بمجرد إجراء التشخيص، يجب تقديم التغذية الراجعة التي تلخص التشخيص وتضع العميل في سياق اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد. غالبا ما يجد العملاء والعائلات الطمأنينة في العلم أن مشاكلهم ليست فريدة من نوعها. من المفيد أيضا وصف الجوانب التي يكون فيها الطفل فريداً. يوفر هذا أساساً متيناً لمناقشة خيارات العلاج المناسبة.

(McGoug, 2014, p.48)

يمكن تلخيص عملية التشخيص في خطوات، تتمثل الخطوة الأولى في إجراء تقييم ADHD باختبار الإجراءات التي سيتم دمجها في بطارية تقييم متعددة الأنماط. الخطوة التالية هي إدارة هذه الإجراءات

بطريقة موثوقة وصالحة وفعالة (تتوفر على الصدق والثبات). بمجرد أن يتم جمع بيانات التقييم، يحدد ما إذا كان قد تم استيفاء معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-V) لـ ADHD وكذلك تقييم ما إذا كانت هناك أي ظروف مرضية مترافقة. بعد الوصول إلى التشخيص، توضع خطة علاج مصممة خصيصًا لتلبية الاحتياجات الفردية للطفل. يتم إبلاغ ملاحظات حول الاستنتاجات التشخيصية وتوصيات العلاج للأباء والأطراف المعنية الأخرى، وبعد ذلك يبدأ المعالج تنفيذ العلاج. بمجرد البدء، يجب تقييم العلاج لتحديد ما إذا كان يعمل.

التشخيص هو في الواقع " محطة طريق" بين خط الأساس وتصميم برنامج تدخلي، التشخيص تكمن فائدته في توجيه التقييم إلى الأنشطة المناسبة، وزيادة احتمال اختيار استراتيجيات العلاج الفعال، التقييم المستمر لأداء الطفل ضروري لتقييمه الفعالية النسبية لإجراءات التدخل. قرار التشخيص يصنع ويطور بروتوكول علاج ناجح.

(George and Gary, 2014, p.271)

10- التشخيص التفريقي وتقييم الاضطرابات المصاحبة :

التشخيص التفريقي هو عملية اختيار التشخيص الأفضل لأعراض الطفل؛ يتضمن تشخيصات الصحة العقلية، والقضايا الطبية أو النمائية. في بعض الحالات، أفضل تفسير لا ينطوي على أي تشخيص رسمي على الإطلاق ولكن بيئي أو العوامل الظرفية (بما في ذلك القضايا النفسية والاجتماعية والثقافية). لأن أحياناً يتم التفسير الأفضل لأعراض الأطفال بمجموعة من الاضطرابات، إضافة لما سبق يتضمن التشخيص التفريقي عادة النظر في الاضطرابات المصاحبة المحتملة (أي الاضطرابات المترافقة). هذا ينطبق بشكل خاص على اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD، والذي لديه معدلات عالية من الاضطرابات المصاحبة.

(Sparrow and Erhardt, 2014 ,p. 163)

تشخيص اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد (ADHD)، يتطلب النظر فيما إذا كان التشخيص هو اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد أو أن العوامل الأخرى قد تفسر الأعراض بشكل أفضل، وذلك بالتفريق بين التفسيرات المحتملة. أي مسألة حكم على التشخيص، يعني تقرير أنه ليس مناسباً جيداً لعرض الطفل. وبالتالي استبعاد تشتت الانتباه مع النشاط الزائد (ADHD).

ينصح (Sparrow and Erhardt, 2014) بأن يبحث المقيم في المخطط الزمني لظهور الأعراض. دراسة الأحداث السابقة والتزامن مع ظهور الأعراض. على سبيل المثال، إذا كان تشتت الانتباه لدى الطفل

واندفاعه قد بدأ بعد إصابة الدماغ، مع عدم وجود دليل على ضعف قبل هذا الحدث العصبي، يجب أن يعتبر التشخيص اضطراب عصبي المنشأ بسبب إصابات الدماغ بدلا من ADHD. إذا لوحظ ضعف التركيز لأول مرة بعد التعرض لحدث صادم، فالاضطرابات الناجمة عن الصدمة والضغط هي أكثر تفسيراً من ADHD.

ونبه (Sparrow and Erhardt, 2014) أن أعراض ADHD ؛ تظهر عادة في مرحلة الطفولة المبكرة بصفة تدريجية (غير مفاجئة). أثناء مراجعة البيانات، وكذلك دراسة مسار الأعراض. يتظاهر ADHD بنمط مستمر من تشتت الانتباه و / أو النشاط الزائد/ الاندفاع. (على سبيل المثال، على أساس يومي أو حتى كل ساعة). تظاهر عرض ADHD يتغير مع النمو، ولكن عادة لا تختفي الأعراض لأسابيع أو أشهر في وقت ما خلال الطفولة. في المقابل عند الاجهاد قد تتفاقم مؤقتاً أعراض اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد، ولكن هذا لا يجزم على أنها أعراض ADHD، لا تحتسب الأعراض العرضية أي لا تحقق شرط الاستمرارية على الرغم من شدتها، أي أنها ملامح عرضية أو متفرقة بدلا من نمط مزمن من ADHD. ويمكن استبعاد ADHD، في هذه الحالة .

التشخيص التفريقي يتضمن عدة خطوات :

- التأكد من تلبية جميع معايير ADHD .
 - النظر فيما إذا كان تشخيص آخر أفضل تفسيراً للأعراض (استثناءات) أي استبعاد أو قد يكون مشترك.
 - عندما تكون ملامح اضطرابات أخرى حاضرة، النظر في الاعتلالات المشتركة المحتملة. (Sparrow and Erhardt, 2014,p.62)
- قبل قرار التشخيص باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، يجب استبعاد عدة شروط؛ فمن غير المرجح أن يظل التركيز على الطفل المصاب بعجز بصري أو سمعي، والذي قد يتم تشخيصه زوراً على أنه اضطراب في الانتباه. يجب الحصول على سجل مفصل للنوم لأن الأطفال الذين يعانون من الحرمان من النوم يكون لديهم قدر أكبر من تشتت الانتباه و النشاط أثناء النهار، والاندفاع، يعاني الأطفال ذوي الاكتئاب أو القلق أو تعاطي المخدرات من سوء التركيز ويمكن تشخيص إصابتهم بشكل غير لائق باضطرابات في الانتباه أو النشاط الزائد .

(Courtney et all, 2016 ,p.688)

خلال عملية التشخيص التفريقي، يتم تحديد الاضطرابات المترابطة المحتملة والتي حددها DSM آخر تعديل. (Sparrow and Erhardt.,2014, p.46)

قد يكون لدى الطفل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، أو حالة أخرى ، أو اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع ظروف أخرى. ويطلق على وجود أكثر من شرط واحد - التعايش - (الاضطراب المصاحب). ولضمان التشخيص الدقيق، يتم البحث عن الحالات الأخرى. فاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يخلق مخاطر كبيرة لاضطرابات نفسية إضافية. إذ يعاني أكثر من ثلثي الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من اضطراب نفسي أو تعلم إضافي واحد على الأقل وثمانية في المائة لديهم ثلاثة اضطرابات أخرى أو أكثر. إن خطر الإصابة بثلاثة اضطرابات إضافية أو أكثر يكون أعلى لدى الأطفال من العائلات الأكثر فقراً. كما ترتفع معدلات الاضطرابات المصاحبة لإعاقات التعلم، واضطراب التحدي المضاد، واضطراب السلوك، والقلق، وغيرها من الظروف، عند الأطفال من ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد مقارنة بالأطفال غير المصابين. وبيانات وزارة التعليم الأمريكية أفادت أن الدراسات البحثية توصلت إلى أن سبعة إلى اثنين وتسعين بالمائة من الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد (ADHD) لديهم أيضًا إعاقات في التعلم. وبالمثل، فهم أكثر عرضة للإصابة باضطرابات نفسية مشتركة أو مرافقة، مثل، القلق، الاضطراب ثنائي القطب، اضطراب المزاج. اضطراب الوسواس القهري (OCD) واضطراب المعارضة التحدي (ODD) . (OCECD , 2015, Gordon Millichap, 2010, p.525)

وأفادت كل من الأكاديمية الأمريكية لطب نفس الأطفال والمراهقين والجمعية الأمريكية للطب العقلي، أنه يواجه خمسة وعشرون إلى 35 في المائة من الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد مشكلة في اللغة أو التعلم متعايشة. و33 بالمائة من الأطفال ذوي اضطراب ADHD يعانون أيضًا من اضطرابات القلق أو المزاج (مثل الاكتئاب) .

وذهبت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP) على أنه يمكن للظروف المتعايشة أن تجعل تشخيص وعلاج اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد أكثر صعوبة. كما أنها تخلق تحديات أكبر أمام الطفل للتغلب عليها، من المهم تحديد هذه الحالات الأخرى ومعالجتها. وبما أن هناك مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية والنمائية تتعايش في كثير من الأحيان بين الأطفال الذين يتم تقييمهم من أجل اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، فالفحص الدقيق لأي حالة يجب أن يكون جزءًا لا يتجزأ من أي تقييم .

(American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, <http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/ADHD/default.htm>.)

وقدم (Sparrow and Erhardt, 2014) توجيهات عند التفكير في التشخيص التفاضلي (التفريقي) والاعتلال المشترك يجب المراجعة الدورية للدليل DSM-5 أو على الأقل، نظرة عامة على الاضطرابات المدرجة في (ص. xiii في DSM-5) والتي تعد بمثابة تذكير جيد لتشخيصات قد لا يتذكرها بشكل روتيني، مما يقلل من فرص التعثر في نسيان فروع شجرة DSM. وطور العديد من الباحثين قرارات بواسطة خوارزميات الكمبيوتر لتوجيه عملية التشخيص التفاضلي وتستند بعض المقابلات المنظمة إلى مصفوفات القرارات هذه. فهي تمثل طرقاً مفيدة توفر الجهود لتنظيم بنية التفكير وتنظيم البيانات، مع الحذر لأن تفسير النتائج لا يزال يتطلب التجربة والحكم العيادي. وبعبارة أخرى، لا توجد صيغة سحرية لمعرفة ما إذا كان الطفل لديه ADHD فقط، أو لديه ADHD مع اضطرابات مصاحبة، أو ليس لديه اضطراب آخر. تستخدم المعلومات المجمعة من جميع جوانب التقييم أثناء التفكير في التشخيص التفريقي والأمراض المصاحبة .

(Sparrow and Erhardt, 2014, p. 164)

التشخيص التفريقي وتقييم الأمراض المصاحبة هي المرحلة الحرجة في دمج بيانات التقييم. يوفر الدليل التشخيصي DSM-5 ملخصات موجزة للاختلافات الأساسية بين ADHD وعدد من الاضطرابات مع أعراض متداخلة. هناك أيضاً فقرة حول التشخيصات التي غالباً ما تصاحب اضطراب ADHD. هناك عدد من العوامل التي ترتبط بشكل عام بالفرق التفاضلي في عملية التشخيص، بغض النظر عن الاضطرابات المحددة التي يجري النظر فيها. هذه العوامل يمكن أن تساعد في توجيه استعراض البيانات التي تم الحصول عليها، فالعجز في التواصل والتفاعل الاجتماعي المصاحب، يوجه إلى النظر في امكانية اضطراب طيف التوحد. وإذا كان الحديث المفرط يدور حول بعض الموضوعات المثيرة للقلق ويحدث مع سلوكيات متكررة، فمن المهم التحقيق في احتمال الوسواس القهري. ومن المفيد أيضاً النظر إلى أبعد من السلوك المرصود نفسه والنظر في منشأ السلوك والظروف التي تثيره .

(Sparrow and Erhardt, 2014, p. 167)

أوضحت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP، 2000) أنه إذا كانت الاضطرابات شديدة بما يكفي لإعاقة المدرسة والأداء الاجتماعي، فسوف تتطلب تدخلاً عيادياً، لذا فالتقييم والتشخيص الدقيقين ضروريان لاختيار العلاجات الصحيحة، إذا ثبت أن الطفل يعاني من حالة واحدة أو أكثر من حالات التعايش، فيجب وضع خطة علاجية لمعالجة كل حالة من حالات التعايش بالإضافة إلى اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد. كما بينت الأكاديمية الأمريكية لطب نفس الأطفال والمراهقين والجمعية الأمريكية للطب العقلي أنه غالباً ما يستفيد الأطفال الذين يعانون من الحالات المتعايشة من العلاجات اللغوية، فضلاً

عن المساعدة الإضافية في المدرسة. قد يستفيد الأطفال الذين يعانون من هذه المشاكل من العلاج الإضافي أيضًا، ومن المحتمل أن يشمل ذلك العلاج الأرتوفوني .

11- الاضطرابات الأكثر شيوعاً والتي غالباً ما تكون إما مفاضلة أو مصاحبة

لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

11-1 الإعاقة الذهنية (ID) :

تحديد الإعاقة الذهنية (ID) واضح نسبياً عند انخفاض معدل ذكاء الطفل وضعف الأداء الوظيفي التكيفي (مقاييس الذكاء ومقاييس السلوك التكيفي) .

11-2 اضطرابات اللغة :

غالباً ما يظهر الأطفال الذين يعانون من عجز لغوي استقبالي غافلين، طريقة واحدة للتفريق بين هذه القضايا عن طريق دراسة تأثير البيئة وطريقة التدريس على أداء الطفل. طفل مع تشتت الانتباه و النشاط الزائد(ADHD) على الأرجح يظهر التحسن عند التغيير من بيئة مجموعة كبيرة إلى تعليمات فردية. وتشمل الميزات المتداخلة المحتملة الأخرى التهيج والعجز التنفيذي، ضعف الحركية الدقيقة، ومشاكل النوم.

(Sparrow and Erhardt, 2014, p. 171-172)

11-3 اضطرابات المزاج /القلق :

كثيراً ما يجد الأطباء النفسيون علاقة سبب وتأثير بين أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد والقلق أو الاكتئاب، في المقابل، يفضل أخصائيو الأعصاب وجود مسببات بيولوجية عضوية لـ ADHD ويعتبرون اضطرابات القلق أو المزاج كأعراض ثانوية، والتي تترتب في بعض الأحيان عن العلاج الدوائي. يحدث رد الفعل الاكتئابي الناجم عن ميثيلفينيديت بشكل خاص مع جرعات أكبر وفي الأطفال الذين لديهم ضعف جيني للاضطرابات المزاجية قد يسبب أيضاً دواء Atomoxetine (StratteraR) ، وهو دواء غير منشط، اضطراب المزاج .

(Millichap, 2010, p.51)

وكثيراً ما يواجه المقيم التمييز بين الأسباب العضوية والنفسية للاضطرابات السلوكية والمزاجية المعقدة

بسبب الشكاوى من النشاط الزائد، والاندفاع.(Millichap, 2010, p.53)

وعلى عكس زيادة في التحفيز (النشاط الزائد) في أولئك الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه

والنشاط الزائد. في حين أن الأطفال القلقين هم أكثر احتمالاً أن يكونوا مثبطين غير مندفعين .

(Sparrow and Erhardt, 2014, p. 176)

11-4 اضطرابات النوم :

تشمل اضطرابات النوم التي ترتبط أحيانًا باضطراب تشتت الانتباه المصحوب ب النشاط الزائد متلازمة تملل الساقين / حركات الأطراف الدورية واضطراب النشاط الإيقاعي (اهتزاز الجسم وضرب الرأس)، والمشي أثناء النوم، الأرق. وفرط النوم مثل الخدار وتوقف التنفس أثناء النوم. يجب أن يسأل الآباء عن عادات النوم. وجدت دراسة أجريت في كلية الطب بجامعة ولاية بنسلفانيا، هيرشي، على 412 من تلاميذ المدارس الابتدائية، ذوي 6-12 سنة من العمر؛ أن علامات النوم الليلية لم تكن مرتبطة بالأداء الأكاديمي. في المقابل، كانت درجات اختبار الذكاء والاختبارات العصبية النفسية مؤشرا قويا على الإنجاز. الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النوم والذين بدون مشاكل لا يختلفون في الإنجازات، الذكاء، وأعراض ADHD. بينما كانت جميع تقييمات ADHD مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالإنجاز. (Millichap, 2010, p.56)

11-5 اضطرابات التعلم واللغة :

اضطرابات إعاقة التعلم واللغة من حالات التعايش الأكثر شيوعاً، غالباً ما تؤدي إلى تعقيد اضطراب تشتت الانتباه، ويعتبر التعرف عليها ومعالجتها أمراً أساسياً للتعديل الناجح لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد. وتعتبر اضطرابات التعلم المحددة التي تتطوي على ثلاثية عسر القراءة، dysgraphia، وعسر الحساب dyscalculia. أو العجز عن القراءة هو النموذج الأولي لإعاقات التعلم. تشمل اضطرابات النطق واللغة حالات اضطرابات التعبير أو خلل الصوت وعدم القدرة على فهم واستخدام اللغة على الرغم من السمع والذكاء الطبيعي. من 119 طفلاً، تتراوح أعمارهم بين 8 سنوات و16 سنة، تم تقييمهم في عيادة تشخيصية للأطفال في قسم الطب النفسي، كلية الطب في جامعة ولاية بنسلفانيا، كانت الإعاقة في التعلم (LD) موجودة في 70% من الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد. كانت إعاقة التعلم LD في التعبير المكتوب مرتين أكثر شيوعاً (65%) من LD في القراءة أو الرياضيات أو التهجئة. في جامعة برينيث كولومبيا، كندا، وجد مسح أجري على 131 عائلة من الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد 51 (39%) يعانون من اضطراب التعلم، و45 (34%) يعانون من اضطراب المعارضة التحدي.

أظهرت تقديرات انتشار اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد وإعاقة التعلم لدى الأطفال في الولايات المتحدة 6-17 سنة من العمر، 2004-2006، في المركز الوطني للإحصاءات الصحية، أن 5% من الأطفال باضطراب ADHD بدون LD، 5% كان لديه LD بدون ADHD، و4% كان لديه كلا ADHD و LD. كان الأولاد أكثر عرضة من البنات للإصابة بكل من التشخيصين.

(Millichap , 2010, p.59/ 60)

تم تقييم عينة من 235 عائلة مصابة باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد للارتباط الأسري مع LD في جامعة كاليفورنيا لوس أنجلوس. كانت معدلات انتشار أعلى للإعاقة القراءة، تليها الكتابة (dysgraphia)، ثم العجز الرياضي (خلل الحساب). تم إثبات وجود رابطة عائلية قوية لعجز القراءة، ويبدو أن العوامل العائلية المستقلة هي السبب وراء ADHD.

تتشارك الآليات التقليدية للفص الجبهي المصابة بالأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد في عسر القراءة النمائي. إعاقات الكتابة (agraphia) والرياضيات (acalculia). بالاشتراك مع عاهة الإصبع والارتباك بين اليسار واليمين، يمكن العثور على المتلازمة، التي غالباً ما تكون جزئية، لدى الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد، مما يؤثر على الكتابة اليدوية والحساب. قد يؤدي التأخر في اللغة، الاستقبالية والتعبيرية، أيضاً إلى تعقيد ADHD، مما يؤثر على الاستجابة للعلاج.

(Millichap , 2010, p70)

التفريق بين ADHD وعجز المهارات الأكاديمية :

هناك قدر كبير من التداخل بين ADHD وعجز المهارات الأكاديمية أو صعوبات التعلم. والعديد من المقيمين باضطراب ADHD تظهر لديهم أعراض كل من العجز ADHD والمهارات الأكاديمية. ومع ذلك، الغالبية العظمى من الأطفال الذين يعانون من ADHD، ليس لديهم مشاكل مع المهارات الأكاديمية في حد ذاتها. فمشاكلهم مع تشتت الانتباه والاندفاع تؤدي إلى صعوبات في اتباع التوجيهات؛ استكمال المهام بطريقة متسقة ودقيقة. وبالتالي، فإن أحد أهداف التقييم هو تحديد ما إذا كان مشاكل التلميذ أكاديمياً هي بسبب اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد، أو صعوبات التعلم، أو كليهما. تقييم اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه ذو شقين. الأول هو تقييم ما إذا كان للطفل أعراض واضحة من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تلمي معايير هذا الاضطراب. الثاني هو جمع المعلومات للمساعدة في الحكم فيما إذا كانت المشاكل الأكاديمية سببها صعوبات تشتت الانتباه، الاندفاع، والنشاط الزائد.

ينبغي النظر في عدة عوامل لتحديد ما إذا كان مشاكل الطفل مع الانتباه في المدرسة، والتحكم في الانفعالات، ومستوى النشاط بسبب اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو أنه عرض ثانوي لعجز في المهارات الأكاديمية .

إذا كانت البيانات التي تم جمعها في سياق التقييم، تشير إلى مستويات كبيرة عيادياً من أعراض ADHD واضحة عبر الإعدادات على أساس مزمن، فمن المرجح أن مشاكل الطفل الأكاديمية هي ثانوية

في ADHD؛ في هذه الحالة، بيانات مقابلة الوالد، تقييمات أولياء الأمور والمعلمين، ونتائج الملاحظات المباشرة تكون متسقة في وضع سلوك الطفل المتعلق ب ADHD؛ في أقصى مدى للجنس والعمر.
(George and Gary, 2014, p.84)

6-11 التوحد ASD :

اتبعت الدراسات طرقاً للتمييز بين ASD و ADHD. تشمل الاختلاف في الإعاقات الاجتماعية واللغة واللعب والصلابة المعرفية. على الرغم من أن كلا من ADHD و ASD غالباً ما ينطوي على ضعف والعجز الاجتماعي يختلف اختلافاً كبيراً. داخل ASD، الاتصال غير اللفظي (على سبيل المثال، الاتصال بالعينين، تعبيرات الوجه، الإيماءات). على النقيض من ذلك، عندما تلفت انتباه الطفل المصاب باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد يفهم عناصر الاتصال هذه. إن العجز المنتشر في الفهم الاجتماعي الذي هو شائع في ASD نادر في ADHD.

فالطفل المصاب بتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد اجتماعي لديه الدافع، مثل الرغبة في إرضاء الآخرين أو الرد على المديح، هي ميزة أخرى موجودة في ADHD ولكنها غائبة في كثير من الأحيان مع ASD. في حين قد يتعرض الأطفال الذين يعانون من أي من التشخيصات للرفض الاجتماعي، والطفل المصاب بالتوحد يفضل الانفراد في حين أن الطفل مع ADHD من المرجح يريد الأصدقاء (على الرغم من البعض، بعد تجربة رفض اجتماعي، قد يختار العزلة كدفاع ضد مشاعر الجرح). الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، هم أكثر قابلية للاستجابة للعلاجات السلوكية التي تنطوي على مكافآت اجتماعية من الأطفال الذين يعانون من التوحد. بالإضافة إلى اختلافات التواصل الاجتماعي، اللعب أيضاً مختلف نوعياً، الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد نادراً ما يتسم بالنمطية، في حين أن هذه شائعة في ASD. وبالمثل، الأطفال مع ASD لديهم مهارات لعب خيالية محدودة، ولكنها موجودة عادةً في ADHD .

الفرق المميز الآخر هو الصلابة الإدراكية، الأطفال الذين يعانون من التوحد هم أكثر عرضة للاكتئاب ويقاومون أي تغيير في الروتين. بينما الطفل المصاب بتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD سيقبل التغيير بكل سرور إذا سمح له بالهروب من نشاط مخيف أو أنه يكسبه المكافأة المرجوة. معظم الدراسات تجد معدلات عالية من أعراض ADHD في التوحد ASD، على الرغم من وجود بعض الميزات المتداخلة نادراً ما يفيد الأطفال المصابون باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد بمعايير التوحد .
(Sparrow and Erhardt, 2014, p. 172)

والتغييرات الأخيرة على DSM تسمح بتشخيص ADHD بالتزامن مع اضطراب طيف التوحد .
(Prevatt and Levrini, 2015 ,p.22)

11-7 اضطراب إجهاد ما بعد الصدمة :

يشير (Sparrow and Erhardt, 2014) أنه كلما كان هناك تاريخ من الصدمة، تشخيص مثل اضطراب الإجهاد الحاد ما بعد الصدمة يجب أن يؤخذ في الاعتبار، لذا يجب السؤال بشكل روتيني عن تعرض الطفل للعنف أو الإساءة أو التمر أو الإهمال أو الحوادث، والإجراءات الطبية المؤلمة، والتميز، وغيرها من أشكال الصدمة. ويجب ألا يفترض أن الآباء سوف يربطون العلاقة بين الحدث الماضي والأعراض الحالية والتميز الرئيسي للاضطرابات المرتبطة بالصدمة و ADHD هو التسلسل الزمني للأحداث. يجب أن يكون قادر على العثور على أدلة الأعراض السابقة لحدث صادم عندما يكون ADHD جزءًا من صورة التشخيص؛ إذا بدأت الأعراض بعد الصدمة فقط، فمن غير المحتمل حدوث اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للأطفال مع التعرض المزمن للصدمة بداية في مرحلة الطفولة المبكرة ، يمكن أن يكون من الصعب تأسيس خط الأساس و ينصح بالبدء في علاج الصدمة المتعلقة بالاضطراب، وربما يلاحظ أنه يتظاهر مع ميزات ADHD ، عليه تأجيل تشخيص ADHD في انتظار الاستجابة للتدخل .

11-8 اضطراب التعلق التفاعلي (RAD) :

غالبًا ما يتضمن تشبيهاً سيئاً، على وجه الخصوص في المواقف بين الأشخاص، كما يمكن رؤيته مع اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه . جودة العلاقات والراحة المستمدة من التفاعل هو التمييز الرئيسي عند إصابة الأطفال باضطراب (RAD) نادرا ما يسعى أو يستجيب للراحة عند الكرب، على عكس الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، يعتمدون في كثير من الأحيان على الآخرين لمساعدتهم على شعور أفضل عند الانزعاج، يرتبط RAD بتأثير إيجابي محدود، في حين أن العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد يعبرون عن فرحتهم الكبيرة ويعتبرها طفل RAD أحياناً أنها سخافة مفرطة. على الرغم من وجود بعض التداخلات السلوكية بين RAD و ADHD، هناك اختلافات كبيرة في نوعية الروابط الاجتماعية والعاطفية التي من شأنها المساعدة في التفريق بين هذين الاضطرابين .

(Sparrow and Erhardt, 2014, p. 177)

11-9 اضطراب التحدي المعارضة (ODD) :

إن بعض حالات التعايش الأكثر شيوعاً هي اضطراب التحدي المعارضة، وقد أظهرت الدراسات أن نصف أو أكثر من الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم اضطراب متحدٍ معارض. الأطفال الذين يعانون من اضطراب متحدٍ معارض في كثير من الأحيان يتحدون السلطة ويميلون إلى إزعاج الآخرين عن قصد. يشخص اضطراب العناد الشارد، في الـ DSM-5 ، من خلال الأعراض العاطفية والسلوكية المجمعة في ثلاث فئات: الغضب المستمر أو التهيج، يجادل مع السلطة؛ الانتقام .

11-10 اضطراب السلوك التخريبي :

يتم تشخيص بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ويعانون من مشاكل سلوكية أكثر أهمية باضطراب السلوك. اضطراب السلوك هو اضطراب نفسي خطير يكون فيه الطفل عدوانياً تجاه الناس والحيوانات، ويدمر الممتلكات، وكثيراً ما ينتهك قواعد المجتمع. الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك التخريبي معرضون لخطر أكبر بكثير للوقوع في مشاكل مع القانون من الأطفال الذين لديهم اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد فقط .

إن السمات المميزة لاضطراب السلوك هي العدوان الهادف (مثل التتمر)، أو تدمير الممتلكات، أو الخداع أو السرقة، أو الانتهاك الخطير للقواعد (مثل الهروب من المنزل، تكرار التغيب عن المدرسة). يمكن أن يظهر اضطراب السلوك على أنه عنف، كما هو الحال عند الشروع في العنف الجسدي، أو يمكن أن يظهر في سلوكيات مثل التغيب عن المدرسة، والسرقة، والكذب، والهروب من المنزل دون الجانب الجسدي.

(Prevatt & Levrini 2015, p.10)

ترجع قرارات التشخيص التفريقي والاعتلال المشترك الى الاضطرابات المدرجة في DSM-5، ولقد فصل DSM-5 بين اضطراب السلوك التخريبي (CD) واضطراب متحدٍ معارض (ODD) ، ونظراً لأنها تحتل الصدارة في التعايش مع اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لذا يجرى تقييم إذا كان الطفل يعاني من اضطراب متحدٍ معارض أو اضطراب السلوك. في بعض الأحيان العوامل البيئية والثقافية، والنفسية الاجتماعية هي المسؤولة عن سلوكيات الطفل. على سبيل المثال، نموذجياً قد يبدو الأطفال وكأنهم مصابون باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عند وضعهم في بيئات ضغط شديد. إذا كان الطفل محاطاً بالاضطراب والفوضى، فقد يبدو متشتت الانتباه، ولكن المشكلة تكمن في البيئة وليس الطفل.

(Sparrow and Erhardt, 2014, p. 179)

يقارن راسل باركلي أطفال ADHD بالأطفال العاديين في (Kutscher,2002,p.18) وفقا للجدول

أدناه :

الجدول (3) مقارنة لأعراض الأطفال الذين يعانون من ADHD بالأطفال العاديين

الأعراض	أطفال ADHD (%)	الأطفال النموذجيون (%)
يجادل مع البالغين	72	21
يلوم الآخرين على أخطائهم	66	17
ينزعج بسهولة	71	20
يقسم (يكثر الحلف)	40	6
الأكاذيب	49	5
السرقة	50	7

(Barkley RA, Fischer M, et al.,n.d 29, 546-557)

12- معايير تشخيص تشتت الانتباه المصحوب ب النشاط الزائد حسب DSM-5 :

يشير أخصائيو علم النفس العيادي، أنه سواء كان التركيز على التقييم أو العلاج، أو كليهما، يستخدم DSM لوصف تظاهر أعراض الطفل وتحديد أعراض معينة للعلاج والتواصل مع أولياء الأمور والمدارس والمهنيين الآخرين. وأيضا يجب تدريب طلاب الدراسات العليا لعلم النفس العيادي على استخدام نظام DSM.

(Sparrow and Erhardt.,2014, p.45)

وقد أثبتت أعراض ADHD DSM-IV أنها مفيدة في الأبحاث الموسعة والممارسة العيادية. لذا اتخذ قرار الاحتفاظ بأعراض DSM-IV في DSM-5. قدم DSM-5 مستوى من الحساسية النمائية لعتبة الأعراض المطلوبة للتشخيص. يضع هذا الأسلوب تقييم الأعراض في سياق تنموي أكثر ملاءمة. يعتمد التشخيص على تكرار الأعراض وشدته التي تتجاوز ما هو متوقع لمستوى نمو الفرد. بينما لم تكن الأنواع الفرعية المختلفة ذات قيمة تنبؤية لاستجابة للعلاج، وقام DSM-5 بإزالة الأنواع الفرعية واستبدالها بمحددات تصف العرض العيادي في الأشهر الستة الماضية. يتم تحديد العملاء الذين يوافقون عتبات تشخيصية لكل من

الأعراض غير السليمة أو المفاجئة لتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، على أنها تحتوي على النمط المشترك.

(Millichap , 2010, p. 29-33)

لا يتضمن DSM-5 أية معايير استبعاد للأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، نظراً لأن أعراض كل من الاضطرابين تحدث معاً. ومع ذلك، يجب ألا تحدث أعراض اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، حصراً خلال مسار انقسام الشخصية أو اضطراب ذهاني آخر، ويجب عدم تفسيره بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر .

الجدول (4) معايير أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في DSM-5

اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد f90.x ، 314.x:	
المعايير	الشرح
<p>المعيار (أ) نمط مستمر من عدم الانتباه و/ أو النشاط الزائد-الاندفاع الذي يتداخل مع النمو/الأداء كما هو مبين في (1) و / أو (2):</p>	
<p>(1) تشتت الانتباه:</p>	
<p>إذا استمرت ستة (أو أكثر) من الأعراض التالية على الأقل 6 أشهر إلى درجة لا تتفق مع المستوى النمائي وتؤثر سلباً؛ مباشرة على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية.</p>	<p>ترتبط الأعراض بالأهمية العيادية؛ اضطراب في الأداء وضيق كبير / الإعاقة .إذا كانت هذه المتطلبات غير متوفرة، لا ينبغي أن تحسب الأعراض نحو التشخيص. السلوكيات الملاحظة يجب أن تكون غير متناسقة مع مستوى نمو الطفل. أي مستوى غير مناسب للعمر من تشتت الانتباه، يؤثر على الوظائف السلوكية المدرسية والاجتماعية.</p>
<p>الأعراض ليست مجرد مظهر من مظاهر سلوك المعارضة التحدي أو العداة ، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات.</p>	

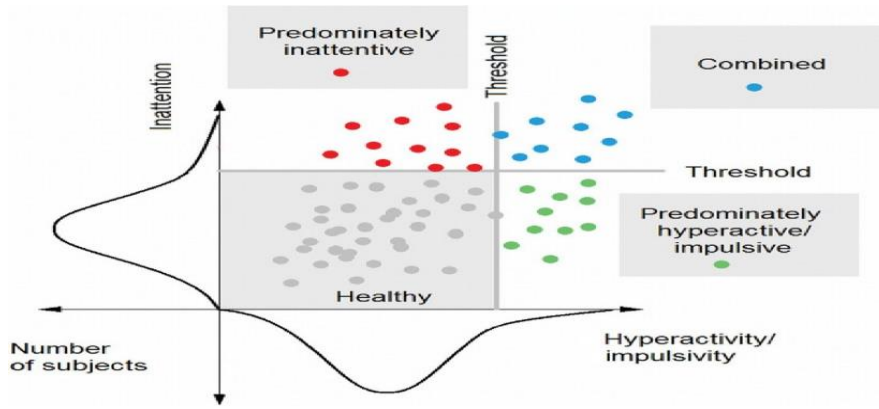
<p>المعايير الأمثلة التي أضافها DSM-5 لتوضيح أنماط السلوك حسب المرحلة العمرية</p>	
<p>على سبيل المثال، يغفل على التفاصيل أو يفتردها، العمل غير الدقيق.</p>	<p>1- في كثير من الأحيان يفشل في الانتباه للتفاصيل أو يرتكب أخطاء الإهمال في الواجبات المدرسية أو في العمل، أو أثناء الأنشطة الأخرى.</p>
<p>على سبيل المثال، صعوبة بقاء التركيز خلال الدروس، والمحادثات، أو قراءة مطولة.</p>	<p>2- كثيرا ما يواجه صعوبة في الانتباه للمهام أو أنشطة اللعب.</p>
<p>على سبيل المثال، يبدو عقله في مكان آخر حتى في غياب أي الهاء واضح.</p>	<p>3- في كثير من الأحيان لا يبدو أنه يستمع عندما تتحدث إليه مباشرة.</p>
<p>على سبيل المثال، يبدأ المهام ولكن يفقد بسرعة التركيز ويتلهى بسهولة</p>	<p>4- في كثير من الأحيان لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء العمل المدرسي، والأعمال المنزلية.</p>
<p>على سبيل المثال، صعوبة في إدارة المهام المتتابعة؛ وصعوبة حفظ الأشياء والأمتعة في نظام؛ فوضوي، عمله غير منظم؛ لديه سوء إدارة الوقت؛ فشل في الوفاء بالمواعيد المحددة.</p>	<p>5- غالبا ما يكون من الصعب عليه تنظيم المهام والأنشطة</p>
<p>مثل العمل المدرسي أو الواجبات المنزلية</p>	<p>6- غالبا ما يتجنب، يكره، أو يتردد في الانخراط في المهام التي تتطلب جهدا عقليا مستداما.</p>
<p>مثل المواد المدرسية، وأقلام الرصاص الكتب، الأدوات، محافظ، مفاتيح، النظارات، الهاتف النقال.</p>	<p>7- كثيرا ما يفقد الأشياء اللازمة للمهام أو الأنشطة.</p>

	<p>8- غالبا ما يصرف بسهولة عن طريق المحفزات الدخيلة.</p>
<p>على سبيل المثال، القيام بالأعمال المنزلية، وإنجاز المهام.</p>	<p>9- غالبا ما ينسى الأنشطة اليومية.</p>
<p>(2) النشاط الزائد والاندفاعية:</p>	
<p>الأعراض ليست مجرد مظهر من مظاهر السلوك المعارضة التحدي أو العدا، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات.</p>	<p>إذا استمرت ستة (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة لا تقل عن 6 أشهر إلى درجة لا تتفق مع المستوى النمائي؛ تؤثر سلبا بشكل مباشر على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية / المهنية</p>
	<p>1- في كثير من الأحيان يتململ باليدين أو القدمين أو يتلوى في مقعده.</p>
<p>على سبيل المثال، يترك مكانه في الفصول الدراسية، أو في مكان آخر في الحالات التي تتطلب البقاء في مكانه.</p>	<p>2- غالبا ما يترك مقعده في المواقف التي تتطلب أن يبقى جالسا.</p>
	<p>3- غالبا ما يركض أو يتسلق في الحالات التي يكون فيها ذلك غير لائق.</p>
	<p>4- في كثير من الأحيان غير قادر على اللعب أو الانخراط في الأنشطة الترفيهية بهدوء.</p>
<p>على سبيل المثال، غير قادر على أن يكون مرتاح لفترة طويلة، كما هو الحال في المطاعم والاجتماعات؛ مثل الآخرين كما لا يهدأ أو من الصعب عليه مواكبة الآخرين.</p>	<p>5- في كثير من الأحيان "أثناء التنقل"، متحفز كما لو كان "مدفوعا بمحرك"</p>
	<p>6- في كثير من الأحيان يخوض في المحادثات بشكل مفرط.</p>

<p>7- غالبا ما يندفع في الإجابة قبل اكتمال السؤال. على سبيل المثال، يكمل جمل الناس؛ لا يمكن أن ينتظر دوره في محادثة.</p>	
<p>8- غالبا ما يواجه صعوبة في انتظار دوره. على سبيل المثال، أثناء الانتظار في صف - طابور -</p>	
<p>9- في كثير من الأحيان يقاطع الآخرين أو يخرط في شؤونهم. على سبيل المثال، بأعقاب المحادثات، والألعاب، أو أنشطة؛ قد يبدأ في استخدام أعراض أشخاص آخرين دون طلب أو الحصول على إذن.</p>	
<p>يتطلب أدلة على وجود عدة أعراض ADHD قبل 12 سنة من العمر، لم تجد البحوث فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة العلاج بين "بداية مبكرة" مقابل "بداية متأخرة" (أي بداية في وقت مبكر للطفولة مقابل في مرحلة الطفولة المتأخرة).</p>	<p>المعيار (ب): بعض من أعراض تشتت الانتباه أو فرط النشاط كانت موجودة قبل عمر 12 سنة.</p>
<p>هناك العديد من الأعراض واضحة في إعدادات اثنين على الأقل تم توسيع DSM-5 على أمثلة بإضافة إعداد الاجتماعية (أي، مع الأصدقاء أو الأقارب). الأنشطة الأخرى التي يمكن أن تلاحظ الأعراض فيها، ملاحظة الرياضة، والتجمعات الدينية، والنوادي، وغيرها من المجتمعات.</p>	<p>المعيار (ج): توجد بعض أعراض عدم الانتباه أو فرط النشاط - الاندفاع في وضعين أو أكثر (على سبيل المثال، في المنزل أو المدرسة؛ مع الأصدقاء أو الأقارب؛ في أنشطة أخرى.</p>
<p>المعيار (د): لا تحدث الأعراض حصرا أثناء سير اضطراب انفصام الشخصية أو أي اضطراب ذهاني آخر، ولا تفسر أفضل باضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، اضطراب المزاج، اضطراب القلق، والاضطراب التوكمي، واضطراب الشخصية، والتسمم بالمواد أو الانسحاب).</p>	
<p>حدد ما إذا: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 314.01 (F90.2) النمط المشترك: إذا كان المعيار (1) (تشتت الانتباه) والمعيار (2) (النشاط الزائد - الاندفاع) يتم الوفاء بهما كليهما لمدة 6 أشهر الماضية. ▪ 314.00 (F90.0) نمط تشتت الانتباه في الغالب: إذا كان المعيار (1) (عدم الانتباه) ولكن المعيار (2) (النشاط الزائد - الاندفاع) لم يتم الوفاء به على مدى الأشهر الستة الماضية. ▪ 314.01 (F90.1) نمط النشاط الزائد/ الاندفاع في الغالب: إذا كان المعيار (2) (النشاط - الزائد الاندفاعية)، ولم يتم الوفاء بالمعيار (1) (تشتت الانتباه) خلال الستة أشهر الماضية. </p>	
<p>حدد ما يلي: في هداة جزئية: عندما يتم الوفاء بالمعايير الكاملة سابقا، وحاليا عدد أقل من المعايير الكاملة قد تم الوفاء بها لمدة 6 أشهر الماضية، والأعراض لا تزال تؤدي إلى انخفاض في الوظيفة الاجتماعية، الأكاديمية، أو المهنية.</p>	

تحديد الشدة الحالية:
خفيف: عدد قليل، إن وجد، أعراض تزيد عن تلك المطلوبة لإجراء التشخيص الحاضر، ولا تؤدي إلى أكثر من ضعف طفيف في الاجتماعية أو المهنية.
متوسط: الأعراض أو ضعف الوظيفة الاجتماعية والأكاديمية والمهنية يتراوح بين الخفيف والشديد.
شديد: العديد من الأعراض الزائدة عن تلك المطلوبة للتشخيص، أو عدد من الأعراض شديدة بشكل خاص، أو الأعراض الموجودة تؤدي إلى ضعف ملحوظ في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

(American Psychiatric Association, 2013, p.59)



الشكل (8) الأصناف الفرعية من ADHD

(Functional Neuromarkers for Psychiatry, 2016)

يوضح الشكل (8) تظاهر تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ عندما لا تتجاوز العتبة تعتبر صحية، أما إذا تجاوزت العتبة في اتجاه تشتت الانتباه تصنف: غالباً تشتت الانتباه، أما إذا تجاوزت العتبة في اتجاه النشاط الزائد /الاندفاعية صنف التشخيص: نمط غالباً النشاط الزائد /الاندفاع، أما إذا تجاوز كل من تشتت الانتباه و النشاط الزائد العتبة صنف: النمط المشترك : تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه جدلية التشخيص بين ICD-10 و DSM-5 :

DSM هو الدليل المستخدم من قبل الممارسين والباحثين في ميدان الصحة العقلية؛ لتشخيص وتصنيف الاضطرابات ، الذي طورته جمعية الطب النفسي الأمريكي وهو حالياً في طبعته الخامسة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2013). بينما غالباً ما يستخدم المهنيون الطبيون والأطباء المقيمين في المستشفيات معايير التصنيف الدولي للأمراض لمنظمة الصحة العالمية (ICD؛ الآن في الطبعة العاشرة)، (منظمة الصحة العالمية، 2010). يضع الباحثون في بعض الأحيان معاييرهم الخاصة (وليس

محضاً DSM أو ICD) لضمان أن المشاركين في الدراسة متشابهون والتمكن من مقارنة النتائج عبر الدراسات. والمرجح أن يستخدموا الإصدار DSM-5.

(Sparrow and Erhardt, 2014, p.46)

1-13 اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في ICD-10 :

مصنف تحت فصل الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ عادة في الطفولة والمراهقة ضمن قائمة اضطرابات فرط الحركة f90: 90.0 اضطراب النشاط والانتباه، 90.1 اضطراب التصرف المفرط الحركة، 90.8 اضطراب فرط الحركة الأخرى، 90.9 اضطراب فرط الحركة غير معين. (منظمة الصحة العالمية، 1999، ص. 273)

1-1-13 الأوصاف العيادية " اضطرابات فرط الحركة 90.0":

اضطرابات فرط الحركة هي مجموعة من الاضطرابات تتميز بما يلي : بداية مبكرة لتوليفة من سلوك مفرط النشاط قليل التهذيب مع عدم اكتراث شديد وعدم القدرة على الاستمرار في أداء عمل ما، وانتشار هذه الخصائص السلوكية عبر مواقف عديدة واستدامتها مع الوقت، واضطرابات فرط الحركة تبدأ دائماً في مرحلة مبكرة من التطور (عادة في الخمس سنوات الأولى من التطور ومميزاتها الرئيسية هي فقدان المثابرة في النشاطات التي تستدعي اندماجاً معرفياً وميلاً إلى الانتقال من نشاط إلى آخر دون الانتهاء من أي منها، بالإضافة إلى نشاط مفرط، غير منظم وغير مرتب وتستمر هذه الإعاقات عادة أثناء سنوات الدراسة وحتى أثناء الحياة الراشدة، ولكن كثيراً من الأفراد المصابين بالاضطراب يظهرون تحسناً تدريجياً في النشاط والانتباه .

وقد تصاحب الاضطرابات شذوذاً مختلفاً فالأطفال المفرطوا الحركة كثيراً ما يكونون غير مباليين ومندفعين الأمر الذي يعرضهم للحوادث، عادة ما يجدون أنفسهم في مشكلات مع الأنظمة والقوانين لإخلالهم الدائم بالقواعد نتيجة لعدم الانتباه لأنهم لا يعتمدون التحدي، في العادة تكون علاقاتهم مع البالغين غير مكبوتة اجتماعياً، وتفتقد للحذر والتحفظ ولكنهم غير محبوبين بين الأطفال الآخرين وقد يصبحون منعزلين، فالاختلال المعرفي يكون شائعاً لديهم، ويكثر التأخر النوعي في تطور الحركة والكلام بشكل مناسب.

ومن المضاعفات السلوكية الثانوية الاستهانة بالمجتمع وانخفاض الثقة بالنفس. وبالتالي فهناك تطابق شديد بين فرط الحركة والأنماط الأخرى من السلوك المضطرب مثل اضطراب التصرف غير المتوافق اجتماعياً ومع ذلك فإن البيانات المتوفرة حالياً تفضل أن يتم فصل مجموعة يكون فيها فرط الحركة هو مشكلتها الرئيسية.

ويشيع حدوث صعوبات القراءة المصاحبة (أو مشكلات مدرسية أخرى أو كليهما معا).

13-1-2 الدلائل التشخيصية:

الملامح الجوهرية هي اضطراب الانتباه و النشاط الزائد وكلاهما ضروري في عملية التشخيص، ويجب أن تكون واضحة في أكثر من حالة (مثل المنزل، الصف المدرسي، العيادة). ويظهر اختلال الانتباه في شكل توقف مبكر عن المهام الجارية وترك الأنشطة دون استكمالها. وينتقل الأطفال كثيرا من نشاط إلى آخر، ويبدون وكأنهم فقدوا اهتمامهم بمهمة ما لأن مهمة أخرى قد جذبتهم (بالرغم أن الدراسات المخبرية لا توضح في العادة درجة غير عادية من التشتت الحسي أو الإدراكي).

ويجب تشخيص هذه النقائص من عدم المثابرة وعدم الانتباه فقط إذا كانت تتجاوز المنتظر من الطفل في حدود عمره وحاصل ذكائه. QI ، والنشاط المفرط يعني ضجرا مفرطا خاصة في المواقف التي تستدعي هدوءا نسبيا. وقد يصل؛ تبعا للموقف إلى حد الركض أو القفز حول المكان أو الوقوف عندما يستدعي الأمر أن يظل الطفل جالسا، أو الكلام والضجيج المفرط أو التملل والتلوي عندما يكون في مكانه ومقياس الحكم هو أن يكون النشاط عالي الإفراط في إطار ما هو منتظر في ذلك الموقف بالقياس إلى آخرين في نفس العمر وبنفس حاصل الذكاء. QI وتوضح هذه السمة السلوكية بشكل خاص في المواقف المنظمة والمخططة التي تستدعي درجة عالية من التحكم الذاتي في السلوك .

والملامح المصاحبة التالية ليست كافية أو ضرورية للتشخيص ولكنها تساعد في التأكيد عليه : عدم التحفظ في العلاقات الاجتماعية، والاستهتار في مواقف تتضمن بعض الخطر، والاندفاع في الاستهزاء بالقواعد الاجتماعية (كما يتضح في التطفل على الآخرين أو مقاطعتهم أثناء عملهم أو التلفظ المبكر بإجابات لأسئلة لم تستكمل بعد، أو صعوبة انتظار الدور) وهذه كلها مظاهر تميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب؛ واضطراب التعلم والاتساق الحركي تحدث بمعدل ليس بقليل، ويجب أن يرمز لها بشكل مستقل تحت ($F89, F80$) إن وجدت، ولكن يجب أن لا تكون جزءا من التشخيص الفعلي لاضطراب فرط الحركة وأعراض اضطراب التصرف لا تمثل معايير تأكيدية ولا استعبادية للتشخيص الرئيسي، ولكن غيابها أو وجودها يمثل أساس التقسيم الفرعي للاضطراب .

ويجب أن تكون مشكلات السلوك المميزة ذات بداية مبكرة (قبل سن 6 سنوات) وطويلة في مدتها، لكن قبل سن دخول المدرسة يكون من الصعب التعرف على النشاط الزائد وذلك لاتساع نطاق الاختلافات: ولذا فان المستويات شديدة التطرف هي التي تؤدي إلى التشخيص في أطفال ما قبل المدرسة، وفي الحياة

الراشدة يظل من الممكن استخدام تشخيص اضطراب فرط الحركة وأسس التشخيص مماثلة لما سبق، ولكن يجب ان يتم تقييم الانتباه والنشاط بالإشارة إلى مقاييس النماء الطبيعي وإذا كان فرط الحركة موجودا في الطفولة ولم يعد موجودا الآن، ولكن جاءت بعده حالة أخرى مثل اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع أو معاقرة المخدرات عندئذ يرمز لوجود الحالة الحالية وليس الحالة الأسبق تاريخيا .

وفي التشخيص التفريقي نجد أن الاضطرابات المختلطة شائعة، واضطرابات النماء المنتشر لها الأولوية إن وجدت والمشكلة الرئيسية في التشخيص التفريقي هي التمييز عن اضطراب التصرف درجات خفيفة من فرط النشاط وعدم الانتباه وإذا توفرت ملامح كل من فرط النشاط واضطراب التصرف وكان اضطراب فرط النشاط شاملا وشديدا فان ذلك يؤدي إلى تشخيص "اضطراب تصرف مفرط الحركة" *F90.1*.

وهناك مشكلة أخرى سببها أن نوعا من فرط النشاط وعدم الانتباه مختلفا تماما عن ذلك الذي يميز اضطراب فرط الحركة قد يبرز بين اضطرابات القلق أو الاكتئابية. وبالتالي لا يجوز أن يؤدي التملل الذي يحدث نموذجا في الاضطراب الاكتئابي الحصري إلى تشخيص اضطراب فرط الحركة كذلك فان التملل الذي كثيرا ما يكون جزءا من القلق الشديد لا ينبغي أن يقود إلى تشخيص اضطراب فرط الحركة، وإذا استوفيت معايير احد اضطرابات القلق (*F40,F41,F43,F93*) فان الأولوية تكون له قبل اضطراب فرط الحركة إلا إذا كان من الواضح أن هناك فضلا عن ذلك احد اضطرابات فرط الحركة تدل عنه سمات أخرى غير التملل المصاحب للقلق.

بالإضافة إذا استوفيت معايير تشخيص اضطراب مزاجي (*F30,F395*) فلا يجوز أن يضاف ببساطة تشخيص اضطراب فرط الحركة لمجرد اختلال التركيز أو وجود توتر نفسي حركي، ويستخدم التشخيص المزدوج فقط اذا كان من الواضح أن هناك وجود مستقل لاضطراب فرط الحركة تشير إليه أعراض لا تكون مجرد جزء من اضطراب المزاج . والبداية الحادة لسلوك يتميز بفرط النشاط لدى طفل في عمر المدرسة يكون غالبا نتيجة لنوع ما من الاضطرابات التفاعلية (إما نفسية المنشأ أو عضوية) أو حالة هوس أو فصام أو مرض عصبي (على سبيل المثال حمى روماتيزمية). لا يشمل اضطرابات القلق *F93*، *F41*، الاضطرابات الوجدانية *F30,F39*، اضطراب نمائي منتشر *F84*، الفصام *F20*.

وكل هذه التوضيحات السابقة الذكر في تمييز اضطراب فرط الحركة من اضطراب الانتباه تم تجاوزها وذلك بحذف اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من فئة اضطرابات الإفراط الحركي والإقرار به

كاضطراب قائم بذاته وأدرج في فصل جديد الاضطرابات النمائية العصبية حيث اعترف بالتشخيص المرضي للاضطراب مثله مثل التوحد في الإصدار الجديد من DSM-5 الطبعة الخامسة .

كما يطرح ICD-10 إشكالية تصنيف اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (90.0F) حيث يشير في ملحوظة أخيرة إلى أنه هناك غموض مستمر حول أفضل تقسيم لاضطرابات فرط الحركة ومع ذلك فإن دراسات المتابعة تشير إلى أن حصيلة الاضطراب في المراهقة والحياة الراشدة تتأثر كثيرا بما إذا كان هناك عدوانية أو انحراف أو سلوك مستهين بالمجتمع مصاحب أو لم يكن أي من ذلك موجودا وبالتالي فإن التقسيم الرئيسي يستند إلى وجود أو غياب هذه الملامح المصاحبة .

وينبغي أن يكون الرمز F90.0 حين تستوفي المعايير العامة لاضطراب فرط الحركة F90.0 بينما تكون معايير الفئة (F91) أي اضطراب التصرف غير مستوفاة. يشمل: اضطراب تشتت الانتباه أو متلازمة تشتت الانتباه مع النشاط الزائد، اضطراب تشتت الانتباه المفرط الحركة ولا يشمل: اضطراب فرط الحركة المصحوب باضطراب تصرف F90.1. (منظمة الصحة العالمية، 1999، ص 276-279)

13-2 اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حسب DSM-5:

استخدمت معايير التشخيص المنقحة في الدليل التشخيصي DSM-5 نفس الفئتين لأعراض ADHD تشتت الانتباه والسلوكيات الاندفاعية المفرطة (AUSTERMAN, 2015, p.3) و أثبتت أعراض ADHD في DSM-IV، أنها مفيدة في الأبحاث الموسعة والممارسة العيادية. مما سمح بقرار الاحتفاظ أيضا بأعراض DSM-IV في DSM-5. (Millichap , 2010, p.29)، ويشير أخصائيو علم النفس العيادي، أنه سواء كان التركيز على النقيض، أو العلاج، أو كليهما، يستخدم DSM لوصف تظاهر أعراض الطفل، وتحديد أعراض معينة للعلاج والتواصل مع أولياء الأمور والمدارس والمهنيين الآخرين. أيضا يجب تدريب طلاب الدراسات العليا لعلم النفس العيادي على استخدام نظام DSM. (Sparrow and Erhardt, 2014, p.45).

الجدول (5) يلخص جدلية التشخيص بين ICD 10 و DSM 5 انطلاقا من تحليل ما سبق:

DSM-5	ICD-10
-------	--------

<ul style="list-style-type: none"> • يوجد تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ضمن فصل مستحدث جديد «<u>اضطرابات النمو العصبية</u>». • يطلق عليه اسم اضطراب تشتت الانتباه / النشاط الزائد وموجود بصفة مستقلة مثل التوحد، تحت ترميز f90 مع وضع ثلاث محددات فرعية F نلاحظ ان الترميز بf90 أصبح يخص اضطراب تشتت الانتباه/ النشاط الزائد كقائمة بذاتها بدلا من اضطرابات الاقراط الحركي في Icd-10، كما لا يوجد ضمن فروعه اضطراب التصرف مفرط الحركة حيث ينتمي هذا الاضطراب لاضطرابات التصرف وليس تشتت الانتباه مع النشاط الزائد. والترميز F90.1 الذي كان يخص اضطراب التصرف أصبح يطلق على نوع سيطرة الاندفاعية والاقراط في النشاط. 	<ul style="list-style-type: none"> • يصنف فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه ضمن الفصل الخامس "<u>الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ عادة في الطفولة والمراهقة</u>" تحت رموز F90-98 . • يطلق عليه اسم اضطرابات النشاط والانتباه ورمزه f90.0 وموجود ضمن فئة f90 "اضطرابات فرط الحركة hyperkinetic disorders"، والتي يتفرع عنها أيضا: F90.1 اضطرابات التصرف مفرط الحركة، F90.8 اضطرابات فرط الحركة الأخرى،(F90.9) اضطراب فرط الحركة غير معين فهو يعد استثناء لاضطرابات فرط الحركة.
<ul style="list-style-type: none"> • اضطراب تشتت الانتباه بدون نشاط زائد نوع فرعي لاضطراب تشتت الانتباه / النشاط الزائد ومرمز f90.0سيطرة اللا انتباه. • تم الاقرار بالتشخيص المرضي لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أي مرض مزمن. 	<ul style="list-style-type: none"> • يوجد النوع اضطراب تشتت الانتباه بدون فرط حركة تحت صنف F98.8 ضمن فئة اضطرابات سلوكية وانفعالية معينة أخرى تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة. • اضطرابات صعوبات الانتباه تعد استثناء وليست مرضا بعينه. (Doernberg & Hollander,2016, p.4)
<ul style="list-style-type: none"> • تم رفع عمر بداية التشخيص بالاضطراب من 7سنوات الى 12 سنة. 	<ul style="list-style-type: none"> • اضطرابات الإفراط الحركي تشخص عادة ضمن الخمس سنوات الأولى من العمر.

<ul style="list-style-type: none"> • نفس المعايير اللازم توفرها في البالغين والأطفال لتشخيص النشاط الزائد وتشتت الانتباه. • عدد كبير من حالات الاعتلال المصادق عليها في DSM 5 بالنسبة لاضطرابات الغدة الصغرى واضطرابات طيف التوحد واضطرابات القلق. 	<ul style="list-style-type: none"> • تم خفض عدد المعايير اللازم توفرها في البالغين من 6 الى 5 معايير بينما تم الإبقاء على ستة معايير بالنسبة للأطفال. • هي معايير الاستبعاد ل ICD-10 <p>(Flavien GIACOMINI,2018,p p.64-63)</p>
--	--

إن محور اهتمامنا هو اضطراب ADHD والذي يحمل الرمز F90.0 في ICD-10 ، ويطلق عليه اضطراب النشاط والانتباه، يمكن تعريفه على أنه واحد مما يلي: اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد، واضطراب تشتت الانتباه النشاط الزائد، أو تشتت الانتباه متلازمة مع النشاط الزائد. والجدير بالذكر أنه في ICD-10؛ تصنف الاضطرابات النمائية المنتشرة على أنها استثنائية لاضطرابات فرط الحركة. تم استبعاد هذا في DSM-5. من الواضح أن تصنيف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يختلف بشكل عام بين نظام DSM-5 الحالي و ICD-10، ويظهر نظامي التصنيف التشخيصي تناقضات كبيرة (انظر الجدول رقم 5).

تعكس الجمعية الأمريكية للطب العقلي APA ومنظمة الصحة العالمية أهدافا متباينة، فمن المتوقع أن يتفاوت دليل DSM و ICD إلى حد ما ومع ذلك؛ فإن فحص تصنيف ومعايير التشخيص من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد في النظامين يضيء القضايا المحتملة التي يمكن أن تترتب على ذلك. خاصة مع التقدم الذي أحرزه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5، والمجالات المتناقضة التي تحتاج إلى تحسين في مراجعة التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) في التنقيح المستقبلي ل ICD-11 . وهو حاليا قيد المراجعة من قبل ممثلين من أكثر من 200 بلد. وبالنظر إلى التنقيحات الأخيرة في نشر DSM-5 في مايو 2013، يمكن للأطباء وعلماء البحوث على حد سواء أن يتوقعوا بعض إعادة النظر في هيكلية تكميلية للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة ICD-11 . بيد أن السؤال الذي لا يزال قائما هو إلى أي مدى سيعكس ICD-11 الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة DSM-5، أو يحتفظ بهيكل التصنيف الدولي للأمراض العاشر .

(Doernberg & Hollander,2016, p. 5)

ومن المنطقي أن نتوقع أن عند الانتقال من ICD-10 إلى ICD-11 سوف تظهر بعض الموازات للتغييرات من (DSM-IV-TR) إلى DSM-5. ومن المهم أيضا أن يبنى التصنيف الدولي ICD-11 على التقدم الذي أحرزه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5، وأن يستفيد من التعرض لأوجه القصور فيه. وقد تكون انتقادات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5)، لا سيما فيما يتعلق بقسم الاضطرابات العصبية النمائية، مرجعا لتخطيط التصنيف الدولي للأمراض الحادي عشر - 11 .

نقد واحد على وجه الخصوص فيما يتعلق باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، أظهرت الأبحاث استنتاجا هاما مفاده أن صعوبات الوظيفة التنفيذية، هي بمثابة عوامل تنبأ هامة على الدوام لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى البالغين المتأثرين، على الرغم من أن هذه الأعراض لم تكن موجودة قبل سن السابعة .

ويمكن أن يكون التحسين المحتمل للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة ICD-11 يشمل المزيد من المواد، بحيث يأخذ بعين الاعتبار أن هذه القضايا موجودة في معظم البالغين الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ؛ ومن خلال بناء دليل DSM-5 و ICD-10، ينبغي أن يكون التصنيف الدولي للأمراض - 11 بمثابة نظام تصنيف موحد وفعال وموثوق به في جميع أنحاء العالم. عند النظر إلى مستقبل تصنيف الاضطراب العقلي .
(Doernberg & Hollander,2016, p.4)

وذكر (Reed et all, 2019 ,P10-11) أنه يشمل ICD-11 قيد المراجعة الحالية التمييز ADHD للنوع الغالب زائد النشاط، أو المختلط، وأيضا إمكانية وصفه في جميع مراحل العمر .

وبالنظر إلى المسار النمائي، والفترات الحساسة، والتفاعلات الديناميكية للنظم المتأصلة في الاضطرابات العصبية النمائية، فمن المهم الحفاظ على وصف الظواهر والأنواع الفرعية من أجل التشخيص. ومن الناحية المثالية، ينبغي أن يكون الهدف من التصنيف الدولي للأمراض - 11 هو العمل كنظام طبي متميز للاضطرابات النفسية الذي يستخدم كنظام تصنيف متماسك مع DSM-5، ويستند إلى نجاح ICD-10.

فيما يتعلق بالاضطرابات العصبية النمائية، ينبغي أن يتضمن التصنيف الدولي للأمراض - 11 لغة محددة موجهة نحو الأطفال، بينما ينظم أيضا اضطرابات النمو العصبي بحيث يتم توجيهها عبر العمر. وقد بحثت الدراسات الحديثة المزايا المحتملة للمنظمات القائمة على الهيكل التجميعي DSM-5 و ICD-10، وخلصت إلى أن هذا النوع من النظم يمكن أن تؤدي إلى تحسين الممارسة العيادية والبحوث. فالهدف من

DSM-5، ICD-11، هو لتكون بمثابة أنظمة تكميلية من أجل تحسين التشخيص والعلاج للأطفال والبالغين الذين تم تشخيصهم بالاضطرابات العصبية النمائية .
(Doernberg & Hollander,2016, p. 5)

13- مقاييس تقدير تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

رغم أن التشخيص لا يمكن تقريره على أساس بيانات مقاييس التقدير وحدها، فإن استخدام مقاييس التقدير يعتبر من الممارسات العلاجية الجيدة لأغراض المسح بحثاً عن الاضطرابات. ولقياس مدى شدة الأعراض ولمراقبة الاستجابة للعلاج ونتائجه، وتتضمن معظم المقاييس نسخ خاصة بالطفل وأخرى للوالدين وثالثة للمدرسين.

(Cho ajm, verin, Fuentes, & polanczyk, 2012, p.14)

تعتبر مقاييس التصنيف الموحدة عنصراً هاماً من عناصر التقييم ويمكن استخدامها من قبل المعالجين المدربين أو غيرهم من المدربين المعتمدين وغيرهم من أخصائي الصحة العقلية الذين ينشؤون تشخيصاً فردياً للإصابة باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد. يتم استخدام، قوائم التدقيق والمقاييس على نطاق واسع لإجراء التشخيص الصحيح وتوجيه التخطيط السلوكي والنفسي الاجتماعي.
(Antai-Otong and Zimmerman, 2016, p.203)

مقاييس تصنيف الأطفال المناسبة لها معايير تتحسس الاضطراب لمستويات عمر الطفل وقدراته.
(وزارة التعليم الأمريكية، مكتب التعليم الخاص وخدمات إعادة التأهيل، ومكتب برامج التعليم الخاص، 2003، ص6)، وتستخدم مقاييس التصنيف خاصة لمراجعة وتحديد الخصائص السلوكية لاضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد؛ وضعت AAP مبادئ توجيهية للممارسات العيادية لتشخيص وتقييم الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد، وترى أن مثل هذه المقاييس السلوكية للتقييم تميز بدقة الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ؛ وتقترح استخدام مقاييس التصنيف المصممة لتقييم ADHD ، بما في ذلك: مقاييس كونرز بأنواعها . (AAP ، 2000)

ويرى (Courtney et all, 2016) أن نماذج الفحص الموحدة التي تقيس تشتت الانتباه، و النشاط الزائد ، والاضطرابات المرافقة فعالة. وعلى الرغم من توافر العديد من أدوات الفحص، إلا أنه لا يوجد واحد هو المعيار الأفضل.

(Courtney et all, 2016, p.687-688)

الأكثر شيوعاً:

1-14 مقاييس كونرز لأولياء الأمور والمعلمين Connors 3rd Edition :

تم التحقق من صحتها لفحص اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد واضطراب المعارض المتحدي، في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و18 سنة. وقد تم استخدامها لعدة عقود ولديها حساسية تشخيصية من 78 % إلى 91 % لتحديد الأطفال الذين يعانون من ADHD .
(Courtney ET all, 2016, p.688)

14-2 مقاييس تقييم فاندربيلت لأولياء الأمور والمعلمين :

(Vanderbilt Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale):

تتخصص عن اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، اضطراب متحدٍ معارض، اضطراب السلوك والقلق وما يرتبط به من ضعف في الأداء لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 12 عامًا. يتمتع مقياس Vanderbilt بحساسية تشخيصية بنسبة 63% إلى 78 % لتحديد الأطفال الذين يعانون من ADHD وقد أقر مقياس Vanderbilt من قبل الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال بسبب قدرته على تقييم شامل للظروف المرضية وسهولة استخدامه من قبل المستجيبين والمقيمين.
مقاييس التقييم أدوات فحص موثوق بها لاضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ، ولكنها ليست كافية للتشخيص؛ تعتبر المقابلة العيادية وتلبية معايير DSM-5 ضرورية لتأكيد التشخيص.
(Courtney et all, 2016, p.688)

14- التغذية الراجعة لتشخيص النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه :

ناقش (ANASTOPOULOS and SHELTON, 2002) كيف تتم جلسة التغذية الراجعة بعد الحصول على جميع البيانات من عدة مصادر وأساليب، يتم اللقاء مع الأولياء لمناقشة نتائج التشخيص والتمهيد للدخول في مرحلة العلاج والمتابعة، في البداية تحسين فهم الأسرة لنقاط قوة الطفل واحتياجاته. وفهم كيفية تأثير تشتت الانتباه مع فرط النشاط ADHD على عمل الطفل، يسهل ذلك الوصول إلى التدخلات المناسبة واستخدامها. ويرتبط نجاح أي متابعة علاجية مباشرة بمدى دقة التخطيط الأولي، فهذا لا يقل أهمية عن التقييم. يفضل عقد جلسة التعليقات على النتائج التي يجب توصيلها بعد فترة كافية من التقييم، للتمكن من إجراء تخطيط أكثر شمولاً، يزيد التخطيط (وضع برنامج تدريبي يهتم بكل جوانب القصور) من احتمال نجاح المتابعة .

15-1 جلسة تقديم التغذية الراجعة لأولياء الأمور والأطفال :

بمجرد اتخاذ قرار بشأن تشخيص الطفل وخيارات العلاج، فإن الخطوة التالية هي تحديد موعد جلسة التعليقات (مناقشة نتائج التقييم)، والتعليقات وجهاً لوجه هي الأفضل. إذ تسمح بإجراء مناقشة للاختبارات

والاستنتاجات والتوصيات ويتيح فرصة للأسئلة والأجوبة فيما يتعلق بنهاية عملية التقييم وبداية تخطيط العلاج التعاوني. لجعل الجلسة ناجحة، التشخيص النفسي. يتم إيضاح أن تشتت الانتباه مع فرط النشاط ADHD، في العديد من النواحي، نوعاً من الإعاقة النمائية، لأن الطفل لا يتخطى ذلك ويتعين عليه أن يتعلم التكيف كي ينجح .

من المفاجئ معرفة عدد المرات التي يكون فيها الوالدين غير راضين عن التعليقات التي يتلقونها حول تشخيص أطفالهم. ولا يزال يمثل مشكلة . وللتصدي لهذا، قام كل من كينغهام ومورغان وماكجوكين (1984) بفحص فعالية برنامج نموذجي لتقديم التغذية الراجعة إلى الوالدين حول تشخيص متلازمة داون . ووجدوا أن نهجهم كان أكثر إرضاءً للآباء عن النهج المعتاد، الذي أدى إلى رضا 20% فقط . وشملت المكونات الرئيسية لبرنامجهم جدولاً للوقت الكافي؛ التأكد من الإجابة على أسئلة الوالدين؛ بما في ذلك أكبر عدد ممكن من أفراد العائلة، أو على الأقل الوالدين. توفير المعلومات في أقرب وقت ممكن بعد التقييم؛ وتوفير دعم المتابعة والخدمات، وقد كررت هذه النتائج في دراسات أخرى كذلك . ونظراً لهذه الدراسات إضافة لتجربتهما الخاصة استنتجا عدة أشياء تحسن جلسة التعليقات .

أولاً أن جدولاً وقت كافٍ حتى يمكن خلق جو يشجع على الأسئلة . إن التوضيح الدقيق، المقدم بطريقة ترسي الأساس لإقامة علاقة تعاون مع عائلة الطفل. هو الخيار الأكثر فعالية على المدى الطويل. ثانياً، ينبغي إعطاء الأسر خيار جدولاً جلسة التغذية الراجعة لموعد يمكن لهؤلاء الأفراد المهمين الحضور عادة الوالدين. مع ملاحظة أن استماع المزيد من الأشخاص في حياة الطفل إلى المعلومات اللازمة، يقلل من الحاجة إلى أن يكون الوالدان الوحيدين اللذين يربطان التغذية الراجعة بالأسرة . ميزة أخرى هي الدعم الاجتماعي. بقدر ما تكون الأسرة داعمة، يمكن أن يكون وجودهم حاضراً جداً، خاصةً إذا كانت النتائج تزعج الوالدين . وأخيراً، قد يكون للأجداد وغيرهم من أفراد العائلة الممتدة أهمية كبيرة فيما يتكشف في أعقاب التعليقات، لأنهم في كثير من الأحيان هم اللاعبون الرئيسيون في خطة العلاج .

تتطلب جدولاً التعليقات مرونة من جانب المعالج. ومع ذلك، فإن هذه الخطوة تضمن وصول المعلومات إلى من يدعمون الطفل. عندما لا يكون من الممكن حضور هؤلاء الأفراد، يمكن اتخاذ خطوات أخرى، مثل تقديم التعليقات عبر الهاتف أو برمجة جلسة لاحقة .

ثالثاً؛ إن الطفل يحتاج إلى المعلومات أيضاً. في بعض الأحيان يكون من الأفضل إعطاء التغذية الراجعة للطفل أثناء وجود الوالدين، خاصة مع الأطفال الأصغر سناً. تتمثل إحدى فوائد هذا الأسلوب في

أنه نموذج للآباء في كيفية توقع أسئلة الطفل والإجابة عليها. فائدة أخرى هي أنه يظهر للطفل أن الأسئلة ليست فقط مسموح بها ولكن مرحب بها. ومن المفيد أيضاً أن تستمع العائلة إلى نفس المعلومات، لذلك يعرف كل منهم ما قيل للآخرين. هذا مهم بشكل خاص إذا قدم الطفل معلومات كجزء من مقابلة، لأنه قد يتساءل عما تم مشاركته مع الوالدين. والقاعدة الأساسية الجيدة هي معالجة قضايا السرية مع كل من الطفل والوالدين أثناء المقابلة، على الرغم من أن المشكلات الناشئة في تقييمات تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD، لا تمثل عادة مشكلة في هذا الصدد، فمن الممكن دائماً أن يشارك الطفل معلومات حساسة (على سبيل المثال، تعاطي المخدرات) أو التي تتطلب السرية (سوء معاملة الأطفال أو التهديد بإيذاء الذات أو غيرها) .

وبالرغم من أن الجلسات المشتركة لها مزايا، إلا أنه عندما تكون هناك معلومات سلبية أو غير مريحة بشكل خاص لإبلاغها، قد تكون الجلسات المنفصلة هي الأفضل. فمن غير المناسب أن يسمع الطفل بعض التقييمات الناشئة عن التقييم. لنفترض على سبيل المثال أن المعلومات التي قدمها مدرس الطفل كانت سلبية بشكل خاص. حتى إذا كان إدراك المدرس صحيحاً وكان الطفل يدرك بالفعل أن الأمور لا تسير على ما يرام، فقد يكون من الصعب مناقشة هذه المعلومات أمام الطفل. هذا لا يعني أن المشخص لن يشارك ملخصاً مع الطفل، ولكن القيام بذلك في جلسة فردية. وبالمثل، إذا كان من المحتمل أن تكون المعلومات مزعجة على وجه الخصوص للوالدين، فقد يشعرون بارتياح أكبر في الحصول على جلسة بمفردهم مع الطبيب، حيث يمكنهم الرد بصدق وطرح أسئلة مثل تلك المتعلقة بالتنبؤ. أيضاً، قد يشعر الأطفال الأكبر سناً بمزيد من الارتياح عند إثارة بعض القضايا على انفراد. وذلك بجدولة جلسات فردية والهدف من جميع التعليقات هو مناقشة مفتوحة حول نتائج التقييم وخيارات العلاج، والتي تمكن الطفل والأسرة من المضي قدماً .

(ANASTOPOULOS and SHELTON, 2002, p.191)

في بعض الأحيان يكون من المستحيل تغطية كل شيء في جلسة واحدة، مثل متى يجب على المرء إعطاء ملاحظات مباشرة بعد التقييم أو عندما يريد المرء تحديد موعد جلسات فردية مع الوالدين والطفل وربما مع أفراد العائلة الآخرين أيضاً. من الضروري أن يعرف المرء مقدار الوقت المتاح؛ يمكن عندئذٍ تحديد ما يجب مشاركته في الجلسة الأولى .

15-2 محتوى التغذية الراجعة :

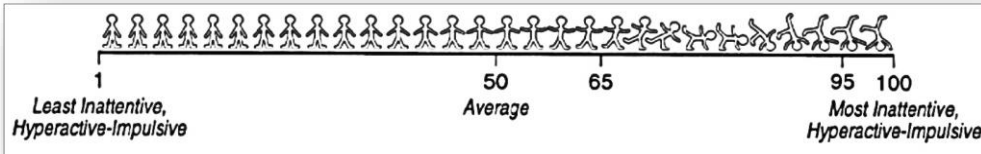
شرح (ANASTOPOULOS and SHELTON) أنه تحدد محتويات ردود الفعل حسب أولويات المعلومات التي يجب مشاركتها نظراً لقيود الوقت وأولويات الأسرة. فمعالجة أولويات الأسرة لها ميزتان على الأقل. أولاً، احترام دور الأسرة الفريد والأساسي في حياة الطفل. ثانياً، يخفض من قلقهم وإحباطهم لأنه يضمن معالجة القضايا ذات الأهمية القصوى. كما يجب التواصل حول مشاكل التغذية الراجعة التي يعتبرها ضرورية في أقرب وقت ممكن. في كثير من الحالات، ستكون هذه هي نفس القضايا التي تحدها الأسرة، ولكن في بعض الأحيان هناك قضايا ملحة أخرى يجب مناقشتها. على سبيل المثال، إذا كان من المقرر اتخاذ قرارات في الأسبوع المقبل بشأن وضع الفصل الدراسي للطفل للسنة التالية، فيجب معالجة ذلك. وهناك العديد من الأشياء التي ينبغي مناقشتها في أي جلسة تغذية راجعة أولية .

يرى ANASTOPOULOS and SHELTON أنه أولاً وقبل كل شيء، يجب مناقشة نتائج التقييم. لنفترض أنه تم تأكيد تشخيص ADHD ينبغي عدم توصيل هذا التشخيص فحسب، بل شرح العملية التي تم تحديده من خلالها. يجب أن يكون لدى الآباء بالفعل بعض الفهم لعملية التقييم المتعدد الأساليب (multimethod)، بحكم أنهم قد مروا بها للتو. ومع ذلك، من المهم توضيح المعلومات التي تم الحصول عليها، وأي تناقض في البيانات، وكيف تم حلها. وهذا أمر بالغ الأهمية، لأن الآباء بحاجة إلى فهم كيف ولماذا تم اتخاذ قرار الجزم بتشخيص طفلهم بتشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD .

فالعديد من المفاهيم الحاسمة لعملية التشخيص غير مألوفة للآباء. فيما يتعلق بالانحدار النمائي. حتى مصطلح "الانحراف" يمكن أن يكون مضللاً، على الآباء أن يعرفوا أن "الانحراف"، كما هو مستخدم في تشخيص ADHD ، هو مصطلح إحصائي يعني "أكثر تكراراً وشدة من المتوقع أن يكون لدى الأطفال من نفس العمر والجنس" ، الدرجات المعيارية T، المترجمة إلى المئوية، هي في الغالب المعيار لهذا التحديد، ولكن الترتيب المئوي قد لا يكون مألوفاً أيضاً. لشرح المئوية، من المفيد غالباً استخدام مثال. لنفترض أن أعراض تشتت الانتباه و النشاط الزائد ADHD للطفل، والتي تم حساب متوسطها عبر التقييمات، قد انخفضت عن 95%. إحدى طرق تصوير هذا هي أن يتخيل الوالدان أن طفلها في مجموعة من 100 طفل من نفس العمر والجنس. بعد ذلك، يُطلب منهم أن يتصوروا أن الأطفال قد تم تقييمهم لمعرفة مدى تشتت الانتباه والاندفاع والنشاط المفرط لكل واحد منهم. وبناءً على نتائج هذا التقييم، تم ترتيب الأطفال عندئذٍ. الطفل رقم 1 في هذا الترتيب أظهر هذه السلوكيات الأقل في كثير من الأحيان. أظهر الطفل رقم 100 في معظم الأحيان. الطفل رقم 50 عرض قيمة متوسطة . ثم يلاحظ المقيم أنه إذا كان الطفل المعني

هو رقم 65 في المجموعة، فإنه سيعرض ميزات ADHD أكثر من الطفل العادي، لكنه سيظل قريباً من وسط الحزمة. ولذلك، فيعتبر ذلك ضمن الحدود العادية ولن يبدأ بأي تدخل. بالإشارة إلى بيانات multimethod التي تم التوصل إليها، قد تشير إلى أن طفلهم كان في 95 في المائة، مما يعني أن 95 طفلاً في المجموعة أظهروا عددًا أقل من سلوكيات المشكلة. أقل من 5 من أصل 100 من شأنه أن يواجه صعوبات مماثلة. لأن هذا بعيداً عن وسط الحزمة، فمن غير المرجح أن يكون تغييراً طبيعياً. على هذا النحو، فإنه يعتبر منحرفاً من الناحية النمائية، مما يعطينا سبباً للاعتقاد بأنه يمثل مشكلة مهمة عيادياً، في هذه الحالة يمكن للمساعدات البصرية، مثل ما هو مبين في الشكل، أن تكون مفيدة للغاية في توضيح ذلك .

(ANASTOPOULOS and SHELTON, 2002, p.192-193)



الشكل (9) يوضح المساعدة البصرية على فهم الانحراف النمائي عن المتوسط

(ANASTOPOULOS, ARTHUR D and SHELTON, TERRI L ,2002, p.193)

بمجرد وصف كيفية تم التوصل إلى تشخيص تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD، يمكن إجراء مناقشة مماثلة فيما يتعلق بأي ظروف مرضية موجودة. ينطبق هنا أيضاً مفهوم الانحراف النمائي وتطبيقه على معايير التشخيص، لكن ما يمكن أن يكون مفاجئاً هو وجود صعوبات إضافية. في بعض الأحيان، يشعر الآباء بالارتياح تجاه فكرة تشخيص ADHD، لكنهم يشعرون بالفزع عندما يسمعون عن اضطرابات السلوك أو القلق، على سبيل المثال. إذا لم يكن المشخص حذراً، تبدأ جلسة التعليقات وكأنها سلسلة من مشاكل الطفل. قد يغادر الآباء مع الانطباع بأن كل شيء خاطئ مع طفلهم. وقد يكون هذا مدمراً، مما يحد كثيراً من قدرة الوالدين على الانتقال إلى ما هو أبعد من التقييم ليشمل العلاج، والأهم من ذلك، أن هذا الأسلوب الخاص بالعجز فقط سيكون صورة غير واقعية للطفل. ولكن كيف يمكن للمرء أن يوصل جميع النتائج بدقة بطريقة تحترم مشاعر الوالدين .

(ANASTOPOULOS and SHELTON, 2002, p.193)

يجب على المقيم أن يتخذ أسلوباً متوازناً. كل الأطفال لديهم نقاط قوة. منها ما يتعلق بخصائصهم الشخصية، مثل حس الفكاهة الجيد أو السلوك المتفائل أو الذكاء العالي. وتتعلق بعض نقاط القوة بعائلاتهم، مثل الزواج السعيد والوالدين المميزين والدعم الاجتماعي الكافي. والبعض الآخر يمثل نقاط قوة بيئية، مثل المدرسين الجيدين ونظام المدارس الممتاز. هذه الجوانب يجب مناقشتها في جلسة التغذية الراجعة كذلك. تحديد نقاط القوة وكذلك نقاط الضعف، يؤدي إلى تخطيط فعال للمعالجة وتعاون أفضل بين الآباء والمعالجين.

استراتيجية أخرى هي شرح سبب وجود الاضطرابات المرضية، إذا كان هذا معروفاً. على سبيل المثال، من السهل على معظم الآباء فهم السبب في أن العديد من الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD لديهم أيضاً ODD اضطراب السلوك. وتنبه الوالدين إلى حقيقة أن الأطفال الذين يعانون من ADHD غالباً ما يتجنبون أو يؤجلون أو يرفضون فعلاً القيام بأشياء متكررة أو مملة، لا يساعدهم فقط على فهم مصدر تشخيص ODD، بل يضع الأساس للتدخل. كما هو الحال مع مفهوم الانحراف النمائي من المهم توضيح المصطلحات النفسية وتجنب المصطلحات الزائدة عن الحاجة. إن مصطلح "الاضطراب المصاحب" عادة ما يكون غير مألوف. ويمكن أن يربك الوالدين في أفضل الأحوال، ويضللهم في أسوأ الأحوال. على سبيل المثال، قد تكون التعليقات اللفظية أو المكتوبة التي لا تستخدم تفسيراً "ODD" لاضطراب التحدي المعارض محبطة لأولياء الأمور الذين يستهجنون المصطلح للتعليق على شخصية الطفل. يجب على المرء أن يضع الظروف المرضية في إطار متماسك يرتبط مباشرة بأعراض ومشاكل معروفة بالفعل للوالدين. وأخيراً، يجب على المعالج أن يكون داعماً ومشجعاً على المراحل القادمة (برنامج العلاج والمتابعة).

تثقيف الوالدين :

بمجرد مناقشة عملية التقييم والصورة التشخيصية، فإن الشيء التالي هو تزويد الأسرة والطفل بمعلومات واقعية عن ADHD وأي مخاوف أخرى ذات صلة. تمكن المعلومات الوالدين والطفل ليصبحوا شركاء نشطين في تصميم وتنفيذ التدخلات، فهم بحاجة إلى أن يصبحوا على دراية بالاضطراب.

(ANASTOPOULOS and SHELTON, 2002, p.189)

تزويد الآباء بنشرات قياسية (وصف كامل لـ ADHD ومسبباته) تصف ما هو ADHD، وما نعرفه عنه، وكيف يتم التعامل معه وهو أمر مهم بشكل خاص بالنظر إلى الكم الهائل من المعلومات الخاطئة للإعلام العام ADHD. يوجه المشخص أيضاً الآباء إلى منظمات مثل CHADD (الأطفال الذين يعانون

من اضطراب تشتت الانتباه) أو جمعيات النهوض بالعلاج السلوكي، وكلاهما يحتوي على صحائف معلومات ADHD الخاصة بهم. ينبغي أيضا مساعدة الأسرة في فهم ومراجعة مختلف المعلومات حول AD HD، تساعد جلسة التغذية الراجعة الجيدة أيضًا العائلات على أن تهضم جيدًا المعلومات التي قد تصادفها في المستقبل.

ويشير (ANASTOPOULOS and SHELTON) أيضا على أن أوراق المعلومات تعد مفيدة للغاية حيث يحاول الآباء توصيل نتائج التشخيص إلى أفراد العائلة الآخرين. فعلى الرغم من أنه من الأفضل أن يكون لدى المقيم اهتمام بالآخرين في جلسة التعليقات، إلا أنه ليس من الممكن دائمًا جدولة جلسات إضافية، لذلك يجب على الآباء أن يصبحوا "خبراء مقيمين" حول تقييم أطفالهم وتشخيصهم. إن وضع المعلومات في أيديهم يزيد من احتمال قيام أفراد العائلة الآخرين بدعم الوالدين والطفل بفعالية .

وعند النظر في المعلومات المكتوبة التي تتم مشاركتها مع العائلة، من الضروري أن يأخذ في الاعتبار مستوى القراءة واللغة الأساسية للوالدين والعائلة. من الناحية المثالية. عندما تكون القراءة والكتابة مشكلة، يمكن تصوير وصف موجز للاضطراب ونظرة عامة على الاستنتاجات التشخيصية وتوصيات العلاج. خيار آخر هو استخدام شريط فيديو موجود بالفعل حول ADHD. يجب أن يتم تقديم المعلومات الأكثر شمولاً في الشكل الأكثر استخداماً. عندما يتم ذلك، من المرجح أن تؤدي جلسة التعليقات إلى نتيجة ناجحة. ويجب أيضًا تثقيف الأطفال حول ADHD، يمكن للمعالج أن يشرح للآباء كيف يصفونه للطفل، لكن هذا غير ممكن في بعض الأحيان. طريقة واحدة لمعالجة هذا هو من خلال الكتب، هناك عدد من الكتب الجيدة مكتوبة عن ADHD للأطفال من جميع الأعمار. يمكن الحصول على كتب الأطفال وأشرطة الفيديو في والمنظمات مثل CHADD و A.D.D.

(ANASTOPOULOS and SHELTON, 2002, p.195)

3-15 ملخص وانطباعات التشخيص :

عملية صنع القرار فيما يتعلق باستنتاجات التشخيص تتبع منهج اختبار الفرضية، وينبغي أن يعكس هذا التقرير المنهج والذي يمثل الأساس المنطقي لاستنتاجاته. وأحد العناصر الأساسية هنا يتمثل في الربط بين نتائج التقييم وسبب صعوبات الطفل .إذا لم يكن اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD ، يجب أن تلخص الاستنتاجات التشخيصية نقاط القوة مع الصعوبات، تقارير الوالدين والمدرسين والتقييم الخاص للعيادة تعطي معلومات عن ذلك، نقاط القوة ليست مجرد غياب المشاكل (على سبيل المثال "لا

يوجد سلوك معارض"). يجب أن يتضمن التقرير الطفل والأسرة وقوة النظام (مهارات التأقلم، القدرات الفكرية، رعاية الآباء) التي سيتم دمجها في البرنامج العلاجي المصمم .

15-4 تفسير النتائج وتوصيات العلاج :

إن التقرير الجيد يقود القارئ من الملخص إلى خطة العلاج. يعتبر القسم الجيد لتوصيات العلاج أمراً أساسياً، لأن التقييم الشامل يمكن طمسه من خلال مجموعة من التوصيات التي لم يتم وصفها بشكل كاف. حتى عندما يستخدم المشخص بعناية نهج متعدد الأساليب للوصول إلى تشخيص DSM مدروس، يفقد التقرير تأثيره بدون توصيات واقعية وعملية.

ويناقش كيف ترتب التوصيات، حيث يجب أن يتم سرد أهمها أولاً. ينبغي أن يكون هناك بعض الأسباب المنطقية للقرار. غالباً ما تتعلق أهم التوصيات بالقضايا الأكثر إلحاحاً التي نشأت في سياق التقييم، يسردها الممارس في ترتيب ما ينبغي يتم إنجازه أولاً إذا كان الطفل، على سبيل المثال، ليس لديه ADHD فقط ولكن أيضاً اضطراب السلوك Conduct Disorder ، فيمكن للمرء أن يدرج علاجات لمشاكل السلوك أولاً، لأن هذه السلوكيات من المحتمل أن تسبب لكل من الطفل وعائلته ضائقة كبيرة. أو قول أحد الوالدين أنه يعاني من صعوبات نفسية أو زوجية خطيرة. سيقوم الطبيب بإدراج العلاج الفردي أو الزوجي أولاً، مما يشير إلى أنه يجب أن يحدث بعد أو على الأقل مع تدريب الوالدين، لأن تدريب الوالدين يتطلب من الوالدين العمل معاً في معالجة صعوبات أطفالهم.

في بعض الأحيان، من الأفضل البدء بالتوصيات التي يمكن تنفيذها بسرعة. يمكن للنجاح السريع تسهيل تنفيذ العلاجات الأخرى وتزويد جميع المعنيين بالدعم الذي هم في أمس الحاجة إليه . ينبغي أن تساعد أولويات الأسرة في توجيه أمر الإدراج.

(ANASTOPOULOS and SHELTON, 2002, p.202)

15- علاج اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

16-1 العلاج الدوائي : Therapy Medication:

تظل المعالجة الدوائية واحدة من أكثر أشكال علاج ADHD شيوعاً، لكنها الأكثر إثارة للجدل. من المهم ملاحظة أن قرار وضع أي دواء هو مسؤولية اختصاصيين طبيين - غير تدريبيين - بعد التشاور مع العائلة والاتفاق على خطة العلاج الأكثر ملاءمة. يستخدم العلاج بالدواء لعلاج ADHD لدى الأطفال في سن 6 سنوات فما فوق. وقد ازداد عدد الوصفات الطبية باستمرار منذ الموافقة على الاستخدام الطبي

لأول مرة من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) في 1960. تصنف الأدوية على أنها إما منشطات أو غير منشطة.

(Courtney et all, 2016, p. 694-695)

توصي إدارة الأغذية والأدوية (FDA) الآباء الذين يفكرون في علاج ADHD لأطفالهم بالعمل مع الطبيب المختص لوضع خطة علاجية تتضمن مراجعة دقيقة للتاريخ الصحي والفحوصات الطبية المنتظمة . على وجه الخصوص، يجب أن تخبر الطبيب عن أي مشاكل في القلب أو الصحة العقلية.

(Borrill, 2000, p.11)

أوصت الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين والأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، بشأن العلاج بالأدوية المنشطة جدولاً لزيارة متابعة خلال ستة أسابيع من بدء العلاج. (قياس HEDIS: في غضون أربعة أسابيع) بمجرد استقرار العميل، يحدد موعداً لزيارة العيادة كل ثلاثة إلى ستة أشهر، حسب الحالة الفردية - أكثر تكراراً مع الاعتلال الكبير (الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين، 2007؛ الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال للجنة الفرعية المعنية بتحسينات الجودة حول اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد، 2000؛ بيان توافق المعاهد الوطنية للصحة، 1998). هذه الزيارات تسمح بمراجعة وإدارة المجالات التالية: قياس- الطول والوزن وضغط الدم والنبض، الالتزام بالتوقيت، إجراء تعديلات الجرعة أو تبديل الأدوية، يجب أن يتم التعامل مع التزام العميل بالنظام الحالي، والصفات الإيجابية للدواء، قد تكون ملاحظات الوالدين والمعلمين أو مقاييس تقييم السلوك مفيدة.

على الرغم من أن الآثار الإيجابية للدواء المنبّه فورية، إلا أن جميع الأدوية لها آثار جانبية. والأكثر شيوعاً تشمل الأرق، والعصبية، والصداع، وفقدان الوزن. في حالات أقل، أبلغ المشاركون عن تباطؤ النمو، واضطرابات التشنج، ومشاكل التفكير أو التفاعل الاجتماعي. (وزارة التعليم الأمريكية، مكتب التعليم الخاص وخدمات إعادة التأهيل، ومكتب برامج التعليم الخاص، 2003، ص 11).

وجدت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP) أن 80% على الأقل من الأطفال سوف يستجيبون لأحد المنشطات إذا تم إعطاؤهم بطريقة منتظمة. ومع ذلك فالأدوية المنشطة لا "تطبع" (لا تعدل السلوكيات) مجموعة كبيرة من المشاكل السلوكية والأطفال الذين يخضعون للعلاج قد يظهرون مستويات أعلى من المشاكل السلوكية من أقرانهم. (AAP، 2001).

(U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, and Office of Special Education Programs, 2003, p.11)

على الرغم من أن الأدوية المنشطة يمكن أن تؤدي إلى تحسينات هائلة لبعض الأطفال، إلا أنها لا تستطيع معالجة جميع الصعوبات المحتملة. يمكن للمنشطات أن تساعد الأطفال على أن يكونوا أكثر انتباهاً لطلبات الوالدين وأقل اندفاعاً في تصرفاتهم، وبالتالي تقليل عدم الالتزام، ولكنها لا تستطيع معالجة الصعوبات السلوكية الرئيسية للأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك .

(ANASTOPOULOS and SHELTON, 2002, p.196)

16-2 العلاج بالطب البديل التكميلي (CAM) complementary medicine :

في ضوء المخاوف المتعلقة بالآثار الجانبية والآثار الضارة المحتملة على المدى الطويل للأدوية، يبحث الآباء في الغالب عن طرق علاج بديلة آمنة ومفيدة. من الأمثلة على العلاجات الطبية التكميلية البديلة (CAM) التي تم اختبارها في علاج تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD هي العلاجات العشبية، المكملات الغذائية، الارتجاع البيولوجي، التدليك، الوخز بالإبر، التأمل والتغييرات الغذائية. لم تخضع معظم طرائق CAM لدراسات منتظمة لتحديد فعاليتها في علاج أعراض ADHD. وقد تم التحقيق في عدد قليل من العلاجات CAM (التأمل، والوخز بالإبر) ولم تظهر لها فعالية موثقة. تشير الدراسات الخاصة بطرائق CAM (مكملات الحديد، الحمية) إلى فوائد إيجابية.

(Dobie Cet all.,2012, p.40)

وأشارت الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي لبعض العلاجات الأكثر شيوعاً التي لم يتم إثباتها بالنسبة إلى ADHD هي الحميات الغذائية الخاصة، المكملات العشبية علاج الرؤية، العلاج بتقويم العمود الفقري، علاجات عدوى الخميرة، الأدوية المضادة للحركة، التدريب على التريث (معالجة التسرع)، التحفيز السمعي، والتغذية الراجعة لموجة الدماغ biofeedback. في حين أنه سيكون من الرائع إذا نجحت هذه العلاجات، إلا أن البحث العلمي الصارم لم يجد هذه البدائل فعالة في تعديل أعراض اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه - وهي بالتأكيد ليست "علاجات". ولم يظهر أي علاج بالأعشاب فعالية في تحسين أعراض ADHD.

(American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association ,p.19, Dobie Cet all.2012 ,p.46)

التدخلات العلاجية، باستخدام الأعشاب النباتية وغيرها من العوامل المغذية، لم يتم دعمها بالبحوث

القائمة على الأدلة في الوقت الحالي .

16-3 العلاج بالتغذية الطبية :

تعتبر التغذية المتوازنة حاسمة للتنمية الشاملة للطفولة ولمعالجة أي حالة مزمنة، بما في ذلك اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد. تبين فعالية بعض الأنظمة الغذائية والمكملات الغذائية للعملاء الذين يحاولون تجنب الأدوية المنشطة، تتضمن الحمية المقترحة مكملات الدهن (الأحماض الدهنية)، والحمية الغذائية، والنظام الغذائي المقيد .

16-3-1 : الدهون الغذائية :

وجد نقص PUFA ذي السلسلة الطويلة، والذي قد يكون ناتجًا عن سوء التغذية أو تغير التمثيل الغذائي لدى الأطفال الذين يعانون من ADHD وأثبت استخدام الأحماض الدهنية أوميغا 3 كمكمل للمنبهات فعالية في الحد من الأعراض الأساسية في ADHD. وتشير تحليلات التلوي إلى أن الجمع بين أوميغا 3 وأوميغا 6 PUFAs يحسن المشاكل العاطفية والسلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط وبناء على هذه النتائج الواعدة، فإن الغذاء الطبي في شكل كبسولة، Vayarin، متاح ومُشار إليه للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 6 إلى 13 عامًا والذين يعانون من خلل عاطفي وفرط النشاط. تمت تجربته كعلاج وحيد أو بالإضافة إلى الأدوية المنشطة الحالية. يعزز PUFAs النقل العصبي، والذي يسمح للفرد باستخدام جرعة أصغر من الأدوية المنشطة لتحقيق استجابة مرغوبة .

(Courtney ET all, 2016, p.697-696, JOSEPH AUSTERMAN, 2015, p.6)

ويرتبط نقص المعادن مع تفاقم أعراض ADHD يعمل الزنك، على وجه الخصوص، كعامل مساعد في عملية التمثيل الغذائي للدوبامين والأحماض الدهنية. مكملات الحديد والزنك مفيدة في تعديل الأعراض وتعزيز تأثير الأدوية المنشطة.

(Courtney et all, 2016, p.697-696)

16-3-2 : الحمية الغذائية :

يلاحظ الآباء أن بعض المضافات الغذائية تؤثر على التركيز بحيث يصبح أسوأ. يعتقد بعض الباحثين أنه عند هؤلاء الأطفال، قد تتحول المضافات الغذائية إلى مواد كيميائية "تثير" الدماغ أكثر من اللازم، يمكن حذف هذه المواد المضافة من النظام الغذائي لطفل ذو تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لبضعة أسابيع: MSG (الغلوتامات أحادية الصوديوم)، والتي تستخدم في العديد من المطاعم (الأطعمة السريعة) وفي بعض الأطعمة المعلبة المعلبة. التلويين الغذائي الاصطناعي، وخاصة الأصباغ الحمراء (تجنب Jell-OTM و Kool-AidTM و "مشروبات" الفاكهة مثل Hi-CTM)، مواد تحلية صناعية مثل الأسبارتام (مثل NutrasweetTM).

(Ottawa,&Ontario(2010) . AUSTERMAN, 2015, p.6)

يرى (كورتني وآخرون، 2016) أنه على الرغم من صعوبة تحقيقه، إلا أن تعديل النظام الغذائي، وتحديدًا إزالة تلويين الطعام الاصطناعي ومواد حافظة بنزوات الصوديوم، كانت أكثر فعالية من التعديل السلوكي في الحد من الأعراض الأساسية للاضطراب ADHD! .

16-3-3 النظام الغذائي المقيد :

ويزيل النظام الغذائي المضاد للحساسية الأطعمة المرتبطة عادة بحساسية الطعام، بما في ذلك حليب الأبقار والجبن والقمح والبيض والشوكولاتة والمكسرات والحمضيات. إذ يمكن أن تحدث فرط الحساسية لدى الأطفال (أي، الأكرزيماء، الضائقة المعدية المعوية) أو تفاعلات الحساسية مع بعض الأطعمة. حيث تسبب نوعًا من التفاعل الشديد الحساسية في دماغ الطفل. وفي هذا السياق بحثت دراسة تأثير التغذية على الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط في تجربة وجدت أن حمية الإزالة المقيدة قللت من أعراض ADHD في 64٪ من أطفالها، في حين أدت إعادة تقديم الأطعمة عالية IgG إلى التراجع في السلوك. ومع ذلك، فإن هذا النظام الغذائي يصعب متابعة نتائجه في الفقراء (يعجزون عن الامتثال). وتمت التوصية بمراقبة الأطفال من قبل اختصاصي التغذية للتأكد من أنهم لديهم جميع المتطلبات الغذائية للنمو. يربط المجتمع زيادة استهلاك السكر والكربوهيدرات مع النشاط الزائد، ولكن معظم التجارب المضبوطة لم تثبت بشكل مباشر حتى الآن هذه العلاقة. فمن الممكن أن يؤدي الحمل الزائد للكربوهيدرات إلى نقص سكر الدم التفاعلي، والذي يمكن أن يؤدي إلى عدم اكتراث الطفل و النشاط الزائد. وبالتالي، فمن المعقول تجنب الأطعمة ذات مؤشر نسبة السكر في الدم عالية وضمان جميع الوجبات الخفيفة وتشمل البروتين لتجنب نقص السكر في الدم.

أجريت مراجعة منهجية للعلاج بالتغذية لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد بتطبيق الحمية الغذائية واتباع نظام غذائي مكمل وجدت أن التدخلات الغذائية واعدة للغاية لاضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد، لكنها اقترحت المزيد من الدراسات الضرورية قبل التوصية بها كعلاج. وقام الباحثون بالتحقيق في 52 دراسة شملت تدخلات النظام الغذائي لدى الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد للتحقيق فيما إذا كانت التدخلات أدت إلى تحسن في أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد . استعرضوا أربعة تحليلات ميتا، التي وجدت أن للملونات الغذائية الاصطناعية آثار ضارة بتفاقم أعراض ADHD، في تحليل التلوي لعدد قليل من التجارب لدراسات ذات جودة محدودة، وجد الباحثون دليلا على

تأثير إيجابي متواضع صغير من مكملات زيت السمك. وخلصوا إلى أنه "بالنسبة لمعظم التدخلات الغذائية لا يوجد ما يكفي من الأدلة للتوصية باستخدامها الروتيني في الممارسة العيادية" (Thomas et al, 2016, p.58)

استنادا لعدة باحثين نستخلص أن التدخلات العلاجية الغذائية والعلاج بالطب البديل / التكميلي لم يحظى بعد بدراسات علمية دقيقة تثبت استخدامه الآمن والفعال في علاج اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ولحد الآن لا يمثل بديلا لباقي العلاجات الأخرى.

16-4 الارتجاع عصبي (EEG) neurofeedback :

أشارت مراجعة حديثة للارتجاع العصبي في علاج اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد إلى أن تحليل الأدلة الأخيرة تظهر أن الارتجاع العصبي يؤدي إلى انخفاض كبير في الأعراض الأساسية لاضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد ، ولكن فقط في الدراسات التي تغتفر إلى نتائج قياسات دقيقة. حتى في أفضل تقييم دقيق، لم تثبت الأدلة تعلم التنظيم الذاتي أو الآثار الهامة. على الرغم من أن بعض الدراسات قد زعمت أن الارتجاع العصبي فعال، استنتج (هولتمان وآخرون، 2014) أن "هناك حاجة قوية إلى مزيد من الأدلة من التجارب السليمة والحساسة من الناحية المنهجية قبل أن يتم تخصيص أعلى مستوى من الأدلة كمعالجة نهائية لاضطراب ADHD".

اعترف ماجلان بأن الارتجاع العصبي قد أثار الاهتمام في أبحاث الصحة السلوكية بسبب زيادة طلب الأبوين على التدخلات غير الصيدلانية والمخاوف بشأن تنبيهات السلامة المتعلقة بالعقاقير المنشطة. ومع ذلك، فقد نبه (ماجلان، 2015) أن هناك حاجة إلى المزيد من الدراسات لتقديم المزيد من الأدلة من التجارب السليمة والمدققة من الناحية النظرية، ويعتبر الارتجاع العصبي بمثابة فحص لعلاج اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال. وقد نشرت العديد من دراسات المجموعة التي يسيطر عليها استخدام EEG الارتجاع البيولوجي (المعروف أيضا باسم neurofeedback) في علاج ADHD، يستخدم الارتجاع البيولوجي (EEG) بتحليل أنماط موجة الدماغ، أي نشاط بيتا وثيتا، إيقاع الحواس، و / أو إمكانات قشرية بطيئة (استقطاب EEG سلبي أو إيجابي) إلى جانب نظام مكافأة لمساعدة العملاء الذين يعانون من ADHD على تغيير أنماط نشاط الموجات في أدمغتهم.

اقترحت العديد من دراسات الحالة المنشورة أن الارتجاع البيولوجي ل EEG هو علاج فعال للأعراض الأولية للإصابة باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، لا سيما الانتباه، و النشاط الزائد والاندفاع، مع عدم وجود آثار سلبية واستمرار آثار العلاج مع مرور الوقت. ومع ذلك، فإن قيود كل من حجم الدراسة

والتصميم يخلقان أسئلة مهمة حول فعالية طريقة العلاج هذه، وهناك حاجة إلى مزيد من البحث إذا كان يترتب فوائد عن هذا العلاج وغيره من العلاجات البديلة.

دراسة مقارنة حديثة لفعالية الارتجاع العصبي مع متابعة لمدة ستة أشهر (40 جلسة تدريب ثبنا / بيتا) مع العلاج بالميثيلفينيديت (1 مغ / كغ / يوم) في علاج الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد (ن = 23) على أساس تقارير المعلم والوالدين. أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الارتجاع العصبي قلل من الأعراض الأولية لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد وتحسن الأداء الوظيفي على غرار نتائج العلاج بالميثيلفينيديت. تم الكشف عن التحسينات في الأداء الأكاديمي فقط في مجموعة neurofeedback. حذر الباحثون من أن هذه الدراسة تعتمد على عينة صغيرة. في دراسة عشوائية ومضبوطة أخرى، تم اختيار الأطفال والمراهقين الذين يعانون من ADHD (ن = 91) بشكل عشوائي إلى واحد من ثلاث معاملات: neurofeedback ، methylphenidate ، أو الجمع بين neurofeedback و methylphenidate.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن الارتجاع العصبي خفض من أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال والمراهقين كما تم تقييمها من قبل التقارير الأبوية؛ وأن توليفة من neurofeedback و methylphenidate أنتجت نفس التأثيرات. واقترح الباحثون أن آثار neurofeedback تنتج عن مدة غير عادية من الوقت الذي يقضيه المعالج أثناء الارتجاع العصبي والتدريب السلوكي المعرفي الذي تم إدخاله تحت تأثير الارتجاع العصبي .

(Thomas et al ,2016 ,p.57)

16-5 تحريض العصب الثلاثي التوائم :

أجريت دراسة استكشافية مفتوحة لمدة ثمانية أسابيع حول تحفيز العصب الثلاثي التوائم (TNS) لعلاج الأطفال (العدد = 24) الذين تتراوح أعمارهم بين 7-14 عامًا من اضطراب ADHD، يعطى العلاج ليلاً أثناء النوم بعد تلقي المشاركين وأولياء الأمور التعليمات، تم قياس مؤشر ADHD-RS و Conners العالمي في البداية، وكان قياس النتيجة الأولية لتأثير TNS على الأعراض السلوكية ADHD في الأسبوع الرابع والأسبوع الثامن. قيمت تأثيرات TNS على الإدراك والوظيفة التنفيذية، والنوم والآثار الجانبية / الأحداث السلبية، وأظهر ADHD-RS تحسينات في كل من تشتت الانتباه وفرط النشاط / الاندفاعية. وفي الأداء التنفيذي ومشاكل النوم، لاحظ الباحثون النتائج المفاجئة والمقنعة من الدراسة الحالية هي التحسن المذهل الذي تم اكتشافه في العديد من المقاييس CSHQ التي تشير إلى فوائد إيجابية من TNS على القلق

المرتبط بالنوم بالإضافة إلى مشاكل النوم ذات الصلة. واقترح دورًا محتملاً لـ TNS كعلاج لـ ADHD، وتم التأكيد أيضًا على الحاجة إلى تجربة أكثر ضبطًا.

(Thomas et al, 2016, p.60)

16-6 التعديل المبني على الوظائف التنفيذية :

يمكن وصف الوظائف التنفيذية بأنها القدرات اللازمة للأفراد لتعديل الهدف الموجه والمهام الهادفة للحياة اليومية هناك مجموعة متنوعة من الطرق لتعريف الوظائف التنفيذية أو تصنيفها . وصف Weyandt (2005) الوظائف التنفيذية EF بأنها بناء معقد يمكن تعريفه على أنه قدرات معرفية عالية المستوى تسمح بالتخطيط الاستراتيجي والمرونة المعرفية والتنظيم الذاتي والسلوك الموجه نحو الهدف. ذكر براون (2008) أن اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ليس اضطرابًا سلوكيًا، بل هو اضطراب إدراكي بسبب ضعف النمو في الوظائف التنفيذية . وحدد المكونات الستة التالية لـ EF: الوظائف التنفيذية: التنشيط والتركيز والجهد والعاطفة والذاكرة والعمل. العمليات المعرفية الأساسية، يتم قياس الاختلال الوظيفي التنفيذي، باختبارات محددة للوظيفة العصبية النفسية، تميل هذه الاختبارات النفسية العصبية لقياس مجالات معرفية معينة، مثل التثبيط، الذاكرة العاملة، الطلاقة اللفظية، أو الانتباه الانتقائي . هناك اعتقاد متنامٍ بأن EF الوظيفة التنفيذية المرتبطة باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد يمكن قياسها بشكل أفضل من خلال تحديد ضعف سلوكي معين وعاطفي واجتماعي.

(Barkley, 2011)

على هذا النحو، بدأ الباحثون في التركيز أكثر على السلوكيات الفعلية التي تثير مشاكل في الأفراد الذين يعانون من عجز EF ، فيمكن أن يؤثر العجز في EF على إدارة الوقت والمهارات التنظيمية وقدرات حل المشكلات والحوافز والانتباه المستمر وتنظيم العواطف والسلوكيات. وبالتالي، فإن حالات العجز في EF تؤثر عادة على الأداء الأكاديمي والاجتماعي والمهني والنفسي، (Prevatt and Levrini ; 2015,p.38)، تقييم هذه المناطق طريقة أكثر عملية لاستخدام بنية EF .

طور Barkley و Murphy . (2011) نظرية EF المبنية على الضعف السلوكي ، بدلاً من الوظيفة الإدراكية الكامنة. يستند عملهم على دراسات تحليلية عملية للسلوكيات الفعلية التي أظهرها الأفراد ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد . خلصت النتائج التي توصلوا إليها وجود خمسة مجالات فرعية من EF: الإدارة الذاتية للوقت، والتنظيم الذاتي وحل المشكلات، وضبط النفس، والدافع الذاتي، والتنظيم الذاتي للعواطف. وفقاً لـ Barkley و Murphy، فإن عجز EF يخلق عدم القدرة على تنظيم سلوك المرء

بمرور الوقت .ونتيجة لذلك، فإن من يعانون اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد غير قادرين على تنظيم السلوك بفعالية حسب التخطيط للمستقبل أو السعي لتحقيق أهداف طويلة المدى ومصالح ذاتية .اقترح (2010) Barkley باركلي أنه ليس اضطراب تشتت الانتباه، ولكن اضطراب نقص النية، مما يعني أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه و فرط النشاط لديهم قصور في قدرتهم على التخطيط للمستقبل بطريقة مقصودة .لا تكمن المشكلة في ضعف الانتباه، بل عدم القدرة على القيام بما هو المقصود، وليس عجزاً في المعرفة، بل عجزاً في الأداء. يعتقد باركلي أن عجز ADHD و EF مترادفان، وقد ذكر أن ADHD يجب أن يعاد تسميته باضطراب الأداء الوظيفي التنفيذي . لا يوجد سبب واحد محدد؛ ومع ذلك، يتفق معظم الباحثين على أن ضعف EF يتأثر بمزيج من العوامل الجينية والبيئية .

قياس عجز الوظائف التنفيذية EF:

طور Barkley (2011) مقياس الأداء التنفيذي (BDEFS) لقياس السلوكيات معينة التي تحدد الوظائف التنفيذية EF ، وقد أظهرت الدراسات التجريبية أن BDEFS هو مقياس أكثر نجاعة من الناحية البيئية في التنبؤ بأعراض ADHD مقارنة مع الاختبارات الإدراكية، وبالتالي، يمكن أن يكون BDEFS مفيداً كإجراء قياس ما قبل التعديل، بالإضافة إلى طريقة لفهم صعوبات العمل وصياغة أهداف التدريب. تم تحديد الوظائف التنفيذية على أساس المجالات المعرفية، مثل التثبيط، التحول بين المهام، الذاكرة العاملة، الطلاقة اللفظية، أو الانتباه الانتقائي. ومع ذلك، بدأ الباحثون في التركيز أكثر على السلوكيات الفعلية التي تثير مشاكل في الأفراد الذين يعانون من عجز EF.

المخطط الذي وضعه Barkley لتصنيف نطاقات EF هو قاعدة مفيدة لتنفيذ برنامج التدريب . السلوكيات الموصوفة في نطاقات الخمسة هي مناطق ضعف مستهدفة بشكل شائع في العمل مع الأفراد ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد (مثل الإدارة الذاتية للوقت، والتنظيم الذاتي وحل المشكلات، وضبط النفس، والدافع الذاتي، والتنظيم الذاتي للعواطف (يتم إعادة صياغة السلوكيات الغالبة على العملاء وتضمنين عنصر واحد من كل من المجالات الخمسة:

- أقوم بتأجيل إنجاز الأشياء حتى اللحظة الأخيرة.
- لدي مشكلة في تنظيم أفكاري.
- أجد صعوبة في تحمل الانتظار؛ أنا لست صبوراً.
- لا أملك قوة الإرادة أو العزم الذي يبدو لدى الآخرين.

■ أنا أرفض العواطف.

(Prevatt and Levrini, 2015 ,p.39)

يرى Barkley، أن تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD؛ ليس عجزاً في المهارات ولكن صعوبة في التنفيذ السلوكي والتنظيم الذاتي. يمكن للأشخاص الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد تحديد السلوكيات التي تصعب عليهم، كما يمكنهم أن يفسروا ما قد يحتاجون إلى القيام به لتصحيح هذه المشكلات وحتى وصف بعض تقنيات التكيف المحددة. ومع ذلك، وبسبب عجز EF، فإن أولئك الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد سيواجهون صعوبة كبيرة في تنفيذ تقنيات المواجهة والاستمرار فيها، يجدون صعوبة في التضحية بمكافأة فورية إما للحصول على مكافأة أطول أجلاً أو لتجنب بعض الأذى اللاحق. ومن المفيد النظر في عمل العملاء في كل نطاق من هذه النطاقات لمعرفة بالضبط ما هو نوع الإعاقات التي يواجهونها ومساعدتهم على صياغة أهداف محددة .

16-7 العلاج المتعدد الوسائط :

قام المعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH، p.18) بدراسة العلاج المتعدد الوسائط للأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد . شملت دراسة 579 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 7 و10 في ستة مواقع من الولايات المتحدة وكندا في المدارس الابتدائية ذوي اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد، وتم توزيعهم عشوائياً لأحد برامج العلاج الأربعة: وقرن الباحثون آثار أربعة تدخلات: الأدوية المقدمة من الباحثين، والتدخل السلوكي، ومجموعة من الأدوية مع التدخل السلوكي، والرعاية المجتمعية التي لا تدخل فيها (أي الرعاية الطبية النموذجية المقدمة في المجتمع) .

(U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, and Office of Special Education Programs, 2003, p.13. NIMH, p.18)

تمت معالجة ثلاث مجموعات خلال الـ 14 شهراً الأولى في بروتوكول معين وتمت إحالة المجموعة الرابعة للمعالجة المجتمعية لاختيار الوالدين. تمت إعادة تقييم جميع الأطفال بانتظام طوال فترة الدراسة. جزء أساسي من البرنامج كان تعاون المدارس، بما في ذلك المدرء والمعلمين. صنف كل من المدرسين وأولياء الأمور الأطفال على تشتت الانتباه والنشاط الزائد، والاندفاع، وأعراض القلق والاكتئاب، وكذلك المهارات الاجتماعية. وشهد الأطفال في مجموعتين (الدواء وحده والجمع بين العلاج السلوكي والدواء) شهرياً لمدة نصف ساعة في كل زيارة متابعة الأدوية. خلال زيارات العلاج، تحدث الطبيب مع الوالد، واجتمع مع الطفل، وسعى لتحديد أي مخاوف قد تكون لدى الأسرة بشأن الدواء أو الصعوبات المرتبطة بالطفل. بالإضافة إلى ذلك، سعى الأطباء إلى الحصول على تدخلات من المعلمين على أساس شهري.

لم يقدم الأطباء في مجموعة الأدوية فقط العلاج السلوكي ولكنهم قدموا نصائح للوالدين عند الضرورة فيما يتعلق بأي مشاكل قد يعاني منها الطفل .

كان جانب تعديل السلوك من MTA يتألف من عدة مكونات، بما في ذلك تدريب الوالدين، والتشاور المدرسي، وبرنامج العلاج الصيفي . حدث تدريب الوالدين في المقام الأول في جلسات مجموعات صغيرة يقودها أطباء على مستوى الدكتوراه لمدة 1.5-2 ساعة في المرة الواحدة لما يصل إلى 27 جلسة. ركزت الجلسات على التدخلات السلوكية القائمة على الأدلة، مثل بطاقات التقارير اليومية في المنزل والمدارس ولدعم هذه الجهود، تطرقت بعض موضوعات الجلسات إلى قضايا لا توجد عادة في برامج تدريب الأم، بما في ذلك إدارة الإجهاد الوالدي، واستراتيجيات التواصل مع المدارس، ومساعدة الأطفال على تحسين أدائهم الاجتماعي. وحل المشكلات السلوكية، التقى الأطباء مع الأهل بشكل فردي على أساس شهري .

(Schultz and W. Evans., 2015, p.45)

وبينت في مجموعة علاج العملاء فقط، اجتمعت العائلات ما يصل إلى 35 مرة مع معالج السلوك، ومعظمها في جلسات جماعية. وقام هؤلاء المعالجون أيضا بزيارات متكررة للمدارس للتشاور مع معلمي الأطفال والإشراف على مساعد خاص مخصص لكل طفل في المجموعة. بالإضافة إلى ذلك، حضر الأطفال برنامج علاج صيفي خاص لمدة 8 أسابيع حيث عملوا على المهارات الأكاديمية والاجتماعية والرياضية، حيث تم تقديم العلاج السلوكي المكثف لمساعدة الأطفال في تحسين سلوكهم. وفي الرعاية المجتمعية الروتينية، تابع الأطفال عند طبيب العلاج المجتمعي حسب اختيار آبائهم من مرة إلى مرتين في السنة لفترات قصيرة من الزمن. أيضا لم يكن لطبيب المجتمع المعالج أي تفاعل مع المعلمين. كشفت النتائج أن التدخل متعدد الوسائط يحسن: الأداء أكاديمي، التفاعل بين الوالدين والطفل، السلوك المرتبط بالمدرسة ويقلل قلق الطفل، والسلوك المعارض. من بين التدخلات الأربعة التي تم بحثها، وجد الباحثون أن العلاج المشترك (العلاج السلوكي والعلاج الدوائي) يعمل بشكل أفضل بشكل كبير من العلاج السلوكي وحده أو الرعاية المجتمعية وحدها في الحد من أعراض اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط . كانت العلاجات متعددة الوسائط فعالة، بشكل خاص في تحسين المهارات الاجتماعية للتلاميذ القادمين من بيئات عالية الضغط والأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد بالإضافة إلى أعراض القلق أو الاكتئاب. كشفت الدراسة أن جرعة الدواء الأقل فعالة في العلاجات متعددة الوسائط، بينما كانت هناك حاجة لجرعات أعلى لتحقيق نتائج مماثلة .

(U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, and Office of Special Education Programs, 2003, p.13)

وذكر (Ottawa,&Ontario,2010) أن العلاج الأكثر فعالية هو عادة مزيج من الأدوية والبرامج

المدرسية وعلاجات تعديل السلوك. ويتطلب اتباع نهج شامل للعلاج يشمل ما يلي :

- تثقيف الوالدين والطفل حول التشخيص والعلاج .
- تدريب الوالدين على تقنيات تعديل السلوك .
- أدوية .
- البرمجة المدرسية والدعم .
- علاج الطفل والأسرة لمعالجة مخاوف الإجهاد الشخصي و / أو الأسرة .
- يجب أن يتم تصميم العلاج وفقاً للاحتياجات الفريدة لكل طفل وعائلة .

16-8 تعديل السلوك :

تمثل الأساليب السلوكية مجموعة واسعة من التدخلات المحددة التي لها هدف مشترك وهو تعديل البيئة المادية والاجتماعية لتعديل السلوك أو تغييره (AAP، 2001). يتم استخدامها في علاج (ADHD)؛ لتوفير نظام للطفل وتعزيز السلوك المناسب. يشمل أولئك الذين يطبقون مناهج سلوكية عادة الآباء والأمهات وكذلك مجموعة واسعة من المهنيين، مثل أخصائي علم النفس، وموظفي المدارس، والمعالجين بالصحة النفسية المجتمعية، وأطباء الرعاية الصحية الأولية.

تشمل أنواع الأساليب السلوكية التدريب السلوكي للآباء والمعلمين (حيث يتم تعليم الوالدين و / أو المدرسين مهارات تعديل الطفل)، وهو برنامج منهجي للتعديل (التعزيز الإيجابي، "فترات الخروج"، تكلفة الاستجابة، واقتصاد رمزي) ، تم تصميم هذه الأساليب لاستخدام التعليم المباشر واستراتيجيات التعزيز للسلوكيات الإيجابية والعواقب المباشرة على السلوك غير المناسب.

من بين هذه الخيارات، وجد أن البرامج المنهجية للتعديل المكثف التي يتم إجراؤها في الفصول الدراسية المتخصصة والمخيمات الصيفية في المكان الذي يسيطر عليه الأفراد المدربون تدريباً عالياً فعال للغاية. تشير دراسة لاحقة أجراها Pelham و Wheeler إلى أن مقاربتين - تدريبات الوالدين على العلاج السلوكي والتدخلات السلوكية في الفصول الدراسية - تحققان أيضاً نجاحاً في تغيير سلوك الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط؛ و بالإضافة إلى ذلك، تعتبر تفاعلات المدرسة والمنزل التي تدعم اتباع أسلوب ثابت مهمة لنجاح الاستراتيجيات السلوكية .

إن استخدام الاستراتيجيات السلوكية يبشر بالخير ولكنه يقدم أيضًا بعض القيود. قد تكون الاستراتيجيات السلوكية جذابة لأولياء الأمور والمهنيين للأسباب التالية :

تستخدم الاستراتيجيات السلوكية في الغالب عندما لا يرغب الآباء في إعطاء علاج دوائي لطفلهم. يمكن أيضاً استخدام الاستراتيجيات السلوكية بالاقتران مع الدواء؛ وتطبيق التقنيات السلوكية في مجموعة متنوعة من الإعدادات بما في ذلك المدرسة والمنزل والمجتمع؛ وقد تكون الاستراتيجيات السلوكية هي الخيارات الوحيدة إذا كان لدى الطفل رد فعل سلبي على الدواء .

وزارة التعليم U.S. مكتب التعليم الخاص وخدمات إعادة التأهيل، ومكتب برامج التعليم الخاص، (2003، ص 9) .

(U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, and Office of Special Education Programs, 2003, p.9)

نتائج البحوث على فعالية التقنيات السلوكية متباينة، في حين أن الدراسات التي تقارن سلوك الأطفال خلال الفترات الفاصلة بين العلاج السلوكي القبلي والبعدي توضح فعالية العلاج السلوكي، لكن من الصعب عزل فعاليته. تعدد التدخلات ومقاييس النتائج يجعل التحليل الدقيق لآثار العلاج السلوكي وحده، أو بالاشتراك مع الأدوية، صعب للغاية .

تؤكد مراجعة، أن التعليم الفعال للأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد يتطلب تعديلات في التعليم الأكاديمي وتعديل السلوك وبيئة الفصل الدراسي، على الرغم من أن بعض الأبحاث تشير إلى أن الطرق السلوكية تتيح الفرصة للأطفال للعمل على نقاط قوتهم وتعلم التعديل الذاتي، إلا أن الأبحاث الأخرى تشير إلى أن التدخلات السلوكية فعالة ولكن بدرجة أقل من العلاج بمضادات نفسية .

تبين أن العلاج السلوكي فعال فقط عندما يتم تنفيذه وصيانته في الواقع، قد يكون من الصعب تنفيذ الاستراتيجيات السلوكية باستمرار عبر جميع الأماكن اللازمة لتكون فعالة إلى أقصى حد. على الرغم من أن برامج تعديل السلوك أظهرت أنها تعزز الأداء والسلوك الأكاديمي للأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط ، إلا أن المتابعة والمحافظة على العلاج غير متوفرة في كثير من الأحيان .

Ottawa,&Ontario(2010)

خلاصة :

أكد تقرير (AAP) على أن علاج اضطراب تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد (سواء كان سلوكيًا أو دوائياً أو متعدد الوسائط يتطلب وضع خطط علاج خاصة بالأطفال لا تصف فقط طرق وأهداف العلاج،

بل تشمل أيضاً وسائل المراقبة بمرور الوقت وخطط متابعة محددة. تتطلب عملية تطوير النواتج المستهدفة مدخلات حذرة من الآباء والأطفال والمدرسين وكذلك الموظفين الآخرين بالمدرسة حيثما يكون ذلك والمدرسين حيثما يكون ذلك متاحاً ومناسباً، وخلصت AAP إلى أن الآباء والأطفال والمعلمين ينبغي أن يتفقوا على ما بين ثلاثة إلى ستة أهداف رئيسية على الأقل والتغييرات المرغوبة كمتطلبات لوضع خطة العلاج. يجب أن تكون الأهداف واقعية وقابلة للتحقيق وقابلة للقياس. ووجد تقرير AAP أنه بالنسبة للعديد من الأطفال، تعتبر التدخلات السلوكية ذات قيمة كعلاج أساسي أو كمساعد! في تعديل اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط، وذلك على أساس طبيعة الظروف المتعايشة والنتائج المستهدفة المحددة والظروف العائلية (AAP، 2001).

(Dobie Cet all.,2012, p.39)

تم بحث العديد من خيارات العلاج، ولكن ثبت أن العديد منها غير فعالة، وفي بعض الأحيان، حتى بطلان بعض خيارات العلاج، مثل الحماية الغذائية والتدريب على الاسترخاء لم يتم دعمها بشكل عام في الخبرات المهنية، ويفتقر البعض الآخر إلى الأبحاث ذات الدقة العلمية الكافية لتلبية متطلبات الدعم التجريبي القوي (الارتجاع العصبي).

(Schultz and Evans., 2015)

وهناك ثلاثة مجالات معالجة مدعومة بشدة لعلاج اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد : (1) الأدوية المنشطة؛ (2) تعديل السلوك و (3) مزيج من الاثنين. واستنادا الى آراء الأطباء الباحثين في أدوية تشتت الانتباه مع فرط النشاط حيث أوضحوا أن مفعولها مرهون بمدى عمل الدواء في الجسم أي لا تؤمن علاج نهائي كما أنها لا تعني على التعديل السلوكي بل تمهد له ليصبح بالإمكان التعامل معه بشكل أسهل، ومنهم من أشار بإمكانية الاستغناء على الدواء.

"عندما لا تحقق الإستراتيجية المحددة لطفل ذو ADHD النتائج المستهدفة، يجب تقييم التشخيص الأصلي، واستخدام جميع العلاجات المناسبة، والالتزام بخطة العلاج، و التأكد من وجود ظروف متعايشة. ويجب توفير المتابعة المنتظمة للطفل مع اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط و. وأيضا يجب توجيه الرصد إلى النتائج المستهدفة والآثار الضارة، مع المعلومات التي تم جمعها من الآباء والمعلمين والطفل".

(Dobie Cet all.,2012, p.39)

ويعتمد العلاج أساسا على السيرورة النمائية للطفل سواء في اختيار الاستراتيجيات المناسبة والتي تتوافق مع مستوى التطور، أو لمقارنة نسبة التحسن في الأعراض وفقا للمرحلة النمائية التي ينتمي إليها وهذا ما يطلق عليه الدرجة المعيارية للسلوك وانطلاقا من هذين الأصلين الهامين سيتطرق في الصفحات

الموالية للمرحلة النمائية التي تضم الأطفال من سن اثنا عشرة عاما وسيتم التركيز على هذا العمر بالتحديد كونه يميز عينة الأطفال المشاركين في الدراسة الحالية .

الفصل الثالث :

مرحلة الطفولة المتأخرة

" الأطفال ذوي سن اثناعشرة عاما "

تمهيد

- 1- مفاهيم نمائية
- 2- النمو الجسمي في مرحلة الطفولة المتأخرة
- 3- النمو الفيزيولوجي في مرحلة الطفولة المتأخرة
- 4- النمو الحركي في مرحلة الطفولة المتأخرة
- 5- النمو الحسي في مرحلة الطفولة المتأخرة
- 6- النمو العقلي في مرحلة الطفولة المتأخرة
- 7- النمو المعرفي في مرحلة الطفولة المتأخرة
- 8- النمو اللغوي في مرحلة الطفولة المتأخرة
- 9- النمو الانفعالي في مرحلة الطفولة المتأخرة
- 10- النمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة المتأخرة
- 11- النمو والعناية بالذات والروتين اليومي في سن الثانية عشرة
- 12- تطور الوظائف التنفيذية في مرحلة الطفولة المتأخرة
- 13- الاهتمام بالإرشاد التربوي في نهاية هذه المرحلة
- 14- التعلم السلوكي في مرحلة الطفولة المتأخرة

خلاصة

تمهيد:

الطفولة ليست مجرد مرحلة نمائية في الإنسان يجرى خلالها التطور الجسمي والنفسي وإنما هي بناء ثقافي واجتماعي، فعلى الرغم من أن السمات العامة للطفل يمكن التنبؤ بها، هناك اختلافات ثقافية كبيرة في الطرق والتربية التي يطور بها الأطفال المعتقدات والأهداف والتوقعات أي الممارسات التي تشكل السيرة النمائية. ومن هنا تظهر أهمية دمج نمو الطفل في تخطيط البرامج. حيث تعتمد ردود أفعال الأطفال على عدة عوامل: بما في ذلك السن والخصائص الفردية ونوعية الرعاية المقدمة من الأشخاص المهمين في بيئتهم الاجتماعية .

(Action for the Rights of Children (ARC) p.10-20)

يشير النمو إلى الاستمرارية المنتظمة والتغيرات في الفرد بين الحمل والموت. من خلال وصف التغيرات بأنها "منهجية"، أي أنها دائمة نسبياً، بحيث يستبعد قلب المزاج المؤقت والتغيرات الانتقالية في مظاهرنا وأفكارنا وسلوكياتنا، حيث يتناول جانبيين أساسيين وهما النضج البيولوجي والتعلم من التجارب الذي ينتج تغييرات دائمة نسبياً في الأفكار والمشاعر والسلوكيات، فإلى جانب ضرورة توفر النضج الجسمي للطفل كي يصبح متمكناً في الصف المدرسي لا بد له من الكثير من الممارسة، فالعديد من قدراتنا لا تظهر ببساطة كجزء من النضج، فالفرد يتعلم عادة من الشعور والتفكير والتصرف بطرق جديدة من ملاحظتنا وتفاعلاتنا مع الآباء والمعلمين وغيرهم من الأشخاص المهمين في حياتنا، وكذلك من الأحداث التي نخبرها. هذا يعني أننا نغير استجابة لأفعال وردود فعل الناس من حولنا. بالطبع معظم التغيرات النمائية هي نتاج كل من النضج والتعلم.

(Shaffer, Kipp, 2010, p.2)

يعتمد السلوك الإنساني في كثير من أجزائه على عوامل بنائية بمعنى أن الطفل يتصرف بطريقة ما بسبب بنائه البدني واستعداده الجسمي. لذا ينبغي التنبيه دوماً للمرحلة النمائية التي يعيشها الطفل وذلك قبل الحكم على سلوكه، ومن المهم التنبيه على أن الترتيب الذي تمر فيه مراحل النمو أهم من التحديد الدقيق للعمر المناسب. لدخول هذه المرحلة أو تلك. كما ينبغي تقويم خصائص كل مرحلة بالنظر إلى الغالبية العظمى من الأطفال العاديين إذ يمثل الميزان والمعيار الفاصل للحكم بالسواء أو الاضطراب .

يتناول هذا الفصل الأبعاد الهامة لنمو الفرد في مرحلة الطفولة المتأخرة ويركز على أطفال ذوي سن 12 سنة وهم فئة الأطفال المشاركين في برنامج تدريبي لتعديل سلوك النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه في الدراسة الحالية.

1- مفاهيم نمائية :

1-1 المعنى النفسي للنمو :

التغيرات الجسمية والفيسيولوجية من حيث الطول والوزن والحجم والتغيرات التي تحدث في أجهزة الجسم المختلفة والتغيرات العقلية والمعرفية والتغيرات السلوكية والانفعالية والاجتماعية التي يمر بها الفرد في مراحل نموه المختلفة (زهران ،1986، ص.11)، ويقدر النمو بقياس الأبعاد الطبيعية (الوزن والطول والعرض والحجم)، والظواهر السلوكية،، الحصيلة اللغوية، النسب (رأس الجنين بالنسبة لحجمه) اختفاء خصائص قديمة (اختفاء البكاء كوسيلة دفاعية)، ظهور صفات جديدة: مثل مخالطة الغرباء في مجال النمو الاجتماعي (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص.32-33)

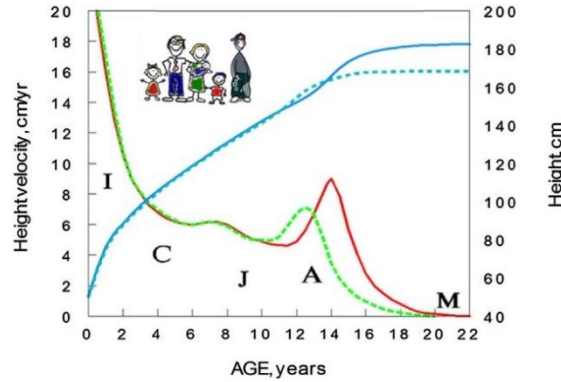
تحدث الدراسة على خصائص مرحلة الطفولة المتأخرة إذ تستخدم في بناء نشاطات برنامج تعديل سلوك مناسبة تسهم في العلاج ولا تسبب تحديا للطفل إذا ما وضعنا مهارات تفوق قدراته فالنمو محك مهم جدا، وأيضا لمقارنة سلوك الطفل المشارك بالمعايير النمائية الطبيعية وانحرافه عنها، وبالتالي سنتطرق له بالتفصيل والشرح .

1-2 مرحلة الطفولة المتأخرة :

تتسم عموما بتباطئ وتيرة النمو مع تحسن مهارات الأطفال الحركية وتتضح (الريماوي، 2003، 323) ويصبح السلوك في هذه المرحلة أكثر جدية والتي تعتبر مرحلة إعداد للمراهقة ويرى عبد السلام زهران أنها تعتبر تمهيدا للمراهقة. وأورد مميزاتها فيما يلي :

- بطء معدل النمو مقارنة بالمرحلة السابقة واللاحقة .
- زيادة التمايز بين الجنسين .
- تعلم المهارات اللازمة لشؤون الحياة، وتعلم المعايير الأخلاقية والقيم. وتكوين الاتجاهات والاستعداد لتحمل المسؤولية، وضبط الانفعالات .
- وتعتبر من الناحية النمائية أنسب مرحلة للتطبيع الاجتماعي .

2-النمو الجسمي في مرحلة الطفولة المتأخرة :



الشكل (10): منحنيات المسافة والسرعة للنمو بالنسبة للبشر الذين يتمتعون بصحة جيدة.

(Bogin, 2015, p.287)

الأولاد، الخط الصلب؛ الفتيات، خط متقطع. هذه منحنيات مشروطة تعتمد على سكان أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية. يشير منحنى المسافة (المحور y على اليمين) إلى مقدار الارتفاع الذي تحقق في عمر معين. يشير منحنى السرعة (المحور y على اليسار) إلى معدل النمو في عمر معين. سرعة النمو خلال مرحلة الطفولة سريعة مع تباطؤ حاد. نمو الطفولة ثابت نسبيا عند حوالي 6 سم في السنة. معدلات النمو هذه نموذجية للأطفال الأصحاء، الذين يتمتعون بتغذية جيدة، معدل نمو الجسم 5.6 سم في السنة في مرحلة الطفولة المتأخرة-معدل نمو أبطأ (Bogin, 2015, p.287)

تتميز هذه المرحلة بنمو بطيء في الناحية الجسمية مقارنة بالمرحلتين السابقتين، بينما يكون النمو سريع في بقية الجوانب الأخرى، فالطفل في السنوات الأربع الأولى لنموه يحقق أربعين بالمائة من نموه العام بينما لا يحقق سوى ستة عشر في المائة من سن السادسة إلى الثانية عشر، والزيادة من العاشرة إلى الثانية عشر تساوي ثمانية بالمائة فقط. (الكفافي، 1998، ص.24)

العمر بالسنوات	نسبة النمو
10	50%
12	58%

الجدول (6) نسبة النمو حسب العمر

الكفافي(1998)

وبشكل عام تقترب النسب الجسمية بما هو عند البالغ، وتستطيل الأطراف ويزداد النمو العضلي وتكون العظام أقوى من ذي قبل. ويتتابع ظهور الأسنان الدائمة (تظهر في السنوات من 10-12 ثماني أضراس أمامية أولى تحل محل الأضراس المؤقتة وتظهر كذلك أربع أنياب تحل محل الأنياب المؤقتة.

(زهران، 1986، ص.234)، ويزداد الطول بمعدل خمسة في المائة في السنة، ويزداد الوزن بمعدل عشرة في المائة في السنة. (عبد السلام زهران، 1986، ص.234، العوامل ومزاهرة، 2003، ص.144) وتستمر هذه النسب إلى نهاية المرحلة تقريبا، ويحدث النمو في النصف الأسفل من الجسم بصورة أكبر مما يحدث في النصف الأعلى منه، ويزيد طول البنات على البنين من العاشرة إلى الثانية عشر. (الكفافي، 1998، ص.25) ويقاوم الطفل المرض بدرجة ملحوظة ويتحمل التعب ويكون أكثر متأثرة. (زهران، 1986، ص.234) الفروق الفردية: تكون واضحة فجميع الأطفال لا ينمون بنفس المعدلات، البعض ينمو بدرجة أكبر نسبيا في الطول والبعض الآخر في الوزن مما يؤدي إلى تنوع الأنماط الجسمية العامة مثل (طويل نحيف /قصير ممتلئ). (زهران، 1986، ص.234)، بالنسبة للفروق بين الجنسين: يكون نصيب البنين أكثر من البنات في النسيج العضلي، والبنات أكثر من البنين في الدهن الجسمي، والبنات أقوى قليلا في هذه المرحلة فقط، فتتفوق عن البنين في الطول والوزن وتبدأ ظهور الخصائص الجنسية الثانوية لدى البنات قبل البنين في نهاية هذه المرحلة. (زهران، 1986، ص.234)، ويلاحظ اهتمام الطفل بجسمه وتظهر أهمية مفهوم الجسم وتأثيره في نمو الشخصية وتعتبر المهارات الجسمية أساسا ضروريا لعضوية ونشاط الثلة (جماعة الرفاق). لذا يجب على الوالدين والمربين مراعاة: الاهتمام بالصحة الجسمية للطفل والتغذية الكاملة والكافية، والاهتمام بالانخراط في نشاطات رياضية.

3- النمو الفيزيولوجي في مرحلة الطفولة المتأخرة :

يستمر ضغط الدم في التزايد حتى بلوغ المراهقة بينما يكون معدل النبض في تناقص، ويزداد تعقد وظائف الجهاز العصبي وتزداد الوصلات بين الألياف العصبية ولكن سرعة نموها تتناقص عن ذي قبل، وفي سن عشرة سنوات يصل وزن المخ 95 % من وزنه النهائي عند الراشد، إلا أنه مازال بعيدا عن النضج. (زهران، 1986، ص.235) ويقل عدد ساعات النوم حتى يصل إلى 10 ساعات في هذه المرحلة. يجب على الوالدين والمربين الحرص والمبادرة بعلاج أي تغيرات فيزيولوجية غير عادية والانتباه لأي اضطرابات نفسية جسمية والمبادرة بعلاجها.

4- النمو الحركي في مرحلة الطفولة المتأخرة :

يصل النمو الحركي في هذه المرحلة إلى ذروته، وتعتبر الفترة المثلى للتعلم الحركي للطفل لذا يتميز الأطفال ذوي النمو العادي في هذه المرحلة بالرشاقة والمهارة والقوة والشجاعة والجرأة والحماس وسرعة

الاستجابة. (نور، 2015، ص.105) تعد مرحلة النشاط الحركي، وتلاحظ فيها زيادة واضحة في القوة والطاقة، وتكون الحركة أسرع وأكثر قوة لكن ينبغي التنبيه إلى أن الطفل يستطيع التحكم فيها بدرجة أفضل (يصبح أقدر على اتخاذ القرار). ويلاحظ أنواع اللعب مثل الجري والمطاردة وركوب الدراجة والسباحة والسباق والألعاب الرياضية المنظمة وغير ذلك من ألوان النشاط التي تصرف الطاقة المتدفقة لدى الطفل والتي تحتاج إلى مهارة وشجاعة أكثر من ذي قبل، ويميل الطفل إلى كل ما هو عملي، فيبدون وكأنهم "عمال صغار" ممثلون نشاطا وحيوية ومثابرة، ويميل الطفل للعمل ويود أن يشعر أنه يصنع شيئا لنفسه. (زهرا، 1986، ص.236) وينمو التوافق الحركي، وتزداد الكفاءة والمهارة اليدوية إذ يسمح نضج العضلات الدقيقة لديه بالقيام بنشاط يتطلب استعمال هذه العضلات مثل النجارة عند البنين وأعمال الطرز عند البنات. وبعض الأطفال يمكنهم في نهاية هذه المرحلة التدرب على استعمال أدوات معينة .

وتتم السيطرة التامة على الكتابة كما أن زمن الرجوع يكون أسرع في هذه المرحلة. (زهرا، 1986، ص.237)، بالنسبة للفروق بين الجنسين: يتميز الذكور باللعب المنظم القوي الذي يحتاج إلى مهارة وشجاعة وتعبير عضلي عنيف كالكرة والجري وتقوم البنات باللعب الأكثر تنظيماً ودقة وتناسق في الحركات كالرقص والحجلة ونط الحبل. (زهرا، 1986، 237، الكفافي، 1998، ص.27)، العوامل المؤثرة: تؤثر البيئة الثقافية والجغرافية التي يعيش فيها الطفل في نشاطه الحركي فرغم تشابهه في جميع أنحاء العالم (يجرون يقفزون يتسلقون يلعبون) إلا أن الاختلافات الثقافية والجغرافية تبرز بعض الفروق في هذا النشاط من ثقافة لأخرى، ويظهر خصوصا في أنواع الألعاب والمباريات فالتزلج على الجليد في شمال أوروبا لا يتوفر للأطفال وسط أفريقيا .

ويؤثر المستوى الاقتصادي والاجتماعي ونوع المهنة في نمط النشاط الحركي للأطفال، فالطفل في الأسرة ذات الاهتمامات التشكيلية يختلف نشاطه الحركي عن الطفل في الأسرة ذات الاهتمامات الميكانيكية. وينبه عبد السلام زهران أن الطفل يحتاج لأن يعرف النشاط الحركي الذي يقوم به فهو يريد أن يؤديه بشكل مستقل قدر الإمكان حيث يستحسن بذلك ويستمتع به، ولكنه يحتاج إلى التدريب والتوجيه في حالة الإخفاق حتى يتحسن أدائه. والطفل في هذه المرحلة لا يكل لكنه يمل . (زهرا، 1986، ص.237) تطبيقات تربوية :

– إتاحة الفرصة للطفل في التعبير عن نشاطه الجسمي وخاصة البنين الذين يجدون لذة في التعبير العضلي العنيف ويشعرون بالضيق الشديد إذا أعيقت حريتهم في الحركة.

- تصل الحاسة العضلية وحاسة اللمس أيضا إلى قمة النضوج لذا يجب أن تكون الوسائل التعليمية مجسمة قدر الإمكان حيث يأخذ فكرة أقرب إلى الواقع فالخريطة المجسمة أفضل من المسطحة ونموذج القلب أو العين الذي يمكن أن يفكه الطفل ويتعرف على مكوناته أفضل من الرسومات المسطحة مهما بلغ اتقانها حيث أن البعد الثالث يتحقق في الوسائل المجسمة، وكلما وظفت الوسيلة حواسا أكثر زادت قيمتها التربوية (الكفافي، 1998، ص.32) حيث يحصل الطفل على ذاكرة لمسية وبصرية معا ترسخ تعلماته .
- استغلال هذه المرحلة في التدريب على المهارات الحركية .
- الاهتمام بالتعليم عن طريق الممارسة .
- تشجيع الأطفال على الحركة التي تتطلب المهارة والشجاعة .
- تشجيع الأطفال على تنوع نشاطهم الحركي وتوجيهه إلى ما يفيد .
- التدريب على بعض الألعاب الرياضية المنظمة .
- تشجيع الهوايات مثل الفلاحة وأعمال النجارة والبناء .
- تدريب الأطفال على الأعمال المنزلية وخدمة أنفسهم . (زهران، ص.238)

5- النمو الحسي في مرحلة الطفولة المتأخرة :

يكاد يكتمل نمو الحواس ويتطور الإدراك الحسي وخاصة إدراك الزمن إذ يتحسن في هذه المرحلة إدراك المدلولات الزمنية والتتابع الزمني للأحداث، ويكون الطفل أكثر دقة في التمييز بين الأوزان ويزول طول البصر بحيث يصبح في إمكانه ممارسة الأشياء القريبة من بصره (قراءة أو عملا يدويا) بدقة أكثر ولمدة أطول من ذي قبل حيث تصل العين إلى غاية نضجها. وتزداد دقة السمع، ويميز بين الايقاعات المختلفة للأصوات، ويستمر تحسن الحاسة العضلية حتى سن 12، مما يطور المهارة اليدوية. (زهران، 1986، ص.238، العوامل ومزاهرة، 2003، ص.144)، حيث تستخدم العضلات الدقيقة بشغف فتميل البنات إلى أشغال الخياطة وقص الورق.

بالنسبة للتطبيقات التربوية يجب على الوالدين والمربين مراعاة:

- يعتبر المدرس كفيلم متحرك ناطق أمام الطفل، لذا يجب تقديم مادة علمية واقعية يسهل تصورها بصريا.
- تبرز أهمية الوسائل السمعية البصرية لأنها ذات فائدة بالغة في العملية التربوية.

- أهمية النماذج المجسمة التي تتيح للطفل فرصة الإدراك البصري واللمسي.
- رعاية النمو الحسي للطفل بصفة عامة والعناية بالمهارات اليدوية أيضا.

(زهران، 1986، ص.239)

6- النمو العقلي في مرحلة الطفولة المتأخرة :

يطرد نمو الذكاء حتى سن 12، وفي منتصف هذه المرحلة يصل الطفل إلى حوالي نصف إمكانيات نمو ذكائه في المستقبل. وتتمايز القدرات الخاصة عن الذكاء والقدرة العقلية العامة، وتنمو مهارة القراءة ويحب الطفل في هذه المرحلة القراءة بصفة عامة ويستطيع قراءة الجرائد ذات الخط الصغير، ويستطيع أن يقرأ لنفسه ما يجذب اهتمامه للقراءة، ويستثيره البحث عن الحقيقة والحاجة لفهم الظواهر الطبيعية.

وتتضح تدريجيا القدرة على الابتكار، ويلاحظ جتزلس وجاكسون أن الأطفال المبتكرين لا يكونون على وفاق مع معلمهم، فهم لا يقنعون بالنماذج السلوكية التي تتوافر في معلمهم، ويساعد النمو اللغوي بعض الأطفال في الرسوم والنحت والتمثيل .

ويستمر التفكير المجرد في النمو ويقوم على استخدام المفاهيم والمدرجات الكلية، ويستطيع التفسير بدرجة أفضل من ذي قبل، كذلك يستطيع التقييم وملاحظة الفروق الفردية، ويزداد مدى الانتباه ومدته وحدته، وحبذا لو كانت موضوعات الانتباه منظمة تنظيما خاصا، والعلاقة بينها بسيطة وتزداد القدرة على التركيز بانتظام، وتنمو الذاكرة ويكون التذكر عن طريق الفهم (يتذكر ستة أرقام في سن عشرة سنوات). ويتضح التخيل الواقعي الإبداعي، وتزداد القدرة على تعلم المفاهيم ويزداد تعقدها وتمايزها وموضوعيتها وتجريدها وعموميتها وثباتها، من أمثلة على ذلك مفهوم العدل والظلم والصواب والخطأ، ويتعلم المعايير والقيم الخلقية والخير والشر بغض النظر عن المواقف والظروف التي تحدث فيها. (عبد السلام زهران، 1986، ص.239-240)

وتقترب هذه المعايير والقيم مما هي عند الكبار. ويزداد استعداد الطفل لدراسة المناهج الأكثر تقدما وتعقيدا، ويمكنه استيعاب الدراسات الاجتماعية، ويزداد اهتمامه بأوجه النشاط الخارجة عن المنهج. ويتحمس الطفل لمعرفة الكثير عن البيئة المباشرة وعن بلده والبلاد الأخرى وعن العالم حوله .

يزداد لديه حب الاستطلاع وقد وجد ماو وماو (1970) في (زهران ، 1986 ، ص.241) أن الأطفال الذين لديهم حب الاستطلاع أعلى يكون مفهوم الذات أكثر إيجابية والذين لديهم حب استطلاع أقل تكون اتجاهاتهم الاجتماعية وتفاعلهم الاجتماعي أفضل إذا قورنوا بزملائهم الذين لديهم حب استطلاع أقل.

(زهرا، 1986، ص.242)، ويجب استغلاله وتنميته بتوفير الكتب المصورة والمجلات التي تعرض الموضوعات الاجتماعية والاقتصادية والنظريات المختلفة، كما يجب الإجابة على تساؤلات الطفل بما يتفق ونمو مدركاته وعدم تثبيطه لأنه يضعف حبه للبحث وللمعرفة. (الكفافي، 1998، ص.37) ويلاحظ النقد الموجه إلى الكبار والنقد الذاتي، والطفل وإن كان يهتم بآراء وأفكار الآخرين إلا أنه بين الحين والآخر يتحدى هذه الآراء وتلك الأفكار في أسلوب جدلي. كما يأخذ الطفل من الحركة الذاتية والنشاط معياراً للتمييز بين الكائنات الحية وغير الحية. (الكفافي، 1998، ص.37) تظهر الفروق الفردية واضحة في الذكاء والتحصيل وتتأثر بالتفاوت في الخبرة والمدرسة، كما تتباين الميول والقدرات الخاصة بين الأطفال. بالنسبة للفروق بين الجنسين: يمتاز الذكور عن الإناث في الذكاء خاصة في التاسعة والعاشر ثم تنعكس حتى تتساوى في بداية المراهقة. (زهرا، 1986، ص.242، الكفافي، 1998، ص.36)

وتتضمن نماذج من اختبارات الذكاء: سن عشرة سنوات: إعادة ستة أرقام، ذكر ثمانية وعشرون كلمة في دقيقة، تكلمة سلاسل الأرقام، إعطاء الأسباب. الاستدلال. سن 11 سنة: فهم المعاني المجردة، إعادة جمل طويلة، معرفة أوجه الشبه بين ثلاثة أشياء، تكلمة سلاسل الأرقام، الاستدلال. سن 12 سنة: إعادة خمسة أرقام بالعكس، الفهم، التفكير. (عبد السلام زهران، 1986، ص.242، الكفافي، 1998، ص.41) **7- النمو المعرفي في مرحلة الطفولة المتأخرة :**

يصل التخطيط والتنظيم ووضع الاستراتيجيات والانتباه إلى القمة في سن 11-12 وينتج عن ذلك تحسن السلوك والتنظيم الذاتي في كثير من الأحيان لسماكة الدماغ في هذه السن بالتحديد. وأكثر طريقة مفيدة للأطفال في هذا السن للتعلم والتذكر هو التركيز على مهمة واحدة. (Ministry of Children and Youth Services ServiceOntario INFOLine, 2017, p.14) وينمو العقل حسب جان بياجيه مرحلة العمليات العقلية (11-12 سنة) وفق التالي : يصبح الطفل في هذه المرحلة قادراً على إعادة النظر في العمليات عقلياً ومع تقدم النمو يتوزع الانتباه وتصبح العمليات العقلية القابلة لإعادة النظر ممكنة عقلياً في بادئ الأمر ثم تنسق مع بعضها حتى ينظر إلى العلاقة المعينة كحالة عامة لكل فئة .

وحسب نظرية جان بياجيه اللعب عملية هادفة تسعى إلى تحقيق توافق الفرد مع ذاته ومع الآخرين. واللعب عملية تعليمية يمكن الاستفادة منها في عملية التعلم والتعليم. (الفسفوس ، 2011 ، ص.126) وتتطور العمليات العقلية العليا للطفل :

- الانتباه : من أهم العمليات العقلية لأنه يشترك في معظمها، وهو أن يحتفظ الفرد بموضوع ما في بؤرة مجاله الإدراكي وله ناحيتين مدى الانتباه ومدة الانتباه، مدى الانتباه ونقصد به عدد الموضوعات التي يستطيع الفرد أن يحتفظ بها في مجاله الإدراكي في نفس الوقت، فإذا كان الفرد لا يستطيع أن يركز انتباهه إلا على عدد قليل من الموضوعات فمدى الانتباه عنده ضيق، وينمو مدى الانتباه مع النمو العقلي و يتسع مدى الانتباه في هذه المرحلة، فيستطيع التلميذ أن يركز على الدرس ويحضر في نفس الوقت أسئلة حوله، الناحية الثانية للانتباه مدة الانتباه وهي الوقت الذي يستطيع الفرد أن يحتفظ بموضوع ما في بؤرة مجاله الإدراكي قبل أن يختفي ويظهر مكانه موضوع آخر وهناك علاقة عكسية بين مدى الانتباه ومدته . (الكفافي، 1998، ص.37-38)
- التذكر: وهو استرجاع خبرة سبق أن مر بها الشخص، وتنمو نموا هائلا في هذه المرحلة حتى أنها أقوى مما عند الراشد، في هذه المرحلة يبدأ عنصر الفهم كأحد العوامل التي تساعد على التذكر فيسهل على الطفل حفظ وتذكر المادة المفهومة أكثر من المادة غير المفهومة، وتتزايد أهمية الفهم حتى ليكاد يصعب على تلميذ المرحلة الإعدادية أن يحفظ ويتذكر درسا أو شعرا لم يفهمه. (الكفافي، 1998، ص.38) وتتزايد قدرات ما وراء الذاكرة وهذا ما يؤثر في مفهوم الطفل لذاته ويجعله أكثر استجابة للوالدين والأقران، حيث يتلقى الأطفال التغذية الراجعة من الآخرين حيث يكون منها مفهومه لذاته ويضيف إليها خبراته (الريماوي، 2003، ص.332)
- التخيل: وهي الخاصية التي مكنت الانسان من تشييد حضاراته، وهو يمثل إضافة جديدة في الواقع، فهو يبدأ من عناصر الواقع ويبني تصورا مضييفا إليه من عنده، والتخيل في هذه المرحلة مرتبط بالواقع ومقيد بقوانين الطبيعة، وبما يمكن فعله بالفعل وله صلة وثيقة بالإبداع والابتكار وعليه فإن بوادر التفكير الإبداعي تظهر عند الطفل في هذه المرحلة ممثلة في التفكير التخيلي (الكفافي، 1998، ص.38-39)
- الذكاء والتفكير: الذكاء هو القدرة الفطرية العقلية العامة ويعرف اجرائيا بادراك العلاقات بين الأشياء أو بين عناصر الموقف. أما التفكير فهو المجهود العقلي الذي يبذله الفرد ليواجه مشكلة ما أمامه وأرقى صور التفكير هي إدراك العلاقات بين الأشياء بحيث يؤدي في النهاية إلى حل المشكلة، فالتفكير إذن هو وظيفة الذكاء وهو تتويج لكل العمليات العقلية فالتفكير هو المحاولة التي يبذلها الفرد ليواجه مشكلة تعترض تكيفه .

والتفكير أنواع:

- إدراك العلاقات بين الأشياء: وتزداد في الطفولة المتأخرة دقة ووضوحاً وأهمها: علاقات الزمن والكمية والتشابه والاختلاف.
- التفكير الاستدلالي أو القياسي: ويتمكن الطفل من ممارسته في هذه المرحلة وهو استنباط قضية من قضايا معروضة ويسمى بالتفكير الرمزي أو المنطق الصوري. مثلاً: جميع المعادن تتمدد بالحرارة النحاس معدن إذن النحاس يتمدد بالحرارة. فالاستدلال يبدأ من قانون عام ثم يطبق على حالات فردية.
- التفكير الاستقرائي: وهو عكس سابقه، ويمثل استقراء وحدات الطبيعة للخروج بقانون عام، مثلاً: الحديد والنحاس والرصاص وكافة المعادن المعروفة تتمدد بالحرارة إذن المعادن تتمدد بالحرارة وهذه القاعدة تمثل القانون العلمي، والاستقراء يبدأ من الحالات الفردية لنصل إلى قانون عام وهذا النوع من التفكير يتمكن الطفل منه أيضاً في هذه المرحلة.
- التفكير الناقد: وهو تبين نقاط الصحة والخطأ في التفكير، قدرة عقلية تتأخر كثيراً عند الفرد وعموماً فإن الطفل في نهاية هذه المرحلة يستطيع اكتشاف مغالطات أو تناقضات في قصة تحكى له، ولذا تحوي اختبارات الذكاء نماذج من هذه المغالطات، وتظل ضعيفة عند الطفل حيث تحمل طابع المسايرة أكثر من النقد حتى تنضج في مرحلة المراهقة. (الكفاي، 1998، ص.39-40)
- تكوين المفهوم الكلي: وهو الصفات التي تنطبق على شيء ما تجعلنا نطلق عليه اسمه فطبيب هو مفهوم يقصد به الشخص الذي درس مهنة الطب في الجامعة، وتخرج ويزاول مهنة العلاج.
- لذا يجب أن يكون لدى الطفل في هذه المرحلة أكبر قدر ممكن من المفاهيم المرتبطة بحياته وبيئته (الاجتماعية والاقتصادية) وأيضاً المكتشفات العلمية والصناعية. (الكفاي، 1998، ص.41-42)
- ويلخص (نور، 2015، ص.109) أهم المميزات العقلية للطفل في هذه المرحلة:
- لا يستطيع الطفل التفكير المجرد في مشكلة معينة.
- يقل التركيز حول الذات ويتجه الطفل نحو إدراك مشاعر الآخرين.
- يتمحور كلامه حول الموضوعات الاجتماعية.
- يهتم بإدراك العلاقة بين الجزء والكل. وبعمليات الترتيب والتصنيف المحسوس.

- يستطيع استخدام بدائل متعددة لحل المشكلة.
- ينمو مفهوم الكتلة أولاً ثم الوزن ثم الحجم في نهاية المرحلة.
- يهتم الطفل في نهاية هذه المرحلة بالتفكير المنطقي المنظم.

8- النمو اللغوي في مرحلة الطفولة المتأخرة :

يتقن الطفل في هذه المرحلة الكلام ويتسع القاموس اللغوي (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص.300) فقد أشار (السعدني، 2017) أن المحصول اللغوي يصل إلى حوالي 50 ألف كلمة، حيث تزداد المفردات ويزداد فهمها ويدرك الطفل التباين والاختلاف القائم بين الكلمات ويدرك التماثل والتشابه اللغوي. ويزداد اتقان الخبرات والمهارات اللغوية، ويتضح إدراك معاني المجردات (الكذب، الصدق، الأمانة، العدل، الحرية، الحياة، الموت) ويلاحظ طاقة التعبير والجدل المنطقي، ويظهر الفهم والاستمتاع الفني والتذوق الأدبي لما يقرأ، بالنسبة للفروق بين الجنسين يلاحظ أن البنات تتفوق في القدرة اللغوية على البنين. ينتقل الطفل في الكتابة من الخط النسخ إلى الخط الرقعة. بالنسبة للتطبيقات التربوية تظهر أهمية القصص وفهمها وتلخيصها، والتدريب اللغوي السليم، والعناية باللغة الفصحى. (زهران، 1986، ص.244)، حيث تتميز أربع جوانب رئيسية في ثروة الطفل اللغوية - سعة القاموس اللغوي وطلاقة وسلامة النطق والتعبير وفهم مدلولات اللغة المنطوقة أو المكتوبة وتمكن الطفل من التعبير أو الكتابة . (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص.301) ويمكن للطفل استخدام الكلمات الدالة على المفاهيم الكلية التي لها مقابل حسي في التعبير الشفوي والتحريري أيضا كما تتفوق البنات على البنين في معظم جوانب النمو اللغوي، حتى أن اضطرابات الكلام تكون أقل من البنين . (الكفاي، 1998، ص50)

9- النمو الإنفعالي في مرحلة الطفولة المتأخرة :

يحاول الطفل التخلص من الطفولة والشعور بأنه قد كبر، وهذه تعتبر مرحلة الاستقرار والثبات الإنفعالي ولذلك يطلق بعض الباحثين على هذه المرحلة اسم "مرحلة الطفولة الهادئة"، ويلاحظ ضبط الانفعالات ومحاولة السيطرة على النفس وعدم افلات الانفعالات، مثلا إذا غضب الطفل فإنه لن يتعدى على مثير الغضب اعتداء ماديا وإنما لفظيا أو في شكل مقاطعة. (زهران، 1986، ص.245)، ويعبر عن انفعاله باستخدام الكلام بدل الحركات والرموز وينخفض الاعتماد على البكاء والصراخ، ويحاول التفاهم مع الآخرين (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص.59) فلا يغضب أو يثور أو يحزن أو يفرح إلا لأسباب معقولة، لأن نضج الطفل العقلي يساعده على فهم ما يجري حوله وحسن تقديره للأمور والظروف المحيطة به .

(عبد الفتاح عبد الكافي، د.س، ص.17)، فابن الثانية عشرة يتميز عادة بسيطرة أقوى على نفسه، وجهوده في الضبط الانفعالي أوضح ويظهر عليه الحذر بنفس القدر من الإقدام ويبدأ في التنبه الى مشاعر غيره، (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.83) حيث يتجه إلى العالم الخارجي فيصبح على استعداد للتنازل عن بعض رغباته أو تأجيلها وفقا لمقتضيات الواقع وظروف المحيطين به، وهذا يقلل من فرص صدامه مع والديه أو إخوته أو زملائه. (الكفافي، 1998، ص61) ويتضح الميل للمرح، ويفهم الطفل النكتة ويضطرب لها، وتتمو الاتجاهات الوجدانية، وينزع أبناء الثانية عشرة أن يكونوا انبساطيين متدفقي الحيوية متحمسين، وتقل مظاهر الثورة الخارجية ويتعلم الطفل كيف يتنازل عن حاجاته العاجلة التي قد تغضب والديه، ويكون التعبير عن الغضب بالمقاومة السلبية مع التمتمة ببعض الألفاظ وظهور تعبيرات الوجه. فإذا غضب ابن الثانية عشرة كان سلوكه بينه وبين نفسه " إني أمرها بأن تخرس " وهو آخر سن يكون فيه العنف البدني المباشر هو أشيع استجابات الغضب المميزة فلا يزال بشكل أقل من السابق مع الاستجابة اللفظية والتي هي الآن الأكثر استخداما هما نمطا الاستجابة الرئيسيان للغضب. ويكون التعبير عن الغيرة بالوشاية والإيقاع بالشخص الذي يغار منه. ويحاط الطفل ببعض مصادر القلق والصراع، ويستغرق في أحلام اليقظة .

وتقل مخاوف الأطفال وإن كان الطفل يخاف الظلام والأشباح واللصوص، فابن الثانية عشرة يستطيع كف المخاوف عنه وتنزع الميول إلى التخصص أكثر، وتصبح أكثر موضوعية وتبرز الميول المهنية، ولا يهتم الطفل بعمل إلا إذا كان يميل إليه. تؤثر الضغوط الاجتماعية تأثيرا واضحا في النمو الانفعالي وتعتبر هذه المرحلة مرحلة هضم وتمثل الخبرات الانفعالية السابقة. (زهرا، 1986، ص.245، ارنولد جزل وآخرون، 1963 ، ص.83)، سن الثانية عشرة من أنسب الأعمار للكشفة والتخيم لأن روح الجماعة والاختلاط الاجتماعي تظهر طبيعية في هذه مرحلة من النضج، وتصبح القراءة عند ابن الثانية عشرة حافلة بالنقد والتميز حيث ينتبه إلى طراز الكتاب وشخصية المؤلفين وأحب كتب لديهم: الغوامض الخفية والألعاب الرياضية والمغامرات والكتب الكلاسيكية ويتناقص الإهتمام بكتب حكايات الحيوان وأبناء الثانية عشرة أيضا يستخدمون المكتبة استخداما فعالا ومنظما ولديهم اهتمام متزايد بامتلاك كتب محبوبة (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.ص.207-208-209) ، يعتمد المقدار المقروء على الفردية وليس السن ويقراء البعض خمس إلى عشرة كتب أسبوعيا كما أن اللعب المفضلة بناء النماذج الفك والتركيب (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص. 219 و ص.228)

بالنسبة للتطبيقات التربوية ينبغي على الوالدين والمربين:

- مساعدة الطفل في السيطرة على انفعالاته وضبطها والتحكم في نفسه.
- فهم وتقبل مشاعر الطفل نحو نفسه ونحو العالم المحيط به.
- أهمية إشباع الحاجات النفسية خاصة الحاجة إلى الحب والشعور بالأمن والتقدير والنجاح والانتماء إلى جماعة.
- أهمية الميل نحو العمل وإتاحة الفرص أمام الطفل لانتقاء ميوله حتى يمكن توجيهها توجيهها صحيحا
- أهمية الهوايات وتمييزها.
- أهمية التوافق الانفعالي، ومساعدة الطفل في حل الصراعات أولا بأول بنفسه . (زهران،

1986، ص.246)

10- النمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة المتأخرة :

الوقت الذي يقضيه الطفل مع الأقران يزيد حيث تطور في هذه المرحلة المجموعات المتماسكة ويظهر ما يسمى بهوية المجموعة وتصبح العلاقات بين الأقران أكثر استقرارا .
(Maunder and Monks, 2018, p.4)

ويزداد احتكاك الطفل بجماعة الكبار، واكتسابه معاييرهم واتجاهاتهم وقيمهم، فالذكر يتابع بشغف ما يجري في أوساط الشباب والرجال، والأنثى تتابع في لهفة ما يدور في وسط الفتيات والنساء، ويحب الطفل صحبة والديه ويفخر بوالده ويعجب بالأبطال ويكون وديعا في حضرة الضيوف والغرباء، إلا أنه يزداد نقد الطفل لتصرفات الكبار ويظهر أنه ينقد كل شيء وكل فرد، وتضايقه الأوامر والنواهي ويثور على الروتين. ومعظم الأطفال في سن الثانية عشرة "أحسن كثيرا مما كانوا في الحادية عشرة فهم يتقدون حماسة ونفاد الصبر على جميع الأشياء المدهشة المتوقعة" لا يستطيعون الانتظار " أي سلوك طفلي. في بعض الأحيان سلوك الطفولي ثم مفرط النضج وتحمل للمسئولية ومتعاون فيتناوب عليه السلوك الطفولي والمستوى الجديد من النضج السوي. وتنضج التنشئة الاجتماعية فيعرف المزيد من المعايير والقيم والاتجاهات الديمقراطية والضمير ومعاني الخطأ والصواب، ويهتم بالتقييم الأخلاقي للسلوك . (زهران، 1986، ص.247، ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.83)

سمات النمو الاجتماعي في هذه المرحلة :

■ الولاء للأصدقاء والرفاق: فيظهر التفتح وروح التعاون والتفاهم التي تميز علاقاته مع أقرانه مع رغبة الطفل في تحقيق مكانة اجتماعية طيبة بين رفاقه وأقرانه والتزامه بالقيم الخلقية والاجتماعية السائدة في ثقافته، فيكون الطفل مشدودا لرفاقه ومخلصا لهم وعلى استعداد للتضحية من أجلهم بكل ما يملك، ويكون سعيدا وهو يفعل ذلك، وهي سمة تظهر في هذه المرحلة وتنمو لتكون أكبر في مرحلة المراهقة. (الكفافي، 1998، ص.87) ويزداد تأثير جماعة الرفاق، ويكون التفاعل الاجتماعي مع الأقران على أشده، يشوبه التعاون والتنافس والولاء والتماسك، ويستغرق العمل الجماعي والنشاط الاجتماعي معظم وقت الطفل، ويفتخر الطفل بعضويته في جماعة الرفاق، ويسود اللعب الجماعي والمباريات، ولكي يحصل الطفل على رضا الجماعة وقبولها له نجده يساير معاييرها ويطيع قائدها ويتوافق هذا بتناقص تأثير الوالدين بالتدرج. (زهرا، 1986، ص.246)، وخلصت دراسة (Maunder and Monks, 2018, p.14) أن الصداقات المتبادلة مهمة لصحة الأطفال فبدلا من معالجة الحالة العامة لمجموعة الأقران في برامج التدريب والتعديل على المهارات الاجتماعية يكون أكثر فعالية اختيار رفيق تم تعيينه بناء على صداقات سابقة، ومن هنا يبرز الدور الهام للصداقات المتبادلة في تعديل الأطفال بصفة عامة بما في ذلك المشاركة المدرسية .

■ القابلية الشديدة للاستهواء: وتعني قابلية الطفل للتأثر بما يسمعه من الآخرين خصوصا الأكبر منه سنا، أو أنهم يشغلون أدوارا أو مراكز هامة مثل الأب أو الأم أو المعلم وترتبط بتأخر التفكير النقدي حيث تداخله مع تزايد النمو الاجتماعي يفرز هذه الخاصية (الكفافي، 1998، ص.86)، ويبدأ تأثير النمط الثقافي العام وتنمو فردية الطفل وشعوره بفردية غيره من الناس، ويزداد الشعور بالمسؤولية والقدرة على الضبط الذاتي للسلوك. ونمو المسؤولية الاجتماعية يترجم في السلوك المعبر عن الايثار والكرم ومساعدة الآخرين. وتؤكد الأبحاث العلمية ضرورة جعل الطفل يحيا خبرات يتعلم منها تحمل المسؤولية الاجتماعية (الايثار - الكرم - مساعدة الآخرين) وتعزيز هذه السلوكيات لديه حيث لا يكفي مجرد التوجيه والوعظ والإرشاد. وتتغير الميول وأوجه النشاط الطفولية إلى الاستقلال وحب الخصوصية ويقل الاعتماد على الكبار وينمو الاستقلال. (زهرا، 1986، ص.247)

■ الفروق بين الجنسين: تكون أوضح في الجانب الاجتماعي، حيث يميل كل من البنت والولد إلى الانخراط في عالم الكبار من جنسه، ويبدو ذلك في تجمعات الأطفال يتجمع البنين معا بينما تتجمع البنات في مجموعات خاصة بهن، وتحكم كل مجموعة مبادئ شبيهة بما عند الكبار، وتظهر خصائص كل مجموعة في الألعاب التي تفضلها فالألعاب البنين يغلب عليها التعبير العضلي العنيف بينما تتميز ألعاب

البنات بالتناسق والايقاع. (الكفافي، 1998، ص.87)، ويتوحد الطفل مع الدور الجنسي المناسب وتتضح عملية التمييز الجنسي وهي تبني الدور الجنسي والتوحد مع شخصية نفس الجنس واكتساب صفات الذكورة بالنسبة للبنين والأنوثة بالنسبة للبنات، ويتضمن التمييز الجنسي اكتساب المعايير السلوكية والميول والاهتمامات ونوع الألعاب والنشاط العام، فيهتم الذكور بالنشاط التنافسي مثل الألعاب الرياضية وركوب الدراجة، بينما تهتم البنات بالأشغال اليدوية وأعمال المنزل. ويتضح التوحد مع الجماعات والمؤسسات، فيفخر الطفل بفوز فريق مدرسته في مباريات أو مسابقة. ونجد أن جماعات البنين أكبر عددا من جماعات الإناث كما أنها لا تضم أفرادا من الجنس الآخر، وتؤثر الثقافة ووسائل الإعلام في نموهم الاجتماعي كما يظهر أثر الصحبة أكثر من ذي قبل فالصداقة هنا أكثر بقاء واستقرارا. (زهران، 1986، ص.247).

يحتاج الطفل إلى النمو الاجتماعي في جو أسرى دافئ هادئ مستقر، وهو يحتاج إلى مساندة والديه في هذه المرحلة الانتقالية، ويحتاج الطفل كذلك إلى الشعور بالتقبل في إطار الأسرة والمجتمع بصفة عامة، فشعور الطفل بالرفض يؤدي إلى سلوك غير مقبول وأعراض واضطرابات أخرى، (زهران، 1986، ص.248)

تلعب النوادي والمعسكرات دورا هاما حيث تنظم النشاط الاجتماعي وتشبع الميول والحاجات تحت إشراف الكبار ، ويهتم الطفل ببعض الهوايات في أوقات الفراغ بعد قيامه بالنشاط المدرسي والواجبات المنزلية وبناءا على ميوله واهتماماته ومدى نشاطه الاجتماعي واتصاله برفاق سنه والإمكانيات المادية المتاحة، وقد تكون الهوايات فردية أو جماعية، ومن الهوايات المعروفة جمع الطوابع والنقود التذكارية وصور المشاهير والتحف الأثرية وبناء النماذج وأعمال النجارة والميكانيكا والقراءة والكتابة والرسم وتربية الطيور والحيوانات الأليفة، وتلعب النوادي دورا هاما في تشجيع الهوايات الجماعية، وتوجد مجموعات مصنعة مخصصة لهوات النجارة والميكانيكا والكهرباء والكيمياء . ويجب تشجيع الهوايات التي تستهوي الطفل وتستوعب وقت فراغه وتنمي العادات الحسنة مثل النظافة والنظام والمعرفة والتفكير البناء وإنشاء والصداقات الاجتماعية .

فإذا توافرت أسباب الجناح المبكر تختفي بدايات الفشل الدراسي والتشرد والهروب والسرقة والتخريب وفي العام الثاني عشر تحديدا:

-يعمل بعض الأدوات المفيدة ويقوم بإصلاح بعضها، ويستطيع عمل بعض الأشياء في المطبخ وفي الحديقة، ويكتب قصصا مختصرة ويرسم لوحات بسيطة.

-يرعى نفسه جيدا عندما يترك وحده في المنزل أو في العمل ويمكن أن يرعى الأطفال الأصغر منه إذا تركوا في رعايته.

-يقراً بحثاً عن معلومات عملية للمتعة، ويقراً الأخبار والصحف والمجلات والمقالات والأدب.
-يغسل شعره ويجففه. (زهرا، 1986، ص.251)

بالنسبة للتطبيقات التربوية في هذه المرحلة يجب أن تكون الاتجاهات الوالدية نحو الطفل وتربيته موجبة ويتجنب التسلط والحماية الزائدة، والإهمال والرفض، والتدليل والقسوة، وإثارة الألم النفسي، والتذبذب، والتفرقة، ويجب أن يفحص الكبار ما لديهم من اتجاهات ويعدلونها، وأن يكون ذلك من وجهة نظر الطفل، لأن هذه الاتجاهات هي التي سيعتقها الطفل ويسترشد بها في حياته. استخدام الأساليب العلمية بقدر الإمكان في تكوين الجماعات مثل مقياس العلاقات الاجتماعية "الاختبار السوسيومتري" وتبرز أهمية الانضمام إلى الكشافة والأشبال في المدرسة . (زهرا، 1986، ص. 252-253)

وأهمية الرحلات والمعسكرات والتدريب على القيادة وتحمل بعض المسؤولية الاجتماعية. و تعليم التفاعل والتعاون الاجتماعي السليم مع الأصدقاء، واتساع دائرة المعارف وإعطاء الطفل فرصة ممارسة مسئولية اختيار أصدقائه. تعليم الأطفال مراعاة الفروق الفردية بين الناس واحترام هذه الفروق الجسمية والعقلية والفروق في القيم والعقائد. وتبرز أهمية مشاركة الطفل في الخبرات الاجتماعية مع كل من الأطفال والكبار وتنمية حساسيته لحاجات ورغبات الآخرين واستعداده للتوافق معهم وتنمية المهارات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية اللازمة للتوافق الاجتماعي. إتاحة الفرصة أمام الطفل للمشاركة في إعداد قواعد السلوك ومعاييرها وفي مناقشة ما ينبغي اتخاذه من خطوات لتحسين سلوك الفرد والجماعة. أيضا تقدير فردية الطفل، وتنمية شخصيته الاجتماعية. وللأخصائية الاجتماعية دور هام في هذا الصدد. تشجيع الاستقلال عند الطفل والتخفيف من سلطة الضبط كلما أبدى استعداده لضبط نفسه. و حماية الطفل من الإهمال والقسوة والاستغلال فلا يعمل نشاطات تعوق تعليمه أو تؤذي صحته أو تعوق نموه. وأهمية التوافق الاجتماعي والحذر من انضمام الطفل إلى جماعة جانحة، وعلاج أي انحراف أو شذوذ في النمو الاجتماعي. وأخيرا الاهتمام بالنمو الاجتماعي للأطفال أثناء العطلات الصيفية وذلك بفتح أبواب المدارس والنوادي أمامهم لتمضية أوقات الفراغ في نشاط اجتماعي مفيد تحت الإشراف والتوجيه الاجتماعي . (زهرا، 1986، ص.253)

يغلب على الطفل في هذه المرحلة النعمة الاجتماعية والسلوك الحسن وحسن مساندة الآخرين والاجتهاد بالمدرسة وحسن الخلق بها (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.130) وعموما طفل الثانية عشرة يتسم حسب جيزل :

- بفترة تشجع على تكامل الشخصية .
- يبدأ في تكوين المفاهيم والاهتمام بالعدالة والقانون والولاء .
- التذبذب بين سلوك الطفولة وسلوك البالغين .
- متحمس، منطلق، لديه القدرة على الإبداع .
- كثير النقد للذات .
- أكثر قدرة على تقبل الآخرين والتعاطف معهم، ويهتم برعاية إخوته الأصغر منه .

(نور، 2015، ص.107)

يظهر تمتع الطفل في هذه المرحلة بصحة جيدة من خلال الثبات الانفعالي والتركيز في عمله ومتعاون مع إخوته ويتميز بجسم معتدل قوي البنية ويتمتع بالنشاط والحيوية وبريق العينين، لا يتعب بسرعة وإذا تعب، يمكنه أن يعود إلى حالة النشاط بعد فترة استرخاء بسيطة كما أن شهيته مفتوحة للطعام، (نور، 2015، ص.107) بالنسبة لسلوك النوم أثناء سن الثانية عشرة تصبح دورة النوم بكاملها أكثر تنظيماً فقد أقلع عن معارضة الذهاب للفراش في عامه السابق أي الحادية عشر، ويستيقظ في الصباح مجرداً من المشاكسة والمقاومة التي كان يقوم بها العام الفارط (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.39) ، وينام جيداً ولا يصاب بالأرق . (نور، 2015، ص.107)

يمارس هوايات ونشاطات متعددة. (نور، 2015، ص.108) ويحب الحيوانات كالقطط والكلاب والخيول، وتدخل الألعاب الرياضية بقوة، كما يفضل القراءة. ويوجد تنبه جديد للذات لم يكن في السابق يتجلى في الرغبات المتصلة بالعمل المستقبل والرغبة في سعادة غيره كما يرغب في سعادته (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.135) وذكرت (سليم، 2002، ص.317) أن الأمهات تشعر بالراحة أمام سن الثانية عشر حيث أنه تخلص من التمرکز حول الذات، واكتسب مفاهيم تتعلق بالواقع، ويأخذ في الحساب أنه كبر، وتهمه آراء الآخرين ويتسم بروح النكتة ورغبته في التعلم كبيرة جداً، وفضوله ليس له حدود.

يحب أبناء الثانية عشرة أن الحياة تكون أحسن كلما كبروا وأن زيادة المسؤوليات تتوازن مع زيادة المتعة والمسرة، ويستمر اتجاه الأطفال إلى اختيار حرفة للمستقبل وحيدة معينة كما أنها أكثر تحديداً عند

الصبيان من البنات. (ارنولد جزل واخرون، 1963، ص.141) واحساسهم بالصواب والخطأ يتجلى في القدرة على التمييز ويحاول تقرير الأمور بنفسه. (ارنولد جزل واخرون، 1963، ص.270) وأطفال الثانية عشرة شديداً التدقيق؛ ويؤكدون على أنه ينبغي على الآخرين أن يكونوا عادلين معهم، ويحدث تغيير واضح بين الحادية عشرة والثانية عشرة من ناحية تحمل اللوم على ما اقترفوه من خطأ فبدلاً من تحويله إلى الغير في السابق الآن أصبح يفسر السبب الذي من أجله اقترف السلوك الخاطئ. (ارنولد جزل واخرون، 1963، ص.274)

يطور الشعور بالمسؤولية الاجتماعية. ويتعلم المساهمة وتقاسم المسؤولية في بيئتهم الاجتماعية والمادية. كما أنهم يتعلمون كيفية معاملة الآخرين بصورة عادلة، وفهم الحقوق والمسؤوليات بشكل أفضل والعلاقات مع العائلة والأصدقاء، للآباء ومقدمو الرعاية والعائلات تأثير هائل على تطور أطفالهم الاجتماعي والعاطفي والسلوكي والتعلمي. يميل الأطفال الذين يشاركون بشكل أكبر مع أسرهم إلى الحصول على أعلى قيمة ذاتية وكفاءة اجتماعية، ويظهرون سلوكاً سلبياً أقل مع المجتمع مثل الجدل والتسلط ومشاكل السلوك. يلعب الآباء ومقدمو الرعاية دوراً مهماً في الترابط الاجتماعي. تم إثبات على أن العشاء العائلي المنتظم يلعب دور مهم، ويرتبط مع زيادة الرضا عن الحياة، والشعور القوي بالذات، ورغبة أكبر في مساعدة الآخرين وقليل من مشاعر الحزن والقلق والشعور بالوحدة. يقترح الخبراء أن محادثات العشاء حول شخصيته وينبغي تجنب أوجه القصور، مثل سوء الدرجات، لصالح مواضيع أكثر تشجيعاً، مثل أنشطة الطفل واهتماماته والأحداث الجارية. بوجه عام، ينبغي تشجيع الأطفال على التفاعل مع الأسرة وقضاء وقت محدود في غرفة نومهم وعدم امتلاك الإلكترونيات في غرف نومهم.

من المهم أن يضع الآباء ومقدمو الرعاية توقعات عالية لأطفالهم ويوفرون بيئة دافئة وداعمة يمكن للأطفال أن يتطوروا فيها. يجب على أولياء الأمور / مقدمي الرعاية دعم أطفالهم من خلال الاهتمام بعملهم المدرسي والحياة الاجتماعية، وعن طريق تشجيعهم ومساعدتهم على تطوير الثقة. يشجع إشراك الأطفال في الأنشطة، مثل الرياضة والثقافة والفنون، على تنمية المهارات والدوافع التي تسهم في الانتقال الناجح من الطفولة إلى البلوغ. تظهر الدراسات الكندية أن الوقت الأمثل للوالدين ومقدمي الرعاية لبدء إجراء مناقشات مهنية مع أطفالهم هو عندما يكونون في الصف الخامس والسادس.

(Ministry of Children and Youth Services ServiceOntario INFOLin, 2017, p.33)

ويحب الصبيان أشغال الدكاكين وتحب البنات التدبير المنزلي كما يستمتع الجنسين بالألعاب الرياضية

(ارنولد جزل وآخرون، 1963، ص.253)

11- النمو والعناية بالذات والروتين اليومي في سن الثانية عشرة :

سلوك الأكل: تقترب شهية الطفل خلال السنة الثانية عشر من العمر من ذروة الاتساع، ويصبح أقل حديثا عن الطعام ولا يزعج الكبار في آداب الطعام كالعام السابق، ويصبح ذوقه أكثر شمولاً (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.39)، سلوك النوم: تختلف أنماط سلوك النوم اختلافا هائلا في جميع أدواره وقت النوم وعمقه والأحلام والنشاط أثناء النوم والاستيقاظ من النوم، حيث تتأثر الاختلافات بين الأفراد في النوم تأثرا عميقا بالنضج الكلي للكائن الحي النامي، ولا يخضع النوم بسهولة لروتينات اليومية الدائمة، فابن السنة الثانية عشرة تصبح دورة النوم بكاملها أكثر تنظيما، فقد ألق عن معارضته قبل الاستغراق في النوم، ويستيقظ في الصباح دون مشاكسة والعناد التي كان يبديها في العام السالف مع أنه لا يزال يعتمد على ايقاظ الراشدين له (ارنولد جزل واخرون، 1963 د.ت، ص.40) وينقص مقدار النوم مع السن ما يقارب نصف ساعة كل سنة. (ارنولد جزل واخرون، 1963 د.ت، ص.40) ومتوسط موعد النوم هو بعد التاسعة مساءا بقليل. ومتوسط زمن الاستيقاظ حوالي السابعة وهي أبكر من ذلك عند الصبيان ومتوسط نوم الأطفال تسعة ساعات ونصف. (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.57)

الحمام: تزداد عدد مرّاته من مرة في الأسبوع في سن العاشرة الى مرتين أسبوعيا في الثانية عشرة لأنه يحس بالحاجة للحمام لكنه بحاجة للتذكير بالأيدي والشعر والعنق والأسنان، وقد يستمر التذكير لكنه أخف ثلاث سنوات لاحقة وتحمل البنات المسؤولية أبكر من الصبيان.

الثياب: يظهر بنات الثانية عشرة تقليدا لأترابهن في اللبس مع إضافة لمسات، وغالبا ما يظهر صبيان الثانية عشرة حبا للألوان الزاهية. العمل والنقود: العمل يستلزم بذل الجهد وذلك ما يستدعيه التعاون في المنزل، والمدرسة لها مطالب في صورة واجبات منزلية، وفوق هذا هناك جدول أعمال يزداد في كل يوم طولا، ويحتوي نشاط الفرد "الهوايات" خارج خطة الدراسة يعتمد ذلك أساسا على عوامل النضج، فبينما كان ابن العاشرة يؤجل ويعترض، يرفض علنا الاستجابة لما يطلب منه ابن الحادية عشرة. أما خلال السنة الثانية عشرة يكتفي بقول إنه مضطر على كل حال يتميز بذلك بروح الاستسلام "إني أفعل المطلوب" فتجده يعمل جليسا للأطفال. والاتجاه إلى المزيد من المسؤولية يوازيه ارتفاع مستوى المصروف والأرباح الإضافية وغالبية أبناء الثانية عشرة يتسمون بالمسؤولية عن الادخار. فالطفل يتحمل تلقائيا المزيد من المسؤولية مع زيادة النضج، حيث تظل ذاته تنمو من حيث استبصاراتها التي تؤدي بها للأكثر استقلالية، والعناية الذاتية تعتمد على الحفز الذاتي إذ لا بد أن يرى أنها من منطوق منفعة عندئذ يظهر الطوعية

والرغبة المطلوبة التي كان يطمح إليها الأولياء في العام الماضي، (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.44) من هنا تتجلى أهمية دراسة المرحلة النمائية قبل إطلاق الأحكام والانتقادات على الطفل. فالطفل مضطر لإعادة تكوين عاداته باطراد لأنه لا يزال ينمو فمراحل النمو تبين توجهها واضحا نحو العناية الذاتية طواعية مع القدرة على ذلك، (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.44) وهذا ما يجب أن يفكر فيه أولا قبل تشخيص أي اضطراب أو تأخر أو انحراف سلوكي أو تأخر اكتساب عادة سلوكية معينة.

الحياة المدرسية: يستطيع ابن الثانية عشرة أن ينكب على عمله أفضل من الحادية عشرة، وهو أكثر قابلية للتكيف وله قدرة أكبر على الالتفات المستمر، وهو أقل استطرادا وتلملا، والحماسة والقابلية للتعلم هي السمة الأساسية في هذا السن ويبيد قدرا كبيرا من الاهتمام بمواد دراسته، وهو أقل اعتمادا على معلمته وأقل ارتباطا بها، والعادة أن تكون له علاقة جيدة متبادلة مع المعلمة. (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.243) والكثيرين يخرجون من تشتت الحادية عشرة إلى السلاسة الخالصة فيصبح أطف وأكثر تعاونا وأكثر قابلية للتكيف وأقل كسلا وعدوانا وتمردا لكن ليست متواصلة فهو لا يزال صبيا يحتاج إلى حرية الحركة من حوله. (ارنولد جزل واخرون، 1963 ، ص.249) وهم أكثر قدرة على التنظيم والتبويب والتعميم ويستمتعون بذلك، في عمر 12، يقيمون أنفسهم بفهم متزايد لمختلف مجالات مفهوم الذات (المظهر الجسدي والسلوكي والكفاءة الأكاديمية والكفاءة الرياضية والكفاءة الاجتماعية)، وأهمية تلك المجالات في حياتهم.

(Ministry of Children and Youth Services ServiceOntario INFOLine, 2017, p.29)

12- تطور الوظائف التنفيذية في مرحلة الطفولة المتأخرة :

بحث دراسة (Pureza et al,2013) تطور الوظائف التنفيذية في مرحلة الطفولة، بداية يمكن تعريف الوظائف التنفيذية بأنها مجموعة معقدة من العمليات الإدراكية للتحكم والتكامل في تنفيذ السلوك الموجه نحو الهدف، تعتمد هذه الوظائف على المكونات المعرفية الأخرى مثل الاهتمام والتخطيط والبدء وتثبيط العمليات والمعلومات والمرونة المعرفية ومراقبة المهام، تشير هذه النتائج إلى أن نضوج المناطق الأمامية، وخاصة القشرة الأمامية، يرتبط ارتباطاً مباشراً بتطور الوظيفة التنفيذية EF. تحدث وطأة هذا التطور خلال مرحلة الطفولة وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالتغيرات العصبية الحيوية التي تحدث خلال هذه الفترة، مثل ظهور الممرات العصبية في الفصوص الأمامية وإحداث الميالين وزيادة في كثافة المشابك في هذه البنى. الروابط بين المناطق الأمامية والمناطق الدماغية الأخرى مثل القسّمات الجدارية والقفوية والزمنية، والمناطق القشرية مثل المهاد، هي المسؤولة عن تكامل المعلومات وتنظيم العواطف والأفكار والأفعال،

وبعض المكونات المعرفية تم تطويرها بالكامل بحلول نهاية الطفولة المتأخرة، مثل السلطة التنفيذية المركزية للذاكرة العاملة والتثبيط، تميل قدرات التخطيط والتنظيم إلى النضج في الأعمار المتأخرة أيضا. حيث تمكن غالبية الأطفال في الفئة العمرية من 11 إلى 12 سنة من معالجة السرد الاستدلالي لمهام الخطاب. ولاحظت الدراسة أيضا أن الأطفال في سن 11 و12 عامًا يطورون مكون سرعة المعالجة اللفظية .

13- الاهتمام بالإرشاد التربوي في نهاية هذه المرحلة :

- توفير إمكانيات التعليم الذي يضم نمو قدرات الطفل إلى أقصى حد ممكن ليصبح إنسانا صالحا في المجتمع.
- عدم إجبار الطفل عن الاختيار المهني المبكر، فمازال الوقت مبكرا والقدرات لم تتبلور بعد. ويجب أن يترك هذا لمرحلة المراهقة.
- العمل على تنمية المواهب والميول وتشجيعها بالإجابة على كل أسئلة سلوكية حية.
- تنمية الابتكار عند الأطفال من خلال تعلم الرسم والفنون والشعر.
- العمل على توسيع الاهتمامات العقلية وتنمية حب الاستطلاع واستغلال استعداد الطفل لاستكشاف البيئة المحلية.
- العمل على نمو المفاهيم قبل تكديس المعلومات في عقل الطفل، والتدريب على استعمال الأفكار المعنوية غير المحسوسة.
- تشجيع الطفل على أن يتعلم من خبراته الخاصة أكثر مما يتعلم من خبرات الكبار، وسيحتاج خلال ذلك لمساعدة الكبار على تقبل ما يقع من أخطاء وتحمل اخفاقه وفشله.
- أن يكون الهدف النهائي لتدريب الطفل في المنزل والمدرسة هو تنمية قدرته على توجيه سلوكه الخاص وإصدار قراراته وتكوين قيمه . (زهرا، 1986، ص.243)

14-التعلم السلوكي في مرحلة الطفولة المتأخرة :

بالنسبة للتعلم السلوكي تتطور مناطق الدماغ التي تنظم المراقبة الذاتية والسلوك والتحكم في الاندفاع، هذه المرحلة من تطور الدماغ تؤدي إلى ممارسة الأطفال تجربة زيادة في ضبط النفس. ويصبحون أكثر قدرة على الاهتمام، وتنظيم مشاعرهم، وأكثر قدرة على كبح السلوك الاندفاعي. إن تطوير أكبر قدر من ضبط النفس يؤدي إلى توفير العديد من الفوائد للأطفال، بما في ذلك تحقيق المزيد من النجاح، وخفض الدخول في المشاكل، والقيام بعمل أفضل في المدرسة، تم تحديد عدد من الاستراتيجيات لمساعدة الأطفال

على تعلم ضبط النفس. ومهارات التنظيم الذاتي: التمارين الرياضية، وفنون الدفاع عن النفس، واليوجا من أكثر الدروس شعبية وفعالية، حيث أنها تتطوي على ممارسة متكررة وتتسم بأنها أكثر تحدياً تدريجياً. بالنسبة للأطفال الذين يواجهون تحديات كبيرة في التنظيم الذاتي، قد يكون من المفيد وضع برنامج للأطفال يركز على التنظيم الذاتي وتنمية الكفاءات الاجتماعية. وقد وجدت الأبحاث أن الأطفال في سنوات الطفولة المتأخرة هم مرشحون جيدون لتعلم استراتيجيات التنظيم الذاتي

(Ministry of Children and Youth . Services ServiceOntario INFOline 2017, p.15)

هذه المرحلة تمثل الوقت المناسب لتعزيز دعم الوقاية، والأهم من ذلك، عندما ينخرط الأطفال في سلوك اجتماعي إيجابي مثل التطوع، فإنه يغير طريقة تفاعل الدماغ في سياقات التهديد وربما يقلل من سلوك المخاطرة. قد يخلق مزيد من الحماسة للأطفال للانخراط في أنشطة إيجابية الشعور بالمكافأة التي يواجهونها في المواقف التي يحتمل أن تكون خطيرة، البرامج والأنشطة التي تهدف إلى البحث عن الأحاسيس والاندفاع ومعالجة مشكلات عاطفية وسلوكية محددة تساعد الأطفال على تحسين التنظيم الذاتي .

(Ministry of Children and Youth Services ServiceOntario INFOline 2017, p.16)

خلاصة :

تعديل سلوك الطفل في هذه المرحلة يكون بتقييم وتحديد ما لا يحصل عليه الطفل، وما يحتاجه الطفل ليكون ناجحاً، ثم كتابة برنامج مناسب استناداً إلى تلك الاحتياجات المحددة . (OCECD , 2015,P.8) وهذا ما يتكلم عنه الفصل الموالي بالشرح والتفصيل .

الفصل الرابع :

تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والبرنامج التدريبي للأطفال

تمهيد

- 1- تعريف تعديل السلوك
- 2- المفاهيم الأساسية في تعديل السلوك
- 3- مبادئ تعديل السلوك
- 4- الخطوات الخمس في العلاج باستخدام تعديل السلوك
- 5- استراتيجيات تعديل السلوك (الإشراف الاجرائي)
- 6- تقنيات تعديل السلوك
- 7- أخلاقيات تعديل السلوك
- 8- برنامج تعديل السلوك الأطفال
- 9- تحديد المشاكل المستهدفة في اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه
- 10- منهجية تعديل السلوك

خلاصة

تمهيد :

يعتمد تعديل الاضطرابات عموماً واضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد خصوصاً في الطفولة على النظرية السلوكية التي تنظر إلى سلوك الانسان بأنه ظاهرة طبيعية؛ يمكن دراسته امبريقياً وملاحظة أسبابه التي هي مثيرات بيئية تستدعي تعزيزاً (إثباتات أو عقوبات) ينتج عنها أنساق من السلوك. وأكدت السلوكية على الملاحظة الموضوعية والقياس والصرامة في اختبار المفاهيم الواصفة المستعملة، إذ تسهم في صياغة قوانين الظواهر أي تحديد السلوك والمثيرات المحيطة به، ويشدد المنظرين السلوكيين على الطريقة الامبريقية من خلال التجريب والملاحظة والقياس فالسلوك هنا قائم على مثير - استجابة أي السبب - النتيجة وهي ما يسمى بالقوانين التي تحكم السلوك. (صالح، 2015، ص. 86-87)، ويعتمد العلاج السلوكي على هذه المبادئ والقوانين السلوكية إضافة لنظريات التعلم الإجرائي والإشرطي والتعزيز، ويهدف إلى خفض السلوك غير المرغوب أو التخلص منه وتقوية السلوك المرغوب، فالفرضية الرئيسة التي بني عليها النموذج السلوكي وإجراءاته تشير إلى أن السلوك يقوى أو يضعف تبعاً للأحداث السابقة لسلوكه (المثيرات المقدمة) أو النتائج اللاحقة له (المرتبة) ويتمثل هذا النموذج في الشكل :



الشكل (11) يوضح النموذج السلوكي الذي يركز عليه تعديل السلوك

وقد ترجمت هذه الفرضية إلى استراتيجيات معالجة إيجابية تعزز السلوك المرغوب فيه بتقويته، واستراتيجيات معالجة تضعف السلوك غير المرغوب فيه؛ وذلك بفرض عقوبات تحقق هذه الغاية، (الريماوي، 2003، ص. 284) ومرجعياً التعديل السلوكي تعود إلى قوانين بافلوف وواطسون في التعلم الشرطي الكلاسيكي ونظريات ثورندايك عن التعلم بالمحاولة والخطأ وكلاارك وسكينر في التعلم الإجرائي (التعزيز والثواب والعقاب)، وتشير النظرية السلوكية أن السلوك غير السوي هو استجابة شرطية متعلمة يمكن تعديلها بإزالة المثير الناتجة عنه . (أبو زيد & عبد الحميد، 2015، ص. 147؛ حسين، 2008، ص. 63) وهذا ما يطلق عليه تعديل السلوك، الذي تبنته الدراسة الحالية في تحسين سلوك أطفال يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

1-تعريف تعديل السلوك :

تعديل السلوك هو امتداد للبحث المخبري " التحليل السلوكي التجريبي " الذي وضع أسسه عالم النفس الأمريكي ب.ف سكينر (الخطيب، 2014، ص.15) من خلال نظريته التعلم النشط (1953)، حسب سكينر الإجراءات التي تؤدي إلى نتائج إيجابية بحيث يكون قادر على أداء تلك الاستجابة مرة أخرى تسمى معزز؛ وهو أي إجراء يزيد من احتمالية الاستجابة، وتلك التي تؤدي إلى نتائج غير مواتية، هي العقاب من شأنها أن تقلل من احتمال وقوع السلوك. (Shaffer, Kipp, 2010, p.47). ويستخدم ماكيولاس مصطلح تعديل السلوك بوصفه تطبيق الأسس التي ثبتت فعاليتها تجريبيا على مشكلات السلوك، ويعرف كوبر وهيرون هيوارد تعديل السلوك بأنه العلم الذي يشمل على التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت عن القوانين السلوكية، وتقديم الأدلة التجريبية التي توضح مسؤولية الأساليب التي تم استخدامها في التغيير الذي حدث في السلوك . (الخطيب، 2014، ص. 15) . وذلك بغية إحداث تغيير جوهري ومفيد في السلوك الأكاديمي والاجتماعي (الفسفوس، 2011، ص.18) .

ويشير لويس كامل مليكة إلى أن تعديل السلوك هو تعلم محدد البنين يتعلم الفرد فيه مهارات جديدة وسلوكا جديدا، ويقلل من الاستجابات والعادات غير المرغوبة وتزداد فيه دافعية العمل للتغيير المرغوب، وقد استخدم لويس كامل مليكة المصطلحين "العلاج السلوكي" و "تعديل السلوك" بمعنى واحد شامل.. لويس كامل مليكة (1990، ص11-12). واتفق معه الخطيب جمال (2014، ص.14) في ذلك بأنه لا حاجة بنا لفصل العلاج السلوكي عن تعديل السلوك، ويمكن تعريفه من خلال الاطلاع على التعريفات والآراء أنه عبارة عن امتداد وتراكم علمي في مجال مساهمة النظرية السلوكية في العلاج النفسي .

وذكر (حمدي عبد الله، 2013، ص.26) بأنه "منهج علمي يعتمد على تطبيق إجراءات علاجية معينة الهدف منها ضبط المتغيرات المسؤولة عن حدوث السلوك، وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة من هذا التعديل، ليحدث التكيف مع بيئة الفرد التي يعيش فيها ". يبقى أن يتم هذا التعريف بتحديد أن هذه الإجراءات تستند أساسا على القوانين السلوكية، كما يعرف اجرائيا " عملية تقوية السلوك المرغوب من ناحية، وإضعاف أو إزالة السلوك غير المرغوب من ناحية أخرى ". وقد تبنت الدراسة الحالية تعريف ستولز وزملاؤه على أنه نوع خاص من أنواع التأثير في السلوك يشتمل على تطبيق مبادئ علم النفس التجريبي بهدف الحد من المعاناة الإنسانية وتحسين الأداء الإنساني ويركز تعديل السلوك على المتابعة المنظمة والتقييم الموضوعي المتكرر لفاعلية الإجراءات المستخدمة، وتهدف أساليب تعديل السلوك عموما إلى

تحسين أساليب الضبط الذاتي من خلال تحسين مهارات الفرد وقدراته ومستوى استقلالته . (الخطيب، 2014، ص.13)

2- المفاهيم الأساسية في تعديل السلوك :

يقوم تعديل السلوك على تقويم السلوك وإزالة انحرافه على الاعتيادي والسوي وبالتالي سيتم شرح مصطلح السلوك أولاً وأنواعه والتي بنيت على أساسها عدد من الاستراتيجيات التعديلية ذات المنحى السلوكي، قبل الغوص في تعديل السلوك فيما يخص اضطراب تشتت الانتباه مع فرط النشاط بالتحديد .

2-1 السلوك :

"أي نشاط يصدر من الانسان سواء كان أفعالاً يمكن ملاحظتها وقياسها، كالنشاطات الفسيولوجية والحركية، أو نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كال تفكير والتذكر والوساوس وغيرها، وخلف كل سلوك دافع يسعى للحصول إلى نتيجة أي وظيفة معينة، وإذا لم يحقق السلوك الوظيفة المستهدفة فإنه سيختفي تدريجياً، وانطلاقاً مما سبق يمكن تغيير سلوك ما كما يمكن تعويضه بسلوك بديل. (حمدي عبد الله، 2013، ص.22-23). يعرف جونسون وبينيبير السلوك بأنه "ذلك الجزء من تفاعل الكائن الحي مع بيئته، الذي يمكن من خلاله تحري حركة الكائن الحي أو حركة جزء منه في المكان والزمان، والذي ينتج عنه تغيير للقياس في جانب واحد على الأقل من جوانب البيئة " . (الخطيب، 2014، ص.16). وهذا السلوك يمكن تعلمه ويتأثر بعوامل البيئة والمحيط الذي يعيش فيه الفرد . (الفسفوس، 2011، ص.13).

2-2 أنواع السلوك :

2-2-1 الإشرط الاستجابي :

ويسمى أيضاً برد الفعل الإنعكاسي (الخطيب، 2014، ص.16)، وهو البافلوفي أي الكلاسيكي وتفسر على أساسه العديد من السلوكيات كالشعور السار حين يبتسم شخص لك، والسلوك الاستجابي لا يتأثر بالمشيرات التي تتبعه وهو أشبه بالسلوك اللا إرادي فهو لا يتغير ولكن تتغير المشيرات التي تضبط هذا السلوك. (الفسفوس، 2011، ص.13)، لكنها ليست استجابات غريزية وإنما متعلمة، في تعديل السلوك ينبغي تحديد الاستجابات الحاضرة لمواقف معينة واستخدام المعرفة بالإشرط الاستجابي لتغيير سلوك غير مرغوب. وأكثر استخداماته في علاج القلق والمخاوف ومن أبرز استراتيجياته الاسترخاء والتعرض التدريجي والغمر . (لويس كامل مليكة، 1990، ص.44) .

ولا يتم التطرق لها لأنها لا تخدم الدراسة الحالية فهي استراتيجيات لا تصلح لتعديل سلوك تشتت الانتباه المصحوب بفرط النشاط .

2-2-2 الإشراف الإجرائي:

يقوم الإشراف الاستجابي على أساس العلاقة بين المنبهات وعلى العكس يتناول الإشراف الإجرائي التعلم والتغيرات الدافعية التي تقوم على أساس الأحداث التي تلي السلوك وتكون عامة نتيجة للسلوك، فالطفل يحصل على نقطة نتيجة لالتزامه بسلوك معين، أو يحصل على درجة في اختبار نتيجة لإنجاز في مستوى معين، (كامل مليكة، ص. 71)، ويتحدد بفعل عوامل البيئة ويمثل معظم أنماط السلوك الإنساني (حمدي عبد الله، 2013، ص. 23). إذن السلوك الإجرائي محكوم بنتائجه فقد تضعف المثيرات البعدية السلوك الإجرائي وقد تقويه وقد لا يكون لها أي أثر. (الفسفوس، 2011، ص. 13) وهذا ما يحتم استخدام البحث العلمي التجريبي في تعديل السلوك .

3- مبادئ تعديل السلوك :

يتميز منحى تعديل السلوك عن غيره من العلاجات النفسية بجملة من المبادئ مستمدة من النظرية السلوكية:

- السلوك ليس صدفة ولكن يخضع لقوانين محددة: ترسخ للحتمية النفسية حدوث الاستجابة إذا تعرض الانسان لمثير ما وأنه من الممكن التنبؤ بنوع الاستجابة وتلك القوانين هي التي توجه كافة النشاطات العلمية في مجال تعديل السلوك؛ لهذا لا بد من التجريب العلمي.
- السلوك هو المشكلة وليس عرض لها: وبالتالي هو الذي يحتاج للتغيير. ويكتسب نتيجة التعرض للخبرات التي تؤدي إليه ومن ثم يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات والسلوك المضطرب.
- السلوك متعلم سواء كان سوياً أو مضطرباً: وبالتالي فالسلوك المضطرب كتشتت الانتباه متعلم تم تعزيزه فاستمر. وتعديله يعتمد على عملية تعلم أو إعادة تعلم أو تصحيح للتعلم الخاطيء.
- التركيز على السلوك الظاهر القابل للملاحظة والقياس: إذ يتم تعريف السلوك المستهدف إجرائياً، وانتقاء الاستراتيجية المناسبة في تعديله. للتمكن من تتبع التغيرات التي تطرأ على السلوك في مراحل العلاج المختلفة .

- العوامل البيئية هي التي تحدد ما يتعلمه الفرد وكيف يسلك وبالتالي ينبغي دراسة العوامل البيئية السابقة واللاحقة للسلوك المستهدف في فهمه وتفسيره وتعديله .
- زملة الأعراض النفسية ينظر إليها كتجميع لعادات سلوكية خاطئة متعلمة .
- يحكم على السلوك بنتائجه: يؤدي التعزيز إلى الحفاظ على السلوك وتكراره والتتفير يؤدي إلى الإقلاع عن السلوك وتجنبه وبالتالي فالتحكم بالسلوك يعني بالضرورة التحكم بنتائجه. كما تقيم فاعلية التعديل ونتائجه بالتغيرات التي تطرأ على سلوك معين خارج المقابلة العلاجية .
- الإجراءات التعديلية ليست ثابتة أو محددة مسبقا ولكن يمكن أن تصمم بطريقة معينة لمساعدة الفرد على التخلص من سلوك مضطرب بعينه .
- يستخدم مبادئ التعلم الاجتماعي مثل: التعزيز والنمذجة لتطوير أساليبه التعديلية .
- تتم إجراءات تعديل السلوك في البيئة الطبيعية لحدوثه: يحدث تعديل السلوك في المكان الذي يحدث فيه، فالفرد والأشخاص المهمون في حياة العميل إضافة لمعدل السلوك هم الذين يحكمون عن الأهمية الاجتماعية للسلوك المستهدف. ومعدل السلوك يحاول تغيير السلوك من خلال المثيرات البيئية وهذا لا يتحقق إلا ضمن الظروف الطبيعية لحدوث السلوك فإذا كانت مشكلة الطفل في البيت فإن المعالج يعمل مع الوالدين وأفراد الأسرة الآخرين لمعالجتها. فالأفراد المحيطين بالعميل هم طرف في عملية تعديل السلوك .
- مراعاة الفروق الفردية أثناء تطبيق التعديل السلوكي: تقنيات تعديل السلوك تختلف من حالة إلى أخرى وبالتالي القياس والتحليل والعلاج يتم على مستوى الفرد الواحد .
- التقييم المستمر لفاعلية إجراءات تعديل السلوك: إذ يتم تكرار قياس السلوك للحكم على فاعلية الاستراتيجيات المستخدمة، قد يكون ذلك أسبوعيا، شهريا، بواسطة جداول التقييم. وقد يستدعي الأمر التوقف عن أسلوب معين واستبداله بأساليب أخرى . (جمال الخطيب، 2014، ص33-؛ الفسفوس، 2011، 19؛ أبو زيد & عبد الحميد، 2015، ص148)
- يتطلب تعديل السلوك تحديد الهدف وطريقة العلاج لكل سلوك، بعد تحديد السلوك المراد تعديله وتعاون العميل في عملية تحديد الهدف أو ما هو متوقع من عملية العلاج .
- تعديل السلوك عملية منظمة وواضحة الخطوات ومخططة تبدأ بتحديد المشكلة السلوكية وتنتهي بتقويم ما تم تحقيقه من نتائج . (حسين، 2008، ص91)

4- الخطوات الخمس في العلاج باستخدام تعديل السلوك :

- اختيار وتعيين السلوك المستهدف: تحليل سلوكي كامل للمشكلة الاكلينيكية، وفي الدراسة الحالية هو تشتت الانتباه والنشاط الزائد. وتحليلهما إلى معاييرهما الأساسية. ويعني ذلك تحديد وتعريف السلوك المضطرب .
- قياس السلوك المستهدف: وهي خطوة حاسمة لأن الدليل على فعالية البرنامج العلاجي يستمد من التغيرات في المتغير المعتمد وفي هذه الدراسة التغير في أعراض تشتت الانتباه و النشاط الزائد وذلك بخفضها لتعدل إلى المستوى الاعتيادي .
- اختيار معزز مناسب وفعال: يسعى المعالج والعميل إلى البحث في البيئة عن معزز متاح تكون له القوة على تشكيل السلوك الجديد والمحافظة عليه فقد يكون المعزز مشاهدة التلفاز أو اللعب مع الرفاق ...وهذا يقابل تصميم البرنامج العلاجي لأنه سيتم معالجة مجموعة من السلوكيات التي تشكل اضطرابا وليس سلوكا منعزلا .
- إقامة الإشراف: يقيم المعالج مع العميل ترتيبا يحصل بمقتضاه على المعزز: مثلا التنزه في الحديقة مقابل السلوك المستهدف وهو إكمال الواجبات المنزلية، أو قراءة رواية والصبر عليها لغاية نهايتها. والمتابعة بواسطة جدول التعزيز. ويعني ذلك تنفيذ البرنامج العلاجي.
- مراقبة ومتابعة التقدم: التحقق من مدى فعالية الإجراءات المتبعة كاللجوء إلى الفراش بعد صلاة العشاء مباشرة، فإن كان ذلك لا يتحسن وجب جمع معطيات اكلينيكية إضافية والنظر في المعزز للتغلب على السلوك المشكل المستهدف. ويقصد بهذه الخطوة التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي . (لويس كامل مليكة، 1990، ص. 132، الخطيب، جمال، 2014، ص. 72-88)

5- استراتيجيات تعديل السلوك (الإشراف الاجرائي) :

5-1 التحكم في المنبه (تهيئة فرص للسلوك) :

هناك منبهات لكل أنواع السلوك الإجرائي تسمى "المنبهات التمييزية" توجه الاستجابة، وهي لا تستثير السلوك وإنما تهيئ فرص للسلوك وتزيد من احتمالات حدوث السلوك، وهذا ما يطلق عليه التحكم في المنبه

(كامل مليكة، لويس، 1990، ص.73) وبالتالي يمكن تغيير السلوك الإجرائي للفرد بتغيير المنبهات التمييزية وهناك ثلاث طرق :

5-1-1 إزالة مثيرات السلوك غير المرغوب :

تشتت الانتباه الابتعاد عن صوت التلفاز والمشتتات أثناء إنجاز الواجبات المنزلية. أي تغيير المثير الذي أدى إلى السلوك السلبي كالمنزل الفوضوي لطفل المصاب بتشتت الانتباه، بعض السلوكيات السلبية تحدث نتيجة لظروف بيئية معينة وبالتالي وجب تغيير وتعديل البيئة المحيطة . (حمدي عبد الله، 2013، ص.54).

5-1-2 التضييق :

تحديد السلوك مثلا لتحسين عادات المذاكرة من المهم إعداد مناطق جيدة للمذاكرة، إذا كان الطفل يستلقي على أريكة ويستمتع للموسيقى ويأكل ويهاثف أصدقاءه ، فإن الأريكة ستكون هاديا لأفكار ومشاعر وسلوك لا ينسجم مع المذاكرة ومن الأفضل تحديد مكان معين لا يتم فيه شيء غير المذاكرة كمكتب في ركن، والابتعاد عن هذا المكان حين ينزلق العميل في أحلام اليقظة، وتزال منه كل المنبهات التي لا تتفق مع المذاكرة مثل الطعام والصور والتلفزيون، وكذلك علاج الأرق بذهاب العميل للفراش حين فقط يحس بالرغبة في النوم، ولا يغادر فراشه والنوم يلح عليه، ولا يقرأ ولا يأكل ولا يشاهد التلفاز وهو في الفراش .

5-1-3 إدخال مثيرات كف السلوك غير المرغوب :

أو تهدي إلى السلوك الذي لا يتفق مع السلوك غير المرغوب، فإذا أراد التنظيم والانضباط يعلق صور وعلامات على باب الثلاجة . (كامل مليكة، لويس، 1990، ص ص.73-74)

5-2 إكساب سلوكيات جديدة :

لكي يعزز سلوكا مرغوبا يتعين أن يحدث السلوك أولا وبالتالي هناك حاجة لاستخدام طرق مساعدة العميل على المبادأة بالسلوك لتعزيزه لاحقا بعد ظهوره؛ ومن هذه الطرق :

5-2-1 التشكيل :

تشجيع الطفل على الاقتراب خطوة خطوة من السلوك النهائي باستخدام التقريب التتابعي ويشمل التعزيز الايجابي للاستجابات التي تقود إلى السلوك المرغوب أو ما يقاربه في خطوات صغيرة تيسر الانتقال

السهل من خطوة لأخرى، وتجاهل الاستجابات غير المطلوبة ويبدأ التشكيل من النقطة التي يكون العميل عندها ثم يتدرج في خطوات بحيث يتغير سلوكه مع تقديم التعزيز للتغيير؛ ومعالجة الأخطاء والمشكلات في مرحلة مبكرة من الخطوات الصغيرة. (كامل مليكة، لويس، 1990، ص. 77-78؛ الخطيب والحديدي، 2009، ص. 216)، للحصول على سلوك معين يتم تقرب الطفل منه خطوة بخطوة وكل ما ينجح في مرحلة يكافئ. (حمدي عبد الله، 2013، ص. 43) ويقوم أولاً بتحديد السلوك النهائي الذي يريد تعليمه، وبعد ذلك اختيار استجابة تشبه السلوك النهائي إلى حد ما ويبدأ بتعزيزها بشكل منظم، ويستمر حتى تصبح قريبة أكثر فأكثر من السلوك النهائي وتسمى بعملية التقارب التدريجي، وقد بينت دراسات عديدة فعالية هذا الاجراء في تعليم سلوكيات كتأدية المهارات الحياتية، العناية بالذات، المهارات الاجتماعية والمهنية والحركية ومهارات الاتصال (الخطيب ، 2014 ، ص. 174) ويستخدم في تعليم تنظيم الوقت، الحضور إلى القسم، إكمال الواجبات المنزلية، بقاء الطفل في مقعده . (الفسفوس، 2011، ص. 52)

خطوات التشكيل :

- تحديد السلوك المراد تعليمه بدقة: بهدف تعزيز التقارب من السلوك المطلوب وتجنب السلوكيات التي لا علاقة لها.
- تعريف السلوك المدخلي: من أين يبدأ حيث يستخدم التشكيل لتعليم سلوك غير مكتسب حالياً، لذا يجب اختيار استجابة قريبة منه وتعزيزها وتقويتها بهدف صياغة السلوك النهائي وتسمى بنقطة البداية وتحدد بالملاحظة المباشرة للعميل قبل البدء بعملية التشكيل لتحديد ما يستطيع عمله. ويتصف السلوك المدخلي بأنه متكرر وذلك كي يتسنى تعزيزه وأنه قريب من السلوك النهائي.
- اختيار معززات فعالة: يستدعي التشكيل تغيير السلوك بشكل مستمر نحو الوصول للسلوك المطلوب ولهذا يجب المحافظة على درجة عالية من الدافعية لديه وهذا يتطلب اختيار المعززات المناسبة التي تزيد من دافعيته.
- وصف خطوات عملية تشكيل السلوك للعميل قبل أن يقوم باستجابات متتابعة لتشكيل السلوك بصورة كاملة وذلك بطريقة شفوية.
- الاستمرار في تعزيز السلوك المدخلي إلى أن يصبح معدل حدوثه مرتفعاً.

– الانتقال التدريجي من مستوى أداء إلى أعلى: يعتمد ذلك على درجة إتقان المتعالج للسلوك المطلوب منه ومهاراته في أدائه بشكل جيد، والقاعدة الواجب اتباعها هي تعزيز الأداء من ثلاث إلى خمسة مرات قبل الانتقال إلى المستوى الأعلى، فتعزيز مستوى الأداء لمدة أطول يجعل الانتقال إلى مستوى أعلى صعباً كما أن تعزيز السلوك لفترة قصيرة يؤدي إلى اختفاءه.

(الفسفوس، 2011، ص53-54)

5-2-2 التلقين :

الاستخدام المؤقت لمثيرات إضافية، بهدف زيادة احتمالية تأدية الفرد للسلوك المستهدف وهو حدث الفرد على أن يسلك على نحو معين والإيحاء له أنه سيعزز على ذلك، وهو ضروري ومفيد في محاولات التدريب الأولى عندما يكون الهدف المساعدة على اكتساب سلوكيات جديدة ليس بمقدوره اكتسابها، لكن بعد ذلك وجب إخفاء التلقين لتجنب اعتماد الفرد عليه. ويوجد: تلقين لفظي، إيمائي، وجسدي. بعد ذلك تأتي مرحلة الإخفاء ويقصد بالإخفاء الإزالة التدريجية للتلقين بهدف مساعدة الفرد على تأدية السلوك المستهدف باستقلالية، والإخفاء ضروري في أي حالة تعمل فيها المثيرات غير المعتادة على ضبط السلوك. (الخطيب، 2014، ص. 172-173)

5-2-3 النمذجة :

غالبا ما يتأثر الفرد بملاحظة سلوك الآخرين، (جمال الخطيب، 2014، ص.180) وهنا قد يشاهد الطفل من خلال المواقف المصورة السلوك النموذج ويطلب منه محاكاتها وتطبيقها في مواقف متعددة. (كامل مليكة، 1990، ص.45)، وتتضمن تغيير سلوك العميل نتيجة ملاحظته سلوك شخص آخر هو النموذج، ومن المفيد الجمع بين النمذجة والتشكيل. (كامل مليكة، 1990، ص.78)، يمكن المحافظة على استمرارية أداء الفرد للاستجابات المتعلمة وتنظيمها وضبطها اجتماعيا من خلال الأفعال التي تصدر عن النماذج المؤثرة. وتصبح النمذجة أكثر فعالية عند استخدامها مع إجراءات سلوكية أخرى مثل المشاركة الموجهة ولعب الأدوار والممارسات السلوكية والتعزيز والتغذية الراجعة. (الخطيب، 2014، ص.184) العوامل التي تزيد فعالية النمذجة :

– انتباه المتعالج للسلوك: يجب التأكد من أنه يتابع السلوك النموذج وهذا قد يتطلب التلقين

أحيانا، وقد يأخذ التلقين الشكل اللفظي أو من خلال استخدام النماذج الجذابة.

- دافعية الملاحظ: تتأثر احتمالية تقليد الملاحظ للنموذج أيضا بدافعيته، فإذا لم يكن لديه دافع للتقليد فالنمذجة سوف تفشل. واحد من العوامل الحاسمة التي تؤثر وبشكل مباشر في دافعية الملاحظ لتقليد سلوك النموذج هو توقعاته لنتائج التقليد، فالملاحظ قد لا يقلد النموذج إذا توقع أن نتائج سلوكه ستكون سلبية، ولكنه سيقبله إذا كان يتوقع أن النتائج ستكون إيجابية. وتتأثر الدافعية بعمر النموذج وجنسه ومكانته.

- مقدرة المتعالج الجسمية على تقليد سلوك النموذج: حتى تكون النمذجة فعالة، يجب التأكد من أن لدى المتعالج القدرة الجسدية اللازمة لأداء المهارات الحركية المطلوبة إذا كان الهدف هو تعليمه تلك المهارات " كقيادة الدراجة مثلا ".

- مقدرة المتعالج على الاستمرار بتأدية السلوك بعد اكتسابه: يجب تشجيع المتعالج على الاستمرارية بتأدية السلوك المستهدف بعد اكتسابه له، باستخدام الاستراتيجيات الأخرى . (الخطيب، 2014، 183) .

3-5 تقوية السلوك المرغوب فيه :

وبعد الحصول على السلوك المرغوب يأتي دور الاستراتيجيات التالية لتقويته والمحافظة على استمراريته :

1-3-5 التعزيز:

يعرف التعزيز على أنه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إزالة توابع سلبية الأمر الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك مستقبلا في المواقف المماثلة، والمثير هو المعزز الذي يحدث بعد السلوك فيؤدي إلى تقويته (الخطيب، 2014، ص.145) وهو أكثر طرق الإشراف الإجرائي شيوعا، ويجب أن يكون مكونا من كل البرامج الإجرائية حتى ولو كان حول الإطفاء، ومن المهم تحديد ما يعزز سلوك العميل فعلا وليس ما يعتقد أنه معزز، ومن طرق معرفة ذلك؛ السؤال عما يعزز سلوكه من خلال أداة مثل "جدول مسح التعزيز" الذي أعده كوتيليا وكاستنباوم، فقد يعتقد المدرب أن بعض الأحداث ليست معززة بينما هي في الواقع معززة، قد يعتقد الوالد أن صياحه في وجه الطفل يفهمه على أنه نذير بالعقاب، بينما يكون الوالد فعلا معززا للطفل كي يحصل على انتباه الوالد، ويستحسن اختبار عينة المعزز أولا قبل اتخاذه كإجراء تعديلي . والثناء والمال قد يكونان معززين قويين إذا أحسن استخدامهما، في التنظيم مثلا والقضاء على التأخر، ومن نظريات التعزيز نظرية بريماك وذلك باستخدام السلوك الأكثر احتمالا في

تعزيز السلوك الأقل احتمالاً كأن يطلب من الطفل تناول الخضراوات قبل تمكينه من الخروج واللعب. (كامل مليكة، 1990، ص. 75-76)، والتعزيز المعنوي بإثابة الطفل على سلوكه الحسن بإظهار الرضا والسرور والافتخار به وتشجيعه أو الثناء أمام الآخرين أو الدعاء بالفلاح مما يعزز السلوك ويستخدم في النشاط الحركي الزائد، ويرى البعض أن التعزيز المعنوي أفضل من التعزيز المادي إذ يشعر الطفل بأنه محسن في عمله وأنه قادر على الاتقان والنجاح بنفسه ويزرع في نفس الطفل مبادئ سليمة لتكوين شخصيته وفهمه لمن حوله . (حمدي عبد الله، 2013، ص. 43. حسين، 2008، ص. 201).

5-3-1-1 أنواع التعزيز:

5-3-1-1-1 التعزيز الإيجابي :

وهو حصول الطفل على مكافئة (تعزيز) لقاء أدائه للسلوك المرغوب فيه، أو مدح الطفل أمام الآخرين. أي ظهور مثير بعد السلوك مباشرة مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة (حسين، 2008، ص. 211؛ الخطيب، 2014، ص. 147)، وهي طريقة محسوسة لتوضيح السلوك المتوقع من الطفل، وثبات أسلوب الوالدين وإمكانية التنبؤ به يعطي الطفل شعوراً بالأمن والهدوء، ويجب أن يتفق الوالدين على الاستجابة للطفل بالطريقة نفسها، وعند ذلك يتعلم الطفل أن الاستجابة الإيجابية من كلا الوالدين سوف تتبع السلوك الهادف غير العشوائي. وقد يكون الثناء وحده كافياً بالنسبة لبعض الأطفال الذين يحبون لفت الانتباه، بينما من الضروري بالنسبة للبعض الآخر استخدام طرق التعزيز الموجب . (السيد عبيد، 2015، ص. 159-161)

5-3-1-1-2 إرشادات استخدام التعزيز الإيجابي :

- اختيار السلوك المرغوب: زيادة الانتباه مثلاً والضبط الذاتي يجب أن تكون السلوكيات محددة جداً وليست عامة واختيار سلوكيات يمكن أن تضبط من خلال استخدام معززات طبيعية .
- اختيار المعزز: يمكن تطبيق قائمة مسح المعززات والانتباه إلى: تحديد مدى توافرها وسهولة تطبيقها مباشرة بعد حدوث السلوك وإمكانية استعمالها دون فقدان معناها، أو الوصول بها إلى الأشباع وألا تتطلب وقتاً طويلاً لاستهلاكها والتنوع في استخدام المعززات ما أمكن .
- تطبيق التعزيز الإيجابي: إخبار العميل الخطة قبل البدء بتطبيقها، وتقديم التعزيز فور حدوث السلوك ووصف السلوك المرغوب فيه للعميل أثناء تعزيزه، والثناء والتواصل الجسدي عند تقديم أو إعطائه التعزيز .

- إنهاء البرنامج: إزالة المعززات المادية تدريجياً بعد اكتساب السلوك. والمحافظة على السلوك المكتسب باستخدام المعززات الاجتماعية، استخدام معززات طبيعية في البيئة للمحافظة على السلوك، وأخيراً التخطيط لتقييم دوري لضمان المحافظة على السلوك بعد إنهاء البرنامج. (الزريقات، 2007، ص.191-192)

3-1-1-3-5 التعزيز السالب (لم تستخدمه الدراسة في تطبيقها) :

وهو التوقف عن تقديم مثير منفرد وكريه عند ظهور الاستجابة المرغوبة، أو أي مثير يؤدي سحبه أو إبعاده إلى تقوية السلوك مثل التوقف عن حرمان الطفل من اللعب بعد أدائه واجباته المدرسية، والتعزيز السالب يختلف على العقاب؛ فهو يسهم في زيادة السلوك المستهدف وتقويته من خلال إزالة المثيرات السلبية، أما العقاب يقلل ويضعف من حدوث السلوك من خلال تعريض الطفل لمثيرات غير مرغوب فيها أو إزالة مثيرات مرغوب فيها . (حسين، 2008، ص.211)

3-1-3-5-2 فعالية التعزيز:

لكي يكون المعزز فعالاً يجب أن يكون مرغوباً لدى الفرد، فإذا كان الطفل يحب الكتب الملونة، فإن إعطائه هذه الكتب يعتبر معززاً بالنسبة له وإن كان لا يحبها فأعطاءها له لا يعد معززاً في المقابل أخذ هذه الكتب منه لا يمثل عقاباً ولا يؤدي إلى خفض سلوكه. ولاختيار المعززات المناسبة يجب أن يسأل الطفل عما يحبه، أو يلاحظ سلوكه لمعرفة الأشياء التي يحبها أو يقدم له عينة من المعززات وملاحظة مدى الاهتمام بها، (أبو أسعد، 2014، ص.137). وأكدت (NIMH) أن الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه مع النشاط الزائد يحتاجون إلى اختيار مكافآتهم كما يتطلبون مجموعة متنوعة من المكافآت (ADHD NIMH,2007,p125).

وهناك العديد من العوامل التي تؤثر على فعالية ونجاح التعزيز :

- مقدار التعزيز:

كم وكيف التعزيز وبتزايد مقداره يزداد تأثيره، ولكن لذلك حدوده كما لديه استثناءاته. (كامل مليكة، 1990، ص.80)، من المهم أن تتناسب كمية التعزيز مع مستوى أداء السلوك المرغوب، ويتوقف ذلك على تحديد المعززات المناسبة أي الأشياء التي يتوقع أن تؤدي وظيفة تعزيزية أي تقوية السلوك المراد الحصول عليه. فمن الضروري سؤال الطفل عما يحبه؛ ذلك يزيد من رغبته في المشاركة في البرنامج، وعلى المعالج تحديد الكمية المناسبة كي يحافظ على احتياج الطفل للمزيد من التعزيز كما عليه أن يوفر

كل الشروط (الكمية والنوع والسلوك المطلوب) في بداية البرنامج . (الخطيب، 2014، ص.157؛ حسين، 2008، ص.218-219)، والإكثار من المعزز أيضا إلى غاية الإشباع يفقده فعاليته، لذا على معدل السلوك استخدام معززات مختلفة لا معزز واحد. (الخطيب، 2014، ص.157، الفسفوس، 2011، ص.44) - **فورية التعزيز :**

وهو إشارة إلى مقدار الزمن بين سلوك الشخص والتعزيز، تتحقق أحسن النتائج إذا قدم التعزيز بعد السلوك مباشرة، فالثناء على طفل لسماحه لطفل آخر بمشاركته يحقق نتيجة أفضل إذا قدم مباشرة وليس متأخرا، وترجع قوة برنامج التدريب حين يقدم الثواب والعقاب مباشرة بعد السلوك، ويساعد ذلك الطفل على تعلم السلوك الذي يكافئ. ولكن بالنسبة للطفل ذو فرط النشاط وتشتت الانتباه لديه مشكلة أنه لا يتحمل تأجيل الإشباع حتى وإن كان أفضل؛ وبالتالي يجب تعليمه الاستجابة لعلاقات مشروطة بعيدة الأجل ومن الوسائل التي تستخدم لهذا الغرض التعاقد السلوكي وهو أداة قوية . (كامل مليكة، 1990، ص.81، الخطيب، 2014، ص.157). وينبغي التنبه أن تأخير التعزيز قد ينتج عنه تعزيز سلوكيات غير مستهدفة لا نريد تقويتها، قد تكون حدثت في الفترة الواقعة بين حدوث السلوك المستهدف وتقديم المعزز، فعندما لا يقدم المعزز مباشرة بعد حدوث السلوك المستهدف يجب إعطاء العميل معززات وسيطة كالمعززات الرمزية أو الثناء بهدف الإيحاء بأن التعزيز قادم . (الفسفوس، 2011، ص.43)

- **التنوع :**

استخدام معززات متنوعة أكثر فعالية من معزز واحد كما أن استخدام أشكال مختلفة من المعزز نفسه أكثر فائدة من نوع واحد منه، لا يستخدم دوما نفس المعزز اللفظي في كل مرة جيد، جيد ولكن يغير إلى "أحسنت" مثلا والابتسام له (الخطيب، 2014، ص.158، الفسفوس، 2011، ص.44).

- **التحليل الوظيفي :**

بالتعرف على المعززات في البيئة الطبيعية للطفل كي يساهم في زيادة احتمال تعميم السلوك المكتسب والمحافظة على استمراريته. (الخطيب، 2014، ص.158، الفسفوس، 2011، ص.44).
بجمع معلومات كافية من أولياء الأمور حول التفضيلات .

- **الجدة :**

إن مجرد كون الشيء جديدا يكسبه خاصية التعزيز أحيانا، لذلك ينصح بمحاولة استخدام أشياء غير مألوفة قدر الإمكان . (الخطيب، 2014، ص.158).

- ثبات التعزيز :

تعزيز مستمر للسلوك في مرحلة اكتساب السلوك ثم تعزيز متقطع في مرحلة المحافظة عليه. (الخطيب، 2014، ص.158). يجب أن يكون التعزيز على نحو منظم وفق شروط معينة يتم تحديدها قبل بدء بتنفيذ برنامج العلاج . (الفسفوس، 2011، ص.43)

- مستوى الحرمان - الإشباع :

كلما كانت الفترة التي حرم فيها العميل من المعززات طويلة كان المعزز أكثر فعالية، أي عندما يكون مستوى حرمان الفرد منها كبير نسبياً. (الفسفوس، 2011، ص.44)، وهذه الفترات تتكفل بها في العادة جداول التعزيز (حسين، 2008، ص.219) ولكن مع التنبه إلى أن الأطفال المصابين بتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتصفون "يشعرون بالملل" بتدخل سلوكي معين بشكل أسرع من المعتاد، لذلك قد يحتاجون إلى مكافآت تتغير على فترات متقاربة. لكي تكون ناجحة، يجب إنشاء تدخل سلوكي بحيث يحصل الطفل على المكافأة بنسبة 75% على الأقل من الوقت. وإلا فقد لا "يتبع" الخطة) .

(Linda Grossman M.D. n.d ,p.1)

درجة صعوبة السلوك :

كلما ازدادت درجة تعقيد السلوك، أصبحت الحاجة إلى كمية كبيرة من التعزيز أكثر، فالمعزز ذو الأثر البالغ عند تأدية سلوك بسيط قد لا يكون فعالاً عندما يكون السلوك المستهدف معقداً أو يستدعي مجهوداً كبيراً . (الفسفوس، 2011، ص.44)

3-1-3-5 أنواع المعززات :

يصنف سكينر المعززات إلى نوعين أساسيين:

❖ المعززات الأولية:

وهي المثيرات التي تؤدي إلى تقوية السلوك دون خبرة سابقة أو تعلم، لذا يسمى معزز غير الشرطي مثل: الحلويات والمأكولات والشراب والدفء والحنان والتسلية والنزهة فهي معززات أولية إيجابية، أما الضوضاء والحر والبرد تعد معززات أولية سلبية.

❖ المعززات الثانوية :

وهي المعززات التي ترتبط بإشباع حاجات مكتسبة، أي المثيرات التي تكتسب خاصية التعزيز من خلال اقترانها بالمعززات الأولية ولذا يسمى بالمعزز الشرطي، مثل المديح والمال التي لا تمثل للطفل

شيئا ولكنها بعد اكتسابها خلال حياته تصبح معززات شرطية قوية. وتقسم المعززات الثانوية إلى خمسة أنواع :

▪ **المعززات الغذائية** : أوضحت دراسات تعديل السلوك أن للمعززات الغذائية تأثير بالغ في السلوك إذا توقف منحها للعميل بناءا على قيامه بالسلوك، وتشمل كل الطعام والشراب والحلويات المفضل للطفل ويعارض البعض هذا النوع من التعزيز كون يرهن حصوله على الطعام المفضل عند قيامه بالسلوك المرغوب وهذا أمر غير مقبول، كما قد يصل للإشباع وبالتالي يفقد المعزز فعاليته، ولتجنب هذه المشكلات ينبغي تنويع المعزز وإقرانه بمعززات اجتماعية .

▪ **المعززات المادية** : وتشمل الأشياء المحبوبة للطفل كالألعاب والقصص، الألوان، الأفلام، الصور، النجوم، ملابس، أقلام، دراجة .

▪ **المعززات الرمزية** : قد لا تكون ذات قيمة في حد ذاتها، ولكنها تكتسب خاصية التعزيز من خلال استبدالها بمعززات مادية، تمثل رموز كالبطاقات والنجوم يحصل عليها العميل عند تأديته السلوك المراد تقويته ويستبدالها فيما بعد بمعززات أخرى كالهدايا والنزهة، وتقدم البطاقات ذات فئات مختلفة بناءا على حجم السلوك ويقوم الطفل بتجميعها وبعد فترة ، في نهاية الأسبوع مثلا يمكنه استبدالها بأشياء محببة وينبغي وضع هدايا حتى لأقل عدد من العلامات ووضع الهدية الأكثر تحفيزا عليها أكبر عدد من العلامات ليحرص الطفل على جمع أكبر عدد من الكروت، كما يمكن استخدام البطاقات كنوع من العقاب إذ يمكن أن تسحب منه البطاقة التي يحتفظ بها، أو حرمانه من الحصول على بطاقات لمدة معينة، - في الدراسة الحالية لم يتم استخدام أسلوب العقاب بأنواعه المختلفة .

(حسين، 2008، ص.ص. 202-203؛ إبراهيم، الدخيل، رضوى إبراهيم، 2003، ص.81)، وضع إشارات على جدول، أو إعطاء الطفل بطاقات يكون وسيلة مفيدة، ويمكن للطفل أن يستبدل بها بعض الألعاب الصغيرة أو الامتيازات الإضافية أو المشاركة في رحلة، يحصل عليها عندما يجلس في البيت لفترات معقولة دون أن يبدي نشاطا زائدا" . (السيد عبيد، 2015، ص.159-161)

لهذه التقنية فوائد متعددة منها حث الطفل على أن يكون رقيقا على تصرفاته الشخصية دون تدخل مباشر من الأهل وبدرابته أن لذلك عواقب سلبية أو إيجابية يتعلم ضبط النفس حتى يصل إلى ما يريد، كما يكتسب العادة السلوكية بأسلوب بسيط ودون ضغط أو إكراه إضافة للتحفيز الذي يصاحب تنفيذ هذه التقنية حيث يجعل الطفل مبتهجا سعيدا لإحساسه أنه سينجز شيئا له قيمة، وأنه جدير بالهدايا التي

تحصل عليها، فيشبع حاجة الإحساس بالإنجاز كون أفعاله قدرت في صورة يستطيع لمسها والتباهي بها أمام أصدقائه وأقاربه .

▪ **معززات نشاطية :** أداء نشاطات محببة يسمح للطفل القيام بها عند قيامه بالسلوك المرغوب فيه، وفي برامج تعديل السلوك يسمح للطفل باللعب، الرحلات، الاشتراك في مباريات، كما قد تكون الاستماع إلى القصص ومشاهدة التلفاز لمتابعة البرامج المفضلة لديه بعد إنجاز وظيفته المنزلية، السماح له بالخروج مع أصدقائه بعد أن يرتب غرفته، الخروج للنزهة أو الذهاب للملاهي والحدائق العامة وزيارة الأقارب .

▪ **المعززات الاجتماعية :** وتقدم للتعديل بعد أداء السلوك المرغوب فيه مباشرة ونادرا ما يؤدي استخدامها إلى الاشباع ومن أمثلتها: المدح والثناء والإعجاب والتقدير وتعبيرات الوجه مثل الابتسامة والانتباه والتصفيق، كلمات التشجيع مثل أحسنت، رائع، جميل، عظيم، أنت ولد ذكي فعلا، إنها فكرة رائعة، هذا عمل ممتاز، وعرض الأعمال الجيدة أمام الأقارب، واللمسات الدالة على الرضا مثل القبلات والاحتضان والربت أو المصافحة والإشادة بالطفل أمام إخوته وأصدقائه، ومن ميزات المعززات الاجتماعية أنها فعالة جدا في تعديل السلوك عادة ما تزيد السلوك المقبول كما أنها سهلة التنفيذ، ويمكن استخلاص النشاطات المفضلة للطفل بملاحظته، أو استنتاجها من خلال التفاعل معه .

(حسين، 2008، ص.ص. 202-203؛ إبراهيم، الدخيل، رضوى إبراهيم، 2003، ص.81)،

عند وجود مستوى ملائم من النشاط الهادف يجب الحرص على ابرازه وتقويته بقول الوالدين: رائع لقد انهيت العمل بدقة تامة، وعند انجاز المهام التي كلف بها بإمكان الأبوان أن يقولوا له: "كم هو جميل أنك جلست وأكملت المطلوب منك " (السيد عبيد، 2015، ص.159-161)

3-1-3-5 كيفية استخدام المعززات :

منحه امتيازاً أو مكافئة لفترة من الزمن ثم الإبقاء لاحقا على المدعمات الاجتماعية (انتباه مديح الثناء والاهتمام والابتسامة التريبت على الكتف...) وسحب كل الانتباه على الطفل إذا قام بسلوك سيء وتوجيه الانتباه لطفل آخر ؛ و كي يكون فعالا التدعيم الاجتماعي يجب أن يتبع مباشرة السلوك المطلوب فمن الضروري تعزيز السلوك المطلوب وتجاهل السلوك غير المرغوب. وهذا ما يعرف بقاعدة بريماك وتتمثل في القول: " قم بعملك أولا ثم لعب بعد ذلك " أو "ستحصل على 5 دقائق لعب إذا لم تترك كرسيك لمدة 20د" . (كامل مليكة، 1990، ص.271).

سن 12 سنة: قراءة الرسوم الكوميديّة، قراءة القصص العلميّة، والألغاز والشطرنج والرسم. بين 3 ولا تزيد على 10 دقائق. التلفزيون، الكتب المسلية. بعد الانتهاء من أداء العمل المطلوب. (لويس كامل مليكة، 1990، ص.270).

4-5 إنقاص السلوك غير المرغوب :

ينبه لويس كامل مليكة إلى أن إنقاص سلوك غير مرغوب، يتعين أن يدعمه زيادة سلوك آخر مرغوب، ومن استراتيجيات إنقاص السلوك غير المرغوب :

4-5-1 الإنطفاء :

إقامة علاقة بين سلوك وحدث مشروط هو إشراف إجرائي ويكون إنهاء هذه العلاقة إنطفاء إجرائي مثل: التجاهل (كامل مليكة (1990)، ويؤكد أخصائيو الصحة النفسية أن كثيرا من أنواع السلوك يمكن أن تختفي في فترات قصيرة بمجرد تجاهلها (عبد الستار إبراهيم، الدخيل، رضوى إبراهيم، 2003، ص.87) وأشار الفسفوس (2011، ص.48) لعدة نقاط هامة لنجاح الإنطفاء:

- تحديد معززات الفرد بواسطة الملاحظة المباشرة.
- الاستخدام المنظم لإجراءات تعديل السلوك لأهميته في إنجاح الإجراء.
- تحديد المواقف التي سيحدث فيها الإطفاء وتوضيح ذلك للعميل قبل البدء في تطبيق الإجراء.
- الإطفاء فعال في تخفيض السلوك حتى وإن استخدم بمفرده ويكون أكثر فعالية إذا ما اقترن بتعزيز السلوكيات المرغوبة في الوقت ذاته. أي بالتعزيز التفاضلي للسلوك النقيض وهنا نزيل السلوك غير المرغوب بالإطفاء وفي نفس الوقت نستمر في تقديم التعزيز للسلوك المرغوب. (أبو أسعد، 2014، ص.230)
- التأكد من أن الأهل سيساهمون في إنجاح الإجراء وذلك بالإمتناع على تعزيز العميل أثناء خضوع سلوكه غير المرغوب للإطفاء فتعزيز السلوك ولو لمرة واحدة أثناء خضوعه للإطفاء سيؤدي إلى فشل الإجراء أو التقليل من فعاليته .
- وفي نفس السياق نبه الفسفوس (2011، ص.49) أيضا إلى أن سرعة اختفاء السلوك تتأثر بالتالي:

- كمية التعزيز "فكلما كانت كمية التعزيز اقل كان الانطفاء أبطئ".

- السلوك الذي يخضع لجدول تعزيز منقطع يبيدي مقاومة أكبر للإطفاء من السلوك الذي يخضع لجدول تعزيز متواصل.
- درجة الحرمان من المعزز؛ عند حرمان العميل من المعزز لفترة طويلة نسبيا يبيدي مقاومة أكبر للإطفاء من الشخص الذي حصل على معزز فترة طويلة قبل خضوعه للإطفاء.
- تظهر أحيانا ظاهرة "الاستعادة التلقائية" وهي ظهور السلوك من جديد بعد اختفائه في هذه الحالة لا يعطي المعالج اهتماما كبيرا لهذه الظاهرة لأنها سرعان ما تزول (تتكفى) إذا ما تجاهلها.

4-5- 2 العقاب :

يوجد نوعين من العقاب: إيجابي عن طريق إظهار الاستنكار لسلوك معين مثلا، فإذا أدى ذلك إلى إنقاص هذا السلوك كان ذلك عقابا إيجابيا، ومن صوره أيضا النقد وايقاع الألم والغرامات كعقاب سلبي. وينبه على معاقبة السلوك غير المرغوب دون التهجم على كرامة الشخص فقد يحاول الانتقام أو أن يتأثر مفهوم الذات لديه . (كامل مليكة، 1990، ص.96، الخطيب، 2014، ص. 240)

أنماط العقاب :

❖ التصحيح الزائد :

قام ازرين وزملاؤه بتجارب في هذه الصورة من العقاب، في تمارين التصحيح الزائد الإيجابي، يطلب من العميل ممارسة السلوك الصحيح في كل مرة يحدث فيها السلوك غير المرغوب. في حالة الطفل زائد النشاط الذي يضرب الأشياء أو يؤذي نفسه يذكر له أن سلوكه غير مناسب وأنه يتعين وقفه ثم يعطى تعليمات لفظية وتوجيه فيزيقي إذا دعت الضرورة للتصحيح الزائد كأن يرفع يديه فوق رأسه أو يمدها، أما في التصحيح التعويضي الزائد يصحح الطفل نتائج سوء سلوكه ويعيد الأمور إلى أحسن مما هي عليه عادة، فإذا قلب الطفل كرسيه تعين عليه أن يعيده إلى الوضع السليم مع كل بقية الأثاث، والصراخ قد يتطلب البقاء في صمت غير عادي لفترة . (كامل مليكة، 1990، ص.69) .

الجدول (7) الأشكال الرئيسية للتصحيح التصحيح الزائد في اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد :

الوصف	الشكل
أكثر أشكال التصحيح الزائد استخداما في برامج التعديل السلوك، ويستخدم عادة في خفض الإثارة الذاتية	التدريب على الحركات الوظيفية.

<p>بنشاطات حركية متعبة، وإذا لم يتعاون الفرد يرغم على ذلك، ويستمر التدريب في المرة الواحدة 15 دقيقة.</p> <p>لخفض سلوك الفوضى والتخريب، يطلب من الطفل أن يعيد الوضع إلى أفضل مما كان عليه قبل قيامه بسلوكه غير المرغوب: فإذا أفسد الطفل ترتيب المقاعد يطلب منه إعادة ترتيبها وتنظيفها، ويستمر التدريب في المرة الواحدة 20 دقيقة.</p>	<p>التدريب على الترتيب المنزلي</p>
---	------------------------------------

(الخطيب، 2014، ص. 211)

4-2-2 العقاب السلبي :

إلغاء أو خفض من حدث ينتج عنه نقص في السلوك المرتبط به، ويتضمن إبعاد شيء معزز عن الطفل حين يسيء السلوك، وينتج عنه عادة عقاب إيجابي أو انطفاء ولذا يصعب تحديد بدقة التأثيرات التي يمكن نسبتها إلى العقاب السلبي وفي تعديل السلوك هناك صورتان رئيسيتان للعقاب السلبي: ثمن الاستجابة وزمن الإبعاد :

❖ تكلفة الاستجابة :

قيام الطفل بسلوك غير مقبول يكلفه شيئاً ويعني فقدان أو سحب تعزيز كأن تلغى الماركات أو النقاط (الخطيب، 2014، ص. 202)، ومن مزايا هذا الأسلوب أنه يبقى على الطفل في موقف التعلم وهو ما لا يحققه نظام "زمن للإبعاد" (كامل مليكة، 1990، ص. 97). وبينت الدراسات العديدة فعالية تكلفة الاستجابة كإجراء لتقليل السلوكيات غير المرغوبة كالنشاط الزائد ومخالفة التعليمات. وغالبا ما يستخدم مقترنا مع إجراءات تقوية السلوك (التعزيز). (الفسفوس، 2011، ص. 138) وكي تكون هذه الاستراتيجية فاعلة ومثمرة لا بد من :

- توضيح الإجراء للطفل قبل البدء بتطبيقه .
- تحديد السلوك المراد تعديله .
- تعزيز السلوكيات المرغوبة .
- تقديم التغذية الراجعة بشكل فوري وذلك بهدف توضيح أسباب فقدان الطفل للمعززات .
- تطبيق الاستراتيجية مباشرة بعد حدوث السلوك غير المرغوب فيه .

- الابتعاد عن زيادة قيمة المخالفة تدريجيا لأنه يؤدي إلى التعود وتفقد الاستراتيجية فعاليتها .
- عدم حرمان الطفل من جميع المعززات التي في حوزته لأن ذلك يؤدي إلى الإحباط وردات الفعل وفشل نجاح الاستراتيجية العلاجية. (الفسفوس، 2011، ص.139)

❖ الإقصاء - الإبعاد أو إزالة التعزيز لفترة من الزمن - :

ويتمثل في فترة زمنية يبعد فيها التعزيز، وقد استخدم بفعالية في الفصل الدراسي، وفيه يرسل الطفل الذي يسيء السلوك إلى الإبعاد، وليكن ركنا في آخر الفصل يحجب بستارة وذلك لفترة زمنية محددة (10 دقائق مثلا)، ولكي يكون الإجراء فعالا يتعين أن تكون المنطقة التي يبعد منها الطفل معززة له والمنطقة التي يبعد إليها غير معززة، ولا يمكنه فيها الحصول على "ماركات". أو الإبقاء عليه في البيئة المعززة وتجاهل الطفل مع تركيز الانتباه على الآخرين وتعزيزهم ومنعه من تأدية النشاط الذي يستدعي تعريزا .

(كامل مليكة، 1990، ص.97، الفسفوس، 2011، ص.139-140)، وينبه (إبراهيم، الدخيل، رضوى إبراهيم، 2003، ص.86) إلى أهمية ايضاح للطفل أنه ليس عقابا بقدر ما هو فرصة للتفكير في سلوكه .

ويذكر (الفسفوس، 2011، ص.141) أنه لكيلا ينقلب الإقصاء إلى تعزيز للطفل يجب :

- أن تكون البيئة التي ينتقل إليها غير معززة لسلوكه، أو أن تكون أكثر تعريزا وبالتالي يتعمد القيام بالسلوك غير المرغوب كي ينتقل إليها .
- لا يكثر النقاش معه بل يكتفي بتذكيره بسلوكه المرفوض وجزاؤه الإقصاء، وعدم أخذه بالقوة لمكان العزل .
- ألا تزيد فترة الإقصاء عن عشرة دقائق .
- الانتظام في تطبيق العزل وتجنب العشوائية وتجنب التأخير في تطبيقه حال حدوث السلوك.
- شرح أسباب اتخاذ الإقصاء في حقه .
- عدم تكرار الاستراتيجية معه ما دام لم يقلع عن السلوك غير المرغوب وفي حالة عدم نجاح الإبعاد لابد من تغيير الاستراتيجية التعديلية .
- وينبغي التنبه أن للعقاب مساوئ وآثار سلبية ممكنة، فتوقيع العقاب على سلوك غير مرغوب لا يعني بالضرورة سلوكا مرغوبا. وقد تنتج عن العقاب استجابات مثل الخوف والقلق والكراهية لمن يوقعون العقاب

على الشخص أو المجتمع كما قد يتعلم الفرد الهروب أو تجنب الناس مما ينتج عنه مخاوف مرضية مرتبطة بالمدرسة أو زيادة في التغيب أو الهروب من المنزل، (كامل مليكة، 1990، ص.92) .

مما يضيف لاضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد اضطرابا آخر إضافيا كالتحدي المعارض أو اضطراب التصرف، كما يوضح لويس كامل مليكة أيضا أن الشخص الذي يوقع العقاب قد يصبح نموذجا للسلوك العدوانى، وقد يصبح الأطفال المعاقبون أقل مرونة وتواؤما في سلوكهم، ونصح حمدي عبد الله (2013) بتجنب العقاب لأنه لا يؤدي إلى تعلم سلوك جديد وإنما انطفاء السلوك مؤقتا ثم معاودة ظهوره

مرة أخرى . وأشار لويس كامل مليكة أنه من الأفضل التأكيد على زيادة السلوك المرغوب عن طريق إجراءات التعزيز بدلا من العقاب، كما يتفق كل منهما على أن يكون العقاب آخر الحلول ولكن إذا أريد للعقاب أن يكون فعالا تعين استخدامه بعد السلوك مباشرة وفي اتساق، ويجب أن يترافق مع الإنطفاء تعزيز سلوك بديل، والأفضل النظر للعقاب بأنه سلوك تعاقدي وليس هجوما شخصيا.

يتعين إعلام الطفل بمحكات العقاب مسبقا، والتعزيز السلبي بوقف معزز منفر قد يحس الطفل من خلاله بالتسلط والحرمان العقابي والتي تولد الآثار السلبية السابقة الذكر . (إبراهيم، الدخيل، رضوان إبراهيم، 1990، ص.73) .

ومن الإجراءات المستندة إلى التعزيز في التقليل من السلوك غير المرغوب :

5-4-3 التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى:

بمعنى تعزيز الفرد حين امتناعه عن القيام بالسلوك غير المقبول، وقيامه بأي سلوك آخر خلال فترة زمنية محددة مثلا امتناع الطفل عن رمي الأوراق ونفاياته في غرفته لفترة محددة وبالتالي يحصل على تعزيز.

5-4-4 التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض:

وهو حصول العميل على تعزيز عند قيامه بسلوك نقيض السلوك غير المقبول.

5-4-5 التعزيز التفاضلي للنقصان التدريجي في السلوك:

يعتمد على قياس السلوك غير المقبول خلال فترة زمنية محددة، فإذا كان معدل حدوثه أقل من قيمة معينة، يعزز العميل.

وتزداد قيمة المعززات عند استخدامها في برامج تعديل السلوك وتكون أكثر فاعلية حين تنظيمها في

جداول التعزيز، (حسين، 2008، ص.214) والتي سيلبي التطرق لها في السطور اللاحقة.

6- تقنيات تعديل السلوك :

طورت مجموعة من أدوات تعديل ومتابعة تحسن السلوك المستهدف تجمع بين عدة استراتيجيات :

6-1 جداول التعزيز :

وهي تشير إلى نمط الربط بين المعززات والاستجابات فإذا عززت كل استجابة صحيحة كان ذلك تعزيزاً مستمراً. (كامل مليكة، 1990، ص.81)، حيث يقدم التعزيز للعميل عقب كل استجابة مرغوب فيها، ويتميز التعزيز المستمر بسرعة التعديل لكنه ضعيف فقد ينطفئ السلوك بإيقاف التعزيز، لذا يوجد التعزيز المتقطع والذي يقدم فيه التعزيز بعد عدد معين من الاستجابات السلوكية يتم فيه اكتساب السلوك ببطء لكنه أكثر قوة وعند توقف التعزيز لا ينطفئ السلوك بسهولة، ويتم الاستفادة من الأسلوبين في جداول التعزيز إذ يستخدم في البداية التعزيز المستمر للتمكن من اكتساب العميل السلوك بسرعة ثم يستخدم التعزيز المتقطع للمحافظة عليه، (حسين، 2008، ص.216)، وقد نبه أيضاً على ذلك الخطيب (2014، ص.161) إذ شرح أن التعزيز المتواصل بعد التوقف عن المعالجة يجعل استمرارية السلوك هدفاً يصعب تحقيقه، لأن السلوك غالباً ما يخضع للتعزيز المتقطع في الحياة اليومية. فبعد أن يكتسب الطفل السلوك يصبح من الضروري تعزيز بعض الاستجابات لا كلها. فجداول التعزيز المتواصل أكثر فعالية في مرحلة اكتساب السلوك وجداول التعزيز المتقطع أكثر فعالية في مرحلة المحافظة على استمراريته.

وتشير جايسون (2013، ص.131) أن جداول النجمات البيانية غالباً ما تعطي ثمارها، حتى مع الأطفال الكبار، حيث نعد جدولاً يستهوي الطفل فالأطفال الصغار يحتاجون إلى ثواب فوري عملي وواضح كالمصقات بينما الأطفال الأكبر سناً في إمكانهم جني النقاط للحصول على غرض يرغبون فيه أو نزهة وأفضل المكافآت هي الاختيارية كالحصول على وقت مميز مع الوالد أو استخدام إضافي للكمبيوتر أو مشاهدة التلفاز، ويجب ربط السلوك الجيد المطلوب بالمكافئة (ستحصل على استخدام إضافي للكمبيوتر عند اتمامك إنجاز واجبك المنزلي).

6-2 الاقتصاد الرمزي (البطاقات) :

وقد تقدم ايلون وازرين خطوة أخرى عن طريق استخدام البطاقات بوصفها وسيطاً ملائماً لتقديم أو سحب التعزيز الإيجابي، وفي هذا التعزيز الرمزي يتلقى العميل عدداً من "الماركات" لسلوك العون الذاتي الذي يبدر منه مثل العناية بنظافته أو تصفيف شعره أو الاستيقاظ في وقت معين وترتيب الفراش، ويمكن للعميل أن يكسب ماركات إضافية عن السلوك التواؤمي المقبول اجتماعياً مثل القيام بمهام هادفة إيجابية

، ويستطيع العملاء صرف هذه الماركات في التنزه أو مشاهدة التلفاز وكذلك تفرض غرامات في صورة ماركات للسلوك غير المرغوب كتخريب الممتلكات والعوان البدني كما تستخدم في التخلف الدراسي وبرامج القراءة العلاجية وعلاج نوبات الغضب، وتتنوع الماركات فتشمل العلامات والنجوم والشارات... كما يمكن للمساعدين الاسهام في تنفيذ هذه البرامج بل العملاء أنفسهم يمكنهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإجراءات العلاجية .

وبتقدم العميل يمكنه الانتقال تدريجيا إلى البيئة العادية والتحول من نظام "الماركات " إلى المعززات الطبيعية في الحياة اليومية. (كامل مليكة، 1990.ص.82-83)، يجب تحديد القيمة الشرائية للمعزز الرمزي، ومواعيد صرفه، وتحديد عدد الرموز التي يحصل عليها عند تنفيذ السلوك المرغوب والتي يفقدها عند قيامه بسلوك غير مرغوب . (الخطيب، 2014، ص.226)

بالإضافة إلى صعوبة إجراء بحوث تجريبية مقارنة لتقييم فعالية البرنامج تعرقل تطبيقه، هناك صعوبات منها صعوبة إعداد برنامج يستجيب لحاجات الجميع، ويتعين إعطاء اهتمام بالفروق الفردية كما يجب ألا يمس بحقوق الفرد حتى وإن كان الهدف علاجيا كالحرمان من الوجبة أو المكافئة بها . (كامل مليكة، 1990، ص ص 82-84)

3-6 تقنية التعاقد السلوكي :

تطبيق من نوع خاص لقواعد التعزيز الإجرائي ويمثل اتجاهاين حديثين في العلاج السلوكي وهما العمل في البيئة الطبيعية للعميل، والكشف عن مركز المشكلات الاكلينيكية في التفاعلات بين الأشخاص في حالة تشتت الانتباه والنشاط الزائد بين الطفل ووالديه، ويقوم المعالج في التعاقد السلوكي بفحص الملامح البارزة في شبكة التعزيزات القائمة بين الطفل ووليه لإحداث تغييرات أكثر نجاعة، يساعد المعالج الطفل على التعرف على السلوك المطلوب والمرغوب ثم التفاوض معه على عقد تبادلي تكتب فيه كل تفاصيل الاتفاق وتحدد نتيجة العلاقات الإجرائية من تعزيز وعقاب، ويمضي فيه كل من الطفل والولي (عادة الأب أو الأم) والمعالج . (كامل مليكة، 1990، ص.136)

ونكر حمدي عبد الله أن التعاقد السلوكي هو الاتفاق على تقديم مكافئات في مقابل السلوك المرغوب الذي يسلكه الطفل، يجب أن يكون التعزيز لمجرد تنفيذ المطلوب منه، ويجب أن تكون الاتفاقيات واضحة

وعادلة وممكنة التحقيق، ويجب الالتزام بها. (حمدي عبد الله، 2013، ص.89). وقد وضع هومي وآخرون

في (السيد عبيد، 2015، ص.292) مجموعة القواعد الأساسية التي يجب مراعاتها عند كتابة العقد :

- تقديم المعزز مباشرة بعد حدوث التغيير المطلوب.

- يجب أن تكون العقود مناسبة وقابلة للتحقيق.

- يجب أن تصاغ العقود بطريقة إيجابية.

- يجب أن تعمل العقود على تحقيق السلوك المرغوب فيه.

وتحدد المدة الزمنية قد تكون مثلاً أسبوعية والاشتراط مثلاً على الذهاب لمدينة الألعاب كما تصاغ

الأهداف بصورة واضحة في العقد .

6-4 التعميم والإبقاء على الكسب العلاجي :

الانتقال بالعميل تدريجياً إلى صور التعزيز العادية في الحياة اليومية، مثل التأييد الاجتماعي والتدعيم

الذاتي، والانتقال من التعزيز المستمر إلى التعزيز المتقطع وأخيراً إعادة برمجة البيئات الأخرى لكي تساند

التغيير، كأن يتحدث المعالج مع الوالدين والمدرسين لمساندة السلوك الجديد في مختلف المواقع . (كامل

مليكة، 1990.ص. 83)، للتعميم أهمية كبيرة في انتقال أثر التعلم إلى مواقف واستجابات أخرى له أيضاً

أهمية علاجية تحقق هدف المعالج وهو نقل أثر التدريب إلى مشكلات ومواقف أخرى خارج مكتب العلاج

وإلى استجابات أخرى تكمل التي تعلمها المتعالج في الموقف العلاجي . (الفسفوس، 2011، ص.50)

6-5 تقنية التغذية الراجعة :

الإشراف الاجرائي هو جزء من نظام أشمل هو "التغذية الراجعة" أي تزويد الفرد بمعلومات عن تأثيرات

سلوكه .فتحريك الذراع يتطلب إرجاع أثر من عضلات الذراع عن تأثيرات الحركة، والتعليم يستعين بإرجاع

الأثر من الاختبارات الفصلية، وفي كل مرة يقوم فيها بشيء (من حركة بسيطة إلى تفاعل اجتماعي معقد

) فإنه يتلقى إرجاع أثر بمقادير مختلفة عن تأثيرات سلوكه عليه وعلى غيره وبيئته، وتوجه التغذية الراجعة

السلوك في الحاضر وفي المستقبل، فعندما يعاقب الوالدان الطفل يجب أن يقدم له تغذية راجعة دقيقة عن

أسباب عقابه وما هي البدائل المفضلة . أيضاً عند الثناء يجب تقديم تغذية راجعة عن السلوك الذي استدعى

الثناء . (كامل مليكة، 1990، ص.100) حيث تعطى للعميل عقب أدائه لتوضيح صحة استجاباته أو

خطئها وبناء على ذلك يستمر العميل أو يعدل سلوكه، وهي أساسية في عملية اكتساب السلوكيات والمهارات

الاجتماعية المقبولة ، وللتغذية الرجعية ثلاث خصائص: الخاصية التعزيزية مما يساعد على التعلم، مثل

التغذية الراجعة الفورية، مما يشعر العميل بصحة استجابته ويزيد من احتمالية تكرار السلوك، الخاصة الدافعية حيث تسهم التغذية الراجعة في إثارة دافعية الفرد للأداء الجيد مما يجعل العميل يستمتع بتعديل سلوكه فيتحسن سلوكه، وأخيرا الخاصة الموجهة حيث تعمل على توجيه العميل حول أدائه، فيثبت السلوك الجيد ويحذف السلوك غير الجيد، وترفع من مستوى انتباه العميل للعوامل المهمة للمهارة المراد تعلمها . (حسين، 2008، ص. 240-243)

6-5 تعديل السلوك باللعب :

وهو تدخل إجرائي يعتمد على استعمال تلقائي لطرق اللعب المختلفة من قبل معدل مدرب يهدف إلى تحسين قدرة الأطفال وسلوكياتهم. ويستعمل في بناء المهارات، وإزالة العقبات السلوكية أمام التعلم ويستعمل أيضا في ضبط وتوجيه وتصحيح سلوك الطفل، وتعديل السلوك باللعب من أكثر الطرق نجاعة لأن الأطفال في سن 12 سنة فما فوق يميلون إلى معالجة المعلومات وتطوير القدرات العقلية؛ وتعديل السلوك باللعب يقوم جذور المشكلة ويعالج أسبابها الرئيسية. (الفسفوس، 2011، ص. 135)، يحدد المدرب الأدوات بما يتناسب مع خبرات الطفل وحالته وعمره، ويكون مخططا له مسبقا ويقوم المدرب بعملية التوجيه. من التقنيات المستخدمة: رواية القصص، الرسم والتلوين، ألعاب الفيديو، وتراعى حالة الطفل وعمره في اختيار طريقة اللعب المناسبة .

يعرف جان بياجيه اللعب بأنه عملية تعمل على تحويل المعلومات الواردة لتلائم حاجات الفرد، فاللعب والتقليد والمحاكاة جزء لا يتجزأ من عملية النماء العقلي، ويعرفه قاموس التربية لمؤلفه جود good، أنه نشاط موجه أو غير موجه يقوم به الأطفال من أجل تحقيق المتعة والتسلية ويستغله الكبار عادة ليساهم في تكوين سلوكهم وشخصياتهم بأبعادها المختلفة العقلية والجسمية والوجدانية .

ويناسب فئة الأطفال في المرحلة العمرية "الطفولة المتأخرة" اللعب التركيبي الإنشائي، إذ يسيطر هذا النوع من اللعب على المرحلة (10-12) سنة ويتسم بأنه أقل إيهاميه وأكثر بنائية وله دور مهم في تنمية المهارات التي لها علاقة بالتفكير العلمي كالمقارنة والملاحظة والتنبؤ والتصنيف والتحليل. كما يتميز هذا النوع من اللعب بتنمية قدرة الطفل على التخطيط والانتقال من العشوائية إلى البناء المحكم، ويتعلم من خلاله العديد من المهارات الاجتماعية كالمشاركة والتعاون والتواصل واحترام الآخرين والصبر والتحمل (زيادة الانتباه) بالإضافة إلى شعور الطفل بالثقة بالنفس .

يساعد اللعب البدني والحركي على اكتساب بعض القيم الاجتماعية كالتعاون والمشاركة والصبر وتحمل الانتظار. أما اللعب الثقافي أسلوب فعال في تثقيف الطفل واكسابه المعلومات كألعاب الحاسوب التي تهدف إلى زيادة الانتباه والتركيز. ويساهم اللعب أيضا في وضع الخطة العلاجية المناسبة للاضطرابات السلوكية. (الفسفوس، 2011، ص.117)، لعبة تجميع الصورة: تكسب هذه اللعبة سرعة التفكير والتركيب، والقدرة على التمييز والاختيار ودقة الملاحظة، والتقويم. (صوالحة، 2014، ص.230)

7- أخلاقيات تعديل السلوك :

أكدت الجمعيات العلمية المتخصصة في مجال تعديل السلوك على أهمية ضوابط وأسس مهنية يعمل بموجبها المتخصصون في مجال العلاج السلوكي لتفادي وقوع أخطاء تعوق نجاح تعديل السلوك. والتي يجب على المعالج فهم مضامينها ومن أهمها ما يلي :

7-1 طبيعة عمل معالج السلوك :

- أن يوثق المعالج عمله بأقصى قدر من الدقة والالتقان.
- نيل موافقة المتعالج قبل تطبيق أي اختبارات عليه.
- الالتزام بالسرية لأية معلومات يجمعها عن الفرد أو أسرته، ولا يستخدمها إلا بما يناسب العملية العلاجية.
- يلتزم المعالج بعدم نشر المعلومات حتى بعد انتهاء العلاج أو تحويل الفرد.
- يلتزم المعالج بعد الإفصاح عن نتائج دراسته والاكتفاء بإعطاء توصيات لمن يهمله الأمر، للتعامل مع الحالة.
- الحرص على وقت الجلسة العلاجية، وعدم إهدارها في أي عمل آخر غير مساعدة الفرد.
- الصراحة التامة مع ولي الأمر حول نتيجة العمل مع الفرد، وإخباره بالنتائج أولا بأول.
- عدم تقديم تعزيز مبالغ فيه، أو عقاب مبالغ فيه.
- التركيز على البدء بالسلوكيات الأكثر مناسبة للعملية العلاجية، والتي علاجها سيؤثر على مشكلات أخرى، وسيساعد على حلها.
- يعمل المعالج ضمن فريق في تعديل السلوك والأسرة جزء رئيسي من الفريق.
- الالتزام ببند العقد الذي يوقع مع العميل، وعدم تجاهله أو إهماله بعد فترة، ولأية حجة مهما كانت.

- المعالج السلوكي غير مصرح له بإعطاء أدوية مهما كانت أو الإشارة لها أو التوصية بها، ولا يحق له التوصية بأعشاب طبية أو ما شابه بحجة أهميتها في علاج المشكلة.
- يجب تسجيل كل حالة وتوثيقها تماما، أولا بأول، وحسب النماذج المعدة لذلك.
- لا يستخدم العقاب الجسدي في تعديل السلوك، وفي حالات نادرة جدا يمكن أن يصل المعالج لاستخدام التوبيخ.
- لا يجوز استخدام العزل أو الإقصاء لمدة تتجاوز الحد المقبول بين 7-10 دقائق مبرر أو بدون مبرر.
- لا يشارك العاملون في ميدان تعديل السلوك في ممارسات غير أخلاقية أو غير قانونية تخالف المعايير المهنية المتفق عليها.
- عند تطبيق أساليب تعديل السلوك يجب عدم حرمان الأفراد من حاجاتهم الأساسية.
- يجب تحديد أهداف تعديل السلوك بوضوح ودقة في البرنامج الفردي في تعديل السلوك .

2-7 العلاقة القائمة بين المعالج والمتعالج:

- أن يقيم المعالج علاقة مهنية مع الفرد الخاضع للعلاج، ولا يجوز أن تتحول لعلاقة شخصية.
- العمل على إحالة الفرد في حالة عدم القدرة على التعامل معه أو تعديل سلوكه.

3-7 الأساليب السلوكية:

- يطبق الأخصائي الأساليب العلاجية بطريقة هادئة، وبتعاطف.
- الحرص على مصالح الفرد الخاضع للعلاج.
- عدم إخضاع الفرد لأي أسلوب علاجي دون أخذ موافقته أو موافقة ولي أمره.
- البدء بالأساليب السلوكية التعزيزية قدر الإمكان.
- أن تتم مصارحة الفرد أو ولي أمره بحدود إمكانياته دون مبالغة أو خداع.
- ألا يتم استخدام أي أسلوب علاجي دون طلب فحوصات طبية مناسبة من الفرد.
- ألا يستخدم أساليب من باب التجريب وعليه اللجوء للأساليب التي تم الاتفاق عليها معه فقط.

يعمل معدلوا السلوك على التقييم المستمر والرسم البياني المستمر لتوضيح نتائج عملهم. (أبو أسعد،

2014، ص. 61-65)

8- برنامج تعديل السلوك :

من البديهي أن أي عملية علاجية دوائية كانت أو سيكولوجية تستند لخطة علاجية يطبق خلالها برنامج علاجي محكم ومحدد الأهداف العلاجية، كما تتم متابعة التحسن وسير العلاج، في هذه الأسطر يتم أولاً تعريف البرنامج العلاجي عموماً، ثم يخصص التعمق في برنامج تعديل السلوك الذي استخدم في الدراسة الحالية، حيث يتم التطرق إلى مراحل تطبيق برنامج تعديل السلوك من نقطة البداية وإلى اختبار الفعالية العلاجية.

8-1 تعريف البرنامج العلاجي:

هو مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة، التي تيسر وفق تسلسل منطقي، بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للعميل، وتتحدد خطوات أي برنامج علاجي من خلال الإطار النظري للمدرسة العلاجية التي سوف يتبعها المعالج، (حمدي عبد الله، 2013، ص. 12-13). وتتحدد أهمية تصميم البرنامج العلاجي في :

- توفير صورة شاملة للمتعالج عن الخطوات التي سوف يتبعها خلال مراحل العمل .
- ترتيب التدخلات العلاجية وفق تصور منطقي لأهمية تقديم كل تدخل في وقت معين من مراحل تطور الحالة.
- تحديد المهام المطلوبة من المتعالج في كل جلسة، وآليات تنفيذها.
- مساعدة العميل على الاقتناع بأهمية الجلسات نظراً لارتباطها فيما بينها. (حمدي عبد الله، 2013، ص. 13).

8-2 خصائص البرنامج العلاجي الجيد :

- الوضوح: لا بد أن تكون تفاصيل البرنامج واضحة من حيث الصياغة وآليات التنفيذ (من أهداف وفتيات وتفاصيل المواعيد والجلسات والمهام التي سيكلف بها المتعالج.
- التحديد: يتضمن الفترة الزمنية المتوقعة للتنفيذ، حيث يقيم المعالج من خلال الجلسة التمهيديّة المدة المتطلبة للحصول على نتائج إيجابية.
- صياغة الأهداف العلاجية لكل جلسة بوضوح وبطريقة إجرائية.

- تحديد التدخلات العلاجية المناسبة لطبيعة الحالة، وشرح كيفية استخدامها.
- تحديد الأسلوب المتبع في قياس التحسن لدى العميل. (حمدي عبد الله، 2013، ص.13-14).

8-3 البرنامج القائم على تعديل السلوك :

تهتم برامج تعديل السلوك بمجموعة من الاستجابات التي تتربط فيما بينها ترابطاً وظيفياً. وقد تم توضيح الخطوات الخمس سابقاً؛ التي يجب اتباعها في تعديل سلوك معين لكن عندما يراد علاج اضطراب ما مترابك من مجموعة متداخلة من السلوكيات والتي يتعين على برنامج التعديل تغطيتها والإحاطة بجميع جوانبها، (الخطيب، 2014، ص. 16)، عند تعديل اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد، يلجأ إلى الإحاطة بالسلوكيات التي تكون تشتت الانتباه وبرمج لها علاقات استجابية لتعديلها وكذلك مع النشاط الزائد .

8-3-1 خطوات تصميم وتنفيذ برنامج تعديل السلوك :

- تحديد الاضطراب السلوكي الذي ينبغي تعديله ويتضمن تعريفه اجرائياً، بصياغة سلوكية واضحة مثل سلوك النشاط الزائد. والذين يستطيعون تحديد إذا كان هناك مشكلة سلوكية لدى الطفل هم الذين يعانون من التعامل معها وهم غالباً الآباء والمعلمين.
- قياس الاضطراب السلوكي المستهدف والمواقف التي يحدث فيها، وذلك بجمع البيانات؛ في حالة اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يطلب من الوالدين والمعلمين الاستجابة على مقاييس واختبارات نفسية سيتطرق لها في الفصل التطبيقي من هذه الدراسة. (تتضمن التشخيص والتقييم).
- تحديد الظروف المحيطة أي السابقة واللاحقة (تاريخ حدوثه، الوقت الذي يستغرقه، مع من حدث، ما الذي يحدث قبل ظهور السلوك، كيف استجاب الآخرون، ما المكاسب التي حضي بها العميل من وراء القيام بسلوكه وأي ملاحظات ترتبط بالمشكلة، وبالتالي تحديد العوامل السابقة التي تسببت في حدوثه والاستجابات المترتبة على هذا السلوك أو المعززات التي تلي السلوك والتي تعمل على تقويته.
- تصميم برنامج التعديل وتنفيذه، ويشترك الطفل ووالديه أو وليه في تصميمه: ويتم تحديد الأهداف السلوكية والتعزيزات حسب قدرات الطفل وإمكانات والديه وتثقيف الطفل وأسرته حول الاضطراب،

ويتم تحديد الإجراءات والأساليب المناسبة لتعديل السلوك حسب شخصية العميل ومستوى نموه وطبيعة المشكلة السلوكية التي يعانيتها، ثم تنفيذ البرنامج وتشجيع العميل وأسرته على تنفيذ البرنامج بكامل بنوده.

■ تقييم فعالية البرنامج العلاجي باستخدام أدوات القياس المناسبة؛ للتحقق من مدى نجاح البرنامج في تحقيق أهدافه، وإذا كان هناك حاجة لتغيير أسلوب التعديل المستخدم، وأيضاً تلخيص النتائج، إذا تناقص السلوك غير المرغوب تدريجياً دل ذلك على فاعلية البرنامج، أما إذا عاد الطفل إلى سلوكه الأصلي غير المرغوب واستمر في ممارسته، فإن هذا يستوجب ادخال تعديلات على البرنامج ليتناسب مع ظروف ومتطلبات تعديل السلوك، وتحدد فاعلية البرنامج في مدى تحقيقه لأهدافه، وهذا التقييم ليس محدد بالمراحل الأخيرة من تعديل السلوك، بل هو عملية مستمرة من بداية البرنامج ومتواصلة مع كل خطوة من خطوات التعديل، وكلما اتسم التقييم بالموضوعية والدقة والصدق كلما كان البرنامج أكثر فاعلية، ويحكم على فاعلية برنامج تعديل السلوك باقترابه من تحقيق الأهداف المرجوة منه والمصاغة بطريقة إجرائية سواء كان الهدف تعزيز سلوك مرغوب وتقويته أو تشكيل سلوك ومهارات جديدة أو إزالة سلوك غير مرغوب .

■ تقييم المتابعة: يقوم المعالج بقياس الاضطراب السلوكي وتقييمه بعد التوقف عن المعالجة، لكي يقيم أهمية التغيير الذي حدث عن السلوك المستهدف. حيث تتم متابعة فاعلية البرنامج على المدى البعيد، وذلك بإعادة التقييم بعد شهرين من انتهاء تطبيقه (ثلاثة أشهر بالنسبة لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حسب الباحثين والدراسات السابقة).

■ تعميم السلوك المعدل والحفاظ على استمراريته ومتابعة الحالة، وذلك بتعميم التغيير الذي حدث على السلوك في مواقف جديدة في البيئة الطبيعية؛ بوسائل التعزيز والضبط الذاتي والتشجيع حتى لا تحدث انتكاسة للسلوك الجديد الذي تعلمه الفرد.

(حمدي عبد الله، 2013، ص.31، جمال الخطيب، 2014، ص.38؛ حسين، 2008، ص.100-103).

8-3-2 الأهداف السلوكية:

الأهداف هي التغييرات المطلوبة في سلوك الفرد وليس الوسائل والطرق العلاجية، ويجب أن تكون واقعية ويمكن تحقيقها .

(K.C & FAAP, 2016 ,p 255)

8-3-2-1 ولأهداف وظائف كثيرة منها :

- تعمل كموجه لاختيار الإجراءات العلاجية وبدون تحديد الأهداف ليس هناك أساس ينطلق منه في تحديد أساليب تعديل السلوك المناسبة، فإذا كان لا يعرف إلى أين يريد الوصول من الصعب أن يختار الوسيلة المناسبة لذلك. أمثلة:
- لتعديل سلوك الخروج من المقعد الهدف هنا هو: تعديل سلوك تحرك الطفل من مقعده عندما يكون ذلك غير مسموح أي أن طبيعة الموقف لا تسمح بذلك (الجلوس حول مائدة الطعام).
- اتباع التعليمات: أي أن ينفذ الطفل النشاطات المطلوبة منه "رتب غرفتك"، " اجلس في المقعد".
- الانتباه على الواجبات المدرسية: التركيز على النشاط المطالب به، وعدم القيام بأي نشاطات ليست ذات علاقة.
- تعمل الأهداف كمعايير لتقييم التغيير في السلوك، إذن بدون تحديد الهدف الذي يراد الوصول إليه لن يستطيع أن يقرر بموضوعية، أن الطفل قد حقق السلوك المطلوب أو تخلص من اضطراب معين، وإن لم تكن الأهداف واضحة لكل من المعالج والعميل تكون عملية تعديل السلوك غامضة وغير منظمة.
- تساعد الأهداف الواضحة العميل على تنظيم ذاته بغية تحقيق تلك الأهداف واتباع الخطوات اللازمة لذلك.
- تعمل الأهداف كمعايير لتقييم فاعلية أساليب تعديل السلوك المستخدمة.

(القرشي، 2013، ص.55؛ أبو أسعد، 2014، ص.97)

8-3-2-2 أنواع الأهداف :

❖ الأهداف طويلة المدى:

وهي ما يتوقع أن يكتسبه المتعالج من مهارات وقدرات بعد تطبيق برنامج تعديل السلوك . (القرشي، 2013، ص.55؛ أبو أسعد، 2014، ص.97). كالانتباه الجيد. قد تكون سنوية أو بنهاية الفصل الدراسي وغالبا ما يتم اختيار ثلاث إلى خمسة أهداف طويلة المدى ضمن كل مجال من المجالات التطورية، وتكتب الأهداف بشكل واضح ومحدد وقابل للقياس وتعبر عن الحاجات الخاصة للعميل وتتناسب وقدراته،

وتصف ما يجب أن يكون قادرا على عمله لضمان فاعلية ونجاح برنامج التعديل الفردي. مثلا أن تتلاشى الاندفاعية وفرط النشاط لدى الطفل. أن يصبح انتباهه جيدا دون تشتت. ويمكن إجراء تقرير (شهري، ربع سنوي). عن مدى تقدم الطفل في اتجاه تحقيق الهدف طويل المدى (السنوي مثلا)، وقد يرمز لمستوى التقدم بأرقام أو رموز تفسر التمكن من الهدف أو إحراز تقدم كاف أو تقدم غير كاف (لم يكتسب المهارة المرجوة). (القرشي، 2013، ص.55).

❖ الأهداف قصيرة المدى (السلوكية):

وهي خطوات إجرائية قابلة للقياس والملاحظة بشكل مباشر: كالاستيقاظ باكرا واللجوء للفرش باكرا، تنظيم الغرفة...وضع الأغراض، في مكانها المخصص. والهدف من تحديدها هو مساعدة المتعالج على الانتقال تدريجيا من مستوى الأداء الحالي إلى تحقيق الأهداف طويلة المدى، يتم تحديد الأهداف قصيرة المدى من خلال تجزئة الأهداف طويلة المدى إلى العناصر المكونة لها. (الخطيب، 2014، ص. ص. 103-104). والأهداف قصيرة المدى هي العلامات الموجهة ونقاط القياس التي توضح مدى تقدم العميل، ويتم صياغتها بطريقة محددة يسهل قياسها، بحيث يوضع نظام محدد لتقييم تقدم العميل بشكل دوري (كل شهر، كل فصل)، لملاحظة التقدم الذي أحرزه الطفل في كل هدف؛ إلى أن يتم تحقيق الهدف بعيد المدى، وتقسّم الأهداف قصيرة المدى إلى أهداف سلوكية تكون أكثر تفصيلا، تحدد ما سيتدرب عليه العميل خلال أسبوع أو يوم أو حصة تدريبية، ويتضمن كل من الهدف قصير المدى والهدف السلوكي ثلاثة عناصر أساسية: الأداء و الظروف والمعايير بحيث يمكن قياسها بصورة مباشرة، وهو ما يتطلب استخدام أفعال سلوكية. والظروف هي المكان والزمان المناسبين لحدوث السلوك، أو الأدوات والمواد التي يستعين بها الطفل لتأدية السلوك المطلوب، أما المعايير هي المحكات التي تستخدم لتحديد مستوى الأداء المقبول، مثل: المدة الزمنية، دقة ونوعية الأداء، أو عدد مرات ظهور السلوك. (القرشي، 2013، ص.56)

8-3-2-3 صياغة الأهداف السلوكية :

أشار (الخطيب، 2014، ص.84-85) أيضا أن الهدف السلوكي يشتمل على ثلاثة عناصر أساسية وهي: الأداء والمعايير والظروف كما ذكر سابقا .

▪ الأداء: وصف الأداء المطلوب إجرائيا، أي وصف السلوك بطريقة واضحة لا تحيزية. كأن يجلس الطفل في مقعده أداء إجرائي ممكن التطبيق في الواقع يهدف إلى خفض من النشاط الزائد،

وأن ينتظر الطفل دوره ليستلم التحدث سلوك تطبيقي وهو جزء من الهدف طويل المدى الخفض من الاندفاعية.

■ **الظروف:** المكان والزمان المناسبين لحدوث السلوك: يلجأ إلى الفراش: عندما يحين وقت النوم.

■ **المعايير:** يجب أن يشمل الهدف السلوكي أيضا تحديد المعيار الذي سيستخدم في الحكم عن الأداء، وهو محك تحديد مستوى الأداء المطلوب والمعايير أنواع:

■ **الفترة الزمنية** التي يجب أن يستغرقها السلوك: يعلق معطفه خلال دقيقتين من دخول الغرفة.

■ **دقة الأداء:** يعلق معطفه بطريقة صحيحة ومرتببة.

■ **تكرار السلوك:** يفعل ذلك ثلاث مرات متتالية دون مساعدة.

■ **نوعية الأداء:** يجيب تسعة إجابات صحيحة من عشرة.

وشرح الخطيب (2014، ص.86) أن صياغة الهدف السلوكي بوضوح لا يعني التركيز على دقائق الأمور وإنما يعني أن يكون بسيطا، وأن يكون مفيدا للمتعالج وبالإمكان تحقيقه لذا يجب أن تكون مواصفاته:

- سلوك لا يستطيع الفرد تأديته حاليا.

- سلوك مفيد ومهم للفرد في حياته اليومية.

- وأن يكون قابلا للتحقيق، أي يراعي مرحلة النمو الطبيعي للفرد .

8-3-2-4 شروط العبارة الهدفية:

يجب أن :

■ تبدأ العبارة الهدفية بأن المصدرية وفعل مضارع وفاعله الفرد.

■ تضيف العبارة الهدفية الأداء المتوقع من الفرد. (أن يكتسب الطفل مهارة ...)

■ تصنف العبارة الهدفية سلوكا يسهل ملاحظته.

■ تبدأ العبارة الهدفية بفعل يشير إلى نتيجة التعديل.

■ تشتمل العبارة الهدفية على فعل سلوكي واحد يسهل قياسه والتحقق منه (أن يجلس في

مقعده ...)

■ تمثل نتاجا سلوكيا.

- تتضمن مستوى الأداء المقبول من الطفل يكون قابلاً للملاحظة والقياس ومناسباً لمستوى أداء الفرد
- يرد في الهدف الحد الأدنى من الأداء.
- يكون قابلاً للتحقيق من خلال تعديل السلوك؛ يقترب من الواقع وفي ظل الإمكانيات المتوفرة.
- يكون الهدف تعبيراً صادقاً عن فلسفة المجتمع (ثقافته).
- يشتمل الهدف السلوكي على ناتج تعليمي واحد.
- مراعاة عند صياغة الأهداف السلوكية عدم تكرارها وتداخلها.

يفضل أن تصاغ الأهداف السلوكية بطريقة إيجابية وليس سلبية فبدلاً من: أن يتوقف عن الشتم يمكن القول: أن يحدث رفاقه بعبارات لطيفة. وأخيراً؛ إشراك الوالدين في تحديد الهدف السلوكي أمر بالغ الأهمية في تعديل سلوك الأطفال. (أبو أسعد، 2014، ص.102)

وأشار باركلي في دليله عند تحديد الأهداف في اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، ينبغي وضع أهداف قابلة للقياس، وذات مغزى للفرد. (DuPaul, 2013, p.207) كما أن الأطفال ذوي اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه يستجيبون أفضل بشكل عام من خلال قائمة قصيرة جداً من الأهداف .

(Linda Grossman M.D. n.d ,p.1)

3-3-8 بطاقات التقرير :

تساعد في إدارة الجدول الزمني، إذ ينطوي التدريب على اجتماع أولي لتحديد التوقعات، المحتوى والجدول الزمني للبرنامج وكذلك صياغة الأهداف طويلة الأجل، المرتبطة بكل فترة زمنية طويلة، والأهداف الأسبوعية (أي، النتائج القابلة للتحقيق على المدى القصير)، يتم تعيين الهدف في نهاية كل دورة تدريبية وتقييمه في بداية كل اجتماع لاحق. (جلسة)، يسجل المدربون نتائج الأهداف الأسبوعية بحيث يمكن للأطفال، تتبع التقدم بصرياً نحو تحقيق الأهداف. يوافق الأطفال والمدربون على المكافآت والعواقب لحضور الجلسة والتقدم نحو الأهداف (مثلاً التحفيز للتدريب إذا غاب عن الجلسة أو لم يتم تحقيق الهدف الأسبوعي). يتضمن مناقشة التحديات أو العقبات التي تحول دون تحقيق الأهداف، تحديد الاستراتيجيات الممكنة للتغلب على التحديات أو العقبات، وإذا لزم الأمر، إجراء تغييرات على الاستراتيجيات. وتقييم فعالية التدخلات

والتعزيز؛ التدخلات السلوكية لعلاج اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط، تركز في المقام الأول على استراتيجيات تعزيز المهارات التنظيمية. بالإضافة إلى ذلك، التدخلات المنزلية.

(George and Gary, 2014, p. 123)

تطوير نظام تعزيز النقاط الذي يستهدف مناطق مشكلة خاصة. يتم منح النقاط على أساس يومي للسلوك المناسب. يتم تعزيز هذه النقاط يوميا عن طريق قائمة من المعززات التي يحددها الطفل ووالديه. يتم تضمين نشرة لتطبيق مثل هذا النظام مع هذا التقرير.

(Sparrow and Erhardt 2014, p.215)

8-3-4 أخلاقيات استخدام برامج تعديل سلوك الأطفال :

يشير جمال الخطيب (2014، ص.79)، أن أي محاولة لتعديل سلوك الآخرين تتطلب الإشراف المستمر والمتابعة المتواصلة لبرامج تعديل السلوك للتأكد من فاعليتها وأن تستخدم لما فيه صالح الفرد، ويتعين مراعاة أربعة قضايا أساسية :

أولا أهداف برنامج تعديل السلوك: إشراك الأشخاص ذوي العلاقة بالطفل في عملية التعديل.

ثانيا طريقة العلاج: يلجأ إلى استخدام إجراءات التعديل السلبية (التي تشمل المثيرات التجنبية) فقط بعد أن يتضح له عدم فعالية الإجراءات الإيجابية كالتعزيز، كما أن تقليل السلوك بالإطفاء أكثر إيجابية من العقاب الجسدي .

ثالثا فعالية برنامج التعديل السلوكي: إن الميزات الأساسية للمنهجية السلوكية هي تقييم فعالية الإجراءات المستخدمة بشكل متواصل، والهدف من ذلك هو معرفة ما إذا كانت هناك حاجة إلى تعديل أو تغيير طريقة العلاج المستخدمة .

رابعا خبرة المعالج السلوكي: تنفيذ برامج تعديل السلوك يتطلب أشخاصا ذوي كفاءة ومعرفة بقوانين السلوك، من جهة أخرى الإشراف ومراقبة الأشخاص المهمين في بيئة الفرد؛ بشكل مستمر للتأكد من أنهم يستخدمون إجراءات التعديل بشكل سليم وفعال . (الخطيب، 2014، ص.79)

جدول رقم (8): الإعتبارات الأخلاقية في تعديل سلوك الأطفال

<p>الحصول على موافقة ولي أمر الطفل قبل البدء في تنفيذ برنامج تعديل السلوك.</p>	<p>1- موافقة ولي أمر الطفل:</p>
<p>إذا كان برنامج العلاج سيطبق في مدرسة أو مؤسسة خاصة، فهل ابدى من يهمهم الأمر موافقتهم.</p>	<p>2- موافقة المدرسة أو المؤسسة العلاجية</p>
<p>هل أبدى الطفل موافقته على البرنامج العلاجي بالطبع إذا كان عمره وقدراته يسمحان بذلك.</p>	<p>3- موافقة الطفل</p>
<p>هل يتفق الأشخاص المهمون في حياة الطفل على أن التغيير المنشود في السلوك ضروري وهام.</p>	<p>4-الاتفاق في الرأي:</p>
<p>هل سيتم استخدام الإجراءات الإيجابية للعلاج مثل (التعزيز، التشكيل، النمذجة...).</p>	<p>5-طرق العلاج</p>
<p>هل ستستخدم الإجراءات العلاجية المنفردة فقط في حال فشلت الإجراءات الإيجابية، هل مبررات استخدام الإجراءات المنفردة منطقية.</p>	<p>6-الإجراءات العلاجية:</p>
<p>هل يكفل البرنامج حماية الحقوق الأساسية للطفل (حاجاته الجسمية والنفسية الأساسية).</p>	<p>7-حماية حقوق الطفل</p>
<p>هل سيتم تطبيق الإجراءات العلاجية الأكثر فاعلية لمعالجة المشكلات السلوكية.</p>	<p>8-الحق في الحصول على علاج فعال</p>

(2014الخطيب،2014،ص.80-81)

9- تحديد المشاكل المستهدفة في اضطراب بتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

قد يكون AD HD خفيفاً أو معتدلاً أو شديداً. قد يحدث في بعض الإعدادات ولكن ليس في الأخرى. قد يكون عرضه خفيفاً في إطار واحد ولكنه معتدل في آخر. قد يكون لدى الأطفال ذوي ADHD أيضاً حالة مصاحبة أو أكثر. كثيرون لديهم اضطراب معارض أو اضطراب سلوكي. البعض يعاني من الاكتئاب أو القلق أو مشاكل داخلية أخرى. آخرون لديهم صعوبات في التعلم. يأتي البعض من منازل مستقرة مع دعم وموارد مالية وافرة. ويعيش آخرون في منازل يوجد بها اضطراب نفسي/ عقلي والدي، والعنف المنزلي، وسوء معاملة الأطفال .

إن الأطفال الذين يعانون من AD HD يأتون في العديد من الأشكال والأحجام، وهذا هو السبب في أن اتباع نهج واحد يناسب الجميع غير مناسب. وللسبب نفسه، من غير المحتمل أن يعالج نهج وحيد للعلاج الاحتياجات المتعددة التي يجلبها العديد من هؤلاء الأطفال. وبالتالي، يجب استخدام استراتيجيات متعددة لزيادة النتائج العلاجية. ما هي العلاجات التي ينبغي استخدامها في تركيبة؟ تعتمد خطة العلاج الدقيقة لطفل معين جزئياً على شدة العرض السريري بشكل عام. يتم تحديد الشدة بشكل عام من خلال النظر في العديد من العوامل، بما في ذلك شدة وانتشار أعراض ADHD الخاصة بهم، ووجود أو عدم وجود الظروف المرضية، وطبيعة المشاكل العائلية ووجودها. يتم التخفيف من حدة هذه المشاكل من قبل نقاط القوة لدى الطفل والأسرة. وبمجرد معرفة شدة العرض العيادي، فإن إحدى الطرق المفيدة لوضع تصور لعملية تطوير خطة العلاج هي استدعاء تباين يشبه اللغز الذي تم تطبيقه على التقييم التشخيصي . على وجه التحديد، يمكن اعتبار وضع خطة علاجية بمثابة لغز آخر للتجميع. سيحتوي هذا اللغز على قطعتين على الأقل، لكنه عادة ما يكون أكثر. بالنسبة للأطفال الذين يعانون من أعراض طفيفة وعدد قليل من المشاكل المصاحبة (إن وجدت)، يلزم توفر عدد أقل من المعالجة، بالنسبة لأولئك الذين يكون ADHD أكثر شدة؛ والذين تتجاوز صعوباتهم ADHD، سوف تحتاج إلى إدراج أجزاء علاج إضافية، نظراً لأن بعض الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD؛ يعانون من مشاكل متعددة، فيجب على المرء في كثير من الأحيان توسيع خطة العلاج لتشمل عدداً أكبر من مجموعة متنوعة من استراتيجيات التدخل (تدخل مكتبي وتدخل منزلي ...) تختلف من طفل إلى آخر كدالة في العديد من العوامل، بما في ذلك شدة وانتشار AD / HD ووجود الظروف المرضية. ومن الأمور الحاسمة أيضاً لنجاح أي تدخل هو إدراج الأسر في تصميم خطة العلاج .

(ANASTOPOULOS and SHELTON ,2002, p.183)

من المهم أن يوضع في الاعتبار أن خطط المعالجة الأولية، هي مجرد تقريب لما يمكن أن يكون ساري المفعول في وقت لاحق. وهكذا، مثل الباحثين، يجب على المعالجين جمع البيانات العيادية بشكل منهجي لاختبار "فرضياتهم"، والتي في هذه الحالة هي فعالية علاجاتهم. ثم تصبح هذه البيانات أساساً لتحديد ما إذا كان سيتم ضبط استمرارية العلاج أو إضافة علاج جديد أو إزالة علاج تكون فعاليته موضع شك .

(ANASTOPOULOS and SHELTON ,2002, P.184-187)

9-1 تدريب وتثقيف الوالدين :

لا غنى عن التعاون مع أولياء الأمور عند علاج الأطفال الذين يعانون من أي اضطراب نفسي. بالتأكيد، تعتبر العائلات جزءًا لا يتجزأ من فهم وعلاج الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط. (ANASTOPOULOS and SHELTON, 2002, p.7)

تدريب الوالدين (أو تدريبات فعالية الوالدين) هو تدخل العلاج السلوكي يعلم الآباء كيفية استخدام تقنيات العلاج السلوكي مع طفلهم، نشأ تدريب الوالدين في الستينيات واستند إلى نظرية التعلم السلوكي، تتمثل الأهداف الرئيسية لبرامج تدريب الوالدين في تعليم مبادئ تعديل سلوك الطفل، وزيادة الكفاءة الأبوية والثقة في تربية الأطفال وتحسين العلاقة بين الوالدين / الراعي والطفل من خلال استخدام التواصل الجيد والاهتمام الإيجابي لمساعدة نمو الطفل. يتم تنظيم هذه البرامج وتتبع منهاجًا محددًا على مدار عدة أسابيع؛ يتم إجراؤها بشكل أساسي في مجموعات، ولكن يمكن تعديلها للعلاجات الفردية. وينصب التركيز في المقام الأول على المعالج الرئيسي للطفل؛ على الرغم من أن بعض البرامج تضيف عنصرًا موجهًا للأطفال يستند إلى مبادئ التدريب على المهارات الاجتماعية .

توجد دراسات برامج تدريب الوالدين على اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد جنباً إلى جنب مع بيانات من دراسات التدخلات الموجهة للأطفال، على أساس أن تدريب الوالدين هو في الواقع تدخل سلوكي مع الطفل لأن الآباء يتعلمون تنفيذ تقنيات تعديل السلوك .

(National Collaborating Centre for Mental Health, 2009, P.157)

يجب تثقيف العائلات والأطفال حول اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد . والنقاش الذي يستعرض الميزات الرئيسية بما في ذلك صعوبات الانتباه والاندفاع و النشاط الزائد مفيد جدًا . من المهم أن يؤكد على الآباء أن العديد من هذه السلوكيات غير مقصودة . يجب تتم أيضًا مناقشة مع الآباء حول المشاكل المرتبطة التي غالباً ما تظهر في الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ، والمشاكل الأكاديمية والسلوكية والصعوبات التنظيمية والصعوبات مع أقرانهم. يمكن أيضًا تثقيف الأسرة حول الحالات المصاحبة التي قد يتم اكتشافها أثناء التقييم .

(Linda Grossman M.D. n.dp.1)

السمة المميزة لتخطيط العلاج لدى الأطفال هي تحالف ثابت مع الوالدين والعميل والمعلمين للتأكد من أن الجهود المنسقة والمنسقة يتم تطبيقها عبر البيئات .

9-2 إجراءات محددة تستخدم في تدريب ADHD :

قبل قبول العميل للتدريب، يقيم المعالج مدى ملاءمة العميل فيما يتعلق بثلاث قضايا. أولاً، هل تتوافق اهتمامات العميل وأهدافه مع التدريب؟ ثانياً، هل يوجد لدى العميل شيء من قضايا الصحة العقلية؛ التي قد تؤخر أو تمنع التدريب؟ ثالثاً، هل يُظهر الدافع الكافي للانخراط في التدريب؟ أخذ الوقت الكافي للنظر في هذه الأسئلة سيساعد المعالج على تحديد العملاء الذين هم أكثر ملائمة للاستفادة من التدريب على ADHD .

❖ ملاءمة العميل لتدريب ADHD :

يوصى بإجراء فحص أولي لتحديد مدى ملاءمة العميل للتدريب (ADHD) يمكن القيام بذلك من خلال مقابلة قصيرة أو استبيان مكتوب. ليس من الضروري أن يكون لدى العميل تشخيصاً لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد . يمكن للعديد من الأفراد الاستفادة من التدريب إذا كانت إعاقاتهم تتفق مع (ADHD) من المرجح أن يستفيد العملاء الذين يرغبون في العمل على إدارة الوقت، والتسوية، والتنظيم، وعدم التركيز، والاندفاع. بالنسبة للعملاء صغار السن، من المفيد أن يجتمع المدرب بشكل خاص مع العميل لتقييم ما إذا كانوا مستعدين وراغبين في المشاركة في التدريب. إذا أصبح من الواضح في أي وقت أن العميل لا يشارك بنشاط في عملية التدريب، يمكن استدعاء الوالدين لاستكشاف خيارات أخرى .
(Prevatt and Levrini, 2015, p.40)

❖ الصحة العقلية :

يجب على المدرب أن يدقق في تحديد ما إذا كانت هناك مخاوف كبيرة تتعلق بالصحة العقلية. مثل القلق والاكتئاب لا تستبعد التدريب ADHD. ومع ذلك، يجب ألا تكون هناك مشكلة في الصحة العقلية شديدة للغاية بحيث تغطي على قدرة العميل على تعديل أعراض ADHD. يساعد المدرب العميل في البحث عن طبيب نفسي مرخص أو مستشار للصحة العقلية يتعامل تحديداً مع قضايا الصحة العقلية .

❖ عدد الجلسات :

أحد القرارات الأولى هو تحديد عدد الجلسات في برنامج التدريب، يتم استخدام المدد الزمنية، من أسبوعين إلى فصل دراسي كامل. ومع ذلك، لم يتم دراستها تجريبياً .
(Prevatt and Levrini, 2015, p.42)

لذلك لا يوجد دليل يربط عدد معين من الجلسات بفعالية التدريب . عند العمل مع الطلاب، من المرجح أن تتأثر الجداول بغيور زمنية محددة، مثل الاختبارات الفصلية والاختبارات النهائية أو فترات الفصل

الدراسي؛ لذلك، جدولة التدريب حول جدول الفصل الدراسي يمكن أن يكون مفيداً. حسب خبرة (Prevatt and Levrini, 2015) لا تسمح برامج التدريب التي تستغرق أقل من 8 أسابيع بالوقت الكافي لتغطية عدد كافٍ من مجالات المحتوى وممارسة مهارات جديدة ومراقبة التقدم وإجراء التعديلات. ضمن إطار عمل مدته 8 أسابيع، يتمكن العملاء عمومًا من العمل على هدفين أو ثلاثة أهداف رئيسية. كثيرًا ما يشترك العملاء في جلسات إضافية بعد أول 8 أسابيع. يمكن أن يتضمن ذلك برنامجًا إضافيًا لمدة 8 أسابيع، أو عدة جلسات فردية، أو جلسات تعزيزية خلال الفترات الزمنية الحرجة. بالتناوب، لا يحدد التدريب بعدد الجلسات بل بالأهداف، ويستمر التدريب حتى يتم إكمال الأهداف طويلة المدى بنجاح. يبلغ متوسط عدد الجلسات حوالي 16 (4 أشهر)، بعض العملاء يستمرون في التدريب لعدة سنوات، لمساعدتهم على الوصول إلى أهداف جديدة. والحفاظ على التحسن. يشير (Prevatt and Levrini, 2015) أن هناك تباين كبير في المدة النموذجية لتدريب ADHD. ومع ذلك، ينصح بحد أدنى ثمانية جلسات .
(Prevatt and Levrini 2015 ,p. 44)

يمكن أن يكون وجود اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD تحديًا. لكن العديد من أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد يمكن أيضًا أن تكون نقاط قوة: الطاقة العالية والنشطة و "التدريب العملي": "النشاط الزائد" في ADHD يسمح بممارسة الرياضة التي تتطلب الطاقة العالية، نشاطات (أعمال) في الهواء الطلق، الحرف. غالبًا ما يكون الأشخاص ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد جيدين في الوظائف الإبداعية (الفنون أو الترفيه) .
(Ottawa, & Ontario, 2010)

10- منهجية تعديل السلوك :

التشخيص القائم على النظرية السلوكية إجراء موجه بالفرضيات لكنه في الوقت نفسه يركز على اكتساب سلوك جديد وغالبًا ما يتم تعقب هذه الأهداف من خلال تجارب الحالة الفردية (اكتساب وتعديل السلوك الفردي) ونظرًا لما سبق تحول التشخيص القائم على النظرية السلوكية إلى تشخيص فردي أي مفصل على الحالة الفردية وفي الوقت نفسه إجراء قائم على التعديل وبالتالي تم وصف الفرضيات اللازمة لذلك بالفرضيات الفردية، وطرق الحصول على البيانات تعتمد على قياس السلوك الحركي واللفظي بشكل مباشر بقدر الإمكان وبالمعنى الوظيفي في الوقت نفسه، وبهذا نجد أن نماذج ملاحظة السلوك بالتحديد والقياسات النفسية تحظى بأهمية خاصة . (شلوتكه؛ كاسبر؛ رولر، 2016، ص. 130-131)

ويؤكد الاتجاه السلوكي على المبدأ الفردي خلافاً للتعميم، ويتعلق الأمر بمشكلات مختلفة مثل تحديد القصور في ضبط المثير أو الأشكال المختلفة من قصور السلوك أو الإفراط فيه، أو ظروف التعزيز غير المناسبة، وكذلك الموارد المهمة علاجياً - منشطة السلوك - (شلوتكه؛ كاسير؛ رولر، 2016، ص.134). وحسب هايبي وهابنس (2004) التشخيص ذو التوجه السلوكي هو مدخل علمي للقياس النفسي يؤكد على اختيار أدوات قياس صادقة، وتتصور المداخل السلوكية للتشخيص النظري السلوكي قابلية السلوك للتعديل .

الجدول (9) : منظومة تصنيف تحليل السلوك عن كانفروساسلو

- التحليل الابتدائي للموقف وقصور السلوك والأفعال:
- تحديد القصور أو الإفراط
- تحديد الأجزاء المختلفة للمشكلة.
- توضيح الموقف المشكل.
- تحليل الشروط والظروف المعيارية للاضطراب:
- تاريخ المرض.
- المحاولات العلاجية وحتى الآن.
- التحليل الوظيفي للمشكلة من خلال نموذج (المثير - العضوية الاستجابة-المصادفة -الاستجابة)
- وصف سلوك المشكلة: الطوبوغرافيا، التكرار، الكمونية) على المستويات المختلفة: لفظي-حركي، استعرافي، انفعالي، فيزيولوجي)
- تحديد النتائج أو العواقب: المعززات أو التعزيزات السلبية، الإيجابية.
- تحديد نسب الاحتمالية: التكرار والتعاقب الزمني للنتائج، تقوية متتالية، متقطعة، مستمرة، الخطط (البرنامج أو الخطة الوسيلة المتوفرة للفرد لتحقيق أهدافه)
- تحليل الدافعية
- تحليل مجالات التعزيز الموجودة.

- تحليل النمو: تحليل الخبرات الماضية ومنشأ الاضطراب باعتباره تاريخ تعلم (أيضا التقييدات البيولوجية والخصائص الثقافية).
- التغييرات السلوكية المهمة بالنسبة إلى العلاج.
- تحليل ضبط الذات (التحكم بالذات)
- الإمكانيات الفردية للسيطرة على المشكلة (ملاحظة الذات، تنوع المواقف المختارة ذاتيا، تسلسل الاستجابات، السلوكيات البديلة والعواقب.
- تحليل العلاقات الاجتماعية.
- تحديد مصادر المعززات، من مستوى المطالب وقيم التعزيزات في السياق الاجتماعي.
- تحليل المحيط الاجتماعي والثقافي والفيزيائي.
- تحليل المعايير الراهنة للمحيط الاجتماعي.
- التقييدات في المحيط (فكريا، مكانيا، الاتجاهات نحو العلاج).

(بيرتر شلوتكه، فرنس كاسبر، بيرند رولر، ترجمة سامر جميل رضوان، 2016، ص. 144-145)

10-1 السمات العامة للإجراء التشخيصي :

- النموذج التجريبي يجعل التشخيص القائم على النظرية السلوكية يتحول إلى أسلوب إجرائي (معرف إجرائي) موجه بالنظرية، يضع في الاعتبار إمكانيات الدحض والتصحيح .
 - مراحل تحديد المشكلة وقياس المحددات المهمة بالوصف الدقيق للسلوك والظروف، وتطوير نماذج تفسير مع تحديد للهدف قصير الأمد وطويل الأمد واختيار وسائل التعديل واتخاذ القرار حول إجراء معين والتقويم المستمر والختامي لهذه التدخلات. وهدف هذه العملية هو صياغة مفهوم للحالة مهم من الناحية العلاجية، فردي وخاص بالمشكلة وبالشخص. وغالبا ما يتم عرض هذا على شكل رسم بياني للسمات الأساسية وسياقاتها السببية .
 - قياس السمات المهمة كتحليل الموارد والدافعية للعلاج والعوائق الخارجية (كالوضع الاجتماعي، واستجابات الأقارب، والمعززات المفيدة، ونوعية علاقة المعالج - متعالج ...)
 - يكون أسلوب تعامل العميل والمشخص في سياق اجتماعي - تفاعلي .
- (شلوتكه؛ كاسبر؛ رولر، 2016، ص. 141-142)

10-2 الرسوم البيانية :

تحتل الرسوم البيانية أهمية خاصة في ميدان تعديل السلوك ذلك أنها تعتمد بوصفها الأداة الأساسية لتنظيم وتفسير البيانات بهدف الحكم على فاعلية إجراءات التعديل المستخدمة، وهناك فوائد عديدة للرسومات البيانية نذكر منها :

-أنها تجعل الباحث أو المعالج على معرفة بطبيعة التغيرات التي تطرأ على السلوك المستهدف وهذه التغيرات واضحة غير غامضة مما يسهل عملية اتخاذ القرارات المناسبة في الوقت المناسب.

-أن التحليل البصري للرسومات البيانية يساعد في تحليل نتائج الدراسة أو أثر برنامج تعديل سلوك.

-أن الرسوم البيانية التي تعرض التغيرات التي طرأت على السلوك المستهدف في مراحل عملية تعديل السلوك المختلفة تسمح بتحليل وتقييم أهمية التغير بشكل مستمر .

-أن الرسوم البيانية تؤدي دورا هاما من حيث التغذية الراجعة.

وقد استخدمت بعض الدراسات هذا الأسلوب لتعديل بعض الأنماط السلوكية ومع أن أنواعا عديدة من الرسوم تستخدم لتمثيل البيانات؛ في تعديل السلوك إلا أن المضلعات التكرارية هي الأكثر استخداما في هذا الميدان. وتشتمل على العناصر الأساسية :

■ المحور الأفقي ويمثل الوقت أو المتغير المستقل (أسلوب تعديل السلوك).

■ المحور الرأسي ويمثل السلوك المستهدف.

■ الخطوط التي تشير إلى تغير المرحلة التجريبية وهي خطوط رأسية توضح المراحل الزمنية المختلفة التي حدثت فيها اختلافات في قيمة أو مستوى المتغير المستقل.

■ كلمات أو عبارات تصف المراحل التجريبية في الدراسة.

■ النقاط وهي تمثل: القيمة العددية للمتغير التابع (السلوك)، الوقت الذي تم جمع تلك البيانات فيه .

■ مسار البيانات وهو عملية وصل النقاط على التوالي بخط مستقيم، عنوان الرسم البياني وهو عنوان أو وصف موجز وواضح، يقدم كل المعلومات التي من شأنها مساعدة القارئ على التعرف إلى المتغير المستقل والمتغير التابع، هذه العناصر هي: السلوك /مرحلة الأساس /مرحلة العلاج /مرحلة المتابعة. كذلك

يمكن أن يشتمل الرسم البياني على وصف سلوك أكثر من فرد. أو موقفين أو أكثر. (الخطيب، 2014، ص.108)

تميل معظم البرامج أيضًا إلى أن تكون موجهة نحو النتائج، مع أهداف سلوكية محددة. إذا كانت الممارسة تستوفي هذه المعايير، وكانت تعمل على مسائل تتعلق بالأعراض الأساسية لحدوث ADHD (تشتت الانتباه، الاندفاع، و النشاط الزائد) وتركز على العاهات الأساسية المرتبطة بهذه الأعراض (إدارة الوقت، التنظيم)، من المؤكد أن توصف هذه الممارسة بتدريب ADHD. (Prevatt و and Levrini ,2015 ,p.31)

10-3 تقرير أهمية التغيير :

هل العلاج هو الذي أدى إلى التغيير في السلوك بقياس الفروق بين المتوسطات وأيضا بتغير القيم نحو التوقع الصحيح أي التعديل، هل التغيير الذي حدث ذا أهمية وأدى الى فروق في حياة المتعالج، المعيار الأساسي لتقييم التغيير والأهمية العيادية لآثار العلاج، والأهمية العيادية تعود إلى القيمة العملية أو التطبيقية، أو أهمية أثر العلاج، فالأثر العلاجي يجب أن يكون كبيرا لدرجة تحقق فيها القيمة العملية أو أن العلاج أصبح له أثر في الحياة اليومية للمتعالج، بالإضافة إلى التغيير الملحوظ في نظرة الفرد لنفسه، وفي بعض الحالات فإن التغيير المهم يتطلب إزالة السلوك كليا مثل الخروج من المقعد، إذ يسعى لإحداث أثر علاجي واضح يتحسن فيه مستوى الأداء الوظيفي للفرد في الحياة اليومية . (الزريقات، 2007، ص.153)

وأشار (George and Gary, 2014) فحص تعميم آثار العلاج عبر الإعدادات (المنزل والمدرسة) وبمرور الوقت (تقدير المتابعة)، لإثبات فعالية العلاجية في سياق السيطرة عليها، يجب إجراء تصميم تجريبي باستخدام إجراءات معتمدة موثوقة وصالحة. لا يكفي تقديم بيانات دراسة الحالة أو شهادات من عملاء راضون .

(George and Gary, 2014, p. 266)

خلاصة :

في اختيار التدخلات، يجب على المرء النظر في خصائص الطفل. بيانات التقييم الشاملة ضرورية . كم عمر الطفل؟ ما هي أعراض ADHD المحددة التي يعاني منها الطفل؟ ما هي شدة وانتشار الأعراض وفي أي المناطق تتسبب في إعاقة؟ هل هناك أي ظروف مرضية؟ ما هي نقاط قوة الطفل من خلال رسم خصائص الطفل على البحث المتاح، يمكن على الأقل أن يكون على بينة من الخيارات التي لديها دعم تجريبي واضح، والتي لديها دعم واعد، وأبها جديد لا يمكن تأييده. على نفس القدر من الأهمية هي العوامل

العائلية. ولا تقل أهميته في التخطيط للعلاج. وعند تطوير أي خطة علاج لطفل مصاب باضطراب AD HD، يتم استهداف سلوكيات معينة. من الواضح أن الخطة سوف تستهدف سلوكيات غير ملائمة، بهدف الحد منها أو إزالتها. من المرجح أن يؤدي اختيار التدخل الذي تم إثباته إلى حدوث بعض التحسن في أداء الطفل، أو أداء الأسرة، أو كليهما، من المهم استهداف السلوكيات الإيجابية والكفاءات كذلك. على الرغم من أن تقليل السلوك غير القادر على التكيف (النشاط غير ذي الصلة بالمهمة) قد يؤدي إلى زيادة البديل الأكثر ملاءمة (الاهتمام بالمهمة)، فقد لا يحدث ذلك. ومن المرجح أن تؤدي النجاح في السلوكيات المستهدفة التي ينبغي زيادتها وكذلك تلك التي ينبغي تخفيضها إلى النجاح. هذا النهج الأكثر توازناً لتخطيط العلاج يجب أن يسير بشكل جيد من المعلومات حول نقاط القوة .

الجانب التطبيقي

منهج الدراسة :

المنهج التجريبي وفق التصميم المشترك أ * (ب) الخطوط القاعدية المتعددة للأفراد والمقارنة بمجموعة ضابطة، ويقصد بالخطوط القاعدية المتعددة تصميم الفرد الواحد مع التكرار أي عدد من المشاركين، حيث تظهر الحاجة لاستخدام هذا التصميم في البحوث التي تهدف إلى تعديل السلوك، لا تقتصر العينة على الفرد الواحد دائماً، فمنهجية البحث ذات المنحى الفردي تسمح للباحث بدراسة مجموعة من الأفراد إذا أراد هو ذلك، ولكن ما يشير إليه الاسم الذي يطلق على هذه الاستراتيجية في البحث هو أن التحليل التجريبي للسلوك يحدث على المستوى الفردي بغض النظر عن عدد الأفراد الذي تشملهم الدراسة . (جمال الخطيب، 2014، ص.116)

وتصميم الفرد الواحد ليس مناظر لدراسة الحالة بل إنهما مختلفان تماماً، فتصميم الفرد الواحد بحوث لمعالجة تجريبية أما دراسة الحالة هي وصف متعمق للفرد. ويمكن استخدام هذا التصميم لاكتشاف علاقات العلة بالمعلول أي البرنامج التدريبي والطفل المصاب باضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد بفاعلية كبيرة، وقد زاد استخدام بحوث الفرد الواحد بشكل مطرد منذ أواسط الستينات من القرن العشرين وكان ذلك راجعاً إلى الزيادة في تطبيق تعديل السلوك التي أخذت تنتشر من أواسط الستينات من القرن العشرين .(رجاء أبو علام، 223).

وبما أن البحث الحالي يهتم بتعديل سلوك الأفراد الذين يعانون من تشتت الانتباه مع النشاط الزائد؛ فالبرنامج يطبق فردياً على كل طفل مصاب بالاضطراب؛ بهدف علاجه أي تحسن أعراض تشتت الانتباه مع النشاط الزائد وهي في الأساس سلوكيات متطرفة على الطبيعة (كأعراض التوحد والتي تستدعي الاستئصال النهائي و التام للسلوك)؛ ولكنها مفرطة (الوصول إلى تعديل الإفراط في السلوك بعد سحب المعالجة التجريبية) معنى أن مستوى انتباه الطفل ونشاطه ترجع لطبيعتها وتصبح مطابقة لما هو مألوف عند الأقران من نفس المرحلة النمائية والنضج؛ وهذا ما يجسده تصميم الفرد الواحد، وفيما يخص الصدق الداخلي لتصميم الفرد الواحد، فيكون عالياً جداً إذا طبق الباحث أساليب الضبط المناسبة، وأكثر الجوانب التي تتعلق بالصدق الداخلي استخدام ملاحظات أو مقاييس ثابتة سواء قبل المعالجة أو بعدها، حتى نحصل من الفرد على أداء يمكن الوثوق فيه، ومن أهم العناصر المرتبطة بذلك هو تطبيق الأدوات المستخدمة في نفس الظروف كل مرة تماماً، (تطبيق قائمة ملاحظة أعراض dsm-5 بكونرز-3 المعدل لتشتت الانتباه

المصحوب بالنشاط الزائد) نفس الظروف وفي نفس الموقف التي تحدث فيه) (الخطيب ص. 158). وبضبط المتغيرات الدخيلة يكون الصدق الداخلي للتصميم عاليا . (أبو علام، ص.222)

بالنسبة للصدق الخارجي؛ مفتاح تعميم نتائج بحوث الفرد الواحد هو تكرار البحث، فإذا أعاد الباحث إجراء نفس المعالجة باستخدام تصميم الفرد الواحد على عدد من الأفراد، حصل على نفس النتائج في كل مرة، و الثقة في نتائج الأسلوب المستخدم تزداد ويكون هناك ما يشير إلى إمكانية تعميم النتائج. وفي الدراسة الحالية تم استخدام التكرار المباشر أي أجري البحث على أفراد آخرين (مشاركين) يماثلون الفرد الأول ويشاركونه في نفس المشكلة وفي نفس الموقع وفي نفس الوقت ويطلق عليه التكرار المتآني. وعندما يتناول التدخل أفرادا قليلين، تعطى النتائج لكل فرد على حدى. خاصة أنه يهدف لتعديل السلوك الفردي (تعديل أداء فرد ما) مع التكرار على مجموعة من الأفراد وهو مفتاح تعميم النتائج (الصدق الخارجي) (أبو علام، 2006، ص.226) وتناسق القياس مهم على وجه الخصوص عند الانتقال من فرد لآخر، ويجب كذلك تفصيل إجراءات المعالجة تفصيلا دقيقا حتى يمكن تكرارها بالضبط في كل مرة . (الخطيب، 2014، ص. 158)

ومن العناصر الأخرى المؤثرة في الفرد الواحد الفترة الزمنية المتعلقة بخط القاعدة، فالغرض من الملاحظات التي تتم في المرحلة أ هي تكوين صورة سليمة عن السلوك الذي نهدف الى دراسته كما يحدث في الموقف الطبيعي، لان خط القاعدة هو الذي يحدد أساس المقارنة عند تقييم فاعلية المعالجة، لأن السلوك الإنساني غير ثابت وكثير التغير لذا نمط من سلوك الطفل يتحدد بملاحظات خلال مدة زمنية معينة وهذا ما يطلق عليه استقرار خط القاعدة، وهذا المستوى من استقرار أعراض تشتت الانتباه مع النشاط الزائد يكون هو الأساس الذي يقارن به مدى التغير في أعراض تشتت الانتباه مع النشاط الزائد أثناء المعالجة (رجاء أبو علام، ص.223)، قائمة ملاحظة أعراض dsm-5 تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كورنز-3 المعدل ؛ تقي بهذا الغرض وهي مصممة خصيصا لتلبية هذه المطالب ويأتي لاحقا تفصيل ذلك . وأيضا التشخيص بمعايير dsm-5 أيضا يدعم ذلك كونه يشترط مرور ستة أشهر على ثبات أعراض سلوك تشتت الانتباه مع النشاط الزائد الملاحظة .

وتكون مراحل التصميم التجريبي كالتالي مرحلة قياس الخط القاعدي (مقدار تواتر السلوك بدون معالجة) ثم مرحلة تصميم البرنامج العلاجي وفق شدة السلوك المتواتر: تحديد الأهداف والفنيات الاحتفاظ بسجل يومي للتقدم والقياس المتتالي لتتبع التحسن وأخيرا تعميم السلوك والحفاظ على ديمومته بالتخلي عن

التعزيز في مرحلة المتابعة ثم قياس المتابعة لإظهار المحافظة على النتيجة، (الخطيب، 2014، ص. 134) ثم تأتي مرحلة المقارنة بمجموعة ضابطة باستخدام التحليل الإحصائي .

إذ من الخصائص المركزية لبحوث الفرد الواحد القياس المتكرر للمتغير التابع في الظروف التجريبية المختلفة وعدم الاكتفاء بالقياس القبلي والقياس البعدي، فالسلوك ظاهرة متغيرة وليس شيئاً ثابتاً. (الخطيب، 2014، ص. 117)، ويفيد تصميم الفرد الواحد في اكتشاف العلاقة بين البرنامج العلاجي واضطراب بفاعلية كبيرة، (أبو علام، ص. 222)، وإرفاقه بالمقارنة لمجموعة ضابطة، يضاف لتقييم التغير في المستوى تقييم التغير في المتوسط مع أفراد أخرى لم تتعرض لبرنامج التعديل، وإن اجتمعت مع بعضها أي تغير المستوى عبر المراحل والانزلاق (انخفاض منتظم خلال الوقت - اتجاه تغير السلوك - بالنسبة لسلوك تشتت الانتباه والنشاط الزائد) والتباين في المتوسطات فإن الاستنتاج يكون بأن أثر العلاج يكون مثيراً . (الزريقات، 2007، ص. 153)

❖ تحليل النتائج في بحوث الفرد الواحد :

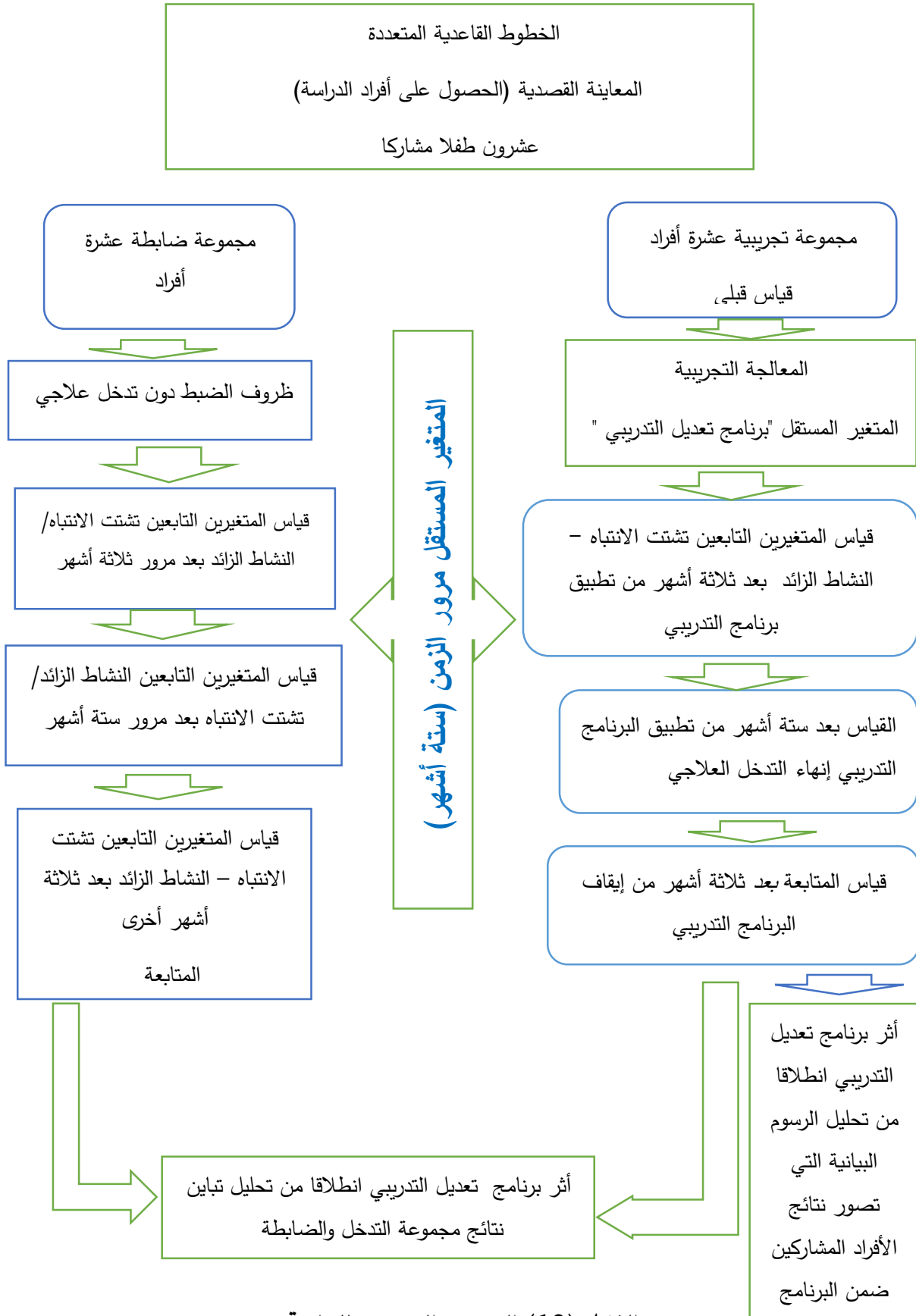
لقد جاءت منهجية بحوث الحالة الواحدة التجريبية بمثابة خروج على العادة في البحث السلوكي التطبيقي، فهذه الاستراتيجية بدلا من اللجوء إلى الأدوات الإحصائية لتحليل أهمية النتائج توفر التحليل البصري للرسوم البيانية التي تمثل قيم المتغير التابع في المراحل التجريبية المختلفة، لكنها تمثل موضوع جدل، في الاقتصار عليها أو دعمها بالتحليلات الإحصائية .

واتبعت الدراسة الحالية الرأي القائل بضرورة الاحتكام إلى معيارين في تقييم فعالية العلاج وهما: العيادي (الاجتماعي) أي هل أن التغير ذو أهمية للفرد فيسهل عملية التكيف لديه وتتحدد المقارنة مع الأقران العاديين وأيضا بمدى رضى الشخص الذي عولج والأشخاص المهمين في حياته عن التغير الذي أحدثته المعالجة والعلمي (التجريبي): مقارنة المتغير التابع أثناء العلاج بقيمته إذا لم يعالج (العلاقة بين الطريقة العلاجية والسلوك المستهدف) باللجوء إلى الأدوات الإحصائية . (الخطيب، 2014، ص. 126)

تتضمن معالجة البيانات في تصميم الفرد الواحد دراسة وتحليل الرسوم البيانية التي تصور النتائج، ويجرى أولاً مدى ملائمة التصميم بمعنى وجود عدد كاف من الملاحظات (البيانات) في كل مرحلة. وإذا كانت بيانات التصميم كافية يجرى بعد ذلك تقويم فاعلية المعالجة، والمحك الأولي هو الجدوى الاكلينيكية للنتائج، وليس الدلالة الإحصائية فالانخفاض الطفيف في سلوك تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

قد يكون دالا احصائيا؛ ولكن لا يمكن اعتباره تحسنا كافيا في السلوك. ويذكر كازدين أن التحليل الإحصائي يمدنا بإضافة قيمة للتحليل البصري للرسوم، ويفيدنا في التعرف على بعض الطرق التي تحتاج مزيدا من الدراسة. ويذكر كازدين أن مفتاح التقويم السليم للنتائج في بحوث الفرد الواحد هو الحكم السليم ولا يستطيع التحليل الاحصائي أن يعفي الباحث من هذه المسؤولية . (رجاء أبو علام، 2006، ص.226)

وقد واكب التحليل الاحصائي هذا التوجه من اكتشاف الاختلافات في متوسط المجموعات المستقلة، إلى تحسين تصميم التجربة لزيادة حساسيتها في اكتشاف الاختلافات في المتغير التابع، المصدر الرئيسي لخطأ التجربة هو اختلاف المفردات وذلك بالتحكم به من خلال استخدام تصميم المقاييس المتكررة (داخل المجموعات)، وبإضافة مجموعة ضابطة يصبح لدينا تصميم مختلط (تصميم القطعة المنشقة المركبة في اتجاهين) هناك مقاييس متكررة في متغير مستقل واحد (مرور الوقت داخل المجموعة) ومجموعات مستقلة (مجموعة التدخل والمجموعة الضابطة) في المتغير المستقل الآخر (البرنامج التدريبي) وذلك لتلبية دراسات أثر برنامج تعديل السلوك الذي يستلزم بحوث الفرد الواحد وكذلك المقارنة بمجموعة ضابطة لدقة نتائج التصميم التجريبي . (كوكيس،ستيد، د.ت ، ص. 179و211)



الشكل (12) التصميم التجريبي للدراسة

1- أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية :

تم تصميم استمارة وفق معايير (dsm5) لتشخيص تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لتحديد استيفاء شروط التشخيص، استخدام مقياس أعراض (dsm5) كونرز-3، بعد ترجمته وتقنيته ليخدم التشخيص بالاضطراب وذلك لمقارنة بالأقران العاديين (الدرجات المعيارية) وعزل الاضطرابين المرافقين التحدي المعارضة واضطراب المسلك والذين أرفقهما كونرز بالمقياس، تصميم البرنامج التدريبي القائم على تعديل السلوك، استخدام اختبار الذكاء أوتيس لينون لتحديد مستوى ذكاء مضبوط (متوسط)؛ واستخدام اختبار التكيف فنلاند لضبط عدة متغيرات دخيلة (لعزل التخلف العقلي والاضطرابات اللغوية والحسركية والتكيفية بصفة عامة) .

1-2 مقياس كونرز الإصدار الثالث TM (كونرز 3 TM) المحدث وفق (DSM-5) :

1-1-2 وصف المقياس :

مقياس Conners 3rd Edition هو نتاج 40 عاما من البحث في علم النفس المرضي في مرحلة الطفولة والمراهقة. يعتبر أداة تقييم موثوقة وفعالة حيث يقدم تقيماً شاملاً ومركّزاً لاضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط (ADHD) والاضطرابات المصاحبة الأكثر شيوعاً في الأطفال والمراهقين .

صممه كيث كونرز والذي عرف بتقانيه في دراسة ADHD ومشاكل الطفولة الأخرى، و تتوفر عدة نماذج من مقاييس كونرز: النماذج الكاملة الطول (الوالد - عدد البنود 110، المعلم - 115 / العمر 6-18، تقييم ذاتي - 99 / العمر 8-18) الوقت المستغرق للتطبيق عشرون دقيقة، النماذج القصيرة (الوالد عدد البنود 45-41؛ المعلم - 41؛ تقييم ذاتي - 41) وقت التطبيق عشرة دقائق، نماذج كونرز 3-GI (عدد البنود 10) تستغرق أقل من خمسة دقائق، بالنسبة للمستوى التعليمي للوالد والمعلم من الرابع الى الخامس والتقييم الذاتي : الصف الثالث .

كونرز 3- الإصدار الثالث (Conners 3rd Edition) هو مراجعة لجداول كونرز المعدلة Conners Scales-Revised(CRS-R) الصادر سنة (1997)، حيث نشرت (Multi-Health Systems ، 2014) ، تغييرات تهدف لتعديل جداول أعراض DSM لتتماشى مع معايير التشخيص في الدليل الإحصائي و التشخيصي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM-5 . واستخدام معايير أعراض DSM-5 لتسجيل

وتفسير أعراض DSM على مقياس كونرز - 3. شمل هذا التحديث مراجعات لمعايير الأعراض لـ ADHD ، اضطراب السلوك (CD) واضطراب التحدي المعارض (ODD). المحرز في DSM-5 ، تميزت التغييرات الأساسية في تحسينات الهيكل والمفتاح وتبسيط المحتوى مع تحديث البيانات المعيارية والخصائص السيكومترية، يستخدم كجزء من تشخيص النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، وتحديد الاحتياجات في السياقات التعديلية وكذلك المناطق التي تتطلب اهتماما خاصا في الأطفال. كما يوفر العديد من الاهتمامات المحددة ذات التأثير المباشر على التدريب .

وتقدير النتائج من كونرز -3 يساعد أيضا على توجيه عملية اتخاذ القرار والتخطيط للتدخل. ولمقياس كونرز -3 أهمية بالغة في اتخاذ القرارات بشأن التشخيص العيادي، في سياقات البحث، ولأغراض الفحص، حيث يوفر مفاتيح لتحديد العجز وكذلك لتصميم برنامج التعديل الفردي. وهو مفيد لمراقبة فعالية العلاج والتغيرات مع مرور الوقت .

تكشف تقييمات الوالدين لسلوك الطفل في المنزل وفي البيئات الأخرى حيث الوالد لديه الفرصة لمراقبة الطفل. تقييمات المعلم تكشف الملاحظات على سلوكيات الطفل الأكاديمية والاجتماعية والعاطفية في بيئة المدرسة. يمكن أن توفر التقارير الذاتية معلومات قيمة عن المشاعر والأفكار التي قد لا تكون يمكن ملاحظتها بسهولة من قبل الآخرين .

بعد التغييرات الرئيسية من CRS - R تميز كونرز -3 بعدد من التحسينات في الهيكل ومحتوى (كونرز - R، 1997). شملت تحديث الخصائص السيكومترية والبيانات المعيارية . وتبسيط المحتوى (البنود)، وتعديل الفئة العمرية كونرز - 3 الوالدين والمعلم أشكال يمكن استخدامها مع الأطفال في سن المدرسة بين 6 و 18 سنة (بالمقارنة مع CRS - R من 3 إلى 17 سنة)، الفئة العمرية للتقرير الذاتي كونرز -3 توسعت لتشمل الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 8 و 18 عامًا) بالمقارنة مع مقياس كونرز ويلز المراهقين، 1997) الفئة العمرية من 12 إلى 18 سنة) . تعزيز توحيد المحتوى (البنود نفسها) لنموذج تقييم الوالد، المعلم، وأيضا نماذج تقرير الذاتي لتسهيل مقارنة النتائج من مختلف المخبرين حيث يوفر الاتساق في بنود نماذج مقاييس (الوالد، المعلم، والتقرير الذاتي) لهذا الإصدار سهولة مقارنة المعلومات بين المصادر. لغة سهلة الاستخدام للتقييم من الأعراض DSM-5 . ووضع محتوى جديد على مستوى البند، ربط البند أكثر مباشرة بمعايير الأعراض DSM-5 .

وبهدف مراجعة الخصائص السيكومترية جمعت بيانات تقييمات جداول كونرز-3 من جميع أنحاء الولايات المتحدة وكندا؛ كما جمعت عينة المعيارية من جميع المناطق الجغرافية في أمريكا وكندا . حيث تضم 50فتى و 50فتاة من كل سن وعرق ، بالنسبة للمعامل الثبات وجدت موثوقية إعادة الاختبار والاتساق الداخلي جيدة جدا ، معاملات الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) لمجموعة العينة الإجمالية ($\alpha = 0.97 - 0.77$ ، أما إعادة الاختبار بعد اثنين الى ثلاث اسابيع تتراوح معاملات (بيرسون) من 0.71 إلى 0.98 جميع معاملات الارتباط كبيرة ،أما الصدق ، أيضا تم اثباته عن طريق فحص العلاقة بين درجات كونرز 3 والعديد من الأدوات الأخرى، حيث تم فحص إحصائي قدرة كونرز 3 لتمييز الاطفال مع ADHD من الأطفال في عموم السكان ومن الأطفال في المجموعات العيادية الأخرى (بما في ذلك اضطرابات السلوك، اضطرابات التعلم). وقد تم إثبات الصدق التمييزي وذلك لقدرته على التمييز بين مختلف مجموعات التشخيص .

2-1-2 طريقة التطبيق والتصحيح :

توزع جداول قائمة ملاحظة كونرز-3 على كل من الوالد والمعلم وشرح التعليمات شرط أن يكون لاحظ الطفل لفترة لا تقل عن 6 أشهر ، وذلك وضع دائرة حول القيمة الرقمية المناسبة حسب سلم تقييم كل بند التالي: 0 = غير صحيح على الإطلاق (نادراً ما) ؛ 1 = صحيح قليلاً (أحياناً) ؛ 2 = صحيح إلى حد كبير (في كثير من الأحيان) ؛ 3 = صحيح كثيراً (كثيراً جداً) وبحساب مجموع كل العلامات، من المحتمل أن تتحقق معايير الأعراض إذا كان إجمالي عدد الأعراض $6 <$ بالنسبة لعمر >16 ، تحتسب علامة البند حسب جدول الصلاحية المرفق بجداول كونرز-3. وبالنسبة للمقارنة مع الأطفال العاديين والتشخيص الدقيق عند حساب الدرجة الخام يجب تحويلها الى درجة معيارية ثم تحليل النتيجة وتفسيرها .

2-1-3 إعداد المقياس للتطبيق في البيئة الجزائرية :

تم المرور بثلاث مراحل: الترجمة من اللغة الأصلية الإنجليزية ثم مرحلة حساب الخصائص السيكومترية فمرحلة البيانات المعيارية للحصول على مقارنة معيارية مع أطفال عاديين من نفس المرحلة النمائية في تخص البيئة الجزائرية (منطقة بسكرة) .

أولا الترجمة: تمت ترجمة المقياس إلى نسخة بالعربية من قبل الباحثة، بعد أخذ موافقة (Multi-Health Systems Inc)، ثم تم عرض النسخة المترجمة على ثلاثة أساتذة علم النفس المتمكنين من اللغة

الإنجليزية بجامعة بسكرة لإجراء التصويريات؛ إذ أن تجربة عرض المقياس على أستاذ لغة إنجليزية لم تثمر كون أن عبارات التشخيص النفسي يكتنفها الغموض بالنسبة لأستاذ لغة ليست لديه اطلاع في هذا المجال، وتم تعديل ترجمة بعض العبارات حسب معناها المناسب وتصويب صياغة الجمل حيث تبدأ بفعل حسب ما أشار إليه الأساتذة .

الجدول (10) العبارات التي عدلت

لديه صعوبة في الانتباه على العمل أو اللعب لفترة طويلة	لديه صعوبة الاستمرار في اللعب لفترة طويلة
لا يتبع التعليمات (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون).	لا يتبع التعليمات (حينما يفهم ويحاول التعاون).
يفشل في إتمام الواجبات المدرسية والمنزلية، أو المهام (حينما يفهم ويحاول التعاون).	يفشل في إتمام الواجبات المدرسية والمنزلية، أو المهام (حينما يفهم ويحاول التعاون).
كثير النسيان أثناء نشاطاته اليومية.	كثير النسيان لمواعيد النشاطات
لديه مشكلة في تنظيم المهام أو الأنشطة	لديه صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة
يركض أو يتسلق في المواقف التي ليس من المفترض أن يفعل فيها ذلك.	يركض أو يتسلق في المواقف التي ليس من المفترض أن يفعل.
يبدو متعب أو مفرط النشاط	لا يهدأ أو مفرط النشاط
يصخب وبصوت عال عند اللعب أو قضاء وقت الفراغ.	يصخب وبصوت عال عند اللعب أو استخدام وقت الفراغ.
يتصرف كما لو كان يقوده محرك	نشط كما لو كان يقوده محرك
يثرثر كثيرا	يتحدث كثيرا
يبدأ العراك (الشجار) مع الآخرين عن قصد.	يبدأ المعارك مع الآخرين عن قصد.
يؤذي الناس جسديا.	يضر جسديا الناس
يقسو على الحيوانات.	هو قاسي على الحيوانات.

يسرق حينما يقابل شخصا	يسرق أثناء مواجهة شخص ...
يشعل الحرائق...	اشعال الحرائق...
يتعمد اضرار أو اتلاف ممتلكات الاخرين.	تعمد اضرار أو تدمير ممتلكات الاخرين.
يتسلل الى داخل منزل، مبنى، أو سيارة شخص ما.	قد يتسلل الى داخل منزل شخص آخر، مبنى، أو سيارة.
يكذب ليتجنب الاضطرار إلى القيام بشيء ما...	الكذب ليتجنب الاضطرار إلى القيام بشيء ما...
يسرق سرا (على سبيل المثال، سطو، أو تزوير).	سرقة سرا (على سبيل المثال، أخذ أشياء ثمينة، أو تزوير).
يتهرب عن المدرسة.	التهرب عن المدرسة.
يصر على رفض الامتثال لما يطلب منه الكبار القيام به.	لا ينصاع لأوامر الكبار (غير مطيع)
ينزعج بسهولة من الآخرين وقابل للتهيج	حساس وينزعج بسهولة من الآخرين

ثم تمت إعادة الترجمة إلى اللغة الإنجليزية (الترجمة العكسية) بمساهمة مترجم متخصص (بسكرة)؛ للتأكد من المحافظة على الهدف الذي يقيسه كل بند وفقا لمصمم المقياس فهو مقياس عالمي وشائع الاستخدام ولا بد من الأمانة العلمية في صياغة بنوده، ثم تم عرض النسختين (الأصلية والنسخة المتحصل عليها بعد الإجراءات السابقة) على أستاذ لغة إنجليزية بجامعة بسكرة، للتأكد من مطابقتها للنسختين. (المرجع المتبع في إجراءات الترجمة. (رونالد هاملتون، بيترف ميريندا، تشارلز سبيلبيرغر، 2006).

ثم تم إعادة تجريب تطبيق المقياس على بعض الأمهات (تسعة عشر) والأساتذة (خمسة) لاختبار فهم السياق العام للمقياس، وتعليمات التطبيق وذلك للتأكد من الحصول على استجابات موضوعية. ظهرت عدد من المشكلات :

الجدول (11) : تصحيح المشكلات الناشئة بعد تجريب مقياس كورنز-3 المعدل أعراض

DSM-5

المشكلة	التصحيح
إعادة كتابة بدائل الاستجابة في الصفحات اللاحقة (أربعة أفراد بنسبة 16%)	وضع الأرقام المقابلة للبدائل على كامل المقياس أي مقابل كل بند وشرح ما يعنيه كل وزن
تعديل العنوان بحكم أن بعض الأساتذة التيسوا في أن المقياس يخصهم شخصياً. أي يقيس الاضطراب عند الأستاذ (4%)	مقياس تشتت الانتباه مع النشاط الزائد للمعلم أصبح "مقياس تشتت الانتباه مع النشاط الزائد يعبأ من طرف المدرس"
وضع استجابة مقابل عنوان بعد (عشرة 11 أفراد بنسبة 79%)	حذف عناوين الأبعاد والإبقاء على البنود متسلسلة.
استجابات متكلفة لا تخدم التقنين؛ الاستجابات على جميع البنود "غير صحيح على الإطلاق (0) " خوفاً من المتابعة السالبة في المتوسطة (8%)	الإشراف الشخصي على توزيع المقياس وشرح الهدف والغرض من الدراسة وعرض امتياز إمكانية استعادة المعنى من برنامج علاجي يسهم في تحسن تحصيله الدراسي، وذلك لزيادة الإقبال على ملأ المقياس بفاعلية ومصداقية.

2-1-4 حساب الخصائص السيكومترية لمقياس كونرز-3 المعدل أعراض DSM-5 :

بهدف حساب صدق وثبات المقياس تم تطبيقه على عينة أولية من الأمهات والمدرسين حسب تسهيلات المؤسسات التعليمية، **العينة الاستطلاعية**: قمنا بتجربة تطبيق الاستبيان على عينة استطلاعية قدرها (36) لاختبار فهم الصياغات اللغوية وتعليمات المقياس إحصائياً، فتحصلنا على معامل ثبات قوي قدره 0.925. يشجع على استكمال تطبيقه على كامل عينة التقنين الأساسية .

الجدول (12) معامل ثبات مقياس كونرز-3 (DSM-5) (ألفا كرونباخ) للعينة الاستطلاعية الأولية

المقاييس	Reliability Statistics Cronbach's Alpha
مقياس كونرز تقدير المدرس	0.951
مقياس كونرز تقدير الآباء	0.925

1-4-1-1 مقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 لتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تقدير الأمهات :

تم تطبيقه على عينة أساسية قدرها 114 تلميذ (تقدير الولي) سنهم 12 سنة .

❖ الصدق :

- صدق المحتوى :

تم عرض المقياس (تقدير الآباء، تقدير المدرس) مع ملاحظة التحديث الأخير على البنود التي أصبحت متطابقة بين التقديرين لتسهيل المقارنة بين التقديرين، على ثلاثة أساتذة علم النفس يتقنون اللغة الإنجليزية من جامعة بسكرة، بهدف مراجعة الترجمة العربية لبنود المقياس مع المحافظة على البنود كونه مقياس عالمي وثمره جهد 40 سنة من التنقيحات، تم تعديل عدد من العبارات بما يتوافق وقواعد اللغة العربية والثقافة الجزائرية. كان الاتفاق بنسبة كاملة على صلاحية ترجمة العبارات المعدلة في صورتها الجزائرية .

- الصدق البنائي (الاتساق الداخلي):

تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل الارتباط بيرسون بين فقرات المقياس والأبعاد (المقاييس الفرعية) التي تنتمي إليها وبين أبعاد المقياس والمقياس ككل. للوقوف على مستوى الارتباط .

الجدول (13) معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه (مقياس كونرز-3 أعراض DSM-5 تقدير الأمهات)

معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند
.413*	لا ينتبه للتفاصيل؛ يرتكب أخطاء الإهمال
.572*	لديه صعوبة في أن يبقى منتبها على العمل أو على اللعب لفترة طويلة
.713*	لا يبدو أنه يستمع إلى ما يقال له / لها
.613*	يفشل في إتمام الواجبات المدرسية، أو المهام (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون)
.748*	لا يتبع التعليمات (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون)
.681*	لديه صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة
.535*	يتجنب أو لا يحب الأشياء التي تأخذ الكثير من الجهد وليست ممتعة
.625*	يفقد الأشياء (على سبيل المثال: الواجب المدرسي، وأقلام الرصاص، والكتب، والأدوات، أو اللعب).
.646**	من السهل تشتيت انتباهه بمشاهد أو أصوات
.589*	كثير النسيان للواجبات اليومية

** دال عند مستوى دلالة 0.01

* دال عند مستوى دلالة 0.05

تراوحت معاملات ارتباطات الفقرات بين 0.413 و0.748 وهي دالة احصائياً عند مستوى دلالة 0.05، و0.01 بالنسبة للبند التاسع، أي يوجد ارتباط قوي بين بعد تشتت الانتباه وفقراته وبالتالي المحور يتمتع بصدق اتساق داخلي قوي .

الجدول (14) معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي النشاط الزائد (مقياس كونرز-3 أعراض DSM-5 تقدير الأمهات)

معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند
.633*	يتململ أو يتلوى في المقعد
.686*	يترك مقعده في المواقف التي تتطلب ان يبقى جالسا
.548*	يركض أو يتسلق في المواقف التي ليس من المفترض أن يفعل فيها ذلك
.678*	لا يهدأ أو مفرط النشاط
.644*	يصخب وبصوت عال عند اللعب أو قضاء وقت الفراغ
.586*	نشط كما لو كان يقوده محرك
.485*	يتحرك باستمرار
.669*	يثرثر كثيرا
.657*	تتقلت منه الإجابات قبل الانتهاء من السؤال
.683*	لديه صعوبة في انتظار دوره / ها
.607*	يقاطع الآخرين (على سبيل المثال، بأعقاب المحادثات أو الألعاب)

* دال عند مستوى دلالة 0.05

تراوحت معاملات الارتباطات البينية للفقرات بين 0.485 و 0.686 وهي دالة احصائياً عند مستوى دلالة 0.05 وبالتالي يوجد ارتباط قوي بين بعد النشاط الزائد وفقراته أي يتمتع بصدق اتساق داخلي قوي .

الجدول (15) معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي اضطراب المسك

(مقياس كورنز-3 أعراض DSM-5 تقدير الأمهات)

معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند
.685**	يرهب، يهدد، أو يخيف الآخرين.
.738**	يبدأ العراك مع الآخرين عن قصد.
.705**	يستخدم سلاحا (على سبيل المثال، العصا، الطوب، زجاجة مكسورة، سكين، أو بندقية).
.793**	يؤذي الناس جسديا
.730*	يقسو على الحيوانات.
.771**	يسرق حينما يقابل شخصا (على سبيل المثال، السلب، خطف محفظة أو السرقة المسلحة).
.786**	يشعل الحرائق عمدا لغرض التسبب في الضرر
.819**	يتعمد اضرار أو اتلاف ممتلكات الآخرين.
.792**	يتسلل الى داخل منزل، مبنى، أو سيارة شخص ما.
.782**	يكذب ليتجنب الاضطرار إلى القيام بشيء ما (الالتزامات أو للحصول على الأشياء امتيازات).
.793**	يسرق خلسة (على سبيل المثال، سطو، أو تزوير)
.766**	يخرج في الليل على الرغم من أنه يخالف القواعد.
.729**	يهرب من المنزل ليلة واحدة على الأقل
.679**	يتهرب عن المدرسة.

** دال عند مستوى دلالة 0.01

* دال عند مستوى دلالة 0.05

تراوحت معاملات الارتباطات البنينة للفقرات بين 0.679 و 0.819 وهي دالة احصائيا عند

مستوى دلالة 0.01 ، ومستوى دلالة 0.05 بالنسبة للبند الخامس، أي يوجد ارتباط قوي بين المقياس

الفرعي اضطراب المسك وفقراته أي أن المقياس الفرعي يتمتع بصدق اتساق داخلي قوي .

الجدول (16) معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي التحدي المعارضة (مقياس كونرز-3 أعراض تقدير الأمهات)

معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند
.584*	يفقد اعصابه.
.673*	حساس وينزعج بسهولة من الآخرين
.648*	يتسم بالغضب والاستياء
.709*	يجادل الكبار.
.673*	يصر على رفض الامتثال لما يطلب منه الكبار القيام به .
.706*	يزعج أشخاص آخرين عن قصد
***.556	يلوم الآخرين على أخطائه أو سوء تصرفه.
***.112	يحاول ان يأخذ ثأره) ينتقم (من الناس.

* دال عند مستوى دلالة 0.05 ** دال عند مستوى دلالة 0.01 *** دال عند مستوى دلالة 0.001

تراوحت معاملات الارتباطات البينية للفقرات بين 0.112 و 0.709 هي دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.05 أي الارتباط جيد، ما عدى البندين الأخيرين فهما دالين عند مستوى دلالة 0.001 وهو ارتباط مقبول. أي يوجد ارتباط قوي بين المقياس الفرعي سلوك التحدي المعارضة وفقراته، إذن المحور يتمتع بصدق اتساق داخلي قوي .

الجدول (17) معاملات الارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس كونرز-3 DSM-5

حسب تقدير الأمهات وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد (المقاييس الفرعية)	المقياس الكلي	التحدي المعارضة	اضطراب المسلك	النشاط الزائد	تششت الانتباه
تششت الانتباه	.874**				1
النشاط الزائد	.893**			1	.805**
اضطراب المسلك	.913**	.727**	1	.710**	.681**
التحدي المعارضة	.837**	1	.727**	.728**	.688**
ألفا كرونباخ (المقياس الكلي)	0.950				

** دال عند مستوى دلالة 0.01

معاملات الارتباط بيرسون دالة عند مستوى دلالة 0.01 تراوحت بين (0.681 و 0.913) مما يعني توجد علاقة ارتباطية بينية قوية بين أبعاد مقياس مقياس كورنر-3 DSM-5 (Sig.=0.000)، وبين الأبعاد والمقياس الكلي أيضا بمقادير تراوحت بين (0.837 و 0.913) مما يدل على صدق الاتساق الداخلي للمقياس .

صدق التجانس بمعادلة ألفا كرونباخ : معامل الارتباط بين البنود، معامل ارتباط قوي 0.95 بين بنود المقياس (أكبر من 60%) أي أن المقياس يتمتع بصدق تجانسي جيد. يدل على الصلاحية الجيدة لتطبيق الصورة الجزائرية لمقياس كورنر-3 DSM-5 .

- الصدق التمييزي :

حساب الصدق التمييزي بين درجات الذكور والإناث على مقياس كورنر-3 النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه تقدير الأمهات، باستخدام معادلة التباين الأحادي ANOVA :

الجدول (18) المتوسطات والانحرافات المعيارية للمقاييس الفرعية والمقياس الكلي كورنر-3

أعراض DSM-5 تقدير الأمهات

الانحراف المعياري	المتوسط	الجنس	المقاييس الفرعية
5.790	13.62	ذكر	تشتت الانتباه
6.108	10.61	أنثى	
6.248	15.44	ذكر	النشاط الزائد
7.597	10.26	أنثى	
10.968	16.09	ذكر	اضطراب المسلك
7.149	6.47	أنثى	
4.317	8.17	ذكر	التحدي المعارضة
3.646	5.00	أنثى	
25.553	57.36	ذكر	المقياس الكلي
20.689	37.35	أنثى	

متوسطات الذكور أكبر من متوسطات الإناث مما يدل على أن الذكور أكثر إصابة باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وهذا يوافق الدراسات الإحصائية مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس .

الجدول (19) نتائج تحليل تباين درجات الذكور والإناث على مقياس كورنر 3 (أعراض DSM-5) تقدير الأمهات ومقاييسه الفرعية

المقاييس الفرعية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية Df	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	القيمة الجدولية Sig.
تشتت الانتباه	بين المجموعات (ذكور/إناث)	211.478	1	211.478	6.108	.015
	الخطأ (داخل المجموعات)	3808.486	110	34.623		
النشاط الزائد	بين المجموعات (ذكور/إناث)	638.432	1	638.432	14.334	.000
	الخطأ (داخل المجموعات)	4988.305	112	44.538		
اضطراب السلوك	بين المجموعات (ذكور/إناث)	2198.866	1	2198.866	22.051	.000
	الخطأ (داخل المجموعات)	11068.850	111	99.719		
التحدي المعارضة	بين المجموعات (ذكور/إناث)	227.539	1	227.539	13.306	.000
	الخطأ (داخل المجموعات)	1846.833	108	1846.833		
المقياس الكلي	بين المجموعات (ذكور/إناث)	8807.850	1	8807.850	14.961	.000
	الخطأ (داخل المجموعات)	61814.505	105	588.710		

نتائج تحليل التباين الأحادي دالة عند مستوى دلالة 0.05 ($\text{Sig.} < F$) لكل أبعاد المقياس

وللمقياس الكلي بين الذكور والإناث، وبالتالي توجد فروق بين متوسطات درجات الإناث والذكور على مقياس تشتت الانتباه مع فرط النشاط تقدير الأمهات. وبالتالي المقياس يتمتع بقدرة تمييزية عالية بين الذكور والإناث دلالة على الصدق التمييزي للمقياس .

❖ حساب الثبات لمقياس كونرز-3 أعراض DSM-5 : Reliability Statistics

تم التأكد من الثبات بمعامل ألفا كرونباخ لتقدير ثبات التجانس وبالتجزئة النصفية المصححة بمعادلة جتمان لتقدير ثبات الاتساق الداخلي :

الجدول (20) قيم معاملات الثبات ألفا كرونباخ والارتباط بين النصفين ومعامل جتمان لمقياس

كونرز-3 أعراض DSM-5 تقدير المعلم

المقاييس الفرعية	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ	معامل الارتباط ما بين النصفين	معامل التجزئة النصفية جتمان
تشنت الانتباه	10	0.819	0.606	0.703
النشاط الزائد	11	0.844	0.756	0.861
اضطراب المسلك	14	0.936	0.682	0.804
سلوك التحدي المعارضة	8	0.707	0.875	0.931
المقياس الكلي	42	0.954	.813	0.896

تبين النتائج أن معاملات الثبات ألفا كرونباخ للمقاييس الفرعية تراوحت بين (0.707 و

0.936) و معاملات الارتباط ما بين النصفين تراوحت بين (0.606 و 0.875) ومعاملات التجزئة النصفية بين النصفين جتمان تراوحت بين (0.703 و 0.931)، وهي جيدة للتدليل على ثبات المقياس في صورته الجزئية .

أما معامل ألفا كرونباخ للمقياس الكلي (0.954) ومعامل الارتباط بين النصفين (0.813)

ومعامل التجزئة النصفية بين النصفين جتمان (0.896)، وكلها قيم ثبات مرتفعة تدل على أن المقياس يتمتع بثبات جيد .

❖ الدرجات المعيارية المعدلة والرتب المئينية لفئة الأطفال لعمر 12 سنة على مقياس

كونرز-3 أعراض DSM-5 :

حساب الدرجة المعيارية المعدلة مهم لأنها تساعدنا في مقارنة أداء الفرد مع أداء مجموعته المعيارية (من نفس السن والبيئة الجغرافية والثقافية) وهي تمثل الرتبة أو المنزلة المئوية التي يمثلها الفرد بالنسبة إلى مجموعته المماثلة. فالدرجات الخام لا يمكن أن تفسر إلا بمقارنتها بمعيار معين، وجداول المعايير تستخدم لتفسير درجات الاختبار أي للدلالة على مستوى درجات الأفراد في المستوى المتوسط أو فوق المتوسط أو أقل من المتوسط بالنسبة لعينة بناء المعايير (أنظر ملحق (1)) .

1-1-4-2 مقياس (أعراض DSM-5) كورنز-3 المعدل لتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تقدير المعلم:

طبق المقياس على عينة من المدرسين قدرها: 47 معلم.

❖ الصدق :

- الصدق البنائي (الاتساق الداخلي) مقياس (أعراض DSM-5) كورنز-3 المعدل تقدير المعلم:

بحساب معامل الارتباط بيرسون بين فقرات المقياس والأبعاد التي تنتمي إليها وبين الأبعاد والمقياس ككل. للوقوف على مستوى الارتباط .

الجدول (21) معاملات الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس الفرعي (تشتت الانتباه) الذي تنتمي إليه تقدير المعلم

معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند
.656**	لا ينتبه للتفاصيل؛ يرتكب أخطاء الإهمال
.650**	لديه صعوبة في أن يبقى منتبها على العمل أو على اللعب لفترة طويلة
.577**	لا يبدو أنه يستمع إلى ما يقال له / لها
.310*	يفشل في إتمام الواجبات المدرسية، أو المهام (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون)
.492**	لا يتبع التعليمات (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون)
.527**	لديه صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة
.495**	يتجنب أو لا يحب الأشياء التي تأخذ الكثير من الجهد وليست ممتعة
.387**	يفقد الأشياء (على سبيل المثال: الواجب المدرسي، وأقلام الرصاص، والكتب، والأدوات، أو اللعب).
.732**	من السهل تشتيت انتباهه بمشاهد أو أصوات
.465**	كثير النسيان للواجبات اليومية

** دال عند مستوى دلالة 0.01

* دال عند مستوى دلالة 0.05

تراوحت معاملات ارتباط الفقرات بمقياسها الفرعي (0.310 إلى 0.732) ، غالبية الفقرات دالة عند مستوى دلالة 0.01 بينما واحدة مستوى دلالتها 0.05، إذن المقياس الفرعي تشتت الانتباه تقييم المدرس يتمتع بصدق اتساق داخلي جيد .

الجدول (22) معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي النشاط الزائد على مقياس (أعراض DSM-5) كورنر-3 المعدل تقدير المدرس

معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند
.427**	يتلملم أو يتلوى في المقعد
.198***	يترك مقعده في المواقف التي تتطلب أن يبقى جالسا
.301*	يركض أو يتسلق في المواقف التي ليس من المفترض أن يفعل فيها ذلك
.433**	لا يهدأ أو مفرط النشاط
.312*	يصخب وبصوت عال عند اللعب أو قضاء وقت الفراغ
.482**	يتحرك باستمرار
.455**	يثرثر كثيرا
.207***	تفتلت منه الإجابات قبل الانتهاء من السؤال
.364*	لديه صعوبة في انتظار دوره / ها
.337*	يقاطع الآخرين (على سبيل المثال، بأعقاب المحادثات أو الألعاب)

* دال عند مستوى دلالة 0.05 ** دال عند مستوى دلالة 0.01 *** دال عند مستوى دلالة 0.001

الجدول (23) معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي اضطراب المسلك على مقياس (أعراض DSM-5) كورنر-3 المعدل تقدير المدرس

معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند
.599**	يرهب، يهدد، أو يخيف الآخرين.
.265***	يبدأ العراك مع الآخرين عن قصد.
.533**	يستخدم سلاحا (على سبيل المثال، العصا، الطوب، زجاجة مكسورة، سكين، أو بندقية).

.607**	يؤذي الناس جسديا
.424**	يقسو على الحيوانات.
.560**	يسرق حينما يقابل شخصا (على سبيل المثال، السلب، خطف محفظة أو السرقة المسلحة).
.540**	يشعل الحرائق عمدا لغرض التسبب في الضرر
.366*	يتعمد اضرار أو اتلاف ممتلكات الآخرين.
.280***	يتسلل الى داخل منزل، مبنى، أو سيارة شخص ما.
.084***	يكذب ليتجنب الاضطرار إلى القيام بشيء ما (الالتزامات أو للحصول على الأشياء امتيازات).
.616**	يسرق خلسة (على سبيل المثال، سطو، أو تزوير)
.482**	يتهرب عن المدرسة.

* دال عند مستوى دلالة 0.05 ** دال عند مستوى دلالة 0.01 *** دال عند مستوى دلالة 0.001

يبين جدول النتائج معاملات الارتباط بيرسون بين المقياس الفرعي اضطراب المسلك وفقراته تراوحت بين (0.084 و 0.616) وغالبيتها دالة عند (0.01) بينما فقرة الثامنة دالة عند مستوى دلالة 0.05 والفقرات الثانية والتاسعة والعاشر دالة عند مستوى دلالة 0.001، مما يدل على أن المقياس يتمتع بصدق الاتساق الداخلي بين المقياس الفرعي اضطراب المسلك وفقراته المكونة له .

الجدول (24) معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي التحدي المعارضة

على مقياس (أعراض DSM-5) كورنز-3 المعدل تقدير المدرس

معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند
.551**	يفقد اعصابه.
.559**	حساس وينزعج بسهولة من الآخرين
.475**	يتسم بالغضب والاستياء
.566**	يجادل الكبار.
.474**	يصر على رفض الامتثال لما يطلب منه الكبار القيام به .
.571**	يزعج أشخاص آخرين عن قصد
.510**	يلوم الآخرين على أخطائه أو سوء تصرفه.
.408**	يحاول أن يأخذ ثأره (ينتقم) من الناس.

** دال عند مستوى دلالة 0.01

تبرز النتائج أن معاملات الارتباط بيرسون بين المقياس الفرعي التحدي المعارضة فقراته تراوحت بين (0.408 و 0.571) وكلها دالة عند مستوى دلالة 0.01، مما يدل أن المقياس يتمتع بصدق اتساق داخلي بين المقياس الفرعي التحدي المعارضة وفقراته التابعة له .

الجدول (25) معاملات الارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس (أعراض DSM-5) كورنز-3 المعدل تقدير المدرس وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس ومعامل ألفا كرونباخ للمقياس الكلي

الأبعاد (المقاييس الفرعية)	المقياس الكلي	التحدي المعارضة	اضطراب المسلك	النشاط الزائد	تشتت الانتباه
تشتت الانتباه	.679**	.514**	423*	.502**	1
النشاط الزائد	.608**	.305*	655*	1	-
اضطراب المسلك	.414**	.338*	1	-	-
التحدي المعارضة	.515**	1	-	-	-
ألفا كرونباخ (المقياس الكلي)		0.71			

** دال عند مستوى دلالة 0.01

* دال عند مستوى دلالة 0.05

تراوحت معاملات ارتباط الدرجات الاجمالية للمقياس (مقياس (أعراض DSM-5) كورنز-3 المعدل تقدير المعلم) بدرجات المقاييس الفرعية له بين (0.414 و 0.679) جميعها دال عند مستوى دلالة 0.01 وتوحي بصدق اتساق داخلي المقياس ومقاييسه الفرعية، وتراوحت معاملات الارتباط بيرسون بين المقاييس الفرعية فيما بينها بين (0.305 و 0.655) بعضها دال عند مستوى دلالة 0.01 والبعض الآخر عند مستوى دلالة 0.05، وتدلل على توفر صدق الاتساق الداخلي بين المقاييس الفرعية للمقياس تشتت الانتباه مع فرط النشاط تقدير المدرس .

معامل صدق ألفا كرونباخ 0.71 للمقياس ككل (مقياس (أعراض DSM-5) كورنز-3 المعدل تقدير المعلم) مرتفع يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من صدق الاتساق الداخلي .

- الصدق التمييزي لمقياس (أعراض DSM-5) كورنز-3 المعدل تقدير المدرس :

بمقارنة متوسط درجات الفئة العليا بمتوسط درجات الفئة الدنيا للتحقق من قدرة المقياس على التمييز بين طرفي تشتت الانتباه مع النشاط الزائد (منخفض - مرتفع)، بعد سحب 27% من الفئة العليا، والفئة الدنيا وتطبيق t-test للعينات المتجانسة إذ أن اختبار Levene's Test يبين تساوي تباين المجموعتين، نتائج الاختبار موضحة في الجدول الموالي :

الجدول (26) اختبار (ت) للفروق بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لعينة التقنين لمقياس مقياس (أعراض DSM-5 كونرز-3 المعدل تقدير المعلم)

المتوسط	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	(ت)	مستوى الدلالة	
67.92	5.885	1.699	7.553	0.05*	الفئة العليا
1.699	5.402	1.559			الفئة الدنيا

* دال احصائيا عند مستوى دلالة 0.05

نتيجة الاختبار ت = 7.553 ، إذن هناك فرق معنوي قوي بين متوسطي درجات الفئة العليا والفئة الدنيا على مقياس مقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 المعدل تقدير المعلم ، وبالتالي للمقياس قدرة تمييزية بين طرفي اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، مستوى الدلالة 0.05 إذن المقياس يتمتع بصدق تمييزي جيد.

❖ حساب الثبات لمقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 المعدل تقدير المدرس :

تم حساب معامل الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ وأيضا بطريقة التجزئة النصفية بحساب معامل جتمان ما بين متوسط درجات النصف الأول ومتوسط درجات النصف الثاني من المقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 المعدل تقدير المدرس .

الجدول (27) معامل الثبات ألفا كرونباخ ومعامل الارتباط بين النصفين ومعامل التصحيح جتمان مقياس (أعراض DSM-5) كونرز-3 المعدل تقدير المدرس

معامل جتمان للتجزئة النصفية	عامل الارتباط ما بين النصفين			المقاييس الفرعية
	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ	النصفين	
0.708	10	0.721	0.611	A: تشتت الانتباه
0.773	11	0.723	0.765	B: النشاط الزائد
0.702	13	0.823	0.738	C: اضطراب المسلك
0.921	8	0.701	0.745	D: سلوك التحدي المعارضة
0.786	41	0.834.	0.714	المقياس الكلي

تبين النتائج الاتساق الداخلي 0.83 مرتفع، ومعامل الارتباط بين النصفين 0.71 ومعامل التجزئة

النصفية جتمان 0.78 وكلها قيم مرتفعة تدل على أن المقياس يتمتع بثبات جيد يتيح استخدامه على صورته الجزائرية .

2-2 سلم معايير تشخيص أعراض (DSM-5) اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بالدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس :

صممت اعتمادا على معايير أعراض اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد كما وردت في الدليل الخامس DSM-5 :

1-2-2 وصف القائمة :

تتكون من 18 بندا وفق عدد المعايير (9 معايير تشتت الانتباه و 9 معايير النشاط الزائد)، وألحق بها طريقة التصحيح والتشخيص. وله صورتان تقدير الآباء وتقدير المدرس .

2-2-2 الخصائص السيكومترية لقائمة أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفق معايير DSM-5 :

❖ الصدق:

- صدق المحتوى:

محتوى القائمة هو معايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس لجمعية الطب العقلي الأمريكية وطبعا فهو يمثل سمة تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تمثيلا شاملا وهو معترف به عالميا وبالتالي فهو صادق المحتوى. وبالنسبة لاشتقاق صورة عربية جزائرية عنها تم اتباع الخطوات التالية:

تمت ترجمة معايير أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ثم اشتقاق بنود من كل معيار فيها، تم عرض الترجمة على أستاذة لغة انجليزية ثم تطبيق القائمة على عينة أولية ستة أمهات وأربعة مدرسات؛ لاستطلاع وضوح صياغة فقرات المعايير وفهمها، تم تعديل عدد من الصياغات ثم إعادة ترجمتها للغة الإنجليزية (الترجمة العكسية) من قبل مترجم ثم عرضها على أستاذ لغة انجليزية جامعي لمقارنة مطابقتها للنسخة الأصلية للمعايير، تمت الموافقة وبالتالي طبقت على عينة قدرها 35 مدرس وأم لاستخلاص الخصائص السيكومترية الإحصائية من صدق وثبات :

صدق الاتساق الداخلي: تم التأكد من صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل الارتباط بيرسون بين بعدي القائمة وبنودهما؛ وبين بعدي القائمة والدرجة الإجمالية للسلم المصمم .

الجدول (28) معامل الارتباط بيرسون بين البند والدرجة الكلية ومعامل ألفا كرونباخ لبعث تشتت الانتباه (من سلم أعراض DSM-5 تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تقدير (الأمهات - المدرسين)

المدرسين	الأمهات	البنود
.698**	.725	1
.635**	.565**	2
.526**	.466**	3
.457**	.747**	4
.772**	.832**	5
.428*	.518*	6
.554**	.342**	7
.351*	.452*	8
.695**	.742**	9
0.878	0.98	معامل ألفا كرونباخ

* دال عند مستوى دلالة 0.05 ** دال عند مستوى دلالة 0.01 *** دال عند مستوى دلالة 0.001

بالنسبة للصورة تقدير المدرس : تراوحت معاملات الارتباط بنود السلم بالدرجة الكلية بين (0.351 و0.772)، وأغلبها دال عند مستوى دلالة 0.01 ما عدى البند السادس والثامن دالين عند مستوى دلالة 0.05. تشير معاملات الارتباط إلى صدق اتساق داخلي جيد للسلم، معامل التجانس ألفا كرونباخ للمقياس الفرعي تشتت الانتباه 0.88 وهو معامل صدق تجانسي قوي يدل على صدق تجانسي جيد للمقياس الفرعي تشتت الانتباه .

وبالنسبة للصورة تقدير الآباء: تراوحت معاملات الارتباط بين (0.342 إلى 0.832) وكلها دال وتشير إلى توفر الصدق الاتساق الداخلي للقائمة الصورة تقدير الآباء .

معامل التجانس ألفا كرونباخ بلغ (0.98) في الصورة تقدير الآباء و(0.88) بالنسبة لصورة تقدير المدرس، وهو معامل صدق مرتفع يشير إلى توفر الصدق التجانسي للمقياس الفرعي تشتت الانتباه .

الجدول (29) معامل الارتباط بيرسون بين البند والدرجة الكلية ومعامل ألفا كرونباخ لبعث النشاط الزائد (من سلم أعراض DSM-5 تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تقدير (الأمهات - المدرسين)

البند	الصورة تقدير الأمهات	الصورة تقدير المدرسين
1	.747**	.687**
2	.452**	.647**
3	.860**	.560**
4	.749*	.839**
5	.858**	.744**
6	.765**	.796**
7	.657**	.757**
8	.743**	.671**
9	.775**	.662**
معامل ألفا كرونباخ	0.834	0.878

* دال عند مستوى دلالة 0.05 ** دال عند مستوى دلالة 0.01

معاملات الارتباط بين 0.56 و0.83 بالنسبة لصورة تقدير المدرس و(0.45، 0.86) بالنسبة لصورة تقدير الأمهات، وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 بمقدار 0.000 وهو مؤشر على قوة الارتباط، وبالتالي السلم الفرعي النشاط الزائد يتمتع بصدق اتساق داخلي جيد ويدل على صلاحية استخدام السلم في البيئة الجزائرية، معامل صدق التجانس الكلي للسلم ألفا كرونباخ 0.88 لصورة تقدير المدرس و0.83 بالنسبة لصورة تقدير الأمهات، وهي معاملات صدق مرتفعة وتدل على أن السلم الفرعي تشتت الانتباه يتمتع بالصدق التجانسي .

الجدول (30) معامل الارتباط بيرسون بين المقاييس الفرعية و بين الأبعاد و الدرجة الكلية ومعامل الصدق ألفا كرونباخ لسلم أعراض DSM-5 تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تقدير (الأمهات - المدرسين)

تقييم الأمهات		تقييم المدرس	
المقياس الكلي	النشاط الزائد	المقياس الكلي	النشاط الزائد
الأبعاد (المقاييس الفرعية)			

تشنت الانتباه	0.452*	0.523*	.405*	.403*
النشاط الزائد	0.745**	1	.996**	1
ألفا كرونباخ (المقياس الكلي)	0.89	0.86		

* دال عند مستوى دلالة 0.05. (2-tailed). ** دال عند مستوى دلالة 0.01

بالنسبة للصورة لتقدير المدرس نلاحظ أن معاملي ارتباط البعدين بالمقياس الكلي هما على التوالي 0.405 دال على مستوى دلالة أقل من 0.05، و 0.996 عند مستوى دلالة 0.01، وكلاهما يدل على ارتباط قوي للبعدي المقياس بمقياسهما الإجمالي. ومعامل ارتباط البيئي للبعدين 0.403 دال عند مستوى دلالة 0.05 ويدل على صدق الاتساق الداخلي القوي بين البعدين، أما بالنسبة لصورة تقدير الآباء نلاحظ معاملات ارتباط البعدين والمقياس الكلي هي على التوالي 0.45 وهو دال عند مستوى دلالة 0.05 و 0.74 وهو دال عند مستوى دلالة 0.01، ومعاملات ارتباط بين البعدين 0.52 وهو دال عند مستوى دلالة (0.05)، وكلها توشح على توفر صدق الاتساق الداخلي، إذن المقياس (تقييم المدرس، تقييم الآباء) يتمتع بصدق اتساق داخلي جيد للتطبيق في صورته الجزائرية .

الصدق التجانسي ألفا كرونباخ للسلم ككل: يساوي (0.86) في صورة تقييم الآباء و (0.89) ويعبر على صدق تجانسي عالي للسلم .

❖ حساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ :

للتأكد من ثبات السلم تم حساب معامل ألفا كرونباخ .

الجدول (31) معامل الثبات ألفا كرونباخ للأبعاد الفرعية ولسلم أعراض DSM-5 تشنت الانتباه مع

النشاط الزائد المصمم ككل

ألفا كرونباخ		عدد الفقرات	المقاييس الفرعية
تقدير الآباء	تقدير المدرس		
0.78	0.74	9	A: تشنت الانتباه
0.77	0.73	9	B: فرط النشاط
0.89	0.87	18	المقياس الكلي

تبرز النتائج معاملات الثبات ألفا كرونباخ للمقاييس الفرعية ولسلم ككل جيدة 0.73 و0.87 لبعدي المقياس على التوالي تشتت الانتباه-النشاط الزائد و0.87 فيما يخص المقياس الكلي بالنسبة للصورة تقدير المدرس ، فيما يخص صورة تقدير الآباء؛ بلغ معامل الثبات ألفا كرونباخ لبعدي تشتت الانتباه 0.78 أما معامل ألفا كرونباخ لبعدي النشاط الزائد 0.77، وللمقياس الكلي 0.89 وكلها مرتفعة وتعتبر على تمتع المقياس بثبات جيد وتشجع استخدام السلم على البيئة الجزائرية في تشخيص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في صورتيه (تقدير المدرس وتقدير الأمهات) .

2-3 مقياس فينلاندا للسلوك التكيفي :

2-3-1 وصف المقياس :

أشار (جروسمان، 1973 Grossman) أن السلوك التكيفي يشير إلى الفعالية أو الدرجة التي يحقق بها الفرد الاستقلالية الذاتية والمسؤولية الاجتماعية المتوقعة في مجموعته العمرية والثقافية. وقد قام (دول) عام 1935 بالمحاولة الأولى لتعريف محتويات السلوك التكيفي وتصنيفاته الفرعية، من خلال مقياس فينلاندا للنضج الاجتماعي، عندما حاول بناء مقياس لقياس الكفاءة الاجتماعية من خلال الاستقلال الاجتماعي .

يكتسب مقياس فينلاندا للسلوك التكيفي تميزه من أنه يقيس المراحل النمائية المختلفة، والتي تبدأ من سن الميلاد حتى عمر الثامنة عشر .

وتم تطوير مقياس فينلاندا للسلوك التكيفي عام 1984م من قبل كل من سبارو وبالا وسيكشتي كنسخة مطورة لمقياس فينلاندا للنضج الاجتماعي الذي أعده دول والذي اشتمل على ثماني مهارات هي: المساعدة الذاتية العامة، المساعدة الذاتية في ارتداء الملابس، المساعدة الذاتية في تناول الطعام، التواصل، التوجيه الذاتي، التنشئة الاجتماعية، التخاطب، العمل. هذه المهارات تم تقسيمها إلى 117 فقرة، وترتيبها على شكل مقياس نقط، ومقياس عمري نمائي. أما المقياس في صورته الجديدة فقد اشتمل على صورتين رئيسيتين هما: صورة المقابلة، والصورة المدرسية. وقد تم تقسيم صورة المقابلة إلى صورتين هما: الصورة الموسعة، والصورة المسحية. ومع أن كليهما يقيسان نفس الأبعاد، والتي هي خمسة أبعاد (مهارات التواصل، مهارات الحياة اليومية، مهارات التنشئة الاجتماعية، المهارات الحركية، السلوك غير التكيفي) إلا أن الصورة المسحية تمتاز بقلة عدد البنود وفاعلية القياس والتشخيص .

مقياس فينلاندا للسلوك التكيفي جاء بناءا على قدرته على تحديد نقاط القوة وجوانب الضعف في المظاهر السلوكية للأطفال وذلك من خلال مقارنة مستوياتهم مع مستويات من يماثلونهم في العمر الزمني والبيئة الثقافية. كما يمتاز بتوفيره لمعلومات ذات أهمية وفائدة في عمليات التدريب الاكلينيكي، بالإضافة إلى الدور الذي يؤديه استخدام المقياس في تخطيط وتقييم استراتيجيات العلاج والتدخل. أما الدراسة الحالية فتقتصر على استخدامه في استبعاد الأفراد المصابين بالمشكلات السلوكية التي يقيمها المقياس والتي تترافق مع اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، أي أنها تبقى على الأفراد الذين تبرز تشخيصاته بأنهم يتمتعون بسلوك تكيفي طبيعي. هذا للاقتصار على معالجة تشتت الانتباه مع النشاط الزائد دون أي اضطرابات أخرى مرافقة .

استخدمت الدراسة الحالية الصورة العربية (الصورة المسحية) لمقياس فينلاندا للسلوك التكيفي Vineland Adaptive Behavior Scale والذي قام الباحث بندر بن ناصر العتيبي بترجمته وتعريبه وتقنيته على البيئة السعودية؛ من النسخة الأصلية التي قام بإعدادها كل من سبارو وبالا وسيكشتي عام 1984م. تتألف هذه الصورة من خمسة أبعاد رئيسة، يندرج تحتها أحد عشر بعداً فرعياً، وتشمل جوانب الحياة المختلفة: كمهارات التواصل، والحياة اليومية، والتنشئة الاجتماعية، والمهارات الحركية، ومهارات السلوك غير التكيفي. وتختلف تقديرات السلوك بحسب استجابة الفرد؛ إذ تتمثل في: الدرجة 2 وتعنى قيام الفرد بأداء السلوك، والدرجة 1 وتعنى أداء السلوك في بعض الأحيان، والدرجة صفر وتشير إلى عدم قدرة الفرد على أداء السلوك. يمكن أيضا إعطاء تقديرات تخمينية كالرمز (م)، إذا لم تسنح الفرصة، والرمز (ع) عندما لا يعرف المجيب إذا ما كان الفرد يقوم بأداء السلوك .

2-3-2 الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك التكيفي فنلاندا في البيئة الجزائرية :

قام الباحث بندر بن ناصر العتيبي بتقنين مقياس فنلاندا للسلوك التكيفي على عينة قدرها 926 واشتق الدرجات المعيارية والرتب المئينية والمستويات السلوكية والعمر القاعدي للأبعاد ومجموع السلوك التكيفي، وبهدف جعله صالح للاستخدام في البيئة الجزائرية تم تطبيقه على عينة قدرها 39 من أولياء التلاميذ المتمدرسين، حيث تم توزيع المقياس على التلاميذ من قبل الباحثة وشرح التعليمات جيدا والغاية من تطبيقه وما يعود علينا ذلك من نفع، وأشرف عمال الإدارة على جمع المقاييس المعبأة، ثم تم إلغاء المنقوصة منها كما تم إلغاء المستويات العمرية فيما عدى سن اثنا عشرة عاما فتم الحصول على العينة سابقة الذكر.

❖ الصدق :

- صدق المحتوى :

تم تطبيق المقياس على مجموعة قدرها ستة أمهات في عيادة نفسية خاصة ومستشفيات، من قبل الباحثة وملاحظة قدرتهن على فهم عبارات المقياس المعربة من قبل بندر بن ناصر العتيبي، وتم التحقق من وضوحها وسهولة فهمها بشرط أن تكون الأمهات ذات مستوى تعليمي متوسط، وهذا ما شجع على تطبيقه على كامل العينة بهدف حساب خصائصه السيكومترية والتأكد من صلاحيته للتطبيق على البيئة الجزائرية تحديدا منطقة بسكرة .

- الصدق التمييزي : طريقة المقارنة الطرفية :

تم تطبيق المقياس على عينة قدرها 38 ولما، ثم تم ترتيب الدرجات المحصلة تنازليا، وتم سحب 27% من طرفي التوزيع، أي عشرة أفراد من المجموعة العليا وعشرة أفراد من المجموعة الدنيا لمقياس السلوك التكيفي، وتم حساب إختبار (ت) بين المجموعتين المستقلتين المتناقضتين من حيث السلوك التكيفي (مرتفع مقابل منخفض) .

الجدول (32) نتائج إختبار (ت) لدلالة الفرق بين متوسطي مجموعتي طرفي التوزيع لمقياس السلوك التكيفي فنلاند

المتوسط	الانحراف المعياري	(ت)	مستوى الدلالة
403.20	25.233	5.682	0.05
289.40	36.997		

قيمة إختبار (ت = 5.7) وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، بمقدار (sig = 0.000) دليل على قوة الدلالة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية قوية بين منخفضي السلوك التكيفي أي لديهم مشكلات تكيفية ومرتفعي السلوك التكيفي أي الأفراد الذين يتمتعون بسلوك تكيفي سوي وطبيعي. نستنتج أن للمقياس القدرة التمييزية بين طرفي السلوك التكيفي (بين الاضطراب والسواء) أي أنه يتمتع بالصدق التمييزي وهو مؤشر من مؤشرات صلاحية المقياس للاستخدام .

- صدق الاتساق الداخلي :

الجدول (33) معامل الارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس السلوك التكيفي فنلاند

المقياس الكلي	الأبعاد
.792**	التواصل
.693**	مهارات الحياة اليومية
.235***	التنشئة الاجتماعية
.765**	المهارات الحركية
-.170***	السلوك غير التكيفي

** دال عند مستوى دلالة أقل من 0.01

*** دال عند مستوى دلالة أقل من 0.001

- الصدق التباعدي (التعارضية) :

من مؤشرات الصدق التباعدي العلاقة الارتباطية العكسية بين مقياس السلوك التكيفي فنلاند والبعد الخامس السلوك غير التكيفي، أي كلما زاد السلوك التكيفي انخفض السلوك غير التكيفي وهو ما تؤكدته الإشارة السالبة للارتباط الدال على مستوى دلالة 0.001، أي كلما زاد أحدهما انخفض الآخر، وهذا دليل آخر على صدق المقياس وصلاحيته للاستخدام .

الجدول (34) معامل ارتباط مقياس السلوك التكيفي فنلاند بالمقياس الفرعي السلوك غير التكيفي

المقياس الكلي	معامل الارتباط بيرسون
-.170***	البعد الخامس السلوك غير التكيفي

❖ الثبات :

تم حساب الثبات بالتجزئة النصفية بمعامل سبيرمان براون ومعامل جتمان، وحساب معامل الارتباط بين متوسطي درجات نصفي المقياس .

الجدول (35) معامل الارتباط بين نصفي مقياس السلوك التكيفي فنلاند ومعامل التصحيح

سبيرمان براون وجتمان

معاملات ثبات مقياس السلوك التكيفي فنلاند	
.89	معامل الارتباط بين متوسطي درجات نصفي المقياس

معامل التصحيح سيبرمان براون	.94
معامل التجزئة النصفية جتمان	.91

معامل الارتباط بين النصفين (0.89)، ومعامل التصحيح سيبرمان براون (0.94)، ومعامل التجزئة النصفية جتمان (0.91)، وهي معاملات ثبات مرتفعة تدل على أن المقياس يتمتع بثبات جيد.

2-4 اختبار الذكاء أوتيس لينون الصورة (ج) :

2-4-1 وصف الاختبار :

قام Otis Arther أوتيس بإعداد وتطبيق أول اختبار جمعي لقياس الذكاء العام، خلال الحرب العالمية الأولى؛ Test Army Alfa " وهو اختبار الجيش ألفا بهدف تصنيف الجنود في القوات المسلحة الأمريكية حسب قدراتهم العقلية، ولقد تم تعديله وتطويره على يد كل من آرثر أوتيس وروجر لينون، فالاختبار يقيس نفس المهارات العامة التي يقيسها اختبار ستانفورد - بينيه، إلا أنه يطبق بطريقة جمعية، كما خضع الاختبار للعديد من المحاولات لتطويره، حتى ظهرت النسخة الأولى للاختبار عام 1968 م، والتي تضم ستة اختبارات، وقد صُرح بعد الحرب باستخدام الاختبار في المدارس، في منتصف الثلاثينات؛ أجريت عليه بعض التعديلات في محتوى البنود، وطريقة التصحيح؛ لتوفير مزيداً من الدقة، والسرعة في التصحيح، وتم نشره بعنوان "اختبارات أوتيس- لينون سريعة التصحيح للقدرة العقلية"، كما تم إضافة عدة صور من الاختبار (ت) تقيس القدرات العقلية لمراحل مختلفة؛ اعتباراً من صفوف الحضانة الأولى، وحتى المراحل العليا. لهذه السلسلة في بداية الخمسينات، وتعد النسخة الأخيرة للاختبار أكثر اكتمالاً ونضجاً؛ نتيجة التعديلات والدراسات المتعددة التي أجريت عليه، استجابة للتطورات الحديثة في تقنيات إعداد الاختبارات النفسية ومواصفاتها الفنية، والتي ظهرت عام 1968 بعنوان "سلسلة اختبارات أوتيس لينون للقدرة العقلية" حيث تضم ستة مستويات للاختبار تبدأ من منتصف الصف الأخير من رياض الأطفال إلى نهاية المرحلة الثانوية، ويوجد لكل مستوى صورتان متكافئتان للاختبار (J - K) .

اختبار الذكاء أوتيس لينون الصورة ج هو أحد تلك المستويات السابقة الذكر، والذي يقيس القدرة العقلية لتلاميذ المرحلة المتأخرة؛ الذين تتراوح أعمارهم بين (12-15) سنة؛ حيث يقيس القدرات العقلية المتعلقة بالتحصيل الدراسي إذ يقيس المهارات التي تساعد التلاميذ على التعلم والنجاح في المدرسة، كما أنه مصنف كاختبار يقيس التفكير المجرد وحل المشكلات والقدرة على اتباع التعليمات والتفكير العقلاني

والتحليل وقياس القدرة على التذكر وتطبيق الخبرات السابقة على مواقف جديدة كما يوجد ارتباط بين نتائج التلاميذ على الاختبار وتحصيلهم الدراسي .

يحتوي الاختبار على جزئين لفظي غير لفظي، وتتكون النسخة العربية التي قام بإعدادها وتقنينها كل من مراد وعبد الغفار (1985) على البيئة المصرية من 80 بندا متنوعا، ويركز على قياس الاستدلال المجرد وقد صيغت الاستجابات في صورة الاختيار من متعدد خمسة بدائل استجابة، والبنود متدرجة الصعوبة من السهل إلى الصعب، وتوجد ورقة منفصلة للإجابة تصحح يدويا، ويستغرق تطبيق الاختبار خمسين دقيقة، ويمكن تصنيف فقرات الاختبار وفقاً للمجالات الأربعة الآتية :

الاستيعاب اللفظي Verbal Comprehension :

ويشتمل على :التعريف المترادفة، والعكوس، وإكمال الجمل، والجمل الغامضة .

الاستدلال اللفظي Verbal Reasoning :

ويشتمل على :تركيب الكلمات حسب الأحرف، والقياسات اللفظية، والمؤهلات اللفظية، والاستدلالات، والاختيار المنطقي .

الاستدلال الشكلي Figural Reasoning :

ويشتمل على :القياسات الشكلية، وسلاسل الإكمال، ونماذج التراكيب .

الاستدلال الكمي Quantitative Reasoning :

ويشتمل على :التسلسل الرقمي، والمسائل الحسابية .

وعدد فقرات الاختبار في صورته النهائية 80 فقرة؛ موزعة على النحو التالي :

– (20) فقرة لقياس القدرة على الاستيعاب اللفظي Verbal Comprehension وهي

الفقرات ذات الأرقام : (10، 8، 14، 19، 27، 32، 36، 44، 46، 49، 51، 53، 56، 59، 61، 64، 67، 73، 75، 77) .

– (32) فقرة لقياس الاستدلال اللفظي ، وهي الفقرات ذات الأرقام: (1، 5، 11، 6، 12، 15، 17، 21، 23، 25، 28، 30، 33، 34، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 47،

52، 54، 58، 60، 62، 65، 69، 71، 76، 79، 80) .

– (15) فقرة لقياس الاستدلال الشكلي (9، 4، 2، 16، 18، 20، 22، 26، 35، 43،

48، 55، 68، 74، 78) .

– (13) فقرة لقياس الاستدلال الكمي (3، 7، 13، 24، 29، 31، 45، 50، 57، 63، 66، 70، 72).

(Otis & Lennon, 1969) في (مشاط، ص. 2009، 60)

2-4-2 الخصائص السيكومترية في بينته الأصلية :

توفر صدق المحتوى كونه مبني على نظرية فيرنون وبيرت الهرمية للقدرة العقلية، ويتمتع الاختبار بالصدق التلازمي حيث معامل الارتباط بين درجات التلاميذ على اختبار أوتيس لينون المستوى المتوسط ودرجاتهم على اختبار كاليفورنيا التحصيلي يتراوح ما بين (0.46-0.86)، ومعامل الارتباط لعينة 430 طالبا (0.64، 0.94)، ومعامل الارتباط بين الدرجات على اختبار أوتيس لينون واختبار ستانفورد التحصيلي يتراوح بين (0.42-0.83) ومعامل الارتباط لعينة من 695 طالبا يتراوح بين (0.71-0.94)، وتراوحت معاملات الارتباط بين الدرجات على اختبار أوتيس - لينون المستوى المتوسط والدرجات على اختبار ثورندايك للذكاء بين (0.59، 0.89) وبالنسبة للمستوى المتوسط فقد تراوحت قيم معامل الارتباط لعينة قوامها 68 طالبًا من الصغين السابع والثامن بين (0.74، 0.89) أما معامل الارتباط بين الدرجات على اختبار أوتيس- لينون للقدرة العقلية المستوى المتوسط والدرجات على اختبار رافن للمصفوفات المتتابعة العادي (Raven's Progressive Matrices)، تتراوح بين (0.58، 0.61) ومعامل الارتباط للمستوى المتوسط لعينة مكونة من 277 تلميذا حوالي 0.59 (38: Otis & Lennon, 1969) في (مشاط، ص. 2009، 60)

بالنسبة للثبات يتمتع اختبار (أوتيس-لينون) المستوى المتوسط بقدرة عال من الثبات؛ تم حسابه بعدة طرق: إعادة الاختبار تراوحت قيمته (0.83، 0.93)، التجزئة النصفية وهو معامل الاتساق الداخلي بين نصفي الاختبار وتراوحت قيمته (0.89، 0.96)، بلغت قيمته في المستوى المتوسط (0.95) ومعامل ثبات الاتساق الداخلي بين الفقرات بمعادلة كيودر ريتشالدسون تراوحت قيمته في المستوى المتوسط (0.88-0.95)، ومعامل الثبات بطريقة الصور المتكافئة تراوح معامل الثبات لصورتي الاختبار (J) و (K) ما بين (0.91-0.94) .

2-4-3 المعايير المستخدمة في تفسير الاختبار :

معيار العمر الزمني، معيار الفرق الدراسية (الرتب المئينية والتساعي)، تم الاقتصار في الدراسة الحالية على معايير العمر الزمني (الدرجة المعيارية لمجموعة عمرية) أي تحسب نسبة الذكاء الانحرافية وتقرن مع من هم في مثل عمره من عينة التقنين . والاختبار يلعب دورا تشخيصيا وتنبؤيا مهما للقدرات

العقلية للأطفال والحصول على مجموعات متجانسة، والهدف من قنن استخدامه في دراستنا الحالية هو تشخيص الذكاء بحيث يكون الأفراد المشاركين ذوي ذكاء طبيعي إضافة الى التجانس فيما بينهم أي تقارب مستوى الذكاء. على البيئة العربية (السعودية) من قبل سارة عصام حسين محمد مشاط (1430هـ/2009م)، على عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة جدة عددها 2135 طالبة، تتراوح أعمارهم بين 12 و15 سنة، الأول متوسط 581، الثاني متوسط 832، الثالث متوسط 722، حيث بلغت قيمة معامل ثبات الاتساق الداخلي (0.81) و (0.82) للصف أول متوسط، وبلغت قيمة ثبات التجزئة النصفية (0.78) للصف الأول متوسط (0.79) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.001 وتشير أن الاختبار يتمتع بأدلة ثبات جيدة، بالنسبة للصدق تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.05، 0.66) جميعها دال احصائياً عند مستوى دلالة 0.01، والاختبار يتمتع بالصدق التلازمي (مع مصفوفات رافن) بمعامل ارتباط بيرسون قدره 0.85 وأيضاً يتوفر فيه الصدق التمييزي وفقاً لمتغيري العمر والصف الدراسي وذلك باستخدام تحليل التباين. وهذه الصورة التي استخدمت في الدراسة الحالية .

2-4-4 الخصائص السيكومترية للاختبار في البيئة الجزائرية :

❖ الصدق :

- صدق المحتوى :

تجريب الاختبار على عينة قدرها 36 تلميذ يبلغ من العمر 12 سنة متمدرس فس الصف الابتدائي واستطلاع مدى وضوح العبارات وفهم التعليمات وطريقة الإجابة والتأكد من الوقت الذي يمكن أن يأخذه الاختبار، وتم التأكد من أن التعليمات واضحة وفي مستوى استيعاب التلميذ كما أن مدة زمنية قدرها حصة دراسية كافية لتطبيق الاختبار. ثم تم تطبيقه على عينة قدرها 82 تلميذاً ، للتحقق من خصائصه السيكومترية الإحصائية .

- صدق الاتساق الداخلي :

بحساب معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد الاختبار والدرجة الكلية،

الجدول (36) معامل الارتباط بيرسون بين الأبعاد والدرجة الكلية ومعامل الصدق ألفا كرونباخ

لاختبار أوتيس لينون للقدرة العقلية

الأبعاد	الدرجة الكلية لاختبار أوتيس لينون
الاستيعاب اللفظي	0.93**

الاستدلال اللفظي	.881 **
الاستيعاب الشكلي	.74 5**
الاستدلال الشكلي	.8 65**
ألفا كرونباخ	.775

تبين نتائج الجدول أن معاملات الارتباط بين أبعاد الاختبار ودرجته الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01، تراوحت بين (0.69، 0.88) وهذا مؤشر جيد على توفر صدق الاتساق الداخلي للاختبار أوتيس لينون للقدرة العقلية، ومعامل صدق التجانس ألفا كرونباخ 0.77 وهو معامل صدق مقبول ويشير إلى صلاحية استخدام الاختبار على عينة التقنين .

❖ الثبات :

تم التأكد من ثبات تجانس الاختبار ككل وللأبعاد الفرعية بمعادلة ألفا كرونباخ،

الجدول (37) معامل ثبات اختبار أوتيس لينون للقدرة العقلية بمعادلة ألفا كرونباخ

الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الثبات ألفا كرونباخ
الاستيعاب اللفظي	20	0.77
الاستدلال اللفظي	32	0.88
الاستدلال الشكلي	15	0.83
الاستدلال الكمي	13	0.71
معامل ثبات الاختبار ككل	80	0.79

يبين الجدول قيمة معامل ثبات الاختبار ككل ألفا كرونباخ تساوي 0.79 ، ومعاملات ثبات الأبعاد الفرعية تراوحت بين (0.71-0.88) وجميعها دال عند مستوى دلالة 0.05، وهذا يدل على تمتع الاختبار بثبات جيد يتيح استخدامه على بيئة عينة التقنين بثقة. كما يمكن اشتقاق المعايير للمجموعة التقنين .

2-4-5 المعايير :

تم حساب معايير العينة والمحددة بسن 12 سنة والت مدرس ، كونها المميزات التي تخدم دراستنا الأساسية : حيث يقارن أداء المفحوص على الاختبار بمن هم في مثل سنه ويحسب قانون الذكاء :

$$\text{نسبة الذكاء الانحرافية} = 16 \times \text{ز} + 100$$

وللحكم على المستويات العقلية وضع أوتيس لينون جدولاً لنسب الذكاء الانحرافية حيث صنفها إلى خمسة مستويات موضحة في الجدول :

الجدول (38) المستويات العقلية وما يقابلها من نسب ذكاء الانحرافية

المستوى العقلي	نسب الذكاء الانحرافية
متفوق عقليا	128 وأعلى
أعلى من المتوسط	127-120
	119-112
	111-104
المتوسط	103-96
	95-88
	87-80
أقل من المتوسط	79-72
	71 وأقل

الجدول (39) الدرجة الخام وما يقابلها من نسبة ذكاء انحرافية لعمر 12 سنة لعينة التقنين

الدرجة الخام	نسبة الذكاء الانحرافية	الدرجة الخام	نسبة الذكاء الانحرافية
10	75	27	100
12	78	28	102
13	79	29	103
14	81	30	105
15	82	31	106
16	84	32	108
17	85	33	109
18	87	34	111
19	88	35	112
20	90	38	116
21	91	40	119
22	93	41	121
24	96	45	127
25	97	46	128
26	99	48	131

3- الدراسة الاستطلاعية :

3-1 إجراءات الدراسة الاستطلاعية :

تمثل المرحلة الأولى (الإجراءات التمهيديّة) لتنفيذ الدراسة التجريبية وهي مرحلة الضبط التجريبي بإجراء تقييم عيادي لانتقاء الأطفال الذين سيدخلون ضمن برنامج التدريب القائم على تعديل السلوك لهذه الدراسة، وذلك لتلبية متطلبات الضبط التجريبي للمتغيرات التابعة (الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد) والمستقلة (البرامج التدريبية) والتي تخلق بناء على مواصفات المتغيرات التابعة المختارة، لكي يتسنى لنا التأكد من فاعلية المتغير المستقل المصمم في تحسين المتغير التابع، هذه الدراسة علاجية (تعديلية) تتسم بطابعها الخاص والذي يختلف عن باقي الدراسات التجريبية، فضلا عن اختلافها عن الدراسات الأخرى، إذ تتبع منهج التقييم المستمر للتحسن إضافة للتقييم الإحصائي لفاعلية التدريب في نهاية التجربة (فترة التدريب التعديلي) .

تم في مرحلة الدراسة الاستطلاعية تطبيق مقياس أعراض كورنر-3 المعدل وفق DSM-5؛ لتشخيص تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفق DSM-5 ، وتم التحصل على 22 تلميذا الذين استوفوا معايير DSM-5 للتشخيص بتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، بناء على مقياس كورنر-3 المعدل المعبأ من قبل الوالدين. في مرحلة الفرز؛ بهدف الاستغناء على الذين ظهر لديهم اضطراب سلوك مرافق أو اضطراب التحدي المعارضة مصاحب، أو متغيرات أخرى دخيلة (مرض، تخلف...) وبالتالي تم الإبقاء على 20 تلميذا؛ ثم استدعيت أمهاتهم (عبر الهاتف) على مستوى العيادة النفسية الخاصة، لاستكمال تطبيق باقي التشخيصات الضرورية (استمارة البيانات، قائمة معايير أعراض DSM-5 من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (مصممة من قبل الباحثة)، اختبار الذكاء أوتيس لينون، اختبار السلوك التكيفي فنلاند). وكلها للتأكد من الخلو من الأمراض العضوية والنفسية المصاحبة والتجانس في نسبة الذكاء على أن تكون في المستوى الطبيعي واختبار السلوك التكيفي للتأكد من الخلو من اضطرابات اللغة الاستقبالية والتعبيرية والقراءة والكتابة والتنشئة الاجتماعية والمهارات الحياتية (النمو النفسي الحركي) والتي سيلي تفصيلها .

كما تم التأكد من مستوى الأمهات بحيث يكون في مستوى رابعة؛ خامسة ابتدائي فما فوق ليتسنى لها تطبيق البرنامج التعديلي بدقة وانضباط، وقد تم الاستغناء على اثنتين كما أشرنا سابقا؛ بعد أن أظهرت

استمارة البيانات المعبأة إثر مقابلة الجلسات الأولى مع الأمهات أن أحدهما يتناول دواء مهدئا والآخر متفوق وإعادة تقييمه بقائمة معايير أعراض DSM-5 (الأم - المدرس) بينت أنه لا يعاني من الاضطراب، وإنما الأم ترغب في تحسين مستواه الدراسي رغم أنه متفوق، والآخر يتناول دواء مهدئا وبالتالي لا يناسب بقية المجموعة (فقد يكون الدواء هو مصدر المشكلة أو أنه يؤثر على نتيجة الدراسة التجريبية (متغيردخيل) ، إضافة لضرورة الحصول على مجموعة متجانسة؛ لكي يتم التحقق من فعالية البرنامج قيد التجريب. وبهذا تم التحصل على مجموعة مشاركة متجانسة تتمثل في عشرة أطفال مشاركين وعشرة أطفال يمثلون المجموعة الضابطة تم تقسيمهم عشوائيا على المجموعتين. وقد استغرقت الدراسة الاستطلاعية عدة جلسات أولية (جلسات استيعاب المعلومات) .

3-2 جلسات الدراسة الاستطلاعية :

دامت الدراسة الاستطلاعية (لانتقاء الأطفال المشاركين) خمسة جلسات متتالية (شهر وأسبوع) حيث استغرقت كل جلسة من جلسات الدراسة الاستطلاعية من ساعة ونصف إلى ساعتان .

الجلسة الأولى : ملأ استمارة المعلومات وتطبيق قائمة المعايير التشخيصية تقدير الأمهات DSM-5.

الجلسة الثانية : تطبيق اختبار الذكاء، وإرسال قائمة المعايير التشخيصية DSM-5 تقدير المدرس والتوصية بإحضارها في الجلسة القادمة .

الجلسة الثالثة : تطبيق مقياس السلوك التكيفي (السيرورة النمائية الصحية والتأكد من استبعاد الاضطرابات المصاحبة أو المشابهة .

الجلسة الرابعة : تم تطبيق مقياس كونرز-3 لأعراض DSM-5، على الأطفال المرشحين ليشركوا ضمن هذه الدراسة؛ والذين بينت قائمة أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد DSM-5 أنهم يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وإرسال مقاييس كونرز-3 (أعراض DSM-5) لمعلمي المجموعتين للتأكد من وجود الاضطراب في أكثر من بيئة وبشهادة أكثر من مقيم، وتوجيه الباقيين للأخصائيين النفسيين، لكي يكون استبعادهم من البرنامج فيه منفعة لهم وليس العكس .

بعد دراسة النتائج تم انتقاء الأطفال الذين سيشاركون في التدريب والأطفال المشكلين للمجموعة الضابطة .

الجلسة الخامسة :

بينت نتائج قائمة أعراض DSM-5؛ أن الأطفال العشرون استوفوا متطلبات عدد الأعراض للتشخيص بتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ وبين مقياس السلوك التكيفي فنلاند أنهم لا يعانون من اضطراب التواصل (اللغة الاستقبالية، التعبيرية، القراءة، الكتابة) أو اضطراب نفسحركي (مهارات الحياة اليومية) أو اجتماعي (التنشئة الاجتماعية). وأبرز اختبار الذكاء أنهم في المستوى الطبيعي المتوسط مقارنة بأقرانهم. و أظهر مقياس كونرز-3 (أعراض DSM-5) التشخيص التفريقي (سلامة الطفل المشارك من الاضطرابات الأكثر شيوعا أنها ترافق تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد - سلوك التحدي المعارضة واضطراب المسلك) وبينت نتائجها خلو الأطفال المشاركين في المجموعتين (الضابطة والتجريبية) من الاضطراب المصاحب .

الجدول (40) توزيع الأفراد المشاركين حسب الجنس على المجموعات

المجموعة	ذكور	إناث
تجريبية	9	1
ضابطة	10	0

4-الدراسة الأساسية :

وتمثل المرحلة الثانية والتي بوشرت خلالها إجراءات التجريب أي تطبيق المتغير المستقل (البرنامج التدريبي) على المتغير التابع (اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد)، بهدف تعديل الأعراض ببرنامج التدريب المصمم .

وبهدف تصميم البرنامج التدريبي لتعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ تم اختيار أداة تحديد أهداف العلاج (تتبع الأعراض)، توضح أهداف العلاج وتوفر الهيكل للعمل الذي يتعين القيام به مع العميل، وقد تم إشراك الأمهات وكذلك الأطفال في أهداف العلاج. وتضمنت هذه العملية أن يفهم الأطفال سبب قيام الوالدين بإحضارهم للعلاج. وحددت الأداة بمقياس كونرز-3 (DSM-5)؛ لأنها الأنسب وتتوفر على نماذج عملية لطريقة الاستخدام تمت النمذجة عليها؛ إضافة إلى أنها توفر وسيلة لرصد التقدم خلال جلسة العلاج. تم استخراج نقاط الضعف الواجب معالجتها بعد دراسة نتائج التقييم (اعتمادا على مقياس كونرز-3 المعدل وفق DSM-5)؛ وخلق برنامج تعديل تدريبي (يرتكز على تعديل سلوك) استنادا

عليها ثم تنفيذه. سيناقتش فيما يلي سير جلسات تصميم وتنفيذ البرنامج التدريبي لتعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

4-1 جلسات الدراسة الأساسية:

بدئت خلالها إجراءات تنفيذ البرنامج التدريبي .

الجلسة الخامسة :

تمت فيها التغذية الراجعة (مناقشة النتائج مع الأمهات) لنتائج التشخيص. والوصول أخيرا إلى قرار مباشرة البرنامج التدريبي (نموذج أيهم في السطور اللاحقة)

الجلسة السادسة :

تم التعرف على طريقة تعامل الأم مع طفلها وردود أفعالها، على تصرفاته سواء كانت الإيجابية والسلبية لمباشرة تدريب الأم على تعديل سلوك طفلها في المنزل بطريقة سليمة، وأخيرا شرح طريقة العمل وفق البرنامج المسطر مع التأكيد على الالتزام بمنهج البرنامج المستخلص بناء على التشخيصات السابقة. ثم تم تقديم العقد السلوكي بعد شرحه لكل من الطفل والأم كان العقد السلوكي محفزا جدا ومشوقا للطفل للبدء في البرنامج كما أوحى للأم بالجدية والثقة. وتم التعرف على المعززات المحببة لكل طفل .

فيها التعرف على بعض الاستراتيجيات التربوية الخاطئة للأمهات من خلال مناقشة ردود أفعال الأمهات نحو سلوكيات أطفالهن والتي هي في الحقيقة تزيد من حدة الاضطراب لا في علاجه، وتعديلها بهدف مساعدتهن في اكتساب مهارات الأبوة والأمومة القويمة، والتي تؤدي إلى هيكل أسرة أكثر استقرارا واتجاها نحو تحسن أطفالهن ذوي اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد، كما تم تتقيفهن حول الاضطراب ليكن في الصورة ولإقناعهن بضرورة الالتزام والصرامة .

الجلسة السابعة :

شرح للأم طريقة العمل بجدول تعديل السلوك وطرق التقييم وأيضا شرح للطفل طرق الحصول على المكافآت اليومية والأسبوعية، ثم تقديم للأمهات الجداول المصممة خصيصا لكل طفل وفق التعزيز المتفق عليه من خلال قائمة المكافآت المفضلة لكل طفل والتي حددتها الأخصائية (الباحثة) بالتشاور مع كل من الأم والطفل (المكافئة اليومية والأسبوعية وفقا لعدد النقاط (البطاقات) المتحصل عليها .

كما تم توصيتهن بالحرص على متابعة سلوكيات الطفل طيلة اليوم وكتابة الملاحظات (النقاط المتحصل عليها) على جدول المكافئات حيث يكتسب الطفل المزيد من الاستقلالية وصقل للمهارات. ومناقشة النتائج مع الطفل في نهاية الأسبوع وإحضار النتائج للأخصائية خلال موعد الجلسة الأسبوعية، والمواظبة على التلميح للطفل لتتبعه على البقاء في المهمة وما يجب فعله بعد ذلك وتنفيذ النشاطات التي دربت عليها من قبل الأخصائية (نشاط الحد التدريجي من مشاهدة التلفاز) .

جلسات متابعة تنفيذ البرنامج التدريبي المصمم :

تمت متابعة تقديم التغذية الراجعة وتصحيح وتدريب الأمهات على أساليب التعامل الصحيحة؛ والتفاعل مع السلوكيات الصادرة عن الطفل خلال الجلسات التدريبية الأسبوعية، بعد تقييم تقدم إنجازات الطفل بمراقبة تقييم البطاقة اليومية ونتيجة التقييم الأسبوعية، وتم تدريب الطفل على النشاطات الهادفة لتحقيق الأهداف قريبة المدى، والتي اكتفي فيها بالتشجيع والتعزيز اللفظي الاجتماعي لما لها من فاعلية بعيدة المدى حسب الخبرة السابقة، خاصة أن الأطفال يولون قدرا كبيرا لرأي المعالج فيهم .

تم تنفيذ البرنامج التدريبي على مراحل، حيث توضع أهداف سلوكية ثم يتم العمل على تحقيقها بواسطة نشاطات البرنامج المقابلة لها، وعند اكتساب النشاط وإتقانه، يتم المرور إلى الأهداف السلوكية التي تليها وهكذا، وقد رتب تنفيذ النشاطات حسب نمائية تعلم المهارات (التنظيم ثم خفض التشنت ثم التركيز...) ويتم في كل مرحلة تجديد الإمضاء على العقد السلوكي،

وتمت مراقبة تنفيذ نشاطات البرنامج بتقييم بطاقة المتابعة الأسبوعية، واستخدام منحني بياني لتطور النشاط بالنسبة للنشاطات المكتبية، استغرق تنفيذ البرنامج أربعة وعشرون جلسة، بواقع ثمانية جلسات للأهداف السلوكية المكونة المرحلة الأولى، وأربعة جلسات للأهداف السلوكية المكونة للمرحلة الثانية، وأربع جلسات للأهداف السلوكية المكونة للمرحلة الثالثة وأربع جلسات للأهداف السلوكية المكونة للمرحلة الرابعة وأربع جلسات أخيرة مكونة للأهداف السلوكية الأخيرة المتبقية .

تستغرق كل جلسة 60 دقيقة مقسمة على مرحلتين تقييم تنفيذ بطاقة المتابعة الأسبوعية، ومناقشة المستجدات أو العراقيل، والنصف الثاني للجلسة تدريب الطفل على النشاط المبرمج أو تقييم الواجب المنزلي (سرد ملخص الرواية المقروءة) .

4-2 مكونات البرنامج التدريبي في تعديل سلوك تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

4-2-1 تثقيف وتدريب الأمهات على استراتيجيات تعديل السلوك :

وتمثل استراتيجيات التعامل مع الطفل الذي يعاني من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وتهدف لإنجاح نشاطات التدريب الفردية للطفل وتمهيد لفاعليتها.

الجدول (41) تعديل استراتيجيات الأبوة والأمومة

التعديل (تدريب)	الاستراتيجيات الخاطئة في التعامل مع السلوك
توضيح حقيقة، أنه في كثير من الأحيان يبذل جهداً أكبر، ولكن من دون علاج مناسب ودعم أسري، لن يحصلوا على درجات أفضل. وعليه التفكير مثلاً في طفل يعاني من مشاكل في الرؤية ومطالبته أنه إذا حاول بجد أكثر فيتمكن من قراءة الكتب. (ضرورة الوعي بالمشكلة (لديهم سرعة معالجة بطيئة) والتفكير الجاد في معالجتها. ولذلك يجب تقييم وتحديد ما لا يحصل عليه الطفل، وما يحتاجه الطفل ليكون ناجحاً.	الاعتقاد بأن طفلهن مشرق للغاية وأنه يمكن أن يحقق الأفضل إذا كان سيحاول جاهداً فقط،
اتخاذ خطوات إيجابية لتقليل تأثيره على حياة طفلك وعائلتك	لا تضيع وقتك وطاقتك على اللوم الذاتي
أظهرت الأبحاث أن الوظائف التنفيذية تتطور بشكل أبطأ في العديد من الأطفال المصابين بمرض AD/HD. تعمل هذه الوظائف باسم "المدير التنفيذي للدماغ"، مما يساعد على إدارة السلوك وتنظيمه. تشمل المهام التي تتأثر بالوظائف التنفيذية ما يلي : تنظيم المواد الشروع في العمل وإنهاء العمل المدرسي، تذكر الواجبات المنزلية، حفظ الحقائق،	إلقاء على اللوم الطفل جراء تصرفاته (وهي في الحقيقة الناتجة عن خلل وظائفه التنفيذية)، الاعتقاد أن الإخفاق الأكاديمي في كثير من الأحيان كان مجرد مسألة كسل أو نقص في الحافز (لا يبالي). اختار الطفل عدم القيام بالمهمة.

كتابة المقالات أو التقارير، حل مشاكل الرياضيات المعقدة، استكمال مشاريع طويلة الأجل، القيام بمهامه في الوقت المناسب، السيطرة على العواطف، التخطيط للمستقبل.

كما استشهدت الباحثة بأنه وفقاً لرسول باركلي، PhD، وهو باحث بارز في هذا الموضوع، فإن الطلاب الذين لديهم تجربة AD / HD يعانون من تأخر في التطور بنسبة 30% تقريباً في المهارات التنظيمية والاجتماعية. على سبيل المثال، قد يكون للطفل البالغ من العمر 12 عاماً مهارات تنفيذية مثل مهارات طفل يبلغ من العمر 9 أعوام. يصف باركلي الوظائف التنفيذية بأنها "تلك الأعمال التي تساعد على تحقيق ضبط النفس، والسلوك الموجه نحو الهدف، وتعظيم النتائج المستقبلية".

لا تقارن طفلك مع الطفل أو الأخ أو الأخت الذي ليس لديه تشتت الانتباه مع فرط النشاط قد يكون تطوره متوقفاً في بعض المناطق ومتأخر في مناطق أخرى، العديد من أطفال ADHD غير ناضجين اجتماعياً مقارنة مع أقرانهم، قد يكون البالغ من العمر 12 عاماً أكثر شبهاً بعمر 9 سنوات

تعديل السلوك من خلال الانتباه فقط إلى السلوك غير الملائم أو السيئ وتجاهل السلوكيات الجيدة لا يكون لدى الطفل أي دافع لتعلم مهارات السلوك المناسبة وسيظل يسيء التصرف لجذب انتباهك. وهذا ما يسمى التعزيز السلبي. إيلاء الاهتمام للسلوك الجيد مدح السلوك المناسب على الفور استخدم مجموعة متنوعة من الكلمات للإشادة بالسلوك المناسب كوني متسقة وكوني مخلصاً وأثني عليه لأي تقدم إيجابي ينعكس ذلك في نبرة صوتك وسلوكك تجاه الطفل، وسوف يدرك الطفل

<p>ذلك ويستجيب وفقاً لذلك هذا سوف يساعد الأطفال على رؤية أنفسهم بشكل إيجابي</p>	
<p>قل بالضبط ما يعجبك أو لا يعجبك الأطفال الذين يعانون من AD / HD في كثير من الأحيان لا يدركون كيف تؤثر سلوكهم على الآخرين</p>	<p>الغموض وعدم الوضوح في وجهة النظر نحو السلوك</p>
<p>الاتساق والصبر والتكرار هي مفاتيح لتغيير السلوك للأطفال الذين يعانون من AD / HD كن حازماً وثابتاً.</p>	<p>التساهل والتذبذب</p>
<p>التشجيع والمتابعة مع التعزيز المناسب، المكافآت أو الحوافز (متابعة تطبيق ذلك مع الأخصائية)</p>	<p>السب والشتم والتحقير والألفاظ المهينة</p>
<p>تم تثقيف الأمهات لسقل قناعاتهم حول إدراك أن الأطفال الذين يعانون من AD / HD يصارعون كل لحظة من كل يوم لمجرد تذكر ما يفترض القيام به. إن معاقبة الأطفال المصابين بمرض AD / HD لسلوكياتهم المتعلقة بالإعاقة مثل معاقبة الطفل على كرسي متحرك لعدم المشي. لذا وجب التحلي بالصبر.</p>	<p>التوبيخ أو السخرية بقسوة من الطفل يعتبر شكلاً من أشكال إساءة معاملة الأطفال معاقبة الطفل و / أو إلقاء اللوم على الطفل، فالعقاب أيضاً لا يعلم مهارات جديدة.</p>
<p>وتم إرشادهم لطرق إيجابية لتعليم وتعزيز المهارات الجديدة التي ستؤدي إلى تغييرات إيجابية في السلوك التكرار والتعزيز ضروريان لجعل السلوك الإيجابي عادة ردود الفعل الإيجابية والمكافآت سوف تزيد أيضاً من احتمال السلوك المقبول. (وقد تم تصميم برنامج</p>	<p>ولن يحسن أي منهما السلوك على المدى الطويل.</p>

تعديل السلوك للدراسة الحالية وفق ما شرح للأمهات
لتطبيقه بأساليب صحيحة)

اشرحي المنطق للطفل لتعليمه لماذا السلوك صنف
غير مرغوب ولماذا المطالبة بالسلوك المرغوب
والجمع بين الدفئ والحب والصرامة. ليكونوا أكثر
سعادة واستقرارا.

انشري القواعد التي يمكن للطفل الاطلاع عليها
القواعد المنزلية المبهممة (لا يعرف ما يجب أن يكون
وما لا يجب)، وخرق الروتين.
وبكلمات يمكن أن يقرأها ويفهمها مع إيضاح
المكافآت، والثبات على روتين عادات يومي
مستقر. ومتابعة التقدم مع الأخصائية

جعل طفلك يتبع التوجيهات بأن تكون التعليمات
مباشرة وبسيطة وواضحة. قم بإعطاء تعليمات
محددة خطوة بخطوة وبتيح الوقت لطفلك لإكمال
خطوة واحدة قبل إعطاء المزيد من الإرشادات. فاذا
أردت منه أن يضع الألعاب في مكانها المخصص
خاطبته: أين يجب أن تذهب الألعاب.

الأوامر غير الإجرائية (مثلا لماذا الألعاب
مبعثرة) أو تكليفه بعدة مهام دفعة واحدة.

وتشجيعهم على اختيار الكتب والترفيه التي تدرس
القيم الإيجابية بما في ذلك الإشباع الروحي بتعاليم
الدين الحنيف للابتعاد على الخيالات والاعتقادات
الباطلة التي تبثها وسائل الإعلام والتي تزيد من
شرودهم وتشتت انتباههم، حيث يساعدهم ذلك
ليكونوا أكثر مرونة. (تتبع ذلك مع الأخصائية)

الانتباه إلى الاحتياجات الروحية لطفلك

يجب فرض القواعد بالاتساق لجميع أفراد العائلة

تخصيص الطفل بأوامر وقواعد دون غيره

<p>كوني صبورة. عادات ومهارات جديدة تأخذ وقتاً للتعلم، اشرح لطفلك بالضبط ما تتوقعه منه ويكسب مكافأة.</p>	<p>فقدان الأعصاب والانفعال</p>
<p>النوم هو ضرورة مطلقة للأطفال مع AD / HD ؛ يتم تخزين المعلومات الواردة خلال اليوم في الذاكرة قصيرة المدى المسماة REM (حركة العين السريعة). أثناء مرحلة النوم، تنتقل هذه المعلومات إلى الذاكرة طويلة المدى.</p>	<p>الاستهانة بالنوم والسماح للطفل بالسهر لساعات متأخرة</p>
<p>تم رفع معنويات الأمهات بالاستشهاد بمشاهير وناجحين من ذوي اضطراب تشتت الانتباه مع فرط النشاط أبرزهم العالم الفيزيائي ألبرت آينشتاين</p>	<p>الإحباط الذي قد تسببه الحقائق المستوعبة والعبء الموجه لتحمل المسؤولية.</p>
<p>تمت مساعدة الأمهات على رؤية ADHD من منظور أكثر لطفاً بإيضاح أن الفرق هو في الواقع مجرد مسألة درجة وليس فرقاً نوعياً حقا عن الطبيعي. " وجهة نظر باركلي"، وبمجرد تعديل الدرجة يصبح كل شيء على ما يرام. (مثلا في اضطراب التوحد ليست سلوكيات موجودة لكنها زائدة عن الحد ولكنها سلوكيات غير موجودة أصلا في الحالة الطبيعية (عند الأسوياء)</p>	

4-2-2 إجراءات التعديل في البيئة المنزلية :

تم توجيه الأمهات إلى بعض التغييرات في نمط الحياة للمساعدة في جعل التركيز أسهل للأطفال، واتخاذ التدابير المناسبة؛ مع تقييمهن لنسبة تحقيقهن ذلك حسب القائمة المرفقة :

- منزل مرتب ومنظم (كوني قدوة لطفلك)، واعلمي طفلك بأن لكل شيء مكانه المخصص.
- ساعة حائط كبيرة عادية المظهر دون زركشة ولا ألوان. لتتبع مواعيد مهامه.

- غرفة الطفل مرتبة خالية من صور الكائنات الحية والفرش خال من الرسوم المبالغ فيها المشتتة للانتباه، توفر مكتب بركن (زاوية) مهيباً للمذاكرة، والغرفة بعيدة عن ضوضاء العائلة والتلفاز العائلي.
- توفير بقعة هادئة بعيدة عن التأثيرات المشتتة للقيام بالواجبات المنزلية أو العمل في المشاريع.
- الجلوس مع الطفل باهتمام نشط أو المشاركة المباشرة معه في إكمال واجباته المنزلية بعد المدرسة.
- استخدامي المؤقت في ضبط الوقت بمجرد وصول طفلك إلى المنزل من المدرسة السماح له 30 دقيقة لتناول وجبة خفيفة ويسترخي، بعد استراحة لمدة 30 دقيقة، اضبطي المؤقت لمدة 30 دقيقة من الوقت الواجبات المنزلية. عندما ينتهي الموقت، يخرج للعب أو مزاولة نشاطات ما بعد المدرسة؛ رياضة المشي أو ركوب الدراجة أو الذهاب للحصة التدريب الرياضي إذا كان ذلك موعدها، أو موعد حفظ القرآن (في المساء، بين المغرب والعشاء بالنسبة للذكور) حسب الجدول الزمني للمهام الأسبوعية. (تراقب كل نهاية أسبوع (السبت) عند الأخصائية وتسلم لها نتائج التقويم). وقت المكتبة (الثلاثاء مساءً) ويحصل على مكافئته الأسبوعية يوم الجمعة .
- المزيد من الأنشطة في الهواء الطلق واللعب بالخارج (الترفيه الإيجابي غير الإلكتروني). (الأنشطة المجدولة)
- تقيد التلفزيون وألعاب الفيديو إلى عطلات نهاية الأسبوع خلال أشهر المدرسة. (متابعة جدول المهام)
- التلفزيون وألعاب الفيديو والإنترنت خارج غرفة النوم.
- قضاء بعض الوقت مع طفلك في الهواء الطلق، واللعب في الحديقة، الجري والمشي لمسافات طويلة. (تم توظيف هذه النقطة في الدراسة الحالية كمكافئة لالتزامه بالجدول اليومي للمهام حيث لاحظت الباحثة التحمس الكبير والفرح والاندفاع لتلبية الطلبات لمجرد أن ذكرت للأطفال النزهة مع الأم والاهتمام كونهم يفقدون للتواصل البناء مع الوالدين.
- منح الطفل الحب غير المشروط والانتباه والاهتمام الوالدي أو العائلي (الأقارب والأجداد) وإعطائهم المزيد من وقتك (مزيج صحي للتخلص من التشتت وفرط النشاط).
- هيئي بيئة مناسبة للنوم؛ ضوء خافت، وغرفة معتدلة الجو. وإضافة للبيئة المريحة إنشاء عادات نوم متناسقة.

- وأيضا إلزام الأطفال للانخراط في بعض النشاطات حسب المقدرة حيث اقترحت الباحثة مجموعة من النشاطات واختارت الأمهات الأنسب لها بحيث في استطاعتها المداومة عليها، وتوجيه الأمهات بضرورة التقيد بالاستراتيجية العلاجية وتوضيح أننا سنقوم بتقييم أسبوعي لتنفيذ نشاطات برنامج التعديل وتقييمات كل ثلاثة أشهر (قياس كونرز-3 لأعراض DSM-5) لتحري النتائج العلاجية والتقدم في التحسن .
- وقت خاص: قضاء ما بين 10 إلى 15 دقيقة يوميًا للتركيز على هذا الطفل بمفرده والاستماع إليه وإعلامه بأنه مهم. يجب على الآباء تجنب إعطاء الأوامر، واختيار النشاط، وانتقاد السلوكيات، أو طرح الأسئلة. قدر الإمكان، بالأحرى، ينبغي قضاء الوقت في الاستماع لنشاط طفلك.
- تأكد من أن الطفل يعرف أن سلوكه هو المشكلة، وليس الطفل نفسه.
- تجاهل السلوكيات المشكلة البسيطة بينما البحث عمدا عن السلوكيات الإيجابية التي يمكن التعرف عليها والاعتراف بها .

4-2-3 برنامج النشاطات التدريبية الفردية في تعديل سلوك تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

تم بناء نشاطات تعديل سلوك الأطفال المشاركين في الدراسة انطلاقا من نقاط الضعف

المستخلصة من مقياس كونرز -3 لأعراض DSM-5 باستخدام استراتيجيات تعديل السلوك التالية :

- التعزيز الإيجابي الرمزي والمادي واللفظي للسلوك المناسب.
- جدولة المهام، والأعمال، والواجبات المطلوبة.
- التدريب المتكرر على القيام بنشاطات تزيد من التركيز والمثابرة.
- التأقن
- الإطفاء
- التعاقد السلوكي.
- الواجب المنزلي
- التشكيل
- التغذية الراجعة

يضم البرنامج مجموعتين من النشاطات يتم تطبيقها من قبل الأخصائية في المكتب على مستوى العيادات النفسية الخاصة، وجزء آخر يتم تنفيذه من قبل الأمهات في المنازل يتمثل في نشاطات وجدول المهام .

وركز البرنامج على التعزيز الإيجابي اللفظي والايماي كتنقية رئيسية للخبرة السابقة بفاعليته في تعزيز القيام بالسلوك المناسب، مما يساعد على ديمومة التحسن مقارنة بالمعزز المادي الذي يبقى التحسن مقتصر على تقديم التعزيز فقط فإذا فقد التعزيز تخلى عن السلوك المطلوب وقد يفقد الثقة بالمدرّب أو المعزز لذا تم المزج بينهما والتخلي التدريجي عن المعززات المادية كي لا يبني حولها استجابة خاطئة جديدة بأن يقوم بالسلوك الصحيح من أجل المعزز المادي فقط وأن يقلع عنه ما إن فقده .

وقد تدخلت أكثر من استراتيجية تعديل سلوك في النشاط الواحد لتحقيق الهدف الإجرائي (قريب المدى) .

انطلق البرنامج من أهداف بعيدة المدى التي تشكل اضطراب (ADHD) :

(1) الأهداف بعيدة المدى:

- تعديل تشتت الانتباه
- تعديل النشاط الزائد

(2) الأهداف قريبة المدى أو السلوكية (الإجرائية) :

وهي النشاطات التي تم استخدامها لتحقيق الأهداف بعيدة المدى اعتمادا على أعراض اضطراب ADHD تشتت الانتباه مع النشاط الزائد؛ والتي تم تحديدها بمقياس كونرز -3 لأعراض DSM-5 (مناطق القصور والتي تعتبر ضعفا وظيفيا) .

(3) طريقة التطبيق :

تم تحديد أهداف قريبة المدى في بداية التدريب ثم الانتقال إلى أهداف أخرى كل ما تمكن الطفل منها ونجح في إتقانها، وتم توظيف استراتيجيات ونشاطات تخدم كل هدف قريب مدى . ثم متابعة تعديل أعراض تشتت الانتباه وأعراض أخرى من النشاط الزائد يتم انتقاؤها حسب السيرورة النمائية لنضج الأطفال .

(4) قائمة الأنشطة المجدولة :

والهدف منها إتاحة الفرصة للطفل لتفريغ الطاقة الموجودة لديه في أنشطة مثمرة هادفة :

- الانخراط في المكتبة المحلية كل ثلاثاء مساء، الزيارة الأسبوعية للمكتبة وقراءة ما اختاره من قصص أو روايات برمجت كمهارة لتحسين الانتباه والتركيز وزيادة طول مدة الجلوس .
- الانخراط في الأنشطة البدنية، السباحة ممارسة رياضة حسب رغبة الطفل: السباحة، التايكواندو الجيدو والكينغفو، لعب كرة السلة، كرة الطائرة .
- الانخراط في مجموعات تحفيظ القرآن: لاقت الاستراتيجية ترحيب كل الأمهات فهي التزام ديني تربوي سامي، ويعود بالفضل والخير الكبير والباحثة لا تختبر فاعليته لكن ذلك مؤكد ويقين لا غبار عليه. بعد المدرسة. وتلبية حاجة الطفل للتحفيز البصري بطريقة سامية، وفي الوقت نفسه، يساعد على جذب انتباه الطفل بعيدا عن التلفزيون والأفلام وألعاب الالكترونية، استثمارًا ممتازًا في وقت الطفل، لغرس نظام القيم الإسلامية الرائعة فيه .

5) قائمة المعززات المحببة المتفق عليها :

والتي أثارت اهتمام الأطفال وزادت من دافعيتهم للاشتراك في البرنامج التدريبي في تعديل السلوك:

- **التعزيز الرمزي:** استخدام الفيشات (نقطة استحسان) وعند جمع العدد المطلوب تستبدل بمعزز مادي .
- **قائمة المعززات اليومية :**

في نهاية كل يوم يلتزم فيه الطفل بالمطلوب يقدم له: شراء ما يفضله من الحلوى، ايس كريم، شokolates، بيتزا، همبرغر، لعبة مفضلة. مع ملاحظة أن المعززات الغذائية ذات فاعلية لحظية كبيرة في التطبيق المباشر لما طلب منه، قدمت هذه المحفزات خلال الشهر الأول فقط من العلاج؛ ليتعود الطفل على تنفيذ ما يطلب منه والالتزام بالمواعيد (فتعلم عادات ومهارات جديدة تأخذ وقتا لتطبيعها)، ثم تم التخلي عنها تدريجيا ليثبت على سلوكه المعدل ولا يربطه فقط بالمعزز اليومي المادي مع المحافظة على المعززات الرمزية التي تنمي المسؤولية والمتابعة لديه، وتبقى المعززات الاجتماعية إلى ما بعد نهاية التعديل، لأهميتها وفعاليتها بعيدة المدى، وبذلك نضمن استقرار التحسن والمحافظة على السلوك المصحح والسليم وذلك لتحضيره لمرحلة ما بعد إنهاء المعالجة والتخلي عن المعززات والرجوع للمعاملة في البيئة العادية والتعزيز الاجتماعي في الحدود المعقولة .

- قائمة المعززات الأسبوعية :

الخروج في نزهة، المبيت في بيت الجدة في عطلة آخر الأسبوع، الذهاب لحديقة الحيوان، السماح بالألعاب الإلكترونية لمدة معينة، الحصول على لعبة تركيبية (بازل)، الحصول على رواية، مجلة. زيارة متحف المجاهد، زيارة غرفة الصناعة التقليدية (أكلات تقليدية ألعاب ترفيهية) .

- قائمة المعززات التشجيعية (اللفظية ...):

تم التعزيز بعد إتمام الطفل للمهمة. مع التنويع بدلاً من أن القول دائماً "عمل جيد"، استخدمت: عمل رائع، لقد قمت بعمل عظيم، أنت تفعل أفضل بكثير اليوم، رائع، كنت أعرف يمكنك أن تفعل ذلك، ممتاز، رائع، أنا فخور بك جداً، أقدر مجهودك، أنت تفوقت على نفسك اليوم .

الجدول (42) محتوى نشاطات البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد المصمم

مراحل تنفيذ البرنامج					النشاط	الهدف قريب المدى (تتبع الأعراض)
الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة		
ثمانية أسابيع	أربعة أسابيع	أربعة أسابيع	أربعة أسابيع	أربعة أسابيع		
تعديل تشتت الانتباه						
				×	(الأخصائية) تعلم مهارات زيادة التركيز وتحسين الذاكرة. (نشاطات مع الأخصائية) نشاط اكتشاف الأخطاء السبعة التعرف على الاختلاف	أن ينتبه للتفاصيل ويقضي على أخطاء الإهمال
					نشاط زيادة التركيز وتحسين الذاكرة (المدربة)	

					<p>(الباحثة) تعلم واستخدام تقنيات الذهن (لزيادة التركيز، الانتباه مع الأخصائية نشاط المتاهات بزيادة الصعوبة وتقليل الزمن المستغرق في كل مرة)</p>	
					<p>جدولة "وقت أخضر" (شرح الأخصائية ذلك للأم) ممارسة الأطفال للأنشطة العادية في الهواء الطلق: الخروج للعب في مساحة خضراء مجاورة، القفز على الحبل، ركوب الدراجات، التزلج، المشي السريع مثل المشي ميل واحد في اليوم، الركض</p>	<p>أن يزيد من مدة الانتباه على العمل أو على اللعب لفترة طويلة</p>
					<p>(الأم) برمجة روتين "وقت التوقف" قبل النوم عن طريق إيقاف تشغيل أجهزة الكمبيوتر والألعاب الإلكترونية والهواتف المحمولة ساعة واحدة قبل الذهاب إلى السرير (النوم الكافي والمريح)</p>	
					<p>الأخصائية أنشطة زيادة الصعوبة المصممة لتعزيز عمل الذاكرة (تركيب قطع صورة معقدة وفي مدة زمنية وجيزة) تخفيض المدة في كل مرة.</p>	<p>أن يستمر في التركيز على المهمة</p>

	×		×	رسم لوحات مفضلة وتلوينها بعناية وإتقان مطالبته برسم لوحة فنية (طبيعة) وعرضها على الأخصائية كل نهاية أسبوع (موعد الجلسة الأسبوعية)	أن يطور القدرة على التركيز
		×		الحد من التلفزيون بالتقليل التدريجي من الوقت الذي يقضيه في مشاهدة التلفزيون الأفلام، ولعب ألعاب الفيديو (ساعتين ثم ساعة ثم نصف ساعة ثم 20 دقيقة ثم التخلي عنها نهائيا خلال الأسبوع الدراسي (في الشهر الثالث من البرنامج) وتقييد مدة المشاهدة بساعة واحدة في الفترة الصباحية وساعة أخرى في الفترة المسائية في عطلة نهاية الأسبوع (طبعاً متابعة التقدم مع الأخصائية	أن يزيد من القدرة على التركيز على واجباتهم المدرسية
				جدولة المهام (تحفز العميل للقيام بالمهام)	أن يطور القدرة على الشروع في المهام
		×	×	المذاكرة لوقت أطول باستخدام مؤقت وتزويد فترة المذاكرة التي تطالبه بها الأم كلما نجح في المدة السابقة (10 دقائق 20د، 30د، 40د، 50د وأخيرا ساعة	أن يزيد مدة الانتباه على العمل أو على اللعب لفترة طويلة.

				وهي فترة نموذجية للمذاكرة (تتبع التحسن بجدول المراقبة)	
			×	قرأت كتابا اخترته من المكتبة المحلية ولخصته (وقت القراءة) (الثلاثاء مساءا) (جدول المهام)	
		×		(الباحثة) التدريب على القراءة المطولة تكليف الطفل بقراءة كتاب يزيد عدد صفحاته في كل مرة وسرد ملخص محتواه على الأخصائية خلال الجلسة الأسبوعية	أن يحسن التركيز والتذكر
		×		ذهبت لحصة تحفيظ القرآن في الموعد (جدول المهام)	
		×		حفظت صفحة من القرآن الكريم كل أسبوع وأتقنت قراءتها بالأحكام (جدول المهام)	
		×		خصصت لكل مادة دراسية لون معين (وحدت فيه بين الكراس والكتاب)	
		×		نشاط (الأم) جلب انتباه طفل للحظة الحالية قبل التحدث إليه قومي بإجراء اتصال بصري مع طفلك عند مخاطبته ومطالبته	

				بإعادة ما قلت له وشرح ما قصدت من ذلك. (الأم)	أن يصغي عند مخاطبته (حسن الإصغاء)
		×		انتبهت وأصغيت لكلام والدي عند مخاطبتي (جدول المهام)	
		×		النشاط: " دعنا نستمع " طبقته الأخصائية لتلقين مهارة الاستماع، أخبرته بأنها ستلعب معه لعبة دعنا نستمع ثم أعطته عصي الحديث يحتفظ به في يد مادام، وشرحت له أنه من أجل التحدث، يجب أن يكون لديه "عصا التحدث"، وإذا أراد أن يتحدث فعليه أن ينتظر الشخص الذي يحمل "عصا الكلام" لإنهاء الحديث وتسليم العصا له، طلبت منه أن يعيد ما سمعه قبل أن يتحدث ويعرف إن كان يستمع ويفهم ما قيل. وأتاحت له الأخصائية الحرية في اختيار شيء للحديث عنه أو اقتراح موضوع. كما طالبت بالانظر في عينيها عند التحدث أو الاستماع. سجلت الأخصائية عدد المرات التي تحدث فيها دون أن يحمل عصا التحدث وراقبت إن كان السلوك في انخفاض.	

				<p>نشاط التدريب على أن لكل مهمة وقت محدد(الأم) تجنب مقاطعته عندما يكون لديه إذن بمشاهدة عرض تلفزيوني أو تشغيل لعبة فيديو. إذا كان لا يزال يشاهد أو يلعب أو يتحدث بعد انقضاء الوقت المخصص له، اطلب منه التوقف. إذا رفض، ببساطة إيقاف تشغيله أو أخذه.</p>	أن يحسن إدارة الوقت
		×		<p>بطاقة المؤقت عليه مواعيد المهام علقه في غرفة نومه (الأم)</p>	
		×		<p>قمت بإجراء اتصال بصري مع أمي عند إعطائها لي للتعليمات. (جدول المهام)</p>	أن يتبع التعليمات
		×		<p>اتبعت التعليمات</p>	
		×		<p>الأخصائية (تتبع إنجازها للنشاط خطوة بخطوة)</p>	

				العقد السلوكي بين الأم والطفل يوقع بحضور الأخصائية، يحمل الطفل مسؤولية إنهاء مهامه، أثناء الجلسة العلاجية تشرح الأخصائية طريقة العمل به للأم والطفل، والمهام المطلوبة منه، وتراجع كل أسبوع حيث تحدث(تجدد) المهام كلما حقق تحسناً،	أن يتم الواجبات المدرسية، أو المهام التي بدأها قبل الانتقال إلى العنصر الموالي (تحمل المسؤولية)
				استخدام المؤقت لمحاولة الفراغ من المهمة في الوقت المحدد وتجنب تجاوزه (وزيادة نسبة إتمام الأعمال تدريجياً في الوقت المحدد) مع متابعة ذلك من قبل الأم)	أن يتم المهام في الوقت المحدد
				تلقين طريقة استخدام المؤقت من قبل الأخصائية، بتنظيم جلسة التدريبية وتقسيم المهام خلالها)	
				(الأخصائية) نشاطات زيادة التركيز (تركيب البازل في مدة معينة وإنقاص الفترة في كل جلسة علاجية (تركيب منزل قطع صورة)	أن يحافظ على التركيز ويتجنب التلهي

				×	استيقظت في الوقت المناسب. (السادسة صباحا)	<p>أن ينظم المهام أو الأنشطة بالترتيب وأن يتبع الروتين اليومي (جدولة الأعمال)</p>
				×	تناولت فطوري	
				×	الاستعداد المبكر للمدرسة (في السابعة)	
				×	الذهاب إلى المدرسة في الوقت المحدد.	
				×	تناولت غدائي وقت الظهيرة	
				×	أنجزت واجباتي	
				عمل منجز مع +	تناولت عشائي وقت المغرب	
				عمل منجز مع +	جمعت مواد مدرستي لليوم التالي	
				عمل منجز مع +	أديت صلواتي في أوقاتها	
				عمل منجز مع +	ذهبت إلى الفراش في الوقت المناسب.	

					وضبت أغراضي في أماكنها المخصصة	
				عمل منجز مع +	نشاط التدريب على القدرة على تنظيف غرفة نومه: تقوم الأم بتنظيف غرفة نوم الطفل. ثم تنظيفها مع الطفل لفترة. ثم تساعد الطفل على تنظيفها عدة مرات، ثم تطلب من الطفل أن ينظفها بنفسه باستخدام قائمة المهام والموقت لمساعدته على الاستمرار في التركيز. وقد يتمكن في نهاية المطاف من تنظيفها بنفسه دون المساعدات، لكن الكثير من الأطفال يظلون بحاجة أمهاتهم.	أن يحفظ الأشياء في نظام ويقضي على الفوضى والعمل غير المنظم
					حافظت على غرفتي نظيفة ومرتبّة (جدول المهام)	
				عمل منجز مع +	وضعت الأوساخ في سلة القمامة طيلة يوم كامل (جدول المهام)	
	عمل منجز مع +				أنهيت واجباتي المنزلية والأعمال التي بدأتها (بايتقان) كلما زاد الاتقان زادت قيمة المكافئة	أن يكون مسؤولاً ويضبط نفسه تجاه الأشياء التي تأخذ الكثير من الجهد وليست ممتعة (الواجبات المنزلية)

					خصصت حافظات للواجب المدرسي ووضعها داخل المحفظة	أن يحافظ على الأشياء وتجنب فقدانها (الواجب المدرسي، وأقلام الرصاص، والكتب، والأدوات، أو اللعب).
	عمل منجز مع +				وضعت أدواتي المدرسية في مكانها	
	عمل منجز مع +				وضعت ألعابي في مكانها المخصص	
	عمل منجز مع +				وضع بطاقة مراقبة الأدوات المدرسية ومعاينتها كل صباح ورجعة من المدرسة وقومي بتذكيره وتابعي ذلك.	أن يتذكر أماكن أغراضه الخاصة وأدواته المدرسية وتجنب فقدانها
	عمل منجز مع +				تعليق جدول الأعمال اليومي في مكان يسهل رؤيته (على باب الثلاجة، باب غرفته، مقابل مكتبه، على خزانة ملابسه مثلا) كل أم تعلم المكان الأكثر انتباها لولدها	
					قومي بإصاق ملاحظات ملصقة تحت على التركيز والانتباه في غرفة الطفل والمكان المخصص للدراسة لكي تعيده للحظة الحالية (الأم)	أن يحسن من تركيزه ويتجنب تشتيت الانتباه بالمشاهد أو الأصوات

	عمل منجز مع +				اقتناء مذكرة (سجل) قائمة الواجبات المنزلية اليومية تسجيلها يوميا في المدرسة وإنجازها في المنزل.	أن يتذكر الواجبات ومواعيدها المحددة
	عمل منجز مع +				كتبت في نهاية كل دوام الواجب المنزلي قبل الخروج من القسم في مذكرة خصصتها لذلك (موعد استردادها)	
	عمل منجز				قومي بتذكيره بمواعيد مهامه وواجباته المنزلية وتفقد أدواته (دور الأم المنبه)	أن يضع حدا لنسيان الواجبات اليومية.
	عمل منجز				تفقدت مذكرة واجباتي في المساء	
خفض النشاط الزائد						
				عمل منجز مع +	بالإطفاء المباشر (النهي) كلما تكرر السلوك، ثم التجاهل (وقت الحظر 1دقيقة لكل سنة من العمر) لا تتحدث إليه الأم ولا تتواصل معه بصريا ولا تجيب عن أسئلته. والحصول على نقطة استحسان في بطاقة المتابعة اليومية إذا	ألا يتململ ولا يتلوى في مقعده

				نجاح في الإقلاع عن التملل والتلوي (أثناء الأكل أو مشاهدة التلفاز أو مراجعة الدروس).	
			عمل منجز مع +	لم أتمل أو أتلوي في مقعدي طيلة اليوم أثناء جلوسي. (جدول المهام)	
				تقنية "كن روبروتاً" لإيقاف ترك المقعد في المواقف غير اللائقة حيث شرحت الأخصائية الخطوات: 1. كوني هادئة، تأثير مسطح 2. تحدثي مثل الروبوت : لا عاطفة ، صوت رتيب 3. اذكرى السلوك 4. اطلبي منه إيقاف السلوك : من فضلك اجلس على الكرسي 5. انتظر ومعرفة ما إذا كان الطفل يتوقف عن السلوك 6. إذا لم يتوقف كرري الخطوة 1 مع تدعيم بقائه جالسا في المقابل	
				جلست بهدوء حول مائدة الطعام (أثناء الأكل أو مشاهدة التلفاز أو مراجعة الدروس). (جدول المهام)	أن يجلس هادئاً في المواقف التي تتطلب ذلك

			عمل منجز مع +	بقيت جالسا أثناء تناول الطعام ولم أغير مكاني حتى أنهيت طعامي (جدول المهام)	ألا يترك مقعده في المواقف غير المناسبة
			عمل منجز مع +	بطاقة المتابعة اليومية	
		عمل منجز مع +		لم أركض أو أتسلق حينما يكون ذلك غير لائق (في المسجد، وسط المدينة، أثناء الزيارات العائلية) (جدول المهام)	ألا يركض أو يتسلق في المواقف التي ليس من المفترض أن يفعل فيها ذلك.
		عمل منجز مع +		حافظت على الهدوء (السكون) خلال النزهة وسأيرت الآخرين (جدول المهام)	أن يقلل من النشاط الزائد
		عمل منجز مع +		تقنية كن روبوتا لم أصرخ بصوت عال أثناء اللعب أو قضاء وقت الفراغ (جدول المهام)	ألا يصرخ بصوت عال أثناء اللعب أو قضاء وقت الفراغ
		عمل منجز مع +		تشاركت الألعاب مع إخوتي (جدول المهام)	أن يلعب ويشارك في الأنشطة الترفيهية بهدوء

					ذهبت للصالة الألعاب الرياضية للتمرن في الموعد (جدول المهام)	أن يحد من الطاقة الحركية الزائدة تفريغ النشاط الزائد في رياضة مفيدة
عمل منجز					قمت بممارسة (المشي السريع، ركوب الدراجة لمدة نصف ساعة) كل مساء (جدول المهام)	ألا يتحرك باستمرار.
عمل منجز					لم أتحدث كثيرا طوال اليوم (جدول المهام)	ألا يثرثر كثيرا
عمل منجز					نشاط التجاهل حتى يقلع الطفل عن الثرثرة (تطبيقه الأم)	
عمل منجز					انتظرت فراغ المتكلم من الحديث لتسلم دوري في المحادثة (جدول المهام)	أن ينتظر انتهاء السؤال الموجه له قبل البدء في الإجابة (التريث)
عمل منجز					لم أكمل جمل الآخرين (جدول المهام)	
عمل منجز					انتظرت دوري في تسليم حصتي من أمي أبي أو جدي (الطعام، اللمجة، مكافئة)	أن ينتظر دوره في النشاطات المكافئات
عمل منجز					طلبت الإذن عند استخدام أغراض الآخرين (جدولة المهام)	

نهاية البرنامج					أن يتجنب مقاطعة الآخرين بأعقاب المحادثات أو الألعاب (تعلم ضبط النفس)
عمل منجز				انتظرت دوري في الكلام (جدولة المهام)	
عمل منجز				كنت مستمعا جيدا خلال مشاركتي في محادثات (جدول المهام)	أن يحسن الاستماع وضبط النفس
				لم أسيطر على المحادثة ولم أتجاهل وجهة نظر الآخرين (جدول المهام)	
				الاستئذان للدخول في الحوار الخاص بالآخرين (جدول المهام)	أن يتجنب التطفل على أحاديث الآخرين

5- نموذج سير تطبيق البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

1-5 جلسات التقييم الأولية :

تمثل مرحلة التشخيص المتعدد الوسائل، فيما يلي نتائج الأدوات التشخيصية المطبقة على الطفل أيهم خلال جلسات البيانات الأولية لجمع قطع اللغز التشخيصي لاضطراب تشتت الانتباه مع فرط النشاط

1-1-5 استمارة البيانات :

تم استخدام لجمع كل المعلومات اللازمة لعمل تقييم دقيق لـ ADHD واستبعاد الأسباب الأخرى المساهمة في الأعراض؛ هذا هو مجرد قطعة واحدة مهمة من اللغز التشخيصي .

الجدول (43) استمارة بيانات أيهم حسب تصريحات الأم

استمارة البيانات أيهم

الإسم	أيهم
السن	12
الجنس	ذكر
المستوى التعليمي	أولى متوسط
استنادا إلى تقييمات	الأم
المستوى التعليمي للأم	التاسعة أساسي (رابعة متوسط)
الحالة الاجتماعية	أسرة مجتمعة (الوالدان وأطفالهما)
الوضع الاقتصادي	متوسط
التاريخ النمائي	
التعرض قبل الولادة للكحول والتدخين	لا
التعرض قبل الولادة لبعض العقاقير الطبية	لا
الحمل وولادة	طبيعية
الخداج الولادة قبل الأوان	لا
دورة حديثي الولادة	طبيعية وصحية
معالم النمائية الرئيسية	في الأوقات المناسبة للعمر (استنادا لمقياس السلوك التكيفي)
التاريخ الصحي	
السمع	سليم وطبيعي
الرؤية	سليمة وطبيعية
إصابة جسدية خطيرة (إصابة بالرأس)	لا توجد
مهارات الحياة اليومية (الحبو، المشي، الذهاب للمرحاض، التحدث...)	طبيعية (استنادا لمقياس السلوك التكيفي)
تنسيق حركاته	مناسب للفئة العمرية حسب (تقييم مقياس السلوك التكيفي)
التكامل الحسي (التناسق)	ليس لديه مشكلات في معالجة المدخلات الحسية (اضطراب التحوير الحسي(SMD)
الأكل	ضمن الحدود الطبيعية
الحساسية الغذائية	أي نوع من الأطعمة يزعجهم أو يجعل أعراضهم أسوأ (لا يوجد شيء محدد)
الحساسية الكيميائية	لا توجد
الإفراط في السكر أو الكافيين (القهوة)	لا توجد
تضخم اللوزتين	لا توجد
عدوى الأذن (إصابة الأذن الوسطى)	لا توجد
فرط الدرقية	لا توجد

النوم	يتجاوز التوقيت المناسب للنوم (غير منتظم، السهر، الحرمان من النوم)
مرض مزمن	لا يوجد
الإجهاد المزمن	
يتعرض لضغط كبير في المدرسة	لا توجد ضغوط (بيئة مدرسية عادية)
يتعرض لضغط كبير في المنزل	لا ولكن الانتقادات والأوصاف السلبية موجودة
القلق من الأداء	لا يقلق لأنه غير مستوعب للأمر يتصرف بتلقائية
الخوف من الفشل	لا يخاف من الفشل لأنه غير مستوعب للأمر ويتصرف بتلقائية
الصدمة	لم يتعرض لصددمات (ظروف حياة معتادة) اضطراب ما بعد الصدمة مستبعد
نقص الفيتامينات أو المعادن	ضمن المستوى الطبيعي (حسب التحاليل التي أجريت قريبا)
الوصفة الطبية	ليس لديه وصفة طبية دائمة
حياة منزلية فوضوية	فيما يخص حياته الخاصة وغرفته وأوقات لعبه ووظائفه
الإهمال أو سوء المعاملة	لا يوجد إهمال لكن الانتقادات اللاذعة والمنبثقة والتوبيخ والإهانات والأوصاف المحقرة بنية تعديل سلوكه اعتقادا من الأم أنها تصلح حاله، فهي ترفض ظهوره بهذه المواصفات.
تجريب الكحول المخدرات أو السجائر	لم يسبق له ذلك أبدا
التاريخ العائلي (رابط وراثي)	
تشنت الانتباه مع فرط النشاط للأصول والأقارب	لا يوجد
اضطراب نفسي أو عقلي آخر للأصول والأقارب	لا يوجد
العلاقات الاجتماعية	
العزلة الاجتماعية أو الحاجة إلى الصداقات	
الأصدقاء	قادر على تكوين صداقات
الأولياء	بعض الانزعاج فقط من أعراض ADHD المؤثرة على تحصيله
المدرسين	أعراض ADHD تعرقل انسجامه مع مدرسيه وتؤثر على سير الدروس
التقييمات السابقة	
المدرسة	لا توجد
أماكن أخرى	لا توجد
معالجة أو تشخيص اضطرابات نفسية مصاحبة (قد تكون أولية أم ثانوية)	

لا توجد	الاكتئاب
لا توجد	القلق
لا توجد	الذهان
لا توجد	نوبات الهوس
لا توجد	الفصام
لا توجد	اضطراب التعلق التفاعلي
لا توجد	الاضطراب ثنائي القطب

إذن توفر شرط أن الأعراض لا تحدث خلال سير الفصام، أو اضطراب ذهاني آخر، ولا يتم حسابها بشكل أفضل بسبب اضطراب عقلي آخر مثل اضطراب المزاج، واضطراب القلق، واضطراب الانفصام

5-1-2 نتائج تطبيق مقياس السلوك التكيفي فنلاند :

استكمالاً لمعلومات الاستمارة السابقة تم تطبيق مقياس السلوك التكيفي فنلاند للتحقق من النمو النفسي الحركي الطبيعي وعدة مجالات نمائية التكيفية،

نتائج مقياس فنلاند للسلوك التكيفي للطفل أيهم

الجدول (44) ملخص الدرجات مقياس السلوك التكيفي فنلاند للطفل أيهم

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	التساعي	مستوى السلوك	العمر المكافئ
الاستقبالية	24	100	5		
التعبيرية	59	94	4		
القراءة والكتابة	32	94	4		
بعد التواصل	115	93	4	متوسط	12 سنة
الأنشطة الذاتية	72	98	5		
الأنشطة المنزلية	21	90	4		
الأنشطة المجتمعية	44	105	6		
مهارات الحياة اليومية	137	97	5	متوسط	12 سنة
العلاقة مع الآخرين	47	107	6		
الراحة والترفيه	33	106	6		

		4	89	26	المسايرة
12 سنة	متوسط	5	97	106	التنشئة الاجتماعية
					السلوك غير التكيفي
12					متوسط العمر السلوكي

توضح نتائج السلوك التكيفي المبينة في الجدول (44) أن أيهم يتمتع بصحة نفسية نموذجية، أي أنهم لا يعانون من اضطرابات مصاحبة - تخص سلوكهم التكيفي (اللغة الاستقبالية والتعبيرية والقراءة والكتابة ونمو الاستقلالية والتشئة الاجتماعية) - لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والذي يتم تعديله في هذه الدراسة .

3-1-5 إختبار الذكاء أوتيس لينون للقدرة العقلية :

تم تطبيق الاختبار للتأكد من أن قدرات أيهم العقلية ضمن المستوى الطبيعي والنموذجي بالنسبة لأقرانه من نفس الفئة العمرية .

الجدول (45) نتائج تطبيق اختبار الذكاء على الفرد أيهم

المستوى العقلي	نسبة الذكاء الانحرافية	الدرجة الخام	الفرد أيهم
متوسط	88	19	

4-1-5 قائمة (سلم) المعايير التشخيصية (أعراض DSM-5) المصممة :

يحتوي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية، (2013) على معايير محددة يجب الوفاء بها لتشخيص اضطراب تشتت الانتباه / النشاط الزائد. يجب على المعالجين الرجوع إليه غالباً أثناء تقييم اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وقد تم اقتباس هذه المعايير واشتقاق بنود منها في هذه الدراسة، ليسهل على الأولياء والمدرسين الإدلاء بتقييماتهم واستجاباتهم حول ملاحظاتهم للطفل المعني (في هذا النموذج أيهم) .

الجدول (46) نتائج تشخيص تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للطفل أيهم بقائمة المعايير التشخيصية وفق DSM-5 المصممة تقدير المدرس

عرقلة الأداء :

الأكاديمي (مشاكل في التمدرس)

مجموع بنود المعايير التي تقديرها 2 أو 3	قائمة ملاحظة السلوك تقدير المدرس المعدة من قبل الباحثة			
	3	2	1	0
	بنود أعراض DSM-5 لسته أشهر الماضية			
	أولا تشتت الانتباه (سته بنود من تسعة فأكثر)			
		√		لا ينتبه لتفاصيل الأمور ويرتكب أخطاء ناتجة عن الإهمال، مثل الواجبات المدرسية.
	√			يجد صعوبة في التركيز المستمر على المهام او الأنشطة (دروس محادثات قراءة مطولة).
		√		يبدو وكأنه لا يصغي حين يوجه له الكلام مباشرة حتى في غياب أي الهاء واضح.
		√		لا يتبع التعليمات ويفشل في إتمام العمل المدرسي، مثلا يبدأ المهام ولكن يفقد بسرعة التركيز ويتلهى بسهولة
	√			يصعب عليه تنظيم المهام والأنشطة (مثل جدولة الأعمال). صعوبة في إدارة المهام المتتابة؛ وصعوبة حفظ الاشياء في نظام؛ فوضوي، عمله غير منظم.
	√			يتجنب، يكره أو يتردد في الانخراط في المهام التي تتطلب جهدا عقليا متواصلا مثل العمل المدرسي أو الواجبات المنزلية.
		√		يفقد الأشياء اللازمة للمهام أو الأنشطة (مثل المواد المدرسية: أقلام الرصاص، الكتب، الأدوات، محافظ.
	√			يتشتت انتباهه بسهولة بالضجيج أو المؤثرات الخارجية الأخرى.

لا أبدا (0)	بعض الأحيان (1)	معظم الأحيان (2)	دائما (3)
-------------	-----------------	------------------	-----------

			√			ينسى نشاطاته اليومية مثل إنجاز الواجبات المنزلية.
9	9/	مجموع بنود تشتت الانتباه الإيجابية				
ثانيا النشاط الزائد						
			√			يتململ باليدين أو القدمين أو يتلوى في مقعده.
			√			يترك مقعده ومكانه في الفصول الدراسية باستمرار
			√			يركض أو يتسلق حين يكون ذلك غير لائق.
			√			غير قادر على اللعب أو المشاركة في الأنشطة الترفيهية بهدوء.
			√			أثناء التنقل، متحفز كما لو كان "مدفوعا بمحرك" (مثلا، غير قادر على أن يكون مرتاح لفترة طويلة، كما لا يهدأ أو من الصعب عليه مواكبة الآخرين.
			√			يخوض في المحادثات بشكل مفرط.
			√			يندفع بالإجابة قبل اكتمال السؤال (مثلا، يكمل جمل الناس؛ لا يمكن أن ينتظر دوره في محادثة.
			√			يصعب عليه ان ينتظر دوره (مثلا، أثناء الانتظار في صف.
			√			يقطع محادثات الآخرين أو يتطفل على أنشطتهم استخدام أغراض الآخرين دون إذن، يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرين.
9/9	مجموع بنود النشاط الزائد الإيجابية					
وجود بعض أعراض تشتت الانتباه و النشاط الزائد			نعم كانت تشتكي المعلمة من ذلك في المرحلة الابتدائية			
قبل سن 12						
التشخيص الأولي المطلق : الطفل أيهم لديه العرض المشترك تشتت الانتباه مع النشاط الزائد وذلك لتوفر 6 فأكثر من تسعة أعراض دسم -5 مقيمة إيجابا لكل من تشتت الانتباه و النشاط الزائد حسب تقدير المدرس						

الاجتماعي (مشاكل في العلاقة مع الأصدقاء أو الآخرين)

لا أبدا (0)	بعض الأحيان (1)	معظم الأحيان (2)	دائما (3)
-------------	-----------------	------------------	-----------

اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذي يعاني منه أيهم يعرقل أداءه الأكاديمي وبالتالي توفر الشرط الثاني من التشخيص بالدليل التشخيصي DSM-5 .

الجدول (47) نتائج تشخيص تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للطفل أيهم بقائمة المعايير التشخيصية (DSM-5) المصممة لتقدير الأم

قائمة ملاحظة السلوك تقدير الأم المعدة بنود أعراض DSM-5 لستة أشهر الماضية	0	1	2	3	؟	المفقودة	مجموع بنود المعايير التي تقديرها 2 أو 3
أولا تشتت الانتباه (ستة بنود من تسعة فأكثر)							
لا ينتبه لتفاصيل الأمور ويرتكب أخطاء ناتجة عن الإهمال، مثل الواجبات المدرسية.			√				
يجد صعوبة في التركيز المستمر على المهام أو الأنشطة (دروس محادثات قراءة مطولة).			√				
يبدو وكأنه لا يصغي حين يوجه له الكلام مباشرة حتى في غياب أي الهاء واضح.		√					
لا يتبع التعليمات ويفشل في إتمام العمل المدرسي، مثلا يبدأ المهام ولكن يفقد بسرعة التركيز ويتلهى بسهولة			√				
يصعب عليه تنظيم المهام والأنشطة (مثل جدولة الأعمال). صعوبة في إدارة المهام المتتالية؛ وصعوبة حفظ الأشياء في نظام؛ فوضوي، عمله غير منظم.			√				
يتجنب، يكره أو يتردد في الانخراط في المهام التي تتطلب جهدا عقليا متواصلا مثل العمل المدرسي أو الواجبات المنزلية.			√				
يفقد الأشياء اللازمة للمهام أو الأنشطة (مثل المواد المدرسية: أقلام الرصاص، الكتب، الأدوات،							√
تشتت انتباهه بسهولة بالضجيج أو المؤثرات الخارجية الأخرى.			√				
ينسى نشاطاته اليومية مثل إنجاز الواجبات المنزلية.			√				
مجموع بنود تشتت الانتباه الإيجابية							9/ 7

ثانيا النشاط الزائد					
			√		يتلملم باليدين أو القدمين أو يتلوى في مقعده.
				√	يترك مقعده ومكانه باستمرار
		√			يركض أو يتسلق حين يكون ذلك غير لائق.
			√		غير قادر على اللعب أو المشاركة في الأنشطة الترفيهية بهدوء.
		√			أثناء التثقل، متحفز كما لو كان "مدفوعا بمحرك" (مثلا، غير قادر على أن يكون مرتاح لفترة طويلة، كما لا يهدأ أو من الصعب عليه مواكبة الآخرين.
		√			يخوض في المحادثات بشكل مفرط.
				√	يندفع بالإجابة قبل اكتمال السؤال (مثلا، يكمل جمل الناس؛ لا يمكن أن ينتظر دوره في محادثة.
				√	يصعب عليه ان ينتظر دوره (مثلا، أثناء الانتظار في صف.
		√			يقطع محادثات الآخرين أو يتطفل على أنشطتهم استخدام أعراض الآخرين دون اذن، يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرين.
9/6	مجموع بنود فرط النشاط الإيجابية				
أفادت الأم أنه في السنوات السابقة؛ كانت المعلمة تشتكي كثيرا من تشتت انتباهه وحركيته المفرطة.			بعض الأعراض المسببة للخلل موجودة قبل سن 12 سنة		
التشخيص الأولي منظور مطلق: الطفل أيهم لديه العرض المشترك تشتت الانتباه مع فرط النشاط حسب تقدير الأم					

عرقلة الأداء:

الأكاديمي (مشاكل في التمدريس)

لا أبدا (0)	بعض الأحيان (1)	معظم الأحيان (2)	دائما (3)
-------------	-----------------	------------------	-----------

الاجتماعي (مشاكل في العلاقة مع الأصدقاء أو الآخرين)

لا أبدا (0)	بعض الأحيان (1)	معظم الأحيان (2)	دائما (3)
-------------	-----------------	------------------	-----------

المنزلي (مشاكل في المنزل)

لا أبداً (0)	بعض الأحيان (1)	معظم الأحيان (2)	دائماً (3)
--------------	-----------------	------------------	------------

ذكرت والدة أيهم أن مشاكله تؤثر تأثيراً خطيراً على أدائه في كثير من الأحيان (التصنيف = 2) في الأوساط الأكاديمية والاجتماعية والبيئية. وأشارت أن مشاكل أيهم غالباً تؤثر تأثيراً خطيراً على عمله المدرسي ونتائج الفصلية (علاماته)، وعلى صداقاته وعلاقاته، وأيضاً غالباً ما تؤثر بشكل خطير على حياته المنزلية .

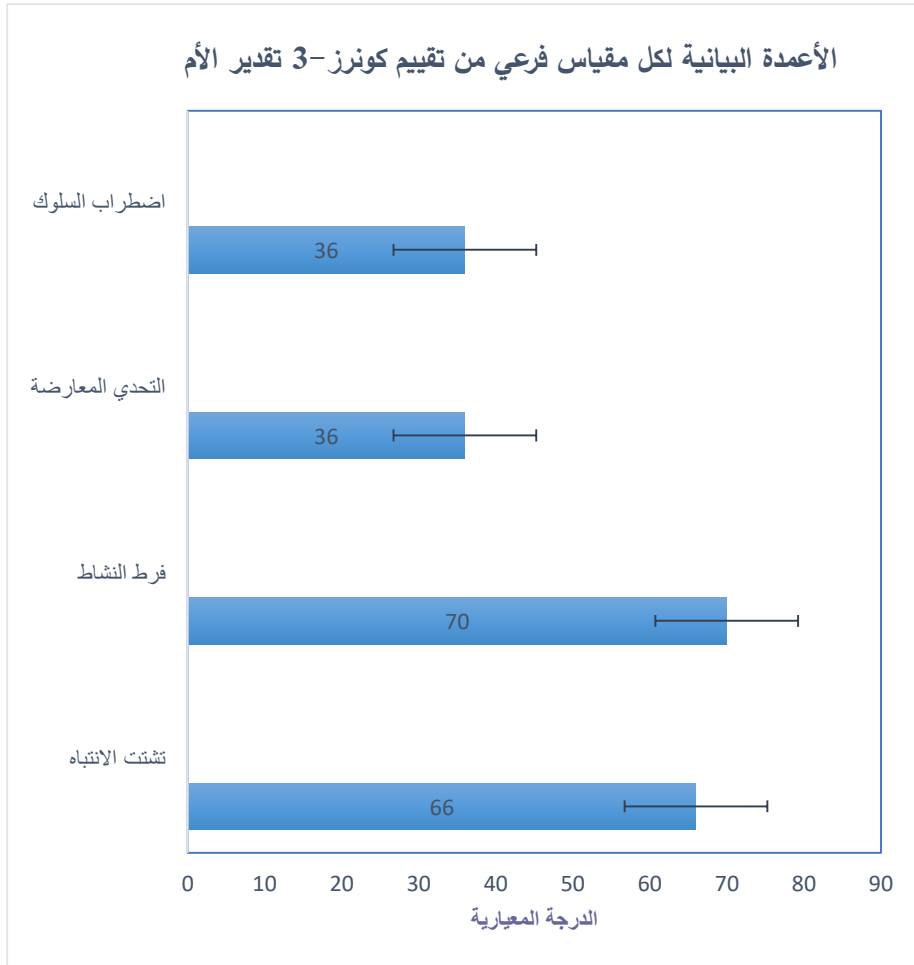
5-2 دراسة نتائج تشخيص أعراض DSM-5 على كورنر -3 المعدل لاستنباط نقاط الضعف وتصميم برنامج التعديل :

5-2-1 تقرير تقييم بكورنر -3 (أعراض DSM-5) تقدير الأم للطفل أيهم :

الجدول (48) التشخيص المطلق باستخدام عدد أعراض DSM-5 المستخرجة من مقياس كورنر-3 تقدير الأم :

المقياس الفرعي كورنر -3 تقييم الوالد	عدد الأعراض المطلوبة للتشخيص بدسم -5	إجمالي الأعراض المحسوبة المحددة
تششت الانتباه	على الأقل 6 من تسعة	7
فرط النشاط	على الأقل 6 من تسعة	8
يؤكد الجدول على أن الطفل أيهم يعاني من العرض المشترك لاضطراب تششت الانتباه مع فرط النشاط		
التحدي المعارضة	على الأقل 4 من 8 أعراض	0
اضطراب السلوك	على الأقل 3 من 15 عرضاً	0
يبين الجدول أن أيهم غير مصاب باضطراب السلوك أو اضطراب التحدي المعارضة مرافق .		

تبين نتائج تقييم الطفل أيهم بمقياس كورنر -3 أعراض DSM-5، تقدير الأم أن أعراض تششت الانتباه وأعراض النشاط الزائد قد استوفت عدد الأعراض اللازمة، وبالتالي المعايير المطلقة DSM-5 قد استوفت، يبقى الآن تفحص ما إذا كانت الأعراض موجودة أكثر من التوقعات التنموية المعايير النسبية-الدرجة المعيارية (وهو شرط مهم من تشخيص DSM-5) .



الشكل (13) الرسم البياني للصفحة النفسية لنتائج تطبيق كونرز -3 على أيهم

الجدول (49) التشخيص النسبي مقارنة الدرجات المعيارية بالمستويات النموذجية للمجموعة المعيارية لمقياس كونرز-3 تقدير الأم للطفل أيهم :

المقياس الفرعي	الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	التقييم
تشتت الانتباه	7	66	مرتفع عن متوسط مجموعته المعيارية أي (عن المستوى النموذجي) يحتاج للتعديل
فرط النشاط	8	70	مرتفع عن المتوسط يحتاج للتعديل
التحدي المعارضة	1	36	منخفض أي انه جيد وليس في حاجة للتعديل
اضطراب السلوك	1	36	منخفض أي أنه جيد وليس في حاجة للتعديل

تبين الدرجات المعيارية تشخيصا نسبيا مرتفع مقارنة بأقرانه فيما يخص تشتت الانتباه وتصنيفا مرتفعا جدا بالنسبة للنشاط الزائد. يستنتج أن اجتمع لدى أيهم التشخيص المطلق بعدد الأعراض والتشخيص النسبي بالدرجة المعيارية وبالتالي لديه مشكلة ويحتاج إلى العلاج .

الجدول (50) النتائج التفصيلية مقياس أعراض DSM-5 (كونرز- 3 تقييم الأم) واستخلاص المشكلات السلوكية التفصيلية التي تستدعي التعديل :

المعايير	البنود	لا مطلقا (0)	أحيانا (1)	معظم الأحيان (2)	طوال الوقت (3)	بحاجة للتعديل	ليس بحاجة للتعديل
A : تشتت الانتباه							
A	لا ينتبه للتفاصيل؛ يرتكب أخطاء الإهمال.				√	√	
B	لديه صعوبة في ان يبقى منتبها على العمل أو على اللعب لفترة طويلة.			√		√	
C	لا يبدو أنه يستمع إلى ما يقال له / لها.		√				√
D	لا يتبع التعليمات (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون).			√		√	
	يفشل في إتمام الواجبات المدرسية، أو المهام (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون).				√	√	
E	لديه صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة.			√		√	
F	يتجنب أو لا يحب الأشياء التي تأخذ الكثير من الجهد وليست ممتعة.			√		√	
G	يفقد الأشياء (على سبيل المثال: الواجب المدرسي، وأقلام الرصاص، والكتب، والأدوات، أو اللعب).		√				√
H	من السهل تشتيت انتباهه بمشاهد أو أصوات.				√	√	
I	كثير النسيان للواجبات اليومية.			√		√	
			8			مجموع المعايير المحددة	
			21			مجموع الدرجة الخام	
B / النشاط الزائد :							
A	يتململ أو يتلوى في المقعد.			√		√	

√				√		B	يترك مقعده في المواقف التي تتطلب ان يبقى جالسا.
	√			√		C	يركض أو يتسلق في المواقف التي ليس من المفترض أن يفعل فيها ذلك.
	√	√					لا يهدأ أو مفرط النشاط.
	√	√				D	يصخب وبصوت عال عند اللعب أو قضاء وقت الفراغ.
	√		√			E	نشط كما لو كان يقوده محرك.
	√	√					يتحرك باستمرار .
	√	√				F	يثرثر كثيرا
	√		√			G	تنفلت منه الإجابات قبل الانتهاء من السؤال.
√				√		H	لديه صعوبة في انتظار دوره / ها.
	√	√				I	يقاطع الآخرين (على سبيل المثال، بأعقاب المحادثات أو الألعاب).
9				مجموع المعايير المحددة			
24				مجموع الدرجة الخام			

الجدول (51) التشخيص التفريقي: اضطراب المسلك (كونرز-3 تقدير الأم)

العُدوان على الناس والحيوانات				
			√	يرهب، يهدد، أو يخيف الآخرين.
			√	يبدأ العراك مع الآخرين عن قصد.
			√	يستخدم سلاحا (على سبيل المثال، العصا، الطوب، زجاجة مكسورة، سكين، أو بندقية).

			√	يؤذي الناس جسدياً.
			√	يقسو على الحيوانات.
			√	يسرق حينما يقابل شخصا (على سبيل المثال، السلب، خطف محفظة أو السرقة المسلحة).
اتلاف الممتلكات				
			√	يشعل الحرائق عمدا لغرض التسبب في الضرر.
			√	يتعمد اضرار أو اتلاف ممتلكات الآخرين.
الخداع أو السرقة				
			√	يتسلل الى داخل منزل، مبنى، أو سيارة شخص ما.
		√		يكذب ليتجنب الاضطرار إلى القيام بشيء ما (الالتزامات) أو للحصول على الأشياء (امتيازات).
			√	يسرق سرا (على سبيل المثال، سطو، أو تزوير).
الانتهاكات الجسيمة للقواعد				
			√	يخرج في الليل على الرغم من أنه يخالف القواعد.
			√	يهرب من المنزل ليلة واحدة على الأقل.
			√	يتهرب عن المدرسة.
0			مجموع المعايير المحددة	
1			مجموع الدرجة الخام	
معايير دسم الإيجابية أقل من 3 وبالتالي أيهم غير مصاب باضطراب السلوك				

الجدول (52) عدد أعراض DSM-5 اضطراب المعارض المتحدي (كونرز-3 تقدير الأم)

البنود			
اضطراب المعارض المتحدي على الأقل 4 من 8 أعراض.			
غاضب / عصبي المزاج			
			√
يفقد اعصابه.			
			√
حساس ويزعج بسهولة من الآخرين.			
			√
يتسم بالغضب والاستياء			
السلوك المعارض/ المتحدي، الكبار			
			√
يجادل الكبار.			
			√
لا ينصاع لأوامر الكبار (غير مطيع)			
			√
يزعج أشخاص آخرين عن قصد.			
		√	
يلوم الآخرين على أخطائه أو سوء تصرفه.			
نزعة الانتقام:			
			√
يحاول ان يأخذ ثأره (ينتقم) من الناس.			
0		مجموع المعايير المحددة	
1		الدرجة الخام	
لا توجد معايير محددة وبالتالي لا يعاني أيهم من سلوك التحدي المعارض			

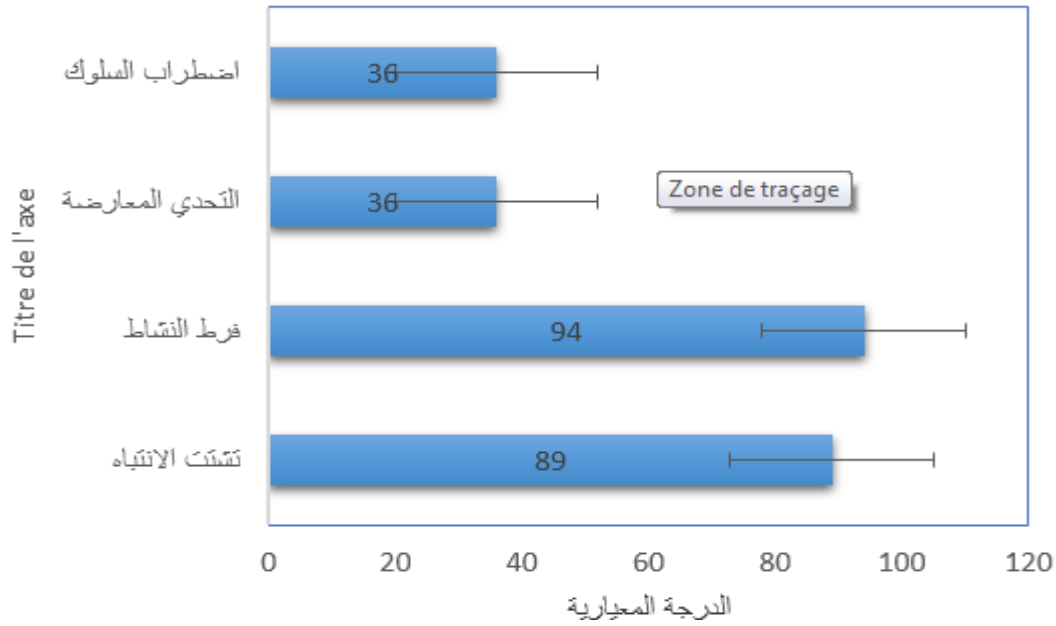
5-2-2 تشخيص أيهم بمقياس كونرز-3 (أعراض DSM-5) تقدير المدرس :

الجدول (53) التشخيص المطلق باستخدام أعراض DSM-5 المستخرجة من مقياس كونرز-3:

المقياس الفرعي كونرز-3	عدد الأعراض المطلوبة للتشخيص	إجمالي الأعراض المحسوبة المحددة
تقييم المدرس	بدم 5-	
تشئت الانتباه	على الأقل 6 من تسعة	8
فرط النشاط	على الأقل 6 من تسعة	9
أيهم يعاني من العرض المشترك لاضطراب تشئت الانتباه مع فرط النشاط		

2	على الأقل 4 من 8 أعراض	التحدي المعارضة
1	على الأقل 3 من 15 عرضا	اضطراب السلوك
أيهم غير مصاب باضطراب السلوك أو اضطراب التحدي المعارضة مرافق		

الدرجة المعيارية للمقاييس الفرعية أعراض دسم-5 على
لكونرز- 3 تقييم المدرس



الشكل (14) الصفحة النفسية لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للطفل أيهم

الجدول (54) التشخيص النسبي مقارنة الدرجات المعيارية بالمستويات النموذجية للمجموعة المعيارية

لمقياس أعراض DSM-5 (كونرز - 3) للطفل أيهم

التقييم	الدرجة المعيارية	الدرجة الخام	المقياس الفرعي
مرتفع جدا عن متوسط مجموعته المعيارية أي (عن المستوى النموذجي) يحتاج للتعديل	89	27	تشتت الانتباه
مرتفع جدا عن المتوسط يحتاج للتعديل	94	27	فرط النشاط
التشخيص النسبي يثبت أن الأعراض موجودة بمستوى غير مناسب لمستوى نمو الطفل أيهم			
منخفض أي أنه جيد وليس في حاجة للتعديل	36	4	التحدي المعارضة

اضطراب السلوك	5	36	منخفض أي أنه جيد وليس في حاجة للتعديل
لا يوجد اضطراب سلوك مصاحب أو اضطراب التحدي المعارضة			

الجدول (55) النتائج التفصيلية مقياس أعراض DSM-5 (كونرز -3 تقدير المدرس) واستخلاص المشكلات السلوكية التفصيلية التي تستدعي التعديل :

المعايير	البنود	لا مطلقا (0)	أحيانا (1)	معظم الأحيان (2)	طوال الوقت (3)	بحاجة للتعديل	ليس حاجة للتعديل
A : تشتت الانتباه							
A	لا ينتبه للتفاصيل؛ يرتكب أخطاء الإهمال.				√	√	
B	لديه صعوبة في ان يبقى منتبها على العمل أو على اللعب لفترة طويلة.			√			√
C	لا يبدو أنه يستمع إلى ما يقال له / لها.				√	√	
D	لا يتبع التعليمات (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون).			√			√
	يفشل في إتمام الواجبات المدرسية، أو المهام (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون).				√	√	
E	لديه صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة.				√	√	
F	يتجنب أو لا يحب الأشياء التي تأخذ الكثير من الجهد وليست ممتعة.				√	√	
G	يفقد الأشياء (على سبيل المثال: الواجب المدرسي، وأقلام الرصاص، والكتب، والأدوات، أو اللعب).				√	√	
H	من السهل تشتيت انتباهه بمشاهد أو أصوات.				√	√	
I	كثير النسيان للواجبات اليومية.			√			√
				8		مجموع المعايير المحددة	
				27		مجموع الدرجة الخام	
B / النشاط الزائد							
A	يتململ أو يتلوى في المقعد.			√			
B	يترك مقعده في المواقف التي تتطلب ان يبقى جالسا.				√	√	

	✓		✓			C	يركض أو يتسلق في المواقف التي ليس من المفترض أن يفعل فيها ذلك.
	✓	✓					لا يهدأ أو مفرط النشاط.
	✓		✓			D	يصخب وبصوت عال عند اللعب أو قضاء وقت الفراغ.
	✓		✓			E	نشط كما لو كان يقوده محرك.
	✓	✓					يتحرك باستمرار.
	✓		✓			F	يثرثر كثيرا
	✓	✓				G	تفلتت منه الإجابات قبل الانتهاء من السؤال.
			✓			H	لديه صعوبة في انتظار دوره / ها.
	✓	✓				I	يقاطع الآخرين (على سبيل المثال، بأعقاب المحادثات أو الألعاب).
9				مجموع المعايير المحددة			
27				مجموع الدرجة الخام			

الجدول (56) التشخيص التفريقي: اضطراب المسلك أعراض DSM-5 على كورنز-3 تقدير المدرس

				العدوان على الناس والحيوانات			
		✓					يرهب، يهدد، أو يخيف الآخرين.
		✓					يبدأ العراك مع الآخرين عن قصد.
			✓				يستخدم سلاحا (على سبيل المثال، العصا، الطوب، زجاجة مكسورة، سكين، أو بندقية).
			✓				يؤذي الناس جسديا.
			✓				يقسو على الحيوانات.

			√	يسرق حينما يقابل شخصا (على سبيل المثال، السلب، خطف محفظة أو السرقة المسلحة).
اتلاف الممتلكات				
			√	يشعل الحرائق عمدا لغرض التسبب في الضرر.
			√	يتعمد اضرار أو اتلاف ممتلكات الاخرين.
الخداع أو السرقة				
			√	يتسلل الى داخل منزل، مبنى، أو سيارة شخص ما.
			√	يكذب ليتجنب الاضطرار إلى القيام بشيء ما (الالتزامات) أو للحصول على الأشياء (امتيازات).
			√	يسرق سرا (على سبيل المثال، سطو، أو تزوير).
الانتهاكات الجسيمة للقواعد				
			√	يتهرب عن المدرسة.
1				مجموع المعايير المحددة
5				مجموع الدرجة الخام
معايير دسم الإيجابية أقل من 3 وبالتالي أيهم غير مصاب باضطراب السلوك				

جدول (57) أعراض DSM-5 اضطراب المعارض المتحدي على كورنز-3 تقدير المدرس

				البنود
غاضب / عصبي المزاج				
			√	يفقد اعصابه.
			√	حساس ويزعج بسهولة من الآخرين.

		√		يتسم بالغضب والاستياء
السلوك المعارض / المتحدي، الكبار				
		√		يجادل الكبار.
			√	لا ينصاع لأوامر الكبار (غير مطيع)
		√		يزعج أشخاص آخرين عن قصد.
				يلوم الآخرين على أخطائه أو سوء تصرفه.
نزعة الانتقام:				
		√		يحاول ان يأخذ ثأره (ينتقم) من الناس.
			2	مجموع المعايير المحددة
			4	الدرجة الخام
أعراض عدد دسم-5: على الأقل 4 من 8 أعراض.				
المعايير الايجابية المحددة أقل من 4 وبالتالي التشخيص باستخدام (DSM-5) انطلاقا من مقياس كونرز-3؛ لا يعاني أيهم من سلوك التحدي المعارضة				

ظهر أن أيهم يعاني من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المشترك، كما أنه لا يعاني من أي اضطرابات مرافقة خاصة الاضطرابين الشائعين سلوك التحدي المعارضة واضطراب المسلك. وذلك ما أبرزته نتائج تقييم كل من الأم والمدرس؛ ونتيجة لتطابق الأعراض الموصوفة من كلا المقيمين تم انتقاء أيهم للمشاركة ضمن البرنامج التدريبي لتعديل سلوكه، والذي استخرج من مناطق القصور التي يبرزها مقياس كونرز -3 لأعراض DSM-5 .

3-2-5 التغذية الراجعة للتقييمات متعددة الأساليب للطفل أيهم :

يجب أن توفر التغذية الراجعة للطفل والوالدين، والمهتمين الآخرين فهم الإجراءات التي تم تنفيذها، والعملية التي تم من خلالها التوصل إلى الاستنتاجات التشخيصية، والأساس المنطقي للتوصيات، والتدخلات المقترحة. التغذية الراجعة هي وسيلة لتحقيق غاية مهمة: التقليل من صعوبات الطفل .

(ANASTOPOULOS and, SHELTON ,2002)

وتمثل مناقشة نتائج تقييمات أيهم وجمع كل قطع اللغز التشخيصي؛ كل قطعة من قطع لغز التشخيص تقدم معلومات قيمة لتوجيه قرارات التقييم، أولاً استمارة البيانات تقدم معلومات عن الطفل أيهم انطلاقاً من تصريحات والدته خلال الجلسات الأولية لجمع المعلومات، التاريخ التطوري لأيهم طبيعي إذ أنه نتاج حمل وولادة طبيعية، دورة حديثي الولادة طبيعية، وخلال الطفولة لم يطرح أي مشاكل صحية أو مزاجية كبيرة. وصل إلى جميع معالمه التنموية الرئيسية في الأوقات المناسبة للعمر. أما التاريخ الصحي: حافظ "أيهم" طوال حياته على صحة بدنية ممتازة. ليس لديه حساسية معروفة أو أمراض مزمنة. في أي وقت من الأوقات، ليس لديه أي إصابات جسدية خطيرة. إن كلامه، وسمعته، ورؤيته، وتنسيق حركته مناسب للفئة العمرية. أنماطه الحالية من الأكل والنوم وقضاء الحاجة هي ضمن الحدود الطبيعية. لا يأخذ أي وصفة طبية بانتظام. بالنسبة لتاريخ العائلة؛ والدي أيهم في حالة بدنية جيدة وليس لديهم تاريخ من الصعوبات النفسية الكبيرة للبالغين، لم يخضع أيهم أبداً لأي تقييم سابق ولم يتلق قبل الآن أي مساعدة في مجال التعليم الخاص، وإنجازه المدرسي دون مستوى الصف إلى حد ما (4-5)، والذي يعتقد والديه والمدرسون أنه أقل من إمكاناته .

أشارت ردود الأم على استجواب استمارة البيانات إلى أن أيهم سعيد في معظم الأوقات. لم يعرض أبداً نوبات مطولة من الاكتئاب أو القلق أو الخوف أو الهوس أو القهر أو التشنجات أو اضطراب التفكير. لم يسبق له أن جرب الكحول أو المخدرات أو السجائر. لا توجد تقارير أو اشتباه في تاريخ الاعتداء الجسدي أو الجنسي. أما بالنسبة إلى علاقات الأقران، أيهم قادر على تكوين صداقات دون صعوبة. مع ذلك، فالحفاظ عليها أمراً صعباً، بسبب أسلوب تفاعله المتسلط. على الرغم من ذلك، لديه أصدقاء ويشارك في العديد من الأنشطة الترفيهية المناسبة للعمر .

ثانياً تقييم أيهم بمقياس السلوك التكيفي أوضح أنه يمتلك سلوكاً تكيفياً طبيعياً، ويتوافق مع عمره الزمني وهذا على مستوى كل من التواصل (استقبالي، تعبيرى، قراءة وكتابة) والحياة اليومية: ذاتي (الأكل والشرب)، منزلي (أداء مهام منزلية)، مجتمعي (استخدام الوقت والمال ومهارات العمل)، التنشئة الاجتماعية: العلاقات المتبادلة (التفاعل مع الآخرين)؛ اللعب والترفيه (اللعب والاستمتاع بالوقت)؛ المسايرة (تحمل بالمسؤولية ومراعاة الآخرين) .

ثالثاً صنف أيهم ضمن مستوى الذكاء المتوسط (قدرة عقلية طبيعية) حسب اختبار الذكاء أوتيس لينون للقدرة العقلية، رابعاً استوفى أيهم عدد أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، حسب ملخص

نتائج تقييمه بقائمة المعايير التشخيصية (DSM-5) المصممة: تشتت الانتباه (9/9)، النشاط الزائد (9/9) بالنسبة لملاحظات المدرس في بيئة المدرسة وتعرقل دائما أداءه المدرسي، وتشتت الانتباه (9/9) النشاط الزائد (9/9) بالنسبة لملاحظات الأم في البيئة المنزلية والمجتمعية وتعرقل معظم الأحيان أداءه ، ذكرت والدة أيهم أن مشاكله تؤثر تأثيرا خطيرا على أدائه في كثير من الأحيان (التصنيف = 2) في الأوساط الأكاديمية والاجتماعية والمنزلية. وأشارت أن مشاكل أيهم غالبا تؤثر تأثيرا خطيرا على عمله المدرسي ونتائجه الفصلية (علاماته)، وعلى صداقاته وعلاقاته، وأيضا غالبا ما تؤثر بشكل خطير على حياته المنزلية. مما ينبئ بحاجة للعلاج .

وهذه الأعراض كانت موجودة قبل بلوغ أيهم سن 12 سنة، كما أن الأعراض كانت موجودة طيلة ستة شهور الماضية، مما يؤكد تشخيص أيهم باضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، خامسا وأخيرا أظهر التشخيص التفريقي بعدم وجود الاضطرابات المصاحبة الشائعة (اضطراب السلوك واضطراب التحدي المعارضة) حسب نتائج تقييمات كونرز-3 تقدير الأم وللمدرس أيضا، وبالتالي وصف علاج بتعديل السلوك للطفل أيهم وذلك من خلال صياغة الأهداف السلوكية من نقاط الضعف المستخلصة من مقياس (كونرز 3-) .

تم الاتفاق مع الأم على استخدام العديد من الاستراتيجيات المجتمعة سابقة الذكر، والتي تم شرحا لها، وقد كانت متقبلة لفكرة التنقيف وتعديل الأمومة والأبوة. بتلقي النصائح لإدارة المنزل. وتم امضاء العقد السلوكي وتقديم بطاقة التقييم الأسبوعية للمرحلة الأولى، والاتفاق على المكافآت التي تشكل معنى لدى الطفل أيهم، والاتفاق على استخدام نظام الرسوم البيانية لتتبع تحسن تنفيذ النشاط لتعزيز الدافعية للسلوك المناسب (جزء المدربة) .

5-2-4 تقرير البرنامج التدريبي لتعديل سلوك تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للطفل أيهم :

يحتوي البرنامج جزئيين : جزء يطبق في المنزل من قبل الأم وجزء يطبق في المكتب من قبل الأخصائية.

5-2-4-1 قواعد تطبيق بطاقة التقييم الأسبوعية لتعديل السلوك المنزلي :

- يحصل الطفل على تذكرة (نقطة استحسان) على قيامه بالسلوك المطلوب.
- مكافئة في آخر اليوم على كسبه 50% من النقاط المطلوبة. (تحدد بالتشاور مع الطفل)
- تزيد أهمية المكافئة بزيادة نسبة الكسب 75%، 100%
- مكافئة في عطلة نهاية الأسبوع على كسبه 50% من النقاط المطلوبة. (تحدد بالتشاور مع الطفل)
- الخميس مساءا تحسب النقاط

- الجمعة: عطلة آخر الأسبوع تقدم المكافئة الأسبوعية
- السبت: موعد الجلسة الأسبوعية يقدم جدول النتائج للأخصائية، حيث تناقش معها السلوكيات التي أصبحت عادة وإمكانية التخلي عن التعزيز. وتحدث سلوكيات جديدة تحتاج للتعديل.

الجدول (58) نموذج العقد السلوكي

<p>أنا أيهم أوافق على أداء المهام الموضحة في الجدول؛ سأتحقق كل يوم أنني حققت أهدافي:</p> <p>أنا الأم أوافق على تقديم المساعدة لإنجاز المهام</p> <p>نحن سنلتزم بالحضور أسبوعياً للأخصائية ومناقشة التطورات</p> <p>المكافئة لهذا الأسبوع هي الذهاب لحديقة الحيوان</p> <p>إمضاء الطفل :</p> <p>إمضاء الأم :</p>
--

5-2-4-2 تنفيذ برنامج تعديل السلوك الجزء المنزلي :

المرحلة الأولى من تقييم بطاقة المتابعة الأسبوعية :

استغرقت المرحلة الأولى من تنفيذ برنامج تعديل السلوك شهرين إذ أن بداية تعلم مهارات جديدة والاعتقاد على سياق برنامج التدريب يأخذ وقتاً .

الأهداف بعيدة المدى للمرحلة الأولى :

- أن ينظم المهام أو الأنشطة بالترتيب وأن يتبع الروتين اليومي (جدولة الأعمال).
- ألا يتململ ولا يتلوى في مقعده
- أن ينتبه للتفاصيل ويقضي على أخطاء الإهمال
- ألا يترك مقعده في المواقف غير المناسبة

الجدول (59) نموذج بطاقة التقييم المنزلية الأسبوعية للطفل أيهم

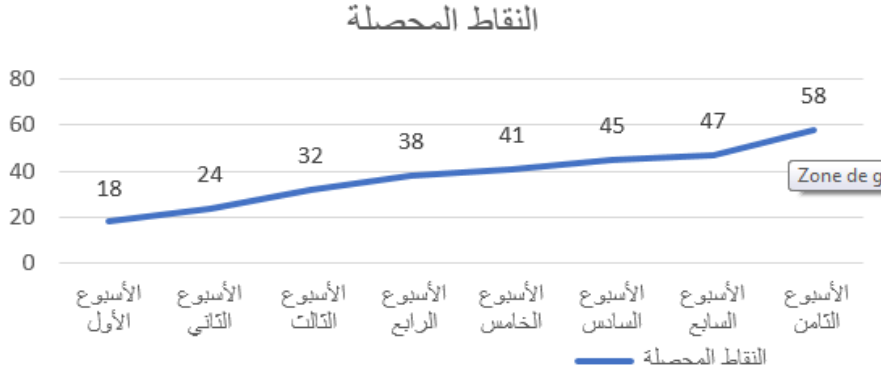
الأسبوع الأول					النشاط / الأيام
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	
0	0	0	0	0	استيقظت الوقت المناسب صباحاً(السادسة صباحاً)
0	0	0	0	0	تناولت فطوري على الساعة السادسة ونصف
1	1	0	1	1	الاستعداد المبكر للمدرسة (في السابعة)

1	1	0	1	0	تفقدت الأدوات المدرسية ببطاقة قائمة الأدوات
1	0	0	0	0	الذهاب للمدرسة في الوقت المحدد
1	1	1	1	1	تناولت غدائي وقت الظهيرة
0	1	0	0	0	أنجزت واجباتي (بعد المدرسة)
0	0	1	0	0	خرجت للاستراحة (ركوب الدراجة، المشي السريع، الجري) (نصف ساعة)
1	0	0	0	0	تناولت عشائي وقت المغرب
0	1	0	1	0	لم أتململ أو أتلوى في مقعدي طيلة اليوم أثناء جلوسي
0	0	0	0	0	جلست بهدوء مشاهدة التلفاز مع العائلة أو مراجعة الدروس).
0	0	0	0	0	بقيت جالسا أثناء تناول الطعام ولم أغادر مكاني حتى أنهيت طعامي
5	5	2	4	2	مجموع النقاط المتحصل عليها يوميا
(60/18) 30%					المجموع الكلي للأسبوع
لم يستوفي العدد الكافي من النقاط المتفق عليها					المكافئة المتحصل عليها

الجدول (60) نموذج بطاقة التقييم المنزلية الأسبوعية للطفل أيهم

الأسبوع الثامن					شهر جانفي
الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الإثنين	الأحد	النشاط / الأيام
1	1	1	1	1	استيقظت في الوقت المناسب. (السادسة صباحا)
1	1	1	1	1	تناولت فطوري على الساعة السادسة ونصف
1	1	1	1	1	الاستعداد المبكر للمدرسة (في السابعة)
1	1	0	1	1	تفقدت الأدوات المدرسية ببطاقة قائمة الأدوات
1	1	1	1	1	الذهاب إلى المدرسة في الوقت المحدد.
1	1	1	1	1	تناولت غدائي وقت الظهيرة
1	1	1	1	1	أنجزت واجباتي (بعد المدرسة)
1	1	1	1	1	خرجت للاستراحة (ركوب الدراجة، المشي السريع، الجري) (نصف ساعة)
1	1	1	1	1	تناولت عشائي وقت المغرب
1	1	1	1	1	لم أتململ أو أتلوى في مقعدي طيلة اليوم أثناء جلوسي
1	1	1	1	1	جلست بهدوء مشاهدة التلفاز مع العائلة أو مراجعة الدروس).

1	1	1	1	1	بقيت جالسا أثناء تناول الطعام ولم أغير مكاني حتى أنهيت طعامي
12	12	11	11	12	مجموع النقاط المتحصل عليها يوميا
% 96		5			المجموع الكلي للأسبوع
					60/8
المبيت في بيت الجد في عطلة نهاية الأسبوع					المكافئة المتحصل عليها



الشكل (15) منحنى بياني يوضح تقييم تنفيذ الأهداف الأولى من البرنامج للطفل أيهم

يظهر المنحنى البياني للنقاط المحصلة مقابل تنفيذ النشاطات الإيجابية المكلف بها التزايد في عدد النقاط المحصلة كل أسبوع بمعنى التحسن في تنفيذ السلوكيات الإيجابية المكلف بها والاقلاع عن السلوكيات السلبية الواجب عدم القيام بها المتفق عليها في العقد السلوكي والمحددة ببطاقة المتابعة الأسبوعية، حيث وصلت إلى 50% في الأسبوع الثالث وتحصل على مكافئة نهاية أسبوعية، ووصلت النقاط المكتسبة إلى 96% في الأسبوع الثامن مما يعني أنه التزم بأغلبية النشاطات المطالب بها .

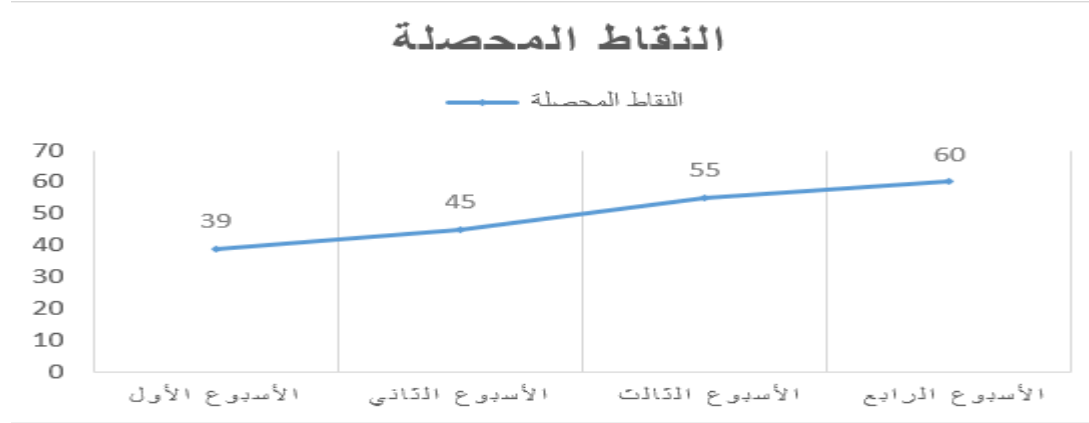
المرحلة الثانية من تنفيذ برنامج تعديل السلوك :

بعد تحقق الأهداف السابقة تم التعاقد مع الأم والطفل على أهداف جديدة :

- أن يحفظ الأشياء في نظام ويقضي على الفوضى والعمل غير المنظم .
- ألا يركض أو يتسلق في المواقف التي ليس من المفترض أن يفعل فيها ذلك .
- أن يزيد من مدة الانتباه على العمل أو على اللعب لفترة طويلة .
- أن يطور القدرة على التركيز .
- ألا يصرخ بصوت عال أثناء اللعب أو قضاء وقت الفراغ .

الجدول (61) نموذج بطاقة التقييم المنزلية الأسبوعية للطفل أيهم

الأسبوع الثاني					الأهداف السلوكية للمرحلة الثانية
الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الإثنين	الأحد	النشاط / الأيام
1	1	0	1	1	أديت صلاة الصبح في وقتها
1	1	1	1	0	وضبت أغراضي في أماكنها المخصصة
1	1	1	0	0	حافظت على غرفتي نظيفة ومرتبّة
1	1	1	1	1	أديت صلاة الظهر في وقتها
0	1	1	1	1	جمعت مواد مدرستي لليوم التالي
1	1	0	0	0	لم أصرخ بصوت عال أثناء اللعب أو قضاء وقت الفراغ
1	0	1	1	1	أديت صلاة العصر في وقتها
1	1	1	1	1	"وقت أخضر"
0	1	1	1	0	أديت صلاة المغرب في وقتها
1	1	1	1	0	أديت صلاة العشاء في وقتها
1	1	1	0	1	"وقت التوقف"
1	1	1	0	1	ذهبت الى الفراش في الوقت المناسب.
10	10	10	8	7	مجموع النقاط يوميا
%	60/45				المجموع الكلي
الذهاب لحديقة الحيوان					المكافئة المتحصل عليها



الشكل (16) تقييم تنفيذ الأهداف المرحلة الثانية من البرنامج لطفل أيهم

يبين المنحنى البياني أن أيهم التزم بنسبة 50% من النشاطات المطالب بها من أول أسبوع لأهداف المرحلة الثانية مما يعني أنه انسجم مع برنامج التعديل وما بقي إلا التعود على المهارات الجديدة لأدائها بمرونة، حيث حقق الالتزام بكافة الأنشطة التعديلية المطالب بها في نهاية الأسبوع الرابع وتقلصت الفترة المستغرقة في الوصول إلى هذه النتيجة إلى النصف (أربعة أسابيع). وقد تم قياس اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديه بنهاية هذه المرحلة بمقياس كونرز-3 حيث تم أخذ تقديرات كل من الأم والمدرس، لاختبار تحسن الأعراض في بيئتي المنزل والمدرسة، وسيلي شرح ذلك في جزء النتائج .

المرحلة الثالثة من تنفيذ أيهم لبرنامج تعديل السلوك المصمم :

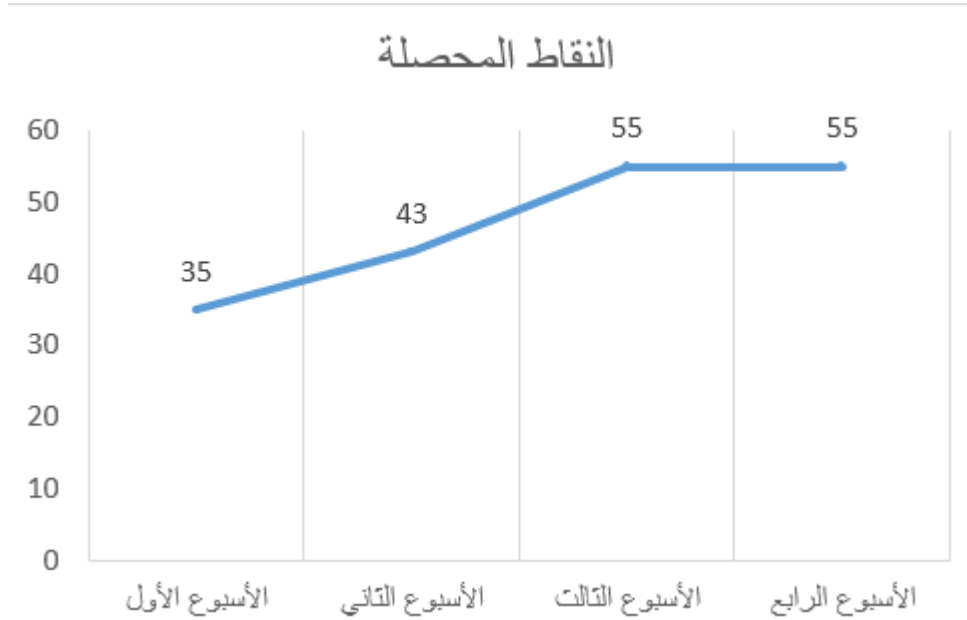
الأهداف بعيدة المدى للمرحلة الثالثة :

- أن يزيد من القدرة على التركيز على واجباتهم المدرسية
- أن يزيد مدة الانتباه
- أن يحسن التركيز والتذكر
- أن يصغي عند مخاطبته (حسن الإصغاء)
- أن يحسن إدارة الوقت
- أن يتبع التعليمات
- أن يقلل من النشاط الزائد
- أن يلعب ويشارك في الأنشطة الترفيهية بهدوء

الجدول (62) نموذج تقييم بطاقة المتابعة الأسبوعية للطفل لهم

الأهداف السلوكية للمرحلة الثالثة						الأسبوع الثاني					
النشاط / الأيام						الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
انتبهت وأصغيت لكلام والدي عند مخاطبتي						0	1	1	1	1	1
اتبعت بطاقة المؤقت حسب مواعيد المهام التي عليه						1	1	1	1	1	1
تواصلت بصريا مع أمي عند إعطائها لي للتعليمات. ذهبت لحصة تحفيظ القرآن في الموعد						1	1	1	1	0	1
قللت من مدة مشاهدتي للتلفاز (من ساعتين في الأسبوع الفارط إلى ساعة هذا الأسبوع)						0	1	1	1	1	1
زدت من فترة مذكرتي						0	1	0	1	0	1
"وقت القراءة" قرأت كتابا اخترته من المكتبة المحلية ولخصته (الثلاثاء مساء)						1	0	0	0	0	1
خصصت حافظات للواجب المدرسي ووضعتها داخل المحفظة						1	1	1	1	1	1
خصصت لكل مادة دراسية لون معين (وحدت فيه بين الكراس والكتاب)						1	1	1	1	1	1
اتبعت التعليمات الموجه لي						1	1	0	1	0	1
تشاركت الألعاب مع إخوتي						1	1	1	1	1	0
حافظت على الهدوء (السكون) خلال النزهة وسأيرت الأخرين						1	1	1	1	1	0
مجموع النقاط المحصلة اليومية						8	10	8	9	7	10

المجموع الكلي	60/52	%
المكافئة المتحصل عليها	زيارة حديقة الحيوان	



الشكل (17) تقييم تنفيذ الأهداف المرحلة الثالثة من البرنامج للطفل أيهم

يوضح المنحنى البياني ازدياد النقاط المحصلة من أسبوع لآخر يدل على زيادة تنفيذ الطفل أيهم للمهام المطلوبة منه والتي صممت للوصول إلى الأهداف بعيدة المدى (خفض تشتت الانتباه وخفض النشاط الزائد)، حيث نفذ في الأسبوع الأول نسبة 58% من النشاطات المبرمجة لهذه المرحلة، وصلت في الأسبوع الثالث والرابع إلى نسبة 91% من تنفيذ المهام المطلوبة منه البرنامج ويدل هذا على أن أيهم يتكيف مع البرنامج ويستجيب لإجراءات التعديل .

المرحلة الرابعة من تنفيذ البرنامج التدريبي :

الأهداف بعيدة المدى للمرحلة الرابعة :

- أن يطور القدرة على التركيز
- أن يتم الواجبات المدرسية، أو المهام التي بدأها قبل الانتقال إلى العنصر الموالي (تحمل المسؤولية)
- أن يتم المهام في الوقت المحدد .

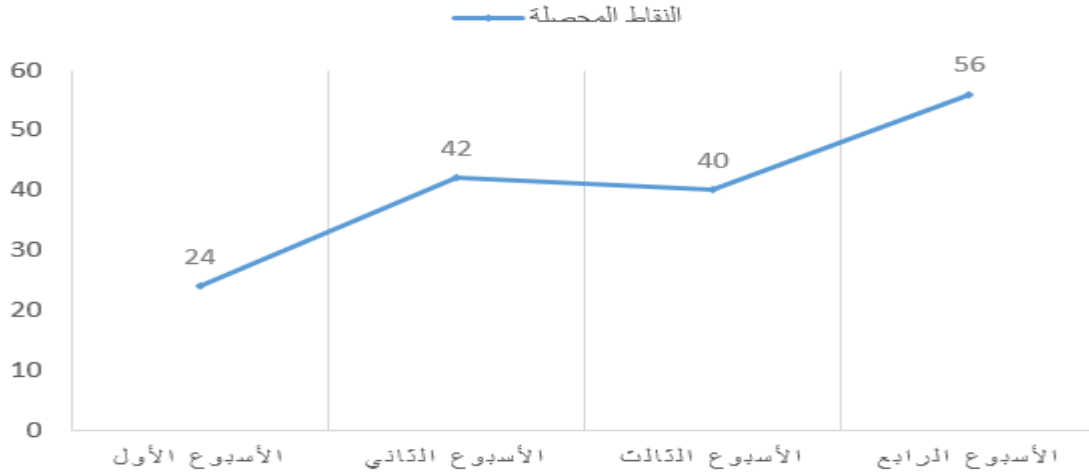
- أن يكون مسؤولاً ويضبط نفسه تجاه الأشياء التي تأخذ الكثير من الجهد وليست ممتعة (الواجبات المنزلية)
- أن يحافظ على الأشياء وتجنب فقدانها (الواجب المدرسي، وأقلام الرصاص، والكتب، والأدوات، أو اللعب).
- أن يتذكر أماكن أغراضه الخاصة وأدواته المدرسية وتجنب فقدانها.
- أن يتذكر الواجبات ومواعيدها المحددة .

الجدول (63) نموذج بطاقة التقييم المنزلية الأسبوعية للطفل أيهم

الأسبوع الرابع					الأهداف قريبة المدى (السلوكية، الإجرائية) للمرحلة الرابعة
الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	النشاط / الأيام
1	1	1	1	1	أنجزت رسمتي الأسبوعية
1	0	1	0	1	حفظت صفحة من القرآن الكريم كل أسبوع وأتقنت قراءتها بالأحكام
1	1	1	1	1	أتممت واجبي المدرسي الذي بدأت به قبل انتقالي لمهمة أخرى
1	1	1	1	0	أتممت مهامتي في الوقت المحدد باستخدام المؤقت
1	1	1	1	1	أنهيت إنجاز واجباتي ومهامي بإتقان
1	1	1	1	1	خصصت حافظات للواجب المدرسي ووضعتها داخل المحفظة
1	1	1	1	1	وضعت أدواتي المدرسية في مكانها
1	1	1	0	1	وضعت ألعابي في مكانها المخصص
1	1	1	1	1	تفقدت بطاقة مراقبة الأدوات المدرسية
1	1	1	1	1	تتبع جدول الأعمال خلال اليوم
1	1	1	1	1	كتبت في نهاية كل دوام الواجب المنزلي قبل الخروج من القسم في مذكرة خصصتها لذلك (موعد استردادها)

1	1	1	1	1	تفقدت إنجاز واجباتي من خلال المذكرة
12	11	12	10	11	مجموع النقاط اليومية
%		60/56			المجموع الكلي
الحصول على لعبة					المكافئة المتحصل عليها

النقاط المحصلة



الشكل (18) النقاط المحصلة في تنفيذ بطاقة التقييم الأسبوعي للمرحلة الرابعة

نسبة النقاط المحصلة في الالتزام بالنشاطات الجديدة للمرحلة الرابعة 40%؛ نسبة لا بأس نظرا لحدثة عهده بالنشاطات المحدثه كل مرحلة، خاصة وأنها في تزايد مستمر ووصلت إلى 93% في نهاية الأسبوع الرابع، فترة تحقق التزامه بأغلبية المطالب استغرقت أربعة أسابيع لم تقل عن المرحلة السابقة ويفسر ذلك بأنه هناك حد أدنى لاكتساب المهارات الجديدة والاعتیاد عليها على الأقل شهر، ثم بعد ذلك تأتي مرحلة المحافظة عليها بالتعزيز الاجتماعي الأقرب إلى المعتاد في حياته اليومية، وتم تنبيه الأمهات لمتابعة رد الفعل للسلوكيات المعدلة بالإعجاب وبالتعزيز اللفظي والاجتماعي عموما وتنبيه المتعاملين مع الطفل للإشادة بحسن سلوكياته .

المرحلة الخامسة :

الأهداف بعيدة المدى للمرحلة الخامسة :

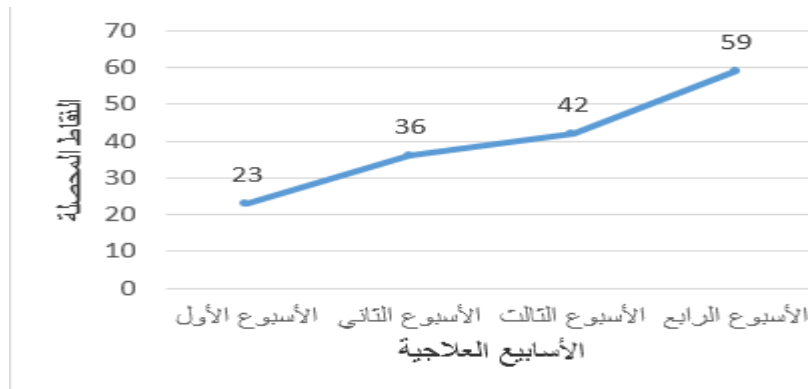
- أن يضع حدا لنسيان الواجبات اليومية.
- أن يحد من الطاقة الحركية الزائدة تفرغ النشاط الزائد في رياضة مفيدة

- ألا يتحرك باستمرار .
- ألا يثرثر كثيرا
- أن ينتظر انتهاء السؤال الموجه له قبل البدء في الإجابة
- أن ينتظر دوره.
- أن يتجنب مقاطعة الآخرين بأعقاب المحادثات أو الألعاب (تعلم ضبط النفس)
- أن يحسن الاستماع وضبط النفس .

الجدول (64) نموذج بطاقة التقييم الأسبوعية للطفل أيهم

الأسبوع الأول					النشاط / الأيام
الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الإثنين	الأحد	
1	1	0	0	0	تفقدت مذكرة واجباتي في المساء
1	1	0	1	1	ذهبت للصالة الألعاب الرياضية للتمرن في الموعد
1	0	1	0	0	قمت بممارسة (المشي السريع، ركوب الدراجة لمدة نصف ساعة) في المساء
0	1	0	1	0	لم أتحدث كثيرا طوال اليوم
0	0	0	0	0	انتظرت فراغ المتكلم من الحديث لتسلم دوري في المحادثة
1	1	0	1	1	لم أكمل جمل الآخرين
1	0	0	0	0	انتظرت دوري في تسليم حصتي من أمي أبي أو جدتي (الطعام، اللمجة، مكافئة)
0	0	1	1	0	طلبت الإذن عند استخدام أغراض الآخرين
0	0	0	0	1	انتظرت دوري في الكلام
0	0	1	0	0	كنت مستمعا جيدا خلال مشاركتي في محادثات
0	0	0	0	0	لم أسيطر على المحادثة ولم أتجاهل وجهة نظر الآخرين

1	1	1	1	0	الاستئذان للدخول في الحوار الخاص بالآخرين
6	5	4	5	3	مجموع النقاط المحصلة يوميا
%	60/23				المجموع الكلي
					المكافئة المتحصل عليها



الشكل (19) النقاط المحصلة في تنفيذ بطاقة التقييم الأسبوعي المرحلة الخامسة للطفل أيهم

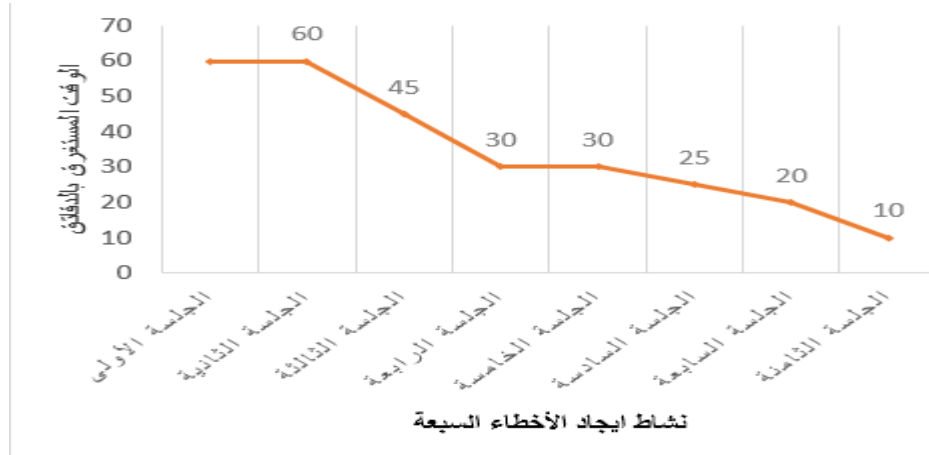
نسبة تطبيق نشاطات البرنامج لهذه المرحلة تساوي 38% أقل من نسبة بداية تنفيذ النشاطات للمرحلة السابقة كون أن النشاطات اختلفت قليلا وأصبح مطالب بالالتزام بممارسة رياضة وايضا استراتيجيات المحادثات والاستئذان إلا أن النسبة تزداد تدريجيا من أسبوع لآخر بوتيرة جيدة وبلغت في الأسبوع الأخير 98% وتمثل تطبيق ممتاز للنشاطات المبرمجة وبهذا كانت نهاية البرنامج التدريبي في تعديل سلوك تشتت الانتباه المصاحب للنشاط الزائد لدى أيهم، بقي فقط اختبار فعاليتها في خفض تشتت الانتباه والنشاط الزائد وبهذا تم قياس أخير (بعد ستة أشهر من تطبيق البرنامج باستخدام مقياس كورنرز 3 تقدير كل من الأم والمدرس، ثم تم تحليل النتائج واستنتاج الفعالية .

3-4-2-5 تنفيذ برنامج تعديل السلوك الجزء المكتبي :

تم تدريب أيهم على مستوى العيادة الخاصة، حيث قسمت الجلسة بين متابعة بطاقة التقييم المنزلية وبين الجلسات الفردية لتدريب أيهم .

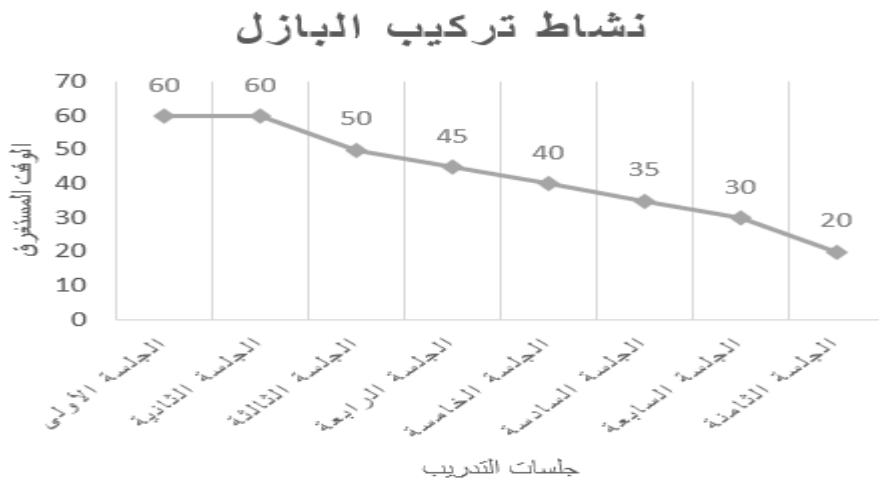
نماذج متابعة الأخصائية لتنفيذ نشاطات البرنامج التدريبي الجزء المكتبي للطفل أيهم :

استخدمت المنحنيات البيانية (بواسطة الكمبيوتر) في تقييم تحسن اكتساب النشاط كل جلسة تدريب لزيادة دافعية الأطفال المتعالجين لبذل جهود أكثر وتجنب الملل؛ وحثهم على السعي نحو التحسين في الجلسات القادمة، وكانت إيجابية جدا في متابعة نتائج عملهم والرضى عنها، وفيما يلي نماذج منحنيات بيانية للطفل أيهم .



الشكل (20) نموذج تقييم الأخصائية الهدف : الانتباه للتفاصيل والقضاء على أخطاء الإهمال

يوضح المنحنى البياني تناقص المدة الزمنية لحل نشاط الأخطاء السبعة من جلسة تدريبية لأخرى حتى تصل إلى مدة معقولة بالنسبة للعمر الزمني للطفل أيهم (12 سنة)، والذي يهدف لزيادة الانتباه للتفاصيل والقضاء على أخطاء الإهمال .

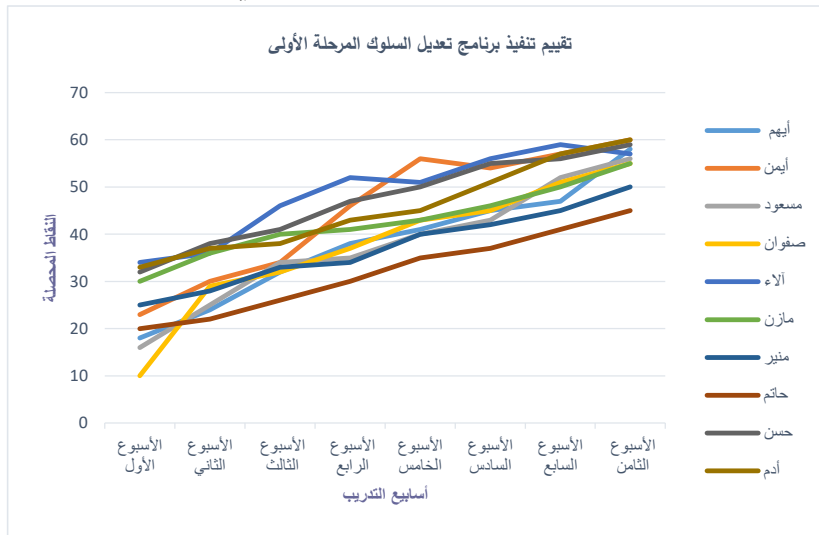


الشكل (21) نموذج تقييم الأخصائية الهدف: تحسين التركيز وطول مدة الانتباه

يوضح المنحنى البياني نتائج الجلسات التدريبية لنشاط تركيب البازل والذي يهدف إلى تحسين التركيز وطول مدة الانتباه، يلاحظ تناقص المدة الزمنية المستغرقة في تركيب البازل عبر الجلسات التدريبية المتلاحقة، استغرق ايهم ثمانية جلسات تدريبية حتى وصل إلى الفترة الزمنية المعقولة لتركيب البازل في مثل سنه (12 سنة) .

5-2-4-4 متابعة تنفيذ الأطفال المشاركين للبرنامج التدريبي في تعديل سلوك تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

5-2-4-4-1 تقييم تنفيذ المرحلة الأولى من البرنامج التدريبي :

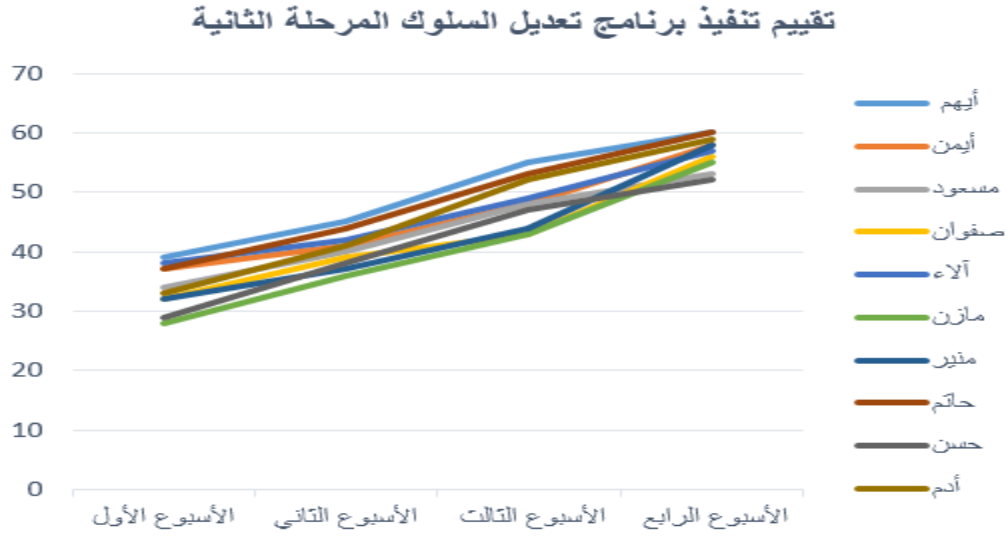


الشكل (22) المنحنيات البيانية لتتبع تقدم تنفيذ الأطفال المشاركين لبرنامج تعديل السلوك المصمم

المرحلة الأولى

يلاحظ أن جميع الأطفال المشاركين ضمن البرنامج التدريبي لتعديل سلوك تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد ارتفعت النقاط المحصلة لديهم والتي تلقوها جراء تنفيذهم لمهام البرنامج، حتى قاربت 60 نقطة وهي الدرجة المقابلة لتنفيذ جميع المهام مما يدل على أنهم يستجيبون لتعديل السلوك المطبق عليهم فيما يخص المرحلة الأولى منه والتي ركزت على المهام التنظيمية وخلق الروتين بالدرجة الأولى .

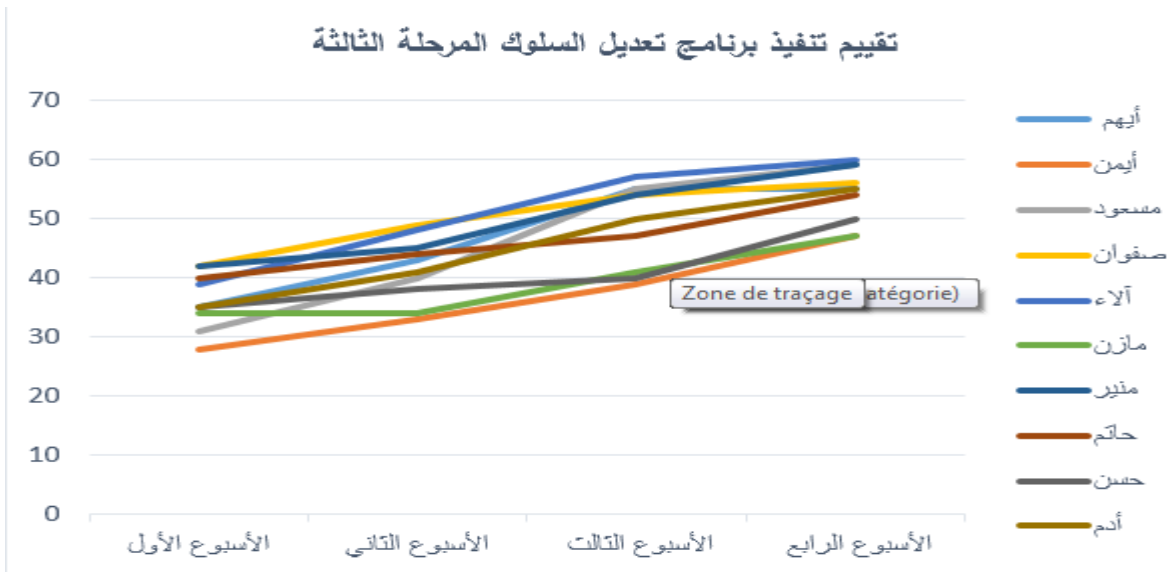
2-4-4-2-5 تقييم تنفيذ المرحلة الثانية من البرنامج التدريبي :



الشكل (23) المنحنيات البيانية لتتبع تقدم تنفيذ الأطفال المشاركين لبرنامج تعديل السلوك المصمم المرحلة الثانية

تنفيذ مهام المرحلة الثانية من البرنامج التدريبي تزايد عبر الأسابيع العلاجية إلى أن بلغ في الأسبوع الأخير نسبة ما بين (86%-100%) وهي نسبة تنفيذ جيدة وتدل على أن الأطفال يستجيبون لبرنامج تعديل السلوك تشتت الانتباه مع النشاط الزائد .

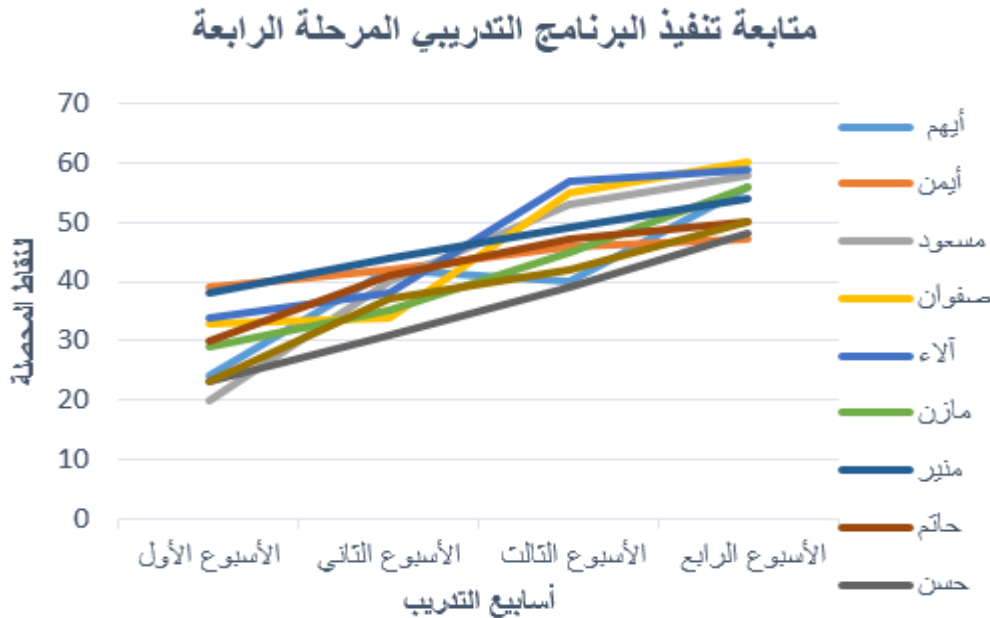
3-4-4-2-5 تقييم تنفيذ المرحلة الثالثة من البرنامج التدريبي :



الشكل (24) النقاط المحصلة من قبل الأفراد المشاركين خلال المرحلة الثالثة من البرنامج التدريبي

المنحنيات البيانية لتنفيذ مهام برنامج تعديل سلوك تشتت الانتباه مع فرط النشاط متزايدة وتدل على أن الأطفال يبدون من وتيرة تنفيذهم لنشاطات البرنامج المطالين بها وتراوحت ما بين (46%-70%) في الأسبوع الأول، إلى (56%-81%) في الأسبوع الثاني، وبالنسبة للأسبوع الثالث فتراوحت ما بين (63%-95%)، وفي الأسبوع الرابع والأخير بلغت نسبة تنفيذ البرنامج ما بين (78%-100%)، وهي نسب مطمئن بالتطبيق المتواصل لبرنامج تعديل السلوك من قبل الاطفال المشاركين فيه .

4-4-4-2-5 تقييم تنفيذ المرحلة الرابعة من البرنامج التدريبي :

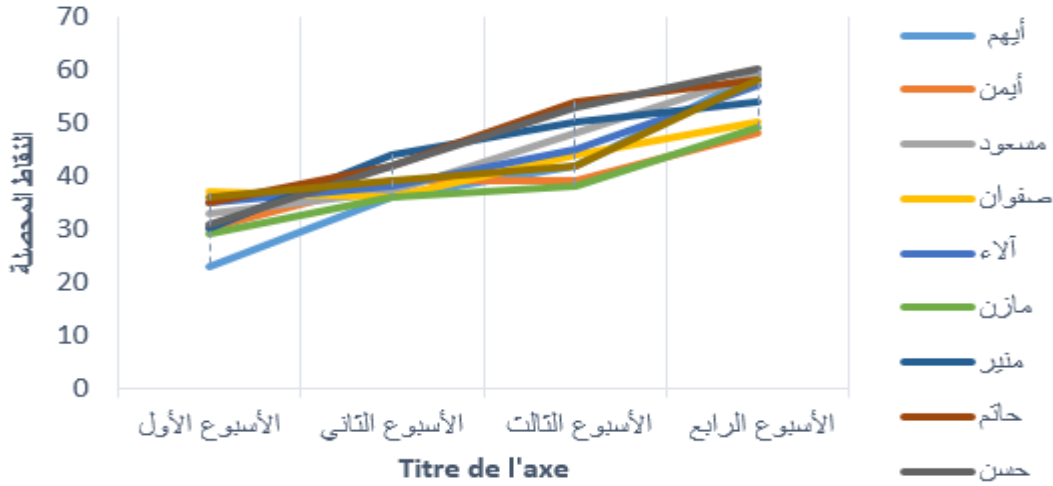


الشكل (25) منحنى بياني للنقاط المحصل عليها خلال المرحلة الرابعة من تنفيذ البرنامج

توضح المنحنيات البيانية تزايد النقاط المحصلة مقابل تنفيذ الأطفال المهارات المطالب بها في المرحلة الرابعة من برنامج تعديل سلوك تشتت الانتباه مع النشاط الزائد، في الاسبوع الأول تراوحت ما بين (33%-65%)، وارتفعت في الأسبوع الثاني (51% - 73%)، واستمرت في الارتفاع إذ بلغت نسبتها في الأسبوع الثالث من المرحلة الرابعة (65% - 95%)، ووصلت في الأسبوع الرابع والأخير من المرحلة الرابعة إلى (78% - 100%)، بعد التأكد من اتمام تنفيذ مهارات المرحلة الرابعة تم الانتقال إلى مهارات أخرى في المرحلة الخامسة .

5-2-4-4-5 تقييم تنفيذ المرحلة الخامسة من البرنامج التدريبي :

تقييم تنفيذ برنامج تعديل السلوك المرحلة الخامسة



الشكل (26) منحنى تقييم بطاقة المتابعة الأسبوعية المرحلة الخامسة

بلغت النقاط المحصلة من بطاقة المتابعة الأسبوعية لتنفيذ مهام برنامج تعديل السلوك في الأسبوع الأول من التعديل (48%-61%)، وفي الأسبوع الثاني من تطبيق المرحلة الخامسة لبرنامج التدريب بلغت نسبة التنفيذ ما بين (60%-73%)، وفي الأسبوع الثالث ازدادت إلى نسبة (63%-90%)، وفي الأسبوع الأخير حقق الأطفال المشاركين نسب تنفيذ لبرنامج تعديل السلوك قدرها (80%-100%) وتدل على تنفيذ الأطفال جميع مهارات تعديل السلوك تشتت الانتباه مع النشاط الزائد المطالبين بها، وبالتالي في الإمكان اختبار فعاليتها في تعديل سلوك تشتت الانتباه مع النشاط الزائد وسيأتي تفصيل ذلك في السطور اللاحقة .

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات :

6-1 مقارنة الدرجات المعيارية للأطفال المشاركين في البرنامج التدريبي بأداء أقرانهم من نفس الفئة العمرية باستخدام الأعمدة البيانية المستخرجة بواسطة برنامج اكسل 2013 : التي تصور نتائج مقياس كونرز -3 المعدل للمقياس الفرعي تشتت الانتباه والمقياس الفرعي النشاط الزائد وفق تقييمات الأمهات والمدرس .

6-2 تحليل التباين باستخدام برنامج spss إصدار رقم (25) :

تحليل التباين القطعة المنشقة Mixed A * (B) ANOVA : استخدم التحليل الإحصائي النموذج الخطي العام (GLM) General Linear Model -للقياسات المتكررة)، حيث أجري تحليل التباين الثنائي لأثر عامل المعالجة بمستويين (تطبيق البرنامج التدريبي- تجريبية -عدم تطبيق برنامج - ضابطة)، وأثر عامل الزمن بأربع مستويات (الخط القاعدي، ثلاثة أشهر، ستة أشهر، متابعة)، على المتغيرين التابعين تشتت الانتباه ، النشاط الزائد وفقا لتقديرات كل من الأمهات والمدرسين .

الفصل السادس :

عرض وتحليل نتائج الدراسة

1-النتائج التفصيلية (التحليل البصري للرسوم البيانية) لكل فرد مشارك في البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

1-1-1 عرض وتحليل نتائج مقياس كورنز-3 تشتت الانتباه (المتغير التابع)

لدى الأفراد المشاركين في البرنامج التدريبي تقدير الأمهات .

1-1-2 عرض وتحليل نتائج مقياس كورنز-3 النشاط الزائد (المتغير التابع)

لدى الأفراد المشاركين في البرنامج التدريبي تقدير المدرسين .

2- عرض وتحليل نتائج تحليل التباين للتصميم المختلط (B) * (A) Mixed

ANOVA بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة .

1-1-2 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه حسب تقدير

الأمهات .

2-1-2 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه حسب تقدير

المدرسين .

2-2-1 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب النشاط الزائد حسب تقدير

الأمهات

2-2-2 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب النشاط الزائد حسب تقدير

المدرسين .

1- النتائج التفصيلية (التحليل البصري للرسوم البيانية) لكل فرد مشارك في البرنامج التدريبي القائم على تعديل السلوك :

ركزت النتائج التفصيلية على تتبع تحسن سلوك الأفراد المشاركين في البرنامج التدريبي خلال المراحل الزمنية للتعديل (خط الأساس ، التدريب ، المتابعة) وفق تصميم الفرد الواحد وهو التصميم المناسب في بحوث تعديل السلوك إذ يتتبع التحسن في السلوك لدى الفرد لأن لكل فرد طريقة استجابته لتعديل السلوك والأسلوب المناسب، إضافة إلى أن الطريقة الأساسية لتعميم النتائج في دراسة بحث الحالة الواحدة هو التكرار المباشر ويشير إلى إعادة تطبيق الإجراءات التجريبية وما يصاحبها من إجراءات القياس، والتكرار المباشر هو المرحلة الأولى من التعميم؛ ويهدف تعميم النتائج؛ إذ يقوم الباحث باستخدام طريقة العلاج نفسها في معالجة المشكلة السلوكية نفسها لدى مجموعة متجانسة من الأفراد في أوضاع مماثلة للوضع الأصلي. ويصر هذا التوجه على الاحتكام إلى معيارين : المعيار العلمي التجريبي والمعيار العيادي (الاجتماعي) (الخطيب؛2014؛ ص.126)

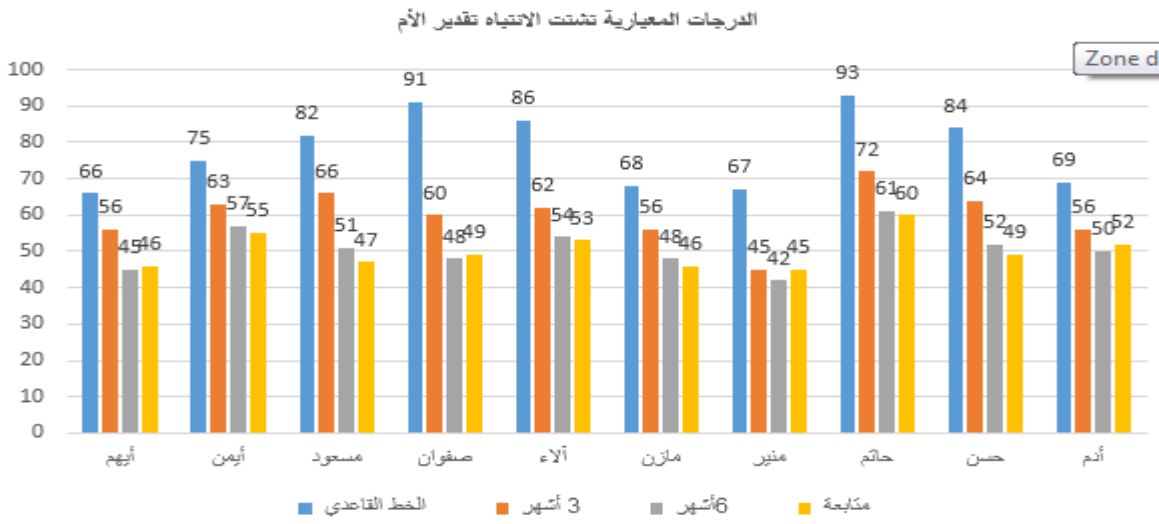
وحول السؤال إذا كان التحليل الفردي للمشكلة والتخطيط للعلاج ضروريان بالمطلق بالنسبة إلى النتائج العلاجية المثلى قام كل من شولته وكونتسل وبيبنغ وشولته بارينبيرغ بمقارنة معالجة سلوكية معيارية للقلق (المواجهة بالمشير والتعبير عن الذات) من دون تحليل وظيفي مع تدخل قام على التحليل الفردي للمشكلة والسلوك وتخطيط العلاج. وكان الشكل المعياري متفوقا على الإجراء الفردي فيما يتعلق بالنتيجة العلاجية، ولذا ذكر أنه لا بد من "التشخيص السلوكي الإجمالي" واختيار الإجراء الفردي أو التعميمي من خلال سياق المشكلة الراهنة (شلوتكه؛ كاسبر؛ رولر،2016، ص.162)، والتوجه حاليا يدعم استخدام التحليلات البصرية للرسوم إضافة للمعالجة الإجرائية المعيارية القائمة على استخدام الأساليب الإحصائية لاستدلال على الفاعلية العلاجية .

1-1 عرض وتحليل نتائج مقياس كورنز-3 تشتت الانتباه (المتغير التابع) لدى الأفراد المشاركين في البرنامج التدريبي :

1-1-1 عرض وتحليل نتائج تطبيق برنامج التدريبي لتعديل تشتت الانتباه (المتغير التابع) لدى الأفراد المشاركين تقدير الأمهات :

توضح الأعمدة البيانية التغييرات في الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه على مقياس كورنز-3 المعدل وفق DSM-5 تقييم أمهات للأطفال المشاركين في التدريب، وذلك خلال مراحل متكررة من القياس (الخط القاعدي، ثلاثة أشهر، ستة أشهر ومتابعة) .

إذ تمثل الدرجة المعيارية معيار السلوك لمقارنة انخفاض سلوك الطفل المتعالج إلى الحد الذي يشبه فيه أداء نظرائه، بمعنى مقارنة البيانات المعيارية، وغالبا لا يزيد عن انحراف معياري واحد فوق المتوسط للأطفال الآخرين من نفس العمر والجنس، لقياس التغيير ذي المغزى، يجب على المرء تحديد معيار للسلوك الهدف أي هل زاد السلوك أو انخفض إلى الحد الذي يشبه فيه أداء نظرائه. (الدرجة المعيارية) بدلا من مقارنته بخط الأساس بل مقارنة البيانات المعيارية. وتفسر الدرجة المعيارية لمقياس كورنز-3 (DSM-5) على أنها مرتفعة اكلينيكيًا إذا كانت أكبر من أو تساوي 65 (≤ 65)،



الشكل (27) نتائج مقياس كورنز-3 لأعراض DSM-5 (تقدير الأمهات) على الأفراد المشاركين عبر مراحل البرنامج التدريبي لتعديل تشتت الانتباه

يظهر الشكل الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه تقدير الأم للأطفال المشاركين ضمن البرنامج التدريبي، قيمة الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه لدى أيهم المقاسة عند الخط القاعدي أي في

مرحلة التشخيص تساوي 66 وتعني أن أيهم لديه تشتت الانتباه بمستوى مرتفع، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق برنامج تعديل السلوك عليه انخفضت قيمة الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه لديه إلى 56 وتعني أن مستوى تشتت الانتباه لديه أصبح فوق المتوسط بدرجة طفيفة، وبعد مرور ثلاثة أشهر أخرى من الاستمرار في تطبيق البرنامج التدريبي لتعديل سلوك تشتت الانتباه أصبحت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه المقاسة 44 درجة أي أن تصنيف مستوى تشتت الانتباه لدى أيهم انخفض إلى أقل من المتوسط بدرجة طفيفة أيضاً وذلك عند قياسه بعد وقف البرنامج التدريبي مباشرة، وبعد مرور ثلاثة أشهر عن وقف البرنامج التعديلي وعند إجراء قياس المتابعة وجدت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه لدى أيهم تساوي 46 وتقابل التصنيف على مقياس كونرز -3 أعراض المستوى المتوسط أي أن سلوك أيهم أصبح ضمن الطبيعي والموافق لسلوك أقرانه من نفس العمر . رغم ملاحظة زيادة مستوى تشتت الانتباه لكنها غير دال احصائياً كما أنها ضمن السلوك النموذجي للأطفال المعياريين (العاديين) .

الدرجة المعيارية المقاسة عند الخط القاعدي للطفل المشارك أيمن تساوي 75 درجة وهي تقابل التصنيف مستوى تشتت الانتباه مرتفع جداً عن المتوسط، وقياس تشتت الانتباه بعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريبي أظهر درجة معيارية قدرها 63 وتفسر بمستوى تصنيف فوق المتوسط أي أن الطفل أيمن لا يزال بعيد عن المستوى الطبيعي لسلوك أقرانه لكنها لا تعتبر مرتفعة عيادياً ولا تشير إلى خطورة أي أنه تجاوز مرحلة الخطر في اضطراب سلوكه (تشتت الانتباه)، وبعد ثلاثة أشهر أخرى من خضوعه لبرنامج تعديل السلوك أفرز قياس تشتت انتباهه على درجة قدرها 57 وهي الدرجة التي تحصل عليها عند وقف البرنامج التدريبي مباشرة وتقابل تصنيفاً بمستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة وعيادياً فسلوك تشتت الانتباه لا يمثل إشكالاً ويعتبر قد وصل إلى المستوى المطلوب وبعد ثلاثة أشهر تم قياس المتابعة لأيمن وتحصل على درجة معيارية لتشتت الانتباه تساوي 55 تقابل تصنيفاً بمستوى متوسط وهو المطلوب أي أن سلوك تشتت الانتباه لدى أيمن تحسن وأصبح ضمن الطبيعي والاعتيادي عند الأطفال في مثل سنه .

بالنسبة للطفل المشارك مسعود وجدت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه لديه عند تشخيص الدخول تساوي 82 درجة وتقابل تصنيفاً بمستوى تشتت انتباه مرتفع جداً، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق برنامج تعديل السلوك عليه أصبحت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه لديه 66 وتقابل مستوى تصنيفي فوق المتوسط بدرجة كبيرة أي أن مسعود لا يزال ضمن مستوى تشتت انتباه مضطرب رغم انخفاض الحاصل،

وبعد ثلاثة أشهر أخرى من تطبيق البرنامج التعديلي عليه حصل على درجة معيارية لتشتت الانتباه قدرها 51 وتصنف ضمن مستوى فوق المتوسط وكان ذلك بإنهاء برنامج تعديل السلوك، سلوك تشتت الانتباه تحسن عياديا لكنه لا يزال ضمن فوق المتوسط مقارنة بأقرانه مع ذلك فهو لا يعد ضمن دائرة الاضطراب، بعد ثلاثة أشهر من وقف التدريب أجري لمسعود قياس المتابعة وتحصل على درجة معيارية لتشتت الانتباه لديه قدرها 47 وتقابل تصنيف بمستوى متوسط وهذا يعني أن سلوك تشتت الانتباه لدى مسعود استمر في التحسن وأصبح ضمن الاعتيادي والطبيعي .

التشخيص الأولي لصفوان أظهر درجة معيارية قدرها 91 وتقابل تصنيفا بمستوى تشتت انتباه مرتفع جدا، وبعد ثلاثة أشهر من خضوعه لبرنامج تعديل السلوك بين تشخيصه درجة معيارية قدرها 60 وتصنف ضمن مستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة، وعند تشخيصه فور نهاية برنامج تعديل السلوك تحصل على درجة معيارية لتشتت الانتباه تساوي 48 وتقابل تصنيفا بمستوى متوسط وهذا جيد لأنه أصبح ضمن المتوسط والمعتاد من سلوك تشتت الانتباه لدى أقرانه، عند قياس المتابعة بعد ثلاثة أشهر من إيقاف التدريب وجد تشتت الانتباه لديه يساوي درجة معيارية قدرها 49 وتقابل المستوى المتوسط من تشتت الانتباه وهذا يعني أن صفوان حافظ على التحسن الذي أحرزه من تطبيق البرنامج التدريبي عليه .

بالنسبة للطفلة آلاء شخص تشتت الانتباه لديها في الجلسة الأولية للدخول بدرجة قدرها 86 وصنفت بمستوى تشتت انتباه مرتفع جدا، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق برنامج تعديل السلوك عليها تحصلت على درجة معيارية من تشتت الانتباه قدرها 62 وصنفت بمستوى تشتت انتباه فوق المتوسط، وعند نهاية برنامج تعديل السلوك شخص تشتت الانتباه لديها بدرجة 54 وصنفت ضمن المستوى المتوسط أي أنها أصبحت تماثل أقرانها وأصبح سلوكها ضمن الاعتيادي، وعند تشخيص المتابعة وجدت درجة تشتت الانتباه لديها 53 وتصنف ضمن المتوسط وتعني أن آلاء حافظت على التحسن الذي أحرزته من البرنامج التدريبي لتعديل السلوك حسب تقديرات الأم .

وجد عند الطفل المشارك مازن عند تشخيص الدخول تحصل على درجة تشتت انتباه 68 وصنف ضمن مستوى المرتفع، وبعد ثلاثة أشهر من معالجته ببرنامج تعديل السلوك تحصل على درجة معيارية لتشتت انتباه قدرها 56 وأصبح ضمن تصنيف فوق المتوسط بدرجة طفيفة، وعند تشخيصه بنهاية برنامج تعديل السلوك تحصل على درجة معيارية من تشتت الانتباه قدرها 48 وتقابل تصنيفا بمستوى متوسط أي يماثل أقرانه وتعديل سلوك تشتت الانتباه لديه إلى المستوى الاعتيادي والطبيعي، وفي تشخيص المتابعة

حصل على درجة معيارية لتشتت الانتباه قدرها 46 وصنف بمستوى متوسط أيضا مما يدل على أن تحسن مستوى تشتت الانتباه لديه بقي مستقرا ولم ينعكس أي أنه حافظ على النتيجة العلاجية التعديلية .

تشخيص الدخول عند الطفل المشارك منير قدر بدرجة معيارية من تشتت الانتباه تساوي 67 وتمائل التصنيف بمستوى تشتت انتباه مرتفع، وبعد تعديل سلوكه لفترة قدرها ثلاثة أشهر أصبحت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه لديه تساوي 45 وصنف بمستوى تشتت انتباه متوسط أي أنه أصبح ضمن السلوك الطبيعي لأقرانه، وعند قياس نهاية البرنامج التدريبي لتعديل السلوك تحصل على درجة معيارية لتشتت الانتباه (42) وصنف تشتت الانتباه لديه بمستوى أقل من المتوسط بدرجة طفيفة، وعند قياس المتابعة بعد ثلاثة أشهر وجدت درجة تشتت الانتباه لديه (45) وصنف بمستوى متوسط وهذا يدل على أنه حافظ على التعديل الذي حصل عليه .

شخص الطفل حاتم بتشتت انتباه قدره 93 وصنف بمستوى عالي من تشتت الانتباه، وبعد ثلاثة أشهر من خضوعه للبرنامج التدريبي لتعديل السلوك تم قياس الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه لديه وقدرت (72) حيث صنف حينها بمستوى عال أيضا رغم انخفاض درجة تشتت الانتباه لديه إلا أنها لا تزال ضمن مجال خطر التشخيص باضطراب تشتت الانتباه. وبعد ثلاثة أشهر أخرى من الاستمرار في التعديل قيمت درجة تشتت الانتباه لديه (61) وصنف ضمن مستوى فوق المتوسط بنهاية برنامج تعديل السلوك، عند تقييم المتابعة شخص بدرجة معيارية لتشتت الانتباه تقابل 60 درجة وصنف ضمن مستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة وهو مستوى مقبول عياديا ولا يصنف ضمن الاضطراب بل سلوك عادي .

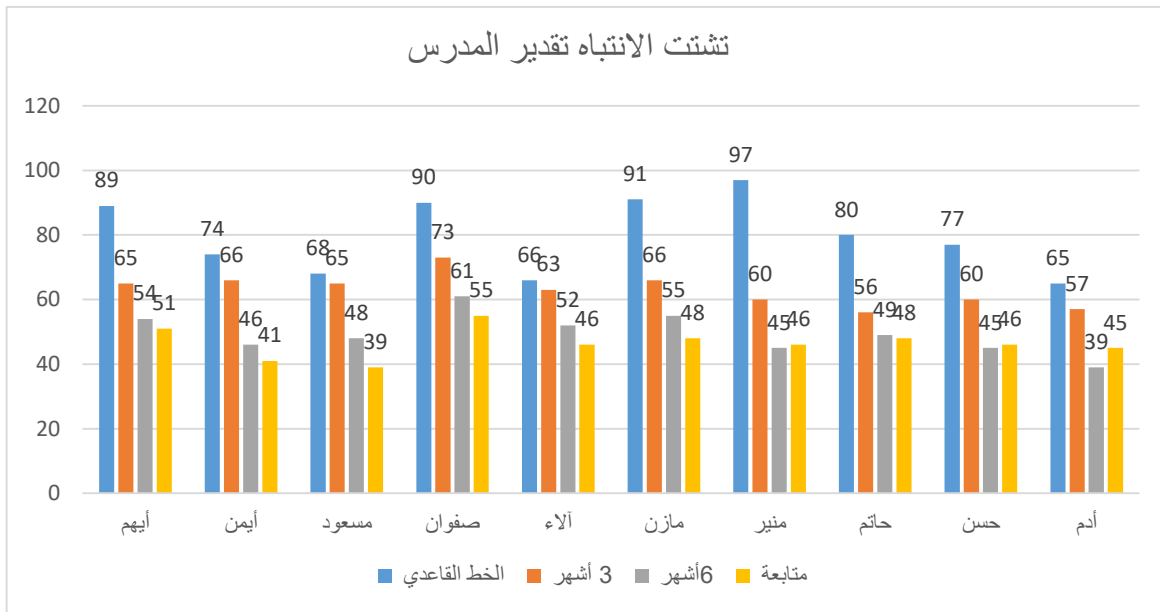
وشخص الطفل المشارك حسن بمستوى مرتفع من تشتت انتباه (84)، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريبي أصبح مستوى تشتت الانتباه لديه فوق المتوسط (64)، وعند نهاية برنامج تعديل السلوك بمرور ثلاثة أشهر أخرى صنف بمستوى متوسط (52)، وعند قياس المتابعة حصل على تصنيف مستوى متوسط أيضا (49) أي أنه حافظ على التحسن الطارئ على سلوك تشتت الانتباه لديه .

وأخيرا وجد عند الطفل آدم تشتت انتباه بمستوى تصنيف مرتفع (69)، وفي القياس التالي بعد ثلاثة أشهر من خضوعه للبرنامج التدريبي لتعديل سلوك تشتت الانتباه انخفضت الدرجة المعيارية للطفل آدم إلى 56 درجة وصنف بمستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة، وعند قياس نهاية برنامج التعديل انخفضت أيضا

الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه إلى 50 درجة وصنف مستواه متوسط أي أن سلوكه تعدل إلى المستوى الطبيعي الاعتيادي. وفي قياس المتابعة صنف سلوك تشتت الانتباه لديه ضمن المستوى المتوسط أيضا (52) وهذا يدل على الحفاظ على المستوى الذي توصل إليه إثر برنامج تعديل السلوك المطبق عليه .

1-1-2 عرض وتحليل نتائج تطبيق برنامج التدريري لتعديل تشتت الانتباه (المتغير التابع)

لدى الأفراد المشاركين تقدير المدرسين :



الشكل (28) نتائج مقياس كونرز-3 لأعراض DSM-5 تقدير المدرس على الأفراد المشاركين عبر مراحل برنامج التدريري في تعديل تشتت الانتباه

تحليل الشكل (28) الذي يوضح الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه تقدير المدرس للأطفال المشاركين ضمن برنامج تعديل السلوك، يبين أن :

الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه تقدير المدرس لدى أيهم عند الخط القاعدي (89) وتصنيفه مستوى مرتفع من تشتت الانتباه وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق برنامج تعديل السلوك عليه انخفضت قيمة الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه لديه إلى 65 وتعني أن مستوى تشتت الانتباه لديه أصبح فوق المتوسط ، وبعد مرور ثلاثة أشهر أخرى من الاستمرار في تطبيق البرنامج التدريري لتعديل اضطراب تشتت الانتباه أصبحت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه المقاسة 54 درجة وتصنيفه مستوى متوسط من تشتت الانتباه وذلك عند

قياسه بعد وقف البرنامج التدريبي مباشرة، وبعد مرور ثلاثة أشهر عن وقف البرنامج التدريبي وعند إجراء قياس المتابعة وجدت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه لدى أيهم تساوي 51 وصنف بمستوى متوسط أيضا على مقياس كورنر -3 المستوى المتوسط أي أن سلوك أيهم أصبح ضمن الطبيعي والموافق لسلوك أقرانه من نفس العمر؛ ويمثل السلوك النموذجي للأطفال المعياريين (العاديين) .

الدرجة المعيارية المقاسة عند الخط القاعدي للطفل المشارك أيمن (74) و تقابل التصنيف مستوى تشتت الانتباه مرتفع جدا عن المتوسط، والدرجة المعيارية لقياس تشتت الانتباه بعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريبي قدرها (66) بمستوى تصنيف مرتفع أي أن الطفل أيمن لا يزال بعيد عن المستوى الطبيعي لسلوك أقرانه مع أنها انخفضت عن السابق ، وبعد ثلاثة أشهر أخرى من خضوعه لبرنامج تعديل السلوك تحصل على درجة تشتت انتباه قدره (46) عند وقف البرنامج التدريبي مباشرة و صنف بمستوى تقابل تصنيفا بمستوى متوسط حيث وصل إلى المستوى المطلوب ، وبعد ثلاثة أشهر تم قياس المتابعة لأيمن و قدرت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه (41) وصنف بمستوى أقل من المتوسط بدرجة طفيفة .

وجدت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه لدى الطفل المشارك مسعود، عند تشخيص الدخول تساوي 68 درجة وصنف بمستوى تشتت انتباه مرتفع، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق برنامج تعديل السلوك عليه؛ شخضت درجة تشتت الانتباه المعيارية (65) بمستوى تصنيف فوق المتوسط ومازال في حاجة للتعديل رغم الانخفاض الحاصل، وبعد ثلاثة أشهر أخرى من تطبيق البرنامج التدريبي عليه؛ حصل على درجة معيارية (48) من تشتت الانتباه، وتصنف ضمن مستوى المتوسط وكان ذلك بإنهاء برنامج تعديل السلوك، سلوك تشتت الانتباه تحسن عيادي وأصبح ضمن المتوسط والاعتيادي مقارنة بأقرانه ، بعد ثلاثة أشهر من وقف التدريب بين قياس المتابعة درجة معيارية لتشتت الانتباه (39)؛ وصنف بمستوى أقل من متوسط .

التشخيص الأولي لصفوان أظهر درجة معيارية (90) وصنف بمستوى تشتت انتباه مرتفع جدا، وبعد ثلاثة أشهر من خضوعه لبرنامج تعديل السلوك بين تشخيصه درجة معيارية (73) وبقي التصنيف بمستوى مرتفع جدا، وعند تشخيصه فور نهاية برنامج تعديل السلوك تحصل على درجة معيارية (61) لتشتت الانتباه وصنف بمستوى فوق المتوسط و لكنه تجاوز الخطورة العيادية، عند قياس المتابعة بعد ثلاثة أشهر من إيقاف التدريب؛ وجدت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه (55) وتقابل المستوى المتوسط من تشتت الانتباه وهذا يعني أن التحسن في خفض اعراض تشتت الانتباه بقي متواصلا رغم إيقاف تطبيق برنامج تعديل السلوك .

شخصت الطفلة آلاء بتشنت الانتباه بمستوى مرتفع (66) في الجلسة الأولى للدخول، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق برنامج تعديل السلوك عليها انخفضت الدرجة المعيارية لتشنت الانتباه إلى (63) وأصبح تصنيفها مستوى تشنت انتباه فوق المتوسط، وعند نهاية برنامج تعديل السلوك شخص تشنت الانتباه لديها بدرجة (52) وأصبح تصنيفها ضمن المستوى المتوسط حيث تجاوزت الاضطراب و أصبح سلوكها ضمن الاعتيادي (النموذجي) أي أنها تماثل أقرانها ، وعند تشخيص المتابعة وجدت درجة تشنت الانتباه لديها (46) وصنفت ضمن المتوسط وهذا يدل على أن آلاء حافظت على التحسن الذي أحرزته من البرنامج التدريبي لتعديل السلوك حسب تقديرات المدرس .

أوضح تشخيص الدخول الطفل المشارك مازن مستوى مرتفع جدا من تشنت الانتباه (91) 68 ، وبعد ثلاثة أشهر من معالجته ببرنامج تعديل السلوك تحصل على تصنيف مستوى مرتفع (66) ، وعند تشخيصه بنهاية برنامج تعديل السلوك أصبح تصنيفه مستوى متوسط (55) أي يماثل أقرانه وتعديل سلوك تشنت الانتباه لديه إلى المستوى الاعتيادي والطبيعي، وفي تشخيص المتابعة حصل على درجة معيارية لتشنت الانتباه قدرها (48) وبقي تصنيفه في المستوى المتوسط أيضا، مما يدل على أن تحسن مستوى تشنت الانتباه لديه بقي مستقرا ولم ينتكس أي أنه حافظ على النتيجة العلاجية التعديلية .

شخص الطفل المشارك منير في الجلسة الأولى للالتقاء بمستوى مرتفع جدا من تشنت الانتباه (97) ، وبعد تعديل سلوكه لفترة قدرها ثلاثة أشهر انخفض مستوى تصنيفه إلى فوق المتوسط بدرجة طفيفة (60) حيث تحسنت أعراض تشنت الانتباه لكنها لازالت تفوق المتوسط قليلا رغم ذلك فهي لا تعد اضطرابا عياديا، وبنهاية البرنامج التدريبي لتعديل السلوك تم قياس الدرجة المعيارية لتشنت الانتباه فوجدت (45) بتصنيف مستوى متوسط أي أنه أصبح ضمن المستوى الطبيعي، وعند قياس المتابعة بعد ثلاثة أشهر وجدت درجة تشنت الانتباه لديه (46) وصنف بمستوى متوسط وهذا يدل على أنه حافظ على التعديل الذي حصل عليه .

حصل الطفل حاتم بدخوله في برنامج تعديل السلوك على تصنيف بمستوى مرتفع جدا من تشنت انتباه (80)، وبعد ثلاثة أشهر من خضوعه للبرنامج التدريبي لتعديل السلوك تم قياس الدرجة المعيارية لتشنت الانتباه لديه وقدرت (56) وصنف بمستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة حيث تحسنت اعراض تشنت الانتباه لديه وتجاوزت مرحلة الخطر. وبعد ثلاثة أشهر أخرى من الاستمرار في التعديل قيمت درجة تشنت الانتباه لديه (48) بتصنيف مستوى متوسط وهو المطلوب؛ بنهاية برنامج تعديل السلوك، عند تقييم المتابعة

شخص بدرجة معيارية لتشتت الانتباه تقابل 49 درجة وصنف ضمن المستوى المتوسط حيث أصبح سلوك تشتت الانتباه لديه في المستوى العادي .

وشخص الطفل المشارك حسن بمستوى مرتفع جدا من تشتت انتباه (77)، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريبي أصبح مستوى تشتت الانتباه لديه فوق المتوسط بدرجة طفيفة (60)، وعند نهاية برنامج تعديل السلوك بمرور ثلاثة أشهر أخرى صنف بمستوى متوسط (45)، وعند قياس المتابعة حصل على تصنيف مستوى متوسط أيضا (46) أي أنه حافظ على التحسن الطارئ على سلوك تشتت الانتباه لديه

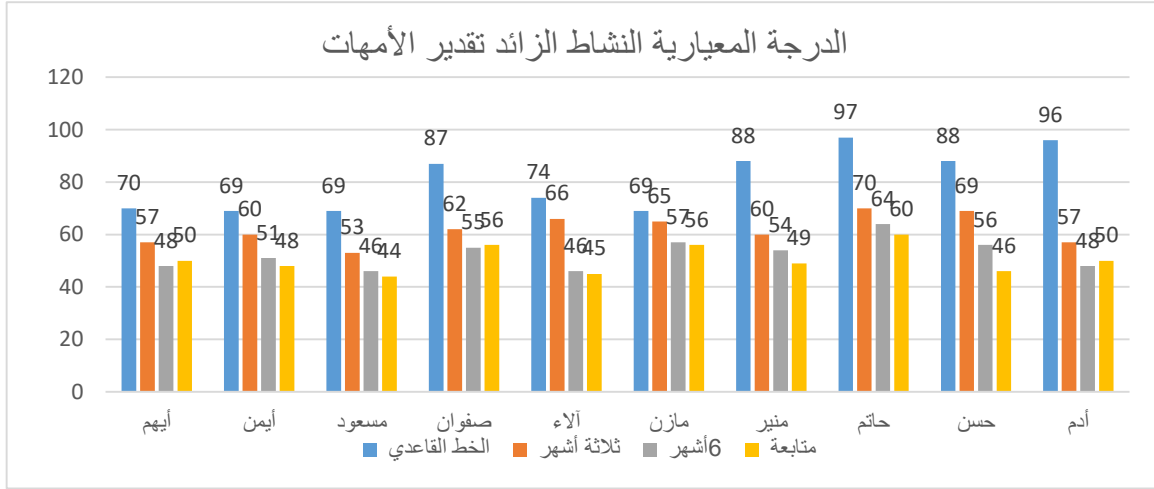
بالنسبة للطفل "آدم" شخص عند القبول بمستوى فوق المتوسط من تشتت الانتباه (65)، وبعد ثلاثة أشهر من خضوعه لبرنامج التدخل أصبح تصنيفه بمستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة (57) حيث تجاوز مرحلة الخطر، وبعد ثلاثة أشهر أخرى من تطبيق برنامج التدريبي عليه انخفضت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه لديه إلى (39) بمستوى أقل من المتوسط، وبتشخيص في المتابعة تحصل على تصنيف بمستوى متوسط وهو المطلوب (45) .

1-2 عرض وتحليل نتائج تطبيق برنامج التدريبي لتعديل النشاط الزائد (المتغير التابع) لدى الأفراد المشاركين :

تم الاعتماد على تقييمات الأمهات والمدرسين خلال تطبيق البرنامج التدريبي (القائم على تعديل السلوك) وبعد ثلاثة أشهر من التوقف .

1-2-1 عرض وتحليل نتائج تطبيق برنامج التدريري لتعديل النشاط الزائد (المتغير التابع) لدى

الأفراد المشاركين تقدير الأمهات :



الشكل (29) نتائج مقياس كونرز-3 DSM-5 تقدير الأمهات على الأفراد المشاركين عبر مراحل قياس البرنامج التدريري في تعديل النشاط الزائد

يوضح الشكل (29) الدرجة المعيارية للنشاط الزائد تقدير الأم للطفل أيهم عند الخط القاعدي (70) وتصنيفه مستوى مرتفع من النشاط الزائد، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريري عليه انخفضت قيمة الدرجة المعيارية للنشاط الزائد لديه إلى 57 وتعني أن مستوى النشاط الزائد لديه أصبح فوق المتوسط بدرجة طفيفة، وبعد مرور ثلاثة أشهر أخرى من الاستمرار في تطبيق البرنامج التدريري لتعديل اضطراب النشاط الزائد؛ أصبحت الدرجة المعيارية للنشاط الزائد المقاسة 48 درجة، وتصنيفه مستوى متوسط من النشاط الزائد وذلك عند قياسه بعد وقف البرنامج التدريري مباشرة، وبعد مرور ثلاثة أشهر عن وقف البرنامج التدريري وعند إجراء قياس المتابعة وجدت الدرجة المعيارية للنشاط الزائد لدى أيهم تساوي 50 وصنف بمستوى متوسط أيضا على مقياس كونرز-3 المستوى المتوسط أي أن سلوك النشاط الزائد لدى أيهم أصبح ضمن الطبيعي والموافق لسلوك أقرانه من نفس العمر . ويمثل السلوك النموذجي للأطفال المعياريين (العاديين) .

الدرجة المعيارية المقاسة عند الخط القاعدي للطفل المشارك أيمن (69) و تقابل التصنيف مستوى النشاط الزائد مرتفع ، والدرجة المعيارية لقياس النشاط الزائد بعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريري (60) بمستوى تصنيف فوق المتوسط بدرجة طفيفة ، أي أن الطفل أيمن يقترب من المستوى الطبيعي لسلوك أقرانه، وبعد ثلاثة أشهر أخرى من خضوعه للبرنامج التدريري تحصل على درجة النشاط الزائد قدره

(51) عند وقف البرنامج التدريبي مباشرة وتلقى تصنيفا بمستوى متوسط تصنيفا بمستوى متوسط وبهذا يكون قد وصل إلى المستوى المطلوب، وبعد ثلاثة أشهر تم قياس المتابعة لأيمن و قدرت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه (48) وصنف بمستوى المتوسط، وبالتالي يكون قد حافظ على تحسن أعراض النشاط الزائد المحرز .

وجدت الدرجة المعيارية للنشاط الزائد لدى الطفل المشارك مسعود، عند تشخيص الدخول تساوي 69 درجة وصنف بمستوى النشاط الزائد مرتفع، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريبي عليه؛ شخصت درجة النشاط الزائد المعيارية (53) بتصنيف "مستوى متوسط"، أي وصل إلى المستوى الطبيعي، وبعد ثلاثة أشهر أخرى من تطبيق البرنامج التدريبي عليه؛ حصل على درجة معيارية (46) من النشاط الزائد، وتصنف ضمن مستوى المتوسط وكان ذلك بإنهاء البرنامج التدريبي، اضطراب النشاط الزائد تحسن وأصبح ضمن المتوسط والاعتيادي مقارنة بأقرانه، بعد ثلاثة أشهر من وقف التدريب أوضح قياس المتابعة درجة معيارية النشاط الزائد (44)؛ وصنف بمستوى أقل من متوسط بدرجة طفيفة .

التشخيص الأولي لصفوان أظهر درجة معيارية (87) وصنف بمستوى نشاط زائد مرتفع جدا، وبعد ثلاثة أشهر من خضوعه للبرنامج التدريبي بين تشخيصه درجة معيارية (62) حيث أصبح تصنيفه مستوى فوق المتوسط، وعند تشخيصه فور نهاية البرنامج التدريبي انخفضت درجته المعيارية إلى (55) وصنف بمستوى المتوسط، عند قياس المتابعة بعد ثلاثة أشهر من إيقاف التدريب؛ وجدت الدرجة المعيارية للنشاط الزائد (56) إذ حافظ على المستوى المتوسط بعد إيقاف تطبيق البرنامج التدريبي .

شخصت الطفلة آلاء بالنشاط الزائد بمستوى مرتفع جدا (74) في الجلسة الأولية للدخول، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريبي عليها انخفضت الدرجة المعيارية للنشاط الزائد إلى (66) وأصبح تصنيفها مستوى النشاط الزائد فوق المتوسط، وعند نهاية البرنامج التدريبي شخص النشاط الزائد لديها بدرجة (46) تقابل التصنيف ضمن المستوى المتوسط حيث تجاوزت الاضطراب و أصبح سلوكها ضمن الاعتيادي (النموذجي) أي أنها تماثل أقرانها ، وعند تشخيص المتابعة وجدت درجة النشاط الزائد لديها (45) وصنفت ضمن المتوسط وهذا يدل على أن آلاء حافظت على التحسن الذي أحرزته من البرنامج التدريبي لتعديل السلوك حسب تقديرات الأم .

أوضح تشخيص الدخول للطفل المشارك مازن مستوى مرتفع جدا من النشاط الزائد (69) ، وبعد ثلاثة أشهر من معالجته بالبرنامج التدريبي تحصل على تصنيف مستوى فوق المتوسط (65)، وعند تشخيصه بنهاية البرنامج التدريبي أصبح تصنيفه مستوى متوسط (57) أي يماثل أقرانه وتعديل النشاط الزائد لديه إلى المستوى الاعتيادي والطبيعي، وفي تشخيص المتابعة حصل على درجة معيارية للنشاط الزائد قدرها (56) وبقي تصنيفه في المستوى المتوسط أيضا، مما يدل على أن تحسن مستوى النشاط الزائد لديه بقي مستقرا ولم ينعكس أي أنه حافظ على نتيجة التدريب التعديلية .

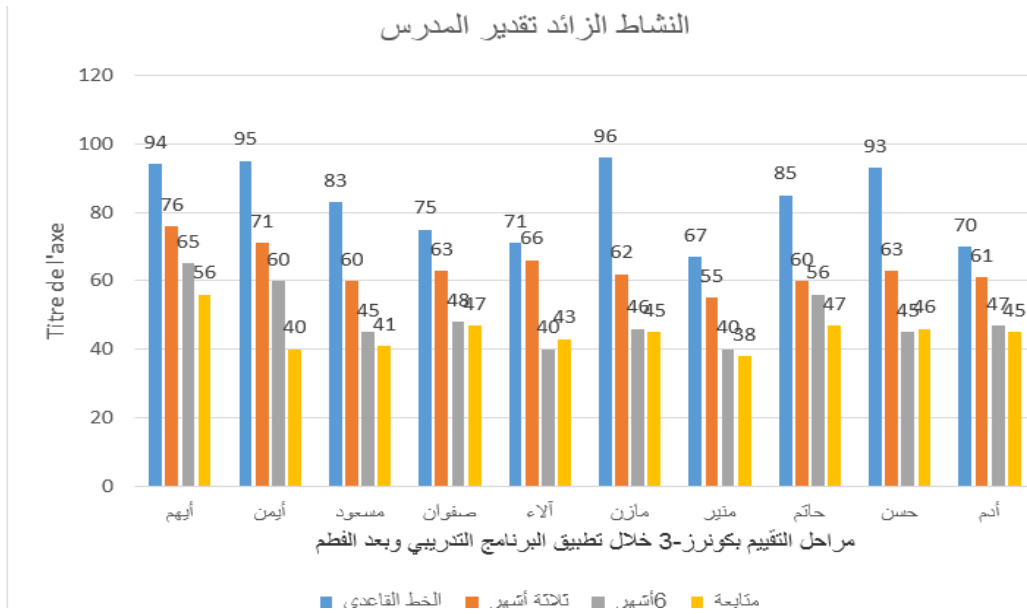
شخص الطفل المشارك منير في الجلسة الأولية للانتقاء بمستوى مرتفع جدا من النشاط الزائد(88) وبعد تعديل سلوكه لفترة قدرها ثلاثة أشهر انخفض مستوى تصنيفه إلى فوق المتوسط بدرجة طفيفة (60) حيث تحسنت أعراض النشاط الزائد لكنها لازالت تفوق المتوسط قليلا رغم ذلك فهي لا تعد اضطرابا عياديا، وبنهاية البرنامج التدريبي لتعديل السلوك تم قياس الدرجة المعيارية للنشاط الزائد فوجدت (54) بتصنيف مستوى متوسط أي أنه أصبح ضمن المستوى الطبيعي، وعند قياس المتابعة بعد ثلاثة أشهر وجدت درجة النشاط الزائد لديه (49)؛ وصنف بمستوى متوسط وهذا يدل على أنه حافظ على التعديل الذي حصل عليه حصل الطفل حاتم بدخوله في برنامج تعديل السلوك على تصنيف بمستوى مرتفع جدا من النشاط الزائد (97)، وبعد ثلاثة أشهر من خضوعه للبرنامج التدريبي لتعديل السلوك قدرت الدرجة المعيارية (70) وتقابل التصنيف بمستوى مرتفع حيث تحسنت أعراض النشاط الزائد لكنها لم تتجاوز بعد مرحلة الخطر. وبعد ثلاثة أشهر أخرى من الاستمرار في التعديل قيمت درجة النشاط الزائد لديه (64) وتقابل التصنيف بمستوى فوق المتوسط تحسن جيد وتجاوز الخطر العيادي؛ بنهاية البرنامج التدريبي . في تقييم المتابعة شخص بدرجة معيارية للنشاط الزائد تقابل 60 درجة وصنف ضمن المستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة حيث أصبح سلوك النشاط الزائد لديه يقترب جدا من المستوى العادي .

وشخص الطفل المشارك حسن بمستوى مرتفع جدا من النشاط الزائد (88)، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريبي أصبح مستوى النشاط الزائد لديه مرتفع (69) إلا أنه انخفض بالنسبة للقياس الأولي، وعند نهاية البرنامج التدريبي بمرور ثلاثة أشهر أخرى؛ انخفض تصنيف النشاط الزائد إلى المستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة (56)، وعند قياس المتابعة انخفض التصنيف إلى المستوى المتوسط أي أن تعديل النشاط الزائد استمر في التحسن (46) .

بالنسبة للطفل "آدم" شخص عند القبول بمستوى مرتفع جدا من النشاط الزائد (96)، وبعد ثلاثة أشهر من خضوعه لبرنامج التدخل انخفض تصنيفه إلى المستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة (57) حيث تجاوز مرحلة الخطر، وبعد ثلاثة أشهر أخرى من تطبيق برنامج التدريبي عليه انخفضت الدرجة المعيارية للنشاط الزائد لديه إلى المستوى المتوسط (48) ووصلت إلى المستوى المطلوب من النشاط، وبتشخيص آدم خلال فترة المتابعة تحصل على تصنيف مستوى متوسط (50) وهذا يدل على محافظة على التحسن المحرز من التدريب التعديلي .

1-2-2 عرض وتحليل نتائج تطبيق برنامج التدريبي لتعديل النشاط الزائد (المتغير التابع) لدى

الأفراد المشاركين تقدير المدرسين :



الشكل (30) نتائج مقياس الفرعي النشاط الزائد (كونرز-3 وفق DSM-5) تقدير المدرس على

الأفراد المشاركين عبر مراحل برنامج التعديل

يوضح الشكل (30) تقديرات المدرسين للدرجات المعيارية للنشاط الزائد، للأطفال المشاركين في برنامج التدريب التعديلي عبر مرور الزمن ، الدرجة المعيارية للنشاط الزائد، تقدير المدرس للطفل أيهم عند الخط القاعدي (94) وتصنيفه مستوى مرتفع جدا من النشاط الزائد، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق برنامج التعديل عليه انخفضت قيمة الدرجة المعيارية للنشاط الزائد، لديه إلى 76 وتقابل تصنيف مستوى مرتفع من النشاط الزائد؛ رغم انخفاض النشاط الزائد إلا أنه لا يزال ضمن دائرة الخطر العيادي ، وبعد مرور ثلاثة أشهر أخرى من الاستمرار في تطبيق البرنامج التدريبي لتعديل اضطراب النشاط الزائد؛ انخفضت

الدرجة المعيارية للنشاط الزائد المقاسة إلى 65 درجة إذ تقابل تصنيف مستوى فوق المتوسط؛ حيث استمرت أعراض النشاط الزائد في التحسن لكنها لا تزال تقترب قليلا من الاضطراب، وذلك عند قياسه بعد وقف البرنامج التدريبي مباشرة، وبعد مرور ثلاثة أشهر عن وقف البرنامج التدريبي حيث أجري له قياس المتابعة؛ وجدت الدرجة المعيارية للنشاط الزائد لدى أيهم تساوي 56 وصنف بمستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة، وعياديا تدل على النمط الطبيعي من السلوك، أي أن اضطراب النشاط الزائد لدى أيهم انخفض وتعدل و أصبح نشاطه ضمن الطبيعي والموافق لسلوك أقرانه من نفس العمر . ويمثل السلوك النموذجي للأطفال العاديين .

الدرجة المعيارية المقاسة عند الخط القاعدي للطفل المشارك أيمن (95) مستوى النشاط الزائد مرتفع جدا، والدرجة المعيارية لقياس النشاط الزائد؛ بعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريبي (71) مستوى مرتفع جدا حيث انخفض النشاط الزائد؛ لديه لكنه ظل بمستوى مرتفع جدا، أي أن الطفل أيمن يحتاج إلى مواصلة التدريب، وبعد ثلاثة أشهر أخرى من خضوعه للبرنامج التدريبي لتعديل الاضطراب ؛ تحصل على درجة معيارية للنشاط الزائد قدرها (60)؛ عند وقف البرنامج التدريبي مباشرة وتلقى تصنيفا بمستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة أي أنه اقترب من السلوك الطبيعي رغم أنه عياديا يعتبر ضمن النموذجي ولا يوجد خطر ، وبعد ثلاثة أشهر تم قياس المتابعة لأيمن و قدرت الدرجة المعيارية للنشاط الزائد (40)، حيث تحصل على التصنيف بمستوى أقل من المتوسط بدرجة طفيفة وبالتالي يكون قد حافظ على تحسن أعراض النشاط الزائد المحرز .

وجدت الدرجة المعيارية للنشاط الزائد لدى الطفل المشارك مسعود، عند تشخيص الدخول تساوي 83 درجة وصنف بمستوى النشاط الزائد مرتفع، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق برنامج التعديل عليه؛ شخصت درجة النشاط الزائد المعيارية (60) تصنيف "مستوى فوق متوسط بدرجة طفيفة"، أي وصل إلى المستوى الطبيعي، وبعد ثلاثة أشهر أخرى من تطبيق البرنامج التدريبي عليه؛ حصل على درجة معيارية (45) من النشاط الزائد، وصنف ضمن مستوى المتوسط وكان ذلك بإنهاء برنامج التعديل ، سلوك النشاط الزائد تحسن وأصبح ضمن المتوسط والاعتيادي مقارنة بأقرانه، بعد ثلاثة أشهر من وقف التدريب أوضح قياس المتابعة درجة معيارية للنشاط الزائد (41)؛ وصنف بمستوى أقل من المتوسط بدرجة طفيفة .

التشخيص الأولي لصفوان أظهر درجة معيارية (75) وصنف بمستوى نشاط زائد مرتفع جدا، وبعد ثلاثة أشهر من خضوعه لبرنامج التعديل بين تشخيصه درجة معيارية (63) حيث أصبح تصنيفه مستوى

فوق المتوسط، وعند تشخيصه فور نهاية برنامج التعديل انخفضت درجته المعيارية إلى (48) وصنف بمستوى المتوسط، عند قياس المتابعة بعد ثلاثة أشهر من إيقاف التدريب؛ وجدت الدرجة المعيارية للنشاط الزائد (47) إذ حافظ على المستوى المتوسط بعد إيقاف تطبيق برنامج التعديل .

شخصت الطفلة آلاء بالنشاط الزائد بمستوى مرتفع جدا (71) في الجلسة الأولى للدخول، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق برنامج التعديل عليها انخفضت الدرجة المعيارية بالنشاط الزائد إلى (66) وأصبح تصنيفها مستوى نشاط زائد فوق المتوسط بدرجة كبيرة (مرتفع)، وعند نهاية برنامج التعديل شخص النشاط الزائد، لديها بدرجة (40) يقابل التصنيف أقل من المستوى المتوسط بدرجة طفيفة؛ حيث تجاوزت الاضطراب وأصبح سلوكها ضمن الاعتيادي (النموذجي) تماثل أقرانها، وعند تشخيص المتابعة وجدت درجة النشاط الزائد لديها (43) وصنفت ضمن المتوسط وهذا يدل على أن آلاء حافظت على التحسن الذي أحرزته من البرنامج التدريبي للتعديل .

أوضح تشخيص الدخول للطفل المشارك مازن مستوى مرتفع جدا من النشاط الزائد (96) ، وبعد ثلاثة أشهر من معالجته ببرنامج التعديل ؛ تحصل على تصنيف مستوى فوق المتوسط (62)، وعند تشخيصه بنهاية برنامج التعديل أصبح تصنيفه مستوى متوسط (46) أي يماثل أقرانه وتعديل النشاط الزائد لديه إلى المستوى الاعتيادي والطبيعي، وفي تشخيص المتابعة حصل على درجة معيارية للنشاط الزائد؛ قدرها (45) وبقي تصنيفه في المستوى المتوسط أيضا، مما يدل على أن تحسن مستوى النشاط الزائد؛ لديه بقي مستقرا ولم ينتكس أي أنه حافظ على النتيجة التدريبية التعديلية .

شخص الطفل المشارك منير في الجلسة الأولى للاندقاء بمستوى مرتفع من النشاط الزائد (67) ، وبعد تعديل سلوكه لفترة قدرها ثلاثة أشهر انخفض مستوى تصنيفه إلى المتوسط (55) حيث تحسنت أعراض النشاط الزائد، وبنهاية البرنامج التدريبي لتعديل السلوك لديه تم قياس الدرجة المعيارية للنشاط الزائد؛ فوجدت (40) بتصنيف مستوى متوسط أي أنه أصبح ضمن المستوى الطبيعي، وعند قياس المتابعة بعد ثلاثة أشهر وجدت درجة النشاط الزائد لديه (38)؛ وصنف بمستوى متوسط وهذا يدل على أنه حافظ على التعديل الذي حصل عليه .

حصل الطفل حاتم بدخوله في برنامج التعديل على تصنيف بمستوى مرتفع جدا من النشاط الزائد (85)، وبعد ثلاثة أشهر من خضوعه للبرنامج التدريبي للتعديل قدرت الدرجة المعيارية (60) وتقابل التصنيف بمستوى فوق المتوسط حيث تحسنت أعراض النشاط الزائد؛ لكنها لا تزال تقترب من الاضطراب

رغم ذلك عياديا تعتبر طبيعية. وبعد ثلاثة أشهر أخرى من الاستمرار في التعديل قيمت درجة النشاط الزائد لديه (56) وتقابل التصنيف بمستوى فوق المتوسط بدرجة طفيفة تواصل تحسن أعراض النشاط الزائد؛ بنهاية برنامج التعديل. في تقييم المتابعة شخص بدرجة معيارية للنشاط الزائد، تقابل 47 درجة وصنف ضمن المستوى المتوسط حيث أصبح النشاط الزائد لديه يقترب جدا من المستوى العادي .

وشخص الطفل المشارك حسن بمستوى مرتفع جدا من النشاط الزائد (93)، وبعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريبي انخفض مستوى النشاط الزائد لديه إلى فوق المتوسط (63)، وعند نهاية برنامج تعديل السلوك بمرور ثلاثة أشهر أخرى؛ انخفض تصنيف النشاط الزائد إلى المستوى المتوسط (45)، وعند قياس المتابعة تحصل على المستوى المتوسط التصنيف أي أن تعديل النشاط الزائد تم الحفاظ عليه (46).

بالنسبة للطفل "آدم" شخص عند القبول بمستوى مرتفع جدا من النشاط الزائد (70)، وبعد ثلاثة أشهر من خضوعه لبرنامج التدخل انخفض تصنيفه إلى المستوى فوق المتوسط (61) حيث تجاوز مرحلة الخطر، وبعد ثلاثة أشهر أخرى من تطبيق البرنامج التدريبي عليه انخفضت الدرجة المعيارية للنشاط الزائد لديه إلى المستوى المتوسط (47) أي أنها وصلت إلى المستوى المطلوب من السلوك، وبتشخيص آدم خلال فترة المتابعة تحصل على تصنيف مستوى متوسط (45) وهذا يدل على محافظة على التحسن المحرز من البرنامج التدريبي .

2- عرض وتحليل نتائج تحليل التباين للتصميم المختلط Mixed A * (B) ANOVA

بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة :

1-2 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه :

بهدف بحث أثر البرنامج التدريبي المصمم في هذه الدراسة، في تعديل اضطراب تشتت الانتباه وضعت مجموعة من الفرضيات وللتحقق من صحتها استخدم تحليل التباين المشترك spanova ؛ تصميم القطعة المركبة نموذج (B) * A، لاختبار أثر كل من المتغير المستقل الزمن (داخل المجموعات) بأربع مستويات؛ عبارة عن قياسات متكررة: الخط القاعدي، ثلاثة أشهر، ستة أشهر، والمتابعة. والمتغير المستقل برنامج تعديل السلوك (بين المجموعات) بمستويين: عولجت بالبرنامج / لم تعالج (ضابطة). على المتغير التابع: متوسطات الدرجات المعيارية لمقياس كونرز-3 وفق DSM-5 للبعد الفرعي تشتت الانتباه المقاسة. وفحص تأثير التفاعل بين المتغيرات المستقلة (المعالجة، الزمن) على المتغير التابع (تشتت الانتباه) .

2-1-1 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه حسب تقدير الأمهات :

تم في هذا الجزء التحقق من صحة الفرضيات المصاغة اعتمادا على مقياس كونرز -3

(DSM-5) تقدير الأمهات، حيث نصت فرضيات هذه الجزئية على :

الفرضية الأولى: يوجد أثر دال إحصائيا للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى

المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات .

الفرضية الثانية: يوجد أثر دال إحصائيا لعامل الزمن في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة

التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات .

الفرضية الثالثة: يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين عامل الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في

تعديل تشتت الانتباه لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير الأمهات .

ولاختبار الفرضيات سابقة الذكر وجب التأكد أولا من تحقق شروط spanova: تجانس التباين

وتجانس التباين وتجانس الارتباطات الداخلية .

تجانس الارتباطات الداخلية: أن تكون نماذج الارتباطات الداخلية بين المستويات المختلفة لمعاملات

المقاييس المتكررة متسقة من مستوى إلى آخر بين معاملات المجموعات، ويتم اختباره بإحصاء بوكس؛

وهو حساس جدا لذا يستخدم مستوى معنوية 0.001 عند تفسيره، ويوجد التجانس إذا كان الإحصاء غير

معنوي (سيغما أكبر من 0.001) .

الجدول (65) نتائج اختبار بوكس لتجانس مصفوفة التباين (الارتباطات الداخلية)

27.444	اختبار بوكس Box's
	M
2.071	(ف)
.024	القيمة الجدولة Sig.

الجدول (66) نتائج اختبار موشلي للكروية لاختبار تجانس التغيرات

داخل المجموعات	اختبار موشلي	درجة الحرية	القيمة الجدولية	ابسلون (ب)	
				جرينهاوس-جيسر	هينه-فيدل
عامل الزمن	.245	5	.000	.553	.637

الجدول (67) نتائج اختبار ليفين لتجانس التباين بين المجموعات (التجريبية - الضابطة)

إحصاءة ليفين	درجة الحرية 1	درجة الحرية 2	القيمة الجدولية
الخط القاعدي	1	18	.489
ثلاثة أشهر	1	18	.859
سنة أشهر	1	18	2.123
المتابعة	1	18	3.781

تظهر النتائج أن قيمة Box's ليست ذات دلالة إحصائية لأن ($0.001 < .024 = \text{Sig.}$) إذن تحقق شرط تجانس مصفوفة التغيرات أي تجانس تباين المجموعات .

الشرط الثاني الخاص بتحليل متغير القياسات المتكررة داخل كل مجموعة على حدى، اختبار تجانس التغيرات (الدائرية) لموشلي Mauchly's W، قيمة اختبار موشلي ($F = .245$) ذو دلالة إحصائية ($\text{Sig} = 0.01 > 0.000$) بالتالي رفض الفرضية الصفرية للدائرية (تجانس التغيرات داخل المجموعات) إذن لا يوجد تجانس في التغيرات .

الشرط الثالث الخاص بتحليل التباين بين المجموعات (التجريبية والضابطة)، اختبار ليفين لتجانس التباين ليس معنوي $\text{Sig.} < 0.05$ ، مما يدل على أن الفرض غير منتهك، أن التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة متجانس. وذلك على كل مستويات القياسات المتتالية .

الجدول (68) المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المعيارية للمتغير التابع تشتت الانتباه

المقاسة بكونرز-3 أعراض DSM-5) تقدير الأمهات (المجموعة الضابطة - التجريبية)

مستويات عامل الزمن	مستويات	المتوسط	الانحراف المعياري
التجريبية	عامل البرنامج التدريبي	78.10	10.354

9.527	76.90	الضابطة	الخط قاعدي
7.318	60.00	التجريبية	ثلاثة أشهر
8.950	76.90	الضابطة	
5.594	50.80	التجريبية	ستة أشهر
8.364	76.80	الضابطة	
4.780	50.20	التجريبية	المتابعة
8.888	77.10	الضابطة	

تظهر المعاينة الأولية للجدول (68) أن متوسطات المجموعة الضابطة لم يطرأ عليها أي تغيير بينما متوسطات المجموعة التجريبية تستمر في الانخفاض عبر القياسات المتكررة، حتى في قياس المتابعة مما يفترض أثر فعال للبرنامج التدريبي في تعديل تشتت الانتباه وفيما يلي التحليل الاحصائي للنتائج لاختبار هذا الفرض المتوصل إليه (لتأكيد أو تفنيده) .

مع ملاحظة أنه لكي يكون البرنامج فعالاً يعني أن تتخفض متوسطات الدرجات المعيارية لمقياس تشتت الانتباه أي كلما انخفض المتوسط زاد الانتباه وقل الاضطراب إلى المستوى الطبيعي أي يتم تعديلها.

الجدول (69) اختبار أثر المعالجة التجريبية في التباين بين المجموعة التجريبية والضابطة

نتائج المقياس الفرعي تشتت الانتباه كورنر-3 (DSM-5) حسب تقدير الأمهات

مصدر التباين	مجموع المربعات النمط III	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	القيمة الجدولية Sig.	مربع ايتا الجزئي
المعالجة	5882.450	1	5882.450	25.218	.000	.584
الخطأ التجريبي	4198.750	18	233.264			

تبين نتائج تحليل التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة أن $F = 25.218$ معنوي (ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من $0.01 < Sig = 0.000$). وبالتالي يوجد أثر رئيسي لعامل المعالجة التجريبية (تنفيذ البرنامج التدريبي من عدمه) على الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه. وتدل قيمة مربع ايتا الجزئي (.584) على أن حجم هذا الأثر قوي، ولمعرفة لصالح من هذا الاختلاف تجري

المقارنات البعدية بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. (هل أسهم البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه لدى العينة التي طبق عليها) .

الجدول (70) المقارنات البعدية بين متوسطي المجموعة التجريبية والضابطة على المتغير التابع تشتت الانتباه وفق تقديرات الأمهات

المقارنات الثنائية بنفروني	فرق المتوسطات (I-J)	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة Sig.
التجريبية (I) الضابطة (J)	-17.150*	3.415	.000

* فرق المتوسطات دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05

يوضح جدول المقارنات الزوجية أنه يوجد فرق معنوي (-17.150^*) عند مستوى دلالة أقل من 0.05، والاشارة السالبة تدل على أن متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه للمجموعة التجريبية أقل من متوسط الدرجات المعيارية للمجموعة الضابطة وهذا يدل على الأثر الرئيسي لعامل المعالجة التجريبية (تطبيق البرنامج التدريبي / عدم تطبيقه)، كان لصالح المجموعة التجريبية أي أن البرنامج التدريبي ساهم في خفض متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. (متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه للمجموعة التجريبية أقل من متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه للمجموعة الضابطة) .

الجدول (71) اختبارات الآثار داخل المجموعات (عامل الزمن، التفاعل بين العوامل - المعالجة - الزمن) وفق تقديرات الأمهات على مقياس كونرز-3 لأعراض DSM-5

مربع	القيمة الحرجة الجدولية	(ف)	متوسط المربعات	مجموع المربعات النوع III	المصدر
.805	.000	74.226	843.500	2530.500	الزمن تجانس الدائرية
.805	.000	74.226	1524.182	2530.500	جرينهاوس جيسر
.806	.000	74.823	850.283	2550.850	المعالجة* الزمن تجانس الدائرية
.806	.000	74.823	1536.440	2550.850	جرينهاوس جيسر
			11.364	613.650	الخطأ (الزمن) تجانس الدائرية

التجريبي جرينهاوس جيسر 613.650 20.534

شرط تجانس التباين غير متحقق لذا استخدم اختبار الأثر (ف) أشد قوة لتجاوز مشكلة عدم تجانس التباين (واق لاختراق انتفاء افتراض الدائرية)، وليكن اختبار جرينهاوس - جيسر، تبين نتائج اختبار تحليل التباين Greenhouse-Geisser، (ف = 74.226)، وهو معنوي عند مستوى دلالة $(0.01 > \text{Sig.})$ ، بالنسبة لعامل الزمن، ولكنها نفس القيم التي حصلنا عليها في حالة افتراض تجانس التباين مما يعني أن انتهاك افتراض تجانس التباين يعود الى الأثر الرئيسي لعامل الزمن مما يعني أن قياسات تشتت الانتباه تغيرت بصورة ملحوظة عبر الزمن. وتدل قيمة مربع ايتا الجزئي (.805) على حجم أثر قوي على تباين متوسط درجات تشتت الانتباه عبر القياسات المتتابعة، ولمعرفة لصالح من هذا التغيير نجري المقارنات البعدية .

المقارنات البعدية بالنسبة للمجموعة الضابطة :

الجدول (72) المقارنات المتعددة بين المتوسطات عبر القياسات المتكررة للمتغير التابع تشتت الانتباه لدى المجموعة الضابطة بمقياس كورنر -3 وفق أعراض DSM-5 تقدير الأمهات

الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه تقدير الأمهات				المقارنات المتعددة بنفروني
القيمة الحرجة (الجدولية) Sig.	الخطأ المعياري	فرق المتوسط (I-J)	زمن (J)	زمن (I)
3.99	3.99	.00	ثلاثة أشهر	الخط القاعدي
3.99	3.99	.10	ستة أشهر	
3.99	3.99	-.20	متابعة	
3.99	3.99	.00	الخط القاعدي	ثلاثة أشهر
3.99	3.99	.10	ستة أشهر	
3.99	3.99	-.20	متابعة	
3.99	3.99	-.10	الخط القاعدي	ستة أشهر
3.99	3.99	-.10	ثلاثة أشهر	
3.99	3.99	-.30	متابعة	

3.99	3.99	.20	الخط القاعدي	
3.99	3.99	.20	ثلاثة أشهر	متابعة
3.99	3.99	.30	سنة أشهر	

* فرق المتوسط دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05

تبين نتائج المقارنات البعدية للقياسات المتكررة لمتوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه عند المجموعة الضابطة؛ أن الفروق في المتوسطات ليست ذات دلالة إحصائية (الفرق غير معنوي عند مستوى دلالة 0.05) بمعنى أن متوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه عند المجموعة الضابطة متساوية ولا تتغير عبر الزمن. وبالتالي مرور الزمن لا يسهم في خفض (متوسطات درجات المعيارية) لتشتت الانتباه عند المجموعة الضابطة، نستنتج أن قياسات تشتت الانتباه لم تتغير عبر مرور الزمن؛ إذن: لا يوجد تأثير لعامل الزمن في خفض متوسطات الدرجات المعيارية لمقياس كورنز-3 (DSM-5) تشتت الانتباه بالنسبة للمجموعة الضابطة .

وهذا يضعف تأثيره الرئيسي المستنتج سابقا كونه لا يصبح له أي أثر إذا ما فصل على عامل المعالجة التجريبية (في حالة تطبيق البرنامج التدريبي)؛ فتأثيره إذن ليس رئيسيا وهذا يدعو إلى الافتراض بأنه عامل مساعد يعتمد عليه العامل المؤثر الرئيسي البرنامج التدريبي في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة المطبق عليها (التجريبية)، وبالتالي للتأكد من أنه عامل مساعد. تجري المقارنات البعدية لعامل الزمن داخل المجموعة التجريبية .

المقارنات البعدية بالنسبة للمجموعة التجريبية :

الجدول (73) المقارنات البعدية للقياسات المتكررة لمتوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير الأمهات عند المجموعة التجريبية :

الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه تقدير الأمهات				المقارنات المتعددة بنفروني
القيمة الحرجة Sig. (الجدولية)	الخطأ المعياري	فرق المتوسط (I-J)	زمن (J)	زمن (I)
.000	3.27796	18.10000*	ثلاثة أشهر	
.000	3.27796	27.30000*	سنة أشهر	الخط القاعدي
.000	3.27796	27.90000*	متابعة	

.000	3.27796	-18.10000*	الخط القاعدي	
.048	3.27796	9.20000*	ستة أشهر	ثلاثة أشهر
.030	3.27796	9.80000*	متابعة	
.000	3.27796	-27.30000*	الخط القاعدي	
.048	3.27796	-9.20000*	ثلاثة أشهر	ستة أشهر
1.0	3.27796	.60000	متابعة	
.000	3.27796	-27.90000*	الخط القاعدي	
.030	3.27796	-9.80000*	ثلاثة أشهر	متابعة
1.0	3.27796	-.60000	ستة أشهر	

* فرق المتوسط دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05

تبين نتائج المقارنات البعدية للقياسات المتكررة لمتوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه عند المجموعة التجريبية أن الفروق في المتوسطات ذات دلالة إحصائية (الفرق معنوي عند مستوى دلالة أقل من 0.05) كلها معنوية عبر مراحل القياس المتتالية (الخط القاعدي، ثلاثة أشهر، ستة أشهر والمتابعة)، إلا أن الفرق غير دال بين القياس بعد ستة أشهر من التدريب (نهاية البرنامج التدريب) وقياس المتابعة وذلك يدل على أن متوسطات الدرجات المعيارية للمشاركين بقيت كما هي ولم تتغير (لم تنخفض ولم ترتفع) رغم أن الإشارة السالبة تدل على أنه يوجد انخفاض في تشتت الانتباه بين مرحلة انتهاء التدريب ومرحلة المتابعة لكنه لا يحتسب لأنه غير دال عند مستوى دلالة 0.05. ($0.05 < 1 = \text{Sig.}$)

بالنسبة للمراحل الزمنية للقياس (الخط القاعدي، ستة أشهر، متابعة) الفرق بين متوسط الخط القاعدي ومتوسط مرحلة القياس بعد ثلاثة أشهر يساوي 18.1 وهو دال احصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.001، وإشارته موجبة مما يعني أن متوسط الدرجات المعيارية للمتغير تشتت الانتباه في مرحلة القياس بعد ثلاثة أشهر (من تطبيق البرنامج التدريبي) انخفض عن مرحلة الخط القاعدي في المجموعة التجريبية،

الفرق بين متوسط الخط القاعدي ومتوسط مرحلة القياس بعد ثلاثة أشهر يساوي 18.1 وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.001، وإشارته موجبة مما يعني أن متوسط الدرجات المعيارية للمتغير تشتت الانتباه في مرحلة القياس بعد ستة أشهر (من تطبيق البرنامج التدريبي) انخفض عن مرحلة الخط

القاعدي في المجموعة التجريبية، بمقدار أكثر (يساوي 27.3) من مرحلة القياس ثلاثة أشهر مما يدل أن انخفاض متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه استمر عبر مرور الزمن في المجموعة التجريبية. الفرق بين متوسط الخط القاعدي ومرحلة المتابعة دال احصائيا وهو ذو إشارة موجبة مما يعني أن متوسط درجات المعيارية لتشتت الانتباه في مرحلة الخط القاعدي أكبر من متوسطها عند القياس في مرحلة المتابعة (والفرق أكبر قليلا من الفرق الذي وجد في مرحلة انتهاء التدريب بعد ستة أشهر $27.9 < 27.3$ ، لكنه غير دال حسب تحليل النتائج السابقة) نستنتج أن في مرحلة المتابعة تم الحفاظ على نتيجة مرحلة انتهاء التدريب (ستة أشهر) دون الاستمرار في انخفاض متوسط درجات تشتت الانتباه يذكر .

الفرق بين متوسطي درجات تشتت الانتباه في مرحلة ثلاثة أشهر ومرحلة ستة أشهر (مرحلة ثلاثة أشهر-مرحلة ستة أشهر = 9.20^*) دال احصائيا عند مستوى دلالة أقل من 0.05، وإشارته موجبة مما يعني أن متوسط درجات تشتت الانتباه في مرحلة ثلاثة أشهر أكبر من متوسط درجات تشتت الانتباه في مرحلة ستة أشهر مما يدل على وجود انخفاض في درجات تشتت الانتباه عبر مرور الزمن في المجموعة التجريبية وطيلة فترة تطبيق البرنامج التدريبي، بينما في مرحلة المتابعة (العودة للخط القاعدي) فقد استقر متوسط درجات المعيارية لتشتت الانتباه على نتيجة المقاسة في مرحلة انتهاء البرنامج مباشرة .

■ تبين نتائج اختبار تحليل التباين بدالة Greenhouse-Geisser، (ف = 74.823)، وهو معنوي عند مستوى دلالة ($0.01 > 0.0001 = \text{Sig.}$)، بالنسبة لفحص التفاعل بين المعالجة (استخدام البرنامج التدريبي/عدم استخدامه) ومرور الزمن، مما يدل على أنه يوجد تفاعل بين عامل المعالجة التجريبية (استخدام البرنامج التدريبي/عدم استخدامه) وعامل الزمن في التأثير على درجات تشتت الانتباه - تقدير الأمهات .

وتدل قيمة مربع ايتا الجزئي (0.806) على أن هذا التأثير قوي على تباين متوسطات درجات تشتت الانتباه تقدير الأمهات .

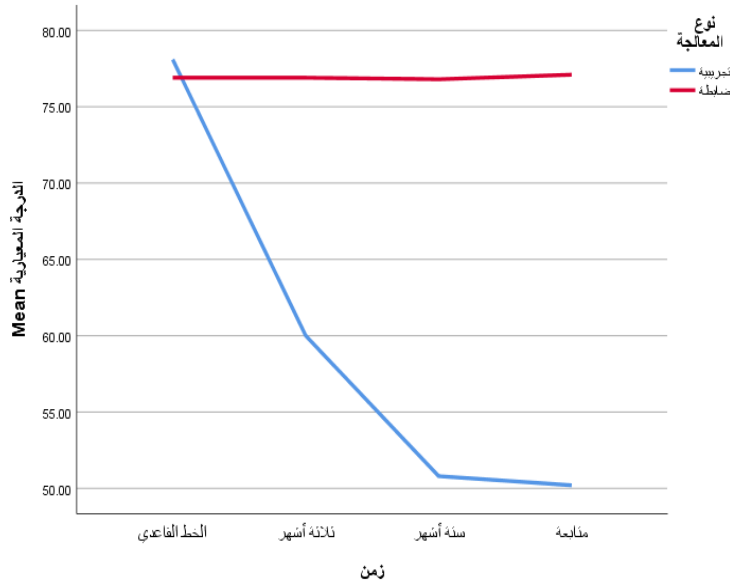
وللاستدلال على أن هذا الأثر لصالح المجموعة التجريبية أي نتيجة للتفاعل بين تطبيق البرنامج التدريبي وعامل الزمن على المتغير التابع درجة تشتت الانتباه تقدير الأمهات. ولمعرفة اتجاه هذا التفاعل أيضا؛ اتجاه تعديل تشتت الانتباه إلى المستوى المعياري (الطبيعي) (أو العكس) أي خفض متوسط درجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير الأمهات (وذلك لزيادة دقة النتائج السابقة وهذا ما يوفره تحليل تباين القطعة المنشقة (spanova) تجري تحليل الاتجاه للتفاعل (المعالجة التجريبية، الزمن) .

الجدول (74) تحليل اتجاه التفاعل بين عاملي المعالجة * الزمن :

95% مجال الثقة		المتوسط	الزمن	المعالجة (تطبيق البرنامج /عدم تطبيق البرنامج)
الأعلى	الأدنى			
84.710	71.490	78	الخط القاعدي	التجريبية
65.431	54.569	60	ثلاثة أشهر	
55.527	46.073	50.8	ستة أشهر	
54.941	45.459	50.2	متابعة	
83.510	70.290	76.9	الخط القاعدي	الضابطة
82.331	71.469	76.9	ثلاثة أشهر	
81.527	72.073	76.8	ستة أشهر	
81.841	72.359	77.1	متابعة	

من تحليل قراءة جدول التفاعل بين (المعالجة * الزمن) يلاحظ أن متوسط درجات المعيارية للمتغير التابع تشتت الانتباه بالنسبة للمجموعة التجريبية يتناقص بتعاقب القياسات المتتالية؛ متوسط درجات تشتت الانتباه في الخط القاعدي يساوي 78 وهو يقابل تقدير تشتت الانتباه بدرجة عالية، وانحصرت قياسات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه للأطفال المشاركين في البرنامج التدريبي في هذه المرحلة بين (71-84) وفي القياس الذي يليه بعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريبي انخفض إلى 60 درجة وتقابل تشخيص تشتت الانتباه بدرجة متوسطة وهي تعني عدم التشخيص باضطراب تشتت الانتباه أي أن المجموعة المشاركة أصبحت ضمن **المجال النموذجي** لأقرانهم من نفس الفئة العمرية والبيئة؛ إذ تراوحت درجاتهم المعيارية لتشتت الانتباه بين (54-65) ، مع التنبيه إلى أن عندما تكون الدرجة أكبر 65 يوجد اضطراب تشتت الانتباه أما إذا كانت الدرجة المعيارية لتشتت الانتباه أقل من 65 فالطفل المشخص يعتبر ضمن النموذجي والطبيعي، في المرحلة التالية من القياس أي بعد مرور ثلاثة شهور أخرى انخفض متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه بمقدار قليل 50.8 وانحصرت درجات تشتت الانتباه ما بين (46-55) وفي المتابعة أي بعد ثلاثة أشهر أخرى من إيقاف المعالجة بالبرنامج التدريبي؛ بقي متوسط الدرجات المعيارية للمجموعة المشاركة ثابتا ولم يتغير تغيرا دالا احصائيا لكنه حافظ على الدرجة المتحصل عليها في المرحلة السابقة تراوحت الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه ما بين (45 و 55) .

بالنسبة للمجموعة الضابطة والتي لم تتلقى تدريباً بالبرنامج؛ إذ بقيت كعينة شاهد، فبين جدول التفاعل بين عامل الزمن والمعالجة (تركت شاهد عدم تطبيق برنامج التدريب عليها وعدم تلقي أي نوع آخر من العلاج (دوائي ...)) أن متوسطات الدرجات المعيارية عبر مختلف القياسات المتعاقبة (الخط القاعدي، الثلاث أشهر، ستة أشهر ومتابعة) بقيت ثابتة ومتساوية ولم يطرأ عليها أي تغيير أو تباين تساوي 77 درجة وتتحصر درجات المعيارية للأطفال المشاركين في المجموعة الضابطة ما بين (70-83) وهي درجات تمثل مستويات عالية من تشتت الانتباه. ولإثبات القراءات المستخلصة من الجدول تم إجراء تحليل الاتجاه باستخدام المنحنى البياني .



الشكل (31) اتجاه متوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير الأمهات الناتج عن

التفاعل بين عاملي (المعالجة * الزمن)

يبين الشكل (31) الاتجاه المنحدر لمتوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه حسب نوع المعالجة: بالنسبة للمعالجة التجريبية في حالة تطبيق البرنامج التدريبي، يظهر الانخفاض المستمر في متوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه عبر مرور الزمن ، ويظهر الانخفاض في متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه ذو وتيرة عالية بين قياس الخط القاعدي وقياس بعد مرور ثلاثة أشهر، واستمر الانخفاض في متوسط درجات تشتت الانتباه بين القياس ثلاثة أشهر وقياس ستة أشهر بوتيرة أقل، بينما بين مرحلة ستة أشهر (وقف تطبيق البرنامج التدريبي)، ومرحلة القياس بعد مرور ثلاثة أشهر على ذلك (المتابعة) يلاحظ انخفاض في متوسط درجات المعيارية لتشتت الانتباه لكنه بسيط جدا ولا يحتسب إذ أظهر التحليل

الاحصائي السابق أنه ليس ذا دلالة إحصائية ، وبالتالي يعتبر متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه استقر عند نفس القيمة ولم يتغير .

أما فيما يخص المجموعة الضابطة والتي لم يطبق عليها البرنامج التدريبي وتركت لعامل الزمن، فقد أظهر المنحنى البياني استقرارا (خط مستقيم تقريبا) يدل على أنه لم يحصل أي تغيير على متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه لديها؛ وذلك عبر القياسات المتكررة وبمرور الزمن ويدل ذلك على أن عامل الزمن لم يكن له أي تأثير على متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه، وبالتالي نستنتج أن عامل الزمن كمتغير مستقل غير مجدي في خفض تشتت الانتباه وإنما يعمل في ظل وجود العامل المؤثر الرئيسي وهو المعالجة التجريبية (في حالة تطبيق البرنامج التدريبي على المجموعة التجريبية) .

يظهر التفاعل الواضح بين عامل الزمن وعامل المعالجة لصالح تطبيق البرنامج التدريبي في المجموعة التجريبية إذ يستمر الانخفاض في متوسطات درجات المعيارية لتشتت الانتباه عبر مرور الزمن ومن قياس لآخر خلال تطبيق البرنامج التدريبي، بينما في مرحلة المتابعة وإيقاف تطبيق البرنامج (العودة للخط القاعدي) استقر متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه ولم يطرأ عليه أي انخفاض معنوي .

هذه النتائج تدعم صدق نتائج الفرضيات السابقة وتعطي أدلة إضافية دقيقة على صلاحيتها. تم التحقق من أن هذا الأثر لصالح المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة وذلك يزيد من دقة النتائج التي تم التوصل إليها .

2-1-2 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه حسب تقدير المدرس :

تم في هذا الجزء التحقق من صحة الفرضيات المصاغة اعتمادا على مقياس كونرز -3 لأعراض DSM-5 تقدير المدرس، حيث نصت فرضيات هذه الجزئية على :

الفرضية الرابعة : يوجد أثر دال إحصائيا للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرسين .

الفرضية الخامسة : يوجد أثر دال إحصائيا لعامل الزمن في تعديل تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرسين .

الفرضية السادسة : يوجد أثر دال إحصائياً للتفاعل بين عامل الزمن والبرنامج التدريبي المطبق

في تعديل تشتت الانتباه لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير المدرسين .

استخدم التحليل الاحصائي النموذج الخطي العام (GLM) -للقياسات المتكررة)، حيث أجري تحليل التباين لأثر عامل المعالجة بمستويين (تطبيق البرنامج التدريبي - تجريبية - ، عدم تطبيق البرنامج التدريبي - ضابطة)، وأثر عامل الزمن بأربع مستويات (الخط القاعدي، ثلاثة أشهر، ستة أشهر، متابعة)، على المتغير التابع تشتت الانتباه .

تم الترميز العامل المستقل " المعالجة " بين المجموعات كالتالي :

الجدول (75) ترميز عوامل المتغير المستقل المعالجة التجريبية

العوامل بين المجموعات		
عدد المفردات	الترميز	مستوى المعالجة
10	1	تجريبية
10	2	ضابطة

وترميز العامل المستقل " الزمن " داخل المجموعات :

الجدول (76) ترميز عوامل المتغير المستقل الزمن

العوامل داخل المجموعات	
الترميز	المتغير المستقل الزمن
1	الخط القاعدي
2	ثلاثة أشهر
3	ستة أشهر
4	متابعة

ثم تم التحقق من شروط النموذج التجريبي المستخدم في تحليل البيانات " تصميم مختلط في

اتجاهين (تباين القطعة المنشقة) يوجد قياسات متكررة في متغير مستقل؛ ومجموعات مستقلة في المتغير

المستقل الآخر :

الشرط الأول تجانس الارتباطات الداخلية: وتم اختباره باستخدام الإحصاء Box's Test : وجد أن قيمة Box's ليست ذات دلالة إحصائية لأن $0.001 < 0.02 = \text{Sig.}$ ، إذن تحقق شرط تجانس مصفوفة التباين.

الجدول (77) تجانس الارتباطات الداخلية للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه كورنز-3 لأعراض DSM-5 تقدير المدرس

اختبار بوكس لتجانس مصفوفة التباين	
44.889	بوكس
3.388	(ف)
10	درجة الحرية 1
1549.004	درجة الحرية 2
2.0	القيمة الجدولية (الدرجة)

الشرط الثاني تجانس التباين: قيمة اختبار تجانس التباين (الدائرية) لموشي Mauchly's W : ف = 0.264. ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من $0.01 > 0.000 = \text{Sig.}$ إذن لا يوجد تجانس في التباين داخل المجموعات .

الجدول (78) اختبار موشي للدائرية للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه (كورنز-3) تقدير المدرس

ابسلون (ب)		القيمة المجدولة	درجة الحرية	اختبار موشي	داخل المجموعات
هينه-فيلد	جرينهاوس-جيسر				
.621	.542	.000	5	.264	عامل الزمن

الشرط الثالث تجانس التباين: اختبار ليفين ليس معنوي لأن قيم $0.015, .813, .539, .370 = \text{Sig.}$ وكلها < 0.05 ؛ التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة متجانس. وذلك على كل مستويات القياسات المتتالية.

الجدول (79) اختبار ليفين لتجانس تباين الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه

تقدير المدرس

بناء على المتوسط إحصاءة ليفين	درجة الحرية	درجة الحرية	القيمة الجدولية	الدرجة
	2	1		
الخط القاعدي	18	1	7.154	.015
ثلاثة أشهر	18	1	.058	.813
ستة أشهر	18	1	.392	.539
متابعة	18	1	.846	.370

بعد التحقق من ملائمة البيانات للنموذج المستخدم تم اختبار الفرضيات السابقة الذكر:

- اختبار أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة:

الجدول (80) اختبار أثر المعالجة التجريبية في التباين بين المجموعة التجريبية والضابطة للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه تقدير المدرس (كونرز - 3 لأعراض DSM-5)

مصدر التباين	مجموع درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	القيمة الجدولية Sig.	مربع ايتا الجزئي
المعالجة	1	6107.513	51.586	.000	.741
الخطأ التجريبي	18	2131.125	118.396		

باستخدام ألفا = 0.05

قيمة تحليل التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة ف = 51.586 دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من $0.001 < \text{Sig} = 0.000$. إذن يوجد أثر رئيسي لعامل المعالجة (تطبيق البرنامج التدريبي، عدم تطبيقه) على الدرجات المعيارية للمتغير التابع تشتت الانتباه على مقياس كونرز-3 لأعراض (DSM-5) حسب تقدير المدرس. وقيمة مربع ايتا الجزئي (.741) تدل على أن حجم هذا الأثر قوي، ولمعرفة

لصالح من هذا الأثر (الاختلاف)، أجريت المقارنات البعدية بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة .

الجدول (81) المقارنات البعدية بين متوسطي المجموعة التجريبية والضابطة على المتغير التابع تشتت الانتباه تقدير المدرس (الدرجات المعيارية مقاسة بالمقياس الفرعي تشتت الانتباه كونرز-3 (DSM-5

المقارنات الثنائية بنفروني	فرق المتوسطات (I-J)	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة Sig.
التجريبية (I) الضابطة (J)	-17.475*	2.433	.000
* فرق المتوسطات دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05			

الفرق بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة سالب (متوسط المجموعة التجريبية - متوسط المجموعة الضابطة) ودال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، إذن متوسط المجموعة التجريبية أقل من متوسط المجموعة الضابطة بفارق هام وقدره (-17.475)، ويدل انخفاض متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه عند المجموعة التجريبية على انخفاض تشتت الانتباه وبما أنها المجموعة التي طبق عليها البرنامج التدريبي؛ إذن ينسب الانخفاض إلى أثر البرنامج التدريبي الذي خضعت له .

- اختبار أثر عامل الزمن (داخل المجموعات، في كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة) في تعديل اضطراب تشتت الانتباه حسب تقدير المدرس لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة. وذلك بفحص التباين في قياسات تشتت الانتباه (الدرجات المعيارية المقاسة بمقياس كونرز-3 لأعراض DSM-5) عبر مرور الزمن .

الجدول (82) اختبارات الآثار داخل المجموعات (عامل الزمن، التفاعل بين العوامل - المعالجة - الزمن) للدرجات المعيارية تشتت الانتباه تقدير المدرس (كونرز-3 لأعراض DSM-5)

مربع ايتا الجزئي	القيمة الحرية الجدولية	(ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات النوع III	المصدر	
.792	.000	68.589	1149.979	3	3449.938	تجانس الدائرية	الزمن
.792	.000	68.589	2122.737	1.625	3449.938	جرينهاوس جيسر	
.793	.000	68.977	1156.479	3	3469.438	تجانس الدائرية	المعالجة* الزمن
.793	.000	68.977	2134.736	1.625	3469.438	جرينهاوس جيسر	
			16.766	54	905.375	تجانس الدائرية	الخطأ(الزمن) التجريبي
			30.949	29.254	905.375	جرينهاوس جيسر	

اختبار تجانس التباين (الدائرية) لموشلي Mauchly's W أظهر عدم تجانس في التباين؛ لذا استخدم اختبار الأثر (ف) أشد قوة لتجاوز مشكلة عدم تجانس التباين، تظهر النتائج قيمة اختبار تحليل التباين بمعادلة Greenhouse-Geisser، ($F = 68.58$) لعامل الزمن، وهو معنوي عند مستوى دلالة $(0.001 > 0.000 = \text{Sig.})$ ، ولكنها نفس القيم التي حصلنا عليها في حالة افتراض تجانس التباين هذا يدل أن انتهاك افتراض تجانس التباين يعود إلى الأثر الرئيسي لعامل الزمن (وليس للتصميم التجريبي مما يدل على جودة التصميم)، يستنتج أن قياسات تشتت الانتباه تغيرت بصورة جوهرية عبر مرور الزمن. وتدل قيمة مربع ايتا الجزئي (.792) على حجم أثر قوي على تباين متوسطات الدرجات المعيارية للمتغير التابع تشتت الانتباه عبر القياسات المتتالية، ولمعرفة لصالح من هذا التغيير في القياسات (الأثر) نجري المقارنات البعدية .

الجدول (83) المقارنات البعدية للقياسات المتكررة في المجموعة التجريبية للدرجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير المدرس (مقياس كورنز-3 لأعراض DSM-5) :

الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه تقدير الأمهات				المقارنات المتعددة بنفروني
القيمة الحرجة Sig. (الجدولية)	الخطأ المعياري	فرق المتوسط (I-J)	زمن (J)	زمن (I)
.000	3.308	16.600*	ثلاثة أشهر	الخط القاعدي
.000	3.308	30.300*	ستة أشهر	
.000	3.308	33.200*	متابعة	
.000	3.308	-16.600*	الخط القاعدي	ثلاثة أشهر
.001	3.308	13.700*	ستة أشهر	
.000	3.308	16.600*	متابعة	
.000	3.308	-30.300*	الخط القاعدي	ستة أشهر
.001	3.308	-13.700*	ثلاثة أشهر	
1	3.308	2.900	متابعة	
.000	3.308	-33.200*	الخط القاعدي	متابعة
.000	3.308	-16.600*	ثلاثة أشهر	
1	3.308	-2.900	ستة أشهر	

* فرق المتوسط دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05

يبين الجدول (84) نتائج المقارنات البعدية للمجموعة التجريبية ، أن الفرق بين متوسطي مرحلة القياس بعد مرور ثلاثة أشهر ومرحلة القياس الخط القاعدي (متوسط تشتت الانتباه عند ثلاثة أشهر - متوسط تشتت الانتباه عند الخط القاعدي)؛ دال احصائيا ($0.000 > 0.05 = \text{Sig.}$) وإشارته سالبة (-) (16.600) إذن انخفض المتوسط عن المرحلة السابقة (الانطلاق) ، وهذا يدل على خفض تشتت الانتباه بعد مرور ثلاثة أشهر .

الفرق بين متوسطي مرحلة القياس ثلاثة أشهر وستة أشهر (متوسط تشتت الانتباه بعد ستة أشهر - متوسط تشتت الانتباه بعد ثلاثة أشهر) دال احصائياً ($0.05 > .001 = \text{Sig.}$) وإشارته سالبة (-13.700) تدل على انخفاض المتوسط بمرور الزمن والانخفاض يعني تعديل تشتت الانتباه .

الفرق بين متوسطي مرحلتي القياس (متوسط تشتت الانتباه عند مرحلة القياس المتابعة - متوسط تشتت الانتباه عند مرحلة القياس بعد ستة أشهر) غير دال احصائياً ($0.05 < 1 = \text{Sig.}$) ، يعني لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين المتابعة ومرحلة القياس ستة أشهر مما يدل على أن المتوسطين متساويين ولم يحدث تغيير .

المقارنات البعدية للقياسات المتكررة في المجموعة الضابطة لتشتت الانتباه تقدير المدرس :

الجدول (84) نتائج المقارنات المتعددة لمتوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير المدرس للمجموعة الضابطة

الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي تشتت الانتباه (كونرز-3 لأعراض DSM-5) تقدير الأمهات				المقارنات المتعددة بنفروني
القيمة الحرجة Sig. (الجدولية)	الخطأ المعياري	فرق المتوسط (I-J)	زمن (J)	زمن (I)
1	2.434	.200	ثلاثة أشهر	الخط القاعدي
1	2.434	.100	ستة أشهر	
1	2.434	-.100	متابعة	
1	2.434	-.200	الخط القاعدي	ثلاثة أشهر
1	2.434	-.100	ستة أشهر	
1	2.434	-.300	متابعة	
1	2.434	-.100	الخط القاعدي	ستة أشهر
1	2.434	.100	ثلاثة أشهر	
1	2.434	-.200	متابعة	
1	2.434	.100	الخط القاعدي	متابعة
1	2.434	.300	ثلاثة أشهر	
1	2.434	.200	ستة أشهر	

* فرق المتوسط دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05

الفروق بين متوسطات تشتت الانتباه عبر القياسات المتتابة غير دالة احصائياً ($0.05 < 1 = \text{Sig}$)، من خلال المقارنات البعدية للمجموعتين التجريبية والضابطة، نستنتج أن أثر عامل الزمن كان لصالح المجموعة التجريبية وذلك بخفض تشتت الانتباه (حسب تقدير المدرس) .

اختبار أثر التفاعل بين المعالجة (استخدام البرنامج التدريبي/عدم استخدامه) ومرور الزمن (الجدول رقم (82)، بمعادلة Greenhouse-Geisser، (ف = 68.977)، وهو معنوي عند مستوى دلالة $0.001 > 0.000 = \text{Sig}$ ، يستنتج أنه يوجد تفاعل بين عامل المعالجة (استخدام البرنامج التدريبي /عدم استخدامه) وعامل الزمن في التأثير على المتغير التابع متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير المدرس (كونرز -3 لأعراض DSM-5) .

وتدل قيمة مربع ايتا الجزئي (0.793) على أن هذا التأثير قوي على تباين متوسطات درجات تشتت الانتباه تقدير المدرس، وبإجراء تحليل الاتجاه يتم الكشف عن لصالح من يعود أثر هذا التفاعل وبالتالي يتم الكشف عن سبب الأثر. ولمعرفة اتجاه هذا التفاعل أيضاً أي اتجاه خفض تشتت الانتباه (أو العكس) أي خفض متوسط درجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير المدرس (وذلك لزيادة دقة النتائج السابقة وهذا ما يوفره تحليل تباين القطعة المنشقة spanova) .

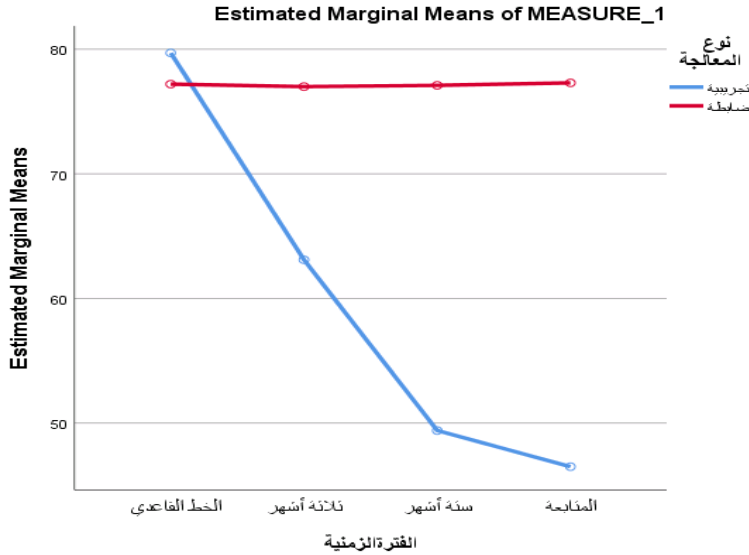
تحليل اتجاه التفاعل بين العوامل (المعالجة * الزمن على مقياس تشتت الانتباه كونرز -3 أعراض DSM-5 تقدير المدرس :

الجدول (85) متوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه تقدير المدرس الناتجة عن التفاعل بين العوامل)

(المعالجة * الزمن)

95% مجال الثقة		الخطأ المعياري		الزمن	المعالجة (تطبيق البرنامج /عدم تطبيق البرنامج)
الأعلى	الأدنى	المتوسط			
85.724	73.676	2.867	79.700	الخط القاعدي	التجريبية
66.491	59.709	1.614	63.100	ثلاثة أشهر	
53.246	45.554	1.831	49.400	ستة أشهر	
49.947	43.053	1.641	46.500	متابعة	
83.224	71.176	2.867	77.200	الخط القاعدي	الضابطة
80.391	73.609	1.614	77.000	ثلاثة أشهر	
80.946	73.254	1.831	77.100	ستة أشهر	
80.747	73.853	1.641	77.300	متابعة	

يوضح الجدول التناقص التدريجي في متوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه لدى العينة التجريبية عبر القياسات المتكررة ؛ مقابل استقرار متوسطات الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه لدى العينة الضابطة عبر القياسات المتكررة .



الشكل (32) أثر التفاعل بين العوامل (معالجة ، زمن) على اتجاه متوسطات

الدرجات المعيارية تشتت الانتباه تقدير المدرس

يوضح المنحنى البياني أن : لا يوجد أي تغيير في متوسطات درجات تشتت الانتباه عبر مرور الزمن لدى المجموعة الضابطة بينما بالنسبة للمجموعة التجريبية، يلاحظ وجود منحنى خطي نازل ناتج عن تفاعل المتغير المستقل الزمن مع المعالجة (في حالة تطبيق البرنامج التدريبي) في المجموعة التجريبية. وبالتالي الأثر المستتج عن تحليل التباين يعود لصالح المجموعة التجريبية وسببه البرنامج التدريبي المطبق على المشاركين في المجموعة التجريبية، وكونه نازل هذا يؤكد خفض تشتت الانتباه مع مرور الزمن وهذا يؤكد دقة نتائج الفرضيات السابقة .

إثبات وجود تفاعل بين الزمن والبرنامج التدريبي نتج عنه انخفاض متوسطات درجات تشتت الانتباه، عند المجموعة التجريبية؛ يثبت أن عامل الزمن مساعد وليس مؤثر رئيسي، فالبرنامج التدريبي يعتمد على الزمن في عمله على انخفاض متوسط درجات تشتت الانتباه .

2-2 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب النشاط الزائد :

بهدف بحث أثر البرنامج التدريبي المصمم في هذه الدراسة، في تعديل اضطراب النشاط الزائد، وضعت مجموعة من الفرضيات وللتحقق من صحتها استخدم تحليل التباين المشترك spanova ؛ تصميم

القطعة المركبة نموذج (B) * A، لاختبار أثر كل من المتغير المستقل الزمن (داخل المجموعات) بأربع مستويات؛ عبارة عن قياسات متكررة: الخط القاعدي، ثلاثة أشهر، ستة أشهر، والمتابعة. والمتغير المستقل البرنامج التدريبي (بين المجموعات) بمستويين : عولجت بالبرنامج / لم تعالج (ضابطة). على المتغير التابع : متوسطات الدرجات المعيارية لمقياس كونرز-3 وفق DSM-5 للبعد الفرعي النشاط الزائد المقاسة. وفحص تأثير التفاعل بين المتغيرات المستقلة (المعالجة، الزمن) على المتغير التابع (النشاط الزائد). وتم الاعتماد على بيانات مقيمين اثنين (الأمهات، المدرسين) .

2-2-1 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب النشاط الزائد حسب تقدير الأمهات :

تم في هذا الجزء التحقق من صحة الفرضيات المصاغة اعتمادا على مقياس كونرز -3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات، حيث نصت فرضيات هذه الجزئية على :

الفرضية السابعة : " يوجد أثر دال إحصائيا للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات " .

الفرضية الثامنة : " يوجد أثر دال إحصائيا لعامل الزمن في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير الأمهات " .

الفرضية التاسعة : " يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين عامل الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير الأمهات " .

تمت معالجة بيانات المتغير التابع النشاط الزائد؛ وذلك بالتأكد أولا من تحقق شروط تحليل تباين spanova : تجانس التباين وتجانس التباين وتجانس الارتباطات الداخلية .

تجانس الارتباطات الداخلية : أن تكون نماذج الارتباطات الداخلية بين المستويات المختلفة لمعاملات المقاييس المتكررة متسقة من مستوى إلى آخر بين معاملات المجموعات، ويتم اختباره بإحصاء بوكس؛ وهو حساس جدا لذا يستخدم مستوى معنوية 0.001 عند تفسيره، ويوجد التجانس إذا كان الإحصاء غير معنوي (سيغما أكبر من 0.001) .

التأكد من تحقق شروط تحليل تباين spanova :

الجدول (86) اختبار بوكس لتجانس الارتباطات الداخلية للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط

الزائد كورنز-3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات

اختبار بوكس لتجانس مصفوفة التغيرات	
31.008	بوكس
2.340	(ف)
10	درجة الحرية 1
1549.004	درجة الحرية 2
.010	القيمة الجدولية (الحرية)

قيمة Box's ليست ذات دلالة إحصائية لأن $0.001 < 0.01 = \text{Sig.}$ ، إذن تحقق شرط تجانس مصفوفة التغيرات.

الجدول (87) اختبار موشلي للدائرية للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد (كورنز-

3 لأعراض DSM-5) تقدير الأمهات

Mauchly's Test of Sphericity ^a					
ابسلون (ب)		القيمة المجدولة	درجة الحرية	اختبار موشلي	داخل المجموعات
هينه - فيلد	جرينهاوس - جيسر				
.702	.602	.006	5	.375	عامل الزمن

قيمة اختبار تجانس التغيرات (الدائرية) لموشلي Mauchly's W : $0.375 = \text{ف}$ ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من $0.01 > 0.000 = \text{Sig.}$ ، إذن لا يوجد تجانس في التغيرات داخل المجموعات .

الجدول (88) اختبار ليفين لتجانس تباين الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد

كورنز- 3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات

القيمة الجدولية الحرية	درجة الحرية	درجة الحرية	إحصاءة ليفين	بناء على المتوسط
				الخط القاعدي
.056	18	1	4.188	الخط القاعدي
.260	18	1	1.356	ثلاثة أشهر
.174	18	1	2.004	سنة أشهر
.095	18	1	3.114	متابعة

اختبار ليفين لتجانس التباين ليس معنوي $0.05 < \text{Sig.}$ ؛ التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة متجانس. وذلك على كل مستويات القياسات المتتالية .

الجدول (89) متوسطات والانحرافات المعيارية درجات المعيارية النشاط الزائد المحصلة بمقياس كورنرز-3 لأعراض DSM-5 للمجموعتين التجريبية والضابطة حسب تقدير الأمهات

الإحصاءات الوصفية				
عامل الزمن	عامل المعالجة	المتوسط	الانحراف المعياري	عدد المشاركين
الخط القاعدي	التجريبية	80.70	11.624	10
	الضابطة	79.50	8.657	10
ثلاثة أشهر	التجريبية	61.90	5.547	10
	الضابطة	77.00	8.524	10
سنة أشهر	التجريبية	52.50	5.778	10
	الضابطة	75.80	10.518	10
المتابعة	التجريبية	50.40	5.296	10
	الضابطة	76.30	12.711	10

الجدول (90) اختبار أثر المعالجة في تباين الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد بين المجموعة التجريبية والضابطة (مقياس كورنرز-3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات)

مصدر التباين	مجموع المربعات النمط III	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	القيمة الجدولية Sig.	مربع ايتا الجزئي
المعالجة	4977.013	1	4977.013	22.708	.000	.558
الخطأ التجريبي	219.179	18	219.179			

باستخدام ألفا = 0.05

نتائج تحليل التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة تبين أن $F = 22.708$ ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من $0.01 < \text{Sig} = 0.000$. يستنتج أنه يوجد أثر رئيسي لعامل المعالجة (تطبيق

البرنامج التدريبي، عدم تطبيقه) على الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد. وتدل قيمة مربع ايتا الجزئي (0.558) على أن حجم هذا الأثر قوي، ولمعرفة لصالح من هذا الاختلاف تجري المقارنات البعدية بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة .

الجدول (91) المقارنة البعدية بين متوسطي النشاط الزائد تقدير الأمهات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (الدرجات المعيارية مقاسة بالمقياس الفرعي النشاط الزائد كورنز-3 لأعراض

DSM-5

المقارنات الثنائية بنفروني	فرق المتوسطات (I-J)	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة Sig. ^b
التجريبية (I) الضابطة (J)	-15.775*	3.310	.000

* فرق المتوسطات دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05

يوجد فرق (متوسط المجموعة التجريبية - متوسط المجموعة الضابطة) دال إحصائياً بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قدره (-15.775^*) عند مستوى دلالة أقل من 0.005، والاشارة السالبة تدل على أن متوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد للمجموعة التجريبية أقل من متوسط الدرجات المعيارية للمجموعة الضابطة، وهذا يدل على الأثر الرئيسي لعامل المعالجة كان لصالح المجموعة التجريبية والتي انخفض متوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد لديها مقارنة بالمجموعة الضابطة. (متوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد للمجموعة التجريبية أقل من متوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد للمجموعة الضابطة). إذن البرنامج التدريبي، هو سبب إحداث هذا الفرق بين المجموعتين .

اختبار أثر المتغير المستقل الزمن (داخل المجموعات، في كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. بفحص التباين في قياسات النشاط الزائد عبر مرور الزمن .

الجدول (92) اختبارات الآثار داخل المجموعات (أثر الزمن، التفاعل بين العوامل - المعالجة - الزمن) حسب مقياس النشاط الزائد كونرز-3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات

المصدر	مجموع المربعات النوع III	درجات الحرية	متوسط المربعات	(ف)	القيمة الحرجة الجدولية	مربع ايتا الجزئي
الزمن	3571.638	3	1190.546	34.217	.000	.655
تجانس الدائرية						
جرينهاوس جيسر	3571.638	1.806	1977.972	34.217	.000	.655
المعالجة* الزمن	2238.738	3	746.246	21.448	.000	.544
تجانس الدائرية						
جرينهاوس جيسر	2238.738	1.806	1239.812	21.448	.000	.544
الخطأ (الزمن) التجريبي	1878.875	54	34.794			
تجانس الدائرية						
جرينهاوس جيسر	1878.875	32.503	57.807			

شرط تجانس التباين غير متحقق لذا استخدم اختبار الأثر (ف) أشد قوة لتجاوز مشكلة عدم تجانس التباين قيمة اختبار تحليل التباين بمعادلة Greenhouse-Geisser، (ف = 34.217)، وهو معنوي عند مستوى دلالة $(0.001 > 0.000 = \text{Sig.})$ ، بالنسبة للمتغير المستقل الزمن ، ولكنها نفس القيم التي حصلنا عليها في حالة افتراض تجانس التباين هذا يدل أن انتهاك افتراض تجانس التباين يعود الى الأثر الرئيسي لعامل الزمن (وليس للتصميم التجريبي مما يدل على جودة التصميم)، يستنتج أن قياسات النشاط الزائد تغيرت بصورة جوهرية عبر مرور الزمن. وتدل قيمة مربع ايتا الجزئي (.655) على حجم أثر قوي على تباين متوسطات الدرجات المعيارية للمتغير التابع النشاط الزائد عبر القياسات المتتابعة حسب تقديرات الأمهات، ولمعرفة لصالح من هذا التغيير تجري المقارنات البعدية .

المقارنات البعدية للقياسات المتكررة في المجموعة التجريبية للنشاط الزائد تقدير الأمهات :

الجدول (93) المقارنات المتعددة لمتوسطات القياسات المتتابة لمتوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد بمقياس كونرز - 3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات بالنسبة للمجموعة التجريبية

الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد تقدير الأمهات				المقارنات المتعددة بنفروني
القيمة الحرجة Sig. (الجدولية)	الخطأ المعياري	فرق المتوسط (I-J)	زمن (J)	زمن (I)
.000	3.37137	18.8000*	ثلاثة أشهر	الخط القاعدي
.000	3.37137	28.2000*	سنة أشهر	
.000	3.37137	30.3000*	متابعة	
.000	3.37137	-18.8000*	الخط القاعدي	ثلاثة أشهر
.050	3.37137	9.4000	سنة أشهر	
.010	3.37137	11.5000*	متابعة	
.000	3.37137	-28.2000*	الخط القاعدي	سنة أشهر
.050	3.37137	-9.4000	ثلاثة أشهر	
1	3.37137	2.1000	متابعة	
.000	3.37137	-30.3000*	الخط القاعدي	متابعة
.010	3.37137	-11.5000*	ثلاثة أشهر	
1	3.37137	-2.1000	سنة أشهر	

* فرق المتوسط دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05

يبين جدول المقارنات المتعددة للمجموعة التجريبية، قائمة من الفروق التي شكلت الاختلاف (سبب الأثر)، الفرق بين متوسطي مرحلة القياس بعد مرور ثلاثة أشهر والخط القاعدي دال احصائياً، وقدره - 18.8؛ وتدل الإشارة السالبة على أن متوسط القياس بعد ثلاثة أشهر أقل من متوسط مرحلة الخط القاعدي مما يدل على انخفاض المتوسط على القياس الأولي التشخيصي، الفرق بين متوسطي مرحلة القياس ستة أشهر والخط القاعدي دال احصائياً وقدره (*-28.2) ،

كما ازدادت قيمة الفرق عن المرحلة الأولى من المعالجة (التجربة). الفرق بين متوسطي مرحلة القياس المتابعة ومرحلة الخط القاعدي (*-30.3) دال احصائياً وازدادت قيمته على الفرق بين مرحلة

القياس الستة أشهر والخط القاعدي، كما أن الفرق بين مرحلة القياس ثلاثة أشهر والمتابعة دال احصائياً وقيمته (-11.5000^*) وإشارته سالبة إذن متوسط الدرجات المعيارية في مرحلة المتابعة أقل من متوسط الدرجات المعيارية في مرحلة القياس ثلاثة أشهر. نستنتج أن النشاط الزائد استمر في الانخفاض بين المرحلتين .

الجدول (94) المقارنات البعدية لمتوسطات القياسات المتتابة للنشاط الزائد (مقياس كورنز -3 لأعراض DSM-5 تقدير الأمهات) بالنسبة المجموعة الضابطة

الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد تقدير الأمهات				المقارنات المتعددة بنفروني
القيمة الحرجة (الجدولية) Sig.	الخطأ المعياري	فرق المتوسط (I-J)	زمن (J)	زمن (I)
1	3.69452	-.20000	ثلاثة أشهر	الخط القاعدي
1	3.69452	.80000	ستة أشهر	
1	3.79576	-.92222	متابعة	
1	3.69452	.20000	الخط القاعدي	ثلاثة أشهر
1	3.69452	1.00000	ستة أشهر	
1	3.79576	-.72222	متابعة	
1	3.69452	-.80000	الخط القاعدي	ستة أشهر
1	3.69452	-1.00000	ثلاثة أشهر	
1	3.79576	-1.72222	متابعة	
1	3.79576	.92222	الخط القاعدي	متابعة
1	3.79576	.72222	ثلاثة أشهر	
1	3.79576	1.72222	ستة أشهر	

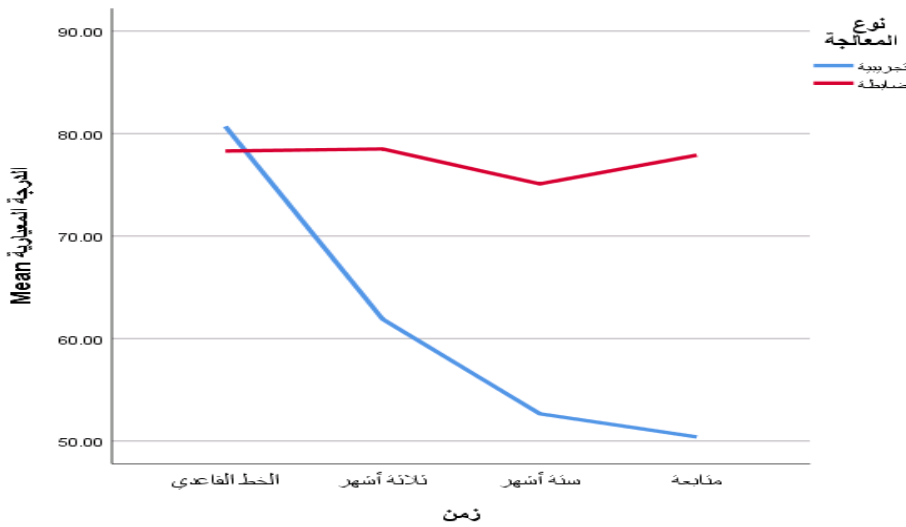
* فرق المتوسط دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05

يبين اختبار بنفروني للمقارنات المتعددة بين متوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد في القياسات المتتابة (الخط القاعدي، ثلاثة أشهر، ستة أشهر، متابعة) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين أي من القياسات. أي أن المتوسطات متساوية على مستوى جميع مراحل القياس .

تدل المقارنات البعدية للقياسات المتتابة لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، أن الأثر الذي أحدثه المتغير المستقل الزمن على متوسط درجات المعيارية للنشاط الزائد كان لصالح المجموعة التجريبية. هذه النتيجة تقود لافتراض أن الزمن عامل مساعد وليس رئيسي في إحداث الأثر وبالتالي وللتأكد من ذلك أجريت التحليلات اللاحقة وذلك بفحص التفاعل (المعالجة * الزمن) قراءة الجدول (91) .

■ قيمة اختبار تحليل التباين بمعادلة Greenhouse-Geisser، (ف = 21.448، وهو معنوي عند مستوى دلالة $0.001 > 0.000 = \text{Sig.}$)، بالنسبة لفحص التفاعل بين المعالجة (استخدام البرنامج التدريبي /عدم استخدامه) ومرور الزمن، نستنتج أنه يوجد تفاعل بين عامل المعالجة (استخدام البرنامج التدريبي /عدم استخدامه) وعامل الزمن في التأثير على المتغير التابع متوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد كورنز-3 (DSM-5) تقدير الأمهات. وتدل قيمة مربع ايتا الجزئي (0.544) على أن هذا التأثير قوي على تباين متوسطات درجات النشاط الزائد تقدير الأمهات، وبإجراء تحليل الاتجاه يتم الكشف لصالح من يعود أثر هذا التفاعل وبالتالي يتم الكشف عن سبب الأثر .

ولمعرفة اتجاه هذا التفاعل أي خفض متوسط درجات المعيارية للنشاط الزائد (أو العكس)، وذلك لزيادة دقة النتائج السابقة وهذا ما يوفره تحليل تباين القطعة المنشقة spanova .



الشكل (33) إتجاه التفاعل (المعالجة * الزمن) في التأثير على متوسطات الدرجات المعيارية

للسياط الزائد تقدير الأمهات

يوضح الشكل أن تفاعل عامل المعالجة مع عامل الزمن في المجموعة الضابطة ممثل بخط مستقر دلالة على أنه لا يوجد تفاعل بين المتغير المستقل الزمن والمتغير المستقل المعالجة (في حالة عدم تطبيق

البرنامج التدريبي) في التأثير على متوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد تقدير الأمهات إذ لم يحدث للدرجات أي تغيير معنوي وبقيت مستقرة .

يلاحظ وجود منحنى خطي نازل ناتج عن تفاعل المتغير المستقل الزمن مع المعالجة (في حالة تطبيق البرنامج التدريبي) في المجموعة التجريبية. وبالتالي الأثر المستنتج عن تحليل التباين يعود لصالح المجموعة التجريبية وسببه البرنامج التدريبي المطبق على المشاركين في المجموعة التجريبية، إذ تناقصت متوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد تقدير الأمهات عبر مرور الزمن وخلال تطبيق البرنامج التدريبي لتعديل السلوك. ويبين الرسم البياني أن انخفاض درجات النشاط الزائد في المرحلة الزمنية الأولى سار بوتيرة متسارعة، بلغ في الخط القاعدي أكبر من 80 درجة وهي درجة مرتفعة من النشاط الزائد وانخفضت إلى أكبر من 60 درجة، قلت وتيرة الانخفاض من مرحلة القياس ثلاثة أشهر من القيمة السابقة إلى أكبر من 50 درجة في مرحلة القياس ستة أشهر، وقد استمر انخفاض درجات النشاط الزائد، حتى بعد انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي لتعديل الاضطراب، ووصلت إلى 50 درجة وهي تمثل درجة نموذجية للمقياس الفرعي النشاط الزائد وتعني بأن الأطفال أصبحوا في الحدود المعتادة من النشاط مماثلة لمعيار أقرانهم من العمر إثبات وجود تفاعل بين الزمن والبرنامج التدريبي والذي نتج عنه انخفاض متوسطات درجات النشاط الزائد عند المجموعة التجريبية يعني أن الزمن عامل مساعد وليس مؤثر رئيسي، يستنتج أن البرنامج التدريبي يعتمد على الزمن في عمله على اخفاض متوسط درجات النشاط الزائد تقدير الأمهات .

2-2-2 أثر البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب النشاط الزائد حسب تقدير المدرس :

تم في هذا الجزء التحقق من صحة الفرضيات المصاغة اعتمادا على مقياس كونرز 3- (DSM-

5) تقدير المدرس، حيث نصت فرضيات هذه الجزئية على :

الفرضية العاشرة : " يوجد أثر دال إحصائيا للبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس ."

الفرضية الحادية عشر : " يوجد أثر دال إحصائيا لعامل الزمن في تعديل النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة حسب تقدير المدرس ."

الفرضية الثانية عشر : " يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين عامل الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في تعديل النشاط الزائد لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة حسب تقدير المدرس ."

التحقق من شروط النموذج التجريبي المستخدم في تحليل البيانات " تصميم مختلط في اتجاهين (تباين القطعة المنشقة)" كما سبق شرحه، أثر كل من المتغير المستقل: المعالجة " بين المجموعتين التجريبية والضابطة، والمتغير المستقل "الزمن" داخل كل مجموعة (التجريبية، ضابطة) في تعديل اضطراب النشاط الزائد حسب تقديرات المدرس :

تجانس الارتباطات الداخلية: قيمة Box's (ليست ذات دلالة إحصائية لأن $\text{Sig.} = 0.021 <$ 0.001، إذن تحقق شرط تجانس مصفوفة التباين .

الجدول (95) نتائج اختبار بوكس لتقدير تجانس مصفوفة التباين للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد كورنز-3 (DSM-5) تقدير المدرس

اختبار بوكس لتجانس مصفوفة التباين	
73.096	بوكس
5.516	(ف)
10	درجة الحرية 1
1549.004	درجة الحرية 2
21.0	القيمة الجدولية (الدرجة)

بالنسبة لشرط الدائرية قيمة اختبار تجانس التباين (الدائرية) لموشلي Mauchly's W : ف = 0.488. ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.05 ($\text{Sig.} = 0.035 > 0.05$) إذن لا يوجد تجانس في التباين داخل المجموعات .

الجدول (96) اختبار موشلي للدائرية (تجانس التباين) للدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد (كورنز-3 لأعراض DSM-5) تقدير المدرس

Mauchly's Test of Sphericity ^a					
ابسلون (ب)		القيمة	درجة	اختبار	داخل
هينه-فيلد	جرينهاوس-جيسر	المجدولة	الحرية	موشلي	المجموعات
.685	.035	5	11.981	.488	عامل الزمن

الجدول (97) اختبار ليفين لتجانس تباين الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد تقدير المدرس

بناء على المتوسط إحصاءة ليفين	درجة الحرية	درجة الحرية	القيمة الجدولية
	1	2	الدرجة
الخط القاعدي	1	18	.946
ثلاثة أشهر	1	18	77.0
ستة أشهر	1	18	.256
متابعة	1	18	6.0

التحقق من شرط تجانس التباين: اختبار ليفين لتجانس التباين ليس معنوي $Sig. < 0.05$ ؛ يدل على تحقق تجانس التباين للمتغير المستقل " المعالجة " بين المجموعتين التجريبية والضابطة. وذلك على كل مستويات القياسات المتتالية (0.06، .256، .946، 0.77) .

الجدول (98) اختبار أثر المعالجة (التجربة) في تباين الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد بين المجموعة التجريبية والضابطة (مقياس كورنز-3 DSM-5 تقدير المدرس)

مصدر التباين	مجموع المربعات النمط III	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	القيمة الجدولية Sig.	مربع ايتا الجزئي
المعالجة	9374.450	1	9374.450	27.440	.000	.604
الخطأ التجريبي	6149.500	18	341.639			

باستخدام ألفا = 0.05

قيمة تحليل التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة (ف = 27.440) ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من $Sig < 0.01 = 0.000$. يستنتج أنه يوجد أثر رئيسي لعامل التجريبية (تطبيق البرنامج التدريبي، عدم تطبيقه) على الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد كورنز-3 (DSM-5) تقدير المدرس. وتدل قيمة مربع ايتا الجزئي (.604) على أن حجم هذا الأثر قوي، ولمعرفة لصالح من هذا الاختلاف تجري المقارنات البعدية بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة .

الجدول (99) المقارنة البعدية بين متوسطي النشاط الزائد تقدير الأمهات للمجموعة التجريبية والضابطة (الدرجات المعيارية مقاسة بالمقياس الفرعي النشاط الزائد كورنز-3 (DSM-5))

المقارنات الثنائية بنفروني	فرق المتوسطات (I-J)	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة Sig. ^b
التجريبية (I) الضابطة (J)	-21.650*	4.133	.000

* فرق المتوسطات دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05

فرق المتوسطات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (-21.650)، دال احصائيا عند مستوى دلالة أقل من (0.000)، وإشارته السالبة تدل على (متوسط المجموعة التجريبية - متوسط المجموعة الضابطة) أن متوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية أقل من متوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد لدى المجموعة الضابطة؛ يدل على أن الأثر في تعديل النشاط الزائد يعود للمجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج التدريبي حسب تقدير المدرس .

ولاختبار أثر المتغير المستقل الزمن (داخل المجموعات، في كل من المجموعة التجريبية

والمجموعة الضابطة. بفحص التباين في قياسات النشاط الزائد عبر مرور الزمن ، يوضح الجدول

الموالي النتائج المتحصلة .

الجدول (100) اختبارات الآثار داخل المجموعات (أثر الزمن، التفاعل بين العوامل - المعالجة - الزمن) على متوسطات النشاط الزائد المقاسة بمقياس كورنر-3 (DSM-5) تقدير المدرس

مربع ايتا الجزئي	القيمة الحرجة الجدولية	(ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات النوع III	المصدر
.830	.000	87.905	1486.083	3	4458.250	الزمن
.830	.000	87.905	2167.912	2.056	4458.250	تجانس الدائرية جرينهاوس جيسر
.828	.000	86.773	1466.950	3	4400.850	المعالجة* الزمن
.828	.000	86.773	2140.000	2.056	4400.850	تجانس الدائرية جرينهاوس جيسر
			16.906	54	912.900	الخطأ(الزمن)
			24.662	37.016	912.900	التجريبية جرينهاوس جيسر

لا يوجد تجانس في التباين داخل المجموعات حسب اختبار موشلي المحسوب سابقا إذن تستخدم

معادلة تحليل التباين أشد قوة في تفسير النتائج: دالة Greenhouse-Geisser = 87.90 وهي دالة عند

مستوى دلالة 0.0001 وبجزم أثر قوي قدره (مربع ايتا الجزئي = 0.830)، لكنها تعبر على نفس النتيجة المتحصل عليها في حال تحقق الدائرية؛ وهذا يعني أن عدم تجانس التغير عائد إلى الأثر الذي أحدثته عامل الزمن على متوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد تقدير المدرس، لمعرفة لصالح أي مجموعة يعود هذا الأثر تم إجراء المقارنات البعدية .

المقارنات البعدية للقياسات المتكررة لمتوسطات النشاط تقدير المدرس في المجموعة التجريبية :

الجدول (101) المقارنات المتعددة للقياسات المتتابعة لمتوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد بمقياس كونرز-3 (DSM-5) تقدير المدرس بالنسبة للمجموعة التجريبية

الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد تقدير المدرس				المقارنات المتعددة بنفروني
القيمة الحرجة Sig. (الجدولية)	الخطأ المعياري	فرق المتوسط (I-J)	زمن (J)	زمن (I)
.000	3.615	19.200*	ثلاثة أشهر	الخط القاعدي
.000	3.615	33.700*	ستة أشهر	
.000	3.615	38.100*	متابعة	
.000	3.615	-19.200*	الخط القاعدي	ثلاثة أشهر
.002	3.615	14.500*	ستة أشهر	
.000	3.615	18.900*	متابعة	
.000	3.615	-33.700*	الخط القاعدي	ستة أشهر
.002	3.615	-14.500*	ثلاثة أشهر	
1	3.615	4.400	متابعة	
.000	3.615	-38.100*	الخط القاعدي	متابعة
.000	3.615	-18.900*	ثلاثة أشهر	
1	3.615	-4.400	ستة أشهر	

* فرق المتوسط دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05

تبين نتائج المقارنات البعدية المتعددة لمتوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد عند المجموعة

التجريبية، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسات كالتالي :

الفرق بين القياس بعد ثلاثة أشهر وبين قياس الخط القاعدي دال احصائياً ($0.05 > .000 = \text{Sig.}$)، وإشارته سالبة (-19.20) تدل على انخفاض فرط النشاط خلال هذه المدة الزمنية الفاصلة بين الخط القاعدي والقياس الثاني (ثلاثة أشهر) .

الفرق بين متوسطي مرحلة القياس ثلاثة أشهر وستة أشهر (متوسط تشتت الانتباه بعد ستة أشهر - متوسط تشتت الانتباه بعد ثلاثة أشهر) دال احصائياً ($0.05 > .002 = \text{Sig.}$) وإشارته سالبة (-14.50) تدل على انخفاض المتوسط بين القياسين الثاني (ثلاثة أشهر والثالث ستة أشهر) الفرق بين متوسطي مرحلة القياس المتابعة ومرحلة القياس ستة أشهر (مرحلة إيقاف برنامج تعديل السلوك) غير دال احصائياً ($0.05 > 1 = \text{Sig.}$)، ولذا لم يحدث أي تغيير بين المرحلتين (مرحلة ستة أشهر ومرحلة المتابعة) وأن المتوسطين متساويين .

المقارنات البعدية للقياسات المتكررة لمتوسطات النشاط تقدير المدرس في المجموعة الضابطة :

الجدول (102) المقارنات المتعددة للقياسات المتتابعة لمتوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد بمقياس كونرز -3 (DSM-5) تقدير المدرس بالنسبة للمجموعة الضابطة

الدرجات المعيارية للمقياس الفرعي النشاط الزائد تقدير المدرس				المقارنات المتعددة بنفروني
القيمة الحرجة Sig. (الجدولية)	الخطأ المعياري	فرق المتوسط (I-J)	زمن (J)	زمن (I)
1	5.115	-.500	ثلاثة أشهر	الخط القاعدي
1	5.115	.100	ستة أشهر	
1	5.115	.000	متابعة	
1	5.115	.500	الخط القاعدي	ثلاثة أشهر
1	5.115	.600	ستة أشهر	
1	5.115	.500	متابعة	
1	5.115	-.100	الخط القاعدي	ستة أشهر
1	5.115	-.600	ثلاثة أشهر	
1	5.115	-.100	متابعة	
1	5.115	.000	الخط القاعدي	

1	5.115	-.500	ثلاثة أشهر	متابعة
1	5.115	.100	سنة أشهر	

* فرق المتوسط دال عند مستوى دلالة أقل من 0.05

تبين نتائج المقارنات البعدية للقياسات المتتالية النشاط الزائد في المجموعة الضابطة أن: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياسات المتتالية للنشاط الزائد، وبالتالي فالمتوسطات متساوية على مستوى كامل القياسات (الخط القاعدي، ثلاثة أشهر، ستة أشهر، متابعة) إذن لم يؤثر عامل الزمن في متوسطات النشاط الزائد عند المجموعة الضابطة .

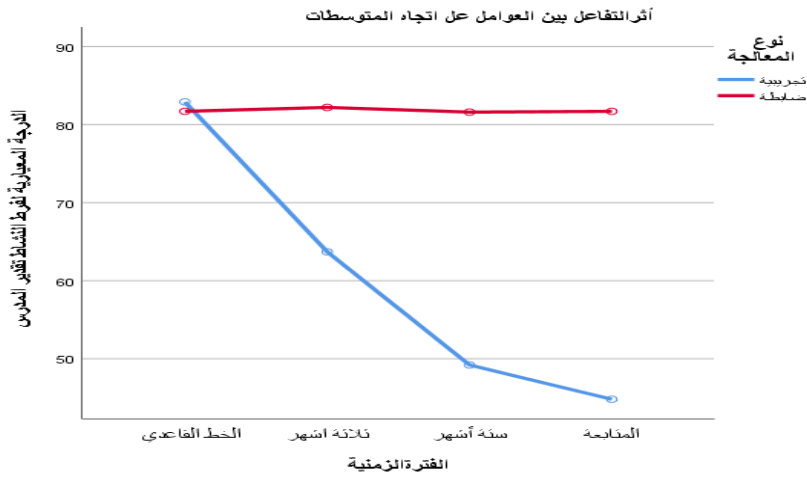
من تحليل نتائج المقارنات البعدية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة يستنتج أن تأثير عامل الزمن كان لصالح المجموعة التجريبية .

تحليل تباين أثر التفاعل بين عامل الزمن وعامل المعالجة: (الجدول رقم 99)، بمعادلة -Greenhouse- Geisser، (F = 86.77)، وهو معنوي عند مستوى دلالة (0.001 > 0.000 = Sig.)، يستنتج أنه يوجد تفاعل بين عامل المعالجة وعامل الزمن في التأثير على المتغير التابع متوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد تقدير المدرس .

وتدل قيمة مربع ايتا الجزئي (.82) على أن هذا التأثير قوي على تباين متوسطات درجات النشاط الزائد تقدير المدرس، وبإجراء تحليل الاتجاه يتم الكشف لصالح من يعود أثر هذا التفاعل وبالتالي يتم الكشف عن سبب هذا الأثر .

الجدول (103) تحليل اتجاه تأثير التفاعل (الزمن * المعالجة) على متوسطات النشاط الزائد مقاسة بمقياس كونرز-3 (DSM-5) تقدير المدرس :

95% مجال الثقة		الخطأ المعياري	المتوسط	الزمن	المعالجة (تطبيق البرنامج / عدم تطبيق البرنامج)
الأعلى	الأدنى				
90.496	75.304	3.616	82.900	الخط القاعدي	التجريبية
69.695	57.705	2.854	63.700	ثلاثة أشهر	
55.950	42.450	3.213	49.200	ستة أشهر	
50.629	38.971	2.775	44.800	متابعة	
89.296	74.104	3.616	81.700	الخط القاعدي	الضابطة
88.195	76.205	2.854	82.200	ثلاثة أشهر	
88.350	74.850	3.213	81.600	ستة أشهر	
87.529	75.871	2.775	81.700	متابعة	



الشكل (34) أثر التفاعل بين العوامل على اتجاه متوسطات الدرجات المعيارية للنشاط الزائد تقدير

المدرس مقاسة بكونرز -3 (DSM-5)

يوضح المنحنى البياني متوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد للمجموعة الضابطة ثابت رغم مرور الزمن وعبر القياسات المتتالية (الخط القاعدي، ثلاثة أشهر، ستة أشهر، المتابعة) وممثل بشكل خط أفقي مستقيم.

وبالنسبة لمتوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد تقدير المدرس؛ للمجموعة التجريبية يتغير عبر الزمن ويتجه نحو الانخفاض من قياس إلى آخر، انخفض متوسط درجات النشاط الزائد بين الخط القاعدي وقياس بعد ثلاثة أشهر من التقدير بتصنيف النشاط الزائد مرتفع إلى فوق المتوسط (63) ثم انخفض إلى تصنيف متوسط (49) أي أصبح سلوك النشاط الزائد ضمن الطبيعي والنموذجي المعياري أي أن الاضطراب اختفى وتحسن السلوك وذلك في مرحلة قياس ستة أشهر والتي توقف حينها البرنامج التدريبي ، استمر متوسط الدرجات المعيارية للنشاط الزائد في الانخفاض إلى (44) في قياس المتابعة وتمثل مرحلة التوقف عن البرنامج التدريبي ومرور فترة تقدر بثلاثة أشهر، لكنه لا يحتسب لأنه غير دال إحصائياً؛ ولكن يعبر على الحفاظ على النتيجة التي تم التوصل إليها من التحسن ولم يحدث انتكاس .

وبإثبات وجود تفاعل بين البرنامج التدريبي وعامل الزمن يستنتج أن البرنامج التدريبي يعتمد على الزمن (عامل مساعد) في إحداث أثر فعال في تعديل أعراض النشاط الزائد حسب تقديرات المدرس إلى المستوى المعياري المعقول والموافق لمستوى الأطفال من نفس السن والخصائص النمائية .

الفصل السابع :

مناقشة النتائج؛ توصيات ومقترحات

2- حوصلة النتائج:

1-1 حوصلة النتائج التفصيلية لكل طفل مشارك في البرنامج التدريبي لتعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حسب تقديرات (الأمهات - المدرسين)

2-1 حوصلة نتائج تحليل تباين القطعة المنشقة بين متوسطات المجموعة التجريبية ومجموعة الضابطة على مقياس تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كورنز-3 حسب تقدير كل من (الأمهات - المدرسين)

2- مناقشة النتائج

3- توصيات ومقترحات

3-1 توصيات

3-2 مقترحات

خاتمة

4- حوصلة النتائج :

1-1 حوصلة النتائج التفصيلية لكل طفل مشارك في البرنامج التدريبي لتعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حسب تقدير كمن الأمهات والمدرسين :

أظهرت نتائج تطبيق البرنامج التدريبي المصمم لتعديل سلوك تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، أن جميع الأطفال المشاركين والذين خضعوا للبرنامج التدريبي قد تحسنت أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد لديهم وعادت إلى المستوى الطبيعي، وصل بعض الأطفال إلى المستوى الطبيعي عند قياس الثاني أي بعد ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج التدريبي القائم على تعديل السلوك عليهم، أما البعض الآخر فوصل إلى المستوى النموذجي المطلوب من أعراض تشتت الانتباه و النشاط الزائد؛ عند القياس الثالث والذي يتزامن مع نهاية تطبيق البرنامج التدريبي عليهم مباشرة، بينما البعض منهم تحسن الأعراض وصل إلى المستوى الطبيعي خلال مرحلة المتابعة حسب نتائج قياس المتابعة (ثلاثة أشهر بعد إيقاف البرنامج التدريبي) .

يفسر اختلاف ظهور تحسن أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد؛ بزمن الرجوع أي أن الاستجابة لتقنيات البرنامج التدريبي لتعديل السلوك تختلف باختلاف الأطفال المشاركين .

يستنتج أن البرنامج التدريبي القائم على تعديل السلوك أسهم في تعديل تشتت الانتباه والنشاط الزائد إلى المستوى الطبيعي على مستوى كل فرد من الأفراد المشاركين في التدريب وهذا يثبت فاعليته في تعديل اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال المتمدرسين البالغين من العمر اثنا عشرة سنة .

1-2 حوصلة نتائج تحليل تباين القطعة المنشقة بين متوسطات المجموعة التجريبية ومجموعة الضابطة على مقياس تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كورنز-3 حسب تقدير كل من (الأمهات - المدرسين) :

أولاً أثر البرنامج التدريبي (القائم على تعديل السلوك) المطبق في تعديل تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. والتي دلت التحليلات الإحصائية إلى تحققها، إذ دل

تحليل التباين وحجم أثر البرنامج التدريبي على المتغيرين التابعين (تشتت الانتباه / النشاط الزائد) مربع ايتا الجزئي؛ على وجود أثر رئيسي قوي للمعالجة التجريبية أي أن هناك فرق جوهري بين متوسطي (الدرجات المعيارية لمقياس كونرز- 3 أعراض DSM-5 تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط) المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وعند إجراء المقارنات البعدية وجد أن هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية؛ والتي انخفض متوسط الدرجات المعيارية تشتت الانتباه و لنشاط الزائد على مقياس كونرز -3 المعدل، بفعل المعالجة وبما أنها المجموعة التي طبق عليها البرنامج التدريبي فهذا الانخفاض يعزى للبرنامج المصمم ، أي أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد المشاركين في البرنامج التدريبي تحسنوا وانخفض متوسط درجاتهم المعيارية على مقياس كونرز -3 لأعراض DSM-5 .

إذ يدل انخفاض المتوسط على خفض في مستوى تشتت الانتباه والنشاط الزائد، وبالتالي زيادة مستوى الانتباه والتركيز والاستقرار ؛ أي أن سلوك الأطفال الذين تلقوا التدريب تحسن وسار في اتجاه تعدل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم، ولتكون النتائج أكثر دقة حول فعالية البرنامج العلاجي (وهذا ما وفره تحليل تباين القطعة المنشقة؛ يبقى الآن التساؤل حول ما إذا كان هذا الانخفاض في تشتت الانتباه يخص المجموعة التجريبية دون الضابطة أي أن متوسط المجموعة الضابطة لم يطرأ فيه أي تغيير، للتأكد من أن التحسن طال المجموعة التجريبية دون الضابطة وأن البرنامج التدريبي، يعتمد على عامل الزمن في خفض تشتت الانتباه. وأن عامل الزمن عامل مساعد وليس رئيس في خفض تشتت الانتباه أجريت التحليلات اللاحقة، والتي كشفت عن نتائج اختبارات الفرضيات اللاحقة .

ثانياً أثر مرور الزمن في خفض تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية بالبرنامج التدريبي مقارنة بالمجموعة الضابطة؛ وذلك استناداً لتقديرات كل من الأمهات والمدرس. وجدت هذه الدراسة أن عامل الزمن لديه أثر رئيسي قوي على انخفاض تشتت الانتباه والنشاط الزائد عبر القياسات المتكررة حسب نتائج تحليل التباين لكن نتائج المقارنات البعدية بينت أنها تعود لصالح المجموعة التجريبية دون الضابطة؛ إذ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسات المتتابة على متوسطات درجات المعيارية لتشتت الانتباه لديهم، بينما في المجموعة التجريبية والتي تلقت تدريباً ببرنامج تعديل السلوك فقد تغيرت المتوسطات من قياس لآخر، واستمرت في الانخفاض إلى غاية إيقاف البرنامج التدريبي، حيث تتغير

قياسات درجة تشتت الانتباه ودرجة النشاط الزائد عبر الزمن لكن ذلك يخص المجموعة التجريبية دون الضابطة. تشتت الانتباه يتناقص كدالة في الزمن عند المجموعة التجريبية .

هذه النتيجة تدعو لاختبار ما إذا كان عامل الزمن يعمل مستقلا على خفض تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية (كمتغير دخيل) أو أنه يتفاعل مع عامل التجريب (تطبيق البرنامج التدريبي) .

وبالتالي وأخيرا أثر التفاعل بين الزمن والبرنامج التدريبي المطبق في خفض تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة، إذن المتغير المستقل الزمن لا يؤثر مستقلا؛ وذلك يفسر أن متغير الزمن لا يؤثر في التجربة كعامل دخيل؛ وهذا يصب في اتجاه تأكيد الضبط التجريبي للدراسة، ويقلل من احتمال أن النتائج الإيجابية قد لا تكون ناتجة عن البرنامج التدريبي والتي هدفت الدراسة لاختبار فعاليته، ودلت التحليلات الإحصائية أن عامل الزمن ليس لديه تأثير رئيسي وإنما تطبيق البرنامج لتدريبي يحتاج إلى وقت كافي لتظهر فعاليته في خفض تشتت الانتباه والنشاط الزائد، أي أن البرنامج التدريبي يعتمد على عامل الزمن في احراز خفض تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذين تلقوا التدريب في هذه الدراسة، ويفسر ذلك أن تعلم مهارات جديدة يستغرق وقتا والمحافظة عليها لكي تصبح عادة أيضا يستغرق وقتا . يستنتج أن البرنامج التدريبي يحتاج إلى مدة زمنية ووقت كاف لظهور تأثيره .

يفسر استقرار (تساوي) متوسطي القياسين (القياس عند إنهاء التدريب مباشرة وقياس المتابعة أي بعد ثلاثة أشهر من إيقاف برنامج التعديل، بالمحافظة على تعديل السلوك الذي حصل، وأن برنامج التدريبي في تعديل السلوك كان ناجعا إذ لم يحصل انتكاس لأعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد بصورة تنبأ برجعة الاضطراب .

ويفسر انخفاض متوسط الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه والنشاط الزائد إلى المستوى النموذجي لأقرانهم (نتائج تحليل الاتجاه) حيث أن مستوى الانتباه والتركيز لديهم أصبح ضمن المستوى الطبيعي؛ ولا يمكن تصنيفهم ضمن أطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد مجددا، بفاعلية البرنامج التدريبي القائم على تعديل السلوك في تعديل سلوك الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه والنشاط الزائد. وبالتالي تم التحقق من تعالج المجموعة التجريبية وهو الهدف من الدراسة الحالية .

وفي المقابل المنحنيات البيانية تتخذ الشكل مستقيم ومستقر على نفس المستوى من تشتت الانتباه والنشاط الزائد، مما يفسر أن المجموعة الضابطة التي تضم الأطفال الذين لم يتلقوا معالجة ببرنامج تعديل السلوك، ظلت على حالها دون أي تحسن يذكر لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد الذي تعاني منه؛ وهي المعيار الذي يشكل الفارق الذي يفسر نجاعة التدريب ببرنامج تعديل السلوك (تدريب الأمهات على مهارات تعديل السلوك والجلسات التدريبية الفردية للأخصائية مع الأطفال) وكخلاصة لما سبق :

-المقارنة بين المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج تدريبي لتعديل سلوك تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ والمجموعة الضابطة والتي لم تخضع إلى أي معالجة "مجموعة شاهد"، بينت أن أعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد تحسنت في المجموعة التي عولجت بالبرنامج التدريبي بينما لم تتحسن في المجموعة الضابطة وذلك استنادا لتقييمات الأمهات والمدرس. -يوجد أثر فعال للعامل الزمن في تحسن أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد؛ لكن ذلك يقتصر على المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة؛ وذلك استنادا لتقديرات كل من الأمهات والمدرس، حيث استمر تحسن الأعراض عبر فترات القياس المتعاقبة؛ إلا أن قياس المتابعة لم يظهر أي تحسن دال إحصائيا لكنه حافظ على التحسن المحرز أثناء الخضوع لبرنامج التدريب .

-البرنامج التدريبي القائم على تعديل السلوك المصمم، يعتمد على الزمن في احراز التحسين على أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد، أي يظهر التحسن في أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد بعد مرور مدد زمنية معينة من تطبيق برنامج تعديل السلوك وتتفق تقييمات الأمهات والمدرس في ذلك وسيلي مناقشة ذلك في السطور اللاحقة .

وقد توصلت الدراسة الحالية إلى جملة من النتائج من التحليلات الإحصائية لمتوسطات الدرجات المعيارية لكل من تشتت الانتباه والنشاط الزائد للمجموعة التجريبية وتمثل الأطفال المشاركين في برنامج تعديل السلوك، ومتوسطات المجموعة الضابطة وهم الأطفال الذين تركوا دون الخضوع إلى أي نوع من العلاج أي في الظروف الاعتيادية لخصت فيما يلي :

- البرنامج التدريبي فعال في تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة وهذا حسب تقديرات كل من الأمهات والمدرس .
- يحتاج البرنامج التدريبي لمدة من الزمن كعامل مساعد على إحراز التعديل في أعراض اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حسب تقديرات الأمهات والمدرس .

5- مناقشة النتائج :

توصلت الدراسة الحالية إلى فعالية البرنامج التدريبي القائم على تعديل السلوك المستخدم؛ في تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، إذ أوضح تحليل نتائج الأفراد المشاركين تحسن أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى كل طفل مشارك منهم. وقد تم ذلك بشكل متفاوت أي أن بعض الأفراد المشاركين تحسنت أعراضهم إلى المستوى المطلوب؛ بعد أول فترة زمنية لمعالجتهم بالبرنامج التدريبي القائم على تعديل السلوك، والبعض الآخر تحسنت أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد لديهم في القياس التالي مباشرة لإيقاف البرنامج التدريبي، بينما الآخرون فتأخر تحسن أعراضهم وتعديلها إلى المستوى العادي للأداء، إلى فترة المتابعة أي بعد توقيف التدريب ومرور فترة زمنية قدرها ثلاثة أشهر.

ويعود ذلك لتباين الأفراد المشاركين؛ رغم أن الدراسة اختارت أطفالا يتجانسون في ميزاتهم (الصحة العقلية، الذكاء المتوسط، المستوى المعيشي المتوسط، لا وجود لاضطرابات أخرى أو أمراض جسدية أو اضطراب مصاحب) إلا أن خصائص ردود الفعل وزمن الرجوع للاستجابة للاستراتيجيات المستخدمة يختلف من طفل لآخر وهي ميزات لا يمكن التحكم فيها، وهذا ما يجعل تعديل السلوك يرتكز أساسا على بحوث الفرد الواحد. وأكد (شلوتكه؛ كاسير؛ رولر، 2016، ص.134) "أن اكتساب وتعديل السلوك إجراء موجه بالفرضيات يرتكز على تعقب هذه الأهداف من خلال تجارب الحالة الفردية، لذا نماذج ملاحظة السلوك بالتحديد والقياسات النفسية تحظى بأهمية خاصة، و الاتجاه السلوكي يعتمد على المبدأ الفردي خلافا للتعميم، ويتعلق الأمر بمشكلات مختلفة مثل تحديد القصور في ضبط المثير (الفوضى ، مشاهدة التلفاز بالنسبة لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد) أو الأشكال المختلفة من قصور السلوك (قصور الانتباه) أو الإفراط فيه (النشاط الزائد)، أو ظروف التعزيز غير المناسبة (نمط الأبوة والأمومة)، وكذلك الموارد المهمة علاجيا - منشطة السلوك - " .

ويؤيد (الخطيب، 2014، ص.115) نفس التوجه إذ أقر أن الباحثين يعتمدون في الكثير من الأحيان على تصميمات الحالة الواحدة، وناقش الأسباب الكامنة وراء لجوء معدلي السلوك لبحوث الحالة الواحدة ذلك لأن التباين في أداء الفرد خلال القياسات المتتابة مهم جدا بالنسبة لتحليل السلوك وتعديله من خلال اكتشاف المتغيرات المتحكممة فيه (مثير-استجابة) .

وقد ساعد تصميم بحث الحالة الفردية في تركيز الاستراتيجيات على كل طفل مشارك، مما زاد من فاعلية البرنامج التدريبي في تعديل سلوكيات تشتت الانتباه والنشاط الزائد؛ لدى كل طفل بشكل خصوصي. ووفر الدلالة الاجتماعية والعيادية لتحسن الأعراض وفاعلية الاستراتيجيات التعديلية المستخدمة على مستوى

كل فرد من الأطفال المشاركين، إذ يشرح (الخطيب، 2014، ص.116) أنه لا يمكن تعميم النتائج على الأطفال الذين لم تتم دراستهم ما لم يتأكد من تحسن كل فرد مشارك. رغم ذلك يوجد من الباحثين من يعارض الاقتصار على تحليل الفردي للنتائج للاستدلال على فاعلية برنامج تعديل سلوك مصمم .

فقد ذهب جورج وجيري أن فحص تعميم آثار العلاج عبر الإعدادات (المنزل والمدرسة) وبمرور الوقت (تقدير المتابعة)، لإثبات فعالية العلاج الجديد، يجب اجراء تصميم تجريبي باستخدام إجراءات معتمدة موثوقة وصالحة. لا يكفي تقديم بيانات دراسة الحالة أو شهادات من عملاء راضون. (George and Gary, 2014, p. 266) وفي نفس السياق فقد بحث شولته وكونتسل وبيبنغ وشولته بارينبيرغ . إذا كان التحليل الفردي للمشكلة والتخطيط للعلاج ضروريان بالمطلق بالنسبة إلى النتائج العلاجية المثلى قام كل من شولته وكونتسل وبيبنغ وشولته بارينبيرغ بمقارنة معالجة سلوكية معيارية للقلق (المواجهة بالمشير والتعبير عن الذات) من دون تحليل وظيفي مع تدخل قام على التحليل الفردي للمشكلة والسلوك وتخطيط العلاج. وكان الشكل المعياري متوقفا على الإجراء التفريدي فيما يتعلق بالنتيجة العلاجية، ولذا ذكر أنه لا بد من "التشخيص السلوكي الإجرائي" واختيار الإجراء الفردي أو التعميمي من خلال سياق المشكلة الراهنة (شولته؛ كاسبر؛ رولر، 2016، ص.162)

ونظرا للجدل القائم عن الإجراء المناسب وأن تعديل السلوك يستدعي بحث الفرد الواحد، والاجراء التجريبي الأدق يستدعي التصميم الجمعي، فقد تم استخدام الإجراء التعميمي في هذه الدراسة بعد أن تم تتبع تعديل كل فرد مشارك، في تصميم مشترك، وذلك لدقة النتائج وهذا ما صمم لأجله التصميم المشترك في البحوث التجريبية . (الزقاي، 2014، 13-28)

وأثبت تحليل التباين متوسطي الدرجات المعيارية لتشتت الانتباه والنشاط الزائد الخاصة بالأطفال المشاركين في البرنامج التدريبي القائم على تعديل السلوك بمتوسطي مجموعة ضابطة (من الأطفال المجانسين لهم بنفس الخصائص)، أن للبرنامج التدريبي المصمم تأثير فعال في تعديل اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد المصاحب. ويتوافق نتائج هذه الدراسة مع تصريحات (Thapar and Cooper, 2015, p.5) حول علاج اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد. " تشكل التدخلات السلوكية في الوقت الحاضر جوهر العلاج".

أيضا اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع تحليل تلوي حديث للتجارب، وجد أدلة على أن التدخلات السلوكية لها آثار إيجابية، في تحسين الأبوة والأمومة وتقليل مشكلات الأطفال السلوكية. وشملت النتائج التي تم قياسها تغييرات في جودة الأبوة والأمومة، ومشاكل السلوك، والمهارات الاجتماعية والأداء الأكاديمي.

وقد دلت النتائج أن "التدخلات السلوكية حسّنت الأبوة والأمومة، وساهمت في التحسن المتزايد للأبوة والأمومة الإيجابية، وانخفضت المشاكل السلوكية للأطفال".

(Thomas et al ،2016 ،p.51)

وتشير دراسة لاحقة أجراها Pelham و Wheeler في (Ottawa, Ontario, 2010) إلى أن مقاربتنا تدريبات الوالدين على التعديل السلوكي والتدخلات السلوكية تحققان نجاحًا في تغيير سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه .

وتؤيد دراسة (AAP، 2001) بأن التدخلات السلوكية تعتبر ذات قيمة كعلاج أساسي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد ، وذلك على أساس طبيعة الظروف المتعايشة والتي ضبطت في الدراسة الحالية باختيار الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه مع النشاط الزائد دون اضطرابات أو أمراض مصاحبة والظروف العائلية والتي ضبطت بمستوى اقتصادي متوسط ومستوى تعليمي متوسط للأمهات لضمان الالتزام ببرنامج التدريب وسهولة تنفيذه وتقادي أية عراقيل .

والنتائج السابقة الذكر تدل على أن الاستراتيجيات التدريبية المعتمدة على تقنيات تعديل السلوك المستخدمة في الدراسة الحالية، كانت فعالة في تحسين أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد المصاحب، إذ ركزت الدراسة في البداية على تثقيف الأمهات خلال الجلسات التدريبية، بهدف اكساب مهارات الأبوة والأمومة الإيجابية؛ وذلك لتوفير البيئة المناسبة والداعمة لممارسة تعديل سلوك الطفل، وأيضاً لكيلا يكون هناك تأثير معاكس للأبوة والأمومة على هدف البرنامج، كما تم تدريبهم على كيفية تنفيذ الاستراتيجيات المصممة. فقد أشارت (الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، 2011) أن التحقيقات البحثية المتعددة أثبتت فعالية تثقيف الوالدين لتعزيز النتائج للأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد ؛ خاصة فيما يتعلق بالامتثال للقواعد والتوجيهات المنزلية، الانتهاء من المسؤوليات المسندة، والتفاعلات الإيجابية للوالد. والتدخل بتعليم الوالدين يعتبر مدعوماً تجريبياً في سياق العلاج المتعدد الوسائط لتشتت الانتباه مع النشاط الزائد (ADHD) كما هو موضح في إرشادات العلاج الموصى بها . والدراسات التجريبية حول فوائد التثقيف النفسي حول ADHD. إيجابية لآباء الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد ، وأشارت إلى أنه يؤدي إلى تحسن في السلوك، وانخفاض أعراض ADHD (Prevatt and Levrini ; 2015, p.37).

وهذا ما أكده المركز الأمريكي المتعاون للصحة النفسية (CNCMH,2009, P.157)، حيث ذكر أن دراسات برامج تدريب الوالدين على اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد، تترافق جنباً إلى جنب مع

دراسات التدخلات الموجهة للأطفال، على أساس أن تدريب الوالدين هو في الواقع تدخل سلوكي مع الطفل لأن الآباء يتعلمون تنفيذ تقنيات تعديل السلوك؛ ويؤكد (ANASTOPOULOS and SHELTON, 2002) أن من الأمور الحاسمة أيضًا لنجاح أي تدخل هو إدراج الأسر في تصميم خطة العلاج. وقد أدت النماذج السلوكية التي ركزت على التدريب الرئيسي على وجه التحديد للآباء أيضا في تحسين أعراض عند الأطفال جنبا إلى جنب مع زيادة رضا والمشاركة في عملية المعالجة من قبل الآباء .

(Thomas et al ,2016 ,p.54)

وأظهر التحليل التلوي من خمسة تجارب عشوائية مضبوطة (ن ¼ 284) تقييم فعالية تدريب والدي الأطفال الذين يعانون من (ADHD)، أن التدريب الفعال كان في الحد من الإجهاد لدى الوالدين، وتعزيز الأبوة والأمومة، وتحسين سلوك الطفل، وأوصت أنه من المستحسن أن يتم تقديم التوعية النفسية للآباء والمعلمين الذين يجب عليهم رعاية الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد .

(K.C and FAAP, 2016, P.270)

وفي دراسة أخرى تتوافق ونتائج الدراسة الحالية تم تطوير مجموعات تدريب من قبل ليرنر، ميكامي، (Macleod, 2011) لتحسين الكفاءة الاجتماعية للأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد ؛ حيث تم تدريب الآباء، أكثر من ثمانية أسابيع على تقديم التدخل لأطفالهم. أظهرت النتائج تحسينات في العديد من سلوكيات الأبوة والأمومة والنتائج الاجتماعية للأطفال. أيضا، التحقق من فعالية برنامج تدريب الوالدين السلوكية حيث تم تدريب آباء الأطفال على زيادة مهارات الأبوة والأمومة الإيجابية المستخدمة مع أطفالهم ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد . وأشارت النتائج إلى الانخفاض في كثافة المشاكل السلوكية، فمن المرجح أن يركز في برامج التدريب الأطفال على العمل مع أولياء الأمور لفهمهم لطفلهم بشكل أفضل، وفي التعامل معه، وتعديل سلوك أطفالهم .

(Prevatt and Levrini, 2015 ,p.28)

وأشار (Schultz and Evans ، 2015) أن الرسالة الأكثر أهمية بالنسبة للممارس المبتدأ هي أن (ADHD) "يعمل في عائلات." ، فاستراتيجيات الأبوة والأمومة من الواضح أنها أكثر فعالية من غيرها، فالتغييرات في المنزل تفيد أطفالهم .

(Schultz and Evans., 2015, p.35)

وفي المقابل توفر الأدوية تحسينات مؤقتة في أعراض محددة ولكن بعض العاهات، مثل عجز المهارات الاجتماعية، تكون أقل استجابة حتى عندما تقلل الأدوية من السلوك غير المتوافق، فإنها لا تحل محل البدائل الاجتماعية الإيجابية مع السلوكيات المضطربة ولا تساعد الأدوية الأطفال على التغلب على

التأثيرات الدائمة للسمعة الاجتماعية السلبية. فالأدوية تستخدم عندما تكون العلاجات البديلة غير متاحة أو غير قابلة للتطبيق أو غير مقبولة. كما أن استخدام الدواء على المدى الطويل، يؤدي إلى مخاوف من أن استخدام المنشطات في مرحلة الطفولة قد تؤدي إلى تعاطي المخدرات، مما يتسبب في تخلي العديد من الآباء عن الأدوية كخيار علاجي لأطفالهم. إضافة إلى أن الأبحاث المحدودة التي تدرس تحديدًا نتائج الأطفال في المرحلة المتأخرة تشير إلى أن الفوائد تتناقص مع تقدم العمر وقد وجد أن الآباء أوقفوا المنشطات فيما يصل إلى 45% من الحالات في أقل من 10 أشهر. حاولت شركات الأدوية معالجة مشاكل عدم الامتثال الخاصة بالعملاء من خلال إنتاج أدوية تستخدم مرة واحدة يوميًا وتزويد العائلات بالمعلومات المتعلقة بالسلامة النسبية وفعالية المنشطات. ومع ذلك، يعبر العديد من الأطفال عن رغبتهم في التوقف بسبب الآثار الجانبية، مثل النوم السيئ والصداع .

(Schultz and Evans. 2015, p.43)

وقد شبهت الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين والجمعية الأمريكية للأمراض النفسية، تناول أدوية ADHD بارتداء النظارات الطبية. فلا دواء شافي .

(Hinshaw, and Ellison, 2016, p. 101)

فالدواء لا يعالج ADHD -ولكنه يمكن أن يوفر "نافذة فرصة" يمكن من خلالها مساعدة الأطفال على تعلم كيفية تعديل سلوكهم كما تؤكد أيضا الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين والجمعية الأمريكية للأمراض النفسية، عندما تعمل أدوية ADHD، تخفي العديد من أعراض ADHD. ولكن ليس من غير المألوف أن تستمر بعض الأعراض. قد تساعد العلاجات السلوكية في علاج الأعراض المتبقية. (Borrill, 2000, p.13)

ويضيف غوردون ميليتشيب أنه للحصول على النتائج المثلى على المدى الطويل، ينبغي أن يكمل الدواء مع تعديل السلوك والظروف الأكاديمية اللازمة. (غوردون ميليتشيب ، 2010 ، صفحة 137).

بعبارة أخرى، يمكن أن تكون العقاقير مثل Ritalin مفيدة بشكل كبير لبعض الأطفال، ولكن يجب ألا يكون الدواء الشكل الوحيد للعلاج. يمكن مساعدة الأطفال بشكل كبير دون الحاجة إلى تناول الدواء. (Borrill, 2000, p.14)، كما يحتاج الأطفال الذين لا يستجيبون للأدوية إلى تأكيد أكبر على تعديل السلوك والمشورة مع الوالدين والعائلة . (Gordon Millichap. 2010، p.114)

وأكثر من ذلك لحد الساعة تدل الأبحاث الطبية على فشل العلاج الدوائي على المدى الطويل فتأثيره يقتصر على فترة تناوله أي فعالية قصيرة الأمد رغم ذلك بينت الدراسات عدم وجود اختلاف بين الذين

تناولوا الدواء وبين الذين لم يتلقوا علاج وأيضاً بين الذين خضعوا لأساليب أخرى من العلاج هذا فضلاً عن الآثار الجانبية الجسيمة، ومن التجارب القليلة حول المفعول طويل الأجل. دراسة المعهد القومي للصحة العقلية .

وفي دراسة متعددة الوسائط لعلاج الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد تضمنت 579 طفلاً متوسط أعمارهم 8 سنوات ذوي النوعية المختلطة من الاضطراب حسب معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية المراجعة الرابعة (جمعية الطب النفسي الأمريكية) خضع هؤلاء الأطفال لعلاج دوائي لمدة 14 شهراً، وبرنامج علاج سلوكي متعدد المكونات وعلاج مختلط دوائي وسلوكي بالإضافة للرعاية المجتمعية المعتادة. أي أربعة أنواع من العلاج وأظهرت النتائج الأولية أن جميع المجموعات تحسنت فوق المستوى الأساسي، ورغم هذا فإن الميثيلفينيدات أثبت تفوقه على العلاج السلوكي وتفوقه على الرعاية المجتمعية الروتينية. وبحلول المتابعة الثانية بعد 3 سنوات (حين بلغ المشاركون حوالي سن 12 عاماً) ، لم تكن هناك أي اختلافات كبيرة بين المجموعات. وتم تأكيد هذه النتائج في عمليتي المتابعة التاليتين (حين بلغ المشاركون حوالي سن 17 عاماً) .

ورغم تلاشي الاختلافات بين المجموعات؛ لم يكن أداء المشاركين الذين ظلوا يتناولون الأدوية أفضل من نظرائهم الذين لم يتناولوا الدواء، رغم وجود زيادة 41% في إجمالي متوسط الجرعة اليومية، وتشير النتائج الكاشفة أو الصادمة لدراسة العلاج المتعدد لاضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد؛ أن الحفاظ على استجابة جيدة للعلاج غالباً ما تتطلب مجهود مستمر يأخذ في الحسبان مشاكل دراسية وسلوكية طويلة الأجل ترتبط بصورة معتادة باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ويتواءم مع متطلباته بما فيها شدة الأعراض، ومشاكل السلوك، والمهارات الاجتماعية وموارد الأسرة، وهذا اعتراف بتفوق العلاج السلوكي على المدى الطويل ومتابعة احتياجات العميل في كل فترة وتعديل السلوك .

(Cho ajm, verin, Fuentes, & polanczyk, 2012, p. 17)

في الدراسة الحالية وإلى جانب تثقيف وتعليم الأمهات حول اضطراب تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد وكيفية تعديل السلوك؛ تم تحديد الأعراض التي تشكل ضعفاً عيادياً (الأهداف بعيدة الأجل) والتي شخّصت بمقياس أعراض (DSM-5) على كورنز-3 المعدل، ثم حددت الأهداف السلوكية المكونة لها والتي يمكن تعديلها إجرائياً باستراتيجيات تعديل السلوك ثم اختيرت النشاطات المناسبة والتي تحقق هذا الهدف، حيث تستخدم عدة استراتيجيات تعديل سلوك ضمن النشاط الواحد فهي تعمل مجتمعة بفعالية كبيرة.

استخدمت الدراسة التعزيز الايجابي مع تجنب العقاب؛ واستخدمت استراتيجية الإطفاء، حيث يؤكد (الخطيب، 2014، ص.79) أنه يلجأ إلى استخدام إجراءات التعديل السلبية (التي تشمل المثيرات التجنبية) فقط بعد أن يتضح له عدم فعالية الإجراءات الإيجابية كالتعزيز، كما أن تقليل السلوك بالإطفاء أكثر إيجابية من العقاب. وقد اقتصرت آراء ثورندايك و سكينر على استخدام التعزيز الإيجابي في عملية التعليم؛ وتوصل سكينر في أبحاثه إلى أن العقاب يؤدي إلى كبت السلوك المعاقب عليه وليس محوه نهائياً، ومن عواقبه تثبيت السلوك السيء والاستمرار عليه، وقد ثبت أن العقاب لم ينجح في تعديل سلوك أحداث جانحين، واستخدام العقاب يكون بالتجاهل واللامبالاة مع إيضاح السلوك الصحيح وإبداء الاهتمام والإثابة عليه (بديوي، 1993، ص.52)، وحسب (Dobie Cet all., 2012, p.46) الاستفادة من الاهتمام الاجتماعي التفاضلي لتقليل السلوكيات تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD، يمكن القيام بذلك عن طريق تجاهل السلوكيات مثل مقاطعة سلوك الآخرين، حيث لا يقدم أي اهتمام إلى السلوك المضطرب (على سبيل المثال، الاتصال بالعين، اللفظي، الابتسام معهم، إلخ) بينما يعزز التحسن (على سبيل المثال، "شكراً لكونك هادئاً أثناء التحدث إلى صديقتي"). هذه الاستراتيجية تدخل في برامج تدريب الأم .

واتفق (George and Gary) أن التدخلات السلوكية فعالة، خاصة التعزيز الإيجابي، وأفضل من العلاج الدوائي (George and Gary, 2014, p.123). كما أيدت جايسون (2013، ص.131) أيضاً الدراسة الحالية بقولها أن تعزيز السلوك الحسن بالمكافئة والثناء عليه أكثر فعالية بكثير من العقوبات، مع تجاهل السلوك السيء. وفي نفس السياق أقر توماس وزملاؤه أن التدخلات الأسرية التي يدرّب فيها الوالدان على أساليب التعزيز أكثر فعالية في الحد من أساليب الأبوة والأمومة السلبية. وتعمل علاجات السلوك القائمة على المكافأة بشكل أفضل مع الأطفال .

(Hinshaw, and Ellison, 2016, p. 119)

وقدمت عدد من التحقيقات أدلة على أن توسط الوالدين التدخلات السلوكية يمكن أن يعزز الامتثال وتقليل السلوك غير المناسب عند الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد وظهر أن التأثيرات الإيجابية على سلوك الطفل ناتجة عن التغييرات في الطريقة التي يصدر بها الوالدان الأوامر، وأجرت دراسة مضبوطة لتعليم الوالدين على عينة من ثمانية وتسعون من الآباء لأطفال في سن ما قبل المدرسة الذين يعانون من ADHD. تم توزيع الآباء بشكل عشوائي ضمن مجموعة تجريبية وضابطة؛ فالمشاركين في المجموعة التجريبية تم تدريبهم لتنفيذ التعزيز الإيجابي للسلوك. وأظهرت المجموعة التجريبية تحسينات دالة إحصائياً على تقييمات الوالدين لسلوك الطفل؛ وكذلك في الملاحظات المباشرة

لتفاعلات الوالدين والطفل في العيادة. كما ذكرت درجة عالية من رضا الآباء عن نتائج التدريب. ووجد الباحثون أنه قد تم الحفاظ على النتائج بعد عام كامل من العلاج، دلالة على الحفاظ على التحسن الناجم عن تغيير السلوك . (George and Gary, 2014, P.121)

وتتوافق نتائج الدراسة الحالية مع دراسات قومت فاعلية أبحاث استخدمت تدريب الوالدين، تحديداً مع الأطفال الذين لديهم ADHD. تضمنت معظم هذه التدخلات تدريب الآباء على أساليب تعديل السلوك، مثل التعزيز الإيجابي، وقد جمع البعض بين هذا التدريب والاستشارات التعليمية التي تهدف إلى زيادة معرفة الآباء وفهمهم بالإضافة إلى إحداث تغييرات في سلوك الأطفال، أدت تدخلات تدريب الوالدين أيضاً إلى تحسينات في جوانب مختلفة من عمل الوالدين وأسرهم، بما في ذلك انخفاض الإجهاد الأبوي وزيادة احترام الذات لدى الوالدين .

(Courtney et all, 2016, p.175)

بالنسبة للدراسة الحالية فقد استهلكت تنفيذ برنامج تعديل السلوك؛ بزيادة الهيكلة والروتين مع توفر المتابعة من قبل الأم والمطالبة بالمهام الواقعية على أن تكون قصيرة ومراجعتها المتكررة وتتفق جايسون (ص. 94، 2013) على أنها فعالة. يمثل التنظيم الخطوة الأولى التي تمهد تعديل أعراض تشتت الانتباه مع النشاط الزائد الأخرى ولا يمكن تعديلها دون التعود على التنظيم والروتين اليومي، واستخدمت التغذية الراجعة في كل مرة يقوم فيها الطفل بالسلوك المرغوب وأيضا السلوك غير المرغوب لكي يكون على بينة من الخطأ من الصواب، فتأديب الطفل بالانتباه فقط للسلوك غير الملائم أو السيئ ونهيه عليه؛ وتجاهل السلوكيات الجيدة، لا ينمي لدى الطفل أي دافع لتعلم مهارات السلوك المناسبة وسيظل يسيء التصرف لجذب الانتباه. وهذا ما يسمى التعزيز السلبي .

العقاب أيضا لا يعلم مهارات جديدة. لذا اقتصرت الدراسة الحالية على الطرق إيجابية لتعليم وتعزيز المهارات الجديدة التي تؤدي إلى تغييرات إيجابية في السلوك، وحرصت على تدريب الأم على قول بالضبط ما يعجبها أو لا يعجبها، أيضا استخدمت التكرار والتعزيز إذ أنهما ضروريان لجعل السلوك الإيجابي عادة، الأطفال الذين يعانون من AD HD ؛ في كثير من الأحيان لا يدركون كيف يؤثر سلوكهم على الآخرين. ردود الفعل الإيجابية والمكافآت سوف تزيد أيضا من احتمال السلوك المقبول. وقد أثبتت تجربة عيادية حديثة واسعة تستند إلى برنامج المهارات التنظيمية التي طورها عالم النفس هوارد أبيكوف وفريقه في المركز الطبي في جامعة نيويورك فوائد كبيرة للمجموعة من العملاء الذين يعانون من ADHD . برنامج أبيكوف يتضمن عشرين جلسة (اثتان في الأسبوع) يتم تقديمها بشكل فردي للأطفال. يجلس الآباء في الدقائق العشر

الأخيرة من كل جلسة، حتى يتمكنوا من معرفة مكافأة المهارات في المنزل. يتم توفير وحدات في كل شيء من التنظيم إلى المكتب وحقبة الظهر إلى إدارة الوقت (بما في ذلك التقويمات الشخصية). الواجبات المنزلية، وتقدير الوقت لاستكمال الواجبات المنزلية، وتحديد أولويات الواجبات المنزلية، ومراجعة عملها تتم بدقة وبشكل كامل. وقارن الباحثون فوائده مع نموذج العلاج السلوكي التقليدي الذي يعتمد على الوالدين والمدرسين، حيث يتم تعليمهم لتعزيز تنظيم الأطفال على نحو أفضل، وإدارة الوقت، والتخطيط، مقارنة مع مجموعة تحكم (ضابطة). كان كل من برنامج المهارات التنظيمية وبرنامج العلاج السلوكي أفضل بكثير من أي علاج. صنف الآباء المكاسب المحققة للأطفال من المهارات التنظيمية أكبر من العلاج السلوكي .

(Hinshaw, and Ellison, 2016, p. 127)

واستخدمت التشكيل التدريجي للسلوك الصحيح المتوافق مع المرحلة العمرية في العديد من المهارات (البقاء على المهمة، إنفاص فترة التلفاز، زيادة التركيز، وإكمال الواجب المدرسي)، وتتوافق هذه الدراسة مع دراسة أجريت لخمسة أطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد، تتراوح أعمارهم بين 13-15 سنة، ركز التدخل على معالجة البقاء على المهمة في سياق استكمال الواجب المنزلي . تدخل الرصد الذاتي في فترات زمنية محددة مدتها 10 دقائق تم مزامنتها مع التعزيز الفردي كوقت إضافي للتلفزيون أو لعب الفيديو . وصلت إلى تحسينات كبيرة في السلوك على المهمة لجميع المشاركين الخمسة. وتم الحفاظ على هذه التحسينات ثلاثة أشهر بعد انتهاء جلسات التدخل، وبعد ذلك في ثلاثة أشهر أخرى من المتابعة

(George and Gary, 2014, p. 205)

واستخدمت الدراسة أيضا مذكرة التذكير ومتابعة الواجبات المدرسية، والتي حسنت من إتمام الواجبات المدرسية للأطفال المشاركين واتفقت مع دراسة قام بها ماير وكيلي (2007) حيث صمما قوائم مراجعة يومية وتقييم واجبات منزلية لتلاميذ المدارس المتوسطة الذين يعانون من تشتت الانتباه والنشاط الزائد. تم تدريب التلاميذ على المراقبة الذاتية للانتهاء من الواجبات المنزلية، وحضر الآباء أيضا دورة تدريبية حيث تم تشجيعهم لدعم التلاميذ في اتباع خطوات إدارة الواجبات المنزلية بما في ذلك حث التلميذ على بدء الواجب المنزلي وتنظيم المواد وإكمالها (قوائم مراجعة يومية). تقييم ماير وكيلي لفعالية هذا البرنامج مع عينة من اثنان وأربعون من طلاب الصف الثامن (36 فتى و6 فتيات) جميعهم تم تشخيص إصابتهم باضطراب النشاط الزائد وتشتت الانتباه؛ عرض مشاكل الانتهاء من الواجب المنزلي. وأبلغ المعلمون عن الحد الهام من مشاكل الواجبات المنزلية مع تحسن ما يصاحب ذلك من التأهب في القسم الدراسي للتلاميذ

الذين شاركوا في التدريب مقارنة بتلاميذ المجموعة الضابطة. وقد تم الحفاظ على هذه التحسينات في أربعة أسابيع المتابعة وارتبط مع مستويات عالية من رضا التلاميذ وأولياء الأمور .

(George and Gary, 2014, p. 205)

ونظمت الدراسة الحالية من وقت التلفاز والألعاب الالكترونية، والتي أيدت الدراسات أيضا أن الأطفال الذين يقللون من مشاهدة التلفاز وألعاب الفيديو تتخفف كثافة أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد لديهم على المدى القصير والطويل. ولوحظ أن بعض الآباء الذين قطعوا التلفزيون وألعاب الفيديو خلال الأسبوع الدراسي، شهد أطفالهم تحسنا كبيرا في القدرة على التركيز على واجباتهم المدرسية مع تحسن ملحوظ في التركيز .

(AYCNP, 2013, p. 7-9)

واتفق أيضا مع معلومات نشرت في 12 سبتمبر 2011 من باحثي جامعة فرجينيا (ليلارد ، بيترسون ، شارلوتسفيل) حول تأثير التلفزيون على وظيفة الأطفال التنفيذية، استنتج الباحثون أن مشاهدة الأطفال للتلفزيون له تأثير ملحوظ على مشاكل الانتباه. واقترحت نتائج الدراسة السابقة العلاقة الطولية بين الترفيه التلفزيوني وما بعده من مشاكل الانتباه. وبالتالي فقد فرضت الدراسة الحالية -إضافة لخفض مدة المشاهدة نظام عدم تشغيل التلفاز حتى يتم الانتهاء من الواجبات المنزلية، وتطبق القواعد على جميع أفراد العائلة . وهذا يتفق مع ما نصح به تحالف اوهايو لتعليم الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات أنه مفيد للأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

(OECD, 2015,P.17)

ونظمت الدراسة الاستراتيجية السابقة الذكر في جداول، حيث يتوافق ذلك مع تنبيه (حسين ،2008، ص.214)، وتزداد قيمة المعززات عند استخدامها في برامج تعديل السلوك، وتكون أكثر فاعلية حين تنظيمها في جداول التعزيز. ويشمل التدخلات السلوكية: مهارات التدريب (تطوير المهارات اللازمة لينتظر دوره أو تعلم كيفية الاستماع للآخرين) وتنمية المهارات التنظيمية، مثل الحفاظ على سجل الواجبات المنزلية ووضع الجداول الزمنية اليومية مع توقعات واضحة (غرفة نظيفة، والواجبات المنزلية والأعمال). والانتقال إلى مهارات جديدة كلما اكتسب المهارات الحالية وأصبحت روتين وعادة .

وفي سياق التدريب التنظيمي للأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أثبتت تجربة عيادية حديثة واسعة تستند إلى برنامج المهارات التنظيمية التي طورها هوارد أبيكوف وفريقه في المركز الطبي في جامعة نيويورك فوائدها الكبيرة للمجموعة الثالثة من المرضى الذين يعانون من ADHD . ويتضمن برنامج أبيكوف عشرين جلسة (اثان في الأسبوع) يتم تقديمها بشكل فردي للأطفال. يجلس الآباء

في الدقائق العشر الأخيرة من كل جلسة، حتى يتمكنوا من معرفة مكافأة المهارات في المنزل. يتم توفير وحدات لكل شيء لتنظيم المكتب وحقيبة الظهر وإدارة الوقت (بما في ذلك التقييمات الشخصية). الواجبات المنزلية، وتقدير الوقت لاستكمال الواجبات المنزلية، وتحديد أولويات الواجبات المنزلية، ومراجعة عملها يتم بدقة وبشكل كامل. وقارن الباحثون فوائده مع نموذج العلاج السلوكي التقليدي الذي يعتمد على الوالدين والمعلمين، حيث يتم تعليمهم تعزيز تنظيم الأطفال على نحو أفضل، وإدارة الوقت، والتخطيط، ومع مجموعة ضابطة. كان كل من برنامج المهارات التنظيمية وبرنامج العلاج السلوكي أفضل بكثير من أي علاج. وحسب تقييمات الآباء فمكاسب الأطفال من المهارات التنظيمية كانت أكبر من العلاج السلوكي .

(Hinshaw, and Ellison, 2016, p. 127)

استخدمت الدراسة أيضا تقنية التعاقد السلوكي لكي تكون لطفل أكثر جدية والتزاما ففورية التعزيز إشارة إلى مقدار الزمن بين السلوك والتعزيز، وتتحقق أحسن النتائج إذا قدم التعزيز بعد السلوك مباشرة، وترجع قوة برنامج التدريب حين يقدم الثواب مباشرة بعد السلوك، ويساعد ذلك الطفل على تعلم السلوك الذي يكافئ. ولكن بالنسبة للطفل الذي يعاني من تشتت الانتباه والنشاط الزائد لديه مشكلة أنه لا يتحمل تأجيل الاشباع حتى وإن كانت المكافأة أفضل؛ وبالتالي وجب تعليمه الاستجابة لعلاقات مشروطة بعيدة الأجل ومن الوسائل التي تستخدم لهذا الغرض التعاقد السلوكي وهو أداة قوية . (كامل مليكة، 1990، ص.81، الخطيب، 2014، ص.157).

وأیضا ارتكزت على استراتيجية التعزيز الرمزي بشكل أساسي نظام النقاط لتستبدل لاحقا بمكافئات، لتتبع ومكافأة سلوكيات معينة ترغب في زيادتها (العمل في الواجبات المنزلية لمدة 15 دقيقة دون مغادرة الطاولة). وتزيد التوقعات (20 دقيقة بدلاً من 15) وأفادت هذه الاستراتيجية في تحقيق الأهداف قريبة المدى (مدة القراءة، مدة المذاكرة)، ويتفق (Dobie Cet all.2012, p.46) مع نتيجة هذه الدراسة في أن الأطفال يظهرون النجاح مع الأهداف الأولية .

وتتفق أيضا مع دراسة (الزعبي، القحطاني، 2015) التي قيمت أثر التعزيز الرمزي في خفض عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى سبع عشر طفلا موزعين على التجريب والضبط ووجدت فاعلية استخدام التعزيز الرمزي في خفض أعراض عجز الانتباه المصاحب بالنشاط الحركي الزائد إضافة إلى تحسن المستوى الأكاديمي أيضا .

وقد وجد أن البرامج المنهجية للتعديل المكثف المستندة على التعزيز الإيجابي والاقتصاد الرمزي، التي يتم إجراؤها في المخيمات الصيفية في المكان الذي يسيطر عليه الأفراد المدربون تدريباً عالياً فعال للغاية. (Ottawa,&Ontario, 2010)

عدلت الدراسة نظام النوم كمشكلة من المشكلات السلوكية الأخرى المثيرة لاضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد، فغالباً ما يعاني الأطفال ذوي (ADHD) من مشكلة في النوم. إذ يتم تخزين المعلومات الواردة خلال اليوم في الذاكرة قصيرة المدى المسماة REM. أثناء مرحلة النوم تنتقل هذه المعلومات إلى الذاكرة طويلة المدى. فالنوم ضرورة مطلقة للأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD). (OCECD , 2015,P.17)، وهذا يؤثر على الانتباه والتذكر، حيث حافظت على مقدار من النوم كاف لمستوى نمو الأطفال المشاركين بجدولة "وقت التوقف" قبل النوم عن طريق إيقاف تشغيل التلفاز وأجهزة الكمبيوتر والألعاب الإلكترونية والهواتف المحمولة. إذ يعد من بين العوامل التي ساهمت في الحصول على أثر قوي للبرنامج التدريبي في الحصول على تحسن كبير في أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد. وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة تجريبية عشوائية قام فيها الباحثون بتقييم ما إذا كان تدخل النوم القصير للأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ومشاكل النوم، أي العلاج ببدة النوم والحفاظ على النوم، فعال في تحسين مشاكل النوم وكذلك أعراض اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. عدد الأطفال (ن = 244) و تتراوح أعمارهم بين 5 و 12 و لديهم اضطراب ADHD ، ومعظمهم كانوا يتلقون العلاج أيضاً مع الأدوية المنشطة ، تم اختيارهم بصورة عشوائية من مجموعة الرعاية العيادية المعتادة. تلقت العينة استشارتين وجهاً لوجه (كل أسبوعين) مع طبيب مُدَرَّب قام بتقييم مشكلة النوم، وساعد الوالدين في الحصول على أهداف لتعديل النوم وقدموا تدريباً للآباء حول دورات النوم واستراتيجيات النظافة الشخصية. ثم صاغ الطبيب برنامجاً سلوكياً لتعديل النوم استناداً إلى مشاكل نوم الطفل الفردية. النتائج الأولية، التي تم قياسها في البداية وخلال ستة أشهر، شملت بلاغ الوالد والمعلم عن أعراض ADHD. وشملت النتائج الثانوية مشاكل النوم التي أبلغ عنها مقدم الرعاية الأساسي كما هو مبين في استبيان عادات نوم الأطفال. وأفاد الباحثون أن مجموعة التدخل السلوكي أفادت بحدوث انخفاض كبير في أعراض اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد؛ مقارنة مع مجموعة الرعاية المعتادة .

(Thomas et al ،2016 ،p.59-60)

وقد استخدمت الدراسة الحالية مجموعة من النشاطات (الخروج في نزهة، المشي) والتي أشارت الدراسات إلى أن الأطفال الذين يقضون الوقت في الهواء الطلق، يستفيدون من انخفاض إيجابي في أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد .

(AYCNP, 2013, p. 7-9)

تمت جدولة نشاط رياضي أسبوعي لمعالجة النشاط الزائد، وتتفق (Linda Grossman M.D. n.d p.2) على أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد يقومون بأداء أفضل في الرياضة حيث يمكنهم التحرك معظم الوقت. السباحة بشكل عام، كرة القدم، وفنون الدفاع عن النفس تعمل بشكل أفضل من الألعاب الرياضية مثل البيسبول (تتطلب أن ينتبه الطفل ويستجيب للعبة). واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (وزاني، قمرأوي، 2017) التي أجريت على عشرة أطفال يمارسون نشاطات رياضية خارج الوسط المدرسي مع مجموعة ضابطة قدرها خمسة عشر تلميذ مدرسة ابتدائية، وتوصلت إلى وجود فعالية للرياضة في الحد من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ودراسة أخرى (Verret et al,2012) استكشفت آثار برنامج النشاط البدني المعتدل إلى العالي الكثافة على السلوك المرتبط باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال المصابين به لواحد وعشرون مشاركا تتراوح أعمارهم ما بين سبعة واثنا عشر سنة، تم توزيعهم عشرة في المجموعة التجريبية وإحدا عشرة ضابطة؛ وبعد عشرة أسابيع من التدريب تمت المقارنة بالضابطة. وأظهرت النتائج أن برنامج النشاط البدني كان له أثر إيجابي وأهمية عيادية على مشاكل الانتباه فالأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه و النشاط الزائد في المجموعة التجريبية أصبحوا أكثر كفاءة في معالجة المعلومات، وتحسين الانتباه لكن ليس له تأثير على جانب النشاط الحركي الزائد .

ركزت الدراسة الحالية على التدخلات السلوكية في المنزل خاصة مدح السلوك بمجموعة متنوعة من الكلمات للإشادة بالسلوك المناسب. بشكل أساسي مما أدى إلى التحسن الكبير في أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد وأثبتت فاعلية البرنامج التدريبي المصمم وأشار توماس وزملائه(2016) " أن يكون العلاج داخل المنزل وسيلة فعالة لتقديم التدخلات الأسرية، بما في ذلك طرق نمذجة الآباء للتعامل مع سلوك الطفل وتوفير التدريب على المهارات الاجتماعية".

(Thomas et al ،2016 ،p.60-61)

وهذا يتفق مع ما أرشد إليه قسم التعليم في الولايات المتحدة، تعليم الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد (2008، ص. 21) أنه غالباً ما يحتاج الأطفال الذين يعانون من ADHD

إلى تدخلات سلوكية في المنزل، تساعد التدخلات الطفل في تعديل السلوكيات. واعتمدت الدراسة نظام المراقبة المتواصلة للأمهات للتأكد من أنهم يستخدمون إجراءات التعديل بشكل سليم وفعال. وهذا ما أكده (الخطيب، 2014، ص.79). ويقر المعهد الوطني للصحة العقلية (2007) أن التدخلات السلوكية التي تنطوي على الاتصالات بين البيت والمدرّب سوف تسفر عن أكبر قدر من الفوائد. وهناك أدلة قوية على أن دعم الوالدين والمشاركة في الأنشطة يؤدي إلى فعالية التحسين .
(ADHD NIMH, 2007, p. 28)

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما أشار إليه (Schultz and Evans. 2015, p.42) أنه بالنظر إلى القيود المرتبطة بالأدوية المنشطة والخوف من طرف العديد من الآباء والأمهات والأطفال لاختيار المنشطات، يمكن لتعديل السلوك أن يمثل مدخلاً أكثر قبولاً أو تدخلاً بديلاً. وتشمل جهود تعديل السلوك التشاور السلوكي المستمر مع مدرّب نفسي أو غيره من أخصائيي الصحة العقلية. ويوصف عادة تعديل السلوك للآباء والأمهات، كما يتضح من العديد من برامج التدريب الأم التي كانت فعالة لعائلات الأطفال الذين يعانون من ADHD .

إضافة إلى ما سبق شرّحه فقد طبقت الدراسة الحالية أيضاً تعديل السلوك المكتبي على مستوى العيادة الخاصة شملت نشاطات تشكيل الانتباه وتعزيز التركيز، ساهمت أيضاً في نجاعة وفاعلية برنامج تعديل السلوك في تحسين أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد بشكل أساسي أيضاً، وتم تعزيز الالتزام على المدى الطويل من خلال التنقيف النفسي، ومشاركة العميل والأسرة في قرارات العلاج، وجدولة زيارات المتابعة على فترات منتظمة. واستخدمت أثناء الجلسات التدريبية في العيادة تقنية العلاج باللعب لتطوير مهارة الانتباه والتركيز وأيضاً مهارة الاستماع والتي أثرت بشكل فعال جداً في تحسين أعراض تشتت الانتباه والاندفاع وقد أكد (الفسفوس، 2011، ص.135) أن تعديل السلوك باللعب من أكثر الطرق نجاعة لأن الأطفال في سن 12 سنة فما فوق يميلون إلى معالجة المعلومات وتطوير القدرات العقلية؛ وتعديل السلوك باللعب يقوم جذور المشكلة ويعالج أسبابها الرئيسية .

وتحليل تباين تأثير عامل الزمن داخل كل مجموعة؛ مجموعة الأطفال المتعالجين ببرنامج تعديل السلوك والمجموعة الضابطة والتي لم تخضع لأي معالجة يفسر أثر عامل الزمن باحتياج برنامج تعديل السلوك للتطبيق على مراحل؛ حيث تم اكتساب مهارات تنظيمية ومهارات جديدة، وفي الأشهر الثلاثة التالية يتم ترسيخها بحيث تصبح عادة والتقليل التدريجي من التعزيز المادي، مع الاستمرار في اكتساب مهارات أخرى بغرض تعديل السلوكيات الأخرى التي لم تعدل بعد، وقياس المتابعة أظهر أن الأطفال المشاركين

في برنامج تعديل السلوك؛ قد حافظوا على التحسن المحرز في سلوك تشتت الانتباه والنشاط الزائد، كما أن مقارنة متوسطات المجموعة التجريبية بمتوسط المجموعة الضابطة أظهر عدم وجود اختلاف بين متوسطي مرحلة نهاية العلاج ومتوسط مرحلة المتابعة. والعلاج عادة ما يحتاج إلى الكثير من زمن التعديلات فاعمل الزمن لا يؤثر بشكل مباشر وإنما هو الشرط الضروري والكافي لتفعيل نشاط العامل المؤثر الرئيسي البرنامج التدريبي .

(Thapar and Cooper, 2015, p. P.151-152)

وفي البيئة الجزائرية نجد أن نتائج الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج دراسة (فوزية محمدي، 2011) والتي توصلت إلى فاعلية البرنامج التدريبي في تعديل اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى تلاميذ سنة رابعة ابتدائي بورقلة قدرهم عشرون تلميذا مقسمين على مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة ودراسة (لحمري، 2015) حول فاعلية برنامج سلوكي مصمم في خفض حدة تشتت الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى عينة أطفال من المدارس الابتدائية بتلمسان ؛ قدرها 30 طفل الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، قسمت على 15 تجريبية و15 ضابطة، طبق البرنامج مدة ثلاثة أشهر ونصف (26 جلسة) وتوصلت إلى فاعلية البرنامج السلوكي الذي اعتمد على يعتمد استراتيجيات التشكيل: التقارب التدريجي للسلوك (التعزيز، النمذجة) في خفض مستوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، وساهم أيضا في تحسين مستواهم الدراسي. ولم يثبت أي تأثير يعزى لعامل الجنس، وهذا يدعم تواجد فتاة واحدة في الدراسة الحالية لا يعد قصورا. ومع ذلك تظهر الحاجة لمزيد من الدراسة والبحث والتطبيق لبرنامج تعديل السلوك على أكبر عدد الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

دراسة أخرى حديثة لتذكرات (2017) تناول فيها فاعلية العلاج باللعب في خفض أعراض قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى عشرون طفلا تتراوح أعمارهم ما بين (8-10) سنوات بسطيف، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، ودلت نتائج الدراسة على أن البرنامج المقترح في خفض الاندفاعية المعرفية وتنمية العمليات الانتباهية المختلفة من انتقاء، مرونة، تتبع، سعة لدى الأطفال المتمدرسين من ذوي قصور الانتباه والنشاط الزائد .

ومن الدراسات العربية التي استخدمت تعديل السلوك نجد دراسة (شليبي، 2009) التي بحثت أثر برنامج تعديل سلوك تربوي على أربعة أطفال مشاركين وخمسة ضابطة (الحلقة الثانية من المدرسة الابتدائية) وانتهجت العلاج المتعدد المحاور إضافة لمحوري تثقيف وتدريب الأمهات وتعديل السلوك الفردي للأطفال

في بيئة المنزل أدمجت البيئة المدرسية أيضا، وتوصلت على الفاعلية الكبيرة في خفض أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد إضافة لتحسن المستوى الدراسي .

دراسة أخرى (إبراهيم، 2011) بحثت فاعلية برنامج سلوكي في معالجة شدة نقص الانتباه والنشاط الزائد بمقارنته بالعلاج الدوائي والعلاج الدوائي السلوكي المشترك للأطفال المراجعين لبعض العيادات النفسية عددهم ثمانية وعشرون تراوحت أعمارهم (7-11) وتم تقسيمهم على ثلاث مجموعات تعديل السلوك، العلاج الدوائي، المشترك (الدواء وتعديل السلوك معا) وتوصلت إلى فاعلية التعديل السلوك في خفض تشتت الانتباه والنشاط الزائد كما توصلت إلى ضرورة العلاج المشترك (الدوائي والسلوكي) مع بعض الأطفال إذا لزم الأمر .

وكشفت دراسة أخرى حديثة بحثت فاعلية العلاج المتعدد الوسائط لاضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد (Mhtare, Gajre, Karia, Chheda, Saroj, De Sousa, 2017) استخدمت الأدوية بالاشتراك مع التعديل السلوكي وتوصلت أن العلاج متعدد الوسائط فعال في معالجة الأطفال ذوي تشتت الانتباه مع النشاط الزائد . هناك ثلاثة مجالات معالجة مدعومة بشدة لعلاج اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد : (1) الأدوية المنشطة؛ (2) تعديل السلوك و (3) مزيج من الاثنين. واستنادا الى آراء الأطباء الباحثين في أدوية تشتت الانتباه مع النشاط الزائد؛ حيث أوضحوا أن مفعولها مرهون بمدة عمل الدواء في الجسم أي لا تؤمن علاج نهائي كما أنها لا تغني على التعديل السلوكي بل تمهد له ليصبح بالإمكان التعامل مع أسهل، ومنهم من أشار بإمكانية الاستغناء على الدواء . (Dobie Cet all.,2012, p.39)

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة حديثة تقارن فاعلية العلاج السلوكي مع العلاج الدوائي السلوكي المشترك حول مهارات التواصل لدى الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه والنشاط الزائد أعدت من قبل صبح وشروف وأسعد (2018) على أربعة وثلاثون طفلا من المترددين على العيادات النفسية في مدينة الاندقية بواقع 14 طفلا في المجموعة الأولى وعشرون طفلا في الثانية، تتراوح أعمارهم بين 6-9 سنوات وتوصلت الدراسة إلى أثر محدود للعلاج الدوائي كمرافق للعلاج السلوكي مع الآثار الجانبية السلبية له، فشيوع استخدامه بسبب سهولة وقلة تكاليفه مقارنة بالعلاج السلوكي . وتختلف هذه الدراسة الحالية مع الدراسات التي تدعم العلاج متعدد الوسائط باستخدام الأدوية التي تعتبر العلاج بالتعديل السلوك منفرد لا يمتلك الدعم التجريبي الكافي، لكن وجدت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP، 2001) أن 80% على الأقل من الأطفال سوف يستجيبون لأحد المنشاطات إذا تم إعطاؤهم بطريقة منتظمة. ومع ذلك فالأدوية

المنشطة لا "تطبع" (لا تعدل السلوكيات) مجموعة كبيرة من المشاكل السلوكية، والأطفال الذين يخضعون للعلاج الدوائي قد يظهرون مستويات أعلى من المشاكل السلوكية من أقرانهم .

(U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, and Office of Special Education Programs, 2003, p.11)

على الرغم من أن الأدوية المنشطة يمكن أن تؤدي إلى تحسينات هائلة لبعض الأطفال، إلا أنها لا تستطيع معالجة جميع الصعوبات المحتملة. يمكن للمنشطات أن تساعد الأطفال على أن يكونوا أكثر انتباهاً لطلبات الوالدين وأقل اندفاعاً في تصرفاتهم، وبالتالي تقليل عدم الالتزام، ولكنها لا تستطيع معالجة الصعوبات السلوكية الرئيسية للأطفال . (ANASTOPOULOS and SHELTON, 2002, p.196).

تشير الأبحاث إلى أن أفضل النتائج في تعديل السلوك ينتج عند الجمع بين الدواء والاستشارة السلوكية. الاستشارة العائلية مفيدة أيضاً . على الرغم من ندرة مضاعفات القلب والأوعية الدموية، إلا أن إدارة الغذاء والدواء تحذر الآن من أن الأدوية المنشطة إذ قد تسبب مشاكل في القلب. إذا كان الوالد أو الطفل يعاني من عدم انتظام ضربات القلب أو خفقان القلب، أو إذا كان هناك تاريخ عائلي لأمراض القلب، يجب أن يختبر الطفل قبل البدء في تناول الأدوية المنشطة. وقد وجدت الأبحاث أن أفضل علاج AD / HD ينطوي على مزيج من المنشطات، والتدريب على تعديل السلوك، وبدائل غير المخدرات، مثل زيت السمك والتمارين الرياضية. كما أن فعالية أي علاج لـ ADHD تختلف باختلاف الأفراد، (adhd book novembre 2015)

ويؤيد باحثون آخرون ما توصلت إليه الدراسة الحالية إذ يشير (Thapar and Cooper, 2015, p.5) أن التدخلات السلوكية تشكل في الوقت الحاضر جوهر العلاج. مما يدعو الى الحاجة لمزيد من الدراسات المضبوطة والدقيقة لاحتمالية الاستغناء على الدواء .

(Carlton Et al 2016 ،p.32)

في مراجعة مُحدثة مؤخرًا لـ 53 دراسة مضبوطة تشمل علاجات خاصة بالمرهق المصاب بتشتت الانتباه مع النشاط الزائد ADHD، اقترح المؤلفون أن الأدلة لا تدعم المبادئ التوجيهية المهنية للطب النفسي للأطفال والمرهقين، والتي تنص على أن الدواء المنشط هو المفضل لعلاج المرهقين المصابين باضطراب تشتت الانتباه و فرط النشاط . ووجدت الدراسة أدلة تثبت مجموعة مماثلة من أحجام تأثير الدواء والعلاج السلوكي في علاج المرهقين المصابين باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، مع ملاحظة أن غالبية المرهقين أفادوا برضا ضعيف عن الدواء، مما يقلل من احتمالية الالتزام به .

(Sibley et al. ،2014 ،p. 218)

مع إفادة المراهقين برضا ضعيف على الدواء يدل على موافقة نتائج الدراسة الحالية وتبقى فقط تحتاج لمواصلة دراسات المتابعة للاستدلال على التأثير على المدى الطويل . وفي دراسة مناقضة لما توصلت إليه الدراسة الحالية أجرى المعهد الوطني للصحة العقلية (ADHD NIMH, 2007) أكثر الدراسات المتعمقة على الإطلاق لتقييم علاجات ADHD. وتسمى هذه الدراسة العلاج متعدد الوسائط للأطفال الذين يعانون من ADHD (أو MTA). أظهرت بيانات من هذه الدراسة أن ميثيل فينيدات (وهو دواء منبه شائع الاستخدام من أجل ADHD) فعال في علاج أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ، سواء بمفرده أو بالجمع مع العلاج السلوكي. ووجد أيضا أن العلاج الذي يشمل الدواء أكثر فعالية لأعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من العلاج السلوكي وحده. وينطبق ذلك بشكل خاص عندما يتم مراقبة جرعة الدواء عن كثب وتخصيصها لكل طفل .

في حين أن العلاج الطبي وحده هو علاج أثبتت فعاليته لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ، وجدت دراسة MTA متعددة الوسائط أن الجمع بين العلاج السلوكي والدواء مفيد في مساعدة الأسر والمعلمين والأطفال على تعلم طرق لتعديل السلوكيات التي تسبب المشاكل في المنزل والمدرسة. بالإضافة إلى ذلك، أصبح الأطفال الذين يتلقون العلاج المشترك قادرين على خفض جرعات الدواء. حيث تتضمن العلاجات السلوكية في الدراسة متعددة الوسائط ثلاث طرق: تدريب الآباء التقني حول اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد وسبل العلاج بتعديل سلوك. إضافة للعلاج المركز على الأطفال: مساعدة الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد على تطوير مهاراتهم الاجتماعية والأكاديمية .

وحل المشكلات. وثالثا التدخلات المستندة على المدارس؛ مساعدة المدرسين على تلبية احتياجات الأطفال التعليمية عن طريق تعليمهم المهارات اللازمة للتعديل .

وأظهرت دراسة متعددة الوسائط أجرتها أيضا NIMH؛ عن اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد تحسناً ملحوظاً في السلوك في المنزل والمدرسة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد الذين تلقوا دواءً تمت مراقبته بعناية بالإضافة إلى العلاج السلوكي. أظهر هؤلاء الأطفال أيضاً علاقات أفضل مع زملائهم في الصف وأسره مقارنة بالأطفال الذين لم يتلقوا هذا المزيج من العلاج. (Hinshaw et al.,2015)

وذهب (سميث وشابيرو، 2015) تؤكد الأبحاث الإضافية أن الجمع بين العلاجات السلوكية والأدوية المنشطة أكثر فعالية من العلاج الدوائي وحده .

وفي المقابل ركزت الأبحاث القائمة حول عيوب علاجات اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد على بحث الأدوية والتدخلات السلوكية؛ واستناداً إلى المقابلات والاستبيانات التي أجراها معلمون، أظهرت النتائج أن معظم المدرسين يعتبرون الأدوية نوعاً من التدخل الذي قد يؤدي إلى انخفاض قصير المدى في السلوك غير اللائق ومع ذلك، يعتقدون أن التدخلات السلوكية لها تأثير أكبر على الأطفال الذين يعانون من ADHD ، في دراسة، استناداً إلى 350 معلماً في ويسكونسن ومينيسوتا، أشار 78% من هؤلاء المعلمين إلى أن الأدوية لا تجنب الحاجة إلى تدخلات فعالة تهدف إلى تحسين التعلم والإنجاز ومزيج من كل من الأدوية المنشطة والتدخلات السلوكية يؤدي إلى نتائج أفضل بكثير في الأطفال الذين يعانون من ADHD من الأدوية وحدها .

(Berri and Al-Hroub, 2016, p.13)

ووجهت الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين والجمعية الأمريكية للأمراض النفسية إقرار لأولياء الأمور أن " من المهم أن تدرك أنت وطفلك أن أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد قد تعود إلى الظهور مرة أخرى بمجرد توقف طفلك عن الأدوية" فالنتائج بعيدة المدى لا تزال غير مؤكدة. إضافة لما ذكر سابقاً من أنه لا يطبع. بينما يساعد العلاج السلوكي في تعليم الأطفال التحكم في سلوكهم حتى يتمكنوا من تحسين أدائهم في المدرسة وفي المنزل. لا يعتمد فيه على التشخيصات العصبية أو تحاليل طبية، بل على السلوك الظاهر ولا توجد في الوقت الحاضر علاقة سببية معروفة بين اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد و لدى الفرد وتخطيط العلاج .

(George and Gary, 2014, p.20)

من وجهة نظر كوتتي وزملائه أنه على الرغم من أن العلاج السلوكي فعال في علاج أعراض ADHD، إلا أنه أكثر فعالية عند استخدامه مع دواء منبه. وتعتبر أدوية التحفيز أكثر نجاحاً من العلاج بمفردها. (Courtney and All 2016 p.695)

ومع ذلك، فإن سهولة والراحة النسبية للأدوية تجعل البعض يتساءلون عما إذا كانت هذه الجهود فعالة من حيث التكلفة. إذ يمكن للأدوية غير المكلفة تقديم نتائج مماثلة، هل من المنطقي أن يضيع الوقت والمال في تدريب الآباء والمعلمين؟ قام الباحثون بفحص هذه المسألة عدة مرات، (Schultz and Evans, 2015, p.42) ، وفي المقابل توفر الأدوية تحسينات مؤقتة في أعراض محددة ولكن بعض العاهات، مثل عجز المهارات الاجتماعية، تكون أقل استجابة حتى عندما تقلل الأدوية من السلوك العدوانية أو غير

المتوافق، فإنها لا تحل محل البدائل الاجتماعية الإيجابية مع السلوكيات المضطربة ولا تساعد الأدوية الأطفال على التغلب على التأثيرات الدائمة للسمعة الاجتماعية السلبية. فالأدوية تستخدم عندما تكون العلاجات البديلة غير متاحة أو غير قابلة للتطبيق أو غير مقبولة. كما أن استخدام الدواء على المدى الطويل، يؤدي إلى مخاوف من أن استخدام المنشطات في مرحلة الطفولة قد تؤدي إلى تعاطي المخدرات، مما يتسبب في تخلي العديد من الآباء عن الأدوية كخيار علاجي لأطفالهم. إضافة إلى أن الأبحاث المحدودة التي تدرس تحديدًا نتائج المراهقين تشير إلى أن الفوائد تتناقص مع تقدم العمر ووجدت أن الآباء أوقفوا المنشطات فيما يصل إلى 45% من الحالات في أقل من 10 أشهر. حاولت شركات الأدوية معالجة مشاكل عدم الامتثال الخاصة بالعملاء من خلال إنتاج أدوية تستخدم مرة واحدة يوميًا وتزويد العائلات بالمعلومات المتعلقة بالسلامة النسبية وفعالية المنشطات. ومع ذلك، يعبر العديد من الأطفال عن رغبتهم في التوقف بسبب الآثار الجانبية، مثل النوم السيئ والصداع. (Schultz and Evans. 2015, p.43)

حاول Hinshaw, P & Ellison, K (2016) الإجابة على السؤال أيهما أفضل بعد كل شيء وأفادا أنه كليهما؛ فالحبوب لا تعلم المهارات. إن علاج أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، غالباً ما يحتاج إلى شيء أكثر تأهيلاً. و أول اكتشاف واضح لهذا الموضوع في دراسة العلاج متعدد الوسائط (MTA) الرائدة للأطفال الذين يعانون من ADHD والذي يدعم تقرير المتابعة الذي نشر بعد عدة سنوات من الأوراق الأولية MTA يمكن لمعظم الأطفال المصابين باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد الاستفادة بشكل كبير من العلاج السلوكي وتعديل نمط الأبوة والأمومة، قدمت منافع أساسية للأطفال في الواقع، يعتقد العديد من المعالجين أن أحد أفضل استخدامات الدواء هو مساعدة العملاء على التركيز على العلاج السلوكي، لتقديم أكبر فرصة لفوائد طويلة الأمد. بوساطة التركيز قصير المدى والتحكم في الاندفاع والعلاج السلوكي الذي يعمل على المهارات الاجتماعية والأكاديمية طويلة الأمد. ومن الواضح أن هذا العلاج يأخذ الكثير من الوقت والطاقة والمال مما يفعل العلاج بالأدوية، لكن العلاج السلوكي ضروري عادة للأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه مع النشاط الزائد، عندما يتم ذلك بشكل صحيح، يمكن أن يكون لها فوائد دائمة. ويمكن أن تساعد الأدوية في تخفيف الأعراض .

(Hinshaw, P & Ellison, 2016, p.131)

وفي اتجاه يتفق مع الدراسة الحالية ذكر (George and Gary, 2014, p.123) أن الاستطلاعات تشير إلى أنهم يجدون تدخلات سلوكية فعالة، خاصة دمج التعزيز الإيجابي، لتكون مقبولة للغاية وأفضل من العلاج الدوائي .

وأشارت الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين والجمعية الأمريكية للأمراض النفسية، قسم اضطراب تشتت الانتباه / النشاط الزائد، أنه عندما تعمل أدوية ADHD، تختفي العديد من أعراض ADHD. ولكن ليس من غير المألوف أن تستمر بعض الأعراض. قد تساعد العلاجات السلوكية في علاج الأعراض المتبقية، وللحصول على النتائج المثلى على المدى الطويل، ينبغي أن يكمل الدواء مع تعديل السلوك والظروف الأكاديمية اللازمة. بعبارة أخرى، يمكن أن تكون العقاقير مثل Ritalin مفيدة بشكل كبير لبعض الأطفال، ولكن يجب ألا يكون الدواء الشكل الوحيد للعلاج. كما يحتاج الأطفال الذين لا يستجيبون للأدوية إلى تأكيد أكبر على تعديل السلوك والمشورة مع الوالدين والعائلة .

(Millichap, 2010, p.114/ p134)

إذ يمكن مساعدة الأطفال بشكل كبير دون الحاجة إلى تناول الدواء. (Borrill, 2000, p.14) وقد شبهت الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين والجمعية الأمريكية للأمراض النفسية ، قسم اضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط تناول أدوية ADHD بارتداء النظارات الطبية. فلا دواء شافي .

(Hinshaw, P & Ellison, 2016, p.101)

" الدواء لا يعالج ADHD - ولكنه يمكن أن يوفر "نافذة فرصة" يمكننا من خلالها مساعدة الأطفال على تعلم كيفية تعديل سلوكهم ". (Borrill, 2000, p.13) وأكثر من ذلك لحد الساعة تدل الأبحاث الطبية على فشل العلاج الدوائي على المدى الطويل فتأثيره يقتصر على فترة تناوله أي فعالية قصيرة الأمد رغم ذلك وبينت الدراسات بعدم وجود اختلاف بين الذين تناولوا الدواء وبين الذين لم يتلقوا علاجاً وأيضاً بين الذين خضعوا لأساليب أخرى من العلاج هذا فضلاً عن الآثار الجانبية الجسيمة، ومن التجارب القليلة حول المفعول طويل الأجل دراسة المعهد القومي للصحة العقلية (MTA) .

دراسة متعددة الوسائط لعلاج الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد تضمنت 579 طفلاً متوسط أعمارهم 8 سنوات ذوي النوعية المختلطة من الاضطراب حسب معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية المراجعة الرابعة (جمعية الطب النفسي الأمريكية) خضع هؤلاء الأطفال لعلاج دوائي لمدة 14 شهراً، وبرامج علاج سلوكي متعدد المكونات وعلاج مختلط دوائي وسلوكي) بالإضافة للرعاية المجتمعية المعتادة. أي أربعة أنواع من العلاج وأظهرت النتائج الأولية أن جميع المجموعات تحسنت فوق المستوى الأساسي، ورغم هذا فإن الميثيلفينيدات أثبت تفوقه على العلاج السلوكي وتفوقه على الرعاية المجتمعية الروتينية. وبحلول المتابعة الثانية بعد 3 سنوات (حين بلغ المشاركون حوالي سن 12

عاما) ، لم تكن هناك أي اختلافات كبيرة بين المجموعات. وتم تأكيد هذه النتائج في عمليتي المتابعة التاليتين (حين بلغ المشاركين حوالي سن 17 عاما) .

ورغم تلاشي الاختلافات بين المجموعات ولم يكن أداء المشاركين الذين ظلوا يتناولون الأدوية أفضل من نظرائهم الذين لم يتناولوا الدواء، رغم وجود زيادة % 41 في إجمالي متوسط الجرعة اليومية، وتشير النتائج الكاشفة أو الصادمة لدراسة العلاج المتعدد لاضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط أن الحفاظ على استجابة جيدة للعلاج غالباً ما تتطلب مجهود مستمر يأخذ في الحسبان مشاكل دراسية وسلوكية طويلة الأجل ترتبط بصورة معتادة باضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط ويتواءم مع متطلباته بما فيها شدة الأعراض، ومشاكل السلوك، والمهارات الاجتماعية وموارد الأسرة، وهذا اعتراف بتفوق العلاج السلوكي على المدى الطويل ومتابعة احتياجات العميل في كل فترة وتعديل السلوك. مع اعادة تقييم احتياجات هؤلاء المراهقين بصورة دورية .

(Cho ajm, verin, Fuentes, & polanczyk, 2012, p. 17)

وصرح مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية AYCNP . وكالة حكومية أمريكية. " غالباً ما لا يؤدي التدخل الدوائي إلى تطبيع السلوك. تشير الأبحاث، وإن كانت محدودة، إلى أنه حتى مع العلاج طويل المدى، يواجه الأطفال والبالغين الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط مشكلات كبيرة في إعدادات المدرسة والمنزل والمجتمع. هذا يثير تساؤلات حول فعالية التدخلات الدوائية كطريقة طويلة الأجل " .

(AYCNP, 2013, p.333)

وقد تراكمت قاعدة الأدلة على مدى السنوات الأربعين الماضية لفعالية العلاج القائم على السلوك في تعديل اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ، الذي يتم تقديمه في سياق التدخلات الصفية، تدريب الأهل أو الأماكن العلاجية مثل المعسكرات الصيفية المتخصصة وقد وجد بعض الباحثين أن بعض الأطفال الذين تناولوا المنشطات تخلفوا عن أقرانهم على منحني نموهم بمقدار $\frac{3}{4}$ قدم من الطول ووزن ستة أرطال (OECD , 2015,P.23)

حسب ما نوقش سابقا على أن الدواء لا يمثل بديلا بل عامل مساعدا وممهدا للعلاج السلوكي، مع تأثيراته الجانبية التي لم تكن متقبلة إضافة أنه يمكن لتعديل السلوك أن ينجح في علاج اضطراب تشتت الانتباه مع النشاط الزائد دون الحاجة للدواء، وهذا يؤيد نتائج الدراسة الحالية المقتصرة على استراتيجيات تعديل السلوك باستخدام العديد من التقنيات التي تستهدف أعراض تشتت الانتباه مع النشاط الزائد في شكل

أهداف قريبة المدى. مع أنها تحتاج لدراسات متابعة طويلة المدى وعلى أكبر عدد من الأفراد المشاركين لتأكد استقرار النتيجة العلاجية الايجابية المتوصل إليها .

وتكمن نقاط القوة في هذه الدراسة في أنها اعتمدت تصميم بحث الحالة الفردية والذي يركز على كل فرد مشارك على حدى في تحسين أعراض تشتت الانتباه والنشاط الزائد لديه؛ لكن الدراسة تحتاج للمزيد من البحث وتعميم التطبيق على عينات أكبر، كما جمعت الدراسة الحالية بين عدة استراتيجيات لتعديل السلوك تستخدم أحيانا مجتمعة في نشاط واحد لتعليم مهارة تستهدف تعديل خفض من أعراض تشتت الانتباه أو النشاط الزائد ، وألمت الدراسة بكل أعراض هذا الاضطراب بتوظيف نشاطات تهدف لتنمية مهارة تعدل كل عرض باعتباره هدف قريب مدى إجرائي .

وفي الأخير نجد أن جورج وجيري يدعم الدراسة الحالية في العديد من النقاط بقوله "على الرغم من الدعم التجريبي للتدريب على المهارات الاجتماعية مع هذه الفئة محدودة نوعًا ما إلا أن الطبيعة المزمنا للصعوبات المرتبطة بتشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD ، والتي من المحتمل أن تكون مدمرة؛ تتطلب استخدام تدخلات متعددة يتم تنفيذها عبر الإعدادات على مدار فترة زمنية طويلة .كاستراتيجيات لتعزيز النجاح في استكمال الواجبات المنزلية وتقنيات التدريب على المهارات الاجتماعية مثل النمذجة" .
(George and Gary, 2014, P.304)

6- توصيات ومقترحات :

6-1 توصيات :

- تدريب الوالدين على استراتيجيات تعديل السلوك الفعالة عامة وتنقيفهم حول اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد خاصة (ندوات، ورشات، أيام توعوية ...)
- التشاور مع المعلمين وتنقيفهم وغيرهم من العاملين بالمدرسة بهدف الزيادة من وعيهم وفهمهم لمعاناة التلاميذ المصابين باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد .
- التواصل المستمر بين الآباء والمعلمين والمهنيين والأخصائيين النفسيين خاصة العاملين بالمدارس .
- تدريب المهنيين والأخصائيين النفسيين على الممارسة التطبيقية وتنفيذ البرامج التدريبية والتشاور معهم وسد الفجوة وخلق استراتيجيات لتعزيز الروابط القوية بين البحث والممارسة لتقديم خدمات ناجعة للتلاميذ المتمدرسين والأطفال عموما الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصحوب

بالنشاط الزائد، فتحديات الأبحاث العلمية تكمن في أن يؤدي إلى ممارسة فعالة مثل التحسينات على المدى الطويل .

- الحد الأدنى من الكفاءات في تحديد هؤلاء الأطفال وتصميم برامج تعليمية فعالة لتلبية احتياجاتهم ومساعدتهم على يصبحوا مواطنين ناجحين ومنتجين .

6-2 مقترحات :

- دراسات متابعة طويلة المدى للبرنامج التدريبي المصمم .
- التطبيق على عدد كبير من الأطفال البالغين من العمر 12 سنة من العمر والتحقق من التعميم .
- دراسات مشابهة على فئات عمرية مختلفة من الأفراد الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (الطفولة، الراشدين أيضا) لتوفير برامج علاجية تستوعب جميع المراحل النمائية .
- دراسة مشابهة على مستوى البيئة المدرسية والجمع بينها وبين البيئة الأسرية .

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

1- المراجع العربية :

- إبراهيم، إيمان (2011): فاعلية برنامج سلوكي في معالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية، رسالة دكتوراه، جامعة دمشق.
- إبراهيم، شلبي أمينة (2009): آثار فاعلية برنامج تربوي فردي مقترح للتخفيف من أعراض صعوبات الانتباه مع فرط الحركة لدى تلاميذ الحلقة الثانية من المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة التاسع من فبراير سنة ألفين وتسعة عشر.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف(2014): تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق، الطبعة الثانية، الأردن، عمان: دار المسيرة.
- أبو زيد، احمد محمد & عبد الحميد، هبة جابر (2015): اضطرابات السلوك الفوضوي، مصر، القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية.
- إدجار دول "سارا سبارو، دافيد بالا، دومينك شيكشتي" صورة معدلة ومنقحة لمقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي مقياس فينلاند للسلوك التكيفي المعايير السعودية تعريب وتقنين العتيبي؛ بندر بن ناصر (2004) ، جامعة الملك سعود؛ كلية التربية : قسم التربية الخاصة.
- ارنولد جزل واخرون(1963د.ت)، ترجمة عبد العزيز توفيق جاويد: الشباب من العاشرة إلى السادسة عشر، الجزء الثاني، إدارة الثقافة بوزارة التربية والتعليم .
- إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي (د.س)، موسوعة الطفل الحديثة، كتب عربية.
- اوزي، احمد (2008): الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد - التشخيص والعلاج، مجلة التربية، العدد 25(114-117).
- أيمن مزاهرة، حاسب العوامل (2003): سيكولوجية الطفل علم النفس النمو، الأردن، عمان: الاهلية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- بيرتر شلوتكه، فرنس كاسبر، بيرند رولر، ترجمة سامر جميل رضوان (2016): التشخيص النفسي والاكلينيكي (1) الأسس العامة والتوجهات النظرية، الجمهورية اللبنانية، الامارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي، (ص.144-145).
- تزكرات عبد الناصر (2017): فعالية العلاج باللعب في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة سطيف.

- ثائر احمد غباري، خالد محمد أبو شعيرة(2015)، *سيكولوجيا النمو الإنساني بين الطفولة والمراهقة*، الطبعة الأولى، الأردن، عمان: دار الاعصار للنشر والتوزيع & مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- جايسون، دينا (2013) ترجمة : هنادي مزبودي ، *سلوك الأطفال*، الطبعة الأولى، الرياض : دار المؤلف .
- حامد عبد السلام زهران، حامد(1986): *علم النفس النمو "الطفولة والمراهقة"*، دار المعارف.
- حسين، طه عبد العظيم (2008): *استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة*، مصر، الإسكندرية:
- حمدي، عبد الله (2013): *برامج تعديل السلوك وطرق تصميمها ؛ مجموعة برامج عملية ونماذج تطبيقية*، أمجاد للنشر، الطبعة الأولى.
- الخطيب، جمال (2014): *تعديل السلوك الإنساني*، الطبعة السابعة، الأردن، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- الخطيب، جمال؛ الحديدي، منى صبحي (2009): *المدخل الى التربية الخاصة*، الطبعة الأولى، الأردن، عمان: دار الفكر.
- الزريقات؛ إبراهيم عبد الله فرج (2007)، *تعديل سلوك الأطفال والمراهقين؛ المفاهيم والتطبيقات*، الطبعة الأولى، الأردن؛ عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- السعدني عماد (2017): *مراحل عمر الطفل وجوانب النمو والاحتياجات النفسية والمتطلبات المرتبطة بها*، مدونة التربية الخاصة .
- سليم، مريم (2002)، *علم نفس النمو*، الطبعة الأولى، لبنان، بيروت: دار النهضة العربية.
- السيد عبيد، ماجدة (2015): *الاضطرابات السلوكية*، الطبعة الأولى، الأردن، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- شلوتكه بيرتر، كاسبر فرنس، رولر بيرند، ترجمة سامر جميل رضوان (2016): *التشخيص النفسي والاكلينيكي (1) الأسس العامة والتوجهات النظرية*، الجمهورية اللبنانية، الامارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي .
- صالح، قاسم حسين (2015): *الاضطرابات النفسية والعقلية نظرياتها أسبابها*، طرائق علاجها، الطبعة الأولى، المملكة الأردنية الهاشمية، عمان: دار دجلة للنشر والتوزيع.

- صبح صفاء، شروف أنساب، أسعد أمجد (2018): مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه " دراسة مقارنة بين الأطفال الذين يخضعون للعلاج السلوكي والأطفال الذين يخضعون للعلاج الدوائي السلوكي المشترك"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (40) العدد (6) 2018.
- صوالحة، محمد احمد(2014): علم نفس اللعب، الطبعة السادسة، الأردن، عمان: دار المسيرة.
- عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز بن عبد الله الدخيل، رضوان إبراهيم (1993): العلاج السلوكي للطفل، أساليبه ونماذج من حالاته، الكويت: عالم المعرفة.
- الفسفوس ، عدنان احمد (2011): المرجع البسيط في أساليب تعديل السلوك ، الطبعة الأولى ، المكتبة الالكترونية : أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة www.gulfkids.com.
- القرشي، امير إبراهيم (2013): التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، القاهرة: عالم الكتب.
- كامل مليكة، لويس (1990): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الطبعة الأولى، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- كامل مليكة، لويس (2010): علم النفس الاكلينيكي، الطبعة الأولى، المملكة الأردنية الهاشمية، عمان: دار الفكر.
- الكفافي علاء الدين (1998): رعاية نمو الطفل، مصر، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
- لحمري أمينة (2015): بناء برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة تلمسان.
- محمد عودة الزيمراوي(2003): علم النفس النمو – الطفولة – المراهقة، الطبعة الأولى، الأردن، عمان: دار المسيرة.
- محمدي فوزية (2011): فاعلية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة ورقلة.
- محمود أبو علام، رجاء(2006): مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، الطبعة الخامسة ،مصر، القاهرة: دار النشر للجامعات .
- منظمة الصحة العالمية(1999)، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ICD-10 الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية

- التشخيصية (الإشراف على الترجمة أحمد عكاشة)، جمهورية مصر العربية، الإسكندرية: المكتب الإقليمي للشرق المتوسط.
- نور، عصام (2015): *الأسس النفسية للنمو*، مصر، الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- هامبلتون؛ رونالد، ميريندا؛ بيتر، سبيلبيرغر؛ تشارلز (2006/2005) : *تكييف الاختبارات النفسية والتربوية للتقييم عبر الثقافات* (ترجمة هالة بارمدا راجعة مصطفى عشوي)، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية؛ الرياض : مكتبة العبيكان .
- وزاني محمد، قمرأوي محمد(نوفمبر 2017): *ممارسة الرياضة داخل الوسط المدرسي والحد من اضطراب فرط الحركة المصحوب بنقص الانتباه*، مجلة التنمية البشرية، العدد 08.

2- المراجع الأجنبية :

- Aboul-ata. Mohammad A & Fatma A. Amin(2015), *The Prevalence of ADHD in Fayoum City (Egypt) Among School-Age Children: Depending on a DSM-5-Based Rating Scale*, Journal of Attention Disorders, SAGE Publications Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/1087054715576917.
- Action for the Rights of Children (ARC), *Child and Adolescent Development - Revision Version 04/01*.
- Akrich, M. & Rabeharisoa V. (2014) : *The French ADHD landscape*, L'institut interdisciplinaire de l'innovation: Revisiting the "backwardness" of France. i3 Working Papers Series, 14-CSE-03. p.5 .
- Alexander K.C., & FRCPC, FAAP (2016), *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, Elsevier Inc.: Advances in Pediatrics 63. 255–280.
- Alexandra Garcia Rosales · Silia Vitoratou · Tobias Banaschewski · Philip Asherson · Jan Buitelaar · Robert D. Oades · Aribert Rothenberger · Hans-Christoph Steinhausen · Stephen V. Faraone · Wai Chen (2015) : Are all the 18 DSM-IV and DSM-5 criteria equally useful for diagnosing ADHD and predicting comorbid conduct problems?
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, <http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/ADHD/default.htm>.
- American Academy of Pediatrics (2011), *ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*, PEDIATRICS Volume 128, Number 5, www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-2654 doi:10.1542/peds.2011-2654.

- American Academy of Pediatrics. (2011). ADHD: *Clinical practice guideline for the diagnosis*, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents .
- American Psychiatric Association (2013) : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association .
- American Psychiatric Association(2013), *Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder*, Eve Herold at 703-907-8640: American Psychiatric publishing, www.psychiatry.org.
- Anita, Thapar, & Miriam, Cooper (2015), *Attention deficit hyperactivity disorder*, Seminar, Child & Adolescent Psychiatry Section, Institute of Psychological Medicine and Clinical Neurosciences, and MRC Centre for Neuropsychiatric Genetics and Genomics, Cardiff University School of Medicine, Cardiff, UK Published Online September 17, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00238-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X) .
- Anne M. Howard, & Steven Landau(2010), ADHD: *A Primer for Parents and Educators*, E National Association of School Psychologists, 4340 East West Highway, Suite 402, Bethesda, MD 20814—(301) 657-0270, Helping Children at Home and School III(pp.1-5) <http://www.nasponline.org/hchs3>.
- Arthur Caye., Alex V. Spadini., Rafael G. Karam., Eugenio H. Grevet., Diego L Rovaris., Claiton H. D. Bau.,... & Christian Kieling(2016), Springer-Verlag Berlin Heidelberg: *Eur Child Adolesc Psychiatry*, DOI 10.1007/s00787-016-0831-8.
- ARTHUR D, ANASTOPOULOS and TERRI L, SHELTON (2002), *Assessing Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder*, New York: KLUWER ACADEMIC.
- AUSTERMAN JOSEPH (2015), DO, *ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5*, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, and VOLUME 82 • SUPPLEMENT 1 NOVEMBER 2015, doi:10.3949/ccjm.82.s1.01
- Barkley RA, Fischer M, et al. *The Adolescent outcome: An 8-year prospective follow up*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 546-557.]
- Berri, H.M., Al-Hroub, A. (2016), *ADHD in Lebanese Schools Diagnosis, Assessment, and Treatment*, Springer Cham Heidelberg New York Dordrecht London: Springer Briefs in Psychology, Springer International Publishing Switzerland, DOI 10.1007/978-3-319-28700-3_2.
- Bogin, Barry(2015): *Human Growth and Development*, , London, Academic Press: *Basics in Human Evolution*, Elsevier Inc, Chapter 20, pp. 285-293, [.http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-802652-6.00020-7](http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-802652-6.00020-7)
- Brenton Prosser and Robert Reid (2013): *The DSM-5 changes and ADHD: More than a tweak of terms*, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 47(12) 1196 –1203; DOI: 10.1177/0004867413509695.
- Carmen Carrascosa-Romero., Maria, & Carlos, De Cabo- De La Vega(2015), *The Comorbidity of ADHD and Autism Spectrum Disorders (ASDs) in Community Preschoolers*, Chapter 6; Chapter from the book ADHD - *New Directions in*

- Diagnosis and Treatment* Downloaded from: <http://www.intechopen.com/books/adhd-new-directions-in-diagnosis-and-treatment>, World's largest Science, Technology & Medicine Open Access book publisher, <http://dx.doi.org/10.5772/61400>.
- Conners, Keith (January, 2014), **Conners 3rd Edition™ (Conners 3™) DSM-5 Update**, Canada by Multi-Health Systems Inc.
 - Conners, Keith., **Conners 3– Teacher Assessment Report sample** (2008, 2014), P.O. Box 950, North Tonawanda, NY 14120-0950, 3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6 : Multi-Health Systems Inc .
 - Conners, Keith., **Conners 3–Parent Assessment Report sample** (2008, 2014) , P.O. Box 950, North Tonawanda, NY 14120-0950, 3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6 : Multi-Health Systems Inc .
 - Courtney F. Andrus, MMS, PA-C, RD, &LD (2016), **Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder**, An Update for the Pediatric Primary Care Provider, Physician Assist Clin 1 (2016) 683–699, Elsevier Inc. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpha.2016.06.001>.
 - Deborah Antai-Otong & Michele L. Zimmerman (2016), **Treatment Approaches to Attention Deficit Hyperactivity Disorder**, Elsevier Inc.: Nurs Clin N Am 51 (2016) 199–211, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.005>.
 - Dobie, C, Donald, WB, Hanson, M, Heim, C, Huxsahl, J, Karasovm, R, Kippes, C, ..., Steiner, L. (2012) **Diagnosis and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care for School-Age Children and Adolescents**. Ninth Edition, Institute for Clinical Systems Improvement. <http://bit.ly/ADHD0312>.
 - Doernberg, Ellen & Hollander, Eric (2016), **Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11**, CNS Spectrums / FirstView Article, pp1-5, DOI: 10.1017/S1092852916000262, http://journals.cambridge.org/abstract_S1092852916000262.
 - Elizabeth, P., Sparrow, & Drew, Erhardt., (2014) **Essentials of ADHD assessment for children and adolescents**, Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.,.
 - Ellen;doernberg & Eric; Hollander (2016) : **NEURO- developmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11**, CNS Spectrums / FirstView Article, pp1-5, DOI: 10.1017/S1092852916000262, http://journals.cambridge.org/abstract_S1092852916000262;
 - Flavien GIACOMINI, **Le programme Barkley dans le trouble déficitaire de l'attention la qualité de vie de l'enfant en lien avec sa santé et la symptomatologie dépressive et hyperactivité : Impact d'un programme d'entraînement aux habilités parentales sur parentale**,. FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOUR, UNIVERSITÉ DE STRASBOURG, France, 2018.
 - Frances Prevatt & Abigail Levrini. (2015), **ADHD coaching: a guide for mental health professionals**. — First edition, Washington, DC: American Psychological Association .

- Functional Neuromarkers for Psychiatry(2016), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*; chapter 5.1, Elsevier Inc. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-410513-3.00021-8>
- Functional Neuromarkers for Psychiatry(2016), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*; chapter 5.1, Elsevier Inc. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-410513-3.00021-8> .
- Garcia Rosales. Alexandra., Silia Vitoratou., Tobias Banaschewski ., Philip Asherson ., Jan Buitelaar ., Robert D. Oades .,....., & Wai Chen ,(2015), *Are all the 18 DSM-IV and DSM-5 criteria equally useful for diagnosing ADHD and predicting comorbid conduct problems?*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg: Eur Child Adolesc Psychiatry, DOI 10.1007/s00787-015-0683-7.
- George. J, DuPaul., & Gary, Stoner (2014), *ADHD in the Schools; Assessment and Intervention Strategies*, New York- London: THE GUILFORD PRESS.
- Grzadzinski. Rebecca., Dick. Catherine, Lord Catherine, and Somer Bishop (2016), *Parent-reported and clinician-observed autism spectrum disorder (ASD) symptoms in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): implications for practice under DSM-5*, Molecular Autism 7:7, DOI 10.1186/s13229-016-0072-1.
- Gül Ünsel, Bolat., Eyüp Sabri Ercan., Giovanni Abrahão Salum., Öznur Bilaç., Rafael Massuti., Taciser Uysal Özasan.,....., & Luis Augusto Rohde(2016), *Validity of proposed DSM-5 ADHD impulsivity symptoms in children*, Eur Child Adolesc Psychiatry, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, DOI 10.1007/s00787-016-0839-0\.
- Hearting Cynthia M., Elizabeth K. Lefler., Will H. Canu., Anne E. Stevens., Maryanne Jaconis., Patrick A. LaCount., Christopher R. Shelton..., and Erik G. Willcutt (2016), *DSM-5 and Other Symptom Thresholds for ADHD: Which Is the Best Predictor of Impairment in College Students?*, Journal of Attention Disorders, sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/1087054716629216, 1 –10, jad.sagepub.com.
- Hervé., David, Cohen., Olivier, Bonnot., Bernard, Kabuth., Jean-Phillipe ,Raynaud., Sabrina, Paillé., & Louis Vallée, *Health Care Trajectories for Children With ADHD in France: Results From the QUEST Survey*, Journal of Attention Disorders 1– 14, DOI: 10.1177/1087054715618790.
- Hinshaw., Stephen., P & Ellison Katherine, (2016), *ADHD: what everyone needs to know*, United States of America, New York : Oxford University Press? <http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/ADHD/default.htm>. –
- J. Gordon Millichap, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook, A Physician's Guide to ADHD*, Second Edition, New York, NY 10013, USA: Springer Science+Business Media New York,2010.
- James J. McGoug(2014), *ADHD*, United States of America, New York : Oxford University Press.

- Jangho, Park., Changyoon ,Kim., Joon-Ho ,Ahn., Yeonho, Joo., Min-Sup Shin., Hyun-Jeong , Lee., and Hyo-won Kim(2016), *Clinical Use of Continuous Performance Tests to Diagnose Children With ADHD*, Journal of Attention Disorders, DOI: 10.1177/1087054716658125.
- Jeffery N. Epstein & Richard E. A. Loren(2013), *Changes in the Definition of ADHD in DSM-5: Subtle but Important*, London: Neuropsychiatry 3(5): 455–458. doi:10.2217/npv.13.59.
- Jo., Borrill, (2000), All About ADHD; *A booklet for those wanting to know more about Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 9 th Floor, Sea Containers House, 20 Upper Ground, London, SE1 9QB, The Mental Health Foundation ,Reg Charity No: 801130.
- Jolene Huston, & Sandra J. Bailey (2003), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Parent’s Guide to ADHD*, Montana State University :MSU Extension Service,MT200304 HR issued 8/03, /www.montana.edu/wwwpb/pubs/mt200304.html.
- K., Schultz, Brandon & W., Evans. Steven, (2015), *A Practical Guide to Implementing School-Based Interventions for Adolescents with ADHD*, New York Heidelberg Dordrecht London: Springer International Publishing Switzerland.
- Kutscher,. Martin L. (2002), *The ADHD e-BOOK: Living as if There Is No Tomorrow* , New York: White Plains, Pediatric Neurological Associates.
- Linda Grossman M.D. (n.d), BRIEF INTERVENTIONS: *ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (Non Pharmacologic Approaches)*, BI-PED PROJECT (BRIEF INTERVENTIONS: PEDIATRICS), Emotional Health Committee Maryland Chapter American Academy of Pediatrics.
- Maria, Carmen Carrascosa-Romero., &Carlos, De Cabo- De La Vega(2015), *The Comorbidity of ADHD and Autism Spectrum Disorders (ASDs) in Community Preschoolers*, Chapter 6; Chapter from the book ADHD - *New Directions in Diagnosis and Treatment* Downloaded from: <http://www.intechopen.com/books/adhd-new-directions-indiagnosis-and-treatment>, World's largest Science, Technology & Medicine Open Access book publisher, <http://dx.doi.org/10.5772/61400>.
- Masahide Usami(2016) , *Functional consequences of attention-deficit hyperactivity disorder on children and their families*, Psychiatry and Clinical Neurosciences, doi: 10.1111/pcn. 12393.
- Maunder, Rachel & Monks, Claire P.(2018): *Friendships in middle childhood: Links to peer and school identification, and general self-worth*, British Journal of Developmental Psychology, published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of British Psychological Society, DOI:10.1111/bjdp.12268.
- Millichap .J. Gordon (2010), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook, A Physician’s Guide to ADHD*, Second Edition, New York, NY 10013, USA: Springer Science+Business Media New York.

- Ministry of Children and Youth Services ServiceOntario INFOLine (2017): *OnMYWay · A Guide to Support Middle Years Child Development*, Canada, Toronto ON M7A 1N3, Queen’s Printer for Ontario.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009), *Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*; National Clinical Practice Guideline Number 72, London: The National Resource Center on ADHD; A Program of CHADD. (2015), About ADHD, Lanham, MD 20706-4832: CHADD. www.help4adhd.org.
- National Institute of Mental Health (2007). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Bethesda (MD301-443-4513 or 1-866-615-6464): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; (NIH Publication No1195029608.pages 49) : available from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/index.cfm> .
- National Resource Center on ADHD; *A Program of CHADD*. (2015), *About ADHD*, Lanham, MD 20706-4832: CHADD. www.help4adhd.org.
- Ohio Coalition for the Education of Children with Disabilities(OCECD) (2015) , *ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER*, www.i-nigma.com.
Pediatrics, 18 , 1–18.
- Priti Mhtare¹, Mona Gajre², Sagar Karia², Nidhi Chheda¹, Dinesh Saroj¹, Avinash De Sousa³(2017 March-April) : *Effect of multimodal therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder*, International Journal of Contemporary Pediatrics, 4(2):495-498.
- Prosser Brenton and Robert Rei(2015), *The DSM-5 changes and ADHD: More than a tweak of terms*, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(12), DOI: 10.1177/0004867413509695.
- Pureza, Janice R., Gonçalves, Hosana A., Branco, Laura. Grassi-Oliveira, Rodrigo. Rochele Paz Fonseca (2013), *Executive functions in late childhood: age differences among groups*, *Psychology & Neuroscience*, 2013, 6, 1, 79-88, DOI: 10.3922/j.psns.2013.1.12.
- R. A. Barkley & K. R. Murphy (2006) *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook (3rd ed.)*. New York: Guilford Publications.. Reprinted with permission. This clinical workbook has numerous forms, interviews, and rating scales that can be helpful to clinicians in their clinical practice. To order, go to our Products page in the Directory.
- Reed et all, *Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*, (*World Psychiatry* 2019;18:3–19).
- Rief, S. F. (2005). *How to reach and teach children with ADD/ADHD practical techniques, strategies, and interventions*. San Francisco: Jossey-Bass.
-
- Rigler Tohar, Manor Iris, Kalansky Adie, Shorer Zamir, Noyman Iris, Sadaka Yair, *New DSM-5 Criteria for ADHD- Does it Matter?*, *Comprehensive Psychiatry* (2016), doi: 10.1016/j.comppsy.2016.03.008

- Russell, A. & Barkley, Ph.D.,(2011), ***THE IMPORTANCE OF EMOTION IN ADHD***, ADHDlectures.com.
- s, Cho ajm, verin reMoriyama t, Fuentes j, polanczyk gw. (2012) ترجمة سي موسي سعاد، (القاهرة جامعة العيني قصر طب كلية) ، ***Attention deficit hyperactivity disorder in Rey JM (e d) - textbook of child and adolescent Mental health***. Geneva: International Association for Child and adolescent psychiatry Allied professions.
- Salla, Julie., Michell, Grégory., Baptiste Pingault, Jean., Lacourse, Eric · Paquin, Stéphane., Galéral, Cédric., Falissard, Bruno.,...& Côté, Sylvana M. (2016) : ***Childhood trajectories of inattention-hyperactivity and academic achievement at 12 years***, Eur Child Adolesc Psychiatry, DOI 10.1007/s00787-016-0843-4.
- Shaffer, David R., Kipp, Katherine(2010): ***Developmental Psychology Childhood and Adolescence***, eighth edition, USA, Wadsworth, Cengage Learning.
- Sibley. Margaret H., & Aparajita B. Kuriyan(2016), ***DSM-5changes enhance parent identification symptom in adolescents with adhd***, Elsevier Ireland Ltd: Psychiatry Research 242 ;180–185 ; <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.036> .
- Smyth Rd, Ottawa, & Ontario(2010), ***Helping Children and Youth with Attention Deficit and Hyperactivity Disorders: Information for Parents and Caregivers***, , Canada: 613-737-7600, P5557E, Last reviewed / revised, May 13, 2010, <http://www.cheo.on.ca>.
- Sparrow, Elizabeth, P., & Erhardt. Drew, (2014), ***Essentials of ADHD assessment for children and adolescents***, Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Spengler, Marion., Damian, Rodica I., Martin, Romain., Brunner,Martin., Lüdtké, Oliver., Roberts, Brent W(2015): ***Student Characteristics and Behaviors at Age 12 Predict Occupational Success 40 Years Later Over and Above Childhood IQ and Parental Socioeconomic Status***, American Psychological Association, Developmental Psychology <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000025>.
- Thapar, Anita, & Cooper, Miriam (2015), ***Attention deficit hyperactivity disorder, Seminar, Child & Adolescent Psychiatry Section***, Institute of Psychological Medicine and Clinical Neurosciences, and MRC Centre for Neuropsychiatric Genetics and Genomics, Cardiff University School of Medicine, Cardiff, UK Published Online September 17, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00238-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00238-X) .
- The Association for Youth, Children and Natural Psychology(2013), ***Overcoming ADHD Without Medication!; A Guidebook for Parents and Teachers***, USA: AYCNP.
- Therdpong Thongseiratch& Juthamas Worachotekamjorn, (2016), ***Impact of the DSM-VAttention Deficit Hyperactivity Disorder Criteria for Diagnosing Children With High IQ***, Psychological Reports, Vol. 119(2) 365–373, DOI: 10.1177/0033294116662662.
-
- Thomas G, Carlton. ,Varun, Choudhary., Gary M, Henschen., Pamela E, Kumar., Kathryn ,Kvederis., Louis A, Parrott., Clifton A, Smith., Fatimah A, Tahlil.(2016),

Clinical Practice Guideline for Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Magellan Health, Inc., <https://www.MagellanHealth.com/provider>.

- U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services & Office of Special Education Programs(2003), ***Identifying and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Resource for School and Home***, Washington, D.C., 20202: ED Pubs, Education Publications Center, U.S. Department of Education.
- U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs(2004), ***Teaching Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Instructional Strategies and Practices***, Washington, D.C.: ED Pubs, Education Publications Center.
(<http://www.ed.gov/about/offices/list/osers/osep/index.html>).

الملاحق

ملحق رقم (1)

قائمة أعراض اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من DSM-5

المحدث عام 2013 يعبأ من قبل المدرس (ترجمة و إعداد الباحثة تواتي فايذة)

استتبعت من معايير دسم-5 الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، 2013،
الجمعية الأمريكية للطب العقلي

تعليمات :

فضلا ضع دائرة حول رقم واحد فقط من الأرقام الموجودة بجانب كل عبارة، والذي تراه يناسب تلميذك خلال الستة أشهر الماضية، مع ملاحظة أنه يجب الإجابة على كل العبارات باختيار رقم واحد فقط. العمر 12 سنة .

نشكر لكم تعاونكم

الأعراض	لا أبداً	أحيانا	معظم الأحيان	طوال الوقت
1. لا ينتبه لتفاصيل الأمور ويرتكب أخطاء ناتجة عن الإهمال، مثل الواجبات المدرسية.	0	1	2	3
2. يجد صعوبة في التركيز المستمر على المهام أو الأنشطة (دروس محادثات قراءة مطولة).	0	1	2	3
3. يبدو وكأنه لا يصغي حين يوجه له الكلام مباشرة حتى في غياب أي الهاء واضح.	0	1	2	3
4. لا يتبع التعليمات ويفشل في إتمام العمل المدرسي، مثلا يبدأ المهام ولكن يفقد بسرعة التركيز ويتلهى بسهولة.	0	1	2	3
5. يصعب عليه تنظيم المهام والأنشطة (مثل جدولة الأعمال). صعوبة في إدارة المهام المتتالية؛ وصعوبة حفظ الأشياء في نظام؛ فوضوي، عمله غير منظم.	0	1	2	3
6. يتجنب، يكره أو يتردد في الانخراط في المهام التي تتطلب جهدا عقليا متواصلا مثل العمل المدرسي أو الواجبات المنزلية.	0	1	2	3
7. يفقد الأشياء اللازمة للمهام أو الأنشطة (مثل المواد المدرسية: أقلام الرصاص، الكتب، الأدوات، محافظ.	0	1	2	3
8. يتشتت انتباهه بسهولة بالضجيج أو المؤثرات الخارجية الأخرى.	0	1	2	3

الملاحق

3	2	1	0	9. ينسى نشاطاته اليومية مثل إنجاز الواجبات المنزلية،
3	2	1	0	10. يتململ باليدين أو القدمين أو يتلوى في مقعده.
3	2	1	0	11. يترك مقعده ومكانه في الفصول الدراسية باستمرار
3	2	1	0	12. يركض أو يتسلق حين يكون ذلك غير لائق.
3	2	1	0	13. غير قادر على اللعب أو المشاركة في الأنشطة الترفيهية بهدوء.
3	2	1	0	14. أثناء التنقل"، متحفز كما لو كان "مدفوعا بمحرك" (مثلا، غير قادر على أن يكون مرتاح لفترة طويلة، كما لا يهدأ أو من الصعب عليه مواكبة الآخرين.
3	2	1	0	15. يخوض في المحادثات بشكل مفرط.
3	2	1	0	16. يندفع بالإجابة قبل اكتمال السؤال (مثلا، يكمل جمل الناس؛ لا يمكن أن ينتظر دوره في محادثة.
3	2	1	0	17. يصعب عليه ان ينتظر دوره (مثلا، أثناء الانتظار في صف.
3	2	1	0	18. يقطع محادثات الآخرين أو يتطفل على أنشطتهم استخدام أغراض الآخرين دون اذن، يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرين.

ملحق (2)

قائمة أعراض اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من DSM-5

المحدث عام 2013 يعبأ من قبل الوالد (ترجمة و إعداد الباحثة تواتي فاييزة)

استنبطت من معايير دسم-5 الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، 2013،

الجمعية الأمريكية للطب العقلي

تعليمات : يجب مراعاة ما يناسب عمر طفلك عند الإجابة على كل عبارة فيما يلي، وأثناء تعبئة الاستمارة يُرجى التفكير بسلوكيات الطفل منذ ستة شهور، ثم ضع دائرة حول رقم واحد فقط من الأرقام الموجودة بجانب كل عبارة، والذي تراه يناسب طفلك، مع ملاحظة أنه يجب الإجابة على كل العبارات باختيار رقم واحد فقط. العمر 12 سنة .

الأعراض	غير صحيح إطلاقاً	أحياناً	معظم الأحيان	طوال الوقت
1. لا ينتبه لتفاصيل الأمور ويرتكب أخطاء ناتجة عن الإهمال، مثل الواجبات المدرسية في المنزل.	0	1	2	3
2. يجد صعوبة في التركيز المستمر على المهام أو أنشطة اللعب (دروس محادثات قراءة مطولة).	0	1	2	3
3. يبدو وكأنه لا يصغي حين يوجه له الكلام مباشرة حتى في غياب أي الهاء واضح.	0	1	2	3
4. لا يتبع التعليمات ويفشل في إتمام العمل المدرسي، والأعمال المنزلية مثلاً يبدأ المهام ولكن يفقد بسرعة التركيز ويتلهى بسهولة.	0	1	2	3
5. يصعب عليه تنظيم المهام والأنشطة (مثل ترتيب غرفته وجدولة الأعمال). صعوبة في إدارة المهام المتتابعة؛ وصعوبة حفظ الأشياء في نظام؛ فوضوي، عمله غير منظم.	0	1	2	3
6. يتجنب، يكره أو يتردد في الانخراط في المهام التي تتطلب جهداً عقلياً متواصلاً مثل العمل المدرسي أو الواجبات المنزلية	0	1	2	3
7. يفقد الأشياء اللازمة للمهام أو الأنشطة (مثل المواد المدرسية: أقلام الرصاص، الكتب، الأدوات، محافظ.	0	1	2	3

الملاحق

3	2	1	0	يتشتت انتباهه بسهولة بالضجيج أو المؤثرات الخارجية الأخرى.
3	2	1	0	ينسى نشاطاته اليومية القيام بالأعمال المنزلية، وإنجاز المهام؛ (مثل تبديل ملابسه قبل النوم، تنظيف الأسنان).
3	2	1	0	يتململ باليدين أو القدمين أو يتلوى في مقعده.
3	2	1	0	يترك مقعده في المواقف التي تتطلب ان يبقى جالسا (مثلا، يترك مكانه في الحالات التي تتطلب البقاء في مكانه-اثناء الطعام.
3	2	1	0	يركض أو يتسلق حين يكون ذلك غير لائق.
3	2	1	0	غير قادر على اللعب أو المشاركة في الأنشطة الترفيهية بهدوء.
3	2	1	0	أثناء التنقل، "متحفز كما لو كان "مدفوعا بمحرك" (مثلا، غير قادر على أن يكون مرتاح لفترة طويلة، كما هو الحال في المطاعم والاجتماعات؛ مثل الآخرين كما لا يهدأ أو من الصعب عليه مواكبة الآخرين.
3	2	1	0	يخوض في المحادثات بشكل مفرط. (يتكلم بكثرة)
3	2	1	0	يندفع بالإجابة قبل اكتمال السؤال (مثلا، يكمل جمل الناس؛ لا يمكن أن ينتظر دوره في محادثة. k
3	2	1	0	يصعب عليه انتظار دوره (مثلا، أثناء الانتظار في صف.
3	2	1	0	يقطع محادثات الآخرين أو يتطفل على أنشطتهم استخدام أغراض الآخرين دون إذن، يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرين.

ملحق رقم (3) :

مقياس كونرز-3 لأعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفق DSM-5 الصادر عام

2014 يعبأ من طرف الوالد (ترجمة وتقنين الباحثة تواتي فايزة)

Conners 3-Parent
By C. Keith Conners, Ph.D.
Assessment Report

By C. Keith Conners, Ph.D.

Copyright © 2008, 2014 Multi-Health Systems Inc. All rights reserved.

P.O. Box 950, North Tonawanda, NY 14120-0950

3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6

This Assessment report is intended for use by qualified assessors only, and is not to be shown or presented to the respondent or any other unqualified individuals .

الوالد المحترم

نقوم حالياً بإعداد دراسة بعنوان " فاعلية برنامج تدريبي في تعديل اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه؛ دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية " لذا نرجو منكم ملئ الخانة التي ترون أنها تطابق سلوك طفلك الستة أشهر الأخيرة، ونعلمكم أنها ستستخدم لأغراض البحث العلمي و نأمل أن تسهم في الإلمام بالمشكلة .

ونشكر لكم تعاونكم

الجنس :

السن :

تاريخ الفحص :

تاريخ الميلاد :

عنوان الأولياء (رقم الهاتف) :

البنود	لا مطلقا	أحيانا	معظم الأحيان	طوال الوقت
(أ) تشتت الانتباه				
				لا ينتبه للتفاصيل؛ يرتكب أخطاء الإهمال .
				لديه صعوبة في أن يبقى منتبها على العمل أو على اللعب لفترة طويلة .
				لا يبدو أنه يستمع إلى ما يقال له / لها .
				لا يتبع التعليمات (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون).
				يفشل في إتمام الواجبات المدرسية والمنزلية، أو المهام (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون) .
				لديه صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة .
				يتجنب أو لا يحب الأشياء التي تأخذ الكثير من الجهد وليست ممتعة .
				يفقد الأشياء (على سبيل المثال: الواجب المدرسي، وأقلام الرصاص، والكتب، والأدوات، أو اللعب) .
				من السهل تشتيت انتباهه بمشاهد أو أصوات .
				كثير النسيان للواجبات اليومية .
(ب) النشاط الزائد / الاندفاع				
				يتململ أو يتلوى في المقعد .
				يترك مكانه في المواقف التي تتطلب ان يبقى جالسا .

				يركض أو يتسلق في المواقف التي ليس من المفترض أن يفعل فيها ذلك .
				لا يهدأ أو مفرط النشاط.
				يصخب وبصوت عال عند اللعب أو قضاء وقت الفراغ .
				نشط كما لو كان يقوده محرك .
				يتحرك باستمرار .
				يثرثر كثيرا .
				تفعلت منه الإجابات قبل الانتهاء من السؤال .
				لديه صعوبة في انتظار دوره / ها .
				يقاطع الآخرين (على سبيل المثال، بأعقاب المحادثات أو الألعاب) .

اضطراب السلوك				
				يرهب، يهدد، أو يخيف الآخرين .
				يبدأ العراك مع الآخرين عن قصد .
				يستخدم سلاحا (على سبيل المثال، العصا، الطوب، زجاجة مكسورة، سكين، أو بندقية) .

				يؤذي الناس جسديا .
				يقسو على الحيوانات .
				يسرق حينما يقابل شخصا (على سبيل المثال، السلب، خطف محفظة أو السرقة المسلحة) .
				يشعل الحرائق عمدا لغرض التسبب في الضرر .
				يتعمد اضرار أو اتلاف ممتلكات الآخرين .
				يتسلل إلى داخل منزل، مبنى، أو سيارة شخص ما .
				يكذب لتجنب الاضطرار إلى القيام بشيء ما (الالتزامات) أو للحصول على الأشياء (امتيازات) .
				يسرق خلسة (على سبيل المثال، سطو، أو تزوير) .
				يخرج في الليل على الرغم من أنه يخالف القواعد .
				يهرب من المنزل ليلة واحدة على الأقل .
				يتهرب عن المدرسة .

اضطراب المعارضة التحدي

				يفقد اعصابه .

				حساس وينزعج بسهولة من الآخرين .
				يتسم بالغضب والاستياء .
				يجادل الكبار .
				لا ينصاع لأوامر الكبار (غير مطيع) .
				يزعج أشخاص آخرين عن قصد .
				يلوم الآخرين على أخطائه أو سوء تصرفه .
				يحاول ان يأخذ ثأره (ينتقم) من الناس .

عرقلة الأداء :

الأكاديمي (مشاكل في التمدريس)

لا أبدا (0)	بعض الأحيان (1)	معظم الأحيان (2)	دائما (3)
-------------	-----------------	------------------	-----------

الاجتماعي (مشاكل في العلاقة مع الأصدقاء او الآخرين)

لا أبدا (0)	بعض الأحيان (1)	معظم الأحيان (2)	دائما (3)
-------------	-----------------	------------------	-----------

المنزلي (مشاكل في حياته المنزلية)

لا أبدا (0)	بعض الأحيان (1)	معظم الأحيان (2)	دائما (3)
-------------	-----------------	------------------	-----------

ملحق رقم (4)

الدرجات التائية لمقياس كورنرز-3 أعراض DSM-5 تقدير الأمهات (لملاحظة سلوك الطفل) لفئة

12 سنة (البيئة الجزائرية) :

الدرجة المعيارية المعدلة				
الدرجة الخام	المقياس الفرعي تشنت الانتباه	المقياس الفرعي النشاط الزائد	المقياس الفرعي اضطراب المسلك	المقياس الفرعي التحدي المعارضة
0	34	34	43	34
1	35	35	53	36
2	37	36	36	38
3	38	37	37	40
4	39	38	38	42
5	41	39	39	45
6	42	41	40	47
7	43	42	41	49
8	45	43	42	51
9	46	44	43	53
10	47	46	44	55
11	49	47	45	57
12	50	48	-	59
13	51	49	47	26
14	52	50	48	64
15	54	52	49	66
16	55	53	50	
17	56	54	51	
18	58	55	52	
19	59	56	53	
20	60	58	54	
21	62	59	55	
22	63	60	56	
32	-	61	57	
24	66	63	58	
26	68	65	60	
27		68	61	
28		70	62	
29			63	
30			64	
31	-		-	
32			66	
33			67	

الملحق رقم (5)

مقياس كونرز-3 لأعراض تشتت الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفق DSM-5 الصادر عام 2014 يعبأ من طرف المدرس (ترجمة وتقنين الباحثة تواتي فايذة)

Conners 3-Teacher Assessment Report

By C. Keith Conners, Ph.D.

Copyright © 2008, 2014 Multi-Health Systems Inc. All rights reserved.

P.O. Box 950, North Tonawanda, NY 14120-0950

3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6

This Assessment report is intended for use by qualified assessors only, and is not to be shown or presented to the respondent or any other unqualified individuals .

الأستاذ الفاضل

نقوم حالياً بإعداد دراسة بعنوان " فاعلية برنامج تدريبي في تعديل اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه؛ دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية " لذا نرجو منكم ملئ الخانة التي ترون أنها تطابق سلوك التلميذ الستة أشهر الأخيرة، ونعلمكم أنها ستستخدم لأغراض البحث العلمي و نأمل أن تسهم في الإلمام بالمشكلة .

ونشكر لكم تعاونكم

الجنس :

السن :

تاريخ الفحص :

تاريخ الميلاد :

الأعراض	البنود	لا مطلقا	أحيانا	معظم الأحيان	طوال الوقت
(أ) تشتت الانتباه :					
	لا ينتبه للتفاصيل؛ يرتكب أخطاء الإهمال.				
	لديه صعوبة في ان يبقى منتبها على العمل أو على اللعب لفترة طويلة.				
	لا يبدو أنه يستمع إلى ما يقال له / لها.				

				لا يتبع التعليمات (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون).
				يفشل في إتمام الواجبات المدرسية، أو المهام (حتى حينما يفهم ويحاول التعاون).
				لديه صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة.
				يتجنب أو لا يحب الأشياء التي تأخذ الكثير من الجهد وليست ممتعة.
				يفقد الأشياء (على سبيل المثال: الواجب المدرسي، وأقلام الرصاص، والكتب، والأدوات، أو اللعب).
				من السهل تشتيت انتباهه بمشاهد أو أصوات.
				كثير النسيان للواجبات اليومية.
(ب) النشاط الزائد - الاندفاع :				
				يتململ أو يتلوى في المقعد.
				يترك مقعده في المواقف التي تتطلب ان يبقى جالسا.
				يركض أو يتسلق في المواقف التي ليس من المفترض أن يفعل فيها ذلك.
				لا يهدأ أو مفرط النشاط.

				يصخب وبصوت عال عند اللعب أو قضاء وقت الفراغ.
				نشط كما لو كان يقوده محرك.
				يتحرك باستمرار.
				يثرثر كثيرا
				تتفقت منه الإجابات قبل الانتهاء من السؤال.
				لديه صعوبة في انتظار دوره / ها.
				يقاطع الآخرين (على سبيل المثال، بأعقاب المحادثات أو الألعاب).

اضطراب السلوك				
				العدوان على الناس والحيوانات
				يرهب، يهدد، أو يخيف الآخرين.
				يبدأ العراك مع الآخرين عن قصد.
				يستخدم سلاحا (على سبيل المثال، العصا، الطوب، زجاجة مكسورة، سكين، أو بندقية).
				يؤذي الناس جسديا.
				يقسو على الحيوانات.

				يسرق حينما يقابل شخصا (على سبيل المثال، السلب، خطف محفظة أو السرقة المسلحة).
				اتلاف الممتلكات
				يشعل الحرائق عمدا لغرض التسبب في الضرر.
				يتعمد اضرار أو اتلاف ممتلكات الاخرين.
				الخداع أو السرقة
				يتسلل الى داخل منزل، مبنى، أو سيارة شخص ما.
				يكذب ليتجنب الاضطرار إلى القيام بشيء ما (الالتزامات) أو للحصول على الأشياء (امتيازات).
				يسرق سرا (على سبيل المثال، سطو، أو تزوير).
				الانتهاكات الجسيمة للقواعد
				يتهرب عن المدرسة.

اضطراب المعارضة التحدي				
				عصبي المزاج
				يفقد اعصابه .
				حساس وينزعج بسهولة من الآخرين .

				يتسم بالغضب والاستياء
				السلوك المعارض/ المتحدي، الكبار
				يجادل الكبار.
				لا ينصاع لأوامر الكبار (غير مطيع)
				يزعج أشخاص آخرين عن قصد.
				يلوم الآخرين على أخطائه أو سوء تصرفه.
				نزعة الانتقام :
				يحاول ان يأخذ ثأره (ينتقم) من الناس.

عرقلة الأداء :

الأكاديمي (مشاكل في التمدرس)

لا أبدا (0)	بعض الأحيان (1)	معظم الأحيان (2)	دائما (3)
-------------	-----------------	------------------	-----------

الاجتماعي (مشاكل في العلاقة مع الأصدقاء او الآخرين)

لا أبدا (0)	بعض الأحيان (1)	معظم الأحيان (2)	دائما (3)
-------------	-----------------	------------------	-----------

المنزلي (مشاكل في المنزل)

لا أبدا (0)	بعض الأحيان (1)	معظم الأحيان (2)	دائما (3)
-------------	-----------------	------------------	-----------

ملحق رقم (6)

الدرجات التائية لمقياس (أعراض DSM-5) كورنز-3 المعدل تقدير المعلم لفئة 12 سنة

(البيئة الجزائرية) :

الدرجة المعيارية المعدلة				
الدرجة الخام	بعد تشتت الانتباه	بعد فرط النشاط /الاندفاع	بعد اضطراب المسلك	بعد التحدي المعارضة
0				
1				
2				
3			32	
4			-	36
5			36	38
6			40	40
7			39	42
8			40	45
9	53		43	47
10	54		-	49
11	56	57	47	51
12	57	-	49	53
13	58	60	51	56
14	60	61	53	-
15	61	63	55	60
16	63	65	57	62
17	65	67	59	-
18	66	68	61	-
19	68	70	62	69
20	70	73		
21	72	75		
22	75	76		
23	87	78		
24	89	-		
25	90	-		
26		-		
27		90		
28		94		
31				

ملحق رقم (7) اختبار الذكاء اوتيس لينون للقدرة العقلية

المستوى المتوسط الصورة (J)	اختبار (أوتيس - لينون) للقدرة العقلية
صورة معدلة للبيئة السعودية إعداد : علي عبد الله أحمد الغامدي إشراف : الدكتور / عبد الحفيظ مقدم	

بسم الله الرحمن الرحيم

تعليمات :

أقرأ الأمثلة المحلولة التالية ، حيث ظللت الدائرة السوداء وهي الإجابة الصحيحة مقابل المثال .

الأمثلة التدريبية :

المثال (١) : كلمة العين بالنسبة إلى كلمة (النظر) مثل كلمة (الأذن) بالنسبة إلى :

أ-الرأس ب-السمع ج-الكلام د-الأنف هـ-الحذ

أ ب ج د هـ

الإجابة الصحيحة هي (ب) السمع ظللت الدائرة تحت الرمز (ب) في مكان الإجابة المقابلة للمثال .

المثال (٢) : اشترى ولد ٣ أقلام ، إذا كان ثمن القلم الواحد خمس ريالات . فكم ثمن الأقلام الثلاثة ؟

أ-٥ ريال ب-١٠ ريال ج-٢٠ ريال د-٢٥ ريال هـ-لا شيء

أ ب ج د هـ

الجواب الصحيح ١٥ ريال ، وهو غير موجود ضمن الإجابات ، لذا فالإجابة هي (هـ) أي لا شيء مما ذكر لذلك ظللت الدائرة تحت الرمز (هـ) المقابل للمثال .

المثال (٣) :

علاقة الشكل بالشكل مثل علاقة الشكل بالشكل :

أ ب ج د هـ

الجواب الصحيح هو (أ) لذلك ظللت الدائرة المقابلة للمثال تحت الرمز (أ) .

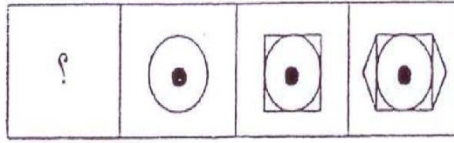
- ١) ظلل الإجابة الصحيحة لكل سؤال .
- ٢) ظلل جميع الإجابات بقلم الرصاص .
- ٣) يجب تظليل الدائرة بشكل كامل .
- ٤) إذا أردت تغيير الإجابة تأكد من مسح الإجابة السابقة بالمساحة .
- ٥) لديك ٨٠ سؤال في الاختبار عليك محاولة الإجابة على أكبر عدد ممكن منها بشكل صحيح ، والوقت المسموح به ٥٠ دقيقة بعد السماح ببدء الإجابة .
- ٦) لا تضع وقتاً كثيراً في الإجابة على السؤال الواحد .
- ٧) لا تجب على السؤال بالتخمين .
- ٨) علامتك ستكون عدد الأسئلة المجابة بشكل صحيح .
- ٩) إذا أنميت الإجابة على الأسئلة قبل الوقت اخدد . راجع أجوبتك مرة أخرى وتأكد أن عدد الإجابات مطابق لعدد الأسئلة .
- ١٠) أقلب دفتر الاختبار بحيث تكون الصفحة الأولى من الأسئلة أمامك . ثم أبدأ بالإجابة عند ما يطلب منك ذلك

أجب على الأسئلة التالية :

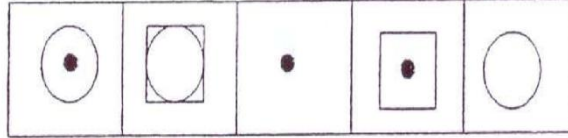
١) المدرسة بدون طلاب مثل الكتاب بدون :

أ-صور ب- صفحات ج- غلاف د- أرقام هـ- فهرس

٢) الرسوم في المستطيل التالي مرتبة حسب تسلسل معين :






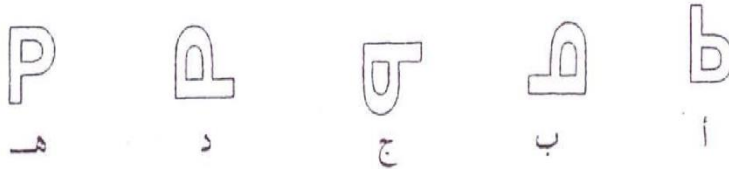
أي من الأشكال التالية يمكن أن يحل محل علامة (؟) ويكمل تسلسل الرسوم :-



أ ب ج د هـ

٣) حفلة مكونة من رجل وزوجته واثنين من أولادهم وزوجات أولادهم، وكان لكل واحد من أولادهم

٤) علاقة الشكل  بالشكل  مثل علاقة الشكل  بالشكل :



أ ب ج د هـ

٥) أي من الكلمات التالية ينتمي إلى (السفينة - الدراجة الهوائية - الشاحنة) :

أ-قطار ب-كفره ج-الخط السريع د-سرعة هـ-عربة يد

٦) الجسم إلى (الطعام) مثل (المحرك) إلى :

أ-العجلات ب-الحركة ج-الوقود د-الدخان هـ-النار

٧) في السلسلة التالية يوجد رقم ناقص (١ ، ٣ ، ٥ ، ٧ ، ٩ ، ٧ ، ٥ ، ؟) .

اختر مما يلي الرقم المناسب ليحل مكان علامة الاستفهام (؟) :

أ-١ ب-٣ ج-٦ د-٧ هـ-٨

٨) الشخص الذي يكون متأكداً من أنه قادراً على إتمام عمل ما يُسمى :

أ-ناجح ب-فخور ج-لا يخاف د-واثق بنفسه هـ-شجاع

٩) علاقة الشكل  بالشكل  مثل علاقة الشكل  بالشكل :

أ  ب  ج  د  هـ 

١٠) كلمة (عام) تعني :

أ-سنوي ب-منتظم ج-شهري د-صدفة هـ-ورقي

١١) مجموعة الحروف في المستطيل مرتبة بطريقة معينة .

ح	ر	م	ت
ت	م	ر	م

اختر مما يلي مجموعة الحروف المناسبة لتحل مكان علامة الاستفهام (؟) .

أ-تم ب-تمرح ج-حتم د-رمح هـ-ترم

(١٢) (كبير) بالنسبة (للشيء) يقابلها (عالي) بالنسبة لـ :

أ-الناعم ب-الصغير ج-الصوت د-الثقيل هـ-الوزن

(١٣) في السلسلة التالية يوجد رقم ناقص (٥، ١٠، ٢٠، ٣٥، ٥٥، ٨٠، ؟) .

اختر مما يلي الرقم المناسب ليحل مكان علامة الاستفهام (؟) :

أ-٢٥ ب-٤٠ ج-٦٠ د-٩٠ هـ-١١٠

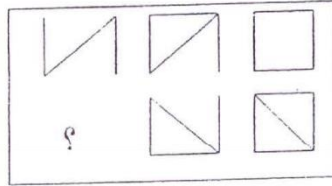
(١٤) أي من الكلمات التالية يعتبر عكس معنى كلمة (صدقة) :

أ-لازم ب-غير مرتبط ج-غير معروف د-متفق عليه هـ-واثق

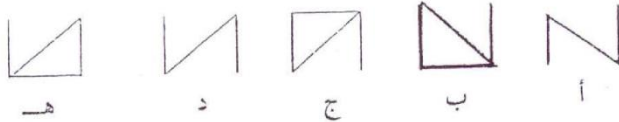
(١٥) كلمة (جديد) إلى كلمة (شديد) مثل كلمة (غريب) إلى كلمة :

أ-عريف ب-قريب ج-بعيد د-يتيم هـ-جميل

(١٦) الرسوم ي المستطيل التالي مرتبة حسب تسلسل معين :



أي من الأشكال التالي يمكن يحل محل علامة (؟) ويكمل تسلسل الرسوم.

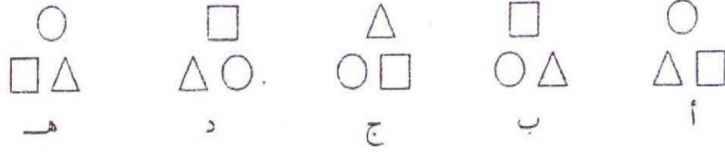


(١٧) إذا رتبنا الكلمات التالية (بسبب الحرائق ما تحدث الإهمال خاليساً)

لعمل جملة مفيدة فإن الحرف الذي تبدأ به أول كلنة في الجملة هو :

أ-ب ب-أ ج-ت د-م هـ-غ

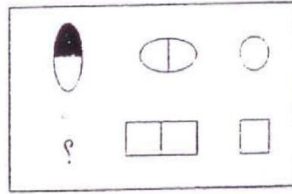
١٨) علاقة الشكل ☆ بالشكل △ مثل علاقة الشكل ○ بالشكل □ :-



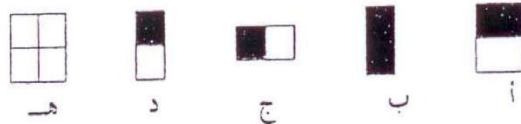
١٩) كلمة (بانع) تعني :

أ- ناضج ب- أجمر ج- ناقص د- جميل هـ- له دخان

٢٠) الرسوم في المستطيل التالي مرتبة حسب تسلسل معين :



أي من الأشكال التالية يمكن أن يحل محل علامة (؟) ويكمل تسلسل الرسوم :-



٢١) يوجد مع أحد قطعة من الصلصال تم تشكيلها على شكل مكعب فإذا قام بتحويلها إلى شكل كرة فماذا سيحدث لوزن هذه القطعة وحجمها ؟

ب- يزداد الوزن وينقص الحجم.

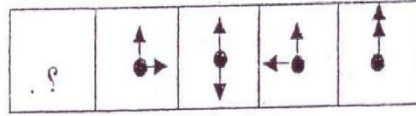
أ- ينقص الوزن ويزداد الحجم

د- ينقص كلاهما .

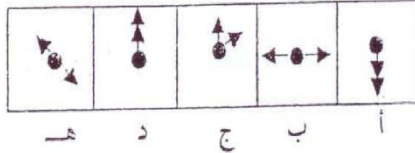
ج- يزداد كلاهما

هـ - كلاهما لا يتغير .

٢٢) الرسوم في المستطيل التالي مرتبة حسب تسلسل معين :



أي من الأشكال التالية يمكن أن يمل محل علامة (؟) ويكمل تسلسل الرسوم :-



٢٣) (الشمس) بالنسبة إلى (الأرض) مثل (الأرض) بالنسبة إلى :

أ- القمر ب- الدوران ج- الكون د- النجوم هـ- المدار

٢٤) الأرقام في المستطيل التالي مرتبة حسب تسلسل معين :

٣٢	١٦	٨
؟	٨	٤

اختر مما يلي الرقم المناسب ليحل مكان علامة الاستفهام (؟) :

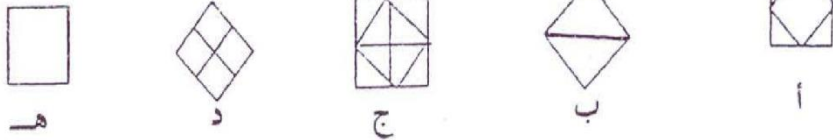
أ- ١٢ ب- ١٦ ج- ٢٠ د- ٢٤ هـ- ٣٢

٢٥) إذا كان أحمد متجهاً نحو الشمال وسار إلى الأمام خطوة واحدة ، ثم استدار نحو اليمين وسار خطوتين ثم استدار إلى اليمين مرة ثانية فإنه الآن متجه نحو :

أ- الشرق ب- الغرب ج- الشمال د- الجنوب

هـ- لا يمكن تحديد اتجاه أحمد بناء على المعلومات المعطاة .

٢٦) علاقة الشكل بالشكل بالشكل: مثل علاقة الشكل بالشكل:



٢٧) عكس كلمة (يسيل) هو :

أ- يتدفق ب- يعود ج- يرتطم د- يقطر هـ- يتسرب

٢٨) أي من العبارات التالية يعطيك أفضل وصف للحصان :

أ- كبير وقوي ب- يجر الأشياء ج- سريع العدو
د- حيوان هـ- يأكل الأعشاب

٢٩) في السلسلة التالية يوجد رقم ناقص (٢ ، ١ ، ٤ ، ٢ ، ٦ ، ٣ ، ؟ ، ٤) .

اختر مما يلي الرقم المناسب ليحل مكان علامة الاستفهام (؟) .

أ- ٣ ب- ٥ ج- ٧ د- ٨ هـ- ١٠

٣٠) (الألف) بالنسبة إلى (الياء) مثل (الأول) بالنسبة إلى :

أ- الثاني ب- الأخير ج- الأكبر د- حروف هجائية هـ- الأبعد

٣١) إذا كانت قيمة مكالمة هاتفية (ريال واحد) للثلاث دقائق الأولى (١٠٠ هلال) لكل دقيقة إضافية ، فكم تبلغ قيمة مكالمة مدتها (٦) دقائق ؟

أ- ٣٠ هلال ب- ٩٠ هلال ج- ١٣٠ هلال د- ١٦٠ هلال

هـ- لا يوجد إجابة صحيحة من الإجابات السابقة .

٣٢) الرجل الذي يكافح ويسعى إلى النجاح يوصف بأنه :

- أ-متعاون ب- فنوع ج- مخلص د- مساعد هـ- طموح

٣٣) الكلمات في المستطيل التالي مرتبة حسب تسلسل معين :

لعبة	يلعب	جائزة
عمل	يعمل	؟

اختر من الكلمات التالية الكلمة المناسبة لتحل مكانة علامة الاستفهام (؟) .






- أ-فائدة ب- مكافأة ج- عامل د- صعب هـ- مسؤل

٣٤) إذا رتبنا الكلمات التالية (البنات كبيرة فراشة اصطنع صفراء)

لعمل جملة مفيدة فإن الحرف الذي تبدأ به آخر كلمة في الجملة هو :

- أ- ك ب- أ ج- ص د- ب هـ- ف

٣٥) علاقة الشكل  بالشكل  مثل علاقة الشكل  بالشكل :

- أ  ب  ج  د  هـ 

٣٦) عكس كلمة (يكره) هو :

- أ- يسرع ب- يتردد ج- يعارض د- يشناق الى هـ- يبدع

٣٧) مجموعة الحروف في المستطيل مرتبة بطريقة معينة

ث	ح	ح	خ	د
س	ش	ص	ض	؟

اختر مما يلي مجموعة الحروف المناسبة لتحل مكان علامة الاستفهام (؟) :

- أ- ض ص ط ب- ص ط ظ ج- ض ط ظ د- ظ ض ص هـ- ض ص ط

٣٨) السكين إلى النصل (حد السكين) مثل شوكة الطعام إلى:

- أ- الملعقة ب- العصا ج- الجاروف د- الطريق هـ- السنون

٣٩) أي من الكلمات التالية صحيح لوصف (جد أي إنسان) :

- أ- له حفيد واحد على الأقل ب- شعره أبيض ج- عمره أكثر من (٦٠) سنة
د- له أخت هـ- له ابن .

٤٠) إذا كانت (أ) أصغر من (ب) و أكبر من (ج) فأنا نستنتج أن :

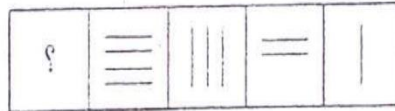
- أ- (ب) أصغر من (أ) ب- (ج) أصغر من (ب) ج- (ب) أصغر من (ج)
د- (ج) أكبر من (أ) هـ- (ب) تساوي (ج) .

٤١) إذا رتبنا الكلمات التالية (الناس) زيادة عما ضروري هو معظم يأكلون

لعمل جملة مفيدة فإن الحرف الذي تبدأ به أول كلمة في الجملة هو :

- أ- ن ب- ز ج- ص د- ن هـ- الليل
ع ب- المساء ج- الصباح د- النهار

٤٢) الرسوم في المستطيل التالي مرتبة حسب تسلسل معين :



أي من الأشكال التالية يمكن أن يحل محل علامة (؟) ويكمل تسلسل الرسوم:



- أ ب ج د هـ

٤٤) ما الكلمة التي لا تتوافق مع بقية الكلمات في المجموعة التالية :

- أ- مخرج ب- في الداخل ج- هيا د- في الخارج هـ- مدخل

٤٥) إذا تم تكبير صورة طولها (٣سم) وعرضها (٢سم) ، ليصبح طولها (١٥ سم) ، فكم يكون عرضها :

- أ- ٥سم ب- ٧,٥سم ج- ٩سم د- ١٠سم هـ- لا شيء مما ذكر

٤٦) اختر الكلمة التي تكمل الجملة التالية في أفضل صورة :

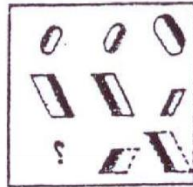
لأن إشارات التحذير عن وجود ثور سريع كانت فقد أوشك الأولاد على الفرق .

- أ- غير موجودة ب- غير واضحة ج- معروفة د- مهملة هـ- واضحة

٤٧) أي من الأشياء التالي ينتمي إلى (خفاش - بقرة - حوت)

- أ- خروف ب- نعامة ج- غراب د- دجاجة هـ- سمكة

٤٨) الأشكال في المستطيل التالي مرتبة حسب تسلسل معين :



أي من الأشكال التالية يمكن أن يحل محل علامة (؟) ويكمل تسلسل الرسوم :

- أ ب ج د هـ

٤٩) الآلة التي تعمل بشكل سريع وجيد تسمى :

- أ- سريعة ب- فعالة ج- جيدة د- مبتكرة هـ- آلية.

٥٠) في السلسلة التالية يوجد رقم ناقص (٨ ، ٢ ، ٧ ، ٣ ، ٦ ، ٤ ، ٥ ، ؟)

اختر مما يلي الرقم المناسب ليحل مكان علامة الاستفهام (؟) :

- أ- ٣ ب- ٤ ج- ٥ د- ٦ هـ- ٧

٥١) اختر الكلمة التي تكمل الجملة التالية في أفضل صورة :

الممارسة وليس الحظ تؤدي إلى في الإنجاز .

- أ- السهولة ب- الطريقة ج- الانتباه د- الصعوبة هـ- السرعة

٥٢) (الثلج) بالنسبة إلى (الماء) مثل (الماء) بالنسبة إلى :

- أ- التجمد ب- السائل ج- البخار د- الأرض هـ- العطش

٥٣) كلمة (كبير) تعني :

- أ- فارغ ب- ضخم ج- كسول د- مضطرب هـ- مجروح

٥٤) أي من العبارات التالية صحيح لوصف جميع (الآبار) :

أ- تحتوي على بترول ب- عميقة جداً

ج- حفرت باستخدام آلات الحفر د- تنتج الماء

هـ- لها قاع

٥٥) الرموز في المستطيل التالي مرتبة حسب تسلسل معين :

+ 0 :	: + 0	0 : +
?	- . x	x - .

اختر من بين الرموز التالية الرمز المناسب ليحل مكان علامة الاستفهام (؟) :

- أ) - x . ب) - x . ج) - x . د) - x . هـ) - x .

٥٦) عكس كلمة (يذبل) هو :

- أ- يكثر ب- يقترب ج- يصفر د- يزهر هـ- يخضر

٥٧) في السلسلة التالية يوجد رقم ناقص (١ ، ٢ ، ٤ ، ٧ ، ١١ ، ؟ ، ٢٢) .

اختر مما يلي الرقم المناسب ليحل مكان علامة الاستفهام (؟) :

- أ- ١٤ ب- ١٦ ج- ١٧ د- ١٨ هـ- ٢٠

٥٨) (ليس فقط) بالنسبة إلى (ولكن أيضاً) مثل (واحد) بالنسبة إلى :

- أ- لا شيء ب- اثنان ج- الآخر د- الكل هـ- البديل

٥٩) اختر الكلمة التي تكمل الجملة التالية في أفضل صورة :

الأرض الخصبة نمو المحاصيل .

- أ- تنظم ب- تمنع ج- تشارك في د- تشرف على هـ- تعجل من

٦٠) ولد (علي) سنة ١٩٦٠م وولد (خالد) سنة ١٩٦٢م ، فإذا كان (عادل) أصغر من (خالد) ، فإننا نستنتج أن :

- أ- علي أكبر من خالد وأصغر من عادل .
 ب- علي أصغر من خالد وأكبر من عادل .
 ج- خالد أكبر من علي وأكبر من عادل .
 د- خالد أصغر من علي وأكبر من عادل .
 هـ- خالد أكبر من علي وأصغر من عادل .

٦١) عكس كلمة (خاص) هو :

- أ- محدد ب- دقيق ج- عام د- شامل هـ- مفيد

٦٢) يشتمل (النقاش) دائماً على :

- أ- مستمعين ب- حكام ج- جائزة د- قاعة اجتماع هـ- خلاف

٦٣) الرقم (٤) بالنسبة لرقم $(\frac{1}{3})$ (١) مثل الرقم (٢٤) بالنسبة إلى :

- أ- ٦ ب- ٨ ج- ١٢ د- ٢٢ هـ- ٣٢

٦٤) كلمة (يفصل) تعني :

- أ- يمسك ب- يربط ج- يعاني د- يقطع هـ- يمزق

٦٥) في إحدى اللغات الأجنبية :

- تانا دوناميكاً معناها ماء بارد جداً
 وتانا نيتا معناها ماء حار

٦٦) في السلسلة التالية يوجد رقم ناقص (١ ، ٣ ، ٧ ، ؟ ، ٢١ ، ٣١ ، ٤٣) .

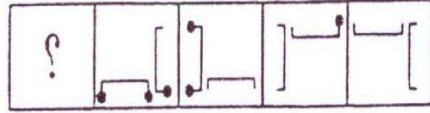
اختر مما يلي الرقم المناسب ليحل محل علامة الاستفهام (؟) :

- أ- ١٣ ب- ١٥ ج- ١٦ د- ١٧ هـ- ١٩

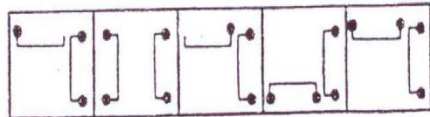
٦٧) (الوصول) إلى (الذروة) مثل :-

- أ- الصعود إلى السقوط .
 ب- المحاولة إلى النجاح .
 ج- الجانب إلى الحافة .
 د- التسلق إلى القمة .
 هـ- القياس إلى التخمين .

٦٨) الرسوم في المستطيل التالي مرتبة حسب تسلسل معين :



أي من الأشكال التالية يمكن أن يحل محل علامة (؟) ويكمل تسلسل الرسوم :



٦٩) (الأفعى) إلى (فحيح) مثل (المنشار) إلى :

- أ- سيف ب- مطرقة ج- صرير د- خشبة هـ- يقطع

٧٠) نجار لديه لوح من الخشب طول ضلعه (١٢ متر) ، فكم مرة يقص لوح الخشب لكي يقسمه إلى (٣) أجزاء متساوية ؟

- أ- ١ ب- ٢ ج- ٣ د- ٤ هـ- لا شيء

٧١) كلمة (كل) إلى كلمة (كثير) مثل كلمة (لا شيء) إلى كلمة :

- أ- معظم ب- واحد ج- العديد د- القليل هـ- الأقل

٧٢) في السلسلة التالية يوجد رقم ناقص (١ ، ١ ، ٢ ، ٢ ، ٤ ، ٤ ، ٨ ، ٨ ، ؟) .

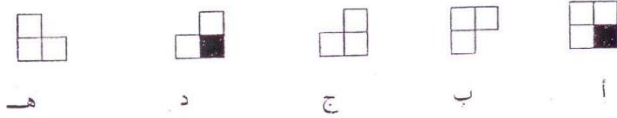
أختر لما يلي الرقم المناسب ليحل مكان علامة الاستفهام (؟) .

- أ- ٨ ب- ٩ ج- ١٠ د- ١٢ هـ- ١٦

٧٣) الكلمة التي تتفق مع عبارة (شيء مقبول) هي :

- أ- تقليدي ب- مألوف ج- محلي د- شاذ هـ- خيالي

٧٤) علاقة الشكل بالشكل بالشكل مثل علاقة الشكل بالشكل بالشكل:



٧٥) عكس كلمة (ينزل) هو :




- أ- يصدق ب- يدع ج- يستحق د- يُنجل هـ- يصعد






٧٦ (الطبيعي) بالنسبة إلى (الصناعي) مثل (الأصلي) بالنسبة إلى :

- أ- المخلص ب- الحقيقي ج- المزيف د- النسخة هـ- المطابق

٧٧ إذا كان ترتيب أحمد هو الخامس من طرفي الطابور فكيف طفلاً يوجد في هذا الطابور؟

- أ- ٥ ب- ٩ ج- ١٠ د- ١١ هـ- ١٢

٧٨ علاقة الشكل  بالشكل  مثل علاقة الشكل  بالشكل

- أ  ب  ج  د  هـ 

٧٩ إذا كانت (س) شمال (ص) و (ع) ، وكانت (ص) شمال (ن) ، وكانت (ن) شمال (ع) ، فأبي العلاقات التالية صحيحة ؟

- أ- ع جنوب ص .
ب- ع شمال ص .
ج- ص جنوب ع .
د- س جنوب ن .
هـ- ن شمال س .

٨٠ (الأسبوع) بالنسبة إلى (سبعة) مثل (الدرجة) بالنسبة إلى :

- أ- العدد ب- الرابع عشر ج- الهدف د- التقدير هـ- العشرون

مفتاح التصحيح

رقم الفقرة	الإجابة الصحيحة	رقم الفقرة	الإجابة الصحيحة
١	ب	٤١	هـ
٢	ج	٤٢	أ
٣	هـ	٤٣	ب
٤	د	٤٤	ج
٥	أ	٤٥	د
٦	ج	٤٦	أ
٧	ب	٤٧	أ
٨	د	٤٨	د
٩	ب	٤٩	ب
١٠	أ	٥٠	ج
١١	ب	٥١	هـ
١٢	ج	٥٢	ج
١٣	هـ	٥٣	ب
١٤	د	٥٤	هـ
١٥	ب	٥٥	هـ
١٦	أ	٥٦	د
١٧	هـ	٥٧	ب
١٨	ب	٥٨	ج
١٩	أ	٥٩	هـ
٢٠	د	٦٠	د
٢١	هـ	٦١	ج
٢٢	د	٦٢	هـ
٢٣	أ	٦٣	ب
٢٤	ب	٦٤	د
٢٥	د	٦٥	ج
٢٦	هـ	٦٦	أ
٢٧	ب	٦٧	د
٢٨	ج	٦٨	أ
٢٩	د	٦٩	ج
٣٠	ب	٧٠	ب
٣١	ج	٧١	د
٣٢	هـ	٧٢	هـ
٣٣	ب	٧٣	ب

٣٤	ج .	٧٤	ج
٣٥	ج .	٧٥	هـ
٣٦	د	٧٦	ن
٣٧	هـ .	٧٧	ج
٣٨	هـ .	٧٨	د
٣٩	أ	٧٩	أ
٤٠	ب	٨٠	د

مقياس السلوك التكيفي فنلاند تعريب وتقنين بندر بن ناصر العتيبي

مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي

VINELAND ADAPTIVE BEHAVIOR SCALE

"سارا سبارو، دافيد بالا،
دومينك شيكشتي"

صورة معدلة ومنقحة لمقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي

تأليف إدجار دول

"الصورة المسحبة"

نسخة المقابلة

المعايير
السعودية
تعريب
وتقنين

د. بندر بن ناصر
العتيبي

2004 -1425