



جامعة دمشق
كلية التربية
قسم الإرشاد النفسي

فاعلية برنامج سلوكي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

دراسة إكلينيكية شبه تجريبية مقارنة مع برنامجين
(دوائي - ودوائي سلوكي مشترك)
لدى عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية

بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في علم النفس

إعداد

إيمان فؤاد الحاج إبراهيم

ومشاركة الدكتور

إشراف الأستاذ الدكتور

كمال بلان

غسان أبو فخر

أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي

أستاذ في قسم التربية الخاصة

دمشق: 2010-2011 م
1431-1432 هـ

Damascus University

Faculty of Education

Department of Psychological Counseling



The Effectiveness of a Behavioral Program in The Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

**Clinical Semi Experimental Comparative Study of two Programs
(Medicine vs. Mutual Medicine & Behavioral Therapy)**

with Outpatient Children

A thesis Submitted for a Doctorate Degree in Psychology

Prepared by:

Iman Fouad Al Haj Ibrahim

Supervision by Prof.

Ghassan Abu Fakher

**Professor in the department of Special
Education**

Co- Supervisor Dr.

Kamal Ballan

**Assistant Professor in the department
of Psychological Counseling**

Damascus: 2010-2011

م	فهرس المحتويات	رقم الصفحة
*	فهرس المحتويات	أ - ج
*	فهرس الجداول	د - هـ
*	فهرس الأشكال	و - ز
*	فهرس الملاحق	ح
	الباب الأول: القسم النظري	١ - 107
	الفصل الأول: التعريف بموضوع البحث	١ - ١٢
	المقدمة.	٢
أولاً	مشكلة البحث ومسوغاته.	٤
ثانياً	أهمية البحث.	٧
ثالثاً	أهداف البحث.	٧
رابعاً	فرضيات البحث.	٨
خامساً	منهج البحث.	٩
سادساً	متغيرات البحث.	٩
سابعاً	عينة البحث.	١٠
ثامناً	أدوات البحث.	١٠
تاسعاً	حدود البحث.	١٠
عاشراً	مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية.	١١
أحد عشر	أساليب المعالجة الإحصائية.	١٢
	الفصل الثاني: الدراسات السابقة	١٣ - ٥٢
	توطئة.	١٤
أولاً	الدراسات العربية.	١٤
ثانياً	الدراسات الأجنبية.	٢٠
ثالثاً	تعقيب على الدراسات السابقة.	٤٨
رابعاً	مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.	٥١

م	فهرس المحتويات	رقم الصفحة
	الفصل الثالث: اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط: (أعراضه، ، تفسيراته)	٥٣ - ٧٨
	توطئة.	٥٤
أولاً	تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٥٤
ثانياً	الأعراض الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٥٧
ثالثاً	انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٦٠
رابعاً	المحكات التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٦٣
خامساً	مآل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٦٦
سادساً	تفسيرات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٦٧
	الفصل الرابع: بعض الأساليب العلاجية المتبعة في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط	٧٩ - ١٠٧
	توطئة.	٨٠
أولاً	العلاج الطبي.	٨٠
ثانياً	العلاج الغذائي (الحمية).	٨٥
ثالثاً	العلاج التربوي (التدخل البيئي).	٨٨
رابعاً	العلاج السلوكي.	٩١
	الفنيات العلاجية السلوكية:	٩٦
	١ - التعزيز.	٩٧
	١-١ التعزيز الإيجابي.	١٠١
	١-٢ التعزيز السلبي.	١٠١
	١-٣ التعزيز الرمزي.	١٠١
	١-٤ التعزيز التفاضلي للسلوك المناسب.	١٠٢
	١-٥ التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض.	١٠٢
	٢ - تكلفة الاستجابة.	١٠٣
	٣ - النمذجة.	١٠٤
	٤ - التعاقد السلوكي.	١٠٥

م	فهرس المحتويات	رقم الصفحة
خامساً	النموذج العلاجي المتعدد.	١٠٥
	الباب الثاني: القسم العملي	١٠٨ - ١٧٩
	الفصل الخامس: منهج البحث وإجراءاته	١٤٠ - ١٠٨
	توطئة.	١٠٩
أولاً	منهج البحث.	١٠٩
ثانياً	عينة البحث وإجراءات فرزها.	١١٠
ثالثاً	أدوات البحث.	١١٣
رابعاً	متغيرات البحث.	١٣٩
خامساً	حدود البحث.	١٤٠
	الفصل السادس: نتائج البحث ومناقشتها وتفسيرها	١٧٩ - ١٤١
	توطئة.	١٤٢
أولاً	النتائج المتعلقة بتكافؤ المجموعات على الاختبار القبلي.	١٤٢
ثانياً	نتائج الفرضية الأولى.	١٤٣
ثالثاً	نتائج الفرضية الثانية.	١٤٧
رابعاً	نتائج الفرضية الثالثة.	١٥١
خامساً	نتائج الفرضية الرابعة.	١٥٤
سادساً	نتائج الفرضية الخامسة.	١٥٩
سابعاً	نتائج الفرضية السادسة.	١٦٢
ثامناً	نتائج الفرضية السابعة.	١٦٦
تاسعاً	نتائج الفرضية الثامنة.	١٦٩
عاشراً	النتائج وفقاً للأهداف التي سعى إليها البحث.	١٧٧
*	مقترحات البحث.	١٧٩
*	ملخص البحث باللغة العربية	١٨٣ - ١٨٧
*	مراجع البحث باللغة العربية	١٨٨ - ١٩٦

رقم الصفحة	فهرس المحتويات	م
٢٠٨ - ١٩٧	مراجع البحث باللغة الاجنبية	*
I - V	ملخص البحث باللغة الانكليزية	*

م	فهرس الجداول	رقم الصفحة
١	النسب المئوية لانتشار حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال المجتمعات.	٦١
٢	العقاقير الطبية لعلاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٨١
٣	مخطط المجموعات العلاجية.	١٠٩
٤	توزيع أفراد العينة حسب الجنس والمجموعة وطريقة المعالجة.	١١٢
٥	المجالات الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كما وردت في مقياس كونرز المعدل - الشكل القصير (Conners'-R-S).	١١٩
٦	المجالات الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كما وردت في مقياس كونرز المعدل - الشكل الطويل (Conners'-R-L).	١١٩
٧	تصحيح درجات مقياس كونرز المعدل (Conners'-R).	١٢١
٨	مراحل التطبيق العملي للبرنامج.	١٣٢
٩	توزيع جلسات البرنامج.	١٣٣
10	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس القبلي.	١٤٢
1١	نتائج اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis) للمجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل على القياس القبلي.	١٤٣
12	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٥
١٣	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٩
١٤	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الثالثة على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٥٢
١٥	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي.	١٥٥
١٦	نتائج اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis) للمجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل على القياس البعدي.	١٥٥

م	فهرس الجداول	رقم الصفحة
١٧	انخفاض الأعراض وفقاً لمتوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	١٥٧
١٨	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦١
١٩	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٤
٢٠	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الثالثة على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٧
٢١	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة	١٧٠
٢٢	نتائج اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis) للمجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل على قياس المتابعة.	١٧١
٢٣	نتائج اختبار تحليل التباين على قياس المتابعة.	١٧١
٢٤	نتائج اختبار شيفيه على قياس المتابعة.	١٧٢
٢٥	نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) بين مجموعتي العلاج (الدوائي والسلوكي).	١٧٣
٢٦	نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) بين مجموعتي العلاج (الدوائي والمشارك).	١٧٣
٢٧	نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) بين مجموعتي العلاج (السلوكي والمشارك).	١٧٤
٢٨	درجة التغير في مستوى الأعراض لدى متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	١٧٦

م	فهرس الأشكال	رقم الصفحة
١	نموذج تفاعلات المعارضة بين الوالدين والطفل.	٧٦
٢	درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٤
٣	متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٥
٤	درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٨
٥	متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٩
٦	درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٥١
٧	متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٥٣
٨	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٥٦
٩	درجات انخفاض المتوسطات للمجموعات الثلاث على القياس البعدي	١٥٨
10	درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٠
1١	متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦١
12	درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٣
١٣	متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٤
١٤	درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٦

م	فهرس الأشكال	رقم الصفحة
١٥	متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كورنرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٨
١٦	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٧٠
١٧	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنرز المعدل (القياس البعدي - القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٧٤
١٨	درجة التغير في مستوى الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة	١٧٦

م	فهرس الملاحق	رقم الصفحة
١	القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط/الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV-R).	٢٠٨
٢	مقياس رافن (Raven) لقياس القدرات الذكائية غير اللفظية.	٢١٠
٣	مقياس كونرز المعدل (Conners'S-R) لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٢١٣
٤	بطاقة دراسة الحالة.	٢١٦
٥	استمارة تسجيل السلوك.	٢١٩
٦	قائمة التقييم التعزيزي.	٢٢٠
٧	استمارة التقييم الوظيفي للسلوك.	٢٢٢
٨	نماذج العمل.	٢٢٤
٩	قائمة بأسماء المحكمين.	٢٣٥
١٠	نصائح عامة للتعامل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٢٣٧

شكر وتقدير

بكل الاحترام والتقدير أتوجه بالشكر الجزيل لأستاذي الفاضل الدكتور غسان أبو فخر الأستاذ في قسم التربية الخاصة الذي تكرم بالإشراف على هذا البحث فكان خير موجه ومرشد، ولم ييخل عليّ بمجهود أو وقت أو علم لتذليل كافة الصعوبات التي واجهتني.

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى أستاذي الفاضل الدكتور كمال بلان الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي لما قدمه لي من نصيح وإرشاد في كل مرحلة من مراحل هذا البحث.

لهما مني كل المحبة وعظيم الشكر والامتنان.

وأقدم بالشكر لأعضاء لجنة المناقشة الأفاضل لتفضلهم بقراءة هذا البحث وتقويمهم لما في ذلك من إثراء لهذا العمل..

والشكر إلى الدكتور عماد سعدا لإشرافه على الجانب الإحصائي وتقويمه مقدرة له جهوده المبذولة في هذا البحث

ولن أنسى أن أتوجه بالشكر إلى الأساتذة المحكمين الذين قدموا لي الكثير من خبراتهم ووقتهم لتحكيم البرنامج من حيث: جلساته، وأهدافه، وإجراءاته.

كما لن يفوتني أن أشكر أيضاً كل من وقف إلى جانبي من أساتذة أفاضل في كلية التربية وخارجها، ممن ساهموا في دعم هذا البحث حتى وصل إلى الصورة الحالية.

والشكر موصول إلى الأطباء النفسيين في العيادات النفسية التي تمّ تحديدها في هذا البحث الذين استطعت بمساعدتهم تجاوز كثير من الصعوبات التي واجهتني منذ لحظة اختيار عينة البحث وحتى الانتهاء من تطبيق كافة الإجراءات المتعلقة به.

وشكر خاص إلى الأطفال الذين مشوا معي مشواري هذا، وإلى جميع الأمهات اللواتي تعاوننّ معي، ولولا هذا التعاون لما تمّ إنجاز هذا البحث.

وأخيراً شكري إلى كل من ساهم في دعمي لإنجاز هذا البحث وأخص بالذكر والدي وزوجي وأختي وصديقتي لحيهم وتحملهم معي عبء إنجاز هذا البحث.

الباحثة

الإهداء

إلى كل الأطفال

الذين يعانون من اضطراب ونقص الانتباه وفرط النشاط.



جامعة دمشق
كلية التربية
قسم الإرشاد النفسي

فاعلية برنامج سلوكي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

دراسة إكلينيكية شبه تجريبية مقارنة مع برنامجين
(دوائي - ودوائي سلوكي مشترك)
لدى عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية

بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في علم النفس

إعداد

إيمان فؤاد الحاج إبراهيم

ومشاركة الدكتور

إشراف الأستاذ الدكتور

كمال بلان

غسان أبو فخر

أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي

أستاذ في قسم التربية الخاصة

دمشق: 2010-2011 م
1431-1432 هـ

Damascus University

Faculty of Education

Department of Psychological Counseling



The Effectiveness of a Behavioral Program in The Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

**Clinical Semi Experimental Comparative Study of two Programs
(Medicine vs. Mutual Medicine & Behavioral Therapy)**

with Outpatient Children

A thesis Submitted for a Doctorate Degree in Psychology

Prepared by:

Iman Fouad Al Haj Ibrahim

Supervision by Prof.

Ghassan Abu Fakher

**Professor in the department of Special
Education**

Co- Supervisor Dr.

Kamal Ballan

**Assistant Professor in the department
of Psychological Counseling**

Damascus: 2010-2011

شكر وتقدير

بكل الاحترام والتقدير أتوجه بالشكر الجزيل لأستاذي الفاضل الدكتور غسان أبو فخر الأستاذ في قسم التربية الخاصة الذي تكرم بالإشراف على هذا البحث فكان خير موجه ومرشد، ولم ييخل عليّ بمجهود أو وقت أو علم لتذليل كافة الصعوبات التي واجهتني.

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى أستاذي الفاضل الدكتور كمال بلان الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي لما قدمه لي من نصيح وإرشاد في كل مرحلة من مراحل هذا البحث.

لهما مني كل المحبة وعظيم الشكر والامتنان.

وأقدم بالشكر لأعضاء لجنة المناقشة الأفاضل لتفضلهم بقراءة هذا البحث وتقويمهم لما في ذلك من إثراء لهذا العمل..

والشكر إلى الدكتور عماد سعدا لإشرافه على الجانب الإحصائي وتقويمه مقدرة له جهوده المبذولة في هذا البحث

ولن أنسى أن أتوجه بالشكر إلى الأساتذة المحكمين الذين قدموا لي الكثير من خبراتهم ووقتهم لتحكيم البرنامج من حيث: جلساته، وأهدافه، وإجراءاته.

كما لن يفوتني أن أشكر أيضاً كل من وقف إلى جانبي من أساتذة أفاضل في كلية التربية وخارجها، ممن ساهموا في دعم هذا البحث حتى وصل إلى الصورة الحالية.

والشكر موصول إلى الأطباء النفسيين في العيادات النفسية التي تمّ تحديدها في هذا البحث الذين استطعت بمساعدتهم تجاوز كثير من الصعوبات التي واجهتني منذ لحظة اختيار عينة البحث وحتى الانتهاء من تطبيق كافة الإجراءات المتعلقة به.

وشكر خاص إلى الأطفال الذين مشوا معي مشواري هذا، وإلى جميع الأمهات اللواتي تعاوننّ معي، ولولا هذا التعاون لما تمّ إنجاز هذا البحث.

وأخيراً شكري إلى كل من ساهم في دعمي لإنجاز هذا البحث وأخص بالذكر والدي وزوجي وأختي وصديقتي لحيهم وتحملهم معي عبء إنجاز هذا البحث.

الباحثة

الإهداء

إلى كل الأطفال

الذين يعانون من اضطراب ونقص الانتباه وفرط النشاط.

الفصل الأول

التعريف بموضوع البحث

- المقدمة.
أولاً - مشكلة البحث ومسوغاته.
ثانياً - أهمية البحث.
ثالثاً - أهداف البحث.
رابعاً - فرضيات البحث.
خامساً - منهج البحث.
سادساً - متغيرات البحث.
سابعاً - عينة البحث.
ثامناً - أدوات البحث.
تاسعاً - حدود البحث.
عاشراً - مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية.
أحد عشر - أساليب المعالجة الإحصائية.

المقدمة:

إن من أهم التحديات التي تواجه الآباء اليوم هو كيفية التعامل مع أطفالهم الذين لا ينتبهون لما يقال لهم، ولا يستطيعون الاستقرار في مكان واحد، وهم دائماً في حركة مستمرة، هذا الأمر الذي يشكل قلقاً حقيقياً بالنسبة لهؤلاء الآباء، ولا سيما عندما يصل خطاب من المدرسة يُخبرهم فيه أن طفلهم يعاني من نقص في الانتباه في أثناء أدائه المهمات المدرسية، وأنه يثير المشكلات داخل الصف، وهو سريع التملل وسرعان ما يفقد اهتمامه بالأعمال التي يقوم بها لينتقل إلى أعمال جديدة ولهذا فإن درجاته في معظم المواد الدراسية منخفضة.

وتبدأ رحلة الآباء انطلاقاً من معاناتهم بطلب العون والمساعدة من المختصين من خلال التوجه إلى العيادات أو المستشفيات النفسية للبحث عن الأسباب المحتملة لسلوكيات طفلهم وتشخيص حالته، والبرنامج العلاجي المناسب له. ويعلم بعض الآباء عند ذلك بأن طفلهم يعاني من اضطراب نقص الانتباه الذي يترافق في أغلب الأحيان مع فرط النشاط (ADHD) (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

لقد عُرف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من خلال الطبيب اليوناني جالين (Galen) الذي كان يصف الدواء للأطفال ذوي فرط النشاط لتهديتهم، كما قام الطبيب الانكليزي ستل (Still) في منتصف القرن الثامن عشر بدراسة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط حيث وصف الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب بأنهم غير قادرين على التحكم بذواتهم وعزا سبب ذلك إلى خلل في المخ أو أنه ناتج عن الوراثة (سيسالم، ٢٠٠١: ١٧).

وفي الخمسينيات من القرن الماضي ربطت بعض الكتابات بين نقص الانتباه وفرط النشاط، وأكدت أن سبب هذا الاضطراب يعود إلى خلل في الدماغ الأوسط (Epstein, et.al, 1991: 79) في حين أشار كليمنتر وبيترز (Clements, Peters) إلى مصطلح التلف الدماغى البسيط (Minimal Brain Dysfunction) حيث يسبب هذا الخلل الدماغى مشكلات تعليمية وسلوكية لدى الأطفال الذين يعانون منه على الرغم من أن هؤلاء الأطفال يتمتعون بنسبة ذكاء عالية (Dykmar&Ackerman, 1991: 96-103).

وفي عام (١٩٨٠) أُشير إلى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (Attention Deficit Disorder-ADD) في قائمة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية "الطبعة الثالثة" (DSM-III) الصادرة عن جمعية الطب النفسي الأمريكية على أنه اضطراب له زملة أعراض سلوكية تميزه وقد تمّ الفصل آنذاك بين نوعين الأول: اضطراب نقص الانتباه المصاحب لفرط

النشاط. والثاني: اضطراب نقص الانتباه غير المصاحب لفرط النشاط. وقد ظلّ الحال على هذا المنوال حتى قام بورينو وزملاؤه (Porrino et al) عام (١٩٨٣) بدراسة أعراض اضطراب نقص الانتباه حيث أوضحت نتائج التحليل العاملي لهذه الدراسة أن عدم القدرة على الانتباه وفرط النشاط الحركي عرضان لاضطراب واحد وليساً نمطين مستقلين، ولذلك عندما قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية بإجراء مراجعة للطبعة الثالثة من قائمة الدليل التشخيصي (-DSM-III-R) عام (١٩٨٧) دمجت اضطراب عدم القدرة على الانتباه مع فرط النشاط تحت اسم (ADHD) (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity) (أحمد وبدر، ١٩٩٩: ٧١)، واستمرت نفس التسمية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على الرغم من التعديلات التي طرأت على الدليل التشخيصي والإحصائي لجمعية الطب النفسي الأمريكية ابتداءً من الطبعة الثالثة المنقحة (DSM-III-R)، الطبعة الرابعة (DSM-IV)، الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR, 2000)، وأخيراً والذي ما زال قيد الإنجاز الطبعة الخامسة (DSM-V).

ويُعد هذا الاضطراب من أوسع اضطرابات الأطفال السلوكية انتشاراً حيث تقدر النسبة حسب تقرير الجمعية الأمريكية للطب النفسي بـ (٣%-٧%) عند الأطفال في سن المدرسة (DSM-IV-TR, 2000: 90)، ويشير سيسالم إلى نسبة تصل إلى (١٠%) تقريباً من أطفال العالم (سيسالم، ٢٠٠١: ١٠).

وتتجلى الملامح الرئيسة لاضطراب نقص الانتباه بالعلامات التي يبديها الطفل والمرتبطة بكل من: عدم القدرة على الانتباه والاندفاعية، والنشاط الزائد. ويجب هنا أن يقرر الراشدون مثل الوالدين والمدرسين ملاحظة هذه العلامات في بيئة الطفل المنزلية والتعليمية على ألا يكون هناك تعارض كبير بين نتائج وملاحظات كل منهما (السرطاوي و سيسالم، ١٩٩٢: ٤٨).

أما عن الأسباب المحتملة في تفسير اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط عند الأطفال فهي كثيرة ومتداخلة ويمكن الإشارة إليها بشكل عام بـ: أسباب عضوية، أسباب وراثية، أسباب نفسية، وأسباب بيئية - اجتماعية (كازدين، ٢٠٠٠: ١٩٥).

وتجدر الإشارة إلى أن التغيير الذي طال المفهوم الأساسي لهذا الاضطراب في الآونة الأخيرة كان له الأثر الكبير في التركيز على دراسة هذه الأسباب والعوامل حيث تبين أنه كلما تعمق فهم اختصاصي التشخيص لدور هذه العوامل بالنسبة لكل طفل تحسنت مقدرته وثقته في تحديد نوع التدخل العلاجي المناسب (ميركولينو، باور، بلوم، ٢٠٠٣: ٢٣).

وعلى الرغم من تعدد وتنوع الأساليب العلاجية مثل: العلاج الطبي، العلاج الغذائي، العلاج المعرفي، العلاج باللعب، العلاج السلوكي،..... وغير ذلك من الأساليب. إلا أن الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال أكدت على أهمية العلاج السلوكي كأكثر الطرائق العلاجية فاعلية مع فئة الأطفال عموماً حيث إنه يقوم بهدف العمل على خفض السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل من خلال ضبط العوامل البيئية التي تحدث قبل السلوك (السوابق)، والعوامل البيئية التي تحدث بعد السلوك (اللاحق) (استيورت، ١٩٩٦: ٦٥)، (الخطيب، ٢٠٠١: ١٢)، (زهران، ١٩٨٠)، (Wallace & Kauffman, 1987: 15)، (Paul & Anne, 1995: 5).

ويعتبر العلاج السلوكي ضرباً من ضروب العلاج النفسي في نظر السلوكية (DeValenzuela et al, 2000)، ويعرف كوبر وهيرون وهيوارد (Cooper, Heron,) (Heward, 1996: 3) العلاج السلوكي على أنه منحنى يعتمد على تحليل السلوك وفهمه من خلال دراسة العوامل البيئية التي تؤثر في السلوك ويعمل على تطبيق قوانين وإجراءات سلوكية تصل في النهاية إلى تحقيق الأهداف العلاجية التي يتم وضعها للطفل بناء على ملاحظات موضوعية يتم جمعها عن الطفل والاستفادة منها في تطبيق الإجراءات.

أولاً - مشكلة البحث ومسوغاته:

لقد برز اهتمام الباحثة في أثناء عملها كاختصاصية نفسية في قسم الخدمات الإكلينيكية في عدة مراكز أو عيادات نفسية متخصصة في سورية، وبعض الدول العربية مثل قطر والذي كان بإشراف فريق من الأساتذة المختصين في مجالي الطب النفسي والتحليل السلوكي، بماهية الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كأحد أبرز الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال، فعملت على تطوير معرفتها العملية إلى جانب سعيها باتجاه تطوير معرفتها النظرية في مجال العلاج السلوكي وتحليل السلوك التطبيقي بتطبيقاته العملية وذلك بعد أن تلقت تدريباً عملياً في هذا المجال، كما أفادها إطلاعها على ما يستخدمه الأطباء من برامج العلاج الدوائي مع بعض حالات الأطفال في المركز في دفعها باتجاه المثابرة على تأكيد أهمية دور برامج العلاج السلوكي في خفض بعض الأعراض المرضية لدى بعض الأطفال ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؛ حيث ترى الباحثة بأن العلاج الدوائي، الذي ما زال هو السائد في العلاج، هو جزء من العلاج وليس كل العلاج.

لقد استدعى القيام بهذا البحث جملة من المسوغات، استقت الباحثة بعضها من الميدان مباشرة، وبعضها الآخر من الأدبيات والدراسات السابقة، وتتلخص هذه المسوغات بما يلي:

١. مدى خطورة المشكلات السلوكية الناجمة عن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، والتي تؤثر تأثيراً سلبياً ليس فقط على الطفل بل على مجتمعه والبيئة المحيطة به. فقد أشارت العديد من الدراسات التتبعية التي أجريت حول الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط إلى ارتفاع نسبة تورطهم في الأحداث والمواقف الاجتماعية السلبية مقارنة بالأطفال العاديين، ولذلك فإن الإهمال في علاج المصابين بهذا الاضطراب لن يؤدي فقط إلى ضياع نسبة كبيرة من أبناء المجتمع؛ بل أيضاً إلى تقشي الجريمة والسلوك السلبي في المجتمع مستقبلاً (سيسالم، ٢٠٠١: ١١).

٢. الآثار السلبية التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على الصعيد الاجتماعي والنفسي بسبب فقدانهم للمهارات الاجتماعية وشعورهم بالإحباط تجاه فشلهم في إتمام المهمات المطلوبة منهم مقارنة بالآخرين. إضافة لوعيهم بالرسائل السلبية المرسلة إليهم من قبل المحيطين بهم سواء كانوا أطفالاً أم بالغين حيث تلعب العوامل الاجتماعية والبيئية دوراً سلبياً في تدني مفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال، وفي جعلهم أكثر استعداداً لاضطرابات ومشكلات نفسية أخرى (الوزنة، ٢٠٠٢: ١٩٠؛ السرطاوي و سيسالم، ١٩٩٢: ٦٣).

٣. إن تناول اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية، ممن هم في عمر المدرسة، له أثر إيجابي كبير على صعيد الأداء المدرسي لدى هؤلاء الأطفال، وذلك كونهم يواجهون توتراً وإجهاداً كبيرين عند محاولتهم إنجاز الأعمال التي تتطلب منهم جهداً فكرياً، فعملية التعلم تتطلب من المتعلم أن تتوفر لديه بعض القدرات والوظائف العقلية، ومن أهمها: القدرة على الانتباه الذي يكون في مستوى من الصعوبة لا بأس بها فيما يتعلق بالطفل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

٤. إن نسبة (٥٠%) من حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تتحسن وتزول أعراضها تدريجياً كلما تقدم الطفل في عمره وذلك إذا تمّ تقديم التدخل المبكر والبرامج العلاجية المناسبة؛ حيث تتوفر جميع أساليب العلاج الدوائي والنفسي والاجتماعي والدعم الأسري بشكل متكامل مع ضرورة متابعة حالة الطفل (الزرد، ٢٠٠١: ٥٢).

٥. يُعد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من الأطفال الملتحقين بالمدارس العادية واحداً من الاضطرابات التي تشكل تحديات حقيقية تواجه العاملين في كثير من المجالات: المجال الطبي والنفسي والتربوي من حيث التشخيص وآلية التقييم وماهية

الخطط العلاجية المناسبة؛ ومن الجدير بالذكر أن القائمين على العمل في برامج الاضطرابات السلوكية عدوا أن ما بين (٥٠ - ٦٠) % من الطلاب يعانون من فرط نشاط، في حين بلغت نسبة هذه الفئة من الطلاب في برامج صعوبات التعلم (٣٠ - ٤٠) % (ريزو وزابل، ٤٦٩ : ١٩٩٩).

٦. شكاوى الأهل من مشكلات أطفالهم التي تشدد وتزايد بدءاً من تلك التي تتطلب تدخلاً مهنيّاً، أو ربما تقضي الإقامة في إحدى المصحات أو دور الرعاية، إلى تلك المشكلات السلوكية التي وإن بدت بسيطة فإنها تثير الإزعاج لدى الآباء والأمهات والمهتمين برعاية الطفل، وتدفعهم لطلب المساعدة من المختصين.

٧. الحاجة الماسة لتسليط الضوء على أهمية توفير البرامج العلاجية السلوكية الموجهة لهذه الفئة بهدف العمل على خفض شدة الاضطراب لديها اعتماداً على الأسس المنهجية السليمة في التحليل السلوكي للأعراض السلوكية لهذا الاضطراب من حيث آلية التقييم الوظيفي لكل منها.

كلُّ المسوغات السابقة دعت الباحثة إلى تحديد مشكلة البحث في دراسة فاعلية العلاج السلوكي في اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تحديداً لدى عينة من الأطفال الملتحقين بالمدارس العادية المراجعين للعيادات النفسية، من خلال إعداد برنامج علاجي سلوكي يستند إلى منهجية التقييم الوظيفي للسلوك مقارنة ببرنامج دوائي من جهة، وبرنامج مشترك (دوائي وسلوكي) من جهة أخرى.

ويمكن صياغة مشكلة البحث بالأسئلة التالية:

١. ما مدى الفاعلية التي يحققها برنامج علاجي سلوكي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد عينة البحث؟.
٢. ما مدى الفاعلية التي يحققها برنامج علاجي دوائي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد عينة البحث؟.
٣. ما مدى الفاعلية التي يحققها برنامج علاجي سلوكي ودوائي (علاج مشترك) في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد عينة البحث؟.

ثانياً - أهمية البحث:

تنطلق أهمية البحث الحالي من النقاط التالية:

١. يتناول دراسة أحد أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً بين الأطفال، حيث وصلت بعض التقديرات إلى أنه ينتشر بين (١٨%) من الأطفال في الجمهورية العربية السورية (عز، ٢٠٠٢: ٢٢).
٢. تسليط الضوء على العلاج السلوكي كواحد من أساليب العلاج المستخدمة في علاج اضطراب فرط النشاط إلى جانب العلاج الدوائي في بعض الأحيان أو بشكل مستقل.
٣. ظهور نتائج يمكن أن تؤكد مدى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي مقارنة بالعلاج الدوائي الأمر الذي سوف يسمح لعينة كبيرة من الأطفال بالاستفادة من هذه النتائج من حيث امتلاكهم بعض الاستراتيجيات التي تساعد على مواجهة بعض المشكلات لا سيما ما يتعلق منها بالعمل المدرسي الذي يتطلب منهم جهداً كبيراً من ناحية، إلى جانب عدم اعتمادهم الكلي على العلاج الدوائي من ناحية أخرى.
٤. أهمية تناول اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من الأطفال العاديين، ممن هم في عمر المدرسة، من المراجعين للعيادات النفسية محرومين من فرص نجاحهم في المدارس العادية والاستفادة من البرامج التربوية والتعليمية المقدمة إليهم وذلك لوجود اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لديهم.
٥. المساهمة في توفير جزء من الخدمات النفسية للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في الجمهورية العربية السورية، لا سيما الموجهة منها للأطفال المراجعين للعيادات النفسية؛ حيث يندر وجود المراكز المتخصصة بهذه الفئة من الأطفال التي تعمل على وضع الخطط العلاجية المناسبة لهم والتخفيف من حدة المشكلات التي يواجهونها.

ثالثاً - أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. تعرف أهمية العلاج السلوكي في خفض شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من خلال تصميم برنامج علاجي سلوكي من قبل الباحثة .

٢. التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المصمم في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وذلك مقارنة بالعلاج الدوائي المنفرد من جهة والعلاج المشترك بينهما من جهة أخرى.

٣. التحقق من مدى استمرار فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المصمم بعد فترة المتابعة.

٤. مساعدة الأهل إلى جانب أطفالهم الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من خلال تقديم التوجيه والإرشاد اللازم حول أساليب التعامل مع أطفالهم حيث إن العملية العلاجية مع الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لا تكتمل في حال غياب دور الأهل.

٥. الاستفادة من نتائج هذه الدراسة بتقديم مقترحات تسهم في مساعدة المعنيين في الميدان في تعرف مشكلات الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وآلية التعامل معها.

رابعاً - فرضيات البحث:

يستند هذا البحث إلى الفرضيات التالية:

- **الفرضية الأولى:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- **الفرضية الثانية:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- **الفرضية الثالثة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- **الفرضية الرابعة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث: المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، والمجموعة الثالثة (مجموعة

العلاج المشترك - السلوكي و الدوائي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي.

- **الفرضية الخامسة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.
- **الفرضية السادسة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.
- **الفرضية السابعة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.
- **الفرضية الثامنة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعات الثلاث: المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، والمجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك - الدوائي والسلوكي)، على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة.

خامساً - منهج البحث:

تمّ اعتماد المنهج الإكلينيكي - شبه التجريبي وفقاً لمخطط المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي ومتابعة) لكل من المجموعات الثلاث؛ حيث يحكم على تأثير المعالجة بموجب التغير في الدرجات بين القياس القبلي والقياس البعدي لكل طريقة على حدة وفق ما يلي:

المجموعة: (قياس قبلي _ معالجة _ قياس بعدي _ قياس المتابعة)

سادساً - متغيرات البحث:

١. **المتغير المستقل:** هو البرنامج العلاجي الذي يحتوي على مجموعة من الإجراءات والفنيات المتعلقة بالعلاج السلوكي بعد التحقق من مدى صلاحيته للأهداف التي وُضع من أجلها.

٢. المتغير التابع: وهو التغيرات الحاصلة لدى أفراد عينة البحث المتعلقة بخفض شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وفقاً للمقياس المستخدم.

سابعاً - عينة البحث:

عينة البحث عينة مقصودة تم اختيارها من مجموعة من الأطفال الذين يترددون على العيادات النفسية طلباً للاستشارة النفسية والطبية بسبب الأعراض المرضية التي يعانون منها، وذلك بعد تشخيص حالاتهم /أطفال يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط/ وذلك بالتنسيق مع الطبيب النفسي في العيادة إضافة إلى استخدام أدوات البحث المعتمدة من قبل الباحثة، وقد بلغ عدد أفراد عينة البحث (٢٨) طفلاً وطفلةً تراوح أعمارهم بين (7 - 11) سنة، وتم توزيعهم ضمن ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى التي تم تطبيق العلاج الدوائي عليها وذلك من قبل الطبيب النفسي في العيادة، والمجموعة الثانية التي تم تطبيق العلاج السلوكي عليها، والمجموعة الثالثة التي تم تطبيق العلاج المشترك (السلوكي والدوائي) عليها.

ثامناً - أدوات البحث:

قامت الباحثة باستخدام الأدوات التالية:

١. المقاييس التشخيصية:

١-١. القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (DSM-IV- (TR, 2000).

٢-١. اختبار رافن لقياس القدرات الذكائية غير اللفظية (رحمة، ٢٠٠٤).

٣-١. مقياس كونرز المعدّل (Conners' Rating Scales-Revised) (Conners'-R) لتشخيص حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (Conners, 2001).

٢. بطاقة دراسة الحالة.

٣. البرنامج العلاجي الدوائي.

٤. البرنامج العلاجي السلوكي.

٥. البرنامج العلاجي المشترك.

تاسعاً - حدود البحث:

تم العمل على إنجاز هذا البحث ضمن حدود تتمثل بما يلي :

١. الحدود البشرية: عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية الذين تمّ تشخيصهم سريريّاً بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وذلك وفقاً لأدوات البحث المعتمدة.

٢. الحدود المكانية: عيادة نفسية في مدينة دمشق.

٣. الحدود الزمانية: العام الدراسي ٢٠١٠/٢٠٠٩.

عاشراً - مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية:

Ø اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity): حسب تعريف رابطة الطب النفسي الأمريكية عام (2000) هو واحد من اضطرابات الطفولة والمراهقة، ويوصف من خلال أعراض ضعف القدرة على الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط. (American Psychiatric Association) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000: 84).

ويعرف اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه إجرائياً: بدلالة درجات الأطفال عينة الدراسة على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

Ø الفاعلية: هو مقدار التحسن القابل للقياس الذي يحصل لدى حالة الطفل (Roessler & , 16:1999, Schriener).

وتعرف الفاعلية إجرائياً: بدلالة درجات أفراد العينة (الخط القاعدي) على المقياس المستخدم الذي يقيس مستوى انخفاض شدة الاضطراب بعد تطبيق البرنامج.

Ø البرنامج العلاجي: بأنه منظومة الإجراءات والفنيات المتعلقة والمستندة إلى العلاج السلوكي وقوانين التعلم؛ حيث يُعد السلوك الإنساني متعلماً سواء كان سويّاً أم غير سوي، وذلك وفقاً لقاعدة سكينر، وهي: "أن السلوك محكوم بنتائجه" (الخطيب، ٢٠٠١ - ١). ويعرف البرنامج العلاجي إجرائياً: بأنه منظومة من الإجراءات والنشاطات المنظمة المُستندة إلى أسلوب العلاج السلوكي بهدف معالجة حدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ويتمثل البرنامج في الجلسات المقدّمة للطفل التي تبدأ بقياس شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (القياس القبلي)، ومن ثمّ القيام بإجراءات التحليل السلوكي وتطبيق فنيات سلوكية (المعالجة) من خلال استمّارات خاصة من

إعداد الباحثة وصولاً إلى (القياس البعدي) قياس شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بعد المعالجة، وانتهاءً بـ (قياس المتابعة) قياس شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بعد التوقف عن البرنامج لمدة ستة أسابيع.

أحد عشر - أساليب المعالجة الإحصائية:

تعد الدراسة الحالية دراسة اكلينيكية - شبه تجريبية استخدم فيها التصميم شبه التجريبي مع ثلاث مجموعات: مجموعة العلاج الدوائي، ومجموعة العلاج السلوكي، ومجموعة العلاج المشترك، وذلك بقياسات قبلية وبعدية ومتابعة، ومن ثم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في المقارنة بين المتغيرات. كما استخدم اختبار نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمقارنة بين الفروق في المتوسطات للعينات المترابطة، واختبار مان-ويتني (Mann-Whitney) للمقارنة بين المتوسطات للعينات المستقلة (ضمن المجموعة الواحدة)، وتم استخدام اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis) لاختبار تحليل التباين الأحادي للمجموعات الثلاث.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

- توطئة.
أولاً - الدراسات العربية.
ثانياً - الدراسات الأجنبية.
ثالثاً - تعقيب على الدراسات السابقة.
رابعاً - مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

توطئة:

تعرض الباحثة في هذا الفصل مجموعة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت البرامج العلاجية السلوكية، والدوائية، والسلوكية والدوائية معاً، وجاءت هذه الدراسات مرتبة بحسب أعوام نشرها، وتقدم الباحثة في نهاية هذا الفصل تعقيباً يسمح لها بربط هذه الدراسة بالدراسات السابقة التي تم عرضها.

أولاً- الدراسات العربية

١. دراسة الدفراوي (1992)، مصر.

عنوان الدراسة: أثر استخدام عقار (الترانيل سيبرومين) (Tranlycypromine) في علاج اضطراب فرط النشاط عند الأطفال.

أهداف الدراسة: تهدف إلى معرفة فاعلية استخدام عقار الترانيل سيبرومين في علاج اضطراب فرط النشاط عند الأطفال.

عينة الدراسة: تكون العينة من (٢٧) طفلاً مصرياً (٢٣) ذكور (٤) إناث، تتراوح أعمارهم من (٤ - ١٢) عاماً.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث الأدوات التالية لتشخيص عينة الدراسة:

- قائمة الملاحظة الإكلينيكية لسلوك الطفل (DSM-III).
- قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل (الخاصة بالوالدين).
- اختبارات طبية ونفسية وعصبية واختبارات مخبرية تتضمن فحص الدم وكشف الكروموسومات.

نتائج الدراسة: لقد أظهرت النتائج فروقاً دالة في مستوى النشاط الحركي قبل وبعد تعاطي عقار (الترانيل سيبرومين) وذلك لصالح العقار. واستخلصت الدراسة أن العقار أظهر مفعولاً إيجابياً، حيث قلل من النشاط الحركي الزائد. كما يفيد استخدامه في التشخيصات المختلفة التي يظهر فيها هذا النوع من الاضطراب.

٢. دراسة الموافي (١٩٩٥)، مصر.

عنوان الدراسة: فاعلية استخدام بعض الأساليب السلوكية في الحد من آثار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

أهداف الدراسة: هدفت دراسة (الموافي) إلى تحديد مدى فاعلية استخدام بعض الأساليب السلوكية في الحد من آثار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

عينة الدراسة: عينة من (٦٦) طفلاً يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في جمهورية مصر العربية، في مرحلة ما قبل المدرسة. تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى والمجموعة الثانية كانتا تجريبيتين، وأما الثالثة فكانت المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي معالجة.

أدوات الدراسة:

- أداة قياس مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
 - البرنامج الذي تم إعداده من قبل الباحث.
- نتائج الدراسة:** بينت النتائج انخفاض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في المجموعتين التجريبيتين بالإضافة إلى ازدياد قدرة هؤلاء الأطفال على ضبط الذات.

٣. دراسة السلاموني (٢٠٠١)، مصر.

عنوان الدراسة: فاعلية بعض فنيات العلاج السلوكي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط.

أهداف الدراسة: التحقق من فاعلية بعض فنيات العلاج السلوكي (الألعاب الرياضية الصغيرة، النمذجة) لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط، والوقوف على أكثر الفنيات المستخدمة فعالية.

عينة الدراسة: تكون عينة الدراسة من (٣٥) طفلاً من ذوي نقص الانتباه والنشاط الزائد في الصف الثاني الابتدائي بمدارس محافظة دمياط في مصر وجميعهم من الذكور، وتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات، استخدمت مع المجموعة الأولى الألعاب الرياضية الصغيرة، والمجموعة الثانية استخدم معها النمذجة، والمجموعة الثالثة استخدم معها الاثنين معاً، والمجموعة الرابعة لم تستخدم معها أي فنية واستخدمت كمجموعة ضابطة.

أدوات الدراسة:

- أداة قياس مستوى اضطراب نقص الانتباه.
- البرنامج السلوكي.

نتائج الدراسة: أوضحت نتائج الدراسة فعالية الفنيات المستخدمة في خفض مستوى النشاط الحركي الزائد لدى المجموعات التجريبية؛ إلا أن مستوى التحصيل لمجموعة الألعاب الرياضية الصغيرة والنمذجة معاً كان أعلى من مستوى التحصيل لمجموعة الألعاب الرياضية فقط ومجموعة النمذجة.

٤. دراسة الزغلوان (٢٠٠١)، الأردن.

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج سلوكي في معالجة ضعف الانتباه لدى الطلبة ذوي الصعوبات التعليمية.

أهداف الدراسة: تعرف مدى فاعلية برنامج سلوكي في معالجة ضعف الانتباه لدى الطلبة ذوي الصعوبات التعليمية.

عينة الدراسة: تم تحديد أفراد الدراسة من خلال تطبيق أداة ضعف الانتباه. وبلغ عدد أفراد الدراسة (٦٠) طالباً وطالبة، وتم توزيع أفراد العينة إلى مجموعتين؛ مجموعة تجريبية عددها (٣٠) طالباً وطالبة ومجموعة ضابطة عددها (٣٠) طالباً وطالبة.

أدوات الدراسة:

- أداة قياس مستوى اضطراب نقص الانتباه التي صُممت لهذه الغاية بعد استخراج معاملات الصدق والثبات اللازمة.

- البرنامج السلوكي الذي تم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية من خلال استخدام استراتيجيتي تعديل السلوك أولهما: تكلفة الاستجابة التي تمثّلت في خصم المعلم نقاطاً محددة من الطالب لدى قيامه بسلوك يدلُّ على ضعف الانتباه، وثانيهما: التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض الذي بموجبه قام المعلم بتعزيز الطالب في نهاية كل فترة زمنية جزئية محددة بإعطائه نقاطاً إضافية عند إظهار الطالب سلوكاً نقيضاً لضعف الانتباه، وفي نهاية الجلسة يقوم المعلم باستبدال النقاط بالمعزّرات بناءً على قائمة توضح قيمة كل معزز. استمرّ تطبيق البرنامج السلوكي مدة شهر ونصف، وأُجريت المتابعة بعد أسبوعين من توقف البرنامج السلوكي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية (التي طُبّق عليها البرنامج السلوكي)، وأفراد المجموعة الضابطة (التي لم يُطبق عليها البرنامج السلوكي) في مظاهر ضعف الانتباه.
 - يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في مظاهر ضعف الانتباه تُعزى لمتغير الجنس.
 - يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في مظاهر ضعف الانتباه تُعزى لمتغير المستوى الصّفي.
٥. دراسة الملكاوي (٢٠٠٣)، الأردن.

عنوان الدراسة: فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في معالجة نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الاطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم.

أهداف الدراسة: تعرف مدى فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في معالجة نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من (٣٠) طالباً من ذوي صعوبات التعلم تمّ تشخيصهم على أنهم يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وقد تمّ تقسيم العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين متساويتين؛ ضابطة وتجريبية. طُبّق برنامج التعزيز الرمزي على العينة التجريبية لمدة ستة أسابيع، من خلال إعطاء الطفل فيشاً عند التزامه بالتعليمات تستبدل بمعرّزات داعمة يُحبها الطفل.

أدوات الدراسة:

- مقياس ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من إعداد الباحث.
 - برنامج التعزيز الرمزي.
- نتائج الدراسة:** أشارت النتائج إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية. وأظهرت النتائج أن هناك تراجعاً في فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي بعد التوقف عن تطبيق البرنامج لمدة أسبوعين.

٦. دراسة الإمام (٢٠٠٤)، الأردن.

عنوان الدراسة: دراسة فاعلية برنامج التعزيز الرمزي في خفض مستوى نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

أهداف الدراسة: قياس فاعلية برنامج التعزيز الرمزي في خفض مستوى نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من خلال تطبيق البرنامج الذي تم إعداده من قبل الباحثة

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من عينة من الطلبة ذوي صعوبات التعلم بغرف المصادر التابعة لمديرية عمان الأولى وعددهم (٣٠) طالبا كانوا يعانون من نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين؛ مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة. تم قياس مستوى نقص الانتباه قبل تطبيق البرنامج لدى المجموعتين، وتم بعد ذلك تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية فقط لمدة ستة أسابيع، ثم تم قياس مستوى نقص الانتباه بعد تطبيق البرنامج لدى المجموعتين.

أدوات الدراسة:

- مقياس تقدير سلوك الطفل الذي أعده الباحث لهذه الغاية.
- برنامج تعزيز رمزي استمر ستة أسابيع. وقد تم القيام بقياس نقص الانتباه بعد تطبيق البرنامج لدى المجموعتين التجريبية والضابطة.

نتائج الدراسة: أكدت نتائج الدراسة فاعلية برنامج التعزيز الرمزي في خفض مستوى نقص الانتباه، وأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة عند مستوى الدلالة (٠.٥) لصالح المجموعة التجريبية.

٧. دراسة الرواجفة (٢٠٠٥)، الأردن.

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة في خفض مستوى ضعف الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال المعوقين إعاقة عقلية بسيطة.

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى قياس فاعلية برنامج التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة في خفض مستوى ضعف الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال المعوقين إعاقة عقلية بسيطة.

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً وطفلةً من المعوقين إعاقة عقلية بسيطة تم اختيارهم بطريقة قَصْدِيَّة من مركز نازك الحريري للتربية الخاصة، وتم تقسيم هذه العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين متساويتين (تجريبية وضابطة).

أدوات الدراسة:

- مقياس ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذي طوّره الباحث.
- برنامج التعزيز الرّمزي وتكلفة الاستجابة الذي طوّره الباحث.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة التي تم استخراجها استناداً إلى استخدام تحليل التباين المشترك وتحليل التباين الثنائي إلى ما يلي:

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لصالح المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والمتابعة.

- لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تُعزى لمتغير الجنس على القياسين البعدي والمتابعة.

- لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تُعزى لمتغير الجنس والطريقة والتفاعل بينهما على القياسين البعدي والمتابعة.

وبشكل عام أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية برنامج التعزيز الرّمزي وتكلفة الاستجابة في خفض مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية، واتّضح من خلال النتائج أيضاً تأييد المعلمين وأولياء الأمور لاستخدام هذا البرنامج في معالجة المشكلات التي يعاني منها الأطفال المعوقون عقلياً.

٨. دراسة الدراسات (٢٠٠٧)، السعودية.

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي لأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي لوالديهم على اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى قياس أثر برنامج تدريبي لأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي لوالديهم على اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم.

عينة الدراسة: تم اختيار عينة الدراسة من أطفال ما قبل المدرسة الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ووالديهم من المقيمين في المملكة العربية السعودية، وقد

بلغ عدد أفراد الدراسة (٤٥) طفلاً تتراوح أعمارهم بين الرابعة والسادسة من العمر يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ووالديهم، تم توزيعهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات: المجموعة التجريبية الأولى وتضم (١٥) طفلاً ووالديهم، والمجموعة التجريبية الثانية وتضم (١٥) طفلاً ووالديهم، والمجموعة الضابطة وتضم (١٥) طفلاً ووالديهم. وقد تلقى أطفال المجموعة التجريبية الثانية البرنامج الفردي ذاته لتعديل السلوك بالإضافة إلى تلقي والديهم برنامج فردي لتدريب الوالدين، بينما لم يتلق الأطفال أو الدوهم في المجموعة الضابطة أي برامج تدريبية. هذا وقد استغرق تطبيق البرنامج ثمانية أسابيع ، بواقع جلستين تدريبيتين أسبوعياً.

أدوات الدراسة: قامت الباحثة من أجل تحقيق أهداف البحث بإعداد:

- قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين).
- برنامج سلوكي لتعديل السلوك الفردي.
- برنامج لتدريب والدي الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

نتائج الدراسة: لقد بينت النتائج ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة لصالح المجموعات التجريبية، وهذا يشير إلى أن البرامج التدريبية كانت فعّالة في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الأولى، والمجموعة التجريبية الثانية، لصالح المجموعة التجريبية الثانية، وهذا يدل على أن الربط بين تعديل السلوك الفردي الموجه للطفل، والإرشاد والتدريب لوالدي هذا الطفل، له فعّالية أكبر في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

ثانياً - الدراسات الأجنبية

١. دراسة دوكهام ولوري (Dukham & Lauri, 1980, U.S.A).

عنوان الدراسة: دراسة مقارنة بين عدّة أساليب في علاج النشاط الزائد لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.

Comparative study of many methods in treating hyperactivity of ADHD children.

أهداف الدراسة: هدفت تلك الدراسة إلى المقارنة بين عدة أساليب في علاج النشاط الزائد لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات متجانسة من الأطفال ذوي النشاط الزائد كل مجموعة تتألف من (٨) أطفال تتراوح أعمارهم بين (٧ - ١٠) سنوات وجميعهم ملتحقون بالمدارس الابتدائية؛ حيث استخدم في علاج المجموعة الأولى برنامج علاج سلوكي، وتلقت المجموعة الثانية علاجاً بالعقاقير الطبية، أما المجموعة الثالثة فتلقت علاجاً بيئياً تمثل في الحد من المثيرات الموجودة في بيئة الطفل (المدرسة ، المنزل) التي تساعد على تشتت الانتباه مثل: تعدد اللوحات على الجدران ووجود الألوان الفوسفورية وكذلك الأنوار المتعددة. وقد تم قياس مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال جميعهم قبل تطبيق البرامج العلاجية وبعدها.

أدوات الدراسة:

- برنامج علاج سلوكي.
- برنامج علاج بالعقاقير الطبية.
- برنامج علاج بيئي.

نتائج الدراسة: عند مقارنة النتائج اتضح أن المجموعة التي تلقت علاجاً سلوكياً انخفض لديها مستوى النشاط الزائد بشكل ملحوظ تليها المجموعة الثالثة التي تلقت العلاج البيئي. وأوصت الدراسة باستخدام العلاج السلوكي في علاج النشاط الزائد لدى الأطفال. واقترح الباحثان استخدام العلاج البيئي جنباً إلى جنب مع العلاج السلوكي.

٢. دراسة رابورت و رفاقه (Rapport et. al, 1980, U.S.A).

عنوان الدراسة: أثر (الريتالين) وتكلفة الاستجابة في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

Ritalin effects and response Cost in the treating of ADHD

أهداف الدراسة: دراسة هدفت إلى إجراء مقارنة بين تأثير الريتالين وتكلفة الاستجابة في معالجة ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

عينة الدراسة: تكوّن عينة الدراسة من طفلين تمّ تشخيصهما على أنهما يعانيان من مشكلات في ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

أدوات الدراسة:

- برنامج العلاج الطبي.
- برنامج العلاج السلوكي.

وقد تمّ تنفيذ الدراسة على مرحلتين: الأولى تتضمن تناول الطفلين جرعتين من عقار الريفالين بكميات متفاوتة تبدأ بملغم يوميا وتصل إلى (٢٠) ملغم لكل يوم. أمّا في المرحلة الثانية فقد تمّ استخدام أسلوب تكلفة الاستجابة من خلال إعطاء الطالبين في بداية كل جلسة تدريبية عشرون دقيقة مجانية من اللعب الحرّ وكلما لاحظ المعلم انشغال الطالب بأي نشاط خارج إطار المهمة الأكاديمية التي كلف بها يقوم بخصم دقيقة من العشرين دقيقة التي بحوزته.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج فعالية تكلفة الاستجابة في زيادة السلوك الموجه في أثناء أداء المهمة لدى الطالبين. ومعدل إنهاء المهام الأكاديمية بشكل دال أكثر منه عند استخدام الريفالين.

٣. دراسة باركلي (Barkly, 1985, U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي موجه للوالدين في إنقاص بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال لديهم اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effectiveness of a training program directed to parents of ADHD children in modifying some of children's behavioral problems

أهداف الدراسة: لقد تمّ تحديد ثلاثة أهداف رئيسة لهذه الدراسة:

- تزويد الوالدين بالمعلومات الكافية عن الأسباب الكامنة التي تكمن وراء السلوك المشكل لدى الأطفال بصفة عامة، والأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه بصفة خاصة.
- تنمية مهارات الوالدين في التعامل مع هذه المشكلات السلوكية لدى أطفالهم من خلال تدريبهم على استخدام الفنيات العلاجية السلوكية لمساعدتهم على تعديلها.
- تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، وتدريبهم على اتباع القواعد السلوكية المقبولة اجتماعياً.

عينة الدراسة: عينة من الأطفال الأسوياء، وغير الأسوياء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه، وقد تراوحت أعمارهم بين (٢ - ١١) سنة.

أدوات الدراسة: برنامج تدريبي مكون من خمس خطوات. تمّ فيه تدريب الوالدين على كل خطوة في عدد من الجلسات التدريبية:

الخطوة الأولى: تدريب الوالدين على تحديد السلوك المشكّل، وتحليله وتعرف الأسباب الكامنة وراءه. أما الخطوة الثانية فقد تمّ فيها تقديم التعزيز المعنوي للطفل بعد كل سلوك إيجابي يقوم به، ويمكن أن يقوم الوالدان بتقديم التعزيز المعنوي بعد كل محاولة ناجحة للسلوك المراد تعديله. في الخطوة الثالثة تمّ تقديم المعزّزات المادية في أثناء تدريب الطفل على اللعب وحده باستقلال، بعيداً عن الوالدين. على حين كانت الخطوة الرابعة متضمنة تدريب الوالدين على استخدام العقاب مع الطفل وذلك بحرمانه من اللعب، وإجباره على الجلوس على كرسي في مكان منعزل حتى يهدأ، ويتعهد باتّباع تعليمات الوالدين، وكانت الخطوة الخامسة والأخيرة؛ حيث تمّ تدريب الوالدين على التحكم بسلوك طفلهم في الأماكن العامة من خلال عقد اتفاقية مع الطفل بعدم قيامه بالسلوك غير المرغوب قبل خروجه من المنزل.

نتائج الدراسة: توصل (باركلي) إلى أن البرنامج كان فعّالاً جداً في تعديل السلوك المشكّل لدى الأطفال الأسوياء الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه، إلا أن النتائج لم تصل إلى المستوى نفسه الأطفال غير الأسوياء على الرغم من أنها كانت إيجابية ومشجعة، وأضاف إلى أنه يمكن للوالدين تطبيق البرنامج على أطفالهم بطرائق فردية أو جماعية؛ وإذا كان في الأسرة طفل واحد يعاني من هذه المشكلات السلوكية فإنه يمكن تطبيق البرنامج عليه بطريقة فردية، أما إذا كان هناك أكثر من طفل يعاني من هذه المشكلات السلوكية داخل الأسرة الواحدة، فإنه يمكن تطبيق هذا البرنامج عليهم بطريقة جماعية.

٤. دراسة كيرك (Kirk, 1988, U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعليّة برنامج سلوكي في معالجة ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

The effectiveness of behavioral program in treating hyperactivity with attention deficit

أهداف الدراسة: زيادة فترة الانتباه ومستوى التحصيل المدرسي لدى حالة الطفلة المختارة.

عينة الدراسة: حالة الطفلة سوزي التي كانت تعاني من ضعف الانتباه المصحوب بالحركة الزائدة؛ حيث كانت نسبة ذكاء هذه الطفلة على اختبار بينيه (٧٥) درجة وقد أدى ذلك إلى تدني مستوى التحصيل الدراسي لدى الطالبة.

أدوات الدراسة: برنامج سلوكي يعتمد على التعزيز الرمزي لمعالجة ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وكان البرنامج مصحوباً باستخدام أسلوب التدريس الفردي، وقد استمر تطبيق البرنامج شهرين بمعدل ثلاث حصص أسبوعياً.

نتائج الدراسة: بعد الانتهاء من البرنامج اتضح أن هناك تحسناً ملحوظاً في حالة الطفلة تمثل في ازدياد فترة الانتباه وارتفاع مستوى التحصيل مما جعل الطالبة تواكب أقرانها في التحصيل الدراسي.

٥. دراسة ليتل وكيلى (Little & Kelley, 1989, U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج سلوكي في التقليل من سلوك عدم امتثال الأطفال لتعليمات الوالدين.

The effectiveness of behavior Program in reducing children's noncompliance behavior to parents' instructions

أهداف الدراسة: قام (ليتل وكيلى) بدراسة هدفت إلى قياس فاعلية برنامج سلوكي يشمل الفنيات العلاجية التالية: تكلفة الاستجابة، والتعزيز الإيجابي للسلوك المرغوب، والعزل في التقليل من سلوك عدم امتثال الأطفال لتعليمات الوالدين.

عينة الدراسة: تكونت العينة من ثلاثة أطفال أعمارهم كانت (٦ ، ٧ ، ١٠) سنوات، كان اثنان منهما يتناولان عقار (الريتالين). وقد تمت إجراءات الدراسة من خلال تدريب الوالدين على الملاحظة المباشرة لسلوك أطفالهم بعد تحديد ثلاث عينات زمنية للملاحظة أسبوعياً، مدة كل منها (٣٠) دقيقة، حيث طلب من الوالدين أن يوجهوا إلى الأطفال خمسة أوامر خلال كل فترة ملاحظة. في مرحلة الخط القاعدي تم توجيه الآباء إلى الاستجابة بشكل طبيعي لسلوك عدم إطاعة الأطفال للأوامر، وبعد ذلك بدأت فترة المعالجة التي كانت تتضمن تزويد كل طفل بثماني نقاط مجانية؛ حيث كان على الآباء أن يستجيبوا لعدم امتثال الأطفال بتنبيه أولي أما في حال استمرار الأطفال بالسلوك غير المقبول فعلى الآباء أن يوبخوا أطفالهم بأسلوب هادئ جداً، ويتم حسم إحدى النقاط نتيجة لذلك، وكان على الآباء أن يعيدوا تلك التعليمات مرة أخرى. وفي نهاية

كل فترة علاجية تُستبدل بالنقاط معزّرات يتمّ تحديدها مسبقاً من قبل الوالدين والأطفال. وفي حال خسارة الأطفال للنقاط جميعها التي بحوزتهم كان يتمّ عزلهم لمدة ثلاث دقائق.

بعد ثلاثة أسابيع من التوقف عن تنفيذ البرنامج تمت متابعة سلوكيات الأطفال، ووجد أن الآباء كانوا مستمرين في تنفيذ إجراءات تعديل السلوك.

أدوات الدّراسة: برنامج سلوكي يعتمد استخدام كل من الفنيات العلاجية التالية: تكلفة الاستجابة، والتعزيز الإيجابي للسلوك المرغوب، والعزل.

نتائج الدّراسة: لقد أشارت النتائج إلى انخفاض نسبة حدوث سلوك عدم الامتثال لتعليمات الوالدين لدى جميع أفراد العينة بشكل دال وملحوظ وقد أبدى الآباء رضاهم التام عن البرنامج، من حيث سهولة تطبيقه ونتائجه الإيجابية.

٦. دراسة سالنتو (Salanto, 1990, U.S.A)

عنوان الدّراسة: فاعليّة كل من التعزيز وتكلفة الاستجابة في الإقلال من السلوك الحركي الزائد وتأخر الاستجابة وتحسين الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

The Effects of Reinforcement and Response Cost on reducing hyperactivity and the delayed Response Task and improving attention in Children With Attention Deficit and Hyperactivity Disorder.

أهداف الدّراسة: قام سالنتو بدراسة هدفت إلى تعرف فاعليّة كل من التعزيز وتكلفة الاستجابة في الإقلال من السلوك الحركي الزائد وتحسين الانتباه، وزيادة الاستجابة لعينة الدّراسة، وذلك من خلال المقارنة بين مجموعة من الأطفال العاديين ومجموعة من الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

عينة الدّراسة: مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين (٥ - ١٠) سنوات يعانون من نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي والاندفاعية مع تأخر في الاستجابة.

أدوات الدّراسة: تمّ استخدام الأدوات التالية:

- مقياس تقدير المعلمين للسلوك الحركي الزائد.

- قائمة الدليل التشخيصي (DSM – III – R) في تشخيص نقص الانتباه وفرط النشاط.
 - برنامج تدريبي يعتمد كلاً من التعزيز وتكلفة الاستجابة.
- نتائج الدراسة:** لقد أوضحت النتائج فاعلية كل من التعزيز وتكلفة الاستجابة في خفض السلوك الحركي الزائد وتحسين مستوى الانتباه.

٧. دراسة هورن والونجو وجرينبرغ وباكارد و وينبري (Horn ,Ialongo
(,Greenberg Packard & Winberry, 1990, U.S.A

عنوان الدّراسة: أثر التدريب السلوكي للآباء وعلاج الضبط الذاتي لذوي اضطراب نقص
الانتباه وفرط النشاط.

**The Effect of Behavioral Training for parents and Self Control
Therapy for ADHD children.**

أهداف الدّراسة: قام (هورن والونجو وجرينبرغ وباكارد و وينبري) بدراسة تعرف أثر كل
من التدريب السلوكي الموجه للآباء، والضبط الذاتي الموجه للأطفال عينة الدّراسة.

عينة الدّراسة: تكوّن عينة الدّراسة من (٤٢) طفلاً يعانون من اضطراب فرط الحركة
وتشتت الانتباه ولا يتناولون أي عقاقير طبية، وتتراوح أعمارهم بين (٦ - ١١) سنة، وتمّ
تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى تلقت برنامجاً علاجياً سلوكياً مباشراً، أما
المجموعة الثانية فقد تلقت برنامجاً علاجياً سلوكياً ينفذ من قبل الوالدين، والمجموعة الثالثة تلقت
كلا البرنامجين معاً.

أدوات الدّراسة:

- برنامج تدريبي سلوكي للآباء.

- برنامج علاجي سلوكي للأطفال.

نتائج الدّراسة: أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الوالدين لسلوكيات
أطفالهم قبل وبعد تنفيذ البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي في جميع المجموعات التدريبية،
كذلك أوضحت النتائج: أن التغيير الذي حدث لدى أفراد المجموعة الثالثة كان أكبر وبفرق دال
إحصائياً عما حدث في المجموعتين الأولى والثانية ولصالح المجموعة الثالثة.

٨. دراسة باركلي وإيدلبروك وسماليش (Barkley & Edelbrock and Smallish,
(1991, U.S.A

عنوان الدّراسة: فاعليّة التعزيز الرمزي في معالجة مشكلة فرط النشاط.

**The effectiveness of Token Reinforcement in treating hyperactivity
problem.**

أهداف الدّراسة: قياس فاعليّة التعزيز الرمزي في معالجة مشكلة فرط النشاط.

عينة الدّراسة: طفل في التاسعة من العمر يعاني من مشكلة فرط النشاط..

أدوات الدراسة: اعتمدت الدراسة على برنامج سلوكي يستخدم استراتيجية التعزيز الرمزي ويتم من خلال إعطاء الطفل قطعة من النقود إذا جلس بهدوء تام مدة عشر ثوان في بداية البرنامج حيث تطول مدة إعطاء المعزز مع تقدم البرنامج.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج بعد تنفيذ البرنامج إلى تحسن قدرة الطفل على الجلوس هادئاً فترة طويلة، وتحسن قدرته على إتباع التعليمات، وقدرته على تكوين صداقات مع زملائه.

٩. دراسة جيمس وكانتويل وماردر (James & Cantwell and Marder, 1991.)
(U.S.A)

عنوان الدراسة: أثر العلاج الدوائي على تعلم الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

Effects of Stimulant Medication on the learning of Children with ADHD

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير العقاقير في بعض خصائص الأطفال ذوي فرط النشاط.

عينة الدراسة: تكون عينة الدراسة من (١٨) طفلاً تتراوح أعمارهم من (٩ - ١٢) عاماً وقد تم اختبار عقار (ميثيل فينيدات) (M-ph) (Methylphenidate).
أدوات الدراسة: البرنامج الدوائي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى فاعلية العقار (M-ph) في خفض أعراض اضطراب فرط النشاط لدى الأطفال عينة الدراسة؛ لكن كانت له بعض الآثار الجانبية مثل (صداع، آلام البطن، رعشة)، واستمر الضعف في التركيز وعدم القدرة على إتمام المهمات المطلوبة.

١٠. دراسة ديبول وجيفرمونت وباركلي (Dupaul & Guevremont and Barkley,)
(1992, U.S.A):

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج السلوكي مع أطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في الصف.

The effectiveness of Behavior Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Classroom

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف فاعلية العلاج السلوكي من خلال استخدام تكلفة الاستجابة وحدها أو لدى اقترانها بإجراءات أخرى في ضبط السلوك الصفي وتحسين الانتباه خلال فترة الأداء الأكاديمي لدى عينة الدراسة.

عينة الدراسة: تكون العينة من طالبين اثنين أعمارهما (٦ ، ٧) سنوات؛ إذ كان أحدهما يتناول عقاراً لتطوير قدراته على الانتباه إلى جانب استخدام استراتيجية تكلفة الاستجابة معه، والآخر تم استخدام استراتيجية تكلفة الاستجابة وحدها معه، وقد كان هذان الطالبان ملتحقين بصف خاص بالطلبة الذين يعانون من اضطرابات في السلوك، وكان يشرف على التدريب في هذا الصف معلم رئيسي وآخر مساعداً له.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثون التصميم ذا الخطوط القاعدية المتعددة خلال فترات الأداء الأكاديمي في (القراءة واللغة) لتقييم فاعلية إجراء تكلفة الاستجابة وحده وكذلك خلال اقترانه بإجراءات أخرى على أداء الطالبين الأكاديمي والسلوكي. وقد تم تنفيذ البرنامج الذي كان يهدف إلى التدريب على الانتباه خلال فترتي عمل أكاديمي تستمر كل منهما من (١٥ - ٢٠) دقيقة.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى أن استخدام تكلفة الاستجابة وحدها أو باقترانها بإجراءات أخرى، أدى إلى تطورات واضحة تمثلت في زيادة انتباه الطالبين في أثناء أداء المهمة وتقليلها من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وتحسين الأداء الأكاديمي بالإضافة إلى دورها الفاعل في زيادة استقلالية الطلاب في أدائهم للمهام الأكاديمية، والقدرة على ضبط سلوك الطلاب في أثناء شرح المعلم للدرس.

١١. دراسة ابراموتز و إكستاند وليري ودوليان (Abromowitz & Eckstand

(&Leary & Dulean, 1992, U.S.A

عنوان الدراسة: أثر كل من العلاج السلوكي والعلاج الطبي في استجابات الأطفال ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effect of behavioral therapy and medical therapy on the responses of children with ADHD

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى فحص فاعلية إجراءات سلوكيين بسيطين، والعلاج الطبي في علاج ضعف الانتباه.

عينة الدراسة: تكون عينة الدراسة من ثلاثة أطفال تتراوح أعمارهم بين (١٠-١١) عاماً حضروا برنامجاً علاجياً صيفياً استمرّ لمدة ثمانية أسابيع بواقع ثمان ساعات ونصف يومياً في خمسة أيام في الأسبوع.

أدوات الدراسة:

- استمّارات الملاحظة المباشرة.
 - برنامج العلاج السلوكي الذي اشتمل على تطبيق إجراءات سلوكيين يعتمد على توبيخ المعلم للطالب بطريقتين: الأولى تكون مباشرة بعد اداء الطالب سلوكاً خارج إطار المهمة المكلف بها، والثاني بعد إبداء الطالب السلوك الذي يدل على تشتته عن المهمة الأكاديمية بدقة واحدة.
 - برنامج العلاج الطبي وقد تمثّل بإعطاء جرعتين من عقار (الريتالين) (٣ ملغم/٦ ملغم).
- نتائج الدراسة:** قد أظهرت النتائج فيما يتعلق ببعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حيث أنه كان يكفي استخدام إجراءات سلوكية بسيطة، ولكن بشكل مكثف لتحقيق النتائج ذاتها التي تحدثها المعالجة الطبية، على حين كانت المعالجة الطبية لبعض الأطفال تغني عن المعالجة السلوكية.

١٢. دراسة ديبول و باركلي (Dupaul & Barkley , 1993, U.S.A)

عنوان الدراسة: المقارنة بين العلاج الطبي والعلاج السلوكي في معالجة الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

Comparison between medical therapy and behavioral therapy in treating children with ADHD

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين العلاج الطبي والعلاج السلوكي في معالجة الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

عينة الدراسة: تمّ اختيار عينة الدراسة من الأطفال الملتحقين بالمدرسة الابتدائية ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وفقاً للتشخيص الطبي.

أدوات الدراسة:

- مقياس ضعف الانتباه وفرط النشاط.
- البرنامج العلاجي السلوكي.

- البرنامج العلاجي الدوائي.

نتائج الدراسة: أفادت النتائج بما يلي:

- استخدام المنهجين معاً أعطى نتائج أكثر من استخدام كل منهما وحده.
- إن استخدام العلاج السلوكي يسهم أكثر في زيادة التفاعل الاجتماعي بين الأطفال الذين يخضعون للعلاج.
- إن لاستخدام العلاج السلوكي فائدة كبيرة في تقييم العلاج الطبي..

١٣. دراسة جوش وكاتوباديا (Ghosh & Chattopadhyay, 1993)

عنوان الدراسة: فنيات تعديل السلوك في علاج نقص الانتباه وفرط النشاط

Behavior Modification Techniques in Treatment of Attention Deficit Hyperactivity

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه وضعف النشاط من خلال استخدام بعض تقنيات تعديل السلوك.

عينة الدراسة: تكون عينة الدراسة من (١٥) طفلاً يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وتتراوح أعمارهم بين (٦ - ٧) سنوات.

أدوات الدراسة:

- قائمة بأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- برنامج سلوكي مكون من الفنيات العلاجية السلوكية التالية: التعزيز الإيجابي، تكلفة الاستجابة، مبدأ بريماك).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج انخفاضاً واضحاً في أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مثل (عدم الطاعة، عدم التعاون) بالإضافة إلى انخفاض حدة فرط النشاط لديهم، كما أوضحت النتائج تحسن الأداء الأكاديمي لدى هؤلاء الأطفال.

١٤. دراسة كايزر (Kaiser, 1993, U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعلية تعديل السلوك لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effectiveness of Behavior Modification on children with ADHD

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى تعرف فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في زيادة الأداء الأكاديمي داخل غرفة الصف.

عينة الدراسة: عينة من الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وقد بلغ عددهم ستة أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (٨ - ١٣) عاماً.

أدوات الدراسة:

- قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل.

- البرنامج التدريبي.

- التقديرات المدرسية.

نتائج الدراسة: كشفت النتائج عن فاعلية البرنامج المستخدم في الحد من أعراض اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وذلك بزيادة فترة تركيز الانتباه للمهام المطلوبة.

١٥. دراسة ايلونجو وآخرون (Ialongo et al, 1993, U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعلية التدخل متعدد النماذج مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effectiveness of A Multimodal Intervention with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children.

أهداف الدراسة: التحقق من فاعلية التدخل العلاجي متعدد النماذج مع الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه وفرط النشاط

عينة الدراسة: شارك في العينة (١١٧) طفلاً تراوحت أعمارهم من (٧-١١) عاماً بعد التأكد من تشخيص الأطفال على أن لديهم اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

وقد قُسمت العينة إلى (٦) مجموعات هي:

١. مجموعة تلقت الدواء الوهمي فقط.

٢. مجموعة تلقت جرعة منخفضة من (الميثيل فينيدات) فقط.

٣. مجموعة تلقت جرعة عالية من (الميثيل فينيدات) فقط.

٤. مجموعة تلقت الدواء الوهمي والتدريب السلوكي الوالدي والضبط الذاتي.

٥. مجموعة تلقت جرعة منخفضة من الدواء بالإضافة للتدريب السلوكي الوالدي والضبط الذاتي عن طريق التعليمات الذاتية.

٦. مجموعة تلقت جرعة عالية من الدواء والتدريب السلوكي الوالدي والضبط الذاتي عن طريق التعليمات الذاتية.

أدوات الدراسة:

١. المقابلة الإكلينيكية للوالدين.

٢. قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل (تقدير الوالدين والمعلم).

٣. بطارية الاختبارات السيكمترية للطفل .

٤. قائمة الملاحظة الإكلينيكية لسلوك الطفل (DSM-III-R).

نتائج الدراسة: لقد أسفرت النتائج بعد تسعة أشهر من المتابعة عن عدم وجود دليل كافٍ للفرضية التي تقول: إن الدمج بين المداخل العلاجية الثلاثة (الطبي والسلوكي والمعرفي) يحقق نتائج أفضل من استخدام كل مدخل علاجي بشكل منفصل.

١٦. دراسة دوجلاس وبيري (Douglas & Parry, 1994. U.S.A):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج سلوكي لمعرفة أثر المكافأة وعدم المكافأة في الإحباط

والانتباه لدى أطفال اضطراب نقص الانتباه

The effectiveness of behavioral program to recognize the effects of Rewarding and not rewarding on Frustration and Attention on children with Attention Deficit Disorder

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف أثر المكافأة وعدم المكافأة في الإحباط والانتباه لذوي نقص الانتباه.

عينة الدراسة: شارك في الدراسة (٦٠) طفلاً وطفلةً من المدرسة الابتدائية تم توزيعهم عشوائياً (٣٠) طفلاً وطفلةً مجموعة تجريبية، و(٣٠) طفلاً وطفلةً مجموعة ضابطة. شملت كل مجموعة (٢٧) ذكراً، و(٣) إناث. تمت المجانسة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر حيث بلغ متوسط العمر للعينة التجريبية (٩ - ٦) سنوات، ومتوسط العمر للعينة الضابطة (٩ - ٥) سنوات.

أدوات الدراسة: استخدمت في الدراسة مجموعة من المقاييس منها:

- مقياس الانتباه.
 - مقياس الإحباط.
 - مقابلات مقننة استندت إلى تعبئة استبانات أجاب عنها المعلمون والآباء.
 - البرنامج السلوكي.
- نتائج الدراسة: أسفرت النتائج عن أن الأطفال في المجموعة الضابطة أظهروا ردود فعل أسرع من المجموعة التجريبية على مقياس الانتباه.
١٧. دراسة رابورت ورفاقه (Rapport et. al., 1994, U.S.A)
- عنوان الدراسة: أثر عقار الميثيل فينيدات في الإنجاز الأكاديمي لأطفال ذوي اضطراب فرط النشاط و نقص الانتباه.

The effect of Methylphenidate on the academic performance of children with ADHD

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج الطبي من خلال استخدام عقار (الميثيل فينيدات) (Methylphenidate) على الإنجاز الأكاديمي والسلوك الصفي لأطفال ذوي اضطراب الانتباه وفرط النشاط.

عينة الدراسة: تكون عينة الدراسة من (٧٦) طفلاً تراوحت أعمارهم من (٦ - ١١) عاماً وقُسمت العينة إلى مجموعتين: المجموعة الأولى تتعاطى عقار (الميثيل فينيدات) (Methylphenidate)، والمجموعة الثانية تتعاطى عقاراً وهمياً (Placebo).

أدوات الدراسة: برنامج علاجي دوائي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- التحقق من فعالية عقار (الميثيل فينيدات) في تخفيف حدة اضطراب فرط النشاط المتمثل في السلوك الحركي وعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية.
- كما بينت الدراسة أيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الأداء الأكاديمي لأفراد المجموعتين.

١٨. دراسة جوهنسن وهاندل و لوبيتيسكي و سيكو (Johanson & Handle &)

(Lowbitisky & Secco, 1994, U.S.A)

عنوان الدّراسة: فاعليّة كل من العلاج الطبي والعلاج السلوكي في معالجة ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

The effectiveness of medical vs. behavioral therapy in treating the attention deficit accompanied with hyperactivity

أهداف الدّراسة: المقارنة بين العلاج الطبي والعلاج السلوكي في معالجة ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

عينة الدّراسة: تألفت عينة الدّراسة من ثلاثة أطفال من المعوقين عقلياً يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ حيث طبق عليهم برنامج علاجي تضمّن حقنهم بعقار (الميثيل فينيدات) وطبّق عليهم العلاج السلوكي المتمثل في التعزيز الرمزي، وقد استمرّ تطبيق البرنامج ثمانية أسابيع بواقع أربع جلسات أسبوعياً، حيث هدف البرنامج إلى ضبط سلوك ضعف الانتباه والحركة الزائدة وزيادة السرعة والدقة في أداء المهمات الأكاديمية.

أدوات الدّراسة:

- برنامج العلاج الطبي.

- برنامج العلاج السلوكي.

نتائج الدّراسة: أشارت نتائج الدّراسة إلى فاعليّة العلاج الطبي بالمقارنة مع العلاج السلوكي. كما دلّت أيضاً أن المزج بين العلاجين كان أكثر فاعليّة من استخدام كل أسلوب على حدة، حيث وصلت نسبة التحسن في حالة استخدام الأسلوبين معاً إلى (٩٧ %).

١٩. دراسة أجبولا وكلمنت (Ajibola & Clement, 1995, U.S.A)

عنوان الدّراسة: آثار العقاقير الطبية النفسية المنشطة والتعزيز الذاتي كأسلوب علاجي لاضطراب نقص الانتباه.

The effects of stimulant medication and self-reinforcement in treating Attention Deficit Disorder

أهداف الدّراسة: هدفت الدّراسة إلى تعرف أفضل النتائج العلاجية لاضطراب نقص الانتباه، وذلك من خلال فحص أثر العقاقير الطبية النفسية المنشطة والتعزيز الذاتي كأسلوب علاجي لاضطراب نقص الانتباه.

عينة الدراسة: تكون عينة الدراسة من (٦) أطفال ذكور تراوحت أعمارهم بين (٩ - ١٢) سنة، وهؤلاء الأطفال لم يسبق لهم تناول عقاقير نفسية منشطة، كان متوسط درجة الأطفال على مقياس كونرز (Conners) لتقدير سلوك الطفل (تقدير المعلمين) يساوي (٢٠ - ١٧) كما كانوا تحت المستوى المتوسط في التحصيل القرائي، ومن الوسط الاجتماعي والإقتصادي نفسه، ولا يعانون من أي إعاقات جسمية. وكان يغلب على سلوكهم عدم الانتباه، وقد استمر تطبيق البرنامج العلاجي (٦٥) يوماً دراسياً.

أدوات الدراسة:

- مقياس كونرز.
- برنامج العلاج الدوائي.
- برنامج العلاج السلوكي.

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج البرنامج العلاجي عن فاعلية الأسلوبين معاً، ثم أسلوب التعزيز الذاتي منفرداً، ثم أسلوب العقاقير منفرداً، وقد حصل الأطفال الذين تمّ معهم استخدام الأسلوبين معاً على أفضل أداء أكاديمي.

٢٠. دراسة جينفر و وليم (Jennifer & William , 1995, U.S.A)

عنوان الدراسة: تأثير عقار (الميثيل فينيدات) في التحصيل الدراسي للأطفال يعانون من اضطراب فرط النشاط

The effects of Methylphenidate on academic achievement in children with ADHD

أهداف الدراسة: معرفة تأثير عقار الميثيل فينيدات في سلوك فرط النشاط وفي التحصيل الدراسي للأطفال في المدرسة الابتدائية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً تمّ توزيعها على الشكل التالي:

١. المجموعة الأولى عددها (١٠) أطفال (المجموعة التجريبية) وتتعاطى عقار (الميثيل فينيدات).

٢. المجموعة الثانية عددها (١٠) أطفال (المجموعة الضابطة) ولا تتعاطى أي عقار.

أدوات الدراسة:

- مقياس التحصيل الأكاديمي.

- البرنامج العلاجي.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج مدى فاعلية عقار (الميثيل فيندات) في خفض مستوى النشاط الحركي لدى أطفال افراد العينة إلا أنه كان غير فعال في زيادة مستوى التحصيل الدراسي.

٢١. دراسة كيلي ومكين (Kelley & McCain,1995, U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعلية بعض الإجراءات السلوكية في تحسين الأداء الأكاديمي لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من نقص الانتباه وفرط النشاط .

The effectiveness of some behavioral procedures in improving the academic performance of children with ADHD

أهداف الدراسة: حاول (كيلي ومكين) في دراستهما فحص فاعلية إجرائيين مختلفين في تحسين الأداء الأكاديمي.

عينة الدراسة: تكون عينة الدراسة من خمسة طلاب يعانون من اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط تتراوح أعمارهم بين (٦ و ٩) سنوات ملتحقين في أحد الصفوف العادية ضمن المرحلة الابتدائية، واثنان منهما يتناولان أدوية لتحسين قدراتهم على الانتباه، وقد تضمنت الإجراءات الأولى استخدام الملاحظات المنزلية - المدرسية، وتضمنت الإجراءات الثاني استخدام الملاحظات المنزلية - المدرسية بالتزامن مع تكلفة الاستجابة. واستخدم الباحثان أسلوب الملاحظة المباشرة بتسجيل العينات الزمنية اللحظية في ملاحظة مجموعتين من السلوكيات لدى أفراد الدراسة. المجموعة الأولى تتضمن الوقت الذي يقضيه الطالب في أداء المهمة بشكل مقبول والمجموعة الأخرى تتمثل في السلوك الفوضوي والمتضمن (الخروج من المقعد والتحدث من دون إذن، والتصرف بشكل عدواني). استخدم الباحثان التصميم العكسي لإظهار العلاقة الوظيفية بين الإجراءات العلاجية والسلوك المستهدف، فبعد تحديد الخط القاعدي بملاحظة سلوك الطلاب يومياً وعلى مدى أسبوع بمعدل (٤٥) دقيقة في كل فترة ملاحظة تم إبرام عقد سلوكي بين الآباء والأطفال يتضمن مجموعة من المعززات التي يحق للأطفال الاختيار منها كلما استحقوا التعزيز ويقوم بالإجراء السلوكي على تقدير المعلم لسلوك طلاب أفراد العينة يومياً خلال الحصص الأولى من الدوام المدرسي ضمن المستويات التالية: (جيد، لا بأس ، ليس جيداً). أما في الإجراء الثاني فإنه يزيد على الأول بأن يعطى للطلاب في بداية كل حصة مجموعة من النقاط، ويقوم الآباء بتعزيز أبنائهم (أفراد العينة) بناءً على الملاحظات التي يدونها المعلم، ويتم حسم عدد من النقاط النقاط التي بحوزتهم تبعاً لتلك الملاحظات..

أدوات الدراسة:

- استمّارات الملاحظة المباشرة.
- البرنامج التدريبي.

نتائج الدراسة: لقد أشارت النتائج إلى أن الأداء الأكاديمي والسلوك الصفّي قد تحسّن بشكل كبير من خلال الإجراء الثاني والذي يتضمن استخدام الملاحظات المنزلية المدرسية بالإضافة إلى تكلفة الاستجابة؛ إذ أن استخدام المعلمين لتكلفة الاستجابة قد زاد من فعالية الملاحظات المنزلية المدرسية لدى بعض أفراد العينة، ولم يحصل في هذه الدراسة أن حقق أحد أفرادها تقدماً أكبر في الأداء الأكاديمي والسلوك الصفّي من خلال استخدام الملاحظات المنزلية المدرسية وحدها من دون استخدام تكلفة الاستجابة معاً.

٢٢. دراسة ريكمان (Ricman, 1996, U.S.A):

عنوان الدراسة: آثار تكلفة الاستجابة على السلوك الصفّي على عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The Effects of Response-Cost on the Classroom Behavior of two Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

أهداف الدراسة: تعرف آثار تكلفة الاستجابة والتعزيز الإيجابي في العمل على زيادة الانتباه.

عينة الدراسة: طالبان اثنان من طلبة الصف الثاني الابتدائي كانا يعانيان من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط الزائد على زيادة فترة انتباههما داخل الفصل. وكان ذلك يتضمن خسارة معزّزات على شكل نقاط تبعاً للقيام بالسلوك غير المقبول في غرفة الصف. بالإضافة إلى كسب المزيد من النقاط لدى قيامهم بالسلوك المقبول. وكان يتمّ تنفيذ هذا الإجراء من خلال وضع صندوق على مقعد الطالب يحتوي سطحه الأمامي على عداد رقمي أو ضوء أحمر، وكل دقيقة كان الطالب يعزّز على قيامه بالسلوك المقبول، ولدى قيامه بالسلوك غير المقبول مثل عدم انتباهه إلى المهمة، أو عدم أدائه للمهمة المطلوبة منه، أو قيامه بسلوك فوضوي كأن يتمّ اضاءة الضوء الأحمر وعندها يتمّ حسم نقطة من الطالب، والنقاط المتبقية كان يتمّ استبدالها بمجموعة من المعزّزات.

أدوات الدراسة:

- استمّارات بعض النماذج السلوكية.

- البرنامج التدريبي.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى أن سلوك ضعف الانتباه قد انخفض لدى هذين الطالبين بشكل ملحوظ.

٢٣. دراسة بوسافاك وآخرون (Posavac et al, 1999, U.S.A)

عنوان الدراسة: فعالية بعض الأساليب العلاجية في ضبط السلوك الاندفاعي لدى عينة من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effectiveness of some therapeutic methods in controlling impulsive behavior on children with ADHD

أهداف الدراسة: فحص فعالية استراتيجية تشكيل السلوك في ضبط السلوك الاندفاعي.

عينة الدراسة: أربعة أطفال في الثامنة من العمر، يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط التحقوا ببرنامج تدريبي على المهارات الاجتماعية. تمت ملاحظة الأطفال في البداية بأسلوب العينات الزمنية اللحظية بواقع جلستين مدة كل منهما (٢٢) دقيقة. وقد استخدمت أربع طرائق في التدريب هي: التذكير البصري بوضع بطاقة على صدر الطالب تذكره بالسلوك المستهدف، وتقييم الأهداف من خلال التقييم الذاتي، وتقييم الآخرين، وتقييم المدرب، والتعزيز الإيجابي بوضع ملصقات محبة ذات أحجام مختلفة، وكذلك التغذية الراجعة الإيجابية.

أدوات الدراسة:

- استمّارات الملاحظة المباشرة.

- البرنامج التدريبي.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى أن جميع أفراد العينة أظهروا تحسناً ملحوظاً في اكتساب سلوك رفع اليد قبل البدء بالتحدث، وكذلك أظهروا انخفاضاً في السلوكات الجانبية مثل عدم التقيد بالتحدث في الوقت المناسب.

٢٤. دراسة جنسن وأرملد و ريتشرز (Jensen &Arnold &Richters, 1999, U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج المتعدد الأوجه مع حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effectiveness of multimodal therapy with cases of ADHD

أهداف الدراسة: أجرى (جنسن وأرملد و ريتشرز) دراسة للتحقق من مدى فاعلية العلاج المتعدد الأوجه مع حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

عينة الدراسة: تكوّن عينة الدراسة من (579) طفلاً في الولايات المتحدة الأمريكية، يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتراوح أعمارهم بين (7 - 9.9) سنة، تمّ تقسيمهم إلى (4) مجموعات. المجموعة الأولى عولجت بالأدوية، والمجموعة الثانية تلقت علاجاً دوائياً وعلاجاً سلوكياً، أما المجموعة الثالثة فقد تلقت علاجاً سلوكياً فقط، والمجموعة الرابعة هي المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي معالجة.

أدوات الدراسة:

- قائمة بأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
- برنامج العلاج الدوائي.
- برنامج العلاج السلوكي.
- برنامج العلاج الدوائي والسلوكي معاً.

نتائج الدراسة: لقد أظهرت النتائج بعد (14) شهراً من المتابعة أن هناك انخفاضاً في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في المجموعات التجريبية الثلاث، إلا أن مستوى انخفاض السلوكيات للمجموعات التي تلقت علاجاً مشتركاً (دوائي وسلوكي) كان أعلى من معدل انخفاض سلوك المجموعة السلوكية أو الدوائية منفردة.

٢٥. دراسة رابينر (Rabiner, 2000, U.S.A)

عنوان الدراسة: دراسة مقارنة بين بعض الأنماط في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

Comparative study for some types of therapy for ADHD.

أهداف الدراسة: قام (رابينر) بدراسة هدفت إلى المقارنة بين ثلاثة أنماط من علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من (٥٧٩) طفلاً وطفلة تراوحت أعمارهم ما بين (٧ - ٩) سنوات، وتمّ تشخيصهم على أنهم يعانون من ضعف الانتباه، وقد تمّ تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات، طبق العلاج الطبي على المجموعة الأولى، والعلاج السلوكي على المجموعة الثانية،

أما المجموعة الثالثة فقد طُبِقَ عليها العلاج الطبي والسلوكي معاً في آن واحد. وقد استمرّ تطبيق البرنامج (١٤) شهراً تمّ بعدها قياس نقص الانتباه لعينة الدراسة

أدوات الدراسة:

- قائمة الملاحظة الإكلينيكية لمستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- برنامج العلاج الطبي.
- برنامج العلاج السلوكي.
- برنامج العلاج الطبي والسلوكي معاً (العلاج المشترك).

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض مستوى نقص الانتباه لدى المجموعات الثلاث بشكل عام، وأظهرت الدراسة: أن تأثير العلاج الطبي كان أفضل من العلاج السلوكي والعلاج المشترك، كما كشفت الدراسة: على أن أولياء الأمور يميلون إلى العلاج الطبي أكثر من أساليب العلاج الأخرى.

٢٦. دراسة كارلسون ومان والكسندر (Carlson, Man & Alexander, 2000,)
(U.S.A)

عنوان الدراسة: أثر التعزيز وتكلفة الاستجابة على الأداء والدافعية لدى عينة من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effects of Reinforcement and Response-Cost on the performance and motivation of children with ADHD

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى المقارنة بين فعالية التعزيز وتكلفة الاستجابة على الأداء والدافعية لدى عينة الدراسة.

عينة الدراسة: تكون العينة من (٤٠) طفلاً مصاباً باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه في الولايات المتحدة الأمريكية، تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنة، وكان هناك (٤٠) آخرون يمثلون المجموعة الضابطة. هذا وقد عمل الباحثون على التغلب على عامل تناول الدواء لدى بعض أفراد الدراسة عن طريق وضع (١٨) ساعة انقطاع عن تناول الدواء قبل كل اختبار.

أدوات الدراسة:

- مقياس مستوى الأداء.
- مقياس مستوى الدافعية.

- برنامج تدريبي يعتمد على التعزيز وتكلفة الاستجابة.

نتائج الدراسة: لقد أوضحت النتائج بأن أسلوب تكلفة الاستجابة كان أكثر فاعلية من أسلوب المكافأة في تحسين أداء الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وزيادة مستوى الدافعية لديهم، أما أسلوب المكافأة فكان تأثيره أكبر نسبياً فيما يختص بالتقرير الذاتي للدافعية.

٢٧. دراسة اجباليه وكرينيلا وهنت وسونسون (Eghbalia, Crinella, Hunet & Swanson, 2000, U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج متعدد الأوجه مع اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effectiveness of multimodal therapy for ADHD

أهداف الدراسة: أجرى كل من (اجباليه وكرينيلا وهنت وسونسون) دراسة بهدف تعرف فاعلية العلاج متعدد الأوجه في الولايات المتحدة الأمريكية في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

عينة الدراسة: تم تحديد عينة من (٥٣) طفلاً مصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تتراوح أعمارهم بين (٦ - ٧) سنوات، وقد تم توزيعهم على ثلاث مجموعات، المجموعة التجريبية الأولى تلقت علاجاً دوائياً وعددها (١٣) طفلاً تلقوا علاجاً بعقار (الأمفيتامين)، والمجموعة التجريبية الثانية تلقت علاجاً دوائياً وسلوكياً متتابعاً وعددها (٢٣) طفلاً تلقوا علاجاً متتابعاً من الأدوية مع علاج سلوكي، أما المجموعة الثالثة والضابطة وعددها (١٧) طفلاً لم يتلقوا أي علاج.

أدوات الدراسة:

- نظام التنبيه.
- مقياس مستوى دقة الأداء.
- مقياس معدل الإنجاز.
- برنامج علاج دوائي.
- برنامج علاج سلوكي ودوائي (مشترك).

نتائج الدراسة: أوضحت النتائج تحسناً في مستوى دقة أداء المجموعتين التجريبيتين بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، ولم تظهر فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبيتين في معدلات الإنجاز بشكل عام.

٢٨. دراسة جلبرج وآخرون (Gillberg et al ., 2001, U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعلية المعالجة بالمنشطات الدوائية لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effectiveness of stimulant treatment to children with ADHD

أهداف الدراسة: قياس فاعلية عقار (الأمفيتامين) في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

عينة الدراسة: اشتملت الدراسة على عينة مكونة من (٦٢) طفلاً في سن (٦ - ١١) عاماً تمّ تشخيصهم وفقاً لمعايير (DSM-IV). تلقوا علاجاً بعقار الأمفيتامين Amphetamine لمدة (١٥) شهراً.

أدوات الدراسة:

- قائمة الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV).
- اختبار وكسلر.
- البرنامج الدوائي.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج مدى فاعلية هذا العقار في خفض أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط لمدة طويلة حيث كان له تأثير إيجابي في خفض تلك الأعراض بعد (١٥) شهراً من العلاج، كما ظهر تحسّن في نتائج اختبارات وكسلر للذكاء .

٢٩. دراسة بيترز (Peters,2002. U.S.A)

عنوان الدراسة: أثر برنامج التعزيز الرمزي لدى عينة من أطفال المدرسة الابتدائية الذين يعانون من نقص الانتباه.

The effect of token reinforcement program on elementary school children with ADHD

أهداف الدراسة: قام (بيتز) بدراسة هدفت إلى معرفة أثر برنامج التعزيز الرمزي لدى عينة من الاطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

عينة الدّراسة: تألفت عينة الدّراسة من (٢٦) طفلاً من المرحلة الابتدائية تمّ تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين ضابطه وتجريبية، خضعت المجموعة التجريبية إلى برنامج التعزيز الرمزي الذي تمثّل بتقديم المكافآت حين يلتزم الطفل بالتعليمات التي تهدف إلى التخلص من المشكلات السلوكية.

أدوات الدّراسة:

- قائمة كونرز لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

- مقياس ضبط الذات.

- مقياس المفردات المصوّر.

- البرنامج التدريبي.

نتائج الدّراسة: أشارت النتائج إلى عدم فاعليّة البرنامج بشكل عام على الرغم من ظهور تحسّن واضح في الدرجات الخام لدى المجموعة التجريبية في خفض نقص الانتباه وفرط النشاط.

٣٠. دراسة إدوارد وجيسون (Edwards & Gason, 2002. U.S.A)

عنوان الدّراسة: فاعليّة بعض البرامج العلاجية في خفض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effectiveness of some therapeutic programs in reducing ADHD

أهداف الدّراسة: هدفت الدّراسة إلى معرفة أكثر أنواع العلاج فاعليّة مع أطفال يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

عينة الدّراسة: تمّت الدّراسة على (٥٧٩) طفل (٨٠% من الذكور) تراوحت أعمارهم بين (٧ - ٩.٩) سنة يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي لأسر ذات مستوى اجتماعي اقتصادي تعليمي مرتفع، وتمّ تقسيم العينة عشوائياً إلى أربع مجموعات المجموعة الأولى طُبق عليها ثلاثة برامج هي: برنامج العلاج السلوكي ويشمل برنامج تدريب والدي على مدى (٢٧ جلسة جماعية، و٨ جلسة فردية) لتدريب الوالدين على كيفية إدارة السلوك، وبرنامج تدخّل مدرسي (١٠ - ١٦ أسبوع) حيث تمّ تدريب المعلم على إدارة فصل الطفل مضطرب الانتباه والحركة الزائدة، مع كتابة تقرير يومي عن السلوك اليومي للطفل (السلوكات المستهدفة) حيث يعزز عليه من قبل الوالدين، وبرنامج صيفي لمدة (٨ أسبوع) حيث درب الباحث الطفل على كيفية تنمية المهارات الاجتماعية وتكوين الصداقات من خلال أنشطة

وألعاب رياضية مشتركة معتمداً على عدة فنيات كالوقت المستقطع والنموذج والنموذج والتعزيز وحل المشكلات. أما المجموعة الثانية فقد استخدم معها العلاج الدوائي (بالميثيل فينيدات)، و(الريتالين) يومياً لمدة (١٤ شهراً). أما المجموعة الثالثة فقد طبق عليها برنامج العلاج السلوكي الدوائي (البرنامجين السابقين معاً). أما المجموعة الرابعة فكانت المجموعة الضابطة، وقد استغرق تطبيق البرامج على المجموعات مدة (١٤ شهراً).

أدوات الدراسة:

- مجموعة من النماذج السلوكية.
- برنامج العلاج السلوكي.
- برنامج العلاج الدوائي.
- برنامج علاجي سلوكي ودوائي (مشترك).

نتائج الدراسة: أكدت النتائج على:

- فعالية البرامج العلاجية الثلاثة في خفض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- فعالية العلاج السلوكي الدوائي والعلاج السلوكي بمفرده عن العلاج الدوائي (عن محمد علي، ٢٠١٠، ٥٣).

٣١. دراسة بندر ودكسون وتشيزي (Binder, Dexon & Ghezzi, 2002. U.S.A)

عنوان الدراسة: إجراء تعليم الضبط الذاتي في التعامل مع أطفال اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

Procedure to teaching self-control in dealing with ADHD children.

أهداف الدراسة: كان الهدف من الدراسة تعليم الضبط الذاتي لمعالجة السلوك الاندفاعي للأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

عينة الدراسة: تم اختيار ثلاثة أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وزعوا وفق العمر والجنس وتناولهم للعقاقير الطبية على النحو الآتي: الأول ذكر عمره (٣) سنوات ولا يتناول أي عقاقير طبية، أما الثانية فطفلة عمرها (٤) سنوات لا تتناول العقاقير الطبية، والثالث ذكر عمره (٥) سنوات يتناول عقار الريتالين .

أدوات الدراسة:

- قائمة بالسلوكيات التي تُعبر عن السلوك الاندفاعي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

- برنامج تدريبي في تعليم الضبط الذاتي لمعالجة السلوك الاندفاعي للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

نتائج الدراسة: توصّلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الثلاثة عندما كانوا يعطون حرية الاختيار بين كمية التعزيز القليل الفوري وكمية التعزيز الكبيرة المتأخرة كانوا يختارون التعزيز القليل الفوري، وبعد تدريب الأطفال على أسلوب التعليمات والنشاطات اللفظية أظهروا مستوى من الضبط الذاتي واختاروا كمية التعزيز المتأخرة، ولم تبين الدراسة أي أثر لتناول العقاقير الطبية.

٣٢. دراسة بلهام (Pelham, 2005. U.S.A)

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج علاجي متعدد الأوجه في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effectiveness of a multimodal program in treating ADHD

أهداف الدراسة: قام (بلهام) بإجراء دراسة لتعرف فاعلية برنامج علاجي متعدد الأوجه في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

عينة الدراسة: مجموعة من الأطفال الأمريكيين المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، بلغ عددهم (٢٧) طفلاً، تراوحت أعمارهم بين (٤ - ١٠) سنوات. تمّ توزيعهم بشكل عشوائي على ثلاث مجموعات تجريبية؛ المجموعة الأولى تمّت معالجتها بعقار (الريتالين)، والمجموعة الثانية أخضعت لبرنامج مكثف لتعديل السلوك. أما المجموعة الثالثة فقد أخضعت لبرنامج مكثف لتعديل السلوك بالإضافة إلى العلاج الدوائي بعقار (الريتالين).

أدوات الدراسة:

- برنامج علاجي دوائي.
- برنامج علاجي سلوكي.
- برنامج علاجي مشترك (سلوكي ودوائي).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن التحسّن السلوكي والأدائي الذي حصل لدى المجموعة الأولى التي خضعت للعلاج الدوائي، والمجموعة الثانية التي تعرضت للعلاج السلوكي هو تطور

متكافئ. أما المجموعة الثالثة التي أُخضعت للعلاج السلوكي والدوائي في الوقت ذاته فقد احتاج أفرادها إلى جرعة من الدواء أقل بمعدل (٦٧%) من تلك التي يتناولها أفراد المجموعة الأولى لتحقيق النتائج ذاتها لدى أفراد كلتا المجموعتين.

٣٣. دراسة دافينز وويت (Davies & Witte, 2006. U.S.A).

عنوان الدراسة: فعالية استخدام بعض الأساليب السلوكية في الحد من السلوكيات غير التكيفية المترافقة مع اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

The effectiveness of using some behavioral methods in reducing the non adaptive behaviors that accompany ADHD

أهداف الدراسة: قامت الدراسة بهدف تحديد مدى فعالية استخدام بعض الأساليب السلوكية في الحد من السلوكيات غير التكيفية المترافقة مع اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط داخل الحجرة الصفية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من أحد صفوف الأول الابتدائي في الولايات المتحدة الأمريكية الذي كان يضم أربعة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

أدوات الدراسة:

- قائمة بالسلوكيات التكيفية ومستوى شدتها.
- برنامج تدريبي (من إعداد الباحث) اعتمد على استخدام الأساليب السلوكية في الحد من السلوكيات غير التكيفية لدى الأطفال (عينة الدراسة).

نتائج الدراسة: أوضحت النتائج بعد تطبيق البرنامج التدريبي، فعالية استخدام الأساليب السلوكية في الحد من السلوكيات غير الملائمة لدى الأطفال الأربعة المستهدفين في الدراسة، كما بيّنت ظهور العديد من السلوكيات الإيجابية لدى بقية الأطفال في الصف وخاصة تلك المتعلقة بروح التعاون والمشاركة الإيجابية، وقيامهم بتذكير بعضهم بعضاً بالمعزّزات التي سوف يحصلون عليها من بسبب الانتظام.

٣٤. دراسة المعاهد الوطنية للصحة والمعهد الوطني للصحة العقلية (National Institutes of Health's-NIH & National Institute of Mental Health-NIMH, 2007-(2010. U.S.A.

عنوان الدراسة: متابعة التحسن في أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الناجم عن استخدام مقاربات علاجية مختلفة مع الأطفال.

Following up the improvement of ADHD symptoms due to using different therapeutic approaches with the children in U.S.A

أهداف الدراسة: قامت المعاهد الوطنية للصحة والمعهد الوطني للصحة العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية بدراسة تعرف فاعلية استخدام مقاربات علاجية مختلفة (العلاج السلوكي، العلاج الدوائي، العلاج المشترك) في متابعة التحسن في أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من الأطفال.

عينة الدراسة: تم تطبيق الدراسة على عينة من الأطفال المنتسبين إلى المعاهد الوطنية للصحة ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

أدوات الدراسة:

- قائمة الملاحظة الإكلينيكية لسلوك الطفل (DSM-IV-TR).
- برنامج علاجي سلوكي.
- برنامج علاجي دوائي.
- برنامج علاجي مشترك (سلوكي-دوائي).

نتائج الدراسة: أظهر معظم الأطفال الذين تمت معالجتهم وفقاً لمقاربات علاجية مختلفة تحسناً في أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بعد ثلاث سنوات من المتابعة التي تمت بدعم من المعاهد الوطنية للصحة (NIH)، والمعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH)، إلا أن معدل المشكلات السلوكية الأخرى مثل الانحراف بقي أعلى لديهم.

كما أظهرت النتائج تراجعاً في الأعراض لدى المجموعة التي خضعت للعلاج الطبي وكذلك المجموعة التي خضعت للعلاج المشترك (الدوائي-السلوكي) بعد أربعة عشر شهراً من العلاج.

وأظهرت النتائج عند المتابعة بعد ثلاث سنوات أن استمرارية تلقي العلاج الدوائي لم يحقق نتائج أفضل بعد السنة الثالثة للعلاج لدى (٤٥% - ٧١%) من عينة الدراسة. إضافة إلى أن تأثير

العلاج الدوائي يمكن أن يحدث فرقاً على المدى الطويل لبعض الأطفال في حال لم يتم البدء به في وقت متأخر من تعرف تلك الحالة.

ولمتابعة الدراسة قام فريق في مواقع متعددة أخرى بدراسة على عينة مؤلفة من (٤٨٥) تتراوح أعمارهم بين (١٠-١٣) سنة تتم فيها مقارنة نتائج المجموعات عشوائياً (مجموعة العلاج الدوائي، مجموعة العلاج السلوكي، مجموعة العلاج الدوائي والسلوكي-المشترك)، وقد تبين أن النتائج كانت أفضل لدى مجموعة العلاج الدوائي المكثف ومجموعة العلاج المشترك مقارنة بالنتائج عند استخدام العلاج السلوكي وحده أو مجموعة العلاج بالرعاية المجتمعية.

وقد أفادت التقييمات الواردة من أسر ومدرسي مجموعتي الأطفال الذين خضعوا للعلاج الدوائي والعلاج المشترك بأنهم قد فضلوا العلاج المشترك لكونه قد ساهم مساهمة كبيرة في التخفيف من الجرعات الدوائية. كما تبين أن النتائج بدت بشكل أفضل وواضح لدى عينة الأطفال الذين خضعوا للعلاج الدوائي بإشراف مباشر من الأطباء مقارنة بعينة الأطفال الذي خضعوا للعلاج الدوائي المقدم من مصادر الرعاية المجتمعية (إدارة الأدوية).

كما تمت متابعة مجموعات ثلاثة من الأطفال كانت قد تلقت العلاج الدوائي، وبيّنت النتائج أن هناك تبايناً في استجابات عينة الدراسة للعلاج الدوائي لمدة ثلاث سنوات، وكانت النتائج على الشكل التالي:

- لقد طرأ تحسن معتدل بشكل تدريجي على ثلث أفراد المجموعة الأولى.
- لقد طرأ تحسن مبدئي أكبر لاسيما في السنة الأولى على نصف أفراد المجموعة الثانية.
- لقد طرأ تحسن على ١٤% من أفراد المجموعة الثالثة بداية خلال السنة الأولى إلا أن تدهوراً واضحاً قد حصل خلال السنتين الثانية والثالثة.

ثالثاً - تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد هذا العرض للدراسات السابقة، والتي تتعلق بشكل مباشر بموضوع الدراسة الحالية، تمّ التوصل إلى مجموعة من الاستنتاجات التي يمكن تحديدها بالنقاط التالية:

- أكدت معظم الدراسات السابقة، العربية والأجنبية على حد سواء، على فاعلية العلاج السلوكي مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مثل دراسة (الموافي، ١٩٩٥)، (الزغلوان، ٢٠٠١)، (ملكاوي، ٢٠٠٣)، (الإمام، ٢٠٠٤)،

(الرواجفة، ٢٠٠٥)، (Ricman, 1996)، (Carlson, Man & Alexander, 2000)،
(Peters, 2002)، (Davies & Witte, 2006).

- أشارت معظم الدّراسات السابقة إلى تنوع فنيات العلاج السلوكي التي يمكن استخدامها في العلاج السلوكي مع ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وكان من أبرز تلك الفنيات: التعزيز الرمزي، التعزيز الإيجابي، تكلفة الاستجابة، التي تمّ الإشارة إليها في كل من: دراسة (الإمام، ٢٠٠٤)، ودراسة (الرواجفة، ٢٠٠٥)، ودراسة (الخطيب، ١٩٩٧)، ودراسة (Davies & Witte, 2006)، ودراسة (Carlson, Man & Alexander, 2000).

- جمعت كثير من الدّراسات بين عدة فنيات علاجية سلوكية في آن واحد مثل: دراسة ليلي وكيلى (Little & Kelley, 1989)، ودراسة (السلاموني، ٢٠٠١)، ودراسة (Davies & Witte, 2006). وهذا ما يؤكد مرونة فنيات العلاج السلوكي التي تسمح للمعالج أو المدرب باختيار ما يتناسب مع وضع وحالة الطفل من مختلف النواحي.

- أثبتت معظم الدّراسات النتائج الإيجابية التي حققتها برامج العلاج السلوكي من حيث تشكيل بعض السلوكات المرغوبة كتحسن الأداء الأكاديمي لدى الأطفال عينة الدّراسة، وإكسابهم المهارات الاجتماعية مثل: دراسة (Davies & Witte, 2006)، ودراسة (Dupaul et al., 1992).

- تنوعت الدّراسات من حيث اختيارها للعينة، فقد كان عدد أفراد العينة مختلفاً فيما بينها، فكان في بعضها يعتمد على دراسة الحالة الواحدة مثل دراسة (Posavac et al, 1999)، ودراسة (Megoey, 1998)، وبعضها الآخر توجّه إلى عدد كبير من الأفراد، والملاحظ أن الدّراسات التي توجهت إلى عدد كبير من أفراد العينة، اعتمدت على عدد من الباحثين المشاركين مثل دراسة (National Institutes of Health's-NIH & National Institute of Mental Health-NIMH, 2007).

كما تنوّعت الدّراسات من حيث اختيارها للعينة وفقاً لمستوى القدرات العقلية لدى أفرادها، فقد توجّه بعضها لدراسة مدى فاعليّة البرامج العلاجية مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من ذوي الإعاقة العقلية مثل دراسة (الرواجفة، ٢٠٠٥)، في حين توجه بعضهم الآخر إلى دراسة مدى فاعليّة البرامج

العلاجية مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من ذوي صعوبات التعلم مثل دراسة (الزغلوان، ٢٠٠١)، (الإمام، ٢٠٠٤).

- أكدت معظم الدراسات على فاعلية برامج العلاج الدوائي مع الأطفال ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مثل: دراسة (Rapport et al, 1994)، ودراسة (Eidefrawi, 1992)، ودراسة (Jennifer & William, 1995)، ودراسة (Gillberg et al, 2001)،، إلا أن بعض الدراسات أظهرت الآثار الجانبية (السلبية) لاستخدام العلاج الدوائي مثل: دراسة (James et al, 1991)، وأظهر بعضها تراجعاً في مستوى التحسن بعد فترة من تناول الدواء مثل دراسة المعاهد الوطنية للصحة والمعهد الوطني للصحة العقلية (National Institutes of Health's-NIH & National Institute of Mental Health-NIMH, 2007) التي أشارت إلى أن تدهوراً واضحاً قد حصل خلال السنتين الثانية والثالثة من بدء العلاج.

- أكدت بعض الدراسات على فاعلية العلاج الدوائي في زيادة معدل الانتباه الذي أدى إلى تحسّن الأداء الأكاديمي عند الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مثل دراسة (Eghbalieh et al, 2000)، ودراسة (Ialongo et al, 1993) على حين أن بعض الدراسات أثبتت عدم فاعلية العلاج الدوائي في تحسين الأداء الأكاديمي عند هؤلاء الأطفال مثل دراسة (Jennifer & William, 1995)، ودراسة (James et al, 1991) الأمر الذي يشير إلى أن العلاج الدوائي قد يكون فعالاً في كثير من الأحيان، إلا أنه بالمقابل قد لا يكون فعالاً في بعض الحالات، وذلك لتدخل عوامل فيزيولوجية وبيئية مختلفة.

- توجّهت عدة دراسات إلى المقارنة بين مدى فاعلية عدة برامج علاجية لا سيما البرامج (العلاج الدوائي، العلاج السلوكي، العلاج المشترك -الدوائي والسلوكي معاً)، وقد أكدت بعضها على أن نتائج العلاج كانت أفضل لدى المجموعات التي استخدمت العلاج المشترك وذلك بالمقارنة مع برنامجي العلاج السلوكي أو الدوائي بشكل منفرد، ومن هذه الدراسات: دراسة (Jensen & Arnold & Richters, 1999)، ودراسة (Ajibola & Clement, 1995) التي أكدت على أن النتائج كانت أفضل عند استخدام برنامج في العلاج المشترك (برنامج العلاج السلوكي وبرنامج العلاج الدوائي معاً) مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

وتوجّهت دراسات أخرى مثل دراسة (Pelham, 2005)، ودراسة (Albromowitz al, 1992) لتؤكد على أن النتائج بدت متكافئة بين العلاج السلوكي والدوائي مع بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؛ حيث تبين أن استخدام إجراءات سلوكية بسيطة ولكن بشكل مكثف كان كافياً لتحقيق النتائج ذاتها التي أحدثها العلاج الدوائي.

رابعاً - مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

مما لا شك فيه أن الباحثة قد استفادت عند إعداد برنامج العلاج السلوكي المقترح من كافة الدراسات السابقة فيما يلي:

- تعرف العلاج السلوكي ومدى فاعليته في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال كأحد من أهم وأبرز اضطرابات الأطفال شيوعاً.
- ضرورة اتباع الأسس السليمة في بناء برنامج العلاج السلوكي وإجراءات تطبيقه.
- تعرف مدى تنوع الاستراتيجيات والفنيات العلاجية السلوكية المستخدمة مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- الإطلاع على بعض البرامج العلاجية المختلفة: (العلاج الدوائي، العلاج المشترك: السلوكي والدوائي معاً) المستخدمة في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال من خلال مقارنتها ببرنامج العلاج السلوكي المقترح.
- وأخيراً واستناداً إلى ما تمّ عرضه من الدراسات السابقة فقد تميّزت هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات فيما يلي:

- تناولت الدراسة الحالية إجراءات التقييم الوظيفي للأعراض السلوكية كأحد العناصر الهامة من إجراءات العلاج السلوكي، على حين لم تتوقف أغلب الدراسات في حدود علم الباحثة - عند هذا الجانب.
- قامت أغلب الدراسات السابقة التي توجهت إلى الاهتمام بالمقارنة بين عدة برامج علاجية في مجتمعات أجنبية، وكانت الدراسات التي توجهت بالاهتمام للمقارنة بين عدة برامج في المجتمعات العربية قليلة (حسب علم الباحثة).

- لم يركّز برنامج العلاج السلوكي المستخدم في هذه الدراسة على فاعلية فنية علاجية سلوكية واحدة فقط، وإنما قد تمّ استخدام عدة فنيات علاجية سلوكية مع بعضها بعضاً، كما تمحورُ صلب الاهتمام على التأكيد على مرونة العمل وفق منهجية العلاج السلوكي.
- أكدت الدراسة الحالية على أهمية دور الأسرة في التدخل العلاجي مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، كأحد أهم العوامل المساعدة في نجاح أي برنامج علاجي.
- تُعد الدراسة الحالية تمثيلاً حقيقياً لما يمكن أن يقوم به المعالج النفسي ضمن إطار العمل العيادي، لا سيما فيما يخص المجتمعات العربية، فقد كانت دراسة محلية عيادية - شبه تجريبية تناولت فاعلية برنامج علاجي سلوكي من خلال مقارنته بالعلاج الدوائي.
- وأخيراً.... تأمل الباحثة أن تصل من خلال هذه الدراسة إلى ما يمكن أن يكون محاولةً جديدة في مجال الإهتمام ورعاية الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وفقاً لمنهجية تخصصية واضحة، على الرغم من أن أفكاراً كثيرة ما زالت تراودها حتى هذه اللحظة في مجال التنقيح والإضافة بهدف الإغناء فكل عمل بشري بحاجة دائمة إلى التقويم، وليس للعلم نهاية....

الفصل الثالث

اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:
(تعريفاته، أعراضه،، تفسيراته)

- توطئة.

أولاً - تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

ثانياً - الأعراض الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

ثالثاً - انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

رابعاً - المحكات التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

خامساً - مآل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

سادساً - تفسيرات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

توطئة:

ستقوم الباحثة في هذا الفصل بعرض الإطار النظري لهذا البحث، وتضمنه تعريفات مختلفة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، والأعراض الأساسية، ونسب انتشاره في البلاد العربية والعالم، كما تتوقف عند المحكات التشخيصية الخاصة بهذا الاضطراب وتفسيراته.

أولاً - تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

يُعد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من الاضطرابات السلوكية الشائعة بين الأطفال على اختلاف مستوياتهم المعرفية سواء كانوا أطفالاً عاديين ملتحقين بالمدارس العادية أم أطفالاً لديهم مستويات مختلفة من الإعاقات العقلية (البسيطة والمتوسطة والشديدة)، أو ربما ترافق هذا الاضطراب مع اضطرابات أخرى مصاحبة في بعض الأحيان مثل اضطراب التوحد.

وقد تضاربت الآراء حول عد اضطراب نقص الانتباه المصاحب لفرط النشاط هو اضطراب قائم بذاته أو عبارة عن اضطرابات متعددة الأبعاد. ويرجع ذلك لاختلاف المصطلحات التشخيصية والوصفية لهذا الاضطراب من وجهة نظر واختصاص كل باحث، فمنهم من عرفه من خلال الأعراض السلوكية، ومنهم من اهتم بذكر أسبابه والاضطرابات المصاحبة له، وفيما يلي عرض لبعض تعريفات الباحثين، يليه تعريف للتصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية (ICD-10)، وأخيراً الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR, 2000) للجمعية الأمريكية للطب النفسي الذي يعد المرجع الأهم في تعريف هذا الاضطراب:

- اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط هو خلل ارتقائي (نمائي) يبدأ ظهوره في مرحلة الطفولة المبكرة، ويستمر لما بعد المراهقة، ومن أهم مظاهره زيادة النشاط الحركي، وتشتت الانتباه، والاندفاعية (بترس، ٢٠٠٨: ٤٠٢).
- اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط هو اضطراب عصبي نفسي يظهر في مرحلة الطفولة وأهم أعراضه السلوكية تبدو من خلال أنماط نمائية لنقص الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط (Konrad, 2006: 643).
- ويعرف (ديلز) اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بأنه استمرارية لعدم الانتباه والحركة الزائدة، ويظهر ذلك في أكثر من موقع، وفي أكثر من وضع اجتماعي، ويتعارض مع المواقف الاجتماعية الأخرى (Dills, 2001: 18).

- كما يعرف (شيفر وميلمان) النشاط الزائد بأنه: حركة جسدية زائدة أكثر من الحد المعقول، ويُعد غير ملائم إذا ما قورن بالنشاط الكلي لطفل مسؤول ومنتج (شيفر وميلمان، ١٩٩٩: ١٠٤).

وهناك تعريفات أخرى مختلفة ولكنها تصب في مصب واحد، ونذكر من هذه التعريفات:

- هو اضطراب سلوكي يظهر في صورة ضعف قدرة الفرد على التركيز نظراً لوجود مثير خارجي يثير اهتمامه لثوانٍ قليلة مع عدم بقاء الفرد ثابت في مكانه؛ أي أنه كثير الحركة بصورة ملفتة للنظر مع سرعة الاستجابة الخاطئة لديه (زويد، ٢٠٠٢: ٤٦).

- إنه نشاط جسمي وحركي حاد، ومستمر، وطويل المدى لدى الطفل؛ حيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه؛ بل يقضي أغلب وقته في الحركات المستمرة، وغالباً ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابة الدماغ، أو قد تكون لأسباب نفسية، ويظهر هذا السلوك غالباً في سن الرابعة حتى سن ما بين (١٤-١٥) سنة (يحيى، ٢٠٠٠: ١٧٩).

- إنه عدم قدرة الفرد على الاستمرار في التركيز على مثير محدد لفترة محدودة، وذلك بسبب إما النشاط الزائد أو كثرة المثيرات الهامة حول الفرد (Anderson, 1995).

- ويرد تعريف لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أنه تلك الأعراض التي تظهر على النحو التالي: هناك مدى انتباهي قصير، واندفاعية باتجاه المثيرات، وإفراط في النشاط، وقد ارتبطت هذه الأعراض مع بعضها لدى صعوبات التعلم، حتى أن بعض الدراسات تنظر إلى صعوبة الانتباه وفرط النشاط كوجهين لعملة واحدة على الرغم من أن كليهما قد نشأ في ظل نظام تصنيفي مختلف (أبو فخر، ٢٠٠٧: ١١٦).

- كما تم تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على أنه: اضطراب سلوكي يتسم بالاندفاعية وعدم الانتباه وفرط النشاط غير الهادف وغير المقبول اجتماعياً، والذي تصاحبه مجموعة من الأعراض الثانوية مثل القلق، الاكتئاب، التحصيل الدراسي المنخفض، السلوك العدواني، ويكون هذا السلوك متكرراً أو شديداً بالمقارنة مع سلوك الطفل العاديين (العاسمي، ٢٠٠١: ٣٩).

- ويرى (هالاهاان وكوفمان) أن نقص الانتباه يرتبط مع فرط النشاط ارتباطاً وثيقاً فوجود أحدهما يعني وجود أو إمكانية وجود الآخر. ويمكن تعريف نقص الانتباه على أنه: عدم القدرة على المتابعة والتركيز على المهمات، ويعتبر فرط النشاط هو السبب الرئيسي في نقص الانتباه حيث إن فرط النشاط هو زيادة عن الحد المطلوب بشكل مستمر، كما أن

كمية الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون مناسبة لعمره الزمني (Hallahan & Kauffman, 2003: 43).

- ويرتبط تعريف نقص الانتباه وفرط النشاط بالمشكلات المتصلة بضبط السلوك الصفي ويعرف هذا السلوك إجرائياً على أنه: الخروج من المقعد، والتحدث دون استئذان، والتجول في المكان، وإلقاء الأشياء على الأرض، والإزعاج اللفظي، وما إلى ذلك..... من الأفعال غير الانضباطية (Ross, 1980: 16).

- كما عرّف الأطباء في المعهد الوطني للأمراض العصبية في أمريكا الاضطراب بأنه: اضطراب يصيب الأطفال الذين هم في مستوى ذكاء عام في حدود العادي أو المتوسط، أو فوق المتوسط أحياناً مع ضعف محدود في عملية التعلم وفي السلوك، وهذا الاضطراب المخي البسيط يصاحبه اضطراب في الوظائف العصبية العقلية والمعرفية التي هي أساس عملية التعلم مثل: اضطراب الإدراك واضطراب في اللغة، وفي الانتباه، وفي الذاكرة، وفي الاندفاعية أو في الوظيفة الحركية، ومن الطبيعي أن هذا الاضطراب الوظيفي المخي تتبعه مصاحبات سلوكية وانفعالية واجتماعية، كما تتبعه صعوبات في التعلم وفي التحصيل الدراسي (الزباد، ٢٠٠٢: ٢٩).

- وفي ضوء المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والسلوكية (ICD-10) فإن اضطراب فرط النشاط يعني: "مجموعة من اضطرابات تتميز بما يلي: بداية مبكرة، مزيج من سلوك فرط 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 (ICD-10, 1999: 276-277).

- أما الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV-TR, 2000) فيعرف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) بأنه اضطراب يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة قبل سن سبع سنوات، ويظهر في بيئة البيت والمدرسة، وأماكن اللعب، ولا يظهر نتيجة لاضطراب نمائي آخر، ولا يمكن تفسيره باضطراب القلق أو اضطراب الشخصية والفصام والاضطرابات الوجدانية.

ويشتمل على ثلاثة أنماط من الاضطراب هي:

- نقص الانتباه.

- فرط النشاط والاندفاعية.

- فرط النشاط المصاحب لنقص الانتباه.

ويقتضي هذا الدليل التشخيصي على أن يكون لدى الطفل بعد واحد أو بعدان أساسيان لنقص الانتباه وفرط النشاط لمدة ستة أشهر على الأقل من أجل الحكم عليه بأنه يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصاحب لفرط النشاط، وعلى الرغم من أن معظم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم أعراض مشتركة بين نقص الانتباه وفرط النشاط، إلا أن بعض الأفراد تكون عندهم أعراض لهذا النمط أو للنمط الآخر؛ حيث تكون هذه الأعراض هي الغالبة أو السائدة. ويمكن تشخيص هذه الأعراض باستخدام المعايير التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (DSM-IV, 2000: 92-93).

ثانياً - الأعراض الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

هناك ثلاثة أعراض رئيسية مرتبطة مع بعضها لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وهي:

١. نقص الانتباه:

يشير نقص الانتباه إلى عدم قدرة الطفل على التركيز لمدة ملائمة على المثير المقدم له، وبناءً عليه فقد يبدو أحياناً أن الطفل ينتبه ويركز على المثيرات من حوله، إلا أنه يفقد انتباهه بشكل سريع جداً. وهنا نلاحظ أن أهالي الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أحياناً يشيرون إلى أن أطفالهم قد ينخرطون باللعب في لعبة معينة لمدة ساعة تقريباً دون انقطاع، إلا أنهم في الوقت ذاته لا يكونون قادرين على متابعة الأوامر والتوجيهات على مائدة الطعام، ويبدو وكأنهم يعانون من أحلام اليقظة في تلك اللحظات.

يعاني الأطفال المصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من صعوبة في تحديد ما هو المهم وما هو غير المهم في محيطهم. والسبب أن كافة المثيرات وحوافز تحديد أولويات وأهمية الأشياء تأتي إلى أدمغتهم مجتمعة حيث تعيش تنافساً لانتزاع التركيز عليها، الأمر الذي يتركهم حائرين شاردي الذهن ليس بمقدورهم التركيز ملياً ولا التمتع في الأشياء بانتباه، ويفقدون المقدرة على الثبات والاستمرار بانجاز عمل معين لفترة زمنية مستمرة وطويلة نوعاً ما (سيلفر، ١٩٩٦: ٢٤-٢٧).

وتتمثل مشكلات الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بالسمات الأساسية التالية:

- الفوضى وعدم التنظيم مكانياً وزمانياً.
- ارتكاب الأخطاء والتي تتصف باللامبالاة والإهمال سواء في المدرسة أم البيت أم في المهمات اليومية.
- عدم إكمال المهمات المطلوبة منه والانتقال من مهمة لأخرى أو من لعبة لأخرى.
- تجنب المهمات التي تتطلب الانتباه والتركيز.
- يظهر الفرد أحياناً بأنه لا يسمع أو يتابع ما يجري حوله، فهو يعاني من شروء وحيرة؛ حيث لا ينتبه لما يوجه إليه من طلبات.
- وتتباين مظاهر نقص الانتباه باختلاف المرحلة العمرية لهذا الاضطراب الذي يظهر في الطفولة وقد يمتد أو يستمر مدى الحياة (الرويتنغ، ٢٠٠٢: ٤٤).
- ويجدر الذكر إلى أن سمات نقص الانتباه تظهر في المواقف التي تحتاج إلى انتباه مركز، ومعالجة للمعلومات، وفي المواقف التي تفتقر للمتعة أو تلك التي تكون صعبة أو شاقة أو مفروضة عليهم ولا يتوافر فيها التعزيز، وخاصة التعزيز الفوري، وكذلك الحال في المواقف الجماعية، والمهام المتكررة والروتينية. وعلى النقيض من ذلك تقل حدة أعراض نقص الانتباه في المواقف التي يكون التعزيز فيها فورياً، أو في مواقف التفاعل الفردي، أو تلك المواقف التي تتضمن أنشطة محببة مثل مشاهدة التلفاز أو اللعب بألعاب الكمبيوتر أو الفيديو، حيث تتخفف حدة التششت ولا تعكس المدى الحقيقي لانتباه الطفل (Che, 2003).

ويتبدى نقص الانتباه عند الأطفال المصابين بهذا الاضطراب وفقاً لتصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية من خلال الفشل في إعطاء الانتباه الدقيق للتفاصيل ومن ثم الاحتفاظ بهذا الانتباه لفترة مناسبة للنشاط أو المهمة التي يقومون بها، خاصة إذا كانت تتطلب مجهوداً عقلياً (كالوظائف المدرسية) فيحاولون تجنبها والانتقال إلى نشاطات أخرى دون إكمالها، كما تتصف أعمال هؤلاء الأطفال بالفوضوية وقلة التخطيط والترتيب، ويبدون وكأنهم لا يسمعون لما يسمعون، يتشتتون بسرعة لأي مثير خارجي وينسون أدواتهم اليومية أو يضعونها (DSM-IV, 2000: 85).

٢. الانتدفاعية:

تشير الدراسات التي قام بها أنتربو، وبيزي، وهربرت، وأوست (Antrop; Buysse; Herbert; Oost, 2005) إلى أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

يواجهون صعوبة واضحة عند مواجهتهم لمواقف تتطلب الانتظار داخل الحجرة الصفية، وكذلك الحال عند مواجهتهم للمواقف التي يكون مستوى التحفيز فيها متدنياً. (الدراس، ٢٠٠٧: ١٦).

إن هؤلاء الأطفال أو المراهقين يفتقدون المقدرة على التفكير بما سيقولونه أو سيفعلونه قبل قيامهم بعمل ما. الأمر الذي يحرمهم من التعلم من تجاربهم السابقة حيث لا يمكنهم تأخير ردود أفعالهم أو التحكم بها أو إعطاء أنفسهم الوقت الكافي للتفكير بما سوف يقولونه أو يفعلونه. وقد يصيبهم الندم عما قالوه أو فعلوه، ويغضبون من ذلك، ويعبرون برميهم للأشياء أو بضربهم لها وهم يتصفون بـ :

- الميل للاستجابة إلى الأشياء دون تفكير.
 - إجابتهم غير وثيقة الصلة بالموضوع.
 - لا يستطيعون الانتظار طويلاً في الدور.
 - يتحدثون بشكل سريع ودون تفكير مسبق.
 - الإقدام على سلوكيات خطيرة ومن ثمّ التعرض لكثير من الحوادث.
 - مقاطعة الآخرين في الحديث وعدم التروي فيه.
- تُعد هذه الأعراض بمثابة معوّق أساسي لإكمال هؤلاء الأطفال للمهام المطلوبة منهم. كما أن استمرارية هذا الأعراض عبر المراحل النمائية يؤدي إلى معاناة الطفل من مشكلات في الحساب والقراءة. بالإضافة إلى ظهور سمات الفوضى، والتردد، والنسيان، وصعوبة انتظار الدور في المجموعات (Flick, 1998: 30).
- ويجب الأخذ بالحسبان أن الأعراض السالفة الذكر تتباين في أشكالها وصورها من فرد لآخر، مع تباين في الحدة حيث تكون واضحة جداً في الحالات الحادة، وأقل وضوحاً في الحالات المتوسطة والأقل منها (الرويتع، ٢٠٠٢: ٤٦).
- وتتمثل الاندفاعية وفقاً لما جاء في تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية بعدم الصبر وعدم القدرة على تأجيل الاستجابة والعجز عن فهم عواقب السلوك مما يعرضهم للحوادث والخطر، المقاطعة المتكررة للآخرين، إضافة إلى الفشل في تنظيم السلوك وضبطه وفقاً لمطالب الموقف أو الهدف (DSM-IV, 2000: 86).

٣. فرط النشاط:

يُعد هذا العرض من أوضح وأهم السمات المرتبطة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، حتى أن بعض الأهل قد يعلقون على ذلك بقولهم أن طفلهم كان كثير الحركة حتى قبل أن يولد. وهنا يبدو الطفل وكأنه في حالة دائمة من النشاط وينتقل من نشاط إلى آخر بعشوائية وبطريقة غير هادئة ودون توقف حتى لو طلب منه ذلك. وخلال هذه الحركة يكون هناك العديد من الحوادث والخسائر في البيئة المحيطة بالطفل، وأحياناً لدى الطفل نفسه من جراء قفزه وتسلقه وتنقله المستمر من مكان لآخر.

ويمكن بعبارات أخرى تحديد أهم السمات الأساسية لعرض فرط النشاط بما يلي:

- عدم التوقف عن الحركة، وعدم القدرة على الجلوس أو الوقوف لفترة زمنية معينة.
- يكون الطفل في حالة تملل وعصبية.
- تصدر منه حركات جسمية كثيرة وعشوائية كالنقر بالأصابع، أو اللعب بالقلم، أو حركة القدمين وضربهما، وغيرها.

وتتباين صور هذا الجانب حسب المرحلة العمرية من نشاط حركي إلى تملل، وصعوبة في البقاء ساكناً لفترة طويلة (الرويتع، ٢٠٠٢: ٤٧).

ويتجلى فرط النشاط وفقاً لما جاء في تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية، وهو العرض الأكثر وضوحاً في اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، بالحركة الدائمة والتملل وعدم القدرة على البقاء في المكان كما هو متوقع، إضافة إلى الجري والقفز في المواقف التي لا تسمح بذلك، وصعوبة اللعب بهدوء (DSM-IV, 2000: 86).

ثالثاً - انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

تؤكد الدراسات المسحية أن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يظهر لدى ما يزيد على (٣-١٥) % من الأطفال العاديين في المدرسة، ومن المتوقع أن تنخفض هذه النسبة بعد دخول الأطفال في مرحلة المراهقة (Hoza, Sam, Peham, Carlson, 1992: 42) (Knivsberg, 1991)، ويؤكد (Michael, 2000) على أن هذا الاضطراب يحدث في المراحل العمرية المبكرة، إلا أنه قليلاً ما يتم تشخيصه لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة (القمش والمعاطية، ٢٠٠٩: ١٩٠).

وهناك دراسة قام بها لامبرت (1978) لتعرف المرحلة التي تنتشر فيها مشكلة فرط النشاط، وتضمنت العينة (5000) طفلاً وطفلة في مراحل عمرية مختلفة، فتبين أن فرط النشاط يتركز انتشاره بين أطفال المرحلة الابتدائية. وأن انتشاره يكون أكثر بين أطفال الصفوف الأولى من هذه المرحلة (عبد الوهاب، ٢٠٠٣: ١٨).

وتشير التقديرات الخاصة بانتشار هذا الاضطراب في ضوء الجنس إلى أن الذكور يشكلون نسبة ١/٤ قياساً بالإناث (الشخص، ١٩٨٥: ٣٣٧). كما تشير مجموعة من الدراسات مثل: دراسة البيلوي، ودراسة الشخص، على أن نسبة انتشار الاضطراب عند أطفال المدينة أكثر منها عند أطفال الريف (حسون، ٢٠٠٥: ٤١).

كما أكدت دراسات أخرى ارتفاع نسبه هذا الاضطراب لدى الأطفال المعوقين عقلياً وذوي صعوبات التعلم (Barckley, Grodzink & DuPau, 1992: 170).

وتختلف نسب انتشار حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أحياناً باختلاف المعايير التي يتم الاعتماد عليها في تشخيص مثل هذه الحالات حيث أن الحالات النموذجية من هذا الاضطراب أقل في نسبتها من الحالات التي تتوفر فيها بعض المعايير أو الأعراض، ففي بريطانيا تستخدم معايير محددة وصارمة لتشخيص هذه الحالات (٠.٠٠٠١%) من أطفال المجتمع، بينما في شمال الولايات المتحدة الأمريكية يستخدمون أعراضاً واسعة تتعلق باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط حيث تصل النسبة إلى (١٠%) من أطفال المجتمع. وبناءً على ذلك هناك إحصائيات تشير إلى النسب المئوية لحالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال المجتمعات. والجدول التالي يشير إلى ذلك:

جدول رقم (١)

النسب المئوية لانتشار حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال المجتمعات

النسبة المئوية	المجتمع
٣.٢ - ٨%	الولايات المتحدة الأمريكية
١٣%	نيوزيلاندة
٨%	ألمانيا

النسبة المئوية	المجتمع
١٢%	ايطاليا
١٦%	اسبانيا
١٠%	بريطانيا
١١%	الصين

(الزباد، ٢٠٠١: ٥١)

أما في الوطن العربي فإنه لا توجد إحصائيات دقيقة؛ إلا أن بعض الدراسات تشير إلى أن النسبة تصل إلى (١٥% - ٢٠%) من مجتمع الأطفال (الزباد، ٢٠٠١: ٥٢). وفي دراسة أجريت في سوريا على عينة من (١٩٠) طفلاً (١٠٥) من الذكور و(٨٥) من الإناث تتراوح أعمارهم بين (٤ - ٨) سنة، تبين أن الأعراض الثلاث لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كانت أكثر انتشاراً بين الذكور منها بين الإناث (عبد الله، ٢٠٠٠: ٢٢)، كما وجد في دراسة أخرى على أطفال المرحلة الابتدائية في مدينة دمشق أن نسبة انتشار الاضطراب بلغت (١٨%) (عز، ٢٠٠٢: ٢٨).

كما بينت دراسة مدى انتشار مشكلة فرط النشاط بين الأطفال في جمهورية مصر العربية، ومدى اختلاف حجم المشكلة بين: الريف والمدينة، الذكور والإناث، العاديين والمعوقين. أن نسبة (٥.٧%) من مجموع الأطفال في المرحلة الابتدائية يعانون من فرط النشاط، وأنها أكثر انتشاراً في المدينة عن الريف، وتشيع بين الذكور أكثر من الإناث، وتكثر بين المعوقين مقارنةً بالعاديين (الشخص، ١٩٨٥: ٣٨).

وفي الأردن توصلت النتائج التي قام بها (الزعيبي) حول الأعراض النفسية والمشكلات السلوكية عند الأطفال الأردنيين، بأن حوالي (١٠% - ١٥%) من جميع الأطفال لديهم نشاط زائد، وأن حوالي (٤٠%) من الأطفال يحالون لعيادات الصحة النفسية نتيجة فرط النشاط (الزعيبي، ٢٠٠١: ١٩٦).

أما حول انتشار هذا الاضطراب في دول الخليج العربي فقد قام (بو هارون وإيبان وبندر) (Bu-Haroon, Eapon, & Bener, 1999: 440) بدراسة للكشف عن نسبة الأطفال الذين

التاريخ العائلي، التاريخ المدرسي والخبرات التعليمية، التاريخ الشخصي، والعلاقة بالزملاء، ..
(Hallwell & Ratey, 1994: 51).

إن الأطفال في المرحلة العمرية بين سن (٦ - ١٠) سنة هم الحالات التي يكثر فيها العلاج،
أما في حالة الأطفال الأصغر فهم يظهرون عدداً أكبر وأشد من الأعراض، والعكس صحيح
بالنسبة للأطفال الأكبر سناً (القمش، المعايطه، ٢٠٠٩: ١٩٣).

ومن المعايير المعتمدة عند تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

- ظهور أعراض هذا الاضطراب في أكثر من موقف (المدرسة، البيت، العمل).
- ظهور أعراض هذا الاضطراب قبل سن السابعة.
- استمرار ظهور هذه الأعراض مدة ستة أشهر (Michael, 2000: 195-203)،
(Heward, 1996).

وتتم عملية التشخيص في عدة مراحل هي:

- مرحلة الإحالة وتتم من قبل الأهل والمعلمين.
- مرحلة الفحص الطبي الشامل يتم من خلال ذلك استبعاد المشكلات الطبية التي قد تسبب
ظهور أعراض مشابهة لأعراض نقص الانتباه مثل القلق والاكتئاب.
- مرحلة التقييم الرسمي وتتم هذه المرحلة من خلال تطبيق المقاييس النفسية مثل الدليل
الاحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV). حيث يشير هذا الدليل
إلى أن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يتألف من ثلاثة اضطرابات فرعية (نقص
الانتباه، الاندفاعية، فرط النشاط) (Hallowell, et.al, 1994: 52).
- ويشير (الزرد) إلى مجموعة من المقاييس التي تساعد في عملية تشخيص اضطراب نقص
الانتباه وفرط النشاط نذكر منها على سبيل المثال:

- كونرز المعدل لتقدير أولياء الأمور (The Conner's Parent Rating Scale)
(Revised).

- كونرز المعدل لتقدير المعلمين (The Conner's Teacher Rating Scale)
(Revised).

- كونرز المعدّل للتقدير الذاتي (The Conner's Adolescent Self Report Scale) (Revised).
- قائمة مشكلات انتباه الطفل لباركلي (Barkley's Inventory for Attention Deficit Problems).
- قائمة تقدير نقص الانتباه لدى الطفل لماك كارني وديبول (McCarney and Dupaul's Inventory for Attention Deficit).
- قائمة مراجعة سلوك الطفل (Edelbrock and Achenbach).
- استبيان تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط للأهل والمدرسين، إعداد الزراد.
- مقياس بيركس لتقدير السلوك لدى الأطفال، اصدار وتعريب جمعية رعاية الأمومة والطفولة في دولة البحرين.
- استبيان الآباء لتحديد مشكلات الأطفال صادر عن مركز الرعاية الصحية الدولي والمنظمة العالمية للنمو (عيادة العلوم السلوكية- واشنطن) (١٩٨٤) (الزراد، 69:2001).

كما إن استخدام بعض المقاييس الأخرى المستخدمة عموماً لتقييم القدرة العقلية للطفل والاستدلال على قدرته على التنظيم والانتباه للمثيرات البصرية تقدم مؤشرات ودلالات على وجود كثير من الأعراض الخاصة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وهي لا تخفى على الاختصاصي في المجال مثل: اختبار ريتان (Ritain) للأرقام والأحرف والحلقات، ولوحة سيجان لقياس القدرات العقلية لدى الأطفال من عمر (٣.٥-١٢.٥) سنة (Seguin board for mental age test)، وغيرها

ونتيجة للتقدم الطبي واكتشاف التقنية الطبية الحديثة يميل بعض الباحثين إلى التركيز على التشخيص الطبي والذي يعتمد على استخدام الأدوات والأجهزة الطبية مثل التصوير الطبقي للدماغ (Scanner) لملاحظة عمل الدماغ، واعتمد بعض الباحثين على قياس السكر المستهلكة في الدماغ. فإذا كانت كمية السكر المستهلكة طبيعية دل على عدم وجود مشكلة في انتباه الطفل، وعند نقص كمية السكر المستهلكة في الدماغ يشير ذلك إلى نقص الانتباه (Patton, 2000: 18)، (Hallowel, et, al, 1994: 41).

إن أكثر وسائل التشخيص العصبية موضوعية هي الرسم الدماغي المدعم بالكومبيوتر، حيث يمكنها أن تختبر قدرة التركيز والانتباه والقدرة على تنمية استراتيجيات تعلم بسيطة. غير أن مثل هذه الاختبارات لا تشكل دليلاً قاطعاً من أجل طرح التشخيص في كل الحالات (رضوان، ٢٠٠٢: ٤٨٦).

خامساً - مآل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

بينت عدد من الدراسات التتبعية أن (٥٠%) من حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تتحسن وتزول بشكل تام إذا ما عولجوا مبكراً (Sadock & Sadock, 2007:1210). أما دراسة باركلي (Barkley, 1995) فقد وجدت أن نسبة (٨٠%) من أطفال المدارس ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط قد استمروا يعانون من هذا الاضطراب في مرحلة المراهقة، وأن ما بين (٣٠%-٦٥%) منهم قد صاحبهم هذا الاضطراب حتى مرحلة الرشد (سيسالم، ٢٠٠١: ٧٣).

وفي دراسة طويلة تم تشخيص (٤٠%) من الأطفال في سن الثالثة عشرة بأنهم ملفتين للنظر ممن كان قد تم تشخيصهم في سن الثامنة بأنهم يعانون من اضطراب فرط النشاط. وفي دراسة بعيدة أخرى في سن الثامنة عشر ارتفعت نسبة غير الملفتين للنظر إلى نسبة (٤٠%-٦٠%) أظهروا اضطرابات سلوك لا إجتماعي. ويحمل اليافعون الذين تم التشخيص لديهم في الطفولة "اضطراب فرط النشاط" خطراً مرتفعاً لسوء استهلاك الكحول مع العلم أنه لم يتم التمكن من إثبات ذلك في كل الدراسات. بالإضافة إلى أن هؤلاء اليافعين قد تورطوا بشكل متكرر في حوادث سير ويحملون خطراً مرتفعاً للتسرب من المدرسة، ويظهرون مقداراً مرتفعاً من مشاعر النقص وأقل قبولاً من الناحية الإجتماعية (بيترمان، ٢٠٠٩: ٢١٥).

وهناك دراسة أجريت لبحث مآل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وهي دراسة تحليلية لعدد من البحوث التي استهدفت معرفة إنذار الاضطراب وما سيؤول إليه في المستقبل وخاصة في المراهقة، وقد تبين أن أشكال السلوك المضاد للمجتمع، وسوء التكيف المدرسي في المراهقة هي أكثر أشكال السلوك الشاذ الناتجة عن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. فالانقطاع عن المدرسة والتسرب منها والرسوب المتكرر وضعف التحصيل، كانت أكثر حالات سوء التكيف المدرسي ظهوراً عند المراهقين الذين كانوا يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في طفولتهم (عبد الله، ١٩٩٤: ٧٣).

كما أكدت دراسة كل من يونغ وبرامهان (Young & Bramham) أنه عندما يصل الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط إلى مرحلة النضج فإن واحدة من بين النتائج الثلاث التالية تكون متوقعة وبنسب مختلفة:

١- أداء وظيفي جيد لا يختلف بدرجة دالة عن أداء الأفراد العاديين في المجتمع، وتقدر نسبتهم بـ (١٠ - ٢٠) % من مجموع الراشدين المصابين بالاضطراب.

٢- وجود مجموعة ثانية أكثر شيوعاً في المعاناة بدرجة ملحوظة وتتمثل هذه المعاناة في المشكلات المتعلقة بالتركيز، الاندفاعية، الأداء الوظيفي الاجتماعي والإنفعالي السيئ، وهذه المعاناة تؤدي إلى اضطراب العلاقات البين شخصية، التقدير المتدني للذات، سرعة الغضب، الاندفاع، القلق، عدم الثبات الإنفعالي، وتقدر (٦٠) % من مجموع الراشدين المصابين بالاضطراب.

٣- وجود مجموعة ثالثة تنسم بالسلوك المضاد للمجتمع وربما يعاني أفراد هذه المجموعة من الاكتئاب، والميول الإنتحارية، والتورط في تعاطي المخدرات، وتقدر بـ (١٠ - ٣٠) % من مجموع الراشدين المصابين بالاضطراب (Young & Bramham, 2007: XIV).

وتجد الباحثة أنه من الضروري التأكيد على مدى الخطورة التي قد يؤول إليها اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لما قد يسببه من سلوكيات مضادة للمجتمع، أو مشكلات إنفعالية، أو إجتماعية لا سيما على صعيد العلاقات مع الرفاق، أو خلل في الوظائف المعرفية والتنفيذية، إذا لم يعالج في عمر مبكر.

سادساً - تفسيرات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والعوامل المساهمة في ظهور أعراضه:

حاولت العديد من النظريات تفسير اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وتحديد عوامل نشأته. وتشير تلك النظريات إلى جملة من العوامل المحتملة لهذا الاضطراب، إلا أنها بمجملها أخفقت في دعم أو تأييد أي من هذه العوامل، الأمر الذي دفع بالباحثين إلى النظر إلى اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على أنه نتاج عدة عوامل تتفاعل فيما بينها (القمش، المعاينة، ٢٠٠٩: ١٩٥؛ سيسالم، ٢٠٠١: ٣٣؛ سيد، السيد، بدر، ٢٠٠٤: ٢٥؛ McNamara & Breggin, 1999: 7؛ ٢٠٠٠: ١٧). ولا بد هنا من تعرف هذه العوامل لما لها من دور أساسي في ظهور أعراض هذا الاضطراب من جهة، والتي تعد نقطة البدء لبناء خطة علاجية تسير وفقها من جهة أخرى:

١. العوامل الوراثية:

أشارت الدراسات التي بحثت في العلاقة بين العوامل الوراثية واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط إلى أن الوراثة تلعب دوراً كبيراً في إصابة الأطفال بهذا الاضطراب إما من خلال المورثات التي تحمل خصائص تؤدي إلى تلف أو ضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه بالمخ، أو من خلال نقل المورثات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ التي بدورها تؤدي إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بضعف الانتباه (عبد المعطي، ٢٠٠٣: ٢٧).

وينكر جولد مان وستيرنسون (Goldman&Sterenson,1998) أن (٥٥%-٩٢%) من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مرتبطة بعوامل وراثية. لقد استخدم الباحثون طريقتين رئيسيتين للتعرف على الأسس الجينية لاضطراب فرط النشاط وهما:

- دراسة الأقارب من الدرجة الأولى.

- دراسة التوائم.

أ. دراسة الأقارب من الدرجة الأولى:

فيما يتعلق بدراسة الأقارب من الدرجة الأولى فإن اضطراب فرط النشاط يُعد اضطراب أسري ينتقل من الآباء إلى الأبناء. وقد خلص جونسون وفريمان (Jonson, Freeman,1997:640) من تحليل دراسات الأقارب إلى أن اضطراب فرط النشاط هو اضطراب أسري ينتقل من جيل إلى جيل وغالباً ما يكونا والدي الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط قد عانوا من الاضطراب ذاته في طفولتهما. ويلخص (أحمد وبدر) نتائج دراسات حديثة تذكر أن ٥٠% تقريباً من الأطفال المصابين بقصور الانتباه يوجد في أسرهم من يعاني من هذا الاضطراب (أحمد، بدر، ١٩٩٩: ٤٠).

ب. دراسة التوائم:

توصلت بعض الدراسات العلمية على التوائم إلى أن الطفل الذي توأمه مصاباً باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يكون احتمال إصابته ما بين 11-18 مرة أكثر من احتمال إصابته فيما إذا كان المصاب غير توأم، بمعنى أن (55-92%) من التوائم المتماثلة المصابين بهذا الاضطراب ستظهر عليهم الأعراض لاحقاً (Barkley, 1998: 79). وتؤكد دراسة جيليس (Gillis) إلى أن ٥٩% من حالات التوائم المتطابقة والذين تظهر لدى أحدهم أعراض هذا

الاضطراب فأنها تظهر لدى الآخر، بينما تنخفض هذه النسبة إلى ٣٢% لدى التوائم غير المتطابقة (عن الرواجفة، ٢٠٠٧: ٣٥)

٢. العوامل الكيميائية والعصبية:

تشير هذه العوامل إلى وجود اختلال في التوازن الكيميائي للناقلات العصبية التي تعمل على نقل الإشارات العصبية المختلفة بالمخ، حيث إن هذه الناقلات تساعد خلايا الدماغ على الارتباط ببعضها بعضاً، والاعتلال في هذه الناقلات يؤدي إلى تأثر ميكانيزم الانتباه فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركيز وتزداد حركته واندفاعيته (الدسوقي، ٢٠٠٤: ١٠٦؛ اليوسفي، ٢٠٠٥: ٣٧).

وهذا ما أكدته دراسات حديثة جرت في الولايات المتحدة الأمريكية على أن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يحدث نتيجة لاضطرابات وظيفية بيوكيميائية في مجال تمثل المعلومات في باحات معينة من الدماغ وأن سبب الخلل هو النواقل العصبية المسؤولة عن تفاعل مناطق دماغية واقعة في مجال مناطق التوصيل بين الخلايا الدماغية، والتي لا تقوم بعملها بالشكل المناسب لدى حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (رضوان، ٢٠٠٢: ٤٨٢).

ويرى باركلي في هذا المضمار أن سبب اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يعود إلى تأخر في نمو الدماغ، وأن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم ضعف في النشاط الكهربائي في الدماغ، ولديهم انخفاض في مستوى ضغط الدم في المنطقة الأمامية من الدماغ (Barkley, 1995: 29).

لقد أكدت الدراسات وجود نشاط منخفض في الفص الأيمن وفي الجانب الأيمن من مقدمة الجبهة، مقارنة بالجانب الأيسر حيث إن مناطق الفص الجبهي في الدماغ هي المسؤولة عن التحكم في الوظائف التنفيذية المعرفية مثل: الانتباه، والتنظيم، والتخطيط للبدء بالنشاطات، والضبط والتحكم الذاتي، ومراقبة وضبط الاستجابات الفوري للمثيرات، وتسلسل وتنظيم الحركات والطلاقة اللفظية، والذاكرة العاملة، وهذا ما يفسر الأعراض السلوكية المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (سيسالم، ٢٠٠١: ٣٨)، (Lager, 1998: 9).

وهكذا تمّ التأكيد على الفرضية التي تنص على وجود خلل في الوظائف التنفيذية المعرفية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، نظراً لأن أداء هؤلاء الأطفال على اختبارات وظائف الفص الجبهي، كان أقل مقارنة مع أقرانهم من العاديين (Tripp, Ryan & Speace, 2002: 771-779).

وضمن الإطار ذاته، أشار المعهد الوطني للصحة النفسية أن حجم دماغ الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أقل بنسبة (٥%) مقارنةً مع الأطفال العاديين في المرحلة ذاتها (National Institute for Mental Health, 2003: 6)، وهذا ما أكدته الدراسات التي أجراها الباحثون في المعهد الوطني للصحة العقلية (٢٠٠٢) عندما أوضحوا بأن حجم دماغ الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أقل بنسبة تصل إلى (٣%-٤%) مقارنةً مع الأطفال الطبيعيين. وتجدر الإشارة هنا إلى الدراسة التي أجراها (Satterfield, 1974) التي بيّنت أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تظهر اضطرابات لديهم في تخطيط الدماغ تفوق بكثير تلك التي تظهر لدى الأطفال العاديين (عن القمش، المعاينة، ٢٠٠٩: ١٩٦).

وأشارت دراسة تشو (Chu, 2003) إلى وجود علاقة بين انخفاض مستوى التمثيل الغذائي للجلوكوز في منطقة الفص الجبهي الأيسر وبين شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. كما أكدت الدراسة التي أجراها زاميتكن (Zametkin, 1990) هذه العلاقة عبر دراسة التمثيل الغذائي للسكر عند (٢٥) أباً وأماً لأطفال مصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لم يسبق لهم تعاطي أدوية لعلاج هذه الحالة، وقد قام أولاً بتسوية معدل السكر عند جميع أفراد العينة (وذلك لتقليل الفروق الفردية في تمثيل السكر)، فوجد انخفاضاً ملحوظاً في لحاء القشرة الأمامية للدماغ (سيسالم، ٢٠٠١: ٤٠).

ويشير (فولر) أن مادة الدوبامين (Dopamine) هي المسؤولة عن أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط حيث إن نسبة وجود هذه المادة لدى هؤلاء المصابين تكون منخفضة، وقد كشفت الدراسات الأساس الجيني لجزء من مشكلات الدوبامين التي تظهر لدى المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (Fowler, 2002: 5).

إن الأدوية المنشطة للانتباه تساعد على زيادة إفراز الدوبامين، مما يؤدي إلى إفراز هرمون (الأدرينالين) الذي تفرزه الغدة الكظرية والذي يعمل على كبح جماح السلوك. إن هذا التفسير يؤدي إلى الأقرار باشتراك كل من (الدوبامين) و(الأدرينالين) في التأثير على الانتباه والإفراط في النشاط (سيسالم، ٢٠٠١: ٤٨). كما أوضح القرعان احتمالية وجود ارتباط عال بين اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، واضطرابات الغدة الدرقية، وخاصة حالات رفض الهرمون الذي تفرزه الغدة الدرقية (القرعان، ٢٠٠٦: ٢٥). إلا أن (باركلي) أكد على أن نسبة المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الذين يعانون من اضطراب رفض هرمون الغدة الدرقية منخفض جداً (Barkly-B, 1998: 36).

كما ان نقص هرمون نوربينفرين (Norepinephrine) (وهو هرمون يعتقد انه النقال الكيماوي في بعض الوصلات العصبية السمبثاوية، ويشبه مفعوله مفعول الادريالين) يؤدي إلى حدوث اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وتشير الأبحاث الطبية إلى أن العقاقير المنبهة تقلل من السلوكيات النابعة من هذه الاضطرابات وأنها تزيد من إفراز ذلك المركب الكيماوي فقد تمّ قياس كمية هذا المركب في الدم وفي البول وفي النخاع الشوكي لطفل مصاب بضعف الانتباه المصاحب للنشاط قبل تناوله العقاقير وبعده، حيث كان نقص هذا المركب واضحاً قبل تناول العقاقير وزادت نسبته بعد تناولها (سيلفر، 1996: ٤٦).

وفي دراسة تمهيدية لكلية الطب بجامعة (هارفارد) تمّ فيها عمل مسح دماغي لستة وثلاثين من الراشدين، ستة منهم يعانون من حدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، والآخرين يتمتعون بصحة جيدة. فقد وجدت -الدراسة- أن نسبة الدوبامين وهي مادة تساعد على حمل الذبذبات العصبية في خلايا الدماغ أكثر بنسبة (70%) لدى المجموعة الاولى ممن يعانون من الاضطراب مقارنة مع الأفراد العاديين (Madras, 2002: 148).

٣. العوامل البيئية:

للعوامل البيئية دور كبير في ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه ونشاط الانتباه ويبدأ تأثير هذه العوامل منذ اللحظات الأولى للإخصاب؛ أي في مرحلة الحمل ومن ثمّ الولادة ، ومن ثمّ بعد الولادة وفيما يلي عرض موجز لكل منها:

أ. مرحلة الحمل:

إن تعرّض الأم الحامل لتشنجات خلال الحمل، أو التعرض لقدر كبير من الأشعة، أو تناولها للمخدرات والكحوليات أو بعض العقاقير الطبية، أو تعرّضها لبعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية والزهري وغيرها. يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية في الدماغ لدى الجنين، ويؤثر في نمو الجهاز العصبي لديه، الأمر الذي يزيد من احتمالية ولادة أطفال مصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، أو زيادة الفرصة لإصابتهم به لاحقاً (أحمد، بدر، ١٩٩٩: ٤١).

كما أن تناول الأم للكحول والمخدرات والتدخين له ارتباط قوي بالاصابة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وكذلك الحال فيما يختص بالتعرض الزائد لأشعة (اكس) وتناول بعض الأدوية والعقاقير (اليوسفي، ٢٠٠٥: ٣٩).

ب. مرحلة الولادة:

إن تعرض الأم الحامل لفترات زمنية طويلة أو قصيرة نسبياً في أثناء فترة المخاض، أو الصدمات خلال الولادة أو حالات التفاف الحبل السري على عنق الجنين، عوامل تؤدي بمجملها إلى إصابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه، الأمر الذي يؤثر في قدرة المخ على معالجة المعلومات، والانتباه والتحكم في السلوك، وبالتالي احتمال تعرض الطفل للإصابة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط . كما لوحظ أن الولادات المبكرة وترافقها مع نقص الوزن لدى الأطفال الخدج يُشكل استعداداً لاكتساب الاضطراب (Mash & Barkley,2003:116).

ج. مرحلة ما بعد الولادة:

تمثل عوامل الصدمات والارتطام، وسوء التغذية، والأمراض، والتلوث البيئي التي قد يتعرض لها الأطفال خلال سنوات حياتهم الأولى عوامل خطر للإصابة بأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

إن للعوامل البيئية المحيطة بالطفل أثراً كبيراً في احتمال ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؛ وذلك لتنوع مصادرها، وتجدر الإشارة هنا إلى أبرز هذه العوامل:

أ. **الإضاءة:** التعرض لإضاءة النيون بصفة مستمرة وفترات طويلة، فقد توصل (بينتر) من خلال مقارنته بين مجموعتين من الأطفال: المجموعة الأولى، والتي تعرض أفرادها للإضاءة (النيون) باستمرار، والمجموعة الثانية تعرض أفرادها للإضاءة نفسها لفترات قليلة وغير منتظمة، وبتتبع سلوكيات الأطفال في كلا المجموعتين، لوحظ أن أطفال المجموعة الأولى الذين تعرضوا للإضاءة (النيون) لفترات طويلة ينتشر بينهم أعراض فرط النشاط بدرجة أكبر من المجموعة الثانية (Painter, 1977: 182).

ب. **المواد المضافة للطعام:** كالمواد الحافظة والصابغة التي تحتوي عليها الأطعمة إضافة لحامض السالسليلك تسبب فرط النشاط لدى الأطفال. ففي دراسة أجراها هارلي وماثيو وإيكمين (Harley,Matthews,and Eichman, 1987) على مجموعتين متجانستين من الأطفال؛ الأولى اعتاد أفرادها تناول الأطعمة التي تحتوي على المواد الكيماوية والحافظة والألوان الصناعية لفترة طويلة ومنتظمة، والمجموعة الثانية لا يتناول أفرادها مثل هذه الأطعمة. وبمقارنة سلوكيات الأطفال في كلتا المجموعتين، أوضحت النتائج أن أطفال المجموعة الأولى كانوا أكثر نشاطاً وحركة من المجموعة الثانية. كما أن للسكريات دوراً في ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، أو قد تعمل على زيادة حدة الأعراض. وقد أوضحت دراسة (National Institute of M,H,)

(2003) أن الحمية الغذائية أسهمت في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى (٥%) من المصابين (عن الدراسة، ٢٠٠٧: ٢٨).

أما الدراسة التي أجراها ولراتش وميليتش وستومبو وسكولتس (Wolraich, Milich, Stumbo, Schultz, 1985:657-682) فقد أشارت إلى عدم وجود تأثير ذي دلالة للسكر على الأطفال؛ حيث عمل الباحثون على استخدام السكر لعدة أيام ومن ثم استبداله ببديل للسكر في أيام أخرى من دون علم الأهل أو المعلمين، أو حتى الأطفال أنفسهم، ولم يلاحظ الباحثون أي تغييرات ذات دلالة في سلوكيات هؤلاء الأطفال.

ضمن الإطار ذاته قام هوفر وميليتش (Hoover & Milich, 1994:501-515) بدراسة تأثير السكر في مجموعة من الأطفال أفادت أمهاتهم بأن لديهم حساسية للسكر (Sugar-Sensitive) فقد عمل الباحثان خلالها على توزيع الأطفال على مجموعتين: إحداهما تم إعطاء أفرادها السكر، والأخرى أعطي أفرادها بديلاً للسكر. وقد أظهرت النتائج أن الأطفال الذين تناولوا السكر كان نشاطهم الحركي أكثر بالمقارنة مع المجموعة الأخرى.

ج. التسمم بالرصاص: إن التسمم بالرصاص ربما يأتي نتيجة للاكل أو استخدام بعض الألعاب، مما يؤدي إلى حالات شبيهة بأعراض اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد (عثمان، ١٩٩٩: ٢٩). وفي دراسة قام بها وينيك وزملاؤه (Winneke et al, 1989) هدفت إلى فحص العلاقة بين مادة الرصاص بالدم، ونقص الانتباه لدى الأطفال، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن هناك علاقة موجبة بين مستوى الرصاص في الدم، ومستوى نقص الانتباه، بمعنى أنه كلما زادت نسبة الرصاص في الدم زاد اضطراب الانتباه وفرط النشاط لدى الطفل (الكيلاني، ٢٠٠٥: ١٢).

د. إن بعض العقاقير الطبية التي تستخدم لعلاج نوبات الصرع وبعض العقاقير المستخدمة لعلاج أزمات الربو تعمل على زيادة شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال الذين يتناولونها. وقد وجدت بعض الدراسات أن (٩-٧٥%) من الأطفال الذين يتناولون عقار (الفينوباربيتال) (Phenobarbital) (عقار لمعالجة نوبات الصرع) يصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أو تزداد لديهم شدة أعراض هذا الاضطراب (القرعان، ٢٠٠٦: ٢٨).

٤. بعض العوامل الاجتماعية والإقتصادية والثقافية:

تشير الدراسة التي أجراها بندا ولوبر وهينا وبلاكيو وكاتيلينوس (Pineda, Lopera,) 219: 2001, Henoa, Palacio, Catellanos) إلى أن أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تكون واضحة بدرجة كبيرة في الطبقات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض، والأسر المتصدعة، وذلك بسبب إهمال الوالدين للطفل وعدم رعايته. وهذا ما أكدته الدراسة التي أجراها بيدرمان وفارون ومنتيكوس (Biederman, Faraone, Monuteaux,) 1562-1556: 2002) بوجود علاقة بين كثرة الخلافات العائلية وتدني الطبقة الاجتماعية وزيادة حجم الأسرة، وبين شدة الإصابة بأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

وقد وجدت عليه ارتباطاً موجباً بين فرط النشاط وحجم الأسرة، وبين المستوى الاجتماعي والاقتصادي فكلما ازداد حجم الأسرة ترتب أعباء والتزامات كثيرة تجاه الوالدين، وأدى ذلك إلى اتباع الأسلوب الفوضوي مع الأسر ذات الحجم الكبير. أما بالنسبة للمستوى الاجتماعي والاقتصادي فإن سلوك فرط النشاط يزداد لدى الأسر ذات المستوى التعليمي والاجتماعي المنخفض (عليه، ١٩٩٢: ٥٩).

وفي الدراسة التي أجراها كابلان (Kaplan, et al, 1994) المشار إليها في (أحمد، بدر، ١٩٩٩: ٤٣) التي هدف فيها إلى تعرف طبيعة العلاقة بين الحرمان العاطفي من الوالدين وإصابة الأبناء باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، فقد تكونت عينة دراسته من أطفال يعيشون في مؤسسات إيوائية وآخرين مع أسرهم، وقد أظهرت النتائج أن نسبة الإصابة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أعلى لدى الأطفال المودعين في المؤسسات الإيوائية مما يدل على أن الحرمان العاطفي من الوالدين الذي ينجم عن التفكك الأسري له علاقة وطيدة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

٥. أساليب المعاملة الوالدية:

أما عن أساليب المعاملة الوالدية وأثرها في ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط فقد تبين أن استخدام أسلوب العقاب البدني المتكرر، وعدم توفير فرصة نجاح للطفل، وتعرضه لخبرات الفشل وعدم التشجيع، والإهمال، والرفض الصريح أو المقنع، يدفع الطفل نحو الاكتئاب وتدني تقدير الذات؛ الأمر الذي قد يكون السبب في ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (اليوسفي، ٢٠٠٥: ٤١)، (Mash & Hohanston, 1990: 320)، (Barkley, Guevremont, Dupaul, Anastopoulos, and Shelton, 1993)، وأكد (اليوسفي) على أن السلوك السلبي وكثرة الأوامر والنقد المفرط من قبل الآباء لأبنائهم الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من شأنه أن يساهم في زيادة شدة اضطراب

نقص الانتباه وفرط النشاط (اليوسفي، ٢٠٠٥: ٤٢)، وهذا ينسجم مع نتائج بعض الدراسات التي استخدمت العقاقير الطبية للحد من أعراض هذا الاضطراب؛ حيث لوحظ أن معدل التوجيهات والأوامر والسلوك السلبي من قبل الأمهات ينخفض مع انخفاض حدة أعراض الاضطراب (Barkly-B, 1998: 39).

إن لأساليب المعاملة الوالدية أثراً كبيراً على سلوك الأبناء إذ هي تشكل المناخ الأسري الذي يعدّ العنصر الأساسي في تكوين شخصية الطفل (الظاهر، ٢٠٠٤: ٩١). وقد أكدت عدة دراسات أن أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تتخفّض بشكل ملحوظ لدى الأطفال المصابين عندما يتبنّى الوالدان والمعلمون أساليب تحفيزية وتشجيعية داعمة (Shoor, 1990:304-315).

لقد توصلت بعض الدراسات التي تناولت العلاقة بين تفاعل الوالدين مع أطفالهم الذين يعانون من اضطراب الانتباه والسلوك المشكّل لديهم إلى أن تفاعل الوالدين السلبي مع أطفالهم كان من أهم العوامل المسببة لظهور السلوك المشكّل لأولادهم (Dupaul, 1992: 163-184) (Barkley, Grodzinsk & Johnson & Freeman, 1997: 636-645).

كما أكدت دراسات أخرى في برامجها الإرشادية للوالدين على أن أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط يرتبط بجزء كبير بأسلوب معاملة الطفل من قبل الوالدين والمدرسين (Goldstein, 1990; Gittelman, 1991; Shoor, 1990) فقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية تلازمية بين أعراض اضطراب فرط النشاط لدى الأطفال والأساليب الوالدية السلبية، فكلما تعرض الطفل للمعاملة غير السوية من الوالدين، كان أكثر عناداً وأكثر تهوراً وأكثر حركات عشوائية، وأكثر تشتتاً وأقل تركيزاً دون أن يكون لدى الطفل أي مرض عضوي أو عصبي (Paternite & Langhorne, 1977: 342-355).

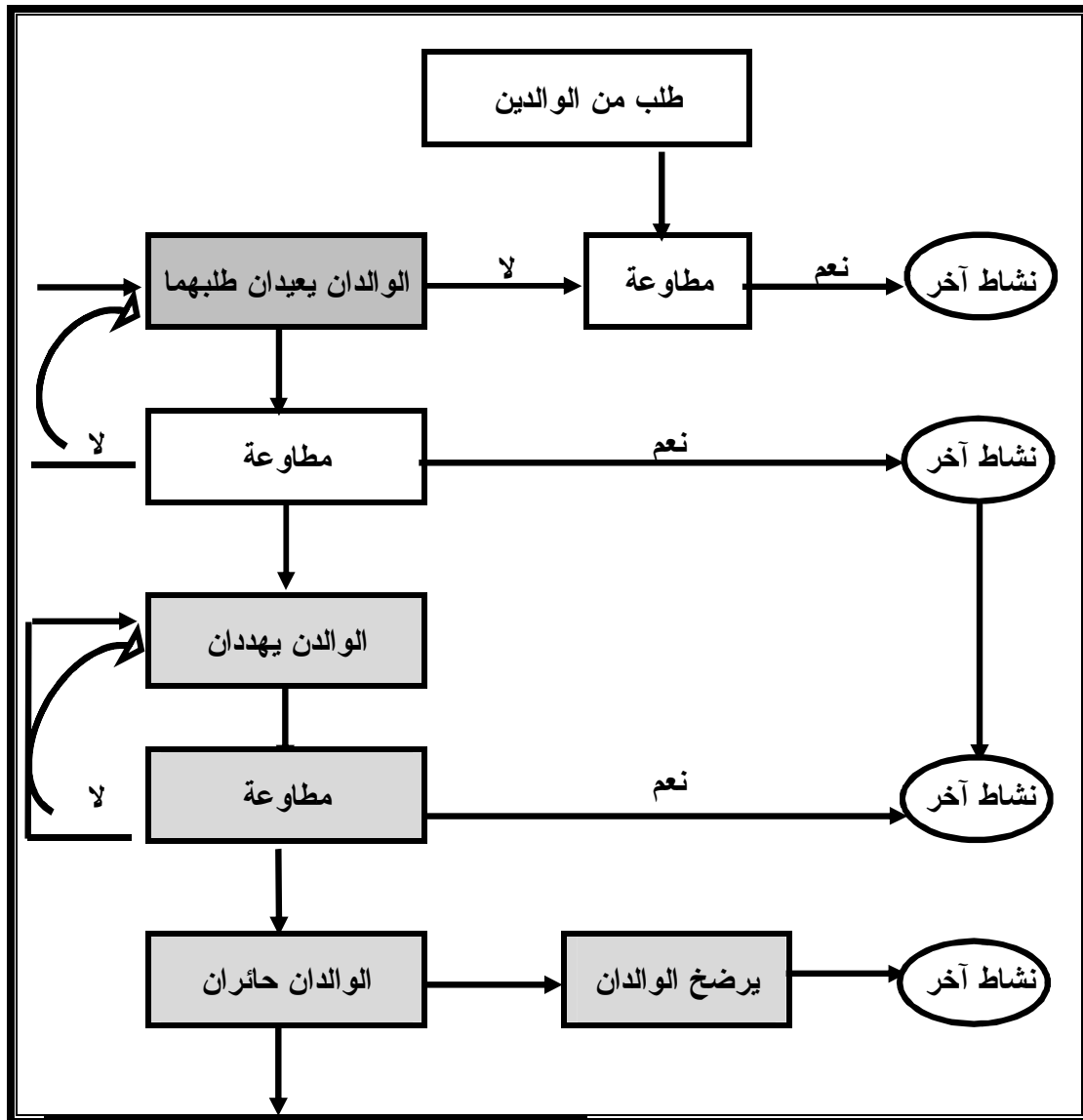
لقد أشار (باركلي) في الدراسة التي قام على مجموعتين من الأطفال أحدهما يعاني أفرادها من النشاط الزائد، والأخرى تضم أطفالاً عاديين: حيث كشفت النتائج على أن الوالدين لأطفال ذوي فرط النشاط كانوا أكثر استخداماً للأوامر وللأساليب العقابية مع أبنائهم، على حين وجد أن والدي الأطفال العاديين لا يلجأون إلى هذه الأساليب إلا نادراً، وأنهم يستخدمون المكافآت والتدعيم لتشجيع أبنائهم على ممارسة السلوكات المرغوبة (Barkley, 1985: 66).

ويشير (نموذج تفاعلات المعارضة بين الوالدين والطفل) الذي طوره (باركلي) إلى الكيفية التي يمكن من خلالها أن تزداد شذوذات السلوك لدى الأطفال مفرطي النشاط، فغالباً لا يستجيب الأطفال مضطربو الانتباه والاندفاعيون لطلبات الوالدين وللحدود التي يضعونها بسبب هذه الاضطرابات، وعادة ما يكرر الوالدان مطالبهما عندئذ مراراً. ويكون احتمال عدم اكتراث الأطفال مضطربو الانتباه بهذه المطالب مرة أخرى مرتفعاً، ولكن إذا ما حدث واتبع الطفل التعليمات عندئذ لا يهتم الوالدان لذلك، أما لأنهما يعتقدان بأن السلوك المطيع لطفلهما لا بد وأن

يكون أكثر من مجرد بديهي أو لأنهما يريدان أن يقوما أخيراً بإنجاز الأشياء التي لم ينجزوها بسبب مواجهتهما مع الطفل، وفي كل الأحوال يستتبع سلوك الطفل الملفت للنظر الانتباه السلبي المتزايد، ويستمر لولب الصراع الأسري بالدوران؛ إذ يبدأ الوالدان بالتهديد، إلا أن الطفل لا يستجيب، وأخيراً يئس الوالدان، وإما أن يرضخا أو يصبحا عدوانيين بشكل غير هادف. وكلا الأسلوبين يؤديان إلى عدم إتباعه للقواعد وزيادة سلوكه المعارض، ويكافأ هذا الطفل من خلال رضوخ الوالدين لسلوكه المعارض (تعزيز سلبي) أو يتم تشجيعه على السلوك العدواني من خلال مثال الوالدين (بيترمان، ٢٠٠٩: ٢٢٦).

يوضح الشكل التالي نموذج تفاعلات المعارضة بين الوالدين والطفل

الشكل (١) نموذج تفاعلات المعارضة بين الوالدين والطفل



(المرجع السابق: ٢٢٦).

إن الفشل، والإحباط، وعدم التشجيع، وانخفاض احترام الذات، والاكتئاب، قد يكون السبب في سلوك الاطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أكثر من الاضطراب ذاته (National Mental Health Association 2001, Willcutt,et) (al.1999,Landover.2001).

لقد كشفت الدراسة التحليلية التي أجراها كل من (هيفيل وكلارك) للعوامل والظروف التي تحيط بأطفال يعانون من فرط النشاط أن هؤلاء الأطفال يعيشون في عزلة اجتماعية، ويعانون من عدم التفاعل والإهمال من المحيطين بهم، وأن معظمهم يتعرضون للعدوان من الآخرين ومن العقاب المتكرر، وعلى العكس من ذلك فهم قد يسببون الإحباط والقلق لأبائهم، وذلك استناداً إلى نتائج مقياس الرضى الوالدي ومقياس الضغوط لطرائق تكيف الآباء مع أطفالهم، فقد أسفرت النتائج أن كلاً من آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في المجموعة التجريبية كانوا أكثر عرضة للضغوط وأقل رضى مقارنة بالمجموعة الضابطة. وأن الضغوط التي يتعرض لها الوالدان ترجع للسلوكيات غير المناسبة لأطفالهم أكثر من الأعراض الجوهرية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وأما الأمهات فقد كن أكثر عرضة للضغوط من الآباء بسبب أعراض نقص الانتباه والفوضى وعدم التنظيم لدى أبنائهن (Heilveil & Clark, 1990: 103).

ويذكر (القمش والمعايطة) بعض العوامل النفسية المتعلقة بالمحيط الأسري التي قد تساهم في ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مثل:

- الضغوط النفسية الهائلة والإحباطات الشديدة التي يتعرض لها الطفل داخل الأسرة.
- أنماط التنشئة الأسرية: (فالبينة الأسرية التي تعرض الأطفال لضغوط لا يستطيعون احتمالها قد تسبب النشاط الزائد).
- التعزيز: أي أن استجابة الآخرين لاضطراب فرط النشاط يعمل على زيادته؛ حيث يحظى السلوك غير المرغوب بانتباه الآخرين ويتم تعزيزه وذلك قبل دخوله للمدرسة،

وعندما يدخل المدرسة تُفرض عليه القيود والتعليمات التي لم يعتد عليها فيصبح أكثر نشاطاً ليحظى بالتعزيز الاجتماعي الذي كان يحصل عليه قبل دخوله المدرسة.

- التعلم بملاحظة السلوك (النموذج): غالباً ما يتأثر سلوك الفرد بملاحظة سلوك الأفراد الآخرين فالإنسان يتعلم العديد من الأنماط السلوكية، مرغوبة كانت أم غير مرغوبة، من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم (القمش، المعاينة، ٢٠٠٩: ١٩٦).

وقد أشارت نتائج بعض الدراسات على أن الطفل الأقل نشاطاً يزيد مستوى نشاطه ويصبح قريباً من الطفل الأكثر نشاطاً نتيجة ملاحظته لأطفال يعانون من فرط النشاط. وقد يكون الوالدان بمثابة نموذج لمستوى الطفل وقد يعملان على تعزيزه (يحيى، ٢٠٠٠: ١٨٢)، ويؤكد (العاسمي) على أن الطفل الذي ينشأ في بيئة تتسم بأعراض فرط النشاط يكون مقلداً لهذه النماذج التي يراها باستمرار في منزله بخلاف غيره من الأطفال الذين ينشأون في بيئة أسرية مستقرة نفسياً (العاسمي، ٢٠٠١: ٤٦).

وأخيراً تجد الباحثة أنه لا بد من التوقف عند بعض العوامل الأخرى التي أصبح أثرها واضح في تفاقم أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ولا يقل دورها أهمية عن دور أساليب المعاملة الوالدية (من وجهة نظر الباحثة) وهو واقع المدارس في عالمنا العربي من حيث عدم توفر البيئة الصفية المناسبة للتعلم، وزيادة عدد الطلاب في الصف؛ حيث أن بعض الصفوف باتت تضم (٥٠) طالباً وطالبة من صفوف مرحلة التعليم الأساسي الذي يشرف عليها مدرس واحد، إضافة إلى قلة عدد المعلمين المؤهلين للتعامل مع هذا الاضطراب، وكذلك غياب دور الاختصاصي النفسي أو التربوي في عملية توجيه وإرشاد المدرسين من جهة والطلاب من جهة أخرى.

إن ضعف التدريب والدعم، أو المطالب التربوية والتعليمية غير المناسبة لعمر الطفل أو لقدراته العقلية، كل ذلك من العوامل التي قد تؤدي إلى ازدياد اضطراب فرط النشاط لدى هذا الطفل (حسون، ٢٠٠٥: ٥٣)، وهذا ما أكدته الشخص نقلاً عن جيلين (١٩٨١) أن من أسباب فرط النشاط تدهور مستوى المدارس، فالأعداد الكبيرة من التلاميذ والتي لا تقابلها الأماكن المناسبة والوسائل التعليمية المتطورة والنسب الملائمة من المعلمين، وإذا وجد المعلمون فإن تأهيلهم يكون محدود وغير جيد (مسعود، ٢٠٠٢: ٥٣).

وكما هو الحال فيما يتعلق بالمتغيرات الأخرى، فإن الأدلة العلمية المتوفرة لا تزال محدودة وهناك حاجة كبيرة إلى إجراء المزيد من الدراسات لتعرف طبيعة أثر العوامل المسببة أو

المساهمة في ظهور هذا الاضطراب، ويبقى السؤال الأكثر إلى أي حد يمكن للبيئة الإجتماعية والأسرية بما فيها أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة، والبيئة التعليمية والمدرسية أن تعمل على زيادة شدة اضطراب نقص الاضطراب وفرط النشاط؟.

الفصل الرابع

بعض الأساليب العلاجية المتبعة في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط

- توطئة.
أولاً - العلاج الطبي.
ثانياً - العلاج الغذائي - الحمية (Diets).
ثالثاً - العلاج التربوي (التدخل البيئي).
رابعاً - العلاج السلوكي (الفنيات العلاجية السلوكية):
١ - التعزيز:
١ - ١ التعزيز الإيجابي.
١ - ٢ التعزيز السلبي.
١ - ٣ التعزيز الرمزي.
١ - ٤ التعزيز التفاضلي للسلوك المناسب.
١ - ٥ التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض.
٢ - تكلفة الاستجابة.
٣ - النمذجة.
٤ - التعاقد السلوكي.
خامساً - النموذج العلاجي المتعدد.

توطئة:

انطلاقاً من تعدد الأسباب المحتملة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وتعدد تشخيص أعراضه فقد تنوعت الأساليب العلاجية المستخدمة واختلفت في درجة فاعليتها؛ حيث استخدم العلاج الطبي الذي يعتمد استخدام العقاقير الطبية، والعلاج السلوكي من خلال استخدام الفنيات العلاجية السلوكية، والعلاج الغذائي وفقاً للحمية الغذائية، والعلاج متعدد الأساليب.

وتبقى المسألة الأكثر أهمية بهذا الصدد هي ضرورة التدخل العلاجي في مرحلة مبكرة جداً من عمر الطفل، وذلك بغية الحيلولة دون تفاقم المشكلات التي يواجهها. وعلى الرغم من تنوع الأساليب العلاجية المقترحة في العلاج إلا أن بعض الدراسات تبين أن أكثر الطرائق العلاجية فاعلية تلك الطريقة التي اعتمدت العلاج السلوكي أو العلاج الطبي، وتبين دراسات أخرى أيضاً أن استخدام كل من الأسلوبين معاً أكثر نجاعة وأفضل من استخدام أي منهما بشكل منفرد على المدى القصير. أما على المدى الطويل، فالدراسات لم تقدم بيانات علمية كافية يمكن الاعتماد عليها (القمش، المعاينة، ٢٠٠١: ١٩٧).

وفيما يلي أهم ما جاء عن الأساليب العلاجية المختلفة في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

أولاً- العلاج الطبي:

يُعد العلاج الطبي من أقدم الأساليب التي استخدمت في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ويشير (عبد المعطي) إلى أنه تمّ تعرف هذا النوع من العلاج عندما حاول برادلي (Bradley) عام (١٩٣٧) اختبار اثر البنزدرين (Benzedrine) في سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط حيث أعطى هذا الدواء نتائج إيجابية لدى (٧٥%) من الأطفال الذين استخدموا هذا الدواء (عبد المعطي، ٢٠٠٣: ٤٣)، وفي الحقيقة فإن استخدام الأدوية عموماً في معالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تمّ بشكل فعلي في عام (١٩٥٧) عندما اكتشف عقار (الميثيل فينيدات-الريتالين) (Methylphenidate- Ritalin) وأُشيعت بعد ذلك الدعاية بأن هذا العقار يسبب تلفاً في الدماغ، وارتفاعاً في ضغط الدم، ويؤدي إلى تشنّج وارتباك، وإلى اضطرابات انفعالية، إلا أن التقارير الطبية التي تمخضت عن نتائج البحوث حول هذا العقار أفادت بأنه مأمون الجانب لسببين أساسيين أولهما: إنه يستخدم في تحسين الانتباه وزيادة التركيز، ولا يؤدي إلى الهروب من الواقع والغياب عن الوعي كما في حالة المخدرات. وثانيهما: إن درجة النشاط والتيقظ الذي يحدثه هذا الدواء كمنشط للجهاز

العصبي لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تُعد منخفضة نسبياً عن المعدل الطبيعي، وما زاد من ثقة أولياء الأمور بهذه التقارير الطبية ما أكدّه المدرسون والاختصاصيون النفسيون من نتائج مبهره لهذا العقار خاصة فيما يتعلق بالتعامل مع المشكلات السلوكية (سيسالم، ٢٠٠١: ١٢٨).

ويُعد الريتالين (Ritalin) والسيلرت (Cylert) والدكسدرين (Dexidrine) من أكثر العقاقير استخداماً لمعالجة هذا الاضطراب، فهذه العقاقير أكثر فاعلية من غيرها، وهي تعمل على زيادة قدرة الطفل على الانتباه وتضعف النزعة لديه نحو السلوك المتهور، وبما أن هذه العقاقير ليست مهدئة، فإنها لا تحد من الأداء المعرفي للطفل؛ بل هي تزيد من قدرته على التعلم لأنها تخفض مستوى السلوك غير المقبول لديه. ويبين الجدول رقم (١) المعلومات الأساسية المتعلقة بهذه العقاقير.

الجدول رقم (٢)

العقاقير الطبية المستخدمة لعلاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

ديكسدرين (Dexidrine)	سايلرت (Cylert)	ريتالين (Ritalin)	
٥،١٠	٧٥،١٨،٥،٣٧	١،٢،٥	كيفية توفرها (بالمغ)
٥-٤	٣٧-٥	١٠-٦	الجرعة اليومية (بالمغ)
خلال ساعة	متباين	خلال ساعة	حدوث التأثيرات السلوكية
٤ ساعات	غير محدد	٣-٤ ساعات	مدة تأثيرها على السلوك

(القمش، المعاينة، ٢٠٠١: ١٩٧)

يقوم العلاج الدوائي بالتأثير في الناقلات العصبية حيث يستثار الجهاز العصبي المركزي لمستويات كافية مما يساعد الطفل على انخفاض سلوكاته الزائدة وتركيزه على المثيرات الجزئية لأطول فترة من الوقت (Kaiser, 1992: 46). (الظاهر، ٢٠٠٤: ١١٧). وتشير ليرنر (Larner) بهذا الصدد إلى آلية عمل العقاقير الطبية التي تعمل من خلال زيادة تنبيه الجهاز العصبي وتنشيط الناقلات العصبية اللازمة لتوصيل الاشارات من جذع الدماغ إلى مناطق

الدماغ المسؤولة عن الانتباه والتحفيز والنشاط، كما أن هذه الأدوية تجعل الأطفال أكثر حساسية للمثيرات البيئية وتزيد من فترة الانتباه والاستجابة لديهم (Larner, 2000: 65).

لقد أثبتت الدراسات العديدة التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والذين تمّ علاجهم بهذه الأدوية المنشطة أنهم استطاعوا الانتهاء من الدراسة في المرحلة الثانوية مما أدى إلى انخفاض احتمالات الفشل في المستقبل. (سيسالم، ٢٠٠١: ١٢٩).

ويؤكد (باركلي) على أن العقاقير المنشطة تساعد على زيادة القدرة على التعلم لدى الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، كما أنها تحد من درجة الاندفاع والسلوك الفوضوي والاندفاعية، الأمر الذي ينمي ثقة الطفل بنفسه ويزيد من تقديره لذاته (Barkely, 1998: 85).

كما أوضحت دراسة (مونتيرو وفيرسون وبيسترمين وبينينت وميرسر) أن للريتالين تأثيراً إيجابياً في أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال ما قبل المدرسة، الذين تمت دراستهم (Monteiro, Firston, Pesterman, Bennet & Mercer, 1997: 1411).

أما دراسة (جومان و جونسبرغ و سوبرامانين وشومان وكير) التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، فقد حاولت تحديد الجوانب الإيجابية والسلبية عند استخدام عقار (الريتالين) لمعالجة أطفال ما قبل المدرسة، وقد تكون عينة الدراسة من (٢٧) طفلاً يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تتراوح أعمارهم بين (٣-٥) سنوات، وقد أوضحت النتائج وجود فعالية علاجية لهذا العقار، إلا أن بعض الأعراض الجانبية مثل فقدان الشهية ونقصان الوزن ظهرت كنتيجة لاستخدام العقار (Ghuman, Ginsburg, Subsramanin, Chuman & Kau, 2001: 520).

كما أكدت نتائج دراسة (فيرستون ومومستن وبيسترمين وميرسر) على أن الآثار الجانبية لعقار (الريتالين) تزداد بزيادة الجرعات العلاجية للأطفال في عمر ما قبل المدرسة، وأن هذه الأعراض تزداد لدى الأطفال الأصغر سناً، مقارنة بالأطفال الأكبر سناً (Firston, Musten, 1998: 28).

وعلى الرغم من الفوائد المتعددة للأدوية، فإن لها بعض التأثيرات الجانبية التي يجب أن تؤخذ بالحسبان في أثناء استخدامها للأطفال الذين هم من ذوي نقص الانتباه وفرط النشاط، وتتمثل هذه التأثيرات في أعراض مثل: الأرق، فقدان الشهية، الصداع، اليأس أو الفتور،

والدوخة (الدسوقي، ٢٠٠٦: ١٨٤)، وفي حوالي ١-٢% من الحالات تظهر اضطرابات عرّات حركية ولفظية، وفي حال كون اضطرابات العرة موجودة من قبل بداية العلاج فإن العلاج يزيدّها سوءاً (بيترمان، ٢٠٠٩: ٢٣٥). وفي جميع الأحوال فإن هذا التأثير الجانبي يمكن أن يزول بعد ساعات قليلة من التوقف عن تناول الدواء، ويراعى عند ملاحظة هذا التأثير الجانبي قيام المعالج بتخفيض حجم جرعة الدواء أو استبداله بدواء منشط آخر (سيسالم، ٢٠٠١: ١٣١).

ويمكن القول: إن اعتماد العلاج الدوائي في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ما يزال موضع جدال وخلاف. وعلى الرغم من أن العقاقير الطبية تكون فاعلة مع كثير من الأطفال من خلال تقليل مستوى نقص الانتباه والسلوك الفوضوي، ولكن يبدو أن العلاج الطبي لا يؤدي إلى تحسين القدرة على التعلم والتحصيل الأكاديمي للأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه (كشك، ٢٠٠٢: ٤٦).

وتبرهن الدّراسات التجريبية بوضوح وجود حدود للعلاج الدوائي:

- ففي الجرعات المتوسطة الشدة يصل القليل جداً من الأطفال في قدرات الإنجاز المدرسي وسلوكهم الاجتماعي للمستوى الذي لا يعود يميزهم عن الأطفال غير الملفتين للنظر.
- على الرغم من أنه يمكن في الغالب تحسين الجرعة إلا أن التأثيرات الجانبية غير المرغوبة تزداد كذلك. وعلى الرغم من أن العلاج الدوائي يحسّن قدرة الإنجاز المدرسي لدى بعض الأطفال إلا أنه توجد دلائل كافية على أن قصور الإنجاز المدرسي يظل منخفضاً بصورة دائمة.
- غالباً لا تستمرّ التغيرات الإيجابية التي تترافق مع العلاج بالمنشطات بعد التوقف عن العلاج.
- ما زال هناك شك بفاعلية العلاج طويل الأمد بالمنشطات وأثره على اليافعين والراشدين الذين عولجوا سابقاً؛ حيث أن صعوبات التعلم والقصور المدرسي والكفاءة الإنتاجية عندهم كانت تستمر على الرغم من استخدامهم لتلك المنشطات لفترة طويلة الأمد.
- وأخيراً فإن عدداً لا بأس به من الأطفال المفرطي النشاط لا يستجيبون للعلاج الدوائي، و تظهر لديهم تأثيرات جانبية تمتع من مواصلة العلاج، وتبلغ نسبة التقديرات الحذرة حوالي (٣-٢٠%) (بيترمان، ٢٠٠٩: ٢٣٧).

لقد أوصى دي بول وستونر (DuPaul and Stoner, 1994) بضرورة اعتماد العلاج الدوائي في حالة وجود واحد أو أكثر من العوامل الستة التالية:

١. ارتفاع حدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وزيادة السلوك التخريبي.
٢. سيطرة القلق على سلوك الطفل.
٣. رغبة أولياء الأمور في استخدام الأدوية.
٤. رغبة الطفل في استخدام الدواء لتحسين أدائه داخل الفصل.
٥. إخفاق أساليب العلاج السلوكي منفردة في خفض الاضطراب.
٦. كفاءة المدرس وقدرته على مراقبة استخدام الطفل للدواء داخل الفصل (سيسالم، ٢٠٠١: ١٣٤).

- كما أكد (الحامد) بهذا الصدد على ضرورة الأخذ بالحسبان نتائج الدراسات التي توصي بـ:
- عدم استخدام العقاقير الدوائية كوسيلة علاجية منفردة؛ بل إشراكها مع أساليب وبرامج علاجية أخرى مثل برامج العلاج السلوكي والمعرفي وغيرها.
 - ليس كل الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يحتاجون إلى عقاقير دوائية، كما أنها لا تتجج بالضرورة مع كل المصابين بهذا الاضطراب.
 - إن درجة التحسن العامة لدى الطفل لا تعتمد كلياً على استخدام الأدوية ولكن على البرامج التدريبية المصاحبة، والفريق العامل مع الطفل، ودرجة اقتناع الطفل والأهل بأهمية الدواء ودوره في تحسين سلوكياته.
 - لابد من مراقبة مدى استجابة الطفل للعقار المستخدم، ومدى شدة الآثار الجانبية لديه، كما ويراعى تخفيض كمية الجرعة أو زيادتها أو الاستبدال بعقار آخر وفقاً لاستجابة الطفل.
 - مراعاة عمر الطفل حيث لا تعطى العقاقير المنشطة للأطفال دون سن الثالثة، أما عقار الريتالين يجب ألا يُعطى للطفل قبل بلوغه ست سنوات وفقاً لتوصيات منظمة الأغذية والأدوية الأمريكية (الحامد، ٢٠٠٢: ٨٩).

ويشير (الزيات) إلى أن الدراسات والبحوث التي أجريت حول مدى استمرارية آثار تدخل العلاج الدوائي لذوي اضطراب نقص الانتباه على الأداء المعرفي، والأكاديمي حيث بدت أقل من أثر التدخلات التربوية المدرسية، وكذلك بدت تلك الآثار على الجوانب الاجتماعية، والانفعالية محدودة إن لم تكن سالبة بسبب وقتية تأثير هذه العقاقير فسيولوجياً وعصبياً (الزيات، ٢٠٠٦: ٢١).

إن آثار العقاقير الطبية في التعلم والسلوك لم تكن جيدة، وذلك بسبب وجود آثار جانبية لتلك العقاقير مما دفع المعالجين إلى التركيز على العلاج السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي (ديبس، السمدوني، ١٩٩٨: ٩٥).

لقد أصدرت أكاديمية طب الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية (Academy of Pediatrics) عام ١٩٧٦ بياناً عن الأدوية المنشطة جاء فيه: "توصف الأدوية المنشطة للأطفال عندما تكون هناك صعوبات أو مشكلات واضحة تؤثر في أدائهم المدرسي، إضافة إلى تأثيرها في توافقهم الاجتماعي والسلوكي. إن هذه المشكلات والصعوبات قد تؤدي إلى الرسوب والفشل في الدراسة، وعدم القدرة على الوصول بالأداء إلى ما يتفق مع الامكانيات والقدرات الكامنة في الطفل، مما يؤدي إلى انخفاض الثقة بالنفس وإلى سلوك غير متوافق اجتماعياً، وإذا ما تم التأكد من أن هذا الدواء لا يحدث أي تأثير إيجابي، فإنه يجب التوقف عن تعاطيه" (سيسالم، ٢٠٠١: ١٣٢).

وتجدر الإشارة إلى أنه عند استخدام هذا النمط من العلاج يجب دراسة حالة الطفل بشكل جيد وتجريب الدواء بجرعات قليلة، وأن تتم زيادة حجم الجرعة بشكل تدريجي، ومخاطبة الطبيب عند ظهور الآثار الجانبية لدى الطفل (Mercer, 1997: 78).

كما أن اقتناع الطفل ووالديه بأهمية هذا الأسلوب العلاجي يساهم في تحسن أعراض هذا الاضطراب، ويشير سيسالم إلى أنه إذا اقتنع الطفل ووالديه مثلاً بالعلاج الدوائي في تحسين الأداء لديه سواء داخل المدرسة أم خارجها، فإنه من الطبيعي مستقبلاً بأن يربط استخدام الدواء والنجاح في المدرسة (سيسالم، ٢٠٠١: ١٣٠).

وهكذا نستنتج أنه على الرغم من الفوائد الكثيرة للعلاج الدوائي إلا أن ذلك لم يصل لدرجة يمكن أن نعتقد أنه يمكن اعتماده كعلاج منفرد مع حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط حيث إن الدواء وحده لا يحسن المهارات الاجتماعية أو الأكاديمية، وكذلك لا يرفع من مستوى التحصيل المدرسي، فالطفل لا يتعلم أي مهارات أو استراتيجيات من شأنها مساعدته على مواجهة مشكلاته اليومية في البيت والمدرسة، مع أخوته أو أقرانه إضافة إلى أن تأثير تلك الأدوية سرعان ما يتلاشى بعد ساعات من تناولها؛ لذا فقد بات من الضروري العمل بشكل جدي على تفعيل طرائق أخرى في العلاج كالعلاج السلوكي سواء تم استخدامه منفرداً أم ضمن صيغة تكاملية تجمع بينه وبين العلاج الدوائي.

ثانياً- العلاج الغذائي - الحمية (Diets):

ينطلق العلاج الغذائي من فرضية مفادها أن بعض الأفراد تختلف احتياجاتهم من المقدار الطبيعي من الفيتامينات والمواد المعدنية عن غيرهم، وذلك بسبب خلل وراثي أو أيضي مجهول. ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه على دور بعض الأطعمة مثل السكريات والألوان الصناعية والمواد الحافظة على اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وعليه فإنهم يرون أن عمل نظام غذائي خاص للأطفال المصابين بهذا الاضطراب من شأنه خفض الأعراض (سيسالم، ٢٠٠٦: ٢٢).

ويمكن القول بمعنى آخر إن هذا النمط من العلاج يعتمد بشكل أساسي على منع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من تناول الأطعمة التي تحتوي على الصبغيات والسكر والمواد الحافظة والإضافات مثل: الشيبس والبسكويت والعصير وغيرها. لقد أشارت العديد من الدراسات إلى ارتباط التغذية بمشكلات الحركة والانتباه والتي يمكن إجمالها في النقاط التالية:

- إن تسعة من عشرة أطفال من المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يدمنون على طحين السكر المكرر في عمر الرابعة.
- أن واحد من عشرة أطفال يحصل على تغذية صحية كافية خلال الطفولة المبكرة، كما أشارت الدراسات إلى أن التغذية الصحية تؤثر على درجة الذكاء بما يعادل (٢٠) درجة.
- أن الصبغيات المضافة على الأطعمة تؤثر بشكل كبير على النشاط الزائد وبالتالي يجب تجنب تلك الأطعمة.
- أن الحماية الغذائية المعتمدة على الأطعمة النباتية تساعد كثيراً على خفض مشكلات الحركة وعدم الانتباه، كما أن الأغذية المتوازنة والقليلة السكر تؤدي إلى نتائج أفضل (الخشرمي، ٢٠٠٢: ٢٠٩).

تشير الدراسات والبحوث التي أجريت على استخدام التدخل العلاجي بالتغذية للأطفال ذوي اضطرابات الانتباه وفرط النشاط إلى وجود علاقة إيجابية بين الحساسية للتغذية واضطراب فرط النشاط لدى الأطفال. وقد اعتمدت الدراسات على اختيار مفحوصيها من الأطفال الذين لديهم نوع من الحساسية للتغذية. ومن الدراسات الجديدة في هذا المجال دراسة كابلان وآخرون (Kaplan et al, 1989) التي أجريت على عدد من المفحوصين الذين يعانون من الحساسية لأنواع معينة من التغذية. وقد أظهرت النتائج أن (٤٢%) من المفحوصين قد حققوا تحسناً بمعدل (٥٠%) من سلوكياتهم، وأن (١٦%) حققوا تحسناً بنسبة (١٢%) فقط (الأدغم، الشامسي، الشبراوي، ١٩٩٩: ١٤).

لقد انتشرت العديد من البرامج والحميات الغذائية الحديثة الهادفة إلى خفض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ومنها نذكر: نظام فنجولد الغذائي (Feingold Diet) الذي انطلق من الفرضية التي تقول: إن كل الإضافات الغذائية ومادة الساليسلات (Salicylates) المكونة للأسبرين (والموجودة في اللوز، والعنب، والتفاح، والمشمش، والبرتقال، والخوخ، والطماطم، والخيار، والقهوة، والشاي، والخل) تؤدي إلى النشاط الحركي المفرط؛ لذا يجب ألا يحتوي الغذاء على هذه المواد ضمن الأطعمة التي يتناولها، وكذلك يؤكد على أهمية فيتامينات الأوميغا 3 (Omega3) وزيت السمك وفيتامين (B) والأحماض الأمينية (Amino Acids) والحديد والزنك وعنصر سنابتول (Synaptol) في البرنامج الغذائي للطفل لما لها من فوائد في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وتحسين الحالة الانفعالية، وتنشيط خلايا المخ، وتنشيط المولدات العصبية في خلايا المخ (سيسالم، ٢٠٠٦: ٢٥).

ومن الأبحاث التي تدعم هذا الاتجاه من العلاج دراسة هولبرو (Holborow, 1981) حيث قام بإجراء دراسة هدفت إلى اكتشاف أثر الحمية الغذائية على الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وتضمنت الدراسة مجموعتين: ضابطة وتجريبية؛ حيث طبق على المجموعة التجريبية برنامج الحمية الغذائية (منع الأطفال من تناول المأكولات التي تحتوي على الصبغات والمواد الحافظة) أشارت الدراسة إلى انخفاض مستوى ضعف الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة وأشارت الدراسة إلى فاعلية العلاج بالحمية يعتمد على اختيار أفراد العينة؛ فإذا كان أفراد العينة يعانون من اضطراب الحساسية من بعض الأطعمة فإنهم يستجيبون لبرنامج الحمية بمقدار (٥٠%) وفي حالة اختيار العينة بطريقة عشوائية فإن مقدار الفائدة يكون قليلاً (الزيات، ١٩٩٨: ٦٦).

أما برنامج (كوان) الغذائي (Cowan, 2002) الذي يتم فيه استبدال مجموعة من الأطعمة الممنوعة مثل: منتجات الألبان الطبيعية وبعض أنواع حليب الأطفال كامل الدسم، والأطعمة المحفوظة، والسكريات، والشوكولا، والمعجنات، والأطعمة المقلية، والوجبات السريعة، بأطعمة مثل البروتينات والمعادن والفيتامينات الموجودة في الخضراوات والفواكه الطازجة وزيت السمك. وقد أثبتت فعالية هذا البرنامج في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بنسبة (٢٠%) لدى الأطفال الذين استخدموه (الدراس، ٢٠٠٧: ٤٢).

ومن الضروري الإشارة إلى أنه، وعلى اختلاف برامج العلاج الغذائي، فلا بد من أن توضع من قبل اختصاصي تغذية حتى لا يفقد الطفل أي عنصر من العناصر الهامة له خلال عملية نموه مع مراعاة أهمية أخذ الطفل لساعات كافية من النوم، كما لا بد وأن تترافق مع جهود

مكتفة من الأهل للحفاظ على بيئة نظيفة وصحية من حول الطفل من خلال عدم التدخين، وعدم تعريضه للمواد المشعة، وعدم استخدام مواد كيميائية ضارة، وخلق بيئة أسرية دافئة ومشجعة للطفل وذلك من أجل مساعدته على الحفاظ على توازنه الانفعالي (Copeland & Love, 1995 : 39).

ثالثاً- العلاج التربوي (التدخل البيئي):

يقصد بالتدخل البيئي كافة التعديلات والإجراءات البيئية التي يمكن اتخاذها سواء كانت في المدرسة أو في البيت بهدف خفض النشاط الحركي الزائد وزيادة القدرة على الانتباه حيث تؤكد الدراسات على الأثر الإيجابي الذي تحدثه تلك التعديلات في خفض مستوى الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب :

١. التدخل البيئي المدرسي:

أو ما يعرف بأسلوب التدريس اللطيف (Gentle Teaching) ويعد هذا اتجاهاً جديداً في علاج العديد من المشكلات السلوكية لدى الأطفال المضطربين، وذوي الصعوبات بصفته مدخلاً للتربية الإنسانية القائمة على أساس المؤازرة الوجدانية، ويعتمد للإقلال من سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط دون استخدام عقاب من خلال علاقة إيجابية قائمة على الدفء، والتقبل، والتبادل، وتبني قيم لا تسلطية، والتأكيد على مساندة الطفل، وعدم تعريضه لمشادة ما، والصدقة والتعاون المتبادل، بدلاً من التركيز على الانصياع والطاعة والخضوع (الموافي، ١٩٩٥ : ٧).

ويشير السرطاوي وآخرون بهذا الصدد إلى بعض النصائح للتعامل مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

- يجب أن تكون القوانين والتعليمات الصفية قليلة وواضحة، ومختصرة، وسهلة التنفيذ.
- ينبغي أن تكون الحصص الدراسية قصيرة، وينبغي تقسيم المهمة التعليمية إلى مهام أقصر.
- يجب أن تكون هناك حصة انتقالية للطفل بعد الاستراحة.
- يجب أن يتم اختيار مكاناً قريباً للطفل منك، حيث يكون بعيداً عن الأماكن المشتتة للانتباه.
- يتم التغلب على سلوك الطفل عن طريق التنويع في الوسائل المستخدمة.

- يتم استخدام اليد للتعليمات البسيطة مثل: رفع اليد للدلالة على (قف)، والإشارة إلى العين للدلالة إلى (انظر)، والإشارة إلى الأذن للدلالة إلى (اسمع)، واستخدام إشارة خاصة لتذكير الطفل بعدم الاندفاع للإجابة دون تفكير (السرطاوي وآخرون، ٢٠٠١: ٣١٦-٣١٧).

كما أكد (الزيات) على أهمية التدريس العلاجي لذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من خلال اعتماد المعلم على بعض الاستراتيجيات التي تساهم مساهمة فعّالة في معالجة اضطراب نقص الانتباه ومنها:

- المحافظة على الاتصال بالعينين بين المعلم والطالب الذي يعاني من هذا الاضطراب خلال عملية التدريس اللفظي.
- أن تكون التعليمات واضحة ومركزة ومنطقية ومتسقة مع المتطلبات اليومية.
- التأكد من فهم الطالب للتعليمات أو التوجيهات قبل بدئه بالعمل اليومي على المهمات.
- تبسيط التعليمات الصعبة أو المعقدة مع تجنب الأوامر المتعددة.
- تكرار التعليمات بصورة هادئة وواضحة وإيجابية عند الحاجة إلى ذلك.
- الترحيب بضرورة تقديم المساعدة للطالب ذو اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؛ حيث إن هذا الطالب غالباً ما يقاوم حاجته للمساعدة.
- خفض التدريجي من حجم المساعدات التي تقدم للطالب، مع الأخذ بالحسبان أن هذا الطالب يحتاج مساعدات تفوق في المتوسط ما يحتاجه أقرانه العاديين.
- الحرص على وجود مذكرة يومية للواجبات تراجع يومياً للتأكد من أن أدائه للواجب اليومي صحيحاً (الزيات، ٢٠٠٦: ١٥).

وتجدر الإشارة إلى أنه من الضروري التأكيد على استخدام التعزيز المعنوي باستمرار، وعدم إغفال استخدام الألوان والأصوات المثيرة للانتباه حيث لا يشعر الطالب بالملل (الرواجفة، ٢٠٠٥: ٤٣).

٢. التدخل البيئي المنزلي:

غالباً ما تقود عملية إرشاد الأهل وتوعيتهم إلى تغييرات انفعالية وسلوكية لديهم ولدى طفلهم المصاب باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في آن واحد. ويغدو الوالدان أكثر مساندة وتفهماً

لطفهما المصاب، الأمر الذي يؤدي إلى اعتماد برامج تعليمية خاصة مناسبة له فيشرعان في فهم طفلها بدرجة أكبر، ويغيران من أسلوب تصرفهما كوالدين (سيلفر، ١٩٩٦: ٥٠).

وتهدف هذه البرامج إلى تدريب الوالدين على كيفية تنظيم سلوك أطفالهم، والعمل مع الطفل ذوي اضطراب نقص الانتباه المصاحب للنشاط الزائد كي يكتشف بنفسه نماذج السلوك، والطرائق البديلة للسيطرة على انفعالاته، والعمل على اكتساب مهارات جديدة في أساليب العلاقات الأسرية لهذا الطفل إضافة إلى التدعيم الإيجابي للسلوك المرغوب فيه لدى الطفل (اليوسفي، ٢٠٠٥: ٤٤).

فعادة ما توظف برامج تدريب الوالدين على طرائق العلاج السلوكي فقط، أو تكون مقرونة باستراتيجيات التدخل العلاجية الأخرى: كالعلاج الطبي في معالجة الأطفال الذين لديهم ضعف انتباه ونشاط زائد؛ حيث يتلقى الوالدان - وبشكل منظم - أساليب وطرائق التعامل مع طفلهم، خصوصاً في الحالات الطارئة، وبعض هذه البرامج تتضمن إضافة لما سبق برامج إرشادية (Barkely, 1985).

لقد أثبت فور هاند ومكماهون (Forehand & McMahon, 1981: 57) فاعلية تدريب الوالدين على التفاعل السليم مع السلوك المشكل لدى طفلهم من خلال برنامج تعليمي أعداه لذلك، والذي يهدف إلى تعديل السلوك المشكل للطفل إلى سلوك مقبول اجتماعياً، وذلك باستخدام أساليب التعزيز الإيجابي، والسلبى، والعزل، ولعب الأدوار.

ومن الأساليب المستخدمة في تدريب الوالدين ما يلي :

أ. تعزيز قيمة انتباه الوالدين:

ويتأتى ذلك من خلال إثارة الوالدين إلى ضرورة زيادة الاهتمام بملاحظة الطفل ومتابعته وقضاء وقت يومي في الانغماس في أنشطة سارة ومُبهِجة للطفل، وعدم محاولة إجهاده أو الضغط عليه، أو توبيخه، أو تهديده بالنتائج المترتبة على سلوكه.

ب. تعزيز سلوك المطاوعة أو الطاعة لدى الطفل:

بهدف تخفيض الأنشطة أو الأنماط السلوكية غير المرغوبة التي تصدر عن الطفل، ومن ثم تؤثر عملية تعزيز سلوكه مطاوعة الطفل للكبار وبناء جسور من الثقة بينه وبينهم في التخلص التدريجي من السلوكات غير المرغوبة أو على الأقل تخفيضها.

ج. إيجاد نظام أسرى للكسب والخسارة:

انطلاقاً من فكرة التعزيز المباشر لسلوك الطفل إيجاباً أو سلباً يجب وضع نظام أو قواعد تقوم على المكسب أو الخسارة اعتماداً على السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة التي تصدر عن الطفل ، فيحصل الطفل على قيم نقدية رمزية مع زيادة رصيده من السلوكيات المرغوبة، ويخسر الطفل قيمة نقدية رمزية مع نقص رصيده أو مع تكرار السلوكيات غير المرغوبة، ويمكن عمل قائمة بهذه الأنماط مثل قوائم المكسب والخسارة .

د. تخصيص وقت حر تلقائي لا يتقيد فيه الطفل بالأوامر:

هذا الوقت يكون بلا أي تعزيزات؛ أي خارج نطاق التعزيز، ويستهدف وضع الطفل في مواقف سلوكية يعبر فيها عن ذاته بشكل حر وتلقائي دون التقيد بالآثار المرتبطة بأشكال التعزيز، مع ملاحظة الأنماط السلوكية التي تصدر عن الطفل خلال هذه المواقف، وإلى أي مدى استطاع الطفل أن يعمم السلوكيات المرغوبة في المواقف المختلفة خارج نطاق التعزيز.

هـ. شمول أو إتاحة مدى أكبر للسلوكيات:

يمكن إتاحة مدى أكبر لأنماط أخرى من السلوك، ومتابعة تقدم الطفل وتعميمه للسلوكيات المرغوبة خلالها، وهكذا حتى يستوعب الطفل مدى أكبر من السلوكيات في الاتجاه المرغوب (الزيات، ١٩٩٨، ٢٧٦ – ٢٨٤).

رابعاً - العلاج السلوكي:

يُعد العلاج السلوكي أحد الأساليب الفعّالة في علاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال، الذي أجمع على تعريفه العديد من الباحثين الذين توصلوا إلى أنه "التطبيق المنظم لقوانين التعلم بهدف تغيير السلوك الإنساني. ويتضمن العمل على زيادة السلوك أو تشكيله أو إضعافه في البيئة الطبيعية من خلال تنظيم الظروف أو المتغيرات البيئية خاصة ما يحدث منها بعد السلوك لأن السلوك محكوم بنتائجه (الدليل الموحد، ٢٠٠١: ٥٠٥). فإذا كانت توابعه سلبية قل احتمال حدوثه في المستقبل، وإذا كانت توابعه إيجابية زاد احتمال حدوثه في المستقبل. ويبيّن العزة (٢٠٠١) أن مصطلح العلاج السلوكي هو "مجموعة الإجراءات التي انبثقت من قوانين السلوك، وهي القوانين التي تصف العلاقات الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك، وهي منهجية علمية لمعالجة المشكلات السلوكية تتمّ وفقاً لعملية منظمة تشتمل على تطبيق إجراءات علاجية معينة، الهدف منها ضبط المتغيرات المسؤولة عن السلوك" (العزة، ٢٠٠١: ٢٥).

وبناءً على هذا التعريف، الذي أجمع عليه أغلب الباحثين في المجال (الظاهر، ٢٠٠٥؛ الخطيب، ٢٠٠٨؛ الروسان، ٢٠٠٠؛...) فإن مصطلح تعديل السلوك هو امتداد للبحث المخبري

المعروف باسم التحليل السلوكي التجريبي (Applied Behavior Analysis) الذي وضع أسسه عالم النفس الأمريكي سكينر. ومن الجدير بالذكر أن مصطلحات عديدة أخرى تستخدم للإشارة إلى هذا المجال على الرغم من أنها ترتبط ببعضها ارتباطاً وثيقاً يكون من الصعوبة معها التمييز فيما بينها أحياناً. و من هذه المصطلحات: الإشراف الإجرائي (Operant Conditioning)، المنحى السكينري (Skinnerian Approach)، علم النفس السلوكي (Behavior Psychology)، العلاج السلوكي (Behavior Therapy)، تعديل السلوك (Behavior Modification). وتجدر الإشارة إلى أن سكينر (Skinner) قد ميز بين نوعين من السلوك هما: السلوك الاستجابي الذي يتبع مثيراً محدداً وهو سلوك لا إرادي، أو ما يسمى بالإشراف الكلاسيكي (Classical Conditioning). و السلوك الإجرائي الذي يؤديه الفرد في غياب مثير قبلي واضح، وهو يعتمد في حدوثه على النتائج التي تتبع ذلك السلوك. بمعنى آخر إن الفرد يتجه إلى تكرار السلوكات التي تؤدي إلى نتائج إيجابية، و لا يتجه إلى تكرار السلوكات التي تعود عليه بنتائج سلبية. ويسمى بالإشراف الإجرائي (Operant Conditioning) (عبد الهادي، العزة، ٢٠٠١: ١٨).

لقد أشار بعض الباحثين مثل كاليش (Kalish, 1981) إلى ضرورة التمييز بين تعديل السلوك والعلاج السلوكي، وذكر بأن مصطلح تعديل السلوك يشير إلى الإجراءات التي تستخدم لتغيير السلوك؛ أي سلوك في أي وضع كان. أما العلاج السلوكي فقد عرفه على أنه مصطلح يشير بالتحديد إلى الإجراءات التي تستخدم لمعالجة المشكلات السلوكية، ومهما يكن من أمر، فإن وجهة النظر الأكثر قبولاً هي تلك التي ترى أن لا حاجة بنا إلى فصل تعديل السلوك عن العلاج السلوكي، وقد أكد هذا الأمر كل من ماهوني وكازدين وليسونينغ (Mahonet, Kazdin & Lesswing, 1974) على أن العلاج السلوكي (تعديل السلوك) هو مجموعة الإجراءات العلاجية المستمدة من النتائج التجريبية للبحوث النفسية، ويؤكدون على أن العلاج السلوكي منحى تحليلي وتجريبي يعتمد في تعامله مع الظاهرة العيادية على البيانات الموضوعية (الخطيب، ٢٠٠٨: ١٣-١٤).

ويمكن التوقف عند أبرز الخصائص التي يتصف بها العلاج السلوكي:

١. إن منحى العلاج السلوكي تطبيقي (Applied)؛ أي أن تعديل السلوك يحدث في بيئة الفرد الطبيعية ولا يحدث في فراغ.
٢. إنه سلوكي (Behavioral)؛ أي أنه يجب التركيز على سلوك الفرد المعالج وليس على ما يقوله الفرد عن حالته.

٣. إنه تحليلي (Analytic)، إن على المعالج السلوكي أن يحلل السلوك إذا أراد تعديله، وأن عليه أن يحدّد المتغيّرات المسؤولة عن حدوثه.

٤. إنه تقني (Technological)؛ أي أن على المعالج أن يصف الإجراءات والسياسات العلاجية التي استخدمها بشكل واضح.

٥. إنه فعّال (Effective)، إن تغيير السلوك يجب أن يشير إلى تغيّرات ذات دلالة في سلوكيات الفرد المستهدفة (عبد الهادي، العزة، ٢٠٠١: ٣٣).

ويذكر (ابراهيم والدخيل وابراهيم) (١٩٩٣) بعضاً من المسلمات الرئيسة التي يتبناها العلاج السلوكي وهي:

١. إن العلاج السلوكي لا يعتمد على تفسيرات لا شعورية للسلوك؛ حيث يركز اهتماماته على علاج الأعراض بصورتها الراهنة وبالشكل الذي يعانيه المتعالج.

٢. إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرائق العلاج السلوكي شيئان ملتزمان؛ إذ أن تشخيص المشكلة السلوكية لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء التي مر بها الطفل فجعلته يقوم بهذا السلوك أو ذاك، وفي هذه الحالة يكون دور المعالج السلوكي هو الاهتمام برصد تلك الاستجابات أو ردود الأفعال البيئية التي حدثت قبل ظهور السلوك المشكل وبعد ظهوره. إن المعالج السلوكي عندما يقوم بعملية التشخيص فإنه يبحث عن الشروط التي أحاطت بعملية التعلم المرضي وماهية الأسباب التي إذا أمكن إزالتها تحقق العلاج.

٣. إن العلاج السلوكي لا يرى وجوب إزالة ما وراء الأعراض من أمراض أو صراعات داخلية مفترضة، وهو يرى أن علاج العرض هو علاج للمرض، وأن العلاج الفعّالية هو الذي يمكننا من التخلص من تلك الأعراض بنجاح.

٤. ينظر المعالج السلوكي إلى أن تبني العلاج السلوكي دون غيره من أنواع العلاج النفسي الأخرى في علاج مشكلة كالخوف مثلاً سيجعل الطفل قادراً على مواجهة مشكلته الراهنة الأمر الذي سوف يؤدي إلى تغيير شامل وإيجابي في شخصيته (ابراهيم، الدخيل، ١٩٩٣: ٣٨).

أما الفنيات التي يستخدمها العلاج السلوكي فهي كثيرة ومتنوعة، ونذكر منها: التعزيز بأنواعه، النمذجة، تكلفة الاستجابة، التجاهل، الإقصاء، التصحيح الزائد، الاقتصاد الرمزي،

التعاقد السلوكي، وغيرها من الاستراتيجيات التي تتناسب وطبيعة المشكلة، وتهدف إلى تغيير بيئة الطفل المادية والنفسية والاجتماعية لمساعدته على تحسين سلوكه (بركة، ٢٠٠٧: ٥٦).

لقد استخدمت فنيات تعديل السلوك في تدليل كثير من المشكلات والصعوبات التي تواجه الاطفال سواء ذلك في اطار الصف أم البيت أم أي مكان يحدث فيه السلوك (الظاهر، ٢٠٠٤: ١١٩). ويضيف كوفمان (Kauffman, 2005) أن التدخل السلوكي يتطلب معرفة تامة بالفرد المصاب وسلوكاته، كما أنه لا بد من إشراك الآباء في هذه العملية لما في ذلك من أثر إيجابي في توحيد استخدام الإجراءات بين المنزل والمدرسة (الزراع، ٢٠٠٧: ٥٤).

وتتم عملية تعديل السلوك وفقاً للخطوات الأساسية التالية التي لا بد من التوقف عند كل منها:

١. تحديد المشكلة السلوكية.
 ٢. تعريف المشكلة السلوكية إجرائياً.
 ٣. قياس السلوك.
 ٤. التقييم الوظيفي للسلوك.
 ٥. تصميم خطة العلاج.
 ٦. تنفيذ خطة العلاج .
 ٧. تقييم فعالية خطة العلاج وتلخيص النتائج (الخطيب، ٢٠٠٨: ٢٢٢).
١. **تحديد المشكلة السلوكية:** أي تحديد السلوك المراد تعديله، الذي يرغب المعالج تخلص الفرد منه بناءً على رغبة الفرد أو ذويه بعد الأخذ بالحسبان عدة نقاط من أهمها:
- أ. تحديد المرحلة العمرية للفرد المراد تعديل سلوكه. هل سلوك هذا الفرد بحاجة إلى تعديل مقارنة بسلوكات الأفراد الذين ينتمون إلى نفس مرحلته العمرية؟.
- ب. هل هذا السلوك مرفوض من الجماعة؟.
- ج. هل هذا السلوك يؤثر في إنتاجية الفرد وإنجازه (عبد الهادي، العزة، ٢٠٠١، ٤١)؟.

٢. **تعريف المشكلة السلوكية:** إن هناك ضرورة كبيرة لتعريف المشكلة السلوكية على نحو واضح وكامل ودقيق؛ حيث أنه لا يمكن التحقق من فعالية البرنامج العلاجي السلوكي إلا وفقاً لتعريف واضح للمشكلة بناءً على قياسها بشكل موضوعي وتجنب التحيزات. ويكون

تعريف المشكلة السلوكية جيداً إذا كانت قابلة للملاحظة المباشرة والقياس (عبد الهادي، العزة، ٢٠٠١: ٤٣).

٣. **قياس السلوك:** إن عملية القياس السلوكي هي عملية متواصلة تشمل جميع مراحل عملية تعديل السلوك من الخط القاعدي، مروراً بمرحلة العلاج وتقييمه، انتهاءً بمرحلة المتابعة. ويعتمد اختيارنا لطريقة قياس السلوك المناسبة على طبيعة السلوك المستهدف، وتأخذ الطريقة المستخدمة في قياس السلوك أشكالاً متعددة مثل: تسجيل تكرار السلوك، تسجيل مدة السلوك، تسجيل الفواصل الزمنية، تسجيل العينات اللحظية، ولا بد من التأكيد في هذا الإطار على أن تتم عملية قياس السلوك من قبل أشخاص مدربين جيداً بملاحظته وتسجيله (الخطيب، ٢٠٠٣: ١٣٦).

٤. **التقييم الوظيفي للسلوك:** إن من الضروري عند البدء بوضع الخطة العلاجية السلوكية للسلوك المراد تعديله من تحديد الوظيفة التي يخدمها هذا السلوك. إن مسألة التقييم الوظيفي للسلوك تتطلب استخدام الملاحظة السلوكية الجيدة وتحديد كلاً من سوابق السلوك وتوابعه وفقاً للنموذج (A.B.C) ومن خلال ذلك يمكن تحديد حجم المشكلة السلوكية ومدى شدتها مع عدم استبعاد وجود أسباب طارئة قد تكون مسببة مثل: قلة النوم، التعب، المرض، ويجب الانتباه إذا كان السلوك في إطار البيئة المحيطة بالطفل (بطرس، ٢٠١٠: ٢١٢).

إن اتباع التقييم الوظيفي للسلوك هو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفياً للسلوك المراد تعديله؛ أي أنه يمكن المحافظة على الوظائف المحددة للسلوك المراد تعديله من خلال اختيار سلوكات أخرى بديلة.

إن من أكثر الوظائف أو الأسباب شيوعاً المرتبطة بظهور سلوك معين تتضمن الحاجة لما يلي:

- أ. الحصول على الانتباه أو على شيء مرغوب به.
- ب. الهروب من مطلب محدد وتجنبه أو الهروب من طلب أو نشاط أو من شخص.
- ج. تجنب نشاط محدد مثل: تجنب مهمة صعبة، أو الانتقال، أو الاعتراض على نشاط معين.
- د. الاستثارة الذاتية التي يمكن التعبير عنها بطرائق مختلفة وتحمل القليل من المعاني الاجتماعية للآخرين، وتؤثر في العلاقات الاجتماعية وفي التعلم والتطور العصبي (كوجل، كوجل، ٢٠٠٣، ٣٠).

لقد عززت الأدبيات البحثية التي أجريت في هذا المجال من ادراكنا لأهمية تطوير تدخلات سلوكية مبنية على نتائج التقييم الوظيفي، وقد نشأ مفهوم التقييم الوظيفي من الاعتقاد بأنه من أجل تعديل السلوك المشكل ينبغي فهم الوظيفة التي يؤديها، فمن الأهمية بمكان أن نتمكن من تحديد العوامل البيئية المؤثرة في إحداث السلوكات المستهدفة، ويجب أن تؤدي الفرضية المستقاة من التقييم الوظيفي إلى التنبؤ بالظروف التي يظهر أو لا يظهر فيها السلوك المستهدف. وتتيح لنا المعلومات المتعلقة بالمتغيرات المسيطرة على السلوك وضع فرضيات عن العلاقة الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك المستهدف الذي تمّ ظهوره. وحالما يتمّ التوصل إلى فهم لوظيفة السلوك فإنه يمكن تطوير تدخل علاجي لمساعدة الطفل في تعلم سلوكات ملائمة لها ذات الوظيفة. وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن اعتماد نماذج واستمارات تقييم خاصة بهدف القيام بالتقييم الوظيفي للسلوك المراد تعديله.

٥. **تصميم الخطة العلاجية:** يتمّ في هذه المرحلة تصميم الخطة العلاجية، إذ اكتملت لدى المعالج صورة واضحة عن السلوك المرضي (المطلوب علاجه)، وأصبحت لديه بيانات وافرة عن شيوع هذا السلوك والمكاسب التي يجنيها منه الطفل، وتتضمن الخطة العلاجية ما يلي:

- أ. تحديد الأهداف الإجرائية التي يفضل أن يتمّ صوغها بشكل إيجابي مثلاً بدلاً من القول: التوقف عن المجادلة تكوّن الصياغة الأكثر إيجابية هي: تزايد نسبة الاصغاء.
- ب. إشراك الوالدين والطفل في وضع البرنامج، فمن خلال التعاون معهما يمكن أن تحدد المدعمات الإيجابية والسلبية التي ستعوق ظهور السلوك المرغوب فيه أو تيسر ظهوره.
- ج. الاستعانة بقائمة المعزّزات وضرورة أن يتمّ اختيار هذه المعزّزات؛ حيث تكوّن ملائمة للطفل، وأن يتمّ تقديمها وفق الخطة العلاجية.
- د. أن تتضمن الخطة العلاجية الفنيات العلاجية المناسبة التي ستستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب فيه، وإيقاف السلوك غير المرغوب فيه.

٦. **تقييم فعالية خطة العلاج وتعميم السلوك:** يجب أن يتمّ تقويم لفعالية خطة العلاج المتبعة، ومن ثمّ تلخيص للنتائج وإيصالها إلى من يهمهم الأمر، وتجدر الإشارة إلى أنه لا بد من العمل على تعميم السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية؛ إذ ينبغي تشجيع الطفل على تعميم خبراته الإيجابية التي تعلمها من خلال تحفيزه بكل الوسائل الممكنة

على المحادثات الإيجابية، والتعبير عن احتياجاته بحرية (ابراهيم، الدخيل، ابراهيم، ١٩٩٣: ١٧٦).

- الفنيات العلاجية السلوكية:

تهدف برامج تعديل السلوك عند الاطفال إلى تكوين سلوكيات جديدة مناسبة وزيادة السلوكيات المرغوبة وإنقاص السلوكيات غير المرغوبة لديهم، ويمكن تعديل سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بواسطة التحكم في عواقب السلوك (Wenar, 1994: 166).

ويرى القمش والمعاينة أن من أبرز فنيات العلاج السلوكي التي أثبتت فاعليتها في الحد من مشكلة فرط النشاط ونقص الانتباه ما يلي:

- التنظيم الذاتي (Self-Regulation) الذي يشمل الملاحظة الذاتية (Self Observation) والمتابعة الذاتية (Self Monitoring) والتعزيز الذاتي (Self Reinforcement) ويتمثل المسوغ الأساسي لاستخدام التنظيم الذاتي لمعالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في افتراض مفاده: إن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة يستطيع تعميم التغيرات التي تطرأ على سلوكه إلى ظروف أخرى من دون تدخل علاجي خارجي.

- التعزيز الرمزي (Token Reinforcement).

- التعاقد السلوكي (Behavioral Contracting).

- التغذية الراجعة (Feedback).

- الاسترخاء (Relaxation): انطلاقاً من أن تدريب الطفل على الاسترخاء يقلل من تشنّته.

فقد استخدم مكبريان (McBrein,1976) أسلوب الاسترخاء العضلي التام بنجاح في معالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال في الصف الأول الابتدائي وتضمن البرنامج العلاجي أيضاً استخدام التخيل (Imagination) وذلك بهدف مساعدة الأطفال على تخيل مشاهد تبعث الراحة في أنفسهم في أثناء الاسترخاء. (القمش والمعاينة، ٢٠٠٩: ٢٠٠).

ونظراً لاهتمام هذا البحث بتعرف فاعلية العلاج السلوكي لدى واحد من أهم اضطرابات الأطفال شيوياً وهو اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من الأطفال المراجعين

للعيادات النفسية طلباً للخدمات العلاجية فقد توقفت الباحثة عند بعض الفنيات العلاجية السلوكية التي تم استخدامها للعمل على: زيادة السلوك المرغوب فيه مثل (التعزيز الرمزي والتعزيز التفاضلي للسلوك النقيض أو المناسب)، وخفض السلوك غير المرغوب فيه مثل (تكلفة الاستجابة)، والتي أكدت الدراسات فاعليتها في الحد من أعراض هذا الاضطراب: (الخطيب، ٢٠٠٨)، (الظاهر، ٢٠٠٤)، (العايد، ٢٠٠٨)، (الرواجفة، ٢٠٠٥)، (Dupaul & Barkley, 1993)، (Rickman, 1996)، (Salanto, 1990)،

ومن المفيد قبل البدء بالوقوف على أبرز الفنيات العلاجية المستخدمة عموماً في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من التأكيد على أهمية تضمين أي خطة علاجية على اختلاف الفنيات المستخدمة على اعتماد التغذية الراجعة (Feedback)، والتي تعني تقديم معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه، وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي والمستقبلي، وفيما يلي أهم تلك الفنيات :

١. التعزيز (Reinforcement):

يُعد التعزيز من أهم الفنيات العلاجية المستخدمة، وهو حالة ينتهي بها السلوك حيث تزيد احتمال حدوثه في المستقبل، والمُعزّز عبارة عن حدث أو مكافأة تزيد احتمال حدوث السلوك وتكراره في المستقبل عندما يعقبه المعزّز (الشخص، الدماطي، ١٩٩٢: ٣٨١). إنه عملية تدعيم السلوك المناسب أو زيادة احتمالات تكراره في المستقبل بإضافة مثيرات إيجابية أو إزالة مثيرات سلبية بعد حدوثه. ولا تقتصر وظيفة التعزيز على زيادة احتمالات تكرار السلوك في المستقبل، فهو ذو أثر إيجابي من الناحية الانفعالية؛ أيضاً حيث يؤدي التعزيز إلى تحسين مفهوم الذات، وهو أيضاً يستثير الدافعية ويضم تغذية راجعة بناءة. ويأخذ التعزيز أشكالاً عديدة فقد يكون أولياً؛ (أي أن المثير يؤدي بطبيعته إلى تقوية السلوك دون خبرة سابقة أو تعلم) أو ثانوياً؛ (أي أن المثير يكتسب خاصية التعزيز من خلال اقترانه بالمعززات الأولية. كما وقد يكون طبعياً؛ (أي أن علاقته بالسلوك منطقية ومألوفة) أو اصطناعياً؛ (أي أن علاقته بالسلوك غير مألوفة) وقد يكون خارجياً؛ (بمعنى أن شخص ما يقدم التعزيز) أو داخلياً؛ (بمعنى أن الشخص يعزز سلوكه ذاتياً) (الدليل الموحد، ٢٠٠١: ٥١٣).

إن التعزيز من فنيات العلاج السلوكي التي لا يكاد يخلو منها أي برنامج علاجي مستخدم مع الطفل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؛ ففي دراسة جريسانزو (Grisanzo, 2000) التي هدفت إلى تقييم فعالية التعزيز في زيادة معدل الانتباه على عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، وعددهم (٥) ذكور تراوحت

أعمارهم بين (٨ - ١٠)، استخدم فيها اختبار متغيرات الانتباه (TOVA) (اختبار الأداء المستمر على الحاسب) مع تقديم التعزيز عند انتباه الطفل وقيامه بخطوة صحيحة، وقد تم تطبيق البرنامج على مدى (١٨ - ٢٦) جلسة لمدة أربعة أشهر وأسفرت النتائج عن تحسن طفيف في انتباه عينة الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه (محمد علي، ٢٠١٠: ٥١).

ولابد من التوقف عند العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز:

أ. **فورية التعزيز:** إن أحد أهم العوامل التي تزيد من فعالية التعزيز هو تقديمه مباشرة بعد حدوث السلوك. إن التأخر في تقديم المعزز قد ينتج عنه تعزيز سلوكيات غير مستهدفة لا نريد تقويتها، قد تكون حدثت في الفترة الواقعة بين حدوث السلوك المستهدف وتقديم المعزز. فعندما لا يكون ممكناً تقديم المعزز مباشرة بعد حدوث السلوك المستهدف، فإنه ينصح بإعطاء الفرد معززات وسيطية (كالمعززات الرمزية أو الثناء) بهدف الإحياء للفرد بأن التعزيز قادم.

ب. **ثبات التعزيز:** حيث يتم استخدام التعزيز على نحو منظم وفقاً لقوانين معينة يتم تحديدها قبل البدء بتنفيذ برنامج العلاج، فلا يكفي أن نعطي المعزز مباشرة بعد حدوث السلوك مباشرة، وإنما يجب ألا يتصف التعزيز بالعشوائية. إن من المهم أن يتم تعزيز السلوك بتواصل في مرحلة اكتساب السلوك وبعد ذلك؛ أي في مرحلة المحافظة على استمرارية السلوك فإننا ننتقل إلى التعزيز المتقطع.

ج. **كمية التعزيز:** يجب تحديد كمية التعزيز التي تُعطى للفرد، وذلك يعتمد على نوع المعزز. فكلما كانت كمية التعزيز أكبر كانت فعالية التعزيز أكثر، إلا أن إعطاء كمية كبيرة جداً من المعزز في فترة زمنية قصيرة قد يؤدي إلى الإشباع، والإشباع يؤدي إلى فقدان قيمة المعزز، لهذا علينا أن نستخدم معززات مختلفة لا معزز واحد (الخطيب، ٢٠٠٨: ١٥٧).

د. **مستوى الحرمان-الإشباع:** معظم المعززات تكون أكثر فعالية عندما يكون مستوى حرمان الفرد منها كبيراً نسبياً.

هـ. **درجة صعوبة السلوك:** كلما ازدادت درجة تعقيد السلوك، أصبحت الحاجة إلى كمية كبيرة من التعزيز أكثر.

و. **التنوع:** إن استخدام أنواع مختلفة من المعزّز نفسه أكثر فعّالية من استخدام نوع واحد منه.

ز. **التقييم الوظيفي للسلوك:** يجب أن يعتمد استخدامنا للمعزّزات إلى تحليلنا للظروف البيئية التي يعيش فيها الفرد ودراسة احتمالات التعزيز المتوافرة في تلك البيئة.

ح. **الجِدَّة:** عندما يكون المعزّز شيئاً جديداً فإنه يكسب خاصية؛ لذا ينصح بمحاولة استخدام أشياء غير مألوفة قدر الإمكان (بطرس، ٢٠١٠: ٢٢٢).

وهنا يجب التوقف عند نقطة جوهرية بصدد أهمية استخدام المعزّز الفعّال من خلال ملاحظة زيادة معدل السلوك المستقبلي اللاحق. وللتأكيد على أن تلك المعزّزات وظيفية فإن إتاحة الفرصة للطفل ليساعد في انتقائها تُعد فكرة جيدة، وهذا ما يسمى بتقييم المعزّزات أو تحديدها، فكيف تتم عملية تحديد المعزّزات؟

تتمّ عملية تقييم المعزّزات من خلال تقييم النتائج التي عادة ما تتبع السلوك غير المناسب فإذا أظهر الطفل بأنه غير مهتمّ بالمكافآت فمن الممكن أن يظهر من خلال تحليل الوظيفة بأن السلوك غير المناسب يساعد الطفل، وما إن يتمّ تحديد وظيفة السلوك غير المناسب فغالباً ما يكون بالإمكان اختيار معزز مناسب يؤدي الوظيفة نفسها التي يؤديها السلوك غير المناسب (كوجل، كوجل، ٢٠٠٣: ١٥٠)، ويمكن الاستفادة من الأهل في توجيه الاختصاصي إلى نوع المعزّزات التي تحتل الأولوية لدى طفلهم.

وهناك خمسة أنواع من المعزّزات وهي:

أ. **المعزّزات الغذائية:** وهي ذات أثر بالغ في السلوك إذا ما كان إعطاؤها للفرد متوقفاً على تأديته لذلك السلوك، وتشمل كل أنواع الطعام والشراب التي يفضلها الفرد. ولهذا النوع مشكلات عدة من أبرزها: أنه ليس من المقبول أن يجعل معدل السلوك إمكانية حصول الفرد على ما يحبه من الطعام متوقفاً على تأديته للسلوكات التي يهدف برنامج العلاج إلى تقويتها. كذلك فإن مشكلة الإشباع كثيراً ما تعترض معدل السلوك والمقصود بذلك أن كثيراً ما يفقد المعزّز فعاليته نتيجة استهلاك الفرد كمية كبيرة منه (الخطيب، ٢٠٠٣: ١٨٧).

ب. **المعزّزات المادية:** وتشمل الأشياء التي يحبها الفرد (كالألعاب، القصص، الألوان، الأفلام، الصور، الأقلام،....)، وعلى الرغم من فعالية هذه المعزّزات إلا أن هناك من يعترض على استخدامها باعتبار أن تقديم معزّزات خارجية للفرد مقابل تأديته للسلوك المطلوب منه يعتبر رشوة من قبل المعالج أو المعدّل.

ج. **المعزّزات الرمزية:** وهي المعزّزات القابلة للاستبدال برموز معينة (كالنقاط، الفيش، النجوم،....) التي يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المراد تقويته ويستبدلها فيما بعد بمعزّزات أخرى (عبد الهادي، العزة، ٢٠٠١: ١٢٧).

د. **المعزّزات النشاطية:** وهي نشاطات معينة يحبها الفرد، يسمح له بالقيام بها حال تأديته للسلوك المرغوب به، كالسماح للطفل باللعب على الكمبيوتر بعد الانتهاء من واجبه المدرسي. إن لهذه المعزّزات حسنات كثيرة منها: أنه ينظر إليها على أنها أكثر تقبلاً من المعزّزات المادية والغذائية. كذلك فالإشباع نادراً ما يحدث عند استخدام النشاطات، واستخدام هذا النوع من المعزّزات غالباً ما يستند إلى قانون الجدة أو قانون بريماك (Premack Principle) الذي وضعه عالم النفس الأمريكي بريماك (Premack) (الخطيب، ٢٠٠٣: ١٨٨).

هـ. **المعزّزات الاجتماعية:** وهذه المعزّزات كثيرة جداً ومنها الابتسام، والتثناء، والانتباه، والتصفيق، والتربيت على الكتف،.... ولهذه المعزّزات إيجابيات كثيرة جداً من أبرزها؛

أنها مثيرات طبيعية يمكن تقديمها بعد السلوك مباشرة ونادراً ما يؤدي استخدامها إلى الإشباع (بطرس، ٢٠١٠: ٢٢١).

وللتعزيز عدة أشكال منها:

١-١ التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement): وهو الإجراء الذي يزيد من قوة الاستجابة أو احتمالية حدوثها في المستقبل في مواقف مشابهة حيث تعقب السلوك نواتج تزيد من احتمالية ظهوره في مرات لاحقة مشابهة تسمى هذه النواتج بالمعززات، وتسمى العملية بالتعزيز الإيجابي ولهذا فإن مبدأ التعزيز الإيجابي يتضمن جانبين هامين هما:

أ- إذا قام شخص ما بسلوك ما وتبع سلوكه نواحي معينة.

ب- تزداد احتمالات أن يقوم ذلك الشخص بسلوك مشابه إذا تكرر الموقف أو في مواقف مشابهة.

٢-١ التعزيز السلبي (Negative Reinforcement): ويتم فيه العمل على تقوية السلوك من خلال إزالة مثير بغيض أو مؤلم أو منع أشياء مزعجة أو كراهية كالتوقف عن الضرب أو إيقاع أي عقوبات بعد حدوث السلوك المرغوب فيه (عبد الهادي، العزة، ٢٠٠١: ١٢٢).

٣-١ التعزيز الرمزي (Token Reinforcement): هو عبارة عن أشياء مادية أو رموز تعطى للطفل في حالة قيامه بسلوك مرغوب فيه أو إقلاعه عن سلوك غير مرغوب فيه، ومن الأمثلة على هذه الأشياء: الأشكال البلاستيكية، الطوابع، النجوم، وتسمى هذه الأشياء فيشاً. وفي الواقع أن هذه الفيش ليس لها قيمة للطفل إلا بعد إبدالها بمعززات أولية أو ثانوية يرغبها الطفل. ويشار إلى هذا النوع من التعزيز في أدبيات العلاج السلوكي ببرامج الاقتصاد الرمزي لأن تنفيذها يتم وفقاً لمبدأ العرض والطلب، حيث يتم توفير قائمة بمعززات متنوعة يستطيع الفرد اختيار ما يشاء منها إذا نجح في تجميع العدد الكافي من الرموز المطلوبة لكل معزز في القائمة (الخطيب، الحديدي، ١٩٩٧: ٦٣).

وفي دراسة قام بها كل من الخطيب والحديدي (٢٠٠٤) تم تطبيق برنامج التعزيز الرمزي المتمثل بإعطاء طفل يعاني من السلوكيات غير المرغوبة التالية: البقاء مستيقظاً، سلوك عدم الطاعة، الانتقائية المفرطة في الطعام، نجمة في حالة التزامه وتنفيذه نقاط الاتفاق. فقد لوحظ في نهاية البرنامج - ومقارنةً بالخط القاعدي لأنماط السلوك المذكورة - انخفاض سلوك عدم النوم والخروج من الغرفة بمتوسط ثلاث مرات في اليوم إلى أن توقف السلوك بشكل تام، كما وأن

سلوك عدم الطاعة قد انخفض من (٤٢ %) إلى (١٩ %). أما فيما يخص الانتقائية المفرطة بالطعام فقد بدأ الطفل يأكل كل طعام يقدم له (الخطيب والحديدي، ٢٠٠٤: ٤٢).

وفي دراسة أجريت على تسعة أطفال في المرحلة الابتدائية استطاع أوليري وروزنيوم وبرائيس (O'Leary, Pleham, Reosenbarm & Price, 1976) إحداث تغيير ذي دلالة إحصائية وعيادية كبيرة في مستوى النشاط الزائد لديهم. وقد صمم الباحثون برنامجاً علاجياً سلوكياً شاركت فيه أسر الأطفال بشكل عام من خلال تعزيزهم تبعاً لنظام تم الاتفاق عليه. كذلك استخدم ايلون وكاندل وليمان (Ayllon, Layman, Kandel, 1975) أسلوب التعزيز الرمزي في معالجة النشاط الزائد لدى ثلاثة أطفال تراوحت أعمارهم بين (٨ - ١٠) سنوات. وقد بينت النتائج أن مستوى فاعلية هذا الأسلوب كان بمستوى فاعلية العقاقير، إضافة على ذلك فقد أدى التعزيز الرمزي إلى تحسن ملحوظ في التحصيل الأكاديمي للأطفال الذين أجريت عليهم الدراسة (عن القمش، المعاينة، ٢٠٠٩: ٢٠٠).

٤-١ التعزيز التفاضلي للسلوك المناسب (Differential Reinforcement of)

(Appropriate Behavior-DRA): يستند هذا الأسلوب إلى افتراض مفاده أن تقوية

السلوك المناسب قد يؤدي إلى اضعاف السلوك غير المناسب بشكل تلقائي. وبناءً على ذلك، فإن هذا الأسلوب يشتمل على زيادة السلوك المناسب إلى درجة لا يتوافر معها للشخص متسع من الوقت لتأدية السلوك غير المناسب.

ومما لا شك فيه أن الحسنة الرئيسة لهذا الأسلوب تتمثل في تهيئة الفرص لتدعيم السلوك المناسب. ولكن ثمة سلبيتان له وهما:

١. أنه لا يؤثر بشكل مباشر على السلوك غير المناسب.
٢. إن السلوك غير المناسب قد يستمر بالحدوث على الرغم من تدعيم السلوك المناسب (الدليل الموحد، ٢٠٠١: ٥١٥).

٥-١ التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض (Differential Reinforcement of)

(Incompatible Behavior-DRI): يتم فيها تجاهل الاستجابة غير المناسبة للفرد،

وفي الوقت نفسه يتم تعزيز الاستجابة البديلة لها أو غير المتوافقة معها. ويكون السلوك غير متوافقين إذا كان حدوثهما في آن واحد معاً أمراً غير ممكن. فالخروج من المقعد مثلاً يمكن خفضه بتعزيز الجلوس، والسلوك العدواني يمكن خفضه بتعزيز السلوك الاجتماعي الإيجابي والتعاوني، واللغة الرديئة يمكن خفضها بتعزيز الكلام الطيب، وهكذا.

ومن حسنات ذلك أن السلوك غير المناسب سيتوقف في أثناء حدوث السلوك البديل أو النقيض له. ولكن المشكلة الرئيسية في هذا الأسلوب تتمثل في صعوبة تحديد سلوك بديل مناسب أحياناً (الدليل الموحد، ٢٠٠١: ٥١٥).

٢. تكلفة الاستجابة (Response Cost) :

إجراء عقابي (من الدرجة الثانية) يتضمن حرمان الفرد من جزء من المعززات المتوفرة لديه عند قيامه بالسلوك المراد خفضه. لقد بينت دراسات عديدة فعالية تكلفة الاستجابة كإجراء يعمل على خفض السلوكات غير المرغوبة كالعنصرية والنشاط الزائد ومخالفة التعليمات وغيرها (بترس، ٢٠١٠: ٢٣٨).

ويطبق أسلوب تكلفة الاستجابة بطريقتين، في الطريقة الأولى يحصل الفرد على كمية معينة من المعززات عند تأديته للسلوك المقبول، ويفقد كمية معينة منها عند تأديته للسلوك غير المقبول، وتعد هذه الطريقة أكثر استخداماً، أما الطريقة الثانية فيقوم المعالج بمنح الفرد كمية من المعززات المجانية (Free-Reinforcers) عند البدء ببرنامج العلاج، ويطلب منه أن يحافظ على أكبر عدد ممكن من تلك المعززات وذلك بالامتناع عن تأدية السلوك غير المقبول الذي يراد تقليله، فإذا حدث السلوك غير المقبول فإن الفرد يفقد كمية معينة من تلك المعززات يتمّ تحديدها قبل البدء بتطبيق البرنامج (الخطيب، ٢٠٠٨: ٢٠٣).

ولكي يكون هذا الإجراء فعالاً لا بد عند تطبيقه من اتباع الخطوات التالية:

١. توضيح وشرح طبيعة الإجراء للفرد المعالج قبل البدء بتطبيقه لكي يكون مقبولاً لديه.
٢. تحديد السلوك المراد العمل على خفضه أو إيقافه.
٣. تحديد المعززات اللازمة لإنجاح السلوكات المرغوبة.
٤. تقديم التغذية الراجعة للفرد المعالج وبشكل فوري وتوضيح أسباب خسارة ذلك الفرد للمعززات.
٥. يجب أن يكون هذا الإجراء فورياً؛ أي بعد حدوث السلوك غير المرغوب فيه مباشرةً.
٦. عدم زيادة قيمة الغرامة تدريجياً؛ لأن ذلك سيمنع الفرد من التعاون على إكمال البرنامج.
٧. عدم تعريض الفرد إلى حرمانه من فقدان كل المعززات لديه؛ لأن ذلك سيؤدي إلى إحباطه وعزوفه عن الاستمرار في البرنامج العلاجي (عبد الهادي، العزة، ٢٠١٠: ١٦٩).

لقد اتضح من دراسة قام بها رابورت وميرفي وبابلي (Rapport, Murphy & Babley, 1982: 171) أن تقنية تكلفة الاستجابة تحظى بالميزات التالية:

١. أنها فعّالة أكثر من العقاقير الطبية في معالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
٢. أنها فعّالة في معالجة الأطفال الذين يظهرون سلوكاً فوضوياً في غرفة الصف.
٣. لا ينتج عنها آثار جانبية مثل استخدام العقاقير الطبية.

ويضيف الخطيب (٢٠٠٥) ميزات أخرى لأسلوب تكلفة الاستجابة نذكر منها: سهولة تطبيق هذا الإجراء وفعاليته خاصة إذا ما استخدم مع إجراءات أخرى لضبط السلوك، كذلك فهو لا يستغرق وقتاً طويلاً لتقليل السلوك غير المرغوب فيه، وهو أيضاً لا يشتمل على العقاب الجسدي. إلا أن أسلوب تكلفة الاستجابة قد يؤدي أحياناً إلى سوء العلاقة والمشاجرة بين الفرد والمعالج عند أخذ المعززات منه (الخطيب، ٢٠٠٥: ١٩٣).

لقد أشار كل من ايليوت، وويت وجالفن، وبيترسون (Elliott,Witt,Galvin,Peterson, 1994: 85) إلى أن تكلفة الاستجابة تحظى بقبول كبير من قبل المربين والآباء، وأكد ريتمان (Ricman, 1996: 56) فاعلية أسلوب تكلفة الاستجابة في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

٣. النمذجة (Modling):

وهو التغيير في سلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظته لسلوك الآخرين، والإنسان يتعلم العديد من الأنماط السلوكية سواء كانت مرغوبة أم غير مرغوبة من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم (الخطيب، ٢٠٠٣: ٢٢٥). ويعد الحمداني أن النمذجة هي الجزء الأساسي من برامج تعديل السلوك، وهي تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظته لسلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج (الحمداني، ٢٠١٠: ٥٧)، وفي دراسة أجرتها ابراهيم (1995) لتعرف أثر اسلوبي التعزيز والنمذجة في علاج النشاط الزائد لدى الاطفال، وقد تألفت عينة الدراسة فيها من أربع مجموعات متجانسة من الأطفال ذوي النشاط الزائد، ولديهم إعاقة عقلية بسيطة، وليس لديهم اي إصابات عضوية أو جسمية، استخدم مع المجموعة الاولى أسلوب التعزيز فقط، واستخدم مع المجموعة الثانية أسلوب النمذجة فقط، وتمّ علاج المجموعة الثالثة باستخدام الأسلوبين معاً، أما المجموعة الرابعة فلم تتلق أي نوع من العلاج. وبقياس مستوى النشاط الزائد لدى جميع الأطفال قبل بدء العلاج وبعده أوضحت النتائج انخفاض مستوى النشاط الزائد لدى اطفال المجموعات الثلاث الاولى بعد العلاج، أما المجموعة الرابعة فقد ظل

مستوى النشاط الزائد كما هو. وبتتبع الأطفال بعد انتهاء العلاج بفترة تقارب أربعة أسابيع اتضح استمرار انخفاض مستوى النشاط الزائد لدى أطفال المجموعات الثلاث المذكورة (عبد الوهاب، ٢٠٠٧: ٣٣).

والخلاصة، فإن النمذجة تتيح الفرصة للطفل لتعلم سلوك جديد أو الإقلال من السلوك غير المرغوب دون حاجة إلى الممارسة أو التدعيم المباشر، كما أنها ذات فعالية في عرض السلوك الإنساني المعقد. ولذلك تستخدم النمذجة غالباً لعرض السلوك المرغوب (مليكة، ١٩٩٤: ١٠٦ - ١١١).

٤. التعاقد السلوكي (Behavioral Contracting):

يُعد التعاقد السلوكي من الأدوات الفعالة لتنظيم الاستجابات الأكاديمية والاجتماعية والسلوكية لدى الأطفال، وقد ثبتت فاعليته أسلوب التعاقد السلوكي في الحد من مشكلة فرط النشاط لدى الأطفال (القمش والمعاينة، ٢٠٠٩: ٢٠٠). ويمكن تعريف العقد السلوكي بأنه اتفاقية مكتوبة توضح العلاقة بين المهمة التي سيؤديها الطفل والمكافأة التي سيحصل عليها نتيجة لذلك، وهو لا يختلف من حيث المبدأ عن العقود التجارية التي يتعهد بها طرف بتقديم خدمات معينة مقابل مبلغ من المال متفق عليه يدفعه الطرف الآخر. بمعنى آخر فالعقد السلوكي هو اتفاق بين بين الطرفين تحدد شروطه عن طريق التفاوض يتعهد الطرف الأول بتأدية سلوك معين ويتعهد الطرف الثاني بتعزيز ذلك السلوك حسب الشروط المتفق عليها. وقد يكون الطرفان هما: المعلم والطفل، أو الأب والأبن، أو المرشد والمسترشد،..... الخ (الخطيب، ١٩٩٥: ٢٢٧).

خامساً- النموذج العلاجي المتعدد:

تتجه الجهود البحثية في الآونة الأخيرة إلى تفعيل استخدام النموذج العلاجي المتعدد الأوجه في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، والذي يشتمل على دمج أكثر من أسلوب علاجي منفرد ضمن البرنامج العلاجي الواحد؛ حيث يمكن للبرنامج العلاجي أن يضم اثنين أو أكثر من الأساليب العلاجية كاعتماد العلاج الدوائي إلى جانب العلاج السلوكي، وبرامج تدريب الوالدين.

ويُنَفَّذ هذا المنحى في العلاج من قبل فريق متكامل يتألف من الطبيب، والاختصاصي، والمعلم، والوالدين، بعد أن يتم إرشاد وتدريب كل من المعلم والوالدين إلى كيفية القيام بالبرنامج العلاجي المناسب لحالة طفلهما الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

إن استخدام النموذج العلاجي المتعدد الأوجه يعد من أنجح الطرائق التي تساهم في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؛ حيث بلغت نسبة نجاح هذا النموذج ما يقارب من (٩٠%) من الأطفال المطبق عليهم ممن هم في عمر المدرسة الابتدائية (اليوسفي، ٢٠٠٥: ٥١).

وقد أكدت بعض الدراسات والأبحاث مثل دراسة سوانسون (Swanson et al, 1993) على ضرورة استخدام هذا المنحى التكاملي في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؛ حيث يترافق العلاج الدوائي مع برنامج علاجي سلوكي متكامل، وتحت إشراف تربوي (الزغلوان، ٢٠٠١: ١٣).

وتشير دراسات متعددة أخرى تمّ فيها دراسة فاعلية التوليف أو المزج بين العلاج الدوائي والعلاج السلوكي إلى فاعلية مرتفعة بصورة ضئيلة للعلاج التوليفي مقابل العلاج الدوائي منفرداً، ففي دراسة (غيتلمان) وآخرين لم يتمّ التمكن من إثبات فاعلية أكبر للعلاج التوليفي (تأثيرات علاجية سلوكية في الأسرة والمدرسة زائد العلاج الدوائي) مقابل العلاج الدوائي بمفرده، فقد كان العلاج متعدد الأشكال متفوقاً على العلاج الدوائي في تخفيض عدم الاستقرار الحركي المقيم من قبل المعلمين، بينما أظهرت دراسة (بولارد وآخرون) أن العلاج متعدد الأشكال (العلاج السلوكي مع العلاج الدوائي) لا يتفوق على العلاج وحيد المتغير (العلاج الدوائي فقط أو العلاج السلوكي فقط) (بيترمان، ٢٠٠٩: ٢٥٠).

وقد قام كل من بويل و كنيغهام وكيم وسكاشر (Boyl , Cunningham , Kim & Sehacher, 1999) بمراجعة مجموعة من الدراسات الواردة في بعض الدوريات العلمية مثل: ميدلان MEDLINE، وهيلث ستار HEALH STARE، وسايكو انفو PSYC INFO، المنشورة منذ عام 1996 ولغاية 1997، والمتعلقة بالأساليب العلاجية المستخدمة للحد من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وقد وجدوا:

- أن (6) دراسات قارنت بين العلاجات الدوائية والعلاجات غير الدوائية، وأشارت إلى أن بعض العقاقير المنشطة قد تكون ذات فاعلية أكثر من العلاجات غير الدوائية.
- أنه على الرغم من محدودية الدراسات التي قارنت بين العلاج متعدد الأوجه وبين العلاج الدوائي منفرداً أو شكل من أشكال العلاج غير الدوائي المنفرد إلا أن معظم الدراسات الحديثة في هذا المجال وجدت أن العلاج متعدد الأوجه له ميزات إضافية بالمقارنة مع العلاج المنفرد

لقد أكدت دراسة أجريت على (٦٠٠) طفل في المرحلة الابتدائية يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بالاعتماد على المنحى العلاجي متعدد الأوجه أن هذا النوع من التدخل العلاجي كان ذا فاعلية أكثر من الاعتماد على منحى علاجي واحد هو العلاج الدوائي (Lilly & Company, 2006).

عند اختيار الاستراتيجية العلاجية لا بد من أن يؤخذ بالحسبان الأعراض السلوكية التي يعاني منها الطفل، وفي الوقت ذاته لا بد من أن تسهم هذه الاستراتيجيات العلاجية في تنمية ثقة الطفل بنفسه، وتساعد في تبني مفهوم إيجابي نحو ذاته، وتنمي إحساسه بالكفاءة الذاتية (Reif, 2005:65).

وتبقى المسألة التي لا بد من التوقف عندها هي فيما إذا كان العلاج السلوكي هو الاستراتيجية العلاجية البديلة (للميثيل فينيدات) أم لا غير مهمة من الناحية العيادية. بالمقابل فإن الأمر الحاسم هو مسألة فيما إذا كانت هذه التأثيرات العلاجية السلوكية الإضافية تحسن فاعلية العلاج الدوائي، ومع بعض الاستثناءات القليلة يبدو أنه لا يوجد فرق بين العلاج الدوائي والتوليف مع العلاج السلوكي، ومن هنا ينبغي أن يتم أخذ العلاج السلوكي بالحسبان لدى أولئك الأطفال فقط الذين يستمرون في إظهار شذوذات سلوكية على الرغم من العلاج الدوائي (بيترمان، ٢٠٠٩: ٢٥٢).

ونظراً لما قدّمه العلاج السلوكي في ميادين مختلفة في مجال علاج اضطرابات الأطفال من نجاحات باهرة فقد وجدت الباحثة أنه من الأهمية أن يتم تفعيل الدور الذي يلعبه العلاج السلوكي بشكل واضح مع اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لا سيما وأنه من الاضطرابات التي ما يزال فيها استخدام العلاج الدوائي هو سائد على الأغلب، وذلك من خلال المقارنة بين فاعلية برنامج علاجي سلوكي، مع فاعلية برنامج علاج دوائي وبرنامج علاج مشترك.

الفصل الخامس

منهج البحث وإجراءاته

- توطئة.
أولاً - منهج البحث.
ثانياً - عينة البحث وإجراءات فرزها.
ثالثاً - أدوات البحث.
رابعاً - متغيرات البحث.
خامساً - حدود البحث.

توطئة:

يتناول هذا الفصل عرضاً لمنهج البحث وعينة البحث متضمناً كيفية اختيارها والإجراءات التي تمت لتحديدتها، ثم عرضاً تفصيلياً للأدوات التي تم إعدادها، والأدوات التي تم استخدامها، يلي ذلك عرض لخطوات تصميم البحث الإكلينيكي شبه التجريبي، والذي تضمن مرحلة القياس القبلي، ثم تطبيق البرنامج، فمرحلة القياس البعدي، وأخيراً مرحلة قياس المتابعة، ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة. وفيما يلي عرض لهذه الإجراءات.

أولاً - منهج البحث:

تستلزم طبيعة البحث وأهدافه العلاجية التي تتحدد بإجراء التشخيص والتقييم اللازمين، ومن ثم إعداد البرنامج، اعتماد المنهج الإكلينيكي _ شبه التجريبي حيث يستفاد من تكامل كل منهما مع الآخر، وفي إطاره صممت الباحثة مخطط بحثها مستنيرة بمخطط المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي لكل من المجموعات الثلاث، ويستخدم نظام (م _ س _ م) الملاحظة أولاً ثم المعالجة التجريبية ثانياً ومن ثم الملاحظة بعد المعالجة من جديد، ويحكم على تأثير المعالجة بموجب التغير في الدرجات بين القياس القبلي والقياس البعدي لكل طريقة على حدة مقارنة التغيرات الحاصلة بين المجموعات العلاجية (حمصي، ١٩٩١: ٥٩).

ويمثل هذا المخطط كما يلي:

جدول (٣)

جدول مخطط المجموعات العلاجية

المجموعة	قياس قبلي	معالجة	قياس بعدي	قياس المتابعة
م (١) العلاج الدوائي				
م (٢) العلاج السلوكي				
م (٣) العلاج المشترك				

ويستخدم هذا النوع من المناهج شبه التجريبية عندما لا يستطيع الباحث ضبط متحولات البحث ضبطاً مطلقاً. "إن المخطط شبه التجريبي يوفر بديلاً للمخططات التجريبية حيث إنه يمكن تطبيقه على مواقف ميدانية ولا يقتضي أن يملك المجرّب الضبط المطلق للمتحوّلات التجريبية" (حمصي، ١٩٩١: ١٧٠).

كما يشير منهج البحث الحالي إلى التجارب في الميدان العيادي حيث "يستخدم مرضى حقيقيون يطلبون العلاج بدلاً من الطلبة أو المتطوعين، كما يستخدم معالجون محترفون بدلاً من طلبة أو خريجين. وتعالج اضطرابات شديدة أو متعددة الجوانب بدلاً من مشكلات بسيطة. ويسمح هذا البحث بالتقويم المباشر في موقف إكلينيكي في نفس الوقت الذي تستوفى فيه مطالب الضبط المنهجي في البحوث". (مليك، ١٩٩٧: ٩٤). كما تشكّل كل حالة معيّنة بالدراسة شخصاً لوحده يُقصد فهمه بصورة كلية ومن ثمّ علاجه. ويستخدم المنهج الإكلينيكي في دراسة حالة فرديه. فهو يستخدم أساساً لأغراض عملية من أجل تشخيص مظاهر الاختلال والاضطرابات النفسية وعلاجها (سعد، ١٩٩٤: ٥٩).

ثانياً - عينة البحث وإجراءات فرزها:

تمّ اختيار عينة البحث بطريقة مقصودة من مجموعة من الأطفال الذين يترددون على العيادات النفسية الخاصة في مدينة دمشق طلباً للاستشارة النفسية والطبية ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط / وذلك بالتنسيق مع الطبيب النفسي في العيادة. وربما يمكن للباحثة أن تسمي العينة المختارة بالعينة المتيسرة والتي تعبر عن مجموعة من الأفراد المتيسرين للدراسة (المنيزل، غرايبة، ٢٠٠٦: ٢٢).

وقد قامت الباحثة باختيار عينة البحث على النحو التالي:

١. الاتصال بعيادات الأطباء النفسيين العاملين في مدينة دمشق وسؤالهم عن إمكانية التعاون، وذلك بعد اعطائهم فكرة عن الإطار العام للبحث؛ حيث تمّ تحديد العيادات التي وافقت على التعاون مع الباحثة لتحقيق أهداف البحث، وقد تمّ تحديد العيادات التالية: عيادة الدكتور كمال الشريف - عيادة الدكتور جلال نوفل - عيادة الدكتور سامر جهشان.

٢. تحديد الحالات من الأطفال التي تمّ تشخيصها من قبل الأطباء النفسيين على أنها تعاني من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بعد الإطلاع على ملفاتهم الطبية، وقد بلغ عددهم (٦٨) طفلاً وطفلة.

٣. وعلى الرغم من التشخيص الطبي للحالات الذي قام به الأطباء النفسيون، فقد بذلت الباحثة جهداً في المزيد من الدقة العلمية للتأكد من التشخيص فقامت بمقابلة الحالات وتطبيق القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (DSM-IV-TR, 2000)، إضافة إلى تطبيق مقياس كونرز المعدّل (Conners'-R) لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مع الأهل حيث تراوحت شدة الاضطراب بين (٦٠ - 85) درجة.

٤. تم التعاون مع الطبيب النفسي للتأكيد على ضرورة الأخذ بعين الاعتبار مسألة التشخيص التفريقي، وقد تم استبعاد الحالات التي تبين لديها اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وذلك بعد القيام بدراسة الحالة الفردية لكل من تلك الحالات.

٥. قامت الباحثة أيضاً بتطبيق مقياس رافن (Raven) لقياس مستوى القدرات الذكائية غير اللفظية حرصاً على التجانس المعرفي من جهة واستبعاد حالات التأخر العقلي من الأطفال، وقد تمّ اعتماد الحالات التي كان مستوى الذكاء لديها ضمن المعدل الطبيعي للذكاء (٩٠-١١٠).

٦. عند اختيار الحالات قامت الباحثة استناداً إلى معلومات دراسة الحالة الخاصة بكل طفل باستبعاد الحالات التي تبين أن لديها بعض الظروف الأسرية الخاصة كطلاق الوالدين مثلاً.

٧. التأكيد على اختيار الحالات حيث لا يتجاوز المستوى الدراسي للحالة المختارة الصف الرابع الابتدائي.

وأخيراً تمّ تحديد أفراد عينة البحث وفقاً للخطوات السابقة فبلغ عددهم (٢٨) طفلاً وطفلةً تراوحت أعمارهم بين (٧ - ١١) سنة بلغ عدد الإناث فيها (٦)، وعدد الذكور (٢٢). وقد تمّ تقسيم أفراد العينة بطريقة قصدية بهدف ملائمة أفراد العينة للبحث إلى ثلاث مجموعات؛ حيث بلغ عدد أفراد كل من مجموعتي العلاج الدوائي كذلك العلاج السلوكي (٩)، ومتوسط عمر أفراد كل منهما على التوالي (٩ ، ٨) سنة. كما بلغ عدد أفراد مجموعة العلاج المشترك (١٠)، ومتوسط عمر أفرادها (٩) سنة. وجاءت المجموعات كالتالي:

١. المجموعة الأولى (١) التي يطبق عليها العلاج الدوائي من قبل الطبيب النفسي في العيادة.

٢. المجموعة الثانية (٢) التي يطبق عليها البرنامج العلاجي السلوكي.

٣. المجموعة الثالثة (٣) التي يطبق عليها البرنامج العلاجي المشترك (السلوكي والدوائي)،
و يبين الجدول (١) توزيع أفراد عينة البحث بين المجموعات الثلاث:

الجدول (٤)

جدول توزيع أفراد العينة ضمن كل مجموعة حسب الجنس والمجموعة وطريقة المعالجة

المجموع	عدد الاناث	عدد الذكور	المجموعة طريقة المعالجة
٩	٢	٧	المجموعة الأولى (العلاج الدوائي)
٩	٢	٧	المجموعة الثانية (العلاج السلوكي)
١٠	٢	٨	المجموعة الثالثة (العلاج المشترك)
٢٨	٦	٢٢	المجموع

وتجدر الإشارة إلى أنه قد روعي في أثناء تحديد أفراد عينة البحث وإجراءات فرزها بالتنسيق مع الطبيب النفسي والأهل ما يلي:

- التشاور مع الطبيب النفسي حول بعض الحالات لتأجيل البدء بالعلاج الدوائي حيث يتم البدء بالبرنامج العلاجي السلوكي إلى جانب الدوائي (مجموعة العلاج المشترك) خلال الفترة المخصصة للبرنامج مع مراعاة ألا يسبب هذا الأمر أية تأثيرات سلبية على الحالة، وطبعاً بعد أخذ موافقة الأهل.
- التنسيق المسبق مع الطبيب النفسي لتحديد مجموعة من الحالات من حيث إمكانية البدء مباشرة ببرنامج العلاج الدوائي الريتالين (Ritalin) المنفرد - (مجموعة العلاج الدوائي).
- التزام الحالات من مجموعتي العلاج الدوائي والعلاج المشترك بتناول الدواء (الريتالين) خلال الفترة الخاصة بتطبيق البرنامج؛ حيث كان هناك بعض الأمهات ممن عبرن أثناء المقابلة مع الباحثة عن الخوف الذي يشعرن به بسبب تناول أطفالهن الأدوية النفسية.

- التأكد من عدم استخدام أفراد العينة المختارة للأدوية خلال الفترة الزمنية التي سبقت تطبيق البرنامج مباشرة.
- متابعة الباحثة شخصياً لأفراد مجموعة العلاج الدوائي من خلال الاتصال بهم كل أسبوع للتأكد من استمرارهم في تناول الدواء، والتعرف إلى احتمال ظهور أية أعراض جانبية لدى كل منهم.
- التأكيد مع الأهل على عدم اللجوء للعلاج الدوائي خلال فترة تطبيق البرنامج لأفراد مجموعة العلاج السلوكي.

ثالثاً - أدوات البحث:

تتألف أدوات البحث من مجموعة المقاييس والاستمّارات الخاصة بالبرنامج العلاجي السلوكي المعتمد والتي سوف يتمّ توضيحها تباعاً على النحو التالي:

١ - المقاييس التشخيصية:

١ - ١ القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (DSM-IV- TR,) (2000).

١ - ٢ اختبار رافن لقياس القدرات الذكائية غير اللفظية بهدف تجانس القدرات الذكائية للأفراد عينة البحث (رحمة، ٢٠٠٤).

١ - ٣ مقياس كونرز المعدّل (Conners' Rating Scales-Revised) (Conners'-R) لتشخيص حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (Conners,2001).

٢ - بطاقة دراسة الحالة.

٣ - البرنامج العلاجي الدوائي.

٤ - البرنامج العلاجي السلوكي.

٥ - البرنامج العلاجي المشترك.

١. المقاييس التشخيصية:

١ - ١ القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية في نسخته الرابعة المنقحة

Diagnostic and Statistical of Mental Disorder,4th,ed.Text)

:(DSM-IV-TR,2000) (revision

للتأكد من انطباق المحكات التشخيصية على أفراد الدراسة الذين تمّ تشخيصهم من قبل الأطباء المختصين. وتتكوّن القائمة من (١٨) بنداً موزعة على ثلاثة محكات أساسية وهي محك نقص الانتباه ويحتوي على تسع فقرات، ومحك فرط النشاط ويحتوي على ست فقرات، ومحك الاندفاعية ويحتوي على ثلاث فقرات، وتطبق القائمة على الطفل بالتعاون مع والديه بشكل فردي. (انظر الملحق ١).

١ - ٢ اختبار رافن لقياس القدرات الذكائية غير اللفظية:

١ - ٢ - ١ وصف الاختبار:

يُعد اختبار المصفوفات المتتابعة (لرافن) من الإختبارات البسيطة التي تهدف إلى قياس الذكاء السائل، ويتكوّن الاختبار من خمسة مجموعات (أ، ب، ج، د، هـ) حيث تحتوي كل مجموعة على (١٢) مشكلة (فقرة)، وبذلك يتكوّن الاختبار في جملته من (٦٠) مشكلة، مرتبة في سياق متدرج الصعوبة، حيث نجد المشكلة الأولى من كل مجموعة واضحة بذاتها إلى حد كبير ثم تتزايد الصعوبة داخل كل مجموعة تدريجياً، ومع ذلك فالمشكلات جميعها داخل كل مجموعة تتشابه في المبدأ المتضمن فيها.

وتتكوّن كل مشكلة من مربع به ستة أو تسعة مربعات تشكل مصفوفة نظام (٢*٢) أو مصفوفة نظام (٣*٣)، في كل منها يكون المربع الأيمن السفلي ناقصاً؛ أي أن الشكل الأساسي للمصفوفة قد نُزع منه جزء معين وعلى المفحوص اختيار هذا الجزء الناقص من البدائل الستة أو الثمانية الموجودة في أسفل المربع.

وتتطلب كل مجموعة من المجموعات الخمسة نمطاً مختلفاً من الإجابة:

المجموعة (أ) تتطلب تكملة نمط أو مساحة ناقصة.

المجموعة (ب) تتطلب تكملة نوع من قياس التماثل بين الأشكال.

المجموعة (ج) تتطلب التعبير المنتظم في أنماط الأشكال.

المجموعة (د) تتطلب إعادة ترتيب الشكل أو تغييره بطريقة منتظمة.

المجموعة (هـ) تتطلب تحليل الأشكال إلى أجزاء على نحو منظم وإدراك العلاقات بينها.

وهكذا يتم ترتيب المجموعات الخمس بطريقة متتابعة، وفي رأي رافن أن هذا التتابع يتم حسب تعقد العمليات العقلية المعرفية، فبينما تتطلب المجموعات الأولى - الأكثر سهولة - دقة في المقارنة والتمييز والتماثل، تتطلب المجموعات الأخيرة - الأكثر صعوبة - القدرة على إدراك العلاقات المنطقية وتحليل المتغيرات في المشكلة لاكتشاف القواعد التي تؤدي إلى الحل الصحيح.

وعلى الرغم من اختلاف المشكلات التي يتكون منها اختبار المصفوفات المتتابعة العادية من حيث الشكل ودرجة التعقيد إلا أنها بصفة عامة تشترك في معظم الخصائص والخطوات التي يتعين على الفرد اكتشافها والقيام بها للوصول إلى الحل. إن كل المشكلات التي تصاغ في محتوى سلاسل من الأشكال تتطلب من المفحوص أن يقوم بإدراك وتفسير العلاقات التي تحكم سير سلسلة الأشكال لاستكمال العنصر الناقص بالمنطق ذاته.

١-٢-٢ تعليمات تطبيق الاختبار:

قامت الباحثة بتطبيق الاختبار على عينة البحث الأساسية وبشكل فردي نظراً للوضع الخاص للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وفيما يلي أهم التعليمات التي التزمت الباحثة بتطبيقها في أثناء تطبيق الاختبار:

١. خلق جو من الإلفة والمودة مع المفحوص من خلال تعريف الباحثة بنفسها وإقناع الطفل بأن ما لديها في الكراس هو عبارة عن مجموعة من المسابقات التي تؤكد قدرته على الانتباه والتركيز، وبأن ما لديها لا علاقة للمدرسة به.

٢. تدوين البيانات الشخصية الخاصة بالاسم والصف وتاريخ اليوم وتاريخ الميلاد على ورقة الإجابة.

٣. تقديم التعليمات للطفل من خلال التوجه إليه بالقول: كما ترى أن هذا الشكل غير كامل أي أخذت منه قطعة تركت فراغاً، وفي الجزء السفلي تجد عدد من القطع الصغيرة كل منها يمكنه أن يملأ الفراغ الموجود في الجزء العلوي (تشير الباحثة إلى هذه القطع)، ولكن قطعة واحدة فقط منها هي التي تكمل الشكل الموجود في الجزء العلوي، هل يصلح الرقم (١)؟ هذا غير صحيح، ولا الرقم (٢) يصلح، والثالث أيضاً خاطئ أيضاً وبالتالي فإن الرقم (٤) هو الجواب الصحيح أليس كذلك؟

٤. كتابة رقم الجواب في الحقل المناسب على ورقة الإجابة. ثمّ الطلب من الطفل أن يقلب الصفحة لتخبره بأنه يوجد في كل صفحة مسألة مشابهة وعليه أن يحلها بنفسه، ثمّ يخبرها برقم الإجابة لتساعده في كتابتها على ورقة الإجابة (انظر الملحق ٢).

٥. التأكيد على أهمية الانتباه والتركيز والتفكير قبل الإجابة أي عدم التسرع بإعطاء الإجابة لأن هذه الصفة هي من الأعراض الأساسية عند أطفال العينة، وإخبار الطفل بأنه يستطيع أخذ ما يشاء من الوقت، ويتم بعد ذلك تسجيل ما استغرقه من وقت بشكل منفصل.

١- ٢- ٣ تصحيح الاختبار:

اعتمدت طريقة التصحيح اليدوي على مفتاح التصحيح المرافق لنسخة الاختبار. حيث تُعطى الدرجة (١) للإجابة الصحيحة والدرجة (٠) للإجابة الخاطئة. أما الدرجة الكلية فهي مجموع درجات الإجابات الصحيحة في المجموعات الخمس. إذ تُحسب درجة كل مجموعة على حدة، ثمّ تُجمع مع بقية درجات المجموعات، ومن ثمّ تستخرج الدرجات الخام (رحمة، ٢٠٠٤).

١- ٢- ٤ دراسة صدق وثبات اختبار رافن:

إن من أهم ما يميز اختبار المصفوفات المتتابعة هو أنه اختبار غير لفظي، أي متحرر من أثر الثقافة، مما ساعد على عدم إجراء أي تعديلات على بنوده سواء في المحتوى أم الترتيب.

أما فيما يخص صدق الاختبار وثباته فقد اعتمدت الباحثة على إجراءات الصدق والثبات التي أجريت من قبل (رحمة) عام (٢٠٠٤) حيث قامت بسحب عينة مؤلفة من (٢٨٩) فرداً من أعمار (٧ - ١٨) سنة من المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية بمحافظة دمشق، واختبرت صدق وثبات الاختبار بعدة طرائق، أكدت جميع نتائجها بأن هذا الاختبار يتصف بصدق وثبات كافيين كونه اختباراً صالحاً للاستخدام في قياس الذكاء السائل في البيئة السورية (رحمة، ٢٠٠٤: ١٥٣).

١- ٣- مقياس كونرز المعدّل (Conners'-R) لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

صمم مقياس كونرز لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في صيغته الأولى في عام (١٩٦٩) استناداً إلى الملاحظات العيادية، والأعراض التي ظهرت على الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؛ حيث بدت هذه الأعراض متناسقة مع المفهوم العام لاضطراب نقص الانتباه والأعراض الرئيسية له كما جاءت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية، ويعد هذا المقياس من أكثر المقاييس النفسية انتشاراً لتشخيص

حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط نظراً لما يتمتع به من صدق وثبات عاليين. ويتكون المقياس من (٣٩) عبارة موزعة في مقياس رباعي.

وقد قام كونرز بإجراء تحليل عاملي لاستجابات (١٠٣) تلميذ من تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي، وتوصلت نتائج التحليل العاملي إلى خمسة عوامل هي: العدوانية، عدم القدرة على الانتباه، القلق والمخاوف، النشاط الزائد، المشكلات الاجتماعية (السمادوني، ١٩٩١: ١-١٠).

ويُعد هذا المقياس أداة للتشخيص يمكن استخدامها مع الأفراد ممن هم في سن الخامسة فما فوق كما أنه يصلح لتقدير شدة نقص الانتباه وفرط النشاط لدى المتعالجين المشخصين في مجال الطب النفسي.

لقد تمّ تطوير مقياس كونرز (Conners) الطبعة الأولى التي كانت مبنية على أكثر الأعراض العيادية وضوحاً ضمن بيئة جغرافية محددة نوعاً ما ليصبح بعد ذلك بناءً على تراكم الخبرات العيادية في عيادات عديدة واستناداً إلى أبحاث جديدة متعلقة بالمشكلات السلوكية عند عينة كبيرة من الأطفال لسنوات عديدة بالشكل الجديد المعدّل (مقياس كونرز المعدّل) (Conners'-R) الذي بدا أكثر فاعليّة وذلك لسببين أساسيين: أولهما البساطة التي أصبح يتمتع بها. وثانيهما العلاقة المباشرة بالأعراض الأكثر شيوعاً عند الأطفال في مواقف عدة. وهناك أسباب أخرى دعت الحاجة إلى تطوير الطبعة الأولى من مقياس كونرز (Conners) وإضافة مقياس التقرير الذاتي للمراهقين على الطبعة المعدّلة (Conners'-R). ونذكر من هذه الأسباب:

١. إن تغيرات كثيرة كانت قد طرأت على المجتمعات السكانية منذ ذلك الوقت الذي تمّ فيه اعتماد الطبعة الأولى؛ أي منذ الستينيات؛ لذا فإن معايير هذه الطبعة كانت ضمن بيانات وخصائص اجتماعية وسمات شخصية محددة.

٢. إن كثيراً من العمل اللاحق في هذا المقياس كان قد تمّ نقله من قبل باحثين عملوا على إجراء كثير من التغييرات لأهداف شخصية.

٣. على الرغم من أن شكل التقرير الذاتي كان محدداً من حيث إجراءات الصدق للأطفال فإن زيادة عدد المراهقين بين (١٢ - ١٨) سنة دفع القائمين على العمل للتعامل مع مرضى يعانون من مشكلات في الصحة العقلية.

٤. على الرغم من أن المقياس كان مبنياً وفقاً لبنود تمّ إثبات قيمتها لسنوات عديدة إلا أن الباحثين استطاعوا من خلال الطبعة المعدّلة (Conners'-R) الاستفادة من عدد كبير من

الدّراسات التجريبية بما فيها الدّراسات المسحية في العالم. إن المصادر المتعددة للبيانات الجديدة زودت الباحثين بتحديدات وتعريفات لبنود المقياس للعمل على تحليلات أعمق.

٥. أصبح الباحثون قادرين من خلال الطبعة المعدّلة (Conners'-R) على توظيف أحدث وأفضل للبيانات بهدف إجراءات الصدق والثبات إضافة إلى الفائدة العملية. بناءً على ذلك فإن إجراءات الصدق والثبات وبشكل خاص القدرة على التمييز بين حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والحالات العادية من المجموعات التجريبية المشخصة تكون واضحة في كل النماذج: الأهل، والمدرسين، والتقرير الذاتي.

إن توازناً لطيفاً قد تم العمل عليه من خلال المحافظة على أفضل الملامح للطبعة الأولى (Conners) لهذا المقياس إلى جانب إحداث بعض التغييرات في الطبعة المعدّلة (Conners'-R) وذلك بسبب الحاجة. إن مستخدمي الطبعة الأولى (Conners) للمقياس يشعرون بالراحة أكثر عند استخدامهم الطبعة المعدّلة (Conners'-R) منه وباستطاعتهم التأكد أن كل هذه التغييرات التي تمّ إجرائها كانت بهدف وجود معايير أكثر وضوحاً، إضافة إلى وجود منهجية تحليلية ممكنة للبيانات المتوفرة. أما التغيير الذي يعد أكثر جوهرية فهو أن الطبعة الأولى (Conners) للمقياس كانت مستندة للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية (DSM-III) على حين أن الطبعة المعدّلة للمقياس (Conners'-R) جاءت معبّرة عن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV). وقد اشتملت على ثلاث نماذج أساسية هي: نموذج الأهل، ونموذج المدرس، ونموذج التقرير الذاتي. إضافة إلى أن هذه النماذج جاءت على شكلين لكل نموذج: الشكل الطويل والشكل القصير منه حيث يتمّ تحديد استخدام أي من الشكلين وفقاً للهدف من المقياس. إن الشكل الطويل من هذا المقياس يهدف لتعرف مدى أوسع من المشكلات والأعراض السلوكية التي لا يغطيها الشكل القصير منه مثل: المشكلات العاطفية، مشكلات القلق، المشكلات الاجتماعية. ويتطلب تطبيق الشكل الطويل من هذا المقياس وقتاً أطول لتصحيحه وتقرير نتائجه مقارنةً بالشكل القصير. وعموماً فإن كلا الشكلين سواء كان القصير أم الطويل يقدمان بيانات جيدة بالنسبة للمشكلات أو الأعراض السلوكية التي يعاني منها المفحوص.

يحتوي هذا المقياس بشكله القصير على (٢٧) بنداً لنموذج الأهل و(٢٨) بنداً لنموذج المدرس. وتتوزع البنود على المجالات التالية:

الجدول (٥)

المجالات الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كما وردت في مقياس كونرز المعدّل (Conners'-R-S) - الشكل القصير

المعارضة
نقص الانتباه
فرط النشاط
نقص الانتباه وفرط النشاط

أما الشكل الطويل فإنه يحتوي على (٨٠) بنداً بالنسبة لنموذج الأهل و(59) بنداً لنموذج المدرس، وتتنوع هذه البنود على المجالات الأساسية التالية:

الجدول (٦)

المجالات الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كما وردت في مقياس كونرز المعدّل (Conners'-R-L) - الشكل الطويل

المعارضة
نقص الانتباه
فرط النشاط
القلق
الكمالية
المشكلات الاجتماعية
المشكلات النفسجسدية
نقص الانتباه وفرط النشاط
الاندفاعية
المشكلات العاطفية

(Conners'-R, 2001, 1-18)

١ - ٣ - ١ تعليمات تطبيق المقياس:

يتميز المقياس بسهولة تطبيقه؛ إذ لا يتطلب درجة عالية من التأهيل والتدريب؛ حيث يستطيع الأهل أو المعلم بمساعدة الاختصاصي النفسي تطبيقه دون أي تدريب خاص، كما أن الفترة الزمنية التي يحتاجها تطبيق المقياس تُعد قصيرة؛ إذ لا تتجاوز (٣٠) دقيقة عادةً.

إن المقياس موجّه نحو الآخرين و ليس نحو المفحوص نفسه؛ حيث يتمّ جمع البيانات من أشخاص ملاحظين لسلوكات الطفل مثل: الأم، أو المدرس، أو أي شخص يعتني بالطفل، ويتمّ اعتماد تقديرات الآخرين لتلك السلوكات، حيث يقرأ الملاحظ التعليمات الموضحة في الصفحة الأولى للمقياس ويحجب بعد التأكد من فهمه الدقيق عن العبارة، والدرجة التقديرية المقابلة لها. ويجب التأكيد على ضرورة الإجابة عن كافة العبارات التي تعبر عن المقياس.

لقد اعتمدت الباحثة الأسس التالية في أثناء تطبيق المقياس مع الأم:

١. المقابلة المباشرة مع الأم لتوضيح كيفية الإجابة عن بنود هذا المقياس من حيث إعطاء الدرجة المناسبة لكل بند مع التأكيد على توضيح بعض البنود للأم في حال الشك من عدم فهم الأم للبند الذي تقرأه.

٢. شرح بعض البنود التي قد يصعب على الأم فهمها لمزيد من الدقة في الإجابات.

٣. التأكد من عدم ترك الأم لأي بند دون إجابة.

٤. قيام الباحثة بجمع الدرجات وتفرغ النتائج ومن ثمّ رسم الخط البياني الخاص بالمقياس واستعراضها مع الأهل (انظر الملحق ٣).

١ - ٣ - ٢ تصحيح المقياس:

عند تصحيح المقياس تعطى الدرجة المناسبة لكل بند من بنود المقياس تبعاً لبدائل أربعة: الدرجة (٠) غير صحيح إطلاقاً-أبداً-نادراً، الدرجة (١) صحيح أحياناً، الدرجة (٢) صحيح إلى درجة ما، الدرجة (٣) صحيح جداً-غالباً-كثيراً، ويتمّ تدوين هذه الدرجات على الصفحة الأولى للمقياس ومن ثمّ تتمّ عملية تفرغ النتائج في الصفحة المخصصة للتفرغ وتجمع الدرجات الخاصة بكل مجال. وبعد ذلك يتمّ القيام برسم البروفيل الخاص للحالة وفقاً لمجموع الدرجات الخاصة بكل مجال وتحسب الدرجة التائية المقابلة للدرجة الخام.

وبين الجدول التالي الدرجات حسب مستويات الإجابة:

الجدول (٧)

جدول تصحيح درجات مقياس كونرز (Conners'-R)

الإجابة	بدائل الإجابة	الدرجة
كل إجابة	غير صحيح إطلاقاً - أبداً - نادراً	تعطى درجة صفر
كل إجابة	صحيح أحياناً	تعطى درجة واحدة
كل إجابة	صحيح إلى درجة ما	تعطى درجتان
كل إجابة	صحيح جداً - غالباً - كثيراً	تعطى ثلاث درجات

(انظر الملحق ٣) (Conners'-R, 2001, 19-42).

١-٣-٣ صدق وثبات المقياس بصورته الأصلية:

قامت دراسات مختلفة لسنوات عدة بهدف القيام بإجراءات الثبات والصدق على عينات تجاوزت (+٨.٠٠٠) من الذكور والإناث ضمن المجموعات العمرية من (٣-١٧) سنة. لقد أثبتت تلك الدراسات دلالات الثبات والصدق التي يتمتع بها هذا المقياس واستناده إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) تكفي للوثوق به كأداة جيدة لتشخيص حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وتحديد شدته (Conners'-R, 2001: 2-3).

أ. صدق المقياس:

أشارت نتائج التجريب إلى أن فقرات المقياس تتمتع بقدرة عالية على التمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة؛ حيث تراوحت درجة معامل الارتباط بين (٠.٦٠) و (٠.٩٠).

وقد تمّ الكشف والتحقق من نماذج عدة للصدق كصدق البناء، والصدق التمييزي والصدق العملي. أما فيما يتعلق بصدق البناء فقد تمّ استخدام فنيات التحليل العملي لاستنتاج الصدق على عينات متباعدة، وتمّ فحص مدى التباعد والتقارب من خلال فحص العلاقة بين كونرز ومقاييس أخرى.

وفيما يتعلق بالصدق التمييزي فقد أجريت نتائج تجريب المقياس على عينات مختلفة، وقد تم إثباته بقوة من خلال فحص عينات عيادية مختلفة وعينات أخرى غير عيادية إحصائياً بالإعتماد على المعايير الأساسية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV).

أما فيما يتعلق بالصدق العاملي فقد أظهرت النتائج أن المقياس يتكوّن من عوامل رئيسة تمّ تحديدها في الشكل القصير للمقياس (Conners'-R-S) وهي: المعارضة، نقص الانتباه ومشكلات التعلم، فرط النشاط.

ب. ثبات المقياس:

لقد تمّ التوصل إلى ثبات المقياس باستخدام طريق الإعادة وطريقة إتفاق المقيمين. ولحساب معامل الثبات تمّ تطبيق المقياس على عينة من الأطفال، وقد كانت الفترة الزمنية الفاصلة بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني (٦-٨) أسابيع. وقد تراوحت درجة معامل الاتساق الداخلي للمقياس بين (٠.٧٥) و (٠.٩٠). وتجدر الإشارة إلى أنه قد تمّ القيام بإجراءات معامل الثبات لكل من شكلي المقياس (القصير والطويل) منفصلة بين الجنسين وبين المجموعات العمرية. وتمّ التوصل إلى معامل الثبات من خلال الكشف عن مدى التوافق بين نتائج الذكور والإناث من المجموعات العمرية نفسها ما بين (٣-١٧) سنة (Conners'-R, 2001: 119-123).

١- ٣- ٤ صورة المقياس في البحث الحالي:

قامت الباحثة بترجمة المقياس من اللغة الإنكليزية إلى اللغة العربية وعرضت على أشخاص متخصصين باللغة الإنكليزية

لقد تمّت ترجمة مقياس كونرز (Conners'-R) من اللغة الإنكليزية إلى اللغة العربية التي يشترط في صياغتها النهائية خضوعها لإجراءات تعريب دقيقة، كالترجمة والترجمة العكسية والتطبيق التجريبي على مفحوصين يتقنون اللغة العربية والإنكليزية وتطبيق الصيغتين عليهم حسب قوانين (MHS). وقد قامت الباحثة بالتعاون مع فريق عمل نفسي بعملية الترجمة من الإنكليزية إلى العربية، ومن العربية إلى الإنكليزية (انظر الملحق ٣).

١- ٣- ٥ صدق وثبات المقياس في البحث الحالي:

أ. صدق المقياس:

تمّ عرض المقياس بعد القيام بإجراءات ترجمته إلى اللغة العربية على مجموعة من الأساتذة المختصين في مجال علم النفس الاكلينيكي والصحة النفسية والتربية الخاصة والطب النفسي

(انظر الملحق ٩-أ). وللتأكد من مدى مطابقة البنود العربية للبنود الإنكليزية من حيث المعنى الإكلينيكي تمّ تعديل الصياغة النهائية لبعض منها باللغة العربية بموافقة أكثر من (٩٠%) من المحكمين؛ حيث تمت المحافظة على البنود الأصلية من حيث دقة معناها، وفيما يلي عرض لبعض البنود التي جرى تعديل صياغتها النهائية باللغة العربية.

(الصياغة النهائية)

(الصياغة المبدئية)

- يتملّ بعصبية بيديه وقدميه وهو على المقعد
- يتملّ بعصبية بيديه وقدميه أو يتلوى في المقعد
- صعوبة في العمل أو إتمام الواجبات المنزلية
- لديه صعوبة في القيام بواجباته المنزلية أو إتمامها
- صعوبة التحكم بتصرفاته في مراكز التسوق
- صعوبة التحكم بنصرفاته في المراكز التجارية أو في أثناء التسوق
- سريع التحسس والعصبية والانفعالية
- سهل الاستثارة (نزق)

ب. ثبات المقياس:

للتأكد من ثبات المقياس اعتمدت الباحثة طريقة الثبات بالإعادة؛ حيث تمّ تطبيق المقياس على عينة أخرى من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (غير عينة البحث)، وتم إعادة تطبيق المقياس بعد أسبوعين من تطبيقه الأول، وبعد ذلك تمّ حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد تلك العينة في التطبيقين الأول والثاني، وقد بلغ معامل الارتباط (بيرسون) بين التطبيقين (0.91) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) مما يشير إلى توفر شرط الثبات بالنسبة للمقياس ويجعله صالحاً للاستخدام.

كما تم حساب معامل الثبات أيضاً وفقاً لمعامل الثبات (ألفا كرونباخ)؛ حيث بلغ معامل الثبات (٠.٨٠) وهي تعتبر قيمة جيدة تعبر عن توفر شرط الثبات بالنسبة للمقياس.

٢. بطاقة دراسة الحالة.

تعتبر دراسة الحالة خطوة أساسية في العمل الإكلينيكي لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب علمي منظم. وتجدر الإشارة إلى أنه لا يمكن الوثوق بهذه الأداة وحدها دون ربطها ربطاً محكماً مع الأدوات الأخرى كالمقابلة، ونتائج الاختبارات، والفحص الطبي والعصبي.

وقد قامت الباحثة بدراسة الحالة من خلال إعدادها لبطاقة تتكوّن من عدد من الأسئلة التي تهدف للحصول على بعض البيانات الأولية والمعلومات العامة عن الجوانب الشخصية والاجتماعية والمرضية ومستوى التحصيل الدراسي للطفل، وذلك بعد إطلاعها على عدد من بطاقات دراسة الحالة سواء ما توفر منها في العيادة النفسية أم بطاقات أخرى، وقد تم الاستفادة من محتوى بيانات دراسة الحالة بشكل كبير في تعرف كل حالة على حدى إضافة إلى الاستفادة منها في توزيع المجموعات من حيث استبعاد بعض الحالات التي تعيش ظروف إجتماعية أو أسرية خاصة، أو التي لديها اضطرابات نفسية مصاحبة، أو التي لديها تاريخ معالجة بالأدوية (انظر الملحق ٤).

٣. البرنامج العلاجي الدوائي:

حيث قام بتحديد الإشراف عليه الطبيب النفسي طوال فترة العلاج وتمّ اعتماد دواء الريتالين (Ritaline) وكمية الجرعات المناسبة طوال فترة المعالجة. كما تمّ تحديد مواعيد تناول الجرعات في الفترة الصباحية، وقد كان للباحثة دور الإطلاع عليه دون تدخل.

٤. البرنامج العلاجي السلوكي:

قامت الباحثة بإعداد برنامج علاجي سلوكي موجّه لعينة من الأطفال ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من المترددين على بعض العيادات النفسية بهدف خفض شدة الاضطراب لديهم، ويحتوي البرنامج مجموعة من الإجراءات والنشاطات المنظمة المستندة إلى معطيات العلاج السلوكي وتطبيقاته في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال وفقاً لخطوات إجرائية منظّمة، وذلك بعد الرجوع والإطلاع على أساسيات العلاج السلوكي وتطبيقاته واستراتيجياته والدراسات حوله: (الرواجفة، ٢٠٠٥؛ العايد، ٢٠٠٨؛ الدراس، ٢٠٠٧؛ البوالصة، ٢٠٠٧؛ عبد الوهاب، ٢٠٠٧؛ القرعان، ٢٠٠٦؛ الملكاوي، ٢٠٠٣؛ مسعود، ٢٠٠٢؛ الزغلوان، ٢٠٠١؛ Lee, 2003؛ Pelham, 2005؛).

هذا وقد تمّ اعتماد مجموعة من الاستمّارات الخاصة بالبرنامج التي كانت على الترتيب كما يلي: استمارة تسجيل السلوك (معدل تكرارات السلوك)، قائمة التقييم التعزيزي، استمارة التقييم الوظيفي للسلوك (انظر الملاحق ٥، ٦، ٧). إضافة إلى مجموعة من نماذج أوراق العمل التي عبرت عن الأنشطة التي تمّ تطبيقها مع الأطفال في أثناء الجلسات (انظر الملحق ٨- النماذج: أ، ب، ج، د، هـ، و، ز، ح).

٤ - ١ أهمية استخدام البرنامج :

تتطلق أهمية هذا البرنامج من:

١. الفرضية الأساسية التي أجمع عليها المختصون في مجال استخدام العلاج السلوكي، والتي تؤكد على أهمية العلاج السلوكي كعلاج فعال له مكان الصدارة في التعامل مع اضطرابات الأطفال السلوكية عموماً، واضطراب نقص الانتباه خصوصاً فقد أشار كل من: الخطيب واستيورت وهنداوي ولي إلى أن:

- كثيراً من مشكلات الأطفال تتكوّن من أنماط سلوكية يمكن تعريفها بوضوح نسبي وتستجيب للعلاج السلوكي.

- إن الفترة الزمنية القصيرة التي تتطلبها البرامج السلوكية تشجع على استخدامها بشكل كبير.

- إمكانية تعميم استخدام أساليب العلاج السلوكي لحل المشكلات من البيئة العلاجية إلى البيئة الطبيعية (الخطيب، ٢٠٠١-ب؛ استيورت، ١٩٩٦؛ هنداوي، ١٩٩٣؛ Lee, 2003).

٢. الاهتمام الكبير الذي أولته بعض الدراسات والبحوث لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كونه من أكثر الاضطرابات التي حققت انتشاراً بعد السلوك العدواني في الآونة الأخيرة لا سيما بين أطفال المرحلة الابتدائية.

٣. حاجة الأطفال ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط إلى هذا النوع من البرامج العلاجية، وعدم الاقتصار على العلاج الدوائي كعلاج أساسي في التخفيف من شدة أعراض هذا الاضطراب.

٤. حاجة ذوي الأطفال إلى تقديم يد العون والمساعدة من خلال توجيههم إلى المنهجية السليمة في التعامل مع أطفالهم ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ومدى انعكاس ذلك على البيئة الأسرية بشكل عام.

٤ - ٢ المسلمات التي يقوم عليها البرنامج:

ناقش كل من بيترسون وايزنبرج (Patterson and Eisenberg, 1983) المسلمات التي تقوم عليها البرامج السلوكية التي أكد عليها كثير من الباحثين من بعده مثل: (الخطيب، ٢٠٠٨، استيورات، ١٩٩٦، ...)، وقد تبنت الباحثة وجهة نظرهما تلك في إعدادها للبرنامج التي تلخصت بما يلي:

- إن كل سلوك يُعد متعلماً، ومن الممكن تغييره عن طريق تنفيذ استراتيجيات تؤدي إلى تعلم أساليب جديدة.
- التغيرات المحددة في محيط الفرد يمكن أن تساعد على تغيير السلوك، كما أن إجراءات تعديل السلوك تبحث في الوصول إلى تغيرات تتعلق بالسلوك من خلال تغيير البيئة.
- الهدف النهائي هو تعديل السلوك غير المرغوب فيه والذي يمكن قياسه، ويُعد هذا التغيير الذي حدث دليلاً على فاعلية البرنامج.
- يركز العلاج السلوكي بقوة على تعريف واضح للسلوك غير المرغوب فيه، و ذلك حتى يمكن ملاحظته و توفير دليل على قياس التغيير الذي يطرأ عليه.

٤ - ٣ أهداف البرنامج:

تتمثل أهداف البرنامج في هذا البحث بأهداف مباشرة وأهداف غير مباشرة:

أ. الأهداف المباشرة:

١. العمل على خفض شدة الأعراض الرئيسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد العينة موضوع البحث من خلال مجموعة من مبادئ وإجراءات العلاج السلوكي، وتؤكد هذه المبادئ على أن كل السلوكيات متعلمة، وبالتالي فإن الاضطراب الذي هو عبارة عن مجموعة من الأعراض السلوكية غير الطبيعية يمكن تغييرها.
٢. تدريب الأطفال على إطالة الفترة الزمنية للانتباه لديهم من خلال تدريبهم على بعض المهارات التي من شأنها أن تسهم في مدى استفادتهم من البرامج التربوية المقدمة لهم ضمن صفوفهم الدراسية، وبالتالي العمل على زيادة التحصيل المدرسي.
٣. تدريب الأطفال على ضبط السلوك الاندفاعي لديهم من خلال مهارات العمل على التنظيم والترتيب، والتأكيد على ضبط أنماط السلوك التي تسبب لهم الفوضى والتشويش، وتمنحهم من الاستفادة من القدرات التي يتمتعون بها .
٤. اكتساب الأطفال للمهارات اللازمة لضبط الحركة الزائدة لهم، وتوجيههم إلى إمكانية توظيف تلك الطاقة الحركية في نشاطات مفيدة بدلاً من تعرضهم لمشكلات كثيرة نتيجة ذلك.

٥. تعلم الأطفال عينة البحث بعض السلوكيات البديلة التي من شأنها أن تساهم في حمايتهم والحد من خطر تعرضهم لبعض المشكلات الناجمة عن السلوك الإنذافي كأحد من الأعراض السلوكية التي يعانون منها.

ب - أهداف غير مباشرة:

١. مساعدة الأهل في التعامل مع أطفالهم ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه من خلال تعلمهم بعض الاستراتيجيات الضرورية، وبالتالي التخفيف من وطأة الضغوط النفسية التي تقع على عاتقهم نتيجة معاناتهم من المشكلات التي يسببها لهم هؤلاء الأطفال.

٢. العمل على زيادة الدافعية لدى الأطفال - عينة البحث - من خلال إتاحة الفرصة لهم للنجاح، وشعورهم بقدرتهم على الإنجاز بعد امتلاكهم لبعض الاستراتيجيات التي تساعد في السيطرة على بعض الأعراض السلوكية غير المرغوبة مثل: العمل على ضبط السلوك الإنذافي وذلك من خلال تذكيرهم بأن ذلك سوف يكلفهم خسارة ممتلكات لديهم.

٤ - ٤ الخدمات التي يقدمها البرنامج:

يقدم البرنامج عدداً من الخدمات منها:

١. الخدمات العلاجية المباشرة: خدمات علاجية مباشرة تتمثل في مساعدة أطفال مجموعة العلاج السلوكي، ومجموعة العلاج المشترك على خفض شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لديهم.

٢. الخدمات الإرشادية غير المباشرة: وهي خدمات تتضمن توجيه أمهات أطفال مجموعة العلاج السلوكي ومجموعة العلاج المشترك إلى كيفية التعامل مع أطفالهن من خلال شرح حالات أطفالهن بشكل واضح وماهية الطرائق المناسبة في التعامل معهم،

٣. الخدمات التربوية: وتتجلى في تحسين مستوى الانتباه وخفض شدة الحركة الزائدة والاندفاعية لديهم، وذلك من خلال استخدام أطفال مجموعة العلاج السلوكي ومجموعة العلاج المشترك للاستراتيجيات التي تعلموها في الجلسات العلاجية مما يؤدي إلى تحسين مستوى الإنجاز المدرسي لديهم.

٤. خدمات إنسانية: وتتمثل في الاهتمام بالأطفال وتقبل حالاتهم بمختلف مستوياتهم وحالاتهم النفسية، وتوجيههم حيث يستطيعون حل المشكلات التي تواجههم قدر ما أمكن.

٤ - ٥ القواعد الأساسية للبرنامج:

يقوم أي برنامج تعليمي تدريبي على بعض القواعد الأساسية التي يتفق عليها المدرب والمشاركون وذلك لتسهيل عمليتي التعلم والتعليم وتسيير الجلسات بشكل جيد وحتى تتحقق الاستفادة القصوى من وقت البرنامج. والقواعد الأساسية لهذا البرنامج:

أ. **التدريب والممارسة** هما من أساسيات تعلم أي مهارة جديدة؛ لذلك سوف يتضمن البرنامج تدريبات في أثناء الجلسة وواجبات بيتية لكل جلسة ومن الضروري لإتقان المهارة المطلوبة القيام بالتدريب المنزلي على بعض الفنيات قبل الجلسة التالية. وكلما كانت المتابعة مستمرة للتدريب كانت الاستفادة من البرنامج أكبر. حيث إن كل خطوة مبنية على الخطوة التي قبلها.

ب. **المشاركة الفاعلة** من جميع حالات المجموعة المشاركة. حيث إن تعلم المهارات الجديدة والقيام ببعض التطبيقات العملية في أثناء الجلسات هي ضرورة ملحة للقيام بها. ووظيفة الاختصاصية (المعالج) هي تقديم التعليمات بطريقة مفهومة وواضحة وتقديم المساعدة التي تمكن الأطفال من التعلم واستيعاب المطلوب منهم.

ج. **الحضور إلى البرنامج في الزمن المحدد.**

د. **احترام وقت البرنامج والالتزام بالهدف المرجو من كل جلسة علاجية.**

هـ. **تسجيل الملاحظات في الجلسة والاحتفاظ بأوراق التدريب حتى يمكن الرجوع إليها والاستفادة منها بهدف التغذية الراجعة.**

و. **السرية** أي احترام سرية المعلومات التي قد تعرض في الجلسة إذا كانت تخص أحد حالات الأطفال أو أسرهم. (محمد جبر، ٢٠٠٤: ٣٠٧)

ز. **تعاون الأم في تنفيذ البرنامج:** لا شك أن للأُم دوراً هاماً وأساسياً في المساهمة في تعديل سلوكيات طفلها خاصة إذا توافر لها التوجيه والإرشاد المناسبين، وفي هذا البرنامج تم الاستعانة بأم الطفل لتثبيت الأنماط السلوكية التي نحن بصدد تدريب الطفل عليها، والتي تقلل من شدة فرط النشاط وتزيد من فترة انتباهه، وقد تحدد دور الأم في هذا البرنامج كما يلي:

١. الاستفسار عما يجري مع الطفل خلال جلسات تطبيق البرنامج بشكل مستمر وتقديم ملاحظات للباحثة كلما دعت الحاجة إلى ذلك، وذلك من خلال تخصيص (١٠ دقيقة) للأُم في نهاية كل جلسة.

٢. استخدام تعزيز اضافي مع الطفل في حال وردت من الأم ملاحظات عن سلوكيات إيجابية لدى طفلها.

٣. مساعدة الأمهات لأطفالهن في تنفيذ بعض المهمات والواجبات البيتية التي يتضمنها البرنامج.

٤. تعرف الأمهات الإرشادات الخاصة بالتعامل مع حالات اضطراب نقص الانتباه في جلسة اضافية.

وتجدر الإشارة إلى أن الباحثة قامت قبل البدء بالبرنامج بتوضيح طبيعة البرنامج والهدف منه، ومراحله وزمن تطبيقه للأمهات الأطفال المشاركين، كما أكدت في نهاية البرنامج ضمن جلسة اضافية على أهمية الارشادات الاساسية في التعامل مع هؤلاء الأطفال ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

٤ - ٦ خطوات تصميم البرنامج:

قامت الباحثة قبل تصميم البرنامج باتخاذ مجموعة من الإجراءات المنهجية تضمن من خلالها الإعداد والتطبيق الجيد للبرنامج، ومن هذه الإجراءات:

١. الإطلاع على الأسس النظرية لاستخدام العلاج السلوكي في علاج الاضطرابات السلوكية عموماً واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط خصوصاً من خلال الرجوع إلى مجموعة من المراجع سواء كانت باللغة العربية أم الأجنبية مثل: (مليك، ١٩٩٠؛ الخطيب، ٢٠٠٥؛ ابراهيم، ١٩٩٣؛ السلاموني، ٢٠٠١؛ Cooper, John ; Heron, Timothy & hewrebral, William 1996).

٢. الاطلاع على العديد من البرامج العلاجية السلوكية التي تناولت بالدراسة فاعلية تلك البرامج في خفض حدة أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه مثل دراسة: (العايد، ٢٠٠٨؛ الرواجفة، ٢٠٠٥؛ الخطيب والحديدي، ٢٠٠٤؛ الإمام، ٢٠٠٤؛ ملكاوي، ٢٠٠٣؛ دافينز وويت (Davies & Witte)، ٢٠٠٦؛ بلهام (Pelham)، ٢٠٠٥؛ بندر ودكسون وتشيزي (Binder, Dexon & Ghezzi)، ٢٠٠٢؛ ريتمان (Ricman)، ١٩٩٦؛ كاليف (Calif)، ١٩٩٣؛ ويت واليوت (Witt & Elliott)، ١٩٨٢؛ الخ.....

٣. تأهيل الباحثة في العديد من الدورات التدريبية وورش العمل الخاصة بالعلاج السلوكي سواء كان في بعض البلدان العربية (الأردن، قطر، البحرين، الكويت)، أم الأجنبية

(الولايات المتحدة الأمريكية)، حيث قامت الباحثة بالتدرب على مجموعة من المهارات المتعلقة باستخدام الملاحظة السلوكية بشكل رئيسي إلى جانب المقابلة، وكذلك على مجموعة من الفنيات المتعلقة بفنيات العلاج السلوكي واستخداماتها في إطار علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال. وقد استفادت الباحثة بشكل كبير من عملها على مدى سنوات عدة في مركز متخصص (في دولة قطر) يُعنى بتدريب وتأهيل طلاب الجامعة في إطار العلاج السلوكي لدى الأطفال الأمر الذي وفر لها - أيضاً - فرص احتكاك جيدة بمتخصصين في مجال التحليل السلوكي.

٤. الخبرات العملية في إطار العمل النفسي العيادي، التي تلقفتها الباحثة من خلال الإشراف المباشر عليها من قبل الطبيب النفسي الأمريكي (Irshad Shafeallah) والخبير السلوكي (Houk Khair).

وبناءً على ما تقدم تمّ بناء البرنامج بصورته الأولية بعد استشارة عدة متخصصين في المجال حيث تمّ تحديد المحتوى العملي والإجرائي من خلال:

- تحديد الأهداف الخاصة بالجلسات العلاجية.
- تحديد مجموعة الفنيات والإجراءات الخاصة بأساليب العلاج السلوكي مثل: أسلوب تكلفة الاستجابة، ذلك بهدف التخلص من أنماط السلوك غير المرغوبة مثل أعراض ضعف الانتباه وفرط النشاط، وأسلوب التعزيز على اختلاف أنواعه، وذلك لتشجيع الطفل على القيام بأنماط السلوك المرغوبة.
- اختيار بعض الاستراتيجيات العامة الخاصة بالتنفيذ وإجراءات التطبيق مثل: اختيار المعززات المناسبة للأطفال عينة البحث.
- تحديد آلية التقييم الوظيفي للسلوك المستهدف في العلاج.
- تحديد المدى الزمني لإنجاز البرنامج.
- تحديد عدد الجلسات العلاجية، ومدة كل جلسة.
- وأخيراً مكان إجراء البرنامج.

٤ - ٧ صدق البرنامج:

وللتأكد من صدق محتوى البرنامج ومدى ملاءمته في تحقيق أهداف البحث تمّ عرضه على عشرة من المحكمين من المتخصصين في مجال التربية الخاصة والإرشاد النفسي والتربوي والصحة النفسية في جامعة دمشق وجامعة قطر، ومن المتخصصين في تحليل السلوك التطبيقي

من أعضاء جمعية تحليل السلوك التطبيقي للشرق الأوسط، لتتمّ قراءة محتوياته وإبداء الرأي وتقديم الاقتراحات اللازمة (انظر الملحق ٩-ب). وقد تمّ الأخذ بتلك الملاحظات، وأجريت التعديلات والتحسينات التي تتناسب ومحتويات البرنامج مثل:

١. إنقاص عدد الجلسات الخاصة بالأمهات.
 ٢. تحديد فترة تطبيق البرنامج بثمانية أسابيع.
 ٣. تعديل مراحل تنفيذ البرنامج من خمس مراحل إلى أربع مراحل حيث تمّ حذف المرحلة الأولى التي كانت تعبر عن مرحلة الإعداد.
 ٤. تحديد الفترة الزمنية الخاصة بكل جلسة علاجية، والمحافظة على الفترة الزمنية المخصصة للأمهات في نهاية كل جلسة.
- وفي ضوء ذلك تمّت كتابة البرنامج في صيغته النهائية وفقاً للمراحل التالية:

٤ - ٨ مراحل تطبيق البرنامج :

• المرحلة الاولى _ وهي مرحلة القياس القبلي:

تمّ تطبيق المقياس المعتمد على أفراد المجموعات الثلاث (العينة الدوائية، العينة السلوكية، العينة المشتركة) وذلك في الفترة الواقعة بين (12/تموز/٢٠٠٩ - ١٥/تموز/٢٠٠٩)، وقد تمّ تحديد عيادة نفسية واحدة بمشاركة الطبيب النفسي المسؤول للقيام بتطبيق القياس القبلي على أفراد عينة الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط المشخصين من قبل الطبيب النفسي.

وتجدر الإشارة إلى أنه قد تمّ الأخذ بالحسبان عدة نقاط أساسية عند تحديد العيادة النفسية (مكان تطبيق البرنامج) منها:

- (١) توفر الشروط الملائمة للتطبيق والمساحة الكافية. (٢) عدم انشغال العيادة في الفترة المحددة طوال فترة تطبيق البرنامج. (٣) تحديد فترة البرنامج بثمانية أسابيع اشترط على أفراد العينة السلوكية، والدوائية-السلوكية الالتزام بالحضور. أما العينة الدوائية فلم يكن هناك أي شروط سوى تحديد الفترة الزمنية (ثمانية أسابيع) بدءاً من تاريخ تعاطي الحالة للدواء.

• المرحلة الثانية _ تطبيق البرنامج العلاجي:

تمّ تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد مجموعة العلاج السلوكي، وعلى أفراد مجموعة العلاج المشترك في غرفة خاصة بالعلاج في العيادة النفسية التي تمّ سحب جزء من العينة منها، وذلك لمدة ثمانية أسابيع متواصلة بالنسبة للمجموعة السلوكية التي بدت فيها الأمور سهلة إلى حد ما مما كانت عليه الأمور بالنسبة لمجموعة العلاج المشترك التي كان من الضروري بالنسبة لها مصاحبة العلاج الدوائي للعلاج السلوكي خلال نفس الفترة الزمنية. وكانت الأمور تسير بشكل طبيعي بالنسبة لأفراد عينة العلاج الدوائي، إذ تمّ تحديد تاريخ البدء من تاريخ بدء تعاطي الأفراد للدواء من قبل الطبيب النفسي (انظر عينة البحث: ٣). وكانت تتمّ متابعة مجموعة العلاج الدوائي كل ثلاثة أسابيع تقريباً لمعرفة مدى التحسن في الأعراض، وذلك بدءاً من القيام بالقياس القبلي وانتهاءً بالقياس البعدي.

• المرحلة الثالثة _ وهي مرحلة القياس البعدي:

تمّ تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعات الثلاث: مجموعة العلاج السلوكي، مجموعة العلاج المشترك، مجموعة العلاج الدوائي بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج مباشرة (بعد ثمانية أسابيع).

• المرحلة الرابعة _ مرحلة تطبيق قياس المتابعة:

تمّ تطبيق قياس المتابعة لأفراد المجموعات الثلاث بعد التوقف عن البرنامج لمدة ستة أسابيع، وذلك من خلال تطبيق أداة القياس ذاتها من أجل متابعة مدى فاعلية البرنامج في خفض شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد المجموعات الثلاث، والجدول (٨) يلخص مراحل التطبيق العملي للبرنامج:

الجدول (٨)

مراحل التطبيق العملي للبرنامج

اسم المرحلة	المحتوى	التاريخ	المدة	المكان
المرحلة الأولى	التطبيق القبلي لأداة البحث	١٢/تمّوز/٢٠٠٩	(١) أسبوع	العيادة النفسية (مقر إجراء البحث)
المرحلة الثانية	تطبيق البرنامج العلاجي على: - مجموعة العلاج السلوكي	١٩/تمّوز/٢٠٠٩	(٧) أسبوع	العيادة النفسية (مقر إجراء البحث)

			- مجموعة العلاج المشترك	
المرحلة الثالثة	التطبيق البعدي لأداة البحث على: - مجموعة العلاج الدوائي - مجموعة العلاج السلوكي - مجموعة العلاج المشترك	٦/أيلول/٢٠٠٩	(١) أسبوع	العيادة النفسية (مقر إجراء البحث)
المرحلة الرابعة	تطبيق قياس المتابعة على المجموعات الثلاث	١٨/تشرين أول/٢٠٠٩	(١) أسبوع	العيادة النفسية (مقر إجراء البحث)

وقد اشتمل البرنامج على العناصر الرئيسة التالية:

- الجلسات التدريبية التي يُعرض فيها البرنامج، عددها (١٥) جلسة (انظر جلسات البرنامج- الجزء الخاص ببرنامج العلاج السلوكي).
- الاستمّارات الخاصة بالبرنامج (الملاحق ٧،٦،٥).
- نماذج أوراق العمل (الملحق ٨، النماذج: أ،ب،ج، د، هـ، و، ز، ح).
- كتيب خاص بالأهل يتضمن: نصائح عامة للتعامل مع الأطفال ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (الملحق ١٠).

٤- ٩ محتوى الجلسات:

لقد تمّ انتقاء محتوى البرنامج العلاجي السلوكي بناءً على الأهداف التي تمّ تحديدها في البرنامج، وكذلك الإجراءات العملية بما يتضمنه من الفنيات المستخدمة، وقد تمّ تحديد الفترة الزمنية لكل جلسة ما بين (٣٠-٣٥) دقيقة بمعدل جلستين أسبوعياً باستثناء الجلسة الأولى والأخيرة فقد كانت الفترة الزمنية المخصصة له (٦٠-٧٥) دقيقة. والجدول رقم (٩) يوضح توزيع ومحتوى جلسات البرنامج، والهدف منها، وعددها وزمن كل جلسة:

الجدول (٩)

توزيع جلسات البرنامج

رقم الجلسة	هدف الجلسة	مدة الجلسة
------------	------------	------------

رقم الجلسة	هدف الجلسة	مدة الجلسة
الجلسة الأولى	- تمهيد وتعارف وتبادل المعلومات بين كل من الباحثة والأم والطفل. - التعريف بطبيعة البرنامج وأهدافه وإجراءاته. - مناقشة دور كل من الباحثة والأم والطفل، - تعرف القدرات الذكائية للطفل. - تعرف الأعراض السلوكية العامة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (تطبيق القياس القبلي للبحث).	(٦٠-٧٥) د
الجلسة الثانية	- توضيح أنظمة الجلسات للطفل المتمثلة: - أ- عدم مغادرة الكرسي في أثناء تأدية النشاط. - ب- إنهاء المهارة المطوبة قبل الانتقال إلى غيرها. - ج- الاستجابة لتعليمات الباحثة. - تحديد الأعراض المستهدفة وتعريفاتها الإجرائية. - جمع البيانات. - الواجب البيئي. - مناقشة مع الأم.	(٣٥-٣٠) د
الجلسة الثالثة	- مناقشة الواجب البيئي (تقديم التغذية الراجعة للطفل). - تحديد المعززات الخاصة بكل طفل. - التقييم الوظيفي للسلوك: - أ- تطبيق استمارة التحليل الوصفي للأعراض المستهدفة. - ب- الملاحظة المباشرة للأعراض. - ج- التحليل الوصفي (A.B.C). - الواجب البيئي. - مناقشة مع الأم.	(٣٥-٣٠) د
الجلسة	- مناقشة الواجب البيئي (تقديم التغذية الراجعة للطفل).	(٣٥-٣٠) د

رقم الجلسة	هدف الجلسة	مدة الجلسة
الرابعة	- التعريف بأهم الأساليب العلاجية (التعزيز التفاضلي لسلوك النقيض، الإطفاء، تكلفة الاستجابة،..... - الواجب البيئي. - مناقشة مع الأم.	
الجلسة الخامسة	- مناقشة الواجب البيئي (تقديم التغذية الراجعة للطفل). - ضبط التشتت والشروط (زيادة الانتباه والتركيز). - ضبط السلوك الاندفاعي (عدم التسرع في الاجابة). - ضبط النشاط الزائد (الجلوس على الكرسي لأطول فترة ممكنة). - الواجب البيئي. - مناقشة مع الأم.	(٣٥-٣٠) د
الجلسة السادسة	- مناقشة الواجب البيئي (تقديم التغذية الراجعة للطفل). - ضبط التشتت والشروط (زيادة الانتباه والتركيز). - ضبط السلوك الاندفاعي (عدم التسرع في الاجابة). - ضبط النشاط الزائد (الجلوس على الكرسي لأطول فترة ممكنة). - الواجب البيئي. - مناقشة مع الأم.	(٣٥-٣٠) د
الجلسة السابعة	- مناقشة الواجب البيئي. - ضبط التشتت والشروط (زيادة الانتباه والتركيز). - ضبط السلوك الاندفاعي (عدم التسرع في الاجابة). - ضبط النشاط الزائد (الجلوس على الكرسي لأطول فترة ممكنة). - الواجب البيئي. - مناقشة مع الأم.	(٣٥-٣٠) د
الجلسة	- مناقشة الواجب البيئي (تقديم التغذية الراجعة للطفل).	(٣٥-٣٠) د

رقم الجلسة	هدف الجلسة	مدة الجلسة
الثامنة	- مساعدة الطفل على تنفيذ بعض المهمات الأكاديمية. - الواجب البيتي. - مناقشة مع الأم.	
الجلسة التاسعة	- مناقشة الواجب البيتي (تقديم التغذية الراجعة للطفل). - مساعدة الطفل على تنفيذ بعض المهمات الأكاديمية. - الواجب البيتي. - مناقشة مع الأم.	(٣٥-٣٠) د
الجلسة العاشرة	- مناقشة الواجب البيتي (تقديم التغذية الراجعة للطفل). - الانتباه للمثيرات البصرية ذات العلاقة واستبعاد غير ذات العلاقة. - الواجب البيتي. - مناقشة مع الأم.	(٣٥-٣٠) د
الجلسة الحادية عشرة	- مناقشة الواجب البيتي (تقديم التغذية الراجعة للطفل). - الانتباه للمثيرات البصرية ذات العلاقة. - الواجب البيتي. - مناقشة مع الأم.	(٣٥-٣٠) د
الجلسة الثانية عشرة	- مناقشة الواجب البيتي (تقديم التغذية الراجعة للطفل). - زيادة مدة الانتباه البصري لدى الطفل. - الواجب البيتي. - مناقشة مع الأم.	(٣٥-٣٠) د

رقم الجلسة	هدف الجلسة	مدة الجلسة
الجلسة الثالثة عشرة	- مناقشة الواجب البيتي (تقديم التغذية الراجعة للطفل). - الانتباه للمثيرات السمعية. - الواجب البيتي. - مناقشة مع الأم.	(٣٥-٣٠) د
الجلسة الرابعة عشرة	- مناقشة الواجب البيتي (تقديم التغذية الراجعة للطفل). - التلخيص والاعلان عن نهاية البرنامج مع الطفل. - تعرف فاعلية البرنامج العلاجي (القياس البعدي). - الختام وتوجيه الشكر للأم. - تطبيق المقياس البعدي للبحث.	(٣٥-٣٠) د
الجلسة الخامسة عشرة "جلسة ارشادية ختامية"	- مراجعة المفهوم العام لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ، والآثار السلبية الناجمة عنه. - مراجعة المبادئ الأساسية والخطوات العلاجية التي تمّ اعتمادها في البرنامج. - التأكيد على بعض الأساليب العلاجية التي تمّ اعتمادها في البرنامج. - عرض بعض الارشادات الخاصة باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. - مناقشة الامهات بإيجابيات البرنامج وأخذ الاقتراحات.	(٧٥-٦٠) د

٤- ١٠ إجراءات تطبيق البرنامج:

تمّ البدء بتطبيق هذا البرنامج في تاريخ ٢٠٠٩/٧/١٢ واستمرّ لمدة ثمانية أسابيع لغاية ٢٠٠٩/٩/٦ حيث تمّ التوقف، ومن ثمّ تمّ إجراء قياس المتابعة بعد ستة أسابيع من توقف البرنامج وقد تمّ إتباع الإجراءات التالية:

- الاتفاق مع الأطباء النفسيين في العيادات النفسية على آلية سحب عينة البحث من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من المراجعين للعيادات.
- تحديد أفراد عينة البحث وفقاً لخصائص عينة البحث المحددة.

- مقابلة الأمهات اللواتي يعاني أطفالهن من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، اللواتي حضرن شخصياً والاتصال هاتفياً بأخريات لتحديد موعد للمقابلة بهدف توضيح تفاصيل البرنامج العلاجي والهدف منه، ومن ثم أخذ موافقتهم على الالتزام بالمشاركة بالبرنامج وفقاً للمدة المحددة.
- تقسيم أفراد عينة الدراسة بطريقة قصدية بين المجموعات الثلاث: مجموعة العلاج الدوائي التي خضعت للعلاج الدوائي مباشرة بإشراف الطبيب النفسي، ومجموعة العلاج السلوكي التي خضعت للعلاج السلوكي بإشراف الباحثة، أما مجموعة العلاج المشترك فقد خضعت لبرنامجي العلاج السلوكي والدوائي معاً؛ حيث روعي قيام الطبيب بتحديد البدء بالجرعات الدوائية بالتزامن مع بدء برنامج العلاج السلوكي للحالات.
- تحديد مواعيد جلسات التدريب بالاتفاق مع أمهات المجموعتين السلوكية والمشاركة وفق جدول زمني منظم، على أن تحدد المواعيد بمعدل جلستين اسبوعياً تتخللهما الاستراحات اللازمة حسب حاجة الطفل شرط ألا يؤثر الأمر في تحقيق الهدف من الجلسة العلاجية.
- قيام الباحثة بتطبيق مقياس كونرز لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مع الأم (كمقياس قبلي)، إضافة إلى استعانة الباحثة باستمارة تسجيل السلوك لتعرف معدل تكرارات الأعراض السلوكية ومدى انخفاض معدل تلك التكرارات لاحقاً على كل من القياس (البعدي والمتابعة).
- تنظيم وترتيب المكان المخصص لعقد الجلسات وتجهيز بعض اللوحات والجدول الخاصة بالمعزّزات، وقد تمّ تحديد عيادة واحدة للقيام بتطبيق البرنامج العلاجي مع مجموعتي العلاج السلوكي والمشاركة.
- تحديد الإجراءات والاستراتيجيات العلاجية السلوكية المناسبة المستخدمة في الجلسات (الإجراءات الخاصة بجمع البيانات السلوكية، إجراءات التقييم التعزيزي، الفنيات العلاجية لاسيما: التعزيز، تكلفة الاستجابة).
- متابعة الأمهات لتسلسل جلسات البرنامج مع أطفالهن من خلال حضورهن الجلسات ومشاركتهن الباحثة لبعض المستجدات المتعلقة بأطفالهن.
- تطبيق البرنامج السلوكي المعد من قبل الباحثة على أفراد المجموعة السلوكية والمشاركة.

- تطبيق مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على أفراد عينة البحث من قبل الباحثة مع الأم (كمقياس بعدي) للمجموعات الثلاث (السلوكية والدوائية والسلوكية-الدوائية).
- تطبيق قياس المتابعة بعد مضي ستة أسابيع من توقف البرنامج على كل من المجموعات الثلاث (السلوكية، والدوائية، والسلوكية - الدوائية).
- جمع البيانات وتحليلها واستخراج النتائج لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لكل من المجموعات الثلاث على القياس القبلي والبعدي وقياس المتابعة.

٤ - ١١ الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء التطبيق:

- صعوبة التنسيق مع الأطباء النفسيين للحصول على عينة البحث وفقاً لخصائص العينة المطلوبة حسب ما تمّ الإشارة إليه في (عينة البحث: ١١٠).
- صعوبة تحديد عينة العلاج المشترك وذلك لضرورة تزامن العلاج تاريخ البدء بالعلاج الدوائي للحالة مع برنامج العلاج السلوكي.
- الحصول على المكان المخصص لتطبيق البرنامج حيث تتوافر فيه كافة الشروط المطلوبة للضبط التجريبي للمتغيرات.
- تردد الأهل في التعاون في بداية البرنامج ومحاولة الباحثة اقناعهم في مدى الفائدة التي سوف تعود عليهم وعلى أطفالهم اضافة إلى التأكيد على مجانية العمل.
- صعوبة تنفيذ بعض الإجراءات المقررة ضمن الجلسة الواحدة مع بعض الحالات وذلك بسبب ضرورة التأكيد على ضرورة الاستماع للحالة والشعور بالراحة إلى جانب تنفيذ الإجراءات المقررة.
- تغيب بعض الحالات عن بعض الجلسات مما كان يضطر الباحثة لتحديد أوقات إضافية خلال الاسبوع نفسه حيث لا تفوت الحالات جلسة قبل موعد الجلسة التالية.
- وتجدر الإشارة إلى انه قد تمّ تذليل كثير من الصعوبات من خلال تعاون الأطباء النفسيين لا سيما على صعيد تحديد البيئة العلاجية المناسبة (العيادة) لتطبيق البرنامج ضمن فترة زمنية محددة، حيث لم يكن هناك استخدام للعيادة في تلك الفترة الزمنية لانشغال الطبيب النفسي.

٥. البرنامج العلاجي المشترك (السلوكي والدوائي).

الذي قامت الباحثة فيه بتطبيق البرنامج العلاجي السلوكي الذي كان من إعدادها إلى جانب البرنامج العلاجي الدوائي الذي كان قام باعتماده الطبيب النفسي.

رابعاً - متغيرات البحث:

شمل البحث على المتغيرات التالية:

المتغير المستقل: هو البرنامج العلاجي الذي يستند إلى أسس العلاج السلوكي، ويحتوي على مجموعة من الإجراءات والفنيات المتعلقة بالعلاج السلوكي مثل: التعزيز، وتكلفة الاستجابة،

حيث قامت الباحثة بتطبيقه على عينة أفراد البحث بعد إعداده وتصميمه ومن ثمّ تحكيمه والتحقق من مدى صلاحيته للأهداف التي وضع من أجلها.

المتغير التابع: وهو التغيرات الحاصلة لدى أفراد عينة البحث المتعلقة بخفض شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وفقاً لمقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

خامساً - حدود البحث:

تمثلت حدود البحث بما يلي :

١. **الحدود البشرية:** عينة الأطفال المشخصين سريريّاً استناداً إلى القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من الدليل التشخيصي الرابع المعدل لجمعية الطب النفسي الأمريكية، ومقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

٢. **الحدود المكانية:** قامت الباحثة باختيار أفراد عينة البحث الحالي من عدة عيادات نفسية في مدينة دمشق بعد أخذ موافقة الأطباء النفسيين فيها، ومن ثمّ قامت بتحديد عيادة نفسية واحدة للتطبيق العملي نظراً لتوفر كثير من الشروط المناسبة للقيام بتطبيق إجراءات البرنامج العلاجي.

٣. **الحدود الزمانية:** من (٢٠٠٩/٧/١٢)، ولغاية (٢٠٠٩/١٠/١٨) م.

الفصل السادس

نتائج البحث ومناقشتها وتفسيرها

- توطئة.
أولاً - النتائج المتعلقة بتكافؤ المجموعات على الاختبار القبلي.
ثانياً - نتائج الفرضية الأولى.
ثالثاً - نتائج الفرضية الثانية.
رابعاً - نتائج الفرضية الثالثة.
خامساً - نتائج الفرضية الرابعة.
سادساً - نتائج الفرضية الخامسة.
سابعاً - نتائج الفرضية السادسة.
ثامناً - نتائج الفرضية السابعة.
تاسعاً - نتائج الفرضية الثامنة.
عاشراً - النتائج وفقاً للأهداف التي سعى إليها البحث.
- مقترحات البحث.

توطئة:

كان الهدف من هذا البحث قياس فاعلية برنامج سلوكي في معالجة شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية وبناءً عليه تمّ تطبيق البرنامج واستخراج النتائج الخاصة بكل من المجموعات الثلاث على: القياس القبلي، والقياس البعدي، وقياس المتابعة، وتمّ إخضاع تلك النتائج للمعالجات الإحصائية المناسبة، وذلك للتحقق من الفرضيات التي طرحها البحث.

أولاً- النتائج المتعلقة بتكافؤ المجموعات على الاختبار القبلي:

للتحقق من تكافؤ المجموعات قبل البدء بتطبيق البرنامج قامت الباحثة بحساب متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث: المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، والمجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، والجدول (١٠) يبين النتائج:

الجدول (١٠) متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس القبلي

القياس القبلي للمجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
مجموعة العلاج الدوائي	٩	٧٧.٧٨	٥.٣١٠
مجموعة العلاج السلوكي	٩	٧٤.١١	٤.٥١٢
مجموعة العلاج المشترك	١٠	٧٨.٠٠	٤.٨٧٦
المجموع الكلي	٢٨	76.68	5.056

وقد تمّ التحقق من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث: مجموعة العلاج الدوائي، ومجموعة العلاج السلوكي، ومجموعة العلاج المشترك على مقياس كورنر على القياس القبلي من خلال استخدام اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis) وهو البديل اللامعلمي لاختبار تحليل التباين الأحادي، والجدول (١١) يبين ذلك:

الجدول (١١) نتائج اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis) للمجموعات الثلاث على

القياس القبلي

القياس القبلي للمجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة كاي مربع المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة	القرار
مجموعة العلاج الدوائي	٩	١٦.٤٤	٣.٩٠٦	2	٠.١٤٢	غير دالة
مجموعة العلاج السلوكي	٩	١٠.٠٦				
مجموعة العلاج المشترك	١٠	١٦.٧٥				

يتضح من الجدول (١١) أن قيمة كاي مربع المحسوبة بلغت (٣.٩٠٦) وهي غير دالة عند مستوى الدلالة الإحصائية (٠.٠٥) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث فيما بينها: متوسط المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) ومتوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) ومتوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس القبلي مما يؤكد تجانس المجموعات فيما بينها قبل البدء بتطبيق البرنامج.

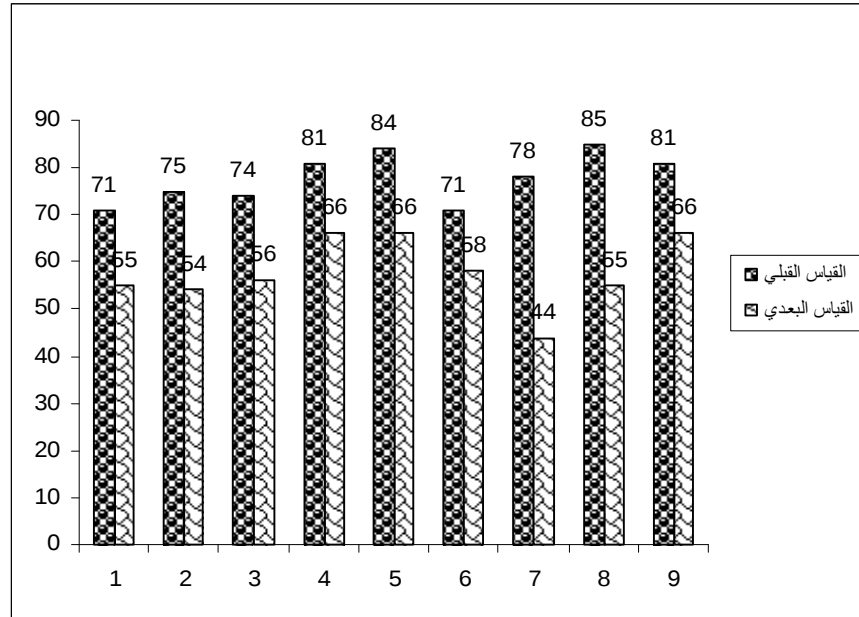
ثانياً - نتائج اختبار الفرضية الأولى:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.

تم تطبيق مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، وقد تم تسجيل الدرجات التالية على كل من القياسين القبلي والبعدي، ويوضح الشكل التالي النتائج:

الشكل (٢) درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كورنر المعدل

(القياس القبلي - القياس البعدي)



للتحقق من صحة هذه الفرضية تمّ حساب الفرق بين المتوسط الحسابي لدرجات الأفراد على كل من القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، كما تمّ استخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للعينات صغيرة الحجم واستخراج قيمة (Z)، وقد تبين أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية لدرجات المجموعة الأولى بين القياس القبلي والبعدي إذا كان مستوى الدلالة القياسي لقيمة (Z) المحسوبة أصغر من مستوى الدلالة المقبول والمحدد في الفرضية وهو (٠.٠٥). أما إذا كان مستوى الدلالة القياسي لقيمة (Z) المحسوبة أكبر من مستوى الدلالة المقبول والمحدد في الفرضية وهو (٠.٠٥) فإنه ليس هناك فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي. وببين لنا الجدول (١٢) أن قيمة (Z) المحسوبة (-٢.٦٧٠) هي دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي لأفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي).

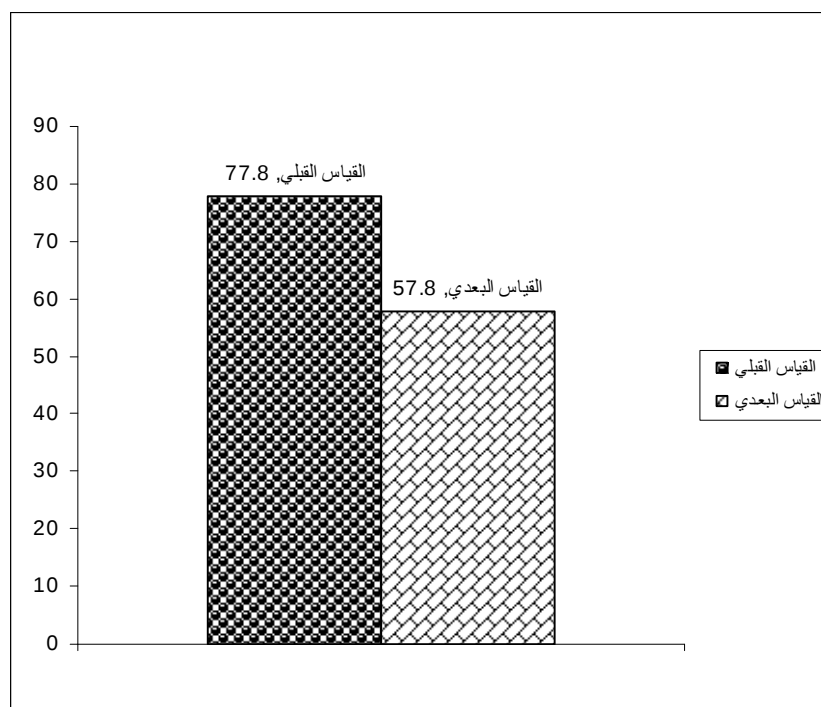
الجدول (١٢) نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الأولى على مقياس كورنر
المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي)

المجموعة	العدد	متوسط درجات القياس		الانحراف المعياري		قيمة Z المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
		القياس القبلي	القياس البعدي	القياس القبلي	القياس البعدي			
(الأولى) العلاج الدوائي	٩	٧٧.٧٨	٥٧.٧٨	٥.٣١٠	٧.٢٩٣	-٢.٦٧٠	٠.٠٠٨	دالة عند ٠.٠٥

وبناءً على ذلك واستناداً إلى الجدول الموضح أعلاه يمكننا القول إن الفرضية محققة عند مستوى دلالة (٠.٠٥) للمجموعة الأولى، ويمثل الشكل التالي هذه النتائج:

الشكل (٣) متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كورنر المعدل

(القياس القبلي - القياس البعدي)



ومن المهم هنا حساب حجم الأثر (Effect Size) حيث يمكن للأفراد الذين يملكون قياسات نظامية لحجم الأثر الذي نراقبه أن يقارنوا النتائج مع نتائج دراساتهم. ويمكننا حساب حجم الأثر وفقاً للمعادلة التالية:

$$\text{حجم الأثر} = \frac{\text{الدرجة المعيارية } z}{\sqrt{\text{عدد المشاهدات}}}$$

(فيلد، ٢٠٠٧: ٥٣٣)

ومن الضروري الإشارة إلى أن عدد المشاهدات لا يشير إلى عدد الأفراد بل يشير إلى عدد الافراد الذين تم اختيارهم فإذا كان لدينا (١٠) مفحوصين ولكننا نختبرهم مرتين فهذا يعني أنه لدينا (٢٠) مشاهدة (فيلد، ٢٠٠٧: ٥٤١)، ويُعد الأثر كبيراً أو صغيراً وفق ما اتفق عليه على نطاق واسع استناداً إلى القيم التالية:

قيمة حجم الأثر التقدير

٠.١٠ - ٠.٢٩ أثر صغير

٠.٣٠ - ٠.٤٩ أثر متوسط

٠.٥٠ - أو أكبر أثر كبير

لقد قامت الباحثة بقياس حجم الأثر لأفراد المجموعة الأولى، وذلك من خلال تطبيق المعادلة المشار إليها أعلاه وكانت النتائج كما يلي:

$$\text{حجم الأثر} = \frac{-٢.٦٧٠}{\sqrt{١٨}} = -٠.٦٢٩ - \text{تقدير الأثر: كبير}$$

مناقشة نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها:

تبين نتائج الفرضية الأولى مدى فاعلية البرنامج العلاجي الدوائي في انخفاض شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) حيث إنخفض متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى في القياس القبلي من (٧٧.٧٨) درجة إلى (٥٧.٧٨) درجة في القياس البعدي الأمر الذي يشير إلى تحسن واضح في الأعراض لدى أفراد المجموعة على مقياس كورنرز لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي. ومما يوضح ذلك حجم الأثر الذي أكد على أن العلاج الدوائي قد أحدث تأثيراً إيجابياً في خفض

أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد هذه المجموعة والذين كانوا ميالين منذ البداية إلى اعتماد العلاج الدوائي كطريقة علاجية مستخدمة في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

كما يمكن الإشارة إلى التفاوت في انخفاض الدرجات بين أفراد هذه المجموعة (مجموعة العلاج الدوائي) بالنظر إلى الشكل رقم (٢) الذي يوضح أن انخفاض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وصل إلى (٣٤) درجة لدى بعض الأفراد (الحالة رقم ٧)، على حين بلغ لدى بعضهم الآخر (١٣) درجة (الحالة رقم ٦)، ويمكن تفسير هذه النتائج من خلال التوقف عند مسألة لا تخفى على أحد من الباحثين في هذا المجال وهي طبيعة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وماهية العوامل المسببة له مثل: العوامل الكيميائية والعصبية التي يؤكد بعض أنصارها على وجود خلل في التوازن الكيميائي للناقلات العصبية التي تساعد خلايا الدماغ على الارتباط ببعضها بعضاً مما يسبب حدوث الاضطراب، بينما يرى آخرون أن هناك تضرراً بنيوياً في الدماغ وتروية دماغية منخفضة للدماغ الجبهي عند الأطفال مفرطي النشاط، وبالتالي فإن منظومة النقل العصبي ليست هي المضطربة وإنما يتعلق الأمر بعدم توازن المنظومات هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن للعوامل البيئية دوراً هاماً تؤثر من خلاله على مجرى الاضطراب حيث يعتقد بعض الباحثين أن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ناجم عن التفاعل السلبي بين الوالدين والطفل، وأسلوب المعاملة الوالدية الخطأ الذي يشعر الطفل من خلاله بالإهمال ليلجأ بعد ذلك للقيام بسلوكه غير المرغوب.

لقد اتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسات سابقة أكدت على فاعلية العلاج الدوائي في معالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ومن هذه الدراسات دراسة الدفراوي (١٩٩٢)، ودراسة جليبرج وآخرون (٢٠٠١)، ودراسة ريبينز (٢٠٠٠)، ودراسة جيمس (١٩٩١)، ودراسة جنيفير ووليم ١٩٩٥، ودراسة رابورت (١٩٨٠).

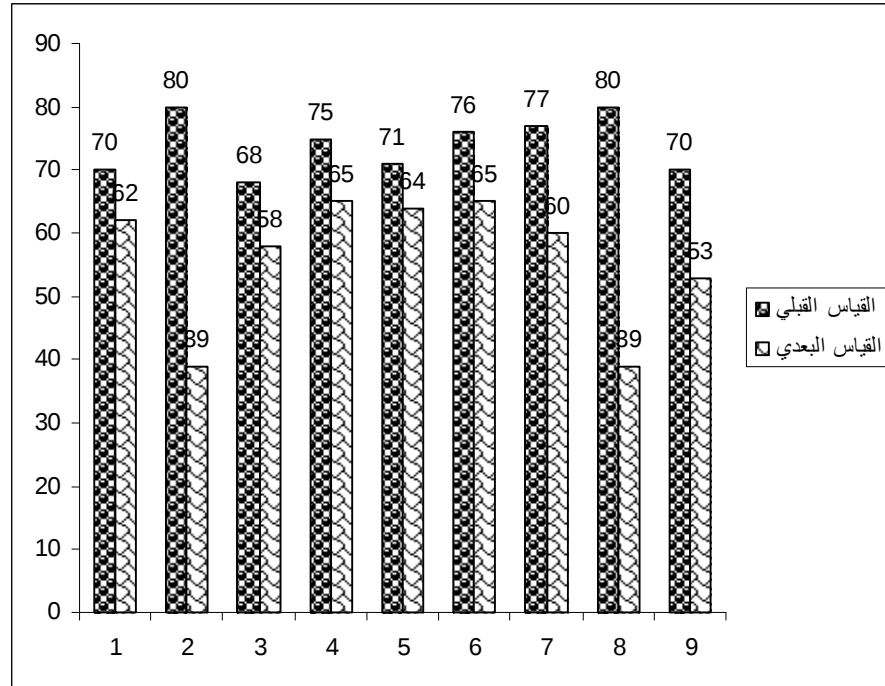
ثالثاً - نتائج اختبار الفرضية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.

تم تطبيق مقياس كونرز على أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، وقد تم تسجيل الدرجات التالية على كل من القياسين القبلي والبعدي وفق الشكل التالي:

الشكل (٤) درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كورنر المعدل

(القياس القبلي - القياس البعدي)



وللتحقق من هذه الفرضية تمّ حساب الفرق بين المتوسط الحسابي لدرجات الأفراد على كل من القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، وتمّ استخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للعينات صغيرة الحجم واستخراج قيمة (Z)، وقد تبين بأن هناك فروقاً جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة الثانية؛ حيث كانت قيمة مستوى الدلالة القياسي لقيمة (Z) المحسوبة أصغر من مستوى الدلالة المقبول والمحدد في الفرضية وهو (٠.٠٥).

وبين لنا الجدول (١٣) أن قيمة (Z) المحسوبة (-٢.٦٧٣) هي دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي لأفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي).

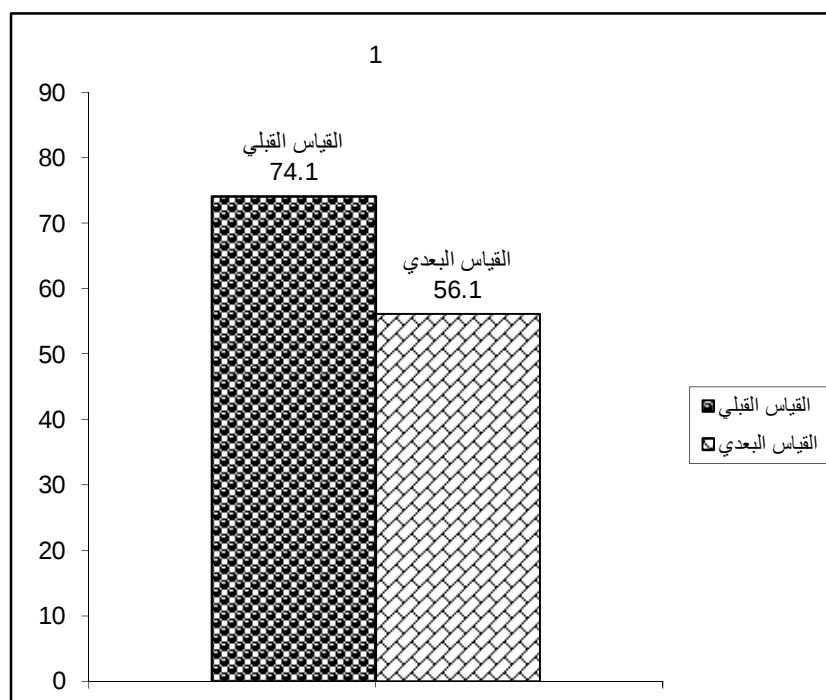
الجدول (١٣) نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الثانية على مقياس كورنر
المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي)

المجموعة	العدد	متوسط درجات القياس		الانحراف المعياري		قيمة Z المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
		القياس القبلي	القياس البعدي	القياس القبلي	القياس البعدي			
الثانية العلاج السلوكي	٩	٧٤.١١	٥٦.١١	٤.٥١٢	١٠.٤٢٢	-٢.٦٧٣	٠.٠٠٨	دالة عند ٠.٠٥

وبناءً على ذلك، واستناداً إلى الجدول الموضح أعلاه يمكننا القول: إن الفرضية محقة عند مستوى دلالة (٠.٠٥) للمجموعة الثانية. ويمثل الشكل التالي هذه النتائج:

الشكل (٥) متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كورنر المعدل

(القياس القبلي - القياس البعدي)



كما وقد قامت الباحثة بقياس حجم الأثر لأفراد المجموعة الثانية، وذلك من خلال تطبيق المعادلة المشار إليها سابقاً وكانت النتائج كما يلي:

$$\text{حجم الأثر} = \frac{-2.673}{\sqrt{18}} = -0.631 - \text{تقدير الأثر: كبير}$$

مناقشة نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها:

تبين نتائج الفرضية الثانية مدى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي في انخفاض شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد المجموعة الثانية حيث إنخفض متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية من (٧٤.١١) في القياس القبلي وبلغ (٥٦.١١) في القياس البعدي الأمر الذي يشير إلى تحسن واضح في الأعراض لدى أفراد المجموعة على مقياس كورنرز لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. ومما يوضح ذلك بشكل أكبر حجم الأثر الذي تمّ حسابه، والذي أكد على أن البرنامج العلاجي السلوكي المقترح كان له الأثر الواضح في انخفاض شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) مما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي الذي تمّ تطبيقه.

وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط فلا بد من الإشارة إلى التفاوت في انخفاض الدرجات بين أفراد هذه المجموعة (مجموعة العلاج السلوكي) بالنظر إلى الشكل رقم (٤) الذي يوضح أن انخفاض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بلغ (١٧) درجة لدى بعض الأفراد (الحالة رقم ٧) و(الحالة رقم ٩)، وهي درجة تساوت مع درجة انخفاض الأعراض لدى بعض الحالات في المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، كما وصل انخفاض الأعراض إلى (٤١) درجة (الحالة رقم ٢)، و(الحالة رقم ٨)، وهي درجة مرتفعة لم يحققها أي فرد من مجموعة العلاج الدوائي، وهذا ما يؤكد على قدرة العلاج السلوكي على تحقيق نتائج أفضل أو تكافؤ في أثرها العلاج الدوائي. وتجدر الإشارة إلى (الحالة رقم ٥) التي بلغ انخفاض الأعراض لديها (٧) درجة الأمر الذي كان مرده إلى عدم تعاون الأم الكافي لا سيما من حيث الالتزام بمتابعة الطفل للقيام بالواجبات البيتية واستعداده للجلسة المقبلة؛ حيث أن الأم هي التي كانت تنسى ما هو المطلوب إعداداً للجلسة المقبلة وليس الطفل. ونستطيع التأكيد هنا أن هذه الفروق لصالح القياس البعدي لدى مجموعة العلاج السلوكي يمن عزوها إلى عدة عوامل منها: ١ - ما يتعلق بالطفل والأم بشكل مباشر مثل: ميل الطفل والأم واقتناعهما بالعلاج السلوكي كأسلوب علاجي، وتعاونهما مع الباحثة من خلال التزامهما بحضور جلسات العلاج وأداء الواجبات البيتية، ومنها ٢ - ما يتعلق بالبرنامج العلاجي السلوكي ذاته من حيث تنظيم الجلسات العلاجية، وتحديد أهداف كل جلسة بما يتناسب مع الحاجات النوعية للطفل، إضافة إلى اختيار الفنيات

العلاجية المناسبة وطريقة استخدامها مثل التأكيد على استخدام التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض بدلاً من استخدام العقاب الأمر الذي من شأنه أن يعزز ثقة الطفل بقدرته ويزيد الدافعية لديه لتقديم الأفضل، وترى الباحثة أن حرصها على إجراء التغذية الراجعة في بداية كل جلسة وسؤالها عن الواجب البيتي الذي ترافق مع جلسات العلاج كان له أثر كبير في تعزيز ما تعلمه الطفل وتدريب عليه خلال جلسة العلاج، كما تجدر الإشارة إلى أهمية تخصيص جزء من الوقت للأهميات، وذلك لأهمية تعميم سلوك الطفل المرغوب فيه خارج جلسة العلاج، ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نتائج دراسات عدة كانت قد أثبتت فاعلية البرامج العلاجية السلوكية باختلاف الفنيات العلاجية السلوكية المختلفة التي تم استخدامها كالتعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة مثلاً من خلال إدراجها وفقاً لبرنامج يعتمد منهجية العلاج السلوكي وخطواته الأساسية في العلاج مثل دراسة الدراس (٢٠٠٧)، ودراسة الإمام (٢٠٠٤)، ودراسة ملكاوي (٢٠٠٣)، ودراسة بيترز (٢٠٠٢)، ودراسة كارلسن ومان والكسندر (٢٠٠٠).

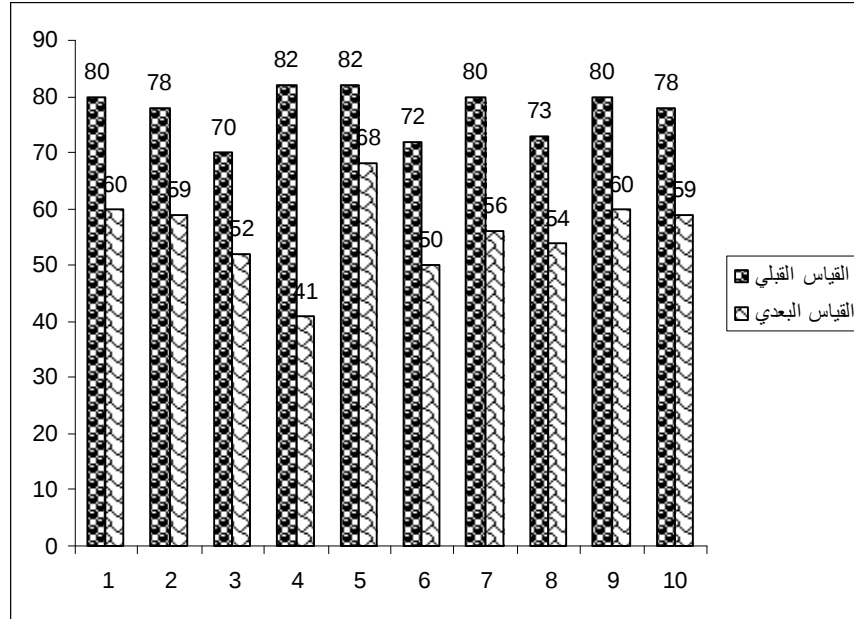
رابعاً - نتائج اختبار الفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.

لقد تم تطبيق مقياس كونرز أيضاً على أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك)، وقد تم تسجيل الدرجات التالية على كل من القياسين القبلي والبعدي وفق الشكل التالي:

الشكل (٦) درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كونرز المعدل

(القياس القبلي - القياس البعدي)



نلاحظ من خلال الشكل السابق ارتفاع درجات الأفراد على المقياس قبل البدء باستخدام العلاج المشترك، هذا الأمر دفع المتعالجين إلى اعتماد العلاج الدوائي إلى جانب العلاج السلوكي بهدف تحقيق نتائج أسرع من وجهة نظرهم، وإن اعتماد أكثر من طريقة في العلاج له فوائد أكبر حسب اعتقادهم.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تمّ حساب الفرق بين المتوسط الحسابي لدرجات الأفراد على كل من القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك)، كما تمّ استخدام اختبار ولوكسون (Wilcoxon) للعينات صغيرة الحجم واستخراج قيمة (Z)، وقد تبين بأن هناك فروقاً جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة الثالثة؛ حيث كانت قيمة مستوى الدلالة القياسي لقيمة (Z) المحسوبة أصغر من مستوى الدلالة المقبول والمحدد في الفرضية (0.05).

يبين لنا الجدول (١٤) أن قيمة (Z) المحسوبة (-٢.٨١٢) هي دالة عند مستوى دلالة (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي لأفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك).

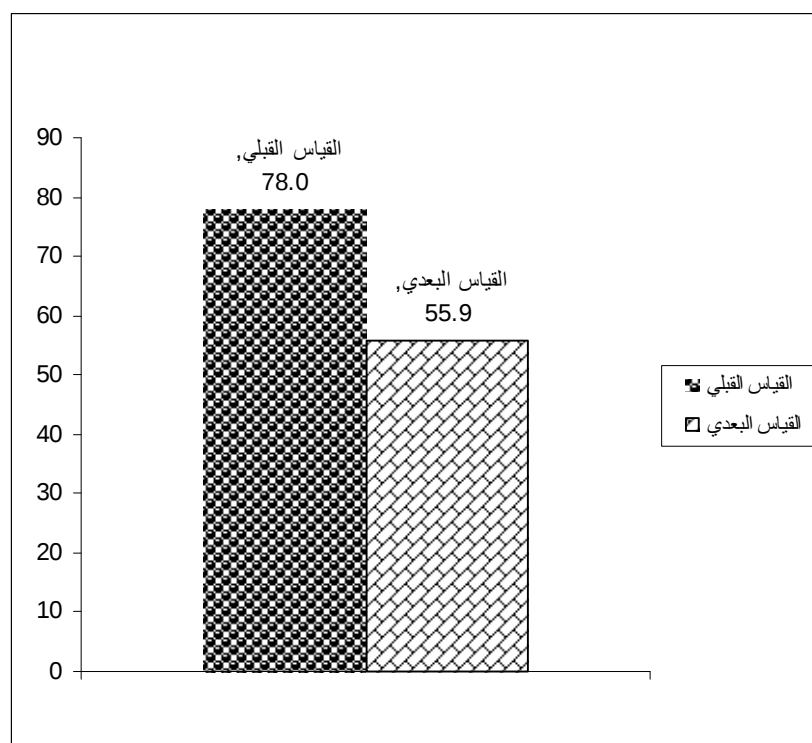
الجدول (١٤) نتائج اختبار ولوكسون للمجموعة الثالثة (Wilcoxon) على مقياس كورنر المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي)

المجموعة	العدد	متوسط درجات القياس		الانحراف المعياري		قيمة Z المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
		القياس القبلي	القياس البعدي	القياس القبلي	القياس البعدي			
الثالثة العلاج المشترك	١٠	٧٨.٠٠	٥٥.٩٠	٤.٨٧٦	٧.٢٦٧	-٢.٨١٢	٠.٠٠٥	دالة عند ٠.٠٥

استناداً إلى الجدول الموضح أعلاه يمكننا القول أن الفرضية محققة عند مستوى دلالة (٠.٠٥) للمجموعة الثالثة، ويمثل الشكل التالي هذه النتائج:

الشكل (٧) متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كورنرز المعدل

(القياس القبلي - القياس البعدي)



وقامت الباحثة بقياس حجم الأثر لأفراد المجموعة الثالثة أيضاً، وذلك من خلال تطبيق المعادلة المشار إليها سابقاً وكانت النتائج كما يلي:

$$\text{حجم الأثر} = \frac{-2.812}{\sqrt{20}} = -0.628 \quad \text{تقدير الأثر: كبير}$$

مناقشة نتائج الفرضية الثالثة وتفسيرها:

تبين نتائج الفرضية الثالثة مدى فاعلية البرنامج العلاجي المشترك في انخفاض شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد المجموعة الثالثة حيث إنخفض متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة من (٧٨.٠٠) في القياس القبلي وبلغ (٥٥.٩٠) في القياس البعدي، وبالتالي يتبين أن الفرق لصالح القياس البعدي لأفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) الأمر الذي يشير إلى تحسن واضح في الأعراض لدى أفراد المجموعة على مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد هذه المجموعة، ومما يؤكد ذلك حجم الأثر الذي كان قريباً من حيث قيمته من حجم الأثر الذي أحدثه العلاج الدوائي أو السلوكي بشكل منفرد مما يؤكد فاعلية برنامج العلاج المشترك في خفض شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك)، وتعتقد الباحثة أن هذه النتائج لصالح القياس البعدي لدى هذه المجموعة التي تم تطبيق برنامج العلاج المشترك عليها، كانت حتمية بسبب المحافظة على الشروط ذاتها (الأنفة الذكر) التي تم الالتزام بتطبيقها مع المجموعة الثانية عند تطبيق برنامج العلاج السلوكي من حيث: تنظيم للجلسات، وتحديد واضح لأهداف كل منها،..... وغيرها، أظهرت النتائج مدى فاعليته في خفض مستوى أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، إلى جانب برنامج العلاج الدوائي المستخدم الذي أثبتت فاعليته أيضاً مع المجموعة الأولى عند تطبيق برنامج العلاج الدوائي، ومن خلال النظر إلى الشكل (٦) نرى أن معظم الحالات قد حققت نتائج جيدة، وقد ترواحت نسب انخفاض الأعراض بين (١٨-٢٤) درجة، ولم يكن هناك حالات بدت فيها النتائج أقل كما بدى الحال عليه في مجموعة العلاج السلوكي، وبذلك نرى أن النتائج بينت فاعلية العلاج المشترك لدى المجموعة الثالثة حيث ساهم كل من برنامج العلاج السلوكي والعلاج الدوائي في تدعيم بعضهما بعضاً.

وتتناغم هذه النتائج مع نتائج دراسات سابقة مثل دراسة بلهام (٢٠٠٥) التي أظهرت أن التحسن السلوكي والأدائي لدى مجموعة العلاج السلوكي ومجموعة العلاج الدوائي كان متكافئاً مع مجموعة العلاج المشترك التي احتاج أفرادها إلى مجموعة أقل من الدواء. بينما أظهرت الدراسة التي قام بها جنسن وأرملد وريتشرز (١٩٩٩) تفوق نتائج العلاج المشترك (الدوائي

والسلوكي معاً)، وانخفاض مستوى الأعراض السلوكية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بشكل أكبر مقارنةً مع نتائج كل من العلاج الدوائي أو السلوكي منفرداً.

خامساً- نتائج اختبار الفرضية الرابعة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث: المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، والمجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك - السلوكي والدوائي) على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي.

للحصول على التحليل الإحصائي والتحقق من هذه الفرضية استلزم الأمر حساب الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعات الثلاث: المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، والمجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك - السلوكي و الدوائي) على مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي، ويبين الجدول (١٥) متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي.

الجدول (١٥) متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)	٩	٥٧.٧٨	7.293
الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)	٩	٥٦.١١	10.422
الثالثة (مجموعة العلاج المشترك)	١٠	٥٥.٩٠	7.264

يتضح من الجدول رقم (١٥) أن متوسط درجات المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) على مقياس كونرز لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي (٥٧.٧٨). أما المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) فقد بلغ متوسط درجات الأفراد على القياس البعدي لهذه المجموعة (٥٦.١١). بينما بلغ متوسط المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على القياس البعدي (٥٥.٩٠).

ولاختبار دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث على القياس البعدي وتعرف فاعلية البرنامج تمّ استخدام اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis) ، وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول (١٦).

الجدول (١٦) نتائج اختبار كروسكال واليز على مقياس كونرز المعدل

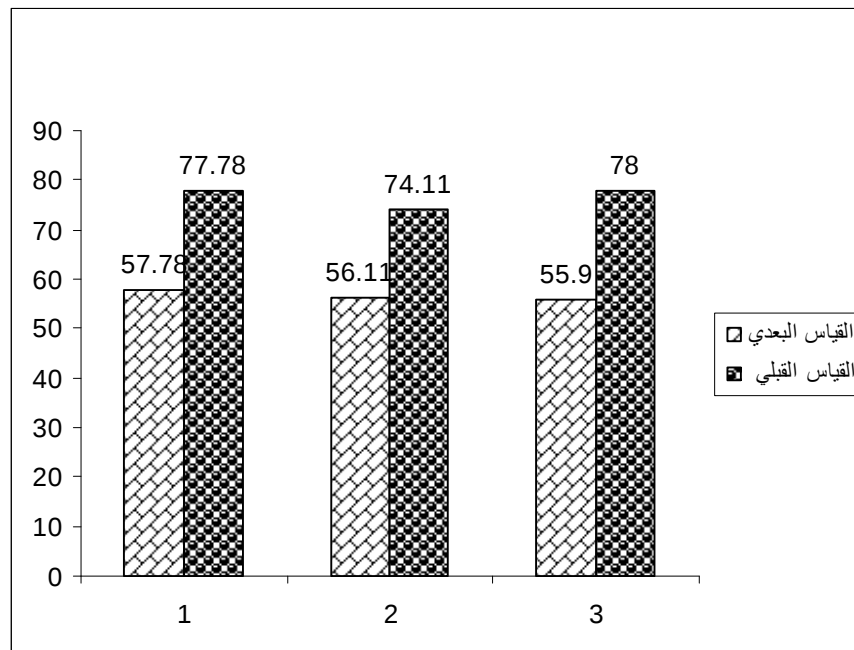
على القياس البعدي

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة كاي مربع المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة	القرار
المجموعة الأولى	٩	15.39	٠.٣٠٠	٢	٠.٨٦١	غير دالة
المجموعة الثانية	٩	14.83				
المجموعة الثالثة	١٠	13.40				

نلاحظ من الجدول السابق (١٦) أن قيمة مستوى الدلالة القياسي لقيمة (كاي) مربع المحسوبة أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد والمحسوب في الفرضية وهو (٠.٠٥) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث فيما بينها: متوسط المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) ومتوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) ومتوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) لمقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي، ويمثل الشكل (٨) نتائج متوسطات درجات كلاً من أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على كل من القياسين القبلي والبعدي.

الشكل (٨) متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنر المعدل

(القياس القبلي - القياس البعدي)



مناقشة نتائج الفرضية الرابعة وتفسيرها:

يمكننا تفسير النتائج السابقة لا سيما بالإطلاع على الشكل (٨) بأن هناك تحسناً واضحاً قد طرأ على كل مجموعة من المجموعات الثلاث على القياس البعدي، وهذا يعني أن الطرائق العلاجية الثلاثة المطبقة (برنامج العلاج الدوائي، برنامج العلاج السلوكي، برنامج العلاج المشترك) كان لها الأثر الواضح في انخفاض شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

لأفراد المجموعات الثلاث مما يؤكد فاعليّة البرنامج العلاجي السلوكي المقترح سواء كان وحده أم اشترك مع برنامج علاجي آخر كالعلاج الدوائي، ومن هنا يمكننا التأكّد من أن كافة الاستراتيجيات العلاجية لأي طريقة علاجية مستخدمة لا بد وأن تحدث تغييراً إيجابياً في مستوى الأعراض السلوكية التي يعاني منها المتعالج مهما كان مستوى التحسّن، وإن هذا يدل على وجود حد أدنى من الفاعليّة لكل وسيلة علاجية على الرغم من أن هذا الحد قد يتساوى في أنواع مختلفة من العلاج.

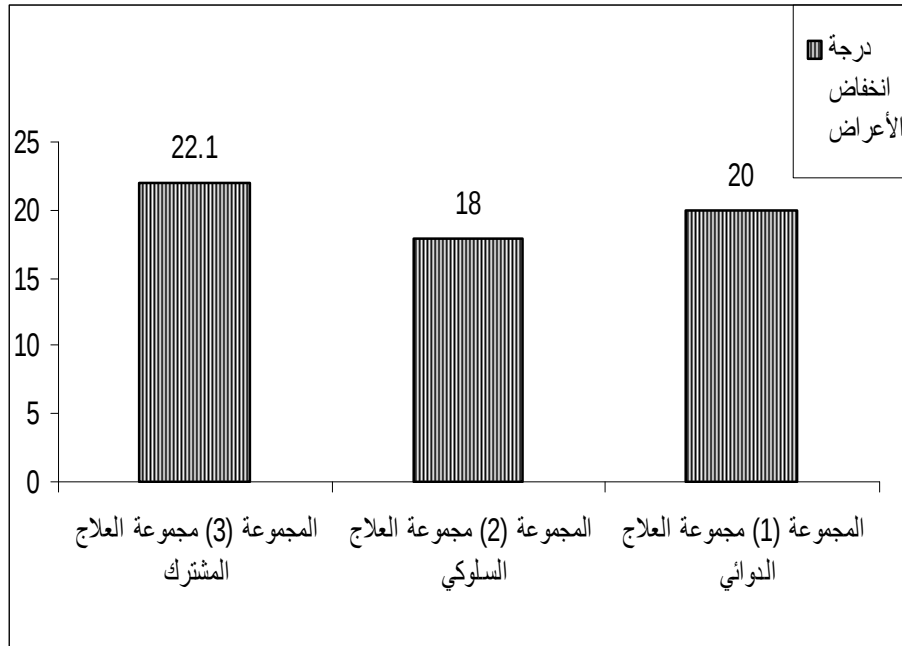
وقد أشارت النتائج إلى أن مستوى انخفاض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كان متقارباً إلى حد كبير لدى كل من المجموعات العلاجية الثلاث التي استخدمت كل منها برنامجاً علاجياً مختلفاً، وبدا مستوى الانخفاض على الترتيب بين المجموعات الثلاث ابتداءً من مستوى الانخفاض الأعلى إلى الأدنى كالتالي: مجموعة العلاج المشترك (٢٢.١٠)، ومجموعة العلاج الدوائي (٢٠.٠٠)، ومجموعة العلاج السلوكي (١٨.٠٠)، والجدول التالي يبين النتائج:

الجدول (١٧) انخفاض الأعراض وفقاً لمتوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

درجة انخفاض الأعراض	متوسط درجات المقياس		المجموعة
	القياس القبلي	القياس البعدي	
٢٠.٠٠	٧٧.٧٨	٥٧.٧٨	الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)
١٨.٠٠	٧٤.١١	٥٦.١١	الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)
٢٢.١٠	٧٨.٠٠	٥٥.٩٠	الثالثة (مجموعة العلاج المشترك)

ويوضح الشكل التالي انخفاض درجات متوسطات للمجموعات الثلاث:

الشكل (٩) درجات انخفاض المتوسطات للمجموعات الثلاث على القياس البعدي



ربما تبدو درجة الانخفاض لقارئ هذه النتائج ليست بالأرقام التي تشير إلى فاعلية هذه البرامج في معالجة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؛ إلا أنها وحسب علم الباحثة وملاحظاتها العيادية كانت تُعد جيدة وذلك لعدة أسباب أولها هو: أن اختيار عينة هذه الدراسة (أفراد المجموعات الثلاث) قد تمّ بصورة عرضية روعي فيها أن يكون مستوى شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من المستوى المتوسط إلى حد كبير وتمّ استبعاد الحالات الشديدة التي تجاوزت فيها درجات الأفراد الدرجة (٩٠) على المقياس المستخدم والذي بلغت فيه الدرجة العليا (١٠٠)، وبالتالي فقد عبر هذا الانخفاض في شدة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط عن درجة معقولة جداً. ثانيها: أن الفترة الزمنية التي استغرقها تطبيق البرامج العلاجية الثلاثة تُعد قصيرة نسبياً لظهور التأثيرات العلاجية المختلفة.

وأخيراً يمكننا أن نخلص إلى التأكيد على فاعلية البرامج العلاجية الثلاثة المستخدمة في هذه الدراسة والأثر الإيجابي الذي لاحظناه من خلال انخفاض درجات الأفراد على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وتجد الباحثة أنه من الضروري - هنا - التأكيد على أهمية النتائج المتعلقة بمجموعة العلاج السلوكي: حيث كان يتمّ التركيز ولوقت

طويل على استخدام العلاج الدوائي في معالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وأن كثيراً من الأطباء ما زالوا لا يقتنعون بجدوى العلاج السلوكي ومدى فاعليته التي بدت مساوية لفاعلية العلاج الدوائي عند اتباع منهجية العلاج السلوكي الصحيحة واستخدام الفنيات العلاجية المناسبة إضافة إلى اقتناع المتعالج بجدوى العلاج ومدى تعاونه، كما ترى أن أهمية هذه النتائج تنبع من عدم الشك باحتمال ظهور أية أعراض جانبية لدى المتعالج عند تلقيه العلاج السلوكي.

وتتناغم هذه النتائج مع نتائج دراسات عدة أثبتت فاعلية كل من البرامج العلاجية (برنامج العلاج الدوائي، برنامج العلاج السلوكي، برنامج العلاج المشترك) المستخدمة في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مثل دراسة إدوارد وجيسون (٢٠٠٢) التي اتفقت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية التي أكدت على فاعلية البرامج العلاجية الثلاثة في خفض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. كما أكدت على فعالية العلاج المشترك والعلاج السلوكي بمفرده عن العلاج الدوائي. إلا أن نتائج الدراسة الحالية اختلفت مع نتائج الدراسة التي قام بها رابينر (٢٠٠٠) التي أظهرت أن تأثير العلاج الطبي كان أفضل من العلاج السلوكي والعلاج المشترك، واختلفت معها أيضاً حين كشفت عن أن أولياء الأمور يميلون إلى العلاج الطبي أكثر من أساليب العلاج الأخرى.

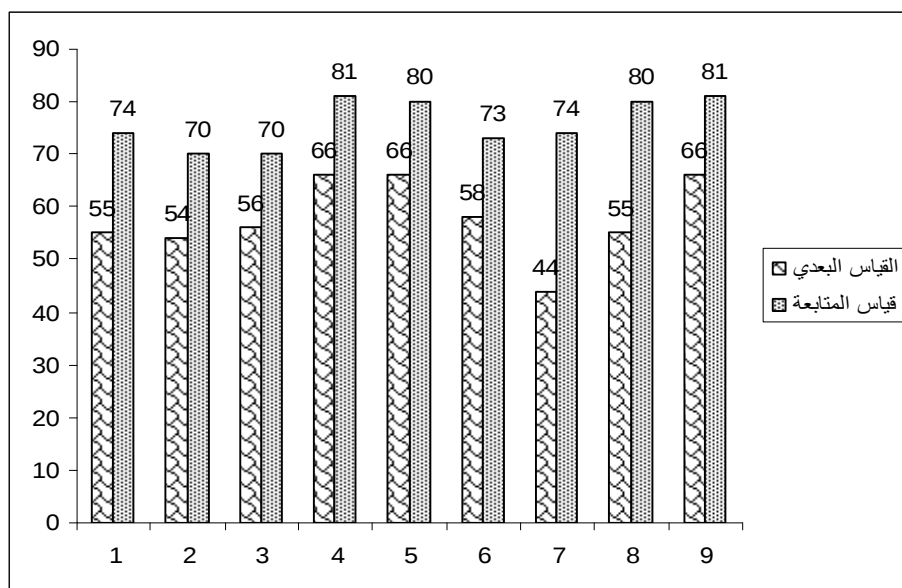
سادساً - نتائج اختبار الفرضية الخامسة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

تمّ تطبيق مقياس كونرز لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، وقد تمّ تسجيل الدرجات التالية على كل من القياس البعدي وقياس المتابعة وفقاً للشكل التالي:

الشكل (١٠) درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كورنر المعدل

(القياس البعدي - قياس المتابعة)



وللتحقق من هذه الفرضية تمّ الحصول على التحليل الإحصائي لنتائج تطبيق المقياس من خلال حساب الفرق بين المتوسط الحسابي للدرجات الخام على القياسين البعدي وقياس المتابعة للمجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، واستخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للعينات صغيرة الحجم واستخراج قيمة (Z)، وقد تبين أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية حيث كان مستوى الدلالة القياسي لقيمة (Z) أصغر من مستوى الدلالة المقبول والمحدد في الفرضية وهو (٠.٠٥).

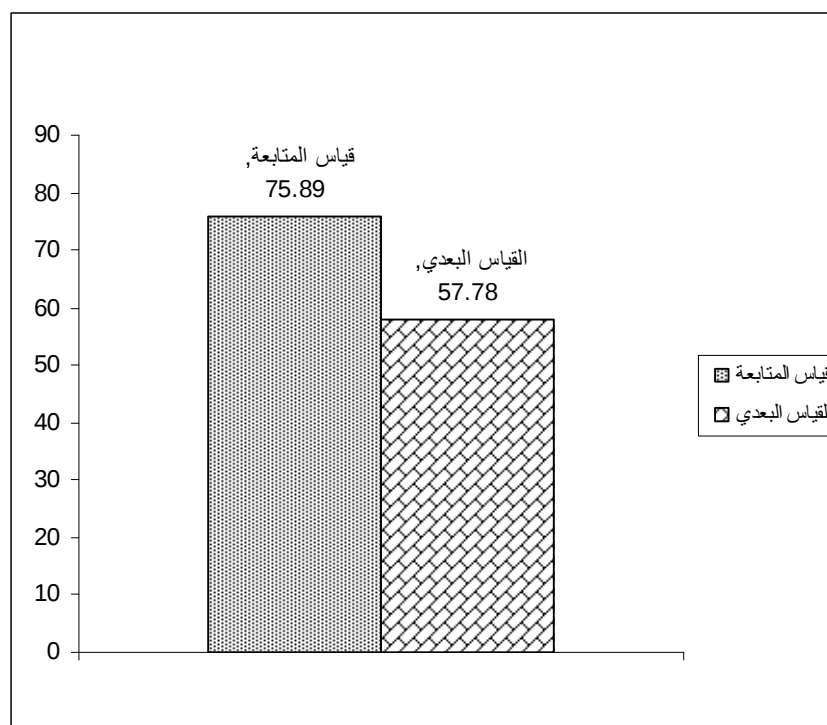
وبين لنا الجدول (١٨) أن قيمة (Z) المحسوبة (-٢.٦٧٧) هي دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

الجدول (١٨) نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الأولى على مقياس كورنر المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة)

المجموعة	العدد	متوسط درجات القياس		الانحراف المعياري		قيمة Z المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
		القياس البعدي	القياس المتابعة	القياس البعدي	القياس المتابعة			
الأولى العلاج الدوائي	٩	٥٧.٧٨	٧٥.٨٩	٧.٢٩٣	٤.٦٢٢	-٢.٦٧٧	٠.٠٠٧	دالة عند ٠.٠٥

وبناءً على ذلك واستناداً إلى الجدول الموضح أعلاه يمكننا القول أن الفرضية محققة عند مستوى الدلالة المحدد (٥.٠٥) للمجموعة الأولى، ويمثل الشكل التالي هذه النتائج:

الشكل (١١) متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كورنر المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة)



مناقشة نتائج الفرضية الخامسة وتفسيرها:

تبين النتائج وجود دلالة واضحة بين متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) بين القياس البعدي وقياس المتابعة لكنها دلالة سلبية تشير إلى ارتفاع المتوسط لدى أفراد هذه المجموعة من (٥٧.٧٨) في القياس البعدي إلى (٧٥.٨٩) في قياس المتابعة، وهذا يعني عودة الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، بمعنى آخر حدوث انتكاسة واضحة لدى أفراد المجموعة التي تلقت العلاج الدوائي عند توقفها عن تناول الدواء، وهذا مرده إلى أن أفراد هذه المجموعة والأهل معهم كانوا يعتمدون على الأدوية اعتماداً رئيسياً للسيطرة على الأعراض المرضية التي يعاني منها الطفل. وتجدر الإشارة إلى أنه كان من الواضح عند تحديد أفراد هذه المجموعة عدم رغبة الأهل في بذل الجهد ومشاركة طفلهم القيام بتدريبات وأنشطة مكثفة كتلك التي كان يتطلبها برنامج العلاج السلوكي، وبالتالي كانوا يكتفون بالاعتماد على الدواء الذي يأخذه الطفل للسيطرة على الأعراض المرضية دون تدريبه على استراتيجيات مناسبة قد تحقق النتائج ذاتها في حال تمت وفقاً لمنهجية علاجية واضحة وإذا ما أحسن استخدامها.

ويمكن أن نتوضح لنا هذه النتائج بشكل أكبر من خلال النظر إلى الشكل رقم (١٠) حيث نلاحظ ارتفاع الأعراض السلوكية إلى الدرجة ذاتها تقريباً التي كان عليها الفرد (الطفل) قبل البدء بالعلاج الدوائي، وعلى الرغم من أن هناك عدة دراسات أكدت على فاعلية العلاج الدوائي كما لاحظنا عند مناقشة الفرضية الأولى، إلا أن بعضاً منها لم يتوقف عند ضرورة الاستمرار في متابعة أفراد عينة الدراسة لمناقشة النتائج على قياس المتابعة مثل دراسة جليبرج (٢٠٠١). في حين كانت النتائج متباينة بالنسبة لاستجابات الحالات على مدى ثلاث سنوات بين تحسن أفضل خلال السنة الأولى لدى ٥٠% من أفراد المجموعة الثانية، مقابل تحسن معتدل لدى ٣٠% من أفراد المجموعة الأولى، وتدهور واضح لدى أفراد المجموعة الثالثة خلال السنتين الثانية والثالثة حسب دراسة المعهد الوطني للصحة العقلية في أمريكا.

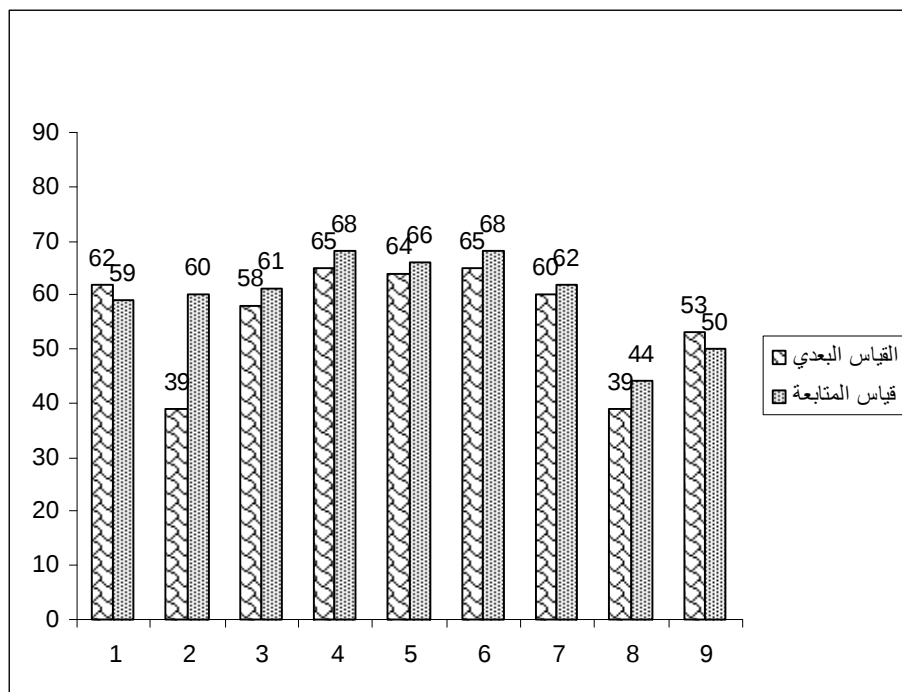
سابعاً - نتائج اختبار الفرضية السادسة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

تمّ تطبيق مقياس كونرز لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، وقد تمّ تسجيل الدرجات التالية على كل من القياسين البعدي وقياس المتابعة وفقاً للشكل التالي:

الشكل (١٢) درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل

(القياس البعدي - قياس المتابعة)



وللتحقق من هذه الفرضية تمّ الحصول على التحليل الإحصائي لنتائج تطبيق المقياس من خلال حساب الفرق بين المتوسط الحسابي للدرجات الخام على القياسين البعدي وقياس المتابعة للمجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، واستخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للعينات صغيرة الحجم واستخراج قيمة (Z)، وتعد قيمة (Z) ذات دلالة إحصائية إذا كانت أصغر من مستوى الدلالة المقبول والمحدد في الفرضية وهو (٠.٠٥) وبالتالي تكون هنالك فروق جوهرية بين القياسين البعدي والمتابعة. أما إذا كانت قيمة (Z) المحسوبة أكبر من مستوى الدلالة المقبول والمحدد في الفرضية وهو (٠.٠٥) فإن قيمة (Z) المحسوبة ليس لها دلالة إحصائية وبالتالي ليس هناك فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي.

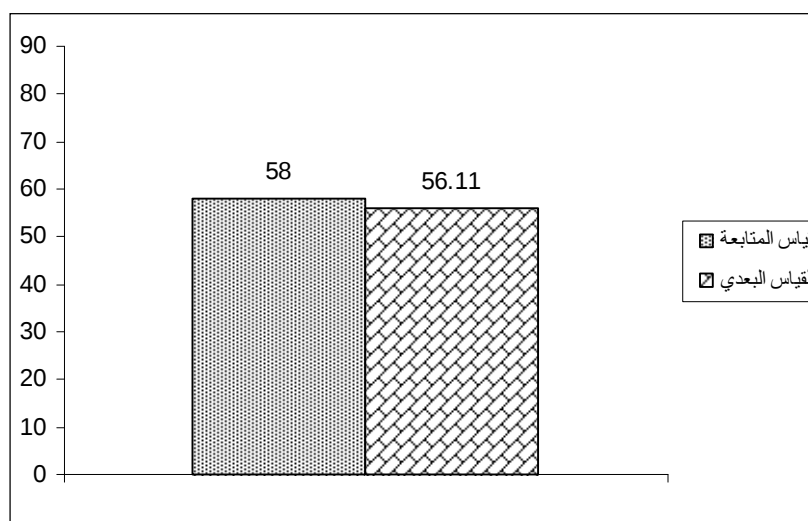
وبين لنا الجدول (١٩) أن مستوى الدلالة القياسي لقيمة (Z) المحسوبة (١.٥١٠-) لم تكن دالة عند مستوى الدلالة المحدد في الفرضية مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة، والجدول (١٩) يبين النتائج:

الجدول (١٩) نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الثانية على مقياس كورنر المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة)

المجموعة	العدد	متوسط درجات القياس		الانحراف المعياري		قيمة Z المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
		القياس البعدي	القياس المتابعة	القياس البعدي	القياس المتابعة			
الثانية العلاج السلوكي	٩	٥٦.١١	٥٨.٠٠	١٠.٤٢٢	٩.٦٥٧	-١.٥١٠	٠.١٣١	غير دالة

ويمثل الشكل التالي نتائج متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية على القياس البعدي وقياس المتابعة:

الشكل (١٣) متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كورنر المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة)



مناقشة نتائج الفرضية السادسة وتفسيرها:

تبين النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) بين القياس البعدي وقياس المتابعة حيث بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة على قياس المتابعة (٥٨.٠٠) وكان (٥٦.١١) على القياس البعدي، وهذا الأمر يمكن تفسيره بأن أفراد هذه المجموعة قد حافظوا على درجة التحسن بعد توقف البرنامج الأمر الذي يشير إلى مدى استمرارية انخفاض الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط عند توقف برنامج العلاج السلوكي والقيام بقياس المتابعة. لقد اختبر الطفل مواقف النجاح في أدائه بدلاً من مواقف الإحباط والفشل الأمر الذي عزز ثقته بنفسه في نهاية البرنامج العلاجي السلوكي إضافة إلى أنه قد تعرف إلى القواعد الأساسية التي يجب اتباعها للتغلب على المشكلات التي يواجهها حيث استطاع المحافظة على تحسن مستوى الأعراض لديه بعد توقف البرنامج العلاجي. كما أدرك الأهل مدى التحسن في الأعراض المرضية لدى أطفالهم عند القياس البعدي الأمر الذي شجعهم على ضرورة الاستمرار باتباع الإجراءات والتعليمات التي تم الاتفاق عليها مع الباحثة في بداية برنامج العلاج السلوكي. إن استمرار الأهل ومشاركتهم في القيام بتدريبات وأنشطة مكثفة كذلك التي كان أطفالهم يقومون بها خلال جلسات العلاج السلوكي سيما أن الباحثة قامت بتخصيص وقت لهم في نهاية كل جلسة علاجية كان له دوراً هاماً أيضاً في محافظة أفراد هذه المجموعة على درجة التحسن ذاتها أو استمرار الأعراض السلوكية، وهذا ما لاحظته الباحثة من خلال تفاعل أمهات بعض الأفراد دون غيرهن، ونستطيع فهم ذلك بشكل أوضح من خلال الإطلاع على الشكل (١٢) الذي يبين أن الأعراض قد استمرت بالتحسن بعد توقف البرنامج العلاجي لدى (الحالة رقم ٩)، و(الحالة رقم ١)، بينما حافظ بعضهم الآخر على درجة التحسن تقريباً مثل (الحالة رقم ٥)، و(الحالة رقم ٧)، ونلاحظ حدوث انتكاسة لدى حالة الطفل (الحالة رقم ٢) الأمر الذي يؤكد ضرورة ضبط المثيرات البيئية عند القيام بالتدخل العلاجي السلوكي الذي يبنى على قاعدة مؤداها: أن السلوك محكوم بنتائجه، وقد لاحظت الباحثة ذلك من خلال تسجيلها لسلوكات هذه الحالة في أثناء الجلسة العلاجية مع الطفل ومقارنتها بإجابات الأم أن الأم لم تستطع أن تغير من استخدامها للواحق سلبية (ما يحدث بعد السلوك) في أثناء تفاعلها مع طفلها عند حضورها معه إلى الجلسة.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة الرواجفة (٢٠٠٥)، ودراسة دوكهام ولوري (١٩٨٠) التي أوصت باستخدام العلاج السلوكي في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

بعد أن انخفض مستوى الأعراض بشكل أفضل لدى مجموعة العلاج السلوكي مقارنة مع مجموعتي العلاج الدوائي والعلاج البيئي من جهة أخرى.

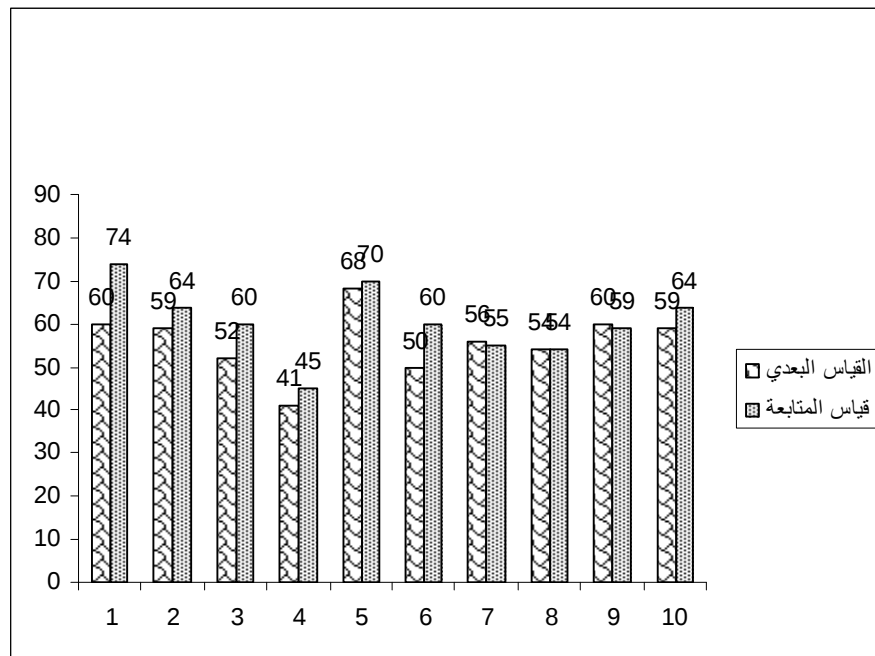
ثامناً - نتائج اختبار الفرضية السابعة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

تمّ تطبيق مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك)، وقد تمّ تسجيل الدرجات التالية على كل من القياس البعدي وقياس المتابعة وفقاً للشكل التالي:

الشكل (١٤) درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كورنر المعدل

(القياس البعدي - قياس المتابعة)



وللتحقق من هذه الفرضية تمّ الحصول على التحليل الإحصائي لنتائج تطبيق المقياس من خلال حساب الفرق بين المتوسط الحسابي للدرجات الخام على القياسين البعدي وقياس المتابعة

للمجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك)، واستخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للعينات صغيرة الحجم واستخراج قيمة (Z)، وقد تبين بأن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية نظراً لأن مستوى الدلالة القياسي لقيمة (Z) كان أصغر من مستوى الدلالة المقبول والمحدد في الفرضية وهو (٠.٠٥) وبالتالي فإن هناك فروقاً جوهرية بين القياسين البعدي والمتابعة.

ويبين لنا الجدول (٢٠) أن قيمة (Z) المحسوبة (-١.٩٦٣) هي دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٤٩) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة ، والجدول (٢٠) يبين النتائج:

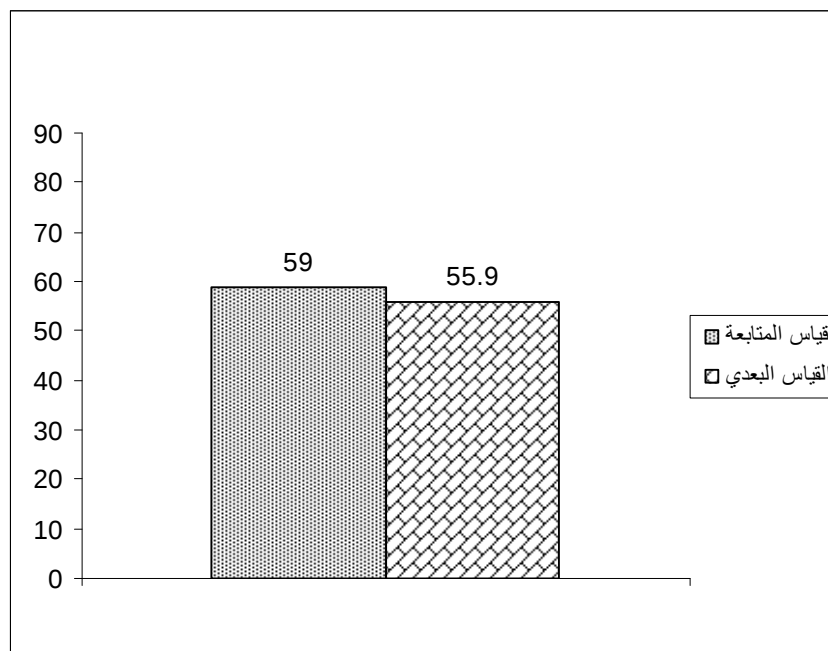
الجدول (٢٠) يبين نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الثالثة على مقياس كورنر المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة)

المجموعة	العدد	متوسط درجات القياس		الانحراف المعياري		قيمة Z المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
		القياس البعدي	قياس المتابعة	القياس البعدي	قياس المتابعة			
الثالثة العلاج المشترك	١٠	٥٥.٩٠	٥٩.٠٠	٧.٢٦٤	٦.٧٤٩	-١.٩٦٣	٠.٠٤٩	دالة عند ٠.٠٥

ويمثل الشكل التالي نتائج متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة على كل من القياس البعدي وقياس المتابعة:

الشكل (١٥) متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كورنر المعدل

(القياس البعدي - قياس المتابعة)



مناقشة نتائج الفرضية السابعة وتفسيرها:

تبين النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) بين القياس البعدي وقياس المتابعة فقد كان متوسط أفراد هذه المجموعة (٥٥.٩٠) على القياس البعدي وبلغ (٥٩.٠٠) في قياس المتابعة، وهذا يعني أن هناك ارتفاعاً بسيطاً جداً قد حدث بالنسبة للأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ويمكن تفسير هذه النتائج لاعتماد أفراد هذه المجموعة (مجموعة العلاج المشترك) على العلاج السلوكي كطريقة علاجية مشتركة هدفت إلى معالجة أعراض هذا الاضطراب فقد كان من الواضح أن أفراد هذه المجموعة لم تتأثر بالدرجة ذاتها التي تأثرت بها مجموعة العلاج الدوائي بل بدت نتائجها أقرب لنتائج مجموعة العلاج السلوكي التي استطاع أفرادها المحافظة على درجة التحسن ذاتها بعد توقف البرنامج العلاجي من خلال تعلم الطفل بعض الاستراتيجيات العلاجية التي تمكن من استخدامها وحده بعد توقف البرنامج العلاجي المقترح إلى جانب تركيز الأهل على مساعدة طفلهم في بعض التدريبات البيتية، وذلك كان على العكس من استخدام العلاج الدوائي الذي لم يثر عند كل من الأهل والطفل الرغبة والدافعية لتعلم فنيات علاجية أو استراتيجيات يسعى فيها المتعالج للسعي وراء التدريب عليها، وما يؤكد ذلك هو أن بعض أفراد هذه المجموعة

والأهل معهم كانوا يعتمدون على الأدوية اعتماداً رئيسياً للسيطرة على الأعراض المرضية التي يعاني منها الطفل، وهذا ما لاحظته الباحثة من خلال متابعتها للأفراد .

ويمكن أن تتوضح لنا هذه النتائج بشكل أكبر من خلال النظر إلى الشكل رقم (١٤) حيث نلاحظ أن أغلب أفراد هذه المجموعة قد حافظت على درجة تحسن معقولة إلى حد كبير مثل: (الحالة رقم ١٠)، و(الحالة رقم ٩)، و(الحالة رقم ٨)، و(الحالة رقم ٧)، و(الحالة رقم ٥)، و(الحالة رقم ٤)، إلا أنه كان من الواضح أن جزءاً من التحسن الذي تحقق كان مرده إلى اعتمادهم على العلاج الدوائي لكونه جزءاً من خطة العلاج المشترك.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة يالونجو (١٩٩٣) والتي أظهرت النتائج فيها بعد تسعة أشهر من المتابعة عن عدم وجود دليل كافٍ بأن الدمج بين أكثر من مدخل علاجي يحقق فاعلية أفضل في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، واختلفت مع نتائج جنسن وأرملد وريتشرز (١٩٩٩) التي أظهرت أن فاعلية العلاج المشترك كانت أفضل من العلاج السلوكي أو العلاج الدوائي منفرداً بعد المتابعة.

وتجدر الإشارة إلى أنه وعلى الرغم من وجود العديد من الدراسات التي أثبتت فعالية العلاج المشترك لا بل تفوقه أحياناً على العلاج الدوائي والعلاج السلوكي منفرداً إلا أن الدراسات التي قامت بتتبع الحالات بعد توقف البرنامج العلاجي لفترة زمنية كانت قليلة بشكل عام حسب علم الباحثة.

تاسعاً - نتائج اختبار الفرضية الثامنة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعات الثلاث: المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، والمجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك - الدوائي والسلوكي)، على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة.

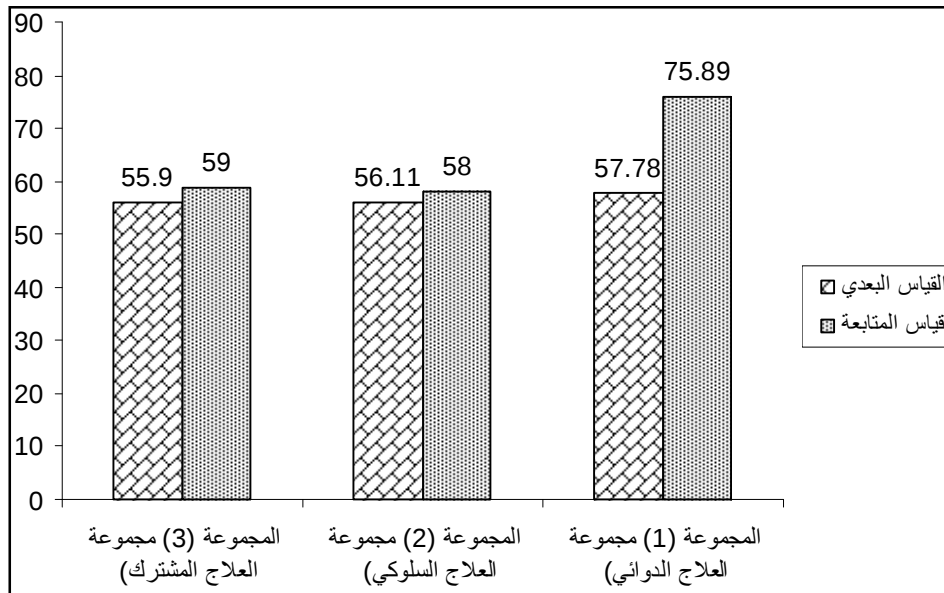
للتحقق من هذه الفرضية تم استخراج متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في قياس المتابعة وقد جاءت وفقاً للجدول التالي:

الجدول (٢١) متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة.

الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المجموعة
4.622	75.89	٩	الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)
9.657	58.00	٩	الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)
6.749	59.00	١٠	الثالثة (مجموعة العلاج المشترك)
10.840	64.11	٢٨	الكلية

يتضح من الجدول (٢١) أن متوسط درجات المجموعة الأولى على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة (٧٥.٨٩). أما المجموعة الثانية فقد بلغ متوسط درجات الأفراد على قياس المتابعة لهذه المجموعة (٥٨.٠٠). وبلغ متوسط المجموعة الثالثة على قياس المتابعة (٥٩.٠٠)، ويوضح الشكل التالي درجات هذه المتوسطات:

الشكل (١٦) متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنر المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة)



ولاختبار الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجات الأفراد بين المجموعات الثلاث على قياس المتابعة لكل مجموعة على حدة تمّ استخدام اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis)، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول (٢٢):

الجدول (٢٢) نتائج اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis) للمجموعات الثلاث على مقياس كورنر المعدل على قياس المتابعة

القرار	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كاي مربع المحسوبة	متوسط الرتب	العدد	متابعة مجموعة
دالة عند ٠.٠١	٠.٠٠٠	٢	17.350	23.89	٩	العلاج الدوائي
				10.11	٩	العلاج السلوكي
				10.00	١٠	العلاج المشترك
					٢٨	الكلية

نلاحظ من الجدول السابق (٢٢) أن قيمة (كاي) مربع بلغت (١٧.٣٥٠) وهي دالة عند مستوى الدلالة المحدد (٠.٠٥) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) ومتوسط أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ومن أجل معرفة هذه الفروق بين المتوسطات الثلاث قامت الباحثة باستخدام اختبار تحليل التباين كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول (٢٣) نتائج اختبار تحليل التباين على قياس المتابعة

القرار	مستوى الدلالة	قيمة ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة عند ٠.٠١	٠.٠٠٠	17.388	922.895	2	1845.790	بين المجموعات
			53.076	25	1326.889	داخل المجموعات
				27	3172.679	الكلية

تشير نتائج تحليل التباين من الجدول السابق (٢٣) أن قيمة (ف) المحسوبة بلغت (١٧.٣٨٨) وهي دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) ومتوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) ومتوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) لمقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة، ومن أجل التعرف إلى أن تلك الفروق كانت لصالح واحدة من المجموعات الثلاث كان لا بد من استخدام اختبار (شيفيه) كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول (٢٤) نتائج اختبار شيفيه على قياس المتابعة

المقارنة بين المجموعات	الفرق بين المتوسطين	مستوى الدلالة	القرار
المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)	17.89 ^(*)	٠.000	دال عند ٠.٠١
	16.89 ^(*)	٠.000	دال عند ٠.٠١
المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)	-17.89 ^(*)	٠.000	دال عند ٠.٠١
	-1.00	٠.956	غير دال
المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك)	-16.89 ^(*)	٠.000	دال عند ٠.٠١
	1.00	٠.٩٣٨	غير دال

نلاحظ من الجدول (٢٤) وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) بين مجموعتي العلاج الدوائي والعلاج السلوكي، وبين مجموعتي العلاج الدوائي والعلاج المشترك، بينما لم تبين النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين مجموعتي العلاج السلوكي والعلاج المشترك.

قد تم اختبار الفروق بين كل مجموعتين على حدة من خلال استخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney). وقد بينت النتائج أن قيمة (Z) ذات دلالة إحصائية، وبالتالي فإن هناك

فرقاً ذات دلالة بين مجموعتي العلاج الدوائي والعلاج السلوكي لصالح مجموعة العلاج السلوكي والجدول (٢٥) يبين النتائج:

الجدول (٢٥) نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) بين

مجموعتي العلاج (الدوائي والسلوكي)

متابعة المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة	القرار
العلاج الدوائي	٩	١٤.٠٠	١٢٦.٠٠	-٣.٥٨٧	٠.٠٠٠٠	دالة عند ٠.٠٠١
العلاج السلوكي	٩	٥.٠٠	٤٥.٠٠			

كذلك تمّ اختبار الفروق بين مجموعتي العلاج الدوائي والعلاج المشترك من خلال استخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) أيضاً، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة بين مجموعتي العلاج الدوائي والعلاج المشترك لصالح مجموعة العلاج المشترك والجدول (٢٦) يبين النتائج:

الجدول (٢٦) نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) بين

مجموعتي العلاج (الدوائي والمشارك)

متابعة المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة	القرار
العلاج الدوائي	٩	١٤.٨٩	١٣٤.٠٠	-٣.٦٠٨	٠.٠٠٠٠	دالة عند ٠.٠٠١
العلاج المشترك	١٠	٥.٦٠	٥٦.٠٠			

وتمّ اختبار الفروق بين مجموعتي العلاج السلوكي والعلاج المشترك من خلال استخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) أيضاً، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين مجموعتي العلاج السلوكي والعلاج المشترك والجدول (٢٧) يبين النتائج:

الجدول (٢٧) يبين نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) بين

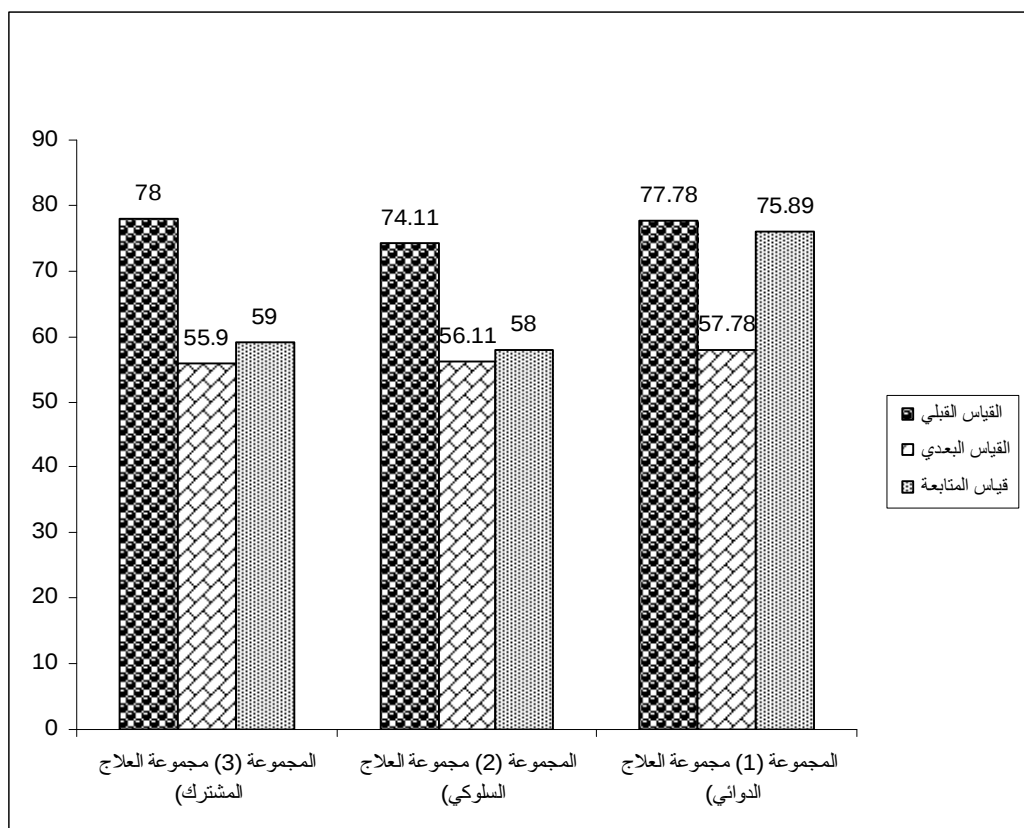
مجموعتي العلاج (السلوكي والمشارك)

القرار	مستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	متابعة مجموعة
غير دالة	٠.٩٣٥	-٠.٠٨٢	٩١.٠٠	١٠.١١	٩	العلاج السلوكي
			٩٩.٠٠	٩.٩٠	١٠	العلاج المشترك

ويمثل الشكل (١٧) نتائج متوسطات درجات كلاً من أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنر لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس القبلي والقياس البعدي وقياس المتابعة.

الشكل (١٧) متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنر المعدل

(القياس القبلي - القياس البعدي - قياس المتابعة)



مناقشة نتائج الفرضية الثامنة وتفسيرها:

على الرغم من أن البرامج العلاجية الثلاث قد أثبتت فاعليتها وذلك من خلال انخفاض مستوى الأعراض التي لاحظناها لدى أفراد المجموعات الثلاث على القياس البعدي إلا أن المسألة اختلفت بالنسبة لهذه المجموعات عند قياس المتابعة والذي تمّ بعد ستة أسابيع من توقف البرامج العلاجية الثلاث؛ حيث عبرت النتائج عن انتكاسة واضحة لدى المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) من خلال ارتفاع متوسط درجات أفراد المجموعة من جديد على قياس المتابعة إلى درجة تكاد تتطبق مع متوسط درجات الأفراد على القياس القبلي، بينما حافظت مجموعة العلاج السلوكي على درجة التحسّن على قياس المتابعة مقارنةً بالقياس البعدي، وبدأت نتائج مجموعة العلاج المشترك على قياس المتابعة تكافئ نتائج مجموعة العلاج السلوكي إلى حد كبير على الرغم من أنها بدت أدنى قليلاً. ويمكننا أن نلاحظ مدى استمرار فاعلية البرامج العلاجية في معالجة أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى المجموعات الثلاث من خلال مقارنة نتائج متوسطات درجات المجموعات بين كل من قياس المتابعة والقياس البعدي (انظر إلى الشكل ١٧).

وتبيّن درجات المتوسطات لدى كل من المجموعات الثلاث على قياس المتابعة نسباً مختلفة ما بين ارتفاع أو انخفاض في أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وذلك مقارنة بدرجات المتوسطات على القياس البعدي حيث عكس بعضها استمرار الأثر الإيجابي للتدخل العلاجي بعد توقف البرنامج العلاجي (مجموعة العلاج السلوكي)، وأيضاً (مجموعة العلاج المشترك) لكن بدرجة أقل، في حين بيّنت النتائج ارتفاع أعراض الاضطراب بعد توقف البرنامج العلاجي وحدث الانتكاسة (مجموعة العلاج الدوائي)؛ الأمر الذي يمكن تفسيره بأن العلاج الدوائي يمكن أن يفقد فاعليته مباشرة في حال توقف العلاج، أو ربما يمكن أن يفقد فاعليته مع مرور الوقت أو استخدامه بصورة مستمرة. كما وتجدر الإشارة بالنظر إلى (الحالة رقم ٢) (انظر الشكل ١٢) في مجموعة العلاج السلوكي إلى ارتفاع مستوى الأعراض لديها من (٣٩) على القياس البعدي إلى (٦٠) على قياس المتابعة الأمر الذي يشير إلى أن هناك أفراداً ممن تلقوا العلاج السلوكي لم يستمرّ تحسن الأعراض لديهم، ويرجع ذلك إلى نقص تعاون الأم ثمّ الطفل، وأثر ذلك على سير جلسات العلاج، وفي حقيقة الأمر ترى الباحثة: أن من أكبر الصعوبات التي تواجه المعالج عند تنفيذ إجراءات العلاج السلوكي مع الطفل هي مستوى وعي الأهل وتأهيلهم. هذا ويمكن ترتيب المجموعات حسب درجة مستوى درجة التغير الذي حدث لدى كل من المجموعات الثلاث على قياس المتابعة ابتداءً من درجة التغير الأدنى إلى الأفضل كالتالي:

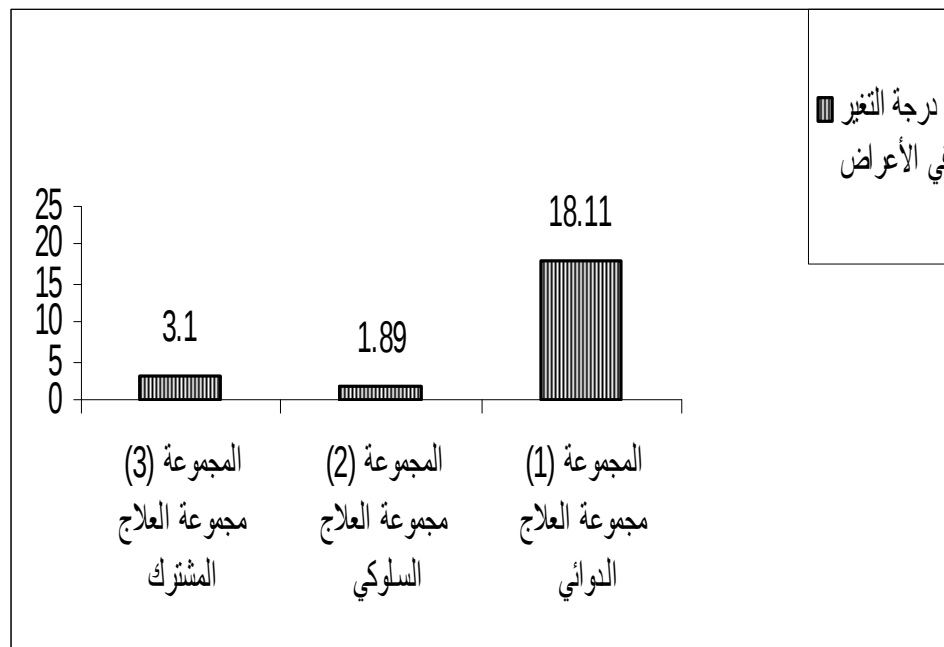
مجموعة العلاج الدوائي (١٨.١١)، مجموعة العلاج المشترك (٣.١)، مجموعة العلاج السلوكي (١.٨٩) التي حصلت على أفضل درجة تحسن في قياس المتابعة، وبدأت قريبة من الدرجة لدى مجموعة العلاج المشترك، والجدول التالي يبين النتائج:

جدول (٢٨) يبين درجة التغير في مستوى الأعراض لدى متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

المجموعة	متوسط درجات المقياس		درجة التغير في مستوى الأعراض
	القياس البعدي	قياس المتابعة	
الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)	٥٦.١١	٥٨.٠٠	١.٨٩
الثالثة (مجموعة العلاج المشترك)	٥٥.٩٠	٥٩.٠٠	٣.١
الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)	٥٧.٧٨	٧٥.٨٩	١٨.١١

ويوضح الشكل (١٨) النتائج:

الشكل (١٨) درجة التغير في مستوى الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة



تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة المعاهد الوطنية للصحة والمعهد الوطني للصحة العقلية التي أثبتت بعد ثلاث سنوات عند المتابعة أن (٤٥% - ٧١%) من عينة الدراسة ممن تلقوا

العلاج الدوائي لم يحققوا نتائج أفضل بعد السنة الثالثة للعلاج إضافة إلى أن تأثير العلاج الدوائي يمكن أن يحدث فرقاً على المدى الطويل لبعض الأطفال، وأكدت الدراسة أنه كان هناك تبايناً في استجابات الأطفال للعلاج الدوائي. وأشارت الدراسة أيضاً حول المقارنة بين نتائج المجموعات الثلاث (مجموعة العلاج الدوائي، مجموعة العلاج السلوكي، مجموعة العلاج المشترك) أن النتائج كانت أفضل لدى مجموعة العلاج الدوائي المكثف ومجموعة العلاج المشترك مقارنة بالنتائج عند استخدام العلاج السلوكي منفرداً. وقد تناغمت هذه النتائج مع دراسة البراموتز وإكستاد وليري ودوليان (١٩٩٢) التي أشارت إلى أنه كان يكفي استخدام الإجراءات السلوكية، ولكن بشكل مكثف لتحقيق النتائج ذاتها التي يُحدثها العلاج الدوائي مع حالات الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، بينما كان العلاج الدوائي عند بعضهم يغني عن استخدام العلاج السلوكي.

كما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة التي قام بها جنسن وأرملا وريتشرز (١٩٩٩) التي أظهرت بعد (١٤) شهراً من المتابعة انخفاض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في المجموعات التجريبية الثلاث، إلا أن مستوى انخفاض الأعراض للمجموعة التي تلقت علاجاً مشتركاً (دوائي-سلوكي) كان أعلى من معدل انخفاض سلوك المجموعة السلوكية أو الدوائية منفردة.

عاشراً - النتائج وفقاً للأهداف التي سعى إليها البحث:

هدف البحث إلى معرفة فاعلية برنامج سلوكي في معالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من خلال المقارنة بين ثلاثة برامج علاجية: برنامج علاج دوائي، برنامج علاج سلوكي، برنامج علاجي مشترك (دوائي-سلوكي)، موجه لعينة من الأطفال المترددين على العيادات النفسية. وقد صمّم هذا البحث للإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما مدى الفاعلية التي يحققها برنامج علاجي سلوكي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد العينة المستخدمة؟.
 - ما مدى الفاعلية التي يحققها برنامج علاجي دوائي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد العينة المستخدمة؟.
 - ما مدى الفاعلية التي يحققها برنامج علاجي مشترك (سلوكي ودوائي) في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أفراد العينة المستخدمة؟.
- وقد توصل البحث الحالي إلى مجموعة من النتائج لا بد من مناقشتها إضافة إلى تقديم المقترحات المناسبة في ضوء تلك النتائج.

أظهرت النتائج فاعلية كل من البرامج العلاجية الثلاث في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي، وذلك من خلال المقارنة بين المتوسطات القبلية والبعدية للمجموعات الثلاث. واختلفت النتائج فيما بينها على قياس المتابعة؛ حيث تبين أن مجموعتي العلاج المشترك والعلاج السلوكي قد حافظت على نسبة من التحسن في الأعراض، على حين حدث تراجعاً في مستوى التحسن بالنسبة لمجموعة العلاج الدوائي فقد عاد متوسط قياس المتابعة للارتفاع من جديد إلى درجة قريبة جداً من درجة المتوسط على القياس القبلي.

وتتفق هذه النتائج مع العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال. فهي تتفق مع نتائج الدراسات مثل دراسة الرواجفة (٢٠٠٥) التي أكدت فعالية البرنامج السلوكي على كل من القياسين البعدي والمتابعة لصالح المجموعة التجريبية. كما اتفقت هذه النتيجة مع الدراسة التي قام بها الإمام (٢٠٠٤) التي أكدت فاعلية برنامج التعزيز الرمزي في خفض مستوى نقص الانتباه، وأنه قد كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة عند مستوى الدلالة ٠.٠٥ لصالح المجموعة التجريبية. وكذلك دراسة ملكاوي (٢٠٠٣) حول فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في معالجة نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، وكذلك دراسة الزغلوان (٢٠٠١) التي بينت أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية (التي طبق عليها البرنامج السلوكي)، وأفراد المجموعة الضابطة (التي لم يطبق عليها البرنامج السلوكي) في مظاهر ضعف الانتباه.

أما دراسة السلاموني (٢٠٠١) فقد أشارت نتائجها إلى فعالية الفنيات المستخدمة في خفض مستوى النشاط الحركي الزائد لدى المجموعات التجريبية. كذلك تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة إدوارد وجيسون (Edwards & Gason, 2002) حول فاعلية بعض البرامج العلاجية في خفض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. وأكدت النتائج على فعالية البرامج العلاجية الثلاثة في خفض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط إضافة إلى فعالية العلاج السلوكي الدوائي والعلاج السلوكي بمفرده عن العلاج الدوائي. بينما لم تتفق نتائج هذه الدراسة مع الدراسة التي أجراها اجباليه وكرينيلا وهنت وسونسون (Eghbalia, Crinella, Hunet & Swanson, 2000) بهدف التحقق من فاعلية العلاج متعدد الأوجه مع اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط التي تمت من خلال تقسيم العينة المستهدفة على ثلاث مجموعات، المجموعة التجريبية الأولى تلقت علاجاً دوائياً بعقار (الأمفيتامين)، والمجموعة التجريبية الثانية تلقت علاجاً سلوكي ودوائي (مشترك)، وأوضحت الدراسة بأن تحسناً في مستوى دقة أداء المجموعتين التجريبيتين بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، ولم تظهر فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبيتين في معدلات الانجاز بشكل عام، ودراسة ملكاوي (٢٠٠٣) التي أشارت إلى أن هناك

فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية إلا أن هناك تراجعاً في فاعلية أسلوب تعديل السلوك بعد التوقف عن تطبيق البرنامج لمدة أسبوعين.

- مقترحات البحث:

في ضوء النتائج السابقة نذكر بعض المقترحات:

- الاستفادة من البرنامج الحالي الذي أثبتت فاعليته لدى أفراد عينة البحث في هذا البحث بالتوجه إلى عينة أكبر من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- الحرص على مواكبة المستجدات في مجال استخدام العلاج السلوكي كأحد من أبرز الطرائق في علاج اضطرابات الأطفال السلوكية.
- اعتماد تحليل السلوك التطبيقي منهجاً أساسياً في علاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال في المؤسسات والمراكز التعليمية والتأهيلية.
- الاستفادة من تنوع فنيات العلاج السلوكي وطرائق استخدامها في مساعدة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية مختلفة.
- تشجيع الاختصاصيين النفسيين، لاسيما العاملين منهم في مجال اضطرابات الأطفال في إجراء دراسات مشابهة للدراسة الحالية تتناول إعداد وتصميم برامج علاجية في معالجة اضطرابات أخرى للأطفال للتخفيف من معاناة الأطفال وذويهم.
- التأكيد على دور الأهل عند تقديم الخدمات العلاجية للطفل والتأكيد على ضرورة مشاركة الآباء إلى جانب الأمهات في مثل هذه البرامج.
- توفير برامج العلاج السلوكي والعمل على تقديمها في العيادات النفسية إلى جانب برامج العلاج الطبي استناداً إلى فاعلية كل منهما في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مع ضرورة التأكيد على استخدام العلاج المشترك القائم على التكامل بين العلاج السلوكي والعلاج الدوائي مع بعض الحالات مما سوف يسهم في تحقيق أكبر قدر ممكن من الصحة النفسية للطفل والأسرة معاً، وبذلك نعمل لصحة نفسية للجميع.

ملخص البحث باللغة العربية

فاعلية برنامج سلوكي في معالجة

شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

دراسة إكلينيكية شبه تجريبية مقارنة مع برنامجين (دوائي - ودوائي سلوكي مشترك) لدى عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية

تناول البحث إعداد برنامج سلوكي لمعالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى عينة من الأطفال المراجعين للعيادات النفسية في محافظة دمشق.

وهدف البحث إلى الكشف عن فاعلية هذا البرنامج السلوكي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من خلال مقارنة أثره مع برنامجي علاج: دوائي ومشترك (سلوكي ودوائي)، وتم استخراج الفروق بين متوسطات المجموعات الثلاث على مقياس كونرز لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بقياس قبلي وبعدي ومتابعة.

وقد تألف هذا البحث من بابين: تناول الباب الأول الدراسة النظرية من خلال التعريف بموضوع البحث، الدراسات السابقة، والخلفية النظرية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وتفسيراته، وأنواع الأساليب العلاجية المستخدمة مع حالات هذا الاضطراب. أما الباب الثاني فقد اشتمل على مراحل العمل شبه التجريبي، والخطوات التي تم اعتمادها، ومراحل التنفيذ، وأخيراً النتائج التي تم التوصل إليها ومناقشتها تحليلاً وتفسيراً ليتم بعد ذلك الوصول إلى مجموعة من المقترحات في ضوء ذلك.

وتتبع مشكلة البحث من مسوغات عدة نذكر بعضاً منها:

- ضرورة توفير خدمات العلاج السلوكي كأحد أساليب العلاج المستخدمة في علاج حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بشكل مستقل عن العلاج الدوائي في بعض الأحيان من خلال تصميم برنامج علاجي سلوكي في البيئة المحلية، يمكن الاستعانة به، وتطبيقه في المراكز المتخصصة في مجال علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال.
- إن نسبة كبيرة من حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يمكن أن تتحسن وتزول أعراضها تدريجياً، إذا تم تقديم التدخل المبكر والبرامج العلاجية المناسبة.

- مدى خطورة المشكلات السلوكية الناجمة عن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، والتي تؤثر تأثيراً سلبياً ليس فقط على الطفل من حيث شعوره بالإحباط تجاه فشله في إتمام المهمات، لا سيما على صعيد الأداء المدرسي، بل على مجتمعه والبيئة المحيطة به.

- شكاوى الأهل من مشكلات أطفالهم التي باتت تؤرقهم وتثير الإزعاج لديهم، وتدفعهم إلى طلب المساعدة من المختصين.

وتبرز أهمية هذا البحث بالدرجة الأولى من حيث:

- توفير برنامج علاجي سلوكي، يمكن الإستعانة به وتطبيقه في المراكز المتخصصة في مجال علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، وذلك للحد من شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لكونه من أكثر اضطرابات الأطفال السلوكية شيوعاً.
- مقارنة فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المصمم لمعالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مع فاعلية برنامج علاج دوائي منفرد وبرنامج علاج مشترك (دوائي وسلوكي)، والتحقق من مدى استمراريته بعد فترة المتابعة.
- مساعدة الأهل إلى جانب أطفالهم الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من خلال تقديم التوجيه والإرشاد اللازم؛ حيث إن العملية العلاجية مع الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لا تكتمل في حال غياب دور الأهل.

وقد انطلق البحث من الفرضيات التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث: المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، والمجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك - السلوكي و الدوائي) على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعات الثلاث: المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي)، والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي)، والمجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك-الدوائي والسلوكي)، على مقياس كورنر المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة.

وقد تمّ العمل على اختبار صحة هذه الفرضيات من خلال تطبيق البرنامج على عينة مقصودة مؤلفة من مجموعة من الأطفال المراجعين لبعض العيادات النفسية طلباً للاستشارة النفسية والطبية ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وذلك بالتنسيق مع الطبيب النفسي في العيادة، وبلغ عدد أفراد العينة (٢٨) تراوحت أعمارهم بين (٧-١١) سنة، وتمّ تقسيمهم ضمن ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى التي تمّ تطبيق برنامج العلاج الدوائي عليها، والمجموعة الثانية التي تمّ تطبيق برنامج العلاج السلوكي عليها، والمجموعة الثالثة التي تمّ تطبيق برنامج العلاج المشترك (السلوكي والدوائي).

اعتمدت الباحثة في تنفيذ هذا البحث المنهج الإكلينيكي - شبه التجريبي وفقاً لمخطط (قياس قبلي _ قياس بعدي _ قياس متابعة) لكل من المجموعات الثلاث، وتم استخدام أدوات عديدة من أهمها: المقاييس التشخيصية (القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من الدليل الت)، مقياس رافن لقياس الذكاء غير اللفظي، مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، بطاقة دراسة الحالة، ومجموعة الاستمّارات والنماذج الخاصة بالعلاج السلوكي إضافة إلى برنامج العلاج السلوكي الذي أعدته الباحثة، وقد تكون من مجموعة من الإجراءات وفنيات العلاج السلوكي.

وتوصل البحث الحالي إلى مجموعة من النتائج تمت معالجتها إحصائياً باستخدام بعض القوانين الإحصائية اللازمة كاختبار (كروسكال واليز) واختبار (ولكوكسن) واختبار (مان ويتني)، وذلك لمعرفة مدى فاعلية البرنامج لكل من المجموعات الثلاث.

أشارت النتائج إلى ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث: المجموعة الأولى والثانية والثالثة على مقياس كونرز لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى (مجموعة العلاج الدوائي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية (مجموعة العلاج السلوكي) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج المشترك) على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين القياس البعدي وقياس المتابعة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث: المجموعة الأولى والثانية والثالثة على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة.

وفي ضوء النتائج السابقة توصلت الباحثة إلى بعض المقترحات:

- تشجيع الاختصاصيين النفسيين، لا سيما العاملين منهم في مجال اضطرابات الأطفال في إجراء دراسات مشابهة للدراسة الحالية تتناول إعداد وتصميم برامج علاجية في معالجة اضطرابات أخرى للأطفال للتخفيف من معاناة الأطفال وذويهم.
- الاستفادة من البرنامج الحالي الذي ثبتت فاعليته لدى أفراد عينة البحث بالتوجه إلى عينة أكبر من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- الحرص على مواكبة المستجدات في مجال استخدام العلاج السلوكي كأحد من أبرز الطرائق في علاج اضطرابات الأطفال السلوكية.
- اعتماد تحليل السلوك التطبيقي منهجاً أساسياً في علاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال في المؤسسات والمراكز التعليمية والتأهيلية.
- الاستفادة من تنوع فنيات العلاج السلوكي وطرائق استخدامها في مساعدة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية مختلفة.
- عدم إغفال دور الأهل عند تقديم الخدمات العلاجية للطفل والتأكيد على ضرورة مشاركة الآباء إلى جانب الأمهات في مثل هذه البرامج.
- توفير برامج العلاج السلوكي والعمل على تقديمها في العيادات النفسية إلى جانب برامج العلاج الطبي استناداً إلى فاعلية كل منهما في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وعدم إغفال ضرورة استخدام العلاج المشترك القائم على التكامل بين العلاج السلوكي والعلاج الدوائي مع بعض الحالات الأمر الذي سوف يسهم في تحقيق أكبر قدر ممكن من الصحة النفسية للطفل والأسرة معاً، وبذلك نعمل لصحة نفسية للجميع.

المراجع:

مراجع باللغة العربية:

١. إبراهيم، عبد الستار؛ الدخيل، عبد العزيز بن عبد الله؛ إبراهيم، رضوى (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل. أساليبه ونماذج من حالاته. عالم المعرفة. العدد (١٨٠). الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
٢. إبراهيم، علا عبد الباقي (١٩٩٩). علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك. القاهرة. الجريسي للمطبوعات.
٣. أبو فخر، غسان (٢٠٠٧). صعوبات التعلم وعلاجها. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية.
٤. أحمد، السيد علي سيد، بدر، فائقة (١٩٩٩). اضطراب الانتباه لدى الأطفال: أسبابه و تشخيصه وعلاجه. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
٥. الأدغم، رضا أحمد حافظ ؛ الشامي، جمال الدين محمد؛ الشبراوي، عبد الناصر سلامة (١٩٩٩). فاعلية استخدام بعض استراتيجيات التدريس في تحصيل تلاميذ الصف الرابع الابتدائي مضطربي الانتباه مفرطي النشاط في اللغة العربية. دمياط. كلية التربية. جامعة المنصورة.
٦. استيورت، جاك سي (١٩٩٦). إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين. ترجمة: الأغبري، عبدالصمد؛ وآل مشرف فريدة، عبد الوهاب. الرياض. مطابع جامعة الملك سعود.
٧. الإمام، محمد صالح (٢٠٠٤). فاعلية لعبة السلوك في خفض السلوك الفوضوي عند طلاب المرحلة الابتدائية. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية.
٨. بركة، سناء (٢٠٠٧). برنامج تدريبي في خفض أعراض اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة. رسالة ماجستير غير منشورة في التربية. جامعة دمشق. كلية التربية.
٩. بطرس، بطرس حافظ (٢٠٠٨). المشكلات النفسية وعلاجها. الأردن. دار المسيرة.

١٠. بطرس، بطرس حافظ (٢٠١٠). تعديل وبناء سلوك الأطفال. الطبعة الأولى. الأردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
١١. بيترمان، فرانز (٢٠٠٩). علم نفس الأطفال الإكلينيكي (نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة). ترجمة: سامر جميل رضوان. فلسطين. دار الكتاب الجامعي.
١٢. توم، دجلال (١٩٨٥). مشكلات الأطفال اليومية. بيروت. مطبعة السعادة.
١٣. جديد، لبنى (٢٠٠٤). العلاقة بين مستويات تركيز الانتباه ومستويات التحصيل الدراسي: دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ الصف الخامس الابتدائي في مدارس دمشق الرسمية. رسالة ماجستير. جامعة دمشق. كلية التربية.
١٤. الحامد، جمال حامد (٢٠٠٢). اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال. الرياض. أكاديمية التربية الخاصة.
١٥. الحجار، محمد حمدي (١٩٩٣). فن الارشاد النفسي السريري الحديث المختصر. الرياض. دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
١٦. حسون، هنادي (٢٠٠٥). دراسة تجريبية لأثر برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائد لدى أطفال المرحلة المتأخرة. رسالة دبلوم دراسات عليا في علم النفس. الجامعة اللبنانية. كلية الآداب والعلوم الإنسانية.
١٧. الحمداني، منال محمد رشيد صالح (٢٠١٠). الظواهر السلوكية غير المرغوبة لدى الأطفال. عمان. دار صفاء للنشر والتوزيع.
١٨. حمصي، أنطون (١٩٩١). أصول البحث في علم النفس. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية.
١٩. الخشرمي، سحر أحمد (٢٠٠٢). العلاج التربوي لاضطراب الحركة والانتباه عند الأطفال في مرحلة المدرسة. الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. ص (٢٠٠-٢٣١). البحرين. ندوة نظمتها جامعة الخليج العربي للتربية الخاصة.
٢٠. الخطيب، جمال (٢٠٠١-١). تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً - دليل الآباء والمعلمين. دبي. مكتبة الفلاح.

٢١. الخطيب، جمال (٢٠٠١-ب). أولياء أمور الأطفال المعاقين - استراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم. الرياض. سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة.
٢٢. الخطيب، جمال (٢٠٠٣). تعديل السلوك الإنساني: دليل العاملين في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية. الكويت. دار الفلاح.
٢٣. الخطيب، جمال (٢٠٠٨). تعديل السلوك الإنساني. عمان. دار الفكر للنشر.
٢٤. الخطيب، جمال؛ الحديدي، منى (١٩٩٧). تعديل السلوك. عمان. جامعة القدس المفتوحة.
٢٥. الخطيب، محمد؛ الحديدي، منى (٢٠٠٤). برنامج تدريبي للأطفال المعاقين. عمان. دار الفكر للطباعة والنشر.
٢٦. دبيس، سعيد عبد الله؛ السمادوني، السيد ابراهيم (١٩٩٥). فاعلية التدريب على الضبط الذاتي في اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً للتعلم. علم النفس. المجلد (١٢). العدد (٤٦). ٨٨-١٢١. الدار المصرية.
٢٧. الدراس، لينا سعدي (٢٠٠٧). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي للأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم. رسالة دكتوراة. جامعة عمان العربية للدراسات العليا. كلية الدراسات التربوية.
٢٨. الدسوقي، مجدي محمد (٢٠٠٤). فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المتأخرين عقلياً القابلين للتعلم. مجلة كلية التربية (٢١١ - ٢٧١). مصر. جامعة المنوفية. كلية التربية النوعية.
٢٩. الدسوقي، مجدي محمد (٢٠٠٦). اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج. مصر. مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٠. الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل (٢٠٠١). البحرين. المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية.
٣١. رحمة، عزيزة (٢٠٠٤). اختبار المصفوفات المتتابعة المعيارية ومعايره. دمشق. جامعة دمشق. كلية التربية.
٣٢. رضوان، سامر (2002). الصحة النفسية. عمان. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

٣٣. الرواجفة، شاهر خليل مسلم (٢٠٠٥). فاعلية برنامج التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة في خفض مستوى ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين. رسالة دكتوراة. جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
٣٤. الرويتع، عبد الله (٢٠٠٢). اضطراب قصور الانتباه/النشاط الزائد. مجلة الطفولة والتنمية. مج ٢. ع ٦. ٣٩-٥٨. القاهرة. المجلس العربي للطفولة والتنمية.
٣٥. ريزو، جوزيف؛ زابل، روبرت (١٩٩٩). تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، ج ١. ترجمة: عبد العزيز الشخص، زيدان السرطاوي. الإمارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي.
٣٦. الزراد، فيصل محمد خير (١٩٩٧). التخلف الدراسي وصعوبات التعلم "التشخيص. لبنان. دار النفائس.
٣٧. الزراد، محمد فيصل (١٩٩٩). استبيان تشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه، والاندفاعية لدى الأطفال. الثقافة النفسية. ع ٣٧. ص ٣٥-٤٣. طرابلس. مركز الدراسات النفسية والجسدية.
٣٨. الزراد، محمد فيصل (٢٠٠١). اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال - التشخيص والعلاج - دليل الأسرة والمعلم. الإمارات العربية المتحدة. منشورات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.
٣٩. الزراع، نايف بن عابد (٢٠٠٧). اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد - دليل علمي للآباء والمختصين. الأردن. دار الفكر.
٤٠. الزعبي، أحمد محمد (٢٠٠١). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال. الأردن. دار زهران.
٤١. الزغلوان، حسن ياسين (٢٠٠١). فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة ضعف الانتباه ذوي الصعوبات التعليمية. رسالة ماجستير. الجامعة الأردنية. قسم التربية الخاصة.
٤٢. زهران، حامد عبد السلام (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسي. القاهرة. عالم الكتب.
٤٣. زويد، أماني السيد ابراهيم حسن (٢٠٠٢). أثر التعزيز على أداء بعض المهمات القرائية والحسابية لذوي اضطرابات الانتباه من تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراة. كلية التربية. جامعة الزقازيق.

٤٤. الزيات، فتحي (١٩٩٨). **صعوبات التعلم والأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية**. سلسلة علم النفس المعرفي. القاهرة. دار النشر للجامعات.
٤٥. الزيات، فتحي (٢٠٠٢). **نمذجة العلاقات السببية بين صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية واضطرابات السلوك الاجتماعي**. ص (٧٥-١٨٣). ندوة الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. البحرين. جامعة الخليج العربي.
٤٦. الزيات، فتحي (٢٠٠٦). **آليات التدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط**. بحث مقدم في المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم. ١٩-٢٢ / نوفمبر. الرياض. المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم.
٤٧. سالم، محمد؛ الشحات، مجدي؛ عاشور، أحمد (٢٠٠٣). **صعوبات التعلم والتشخيص والعلاج**. عمان. دار الفكر.
٤٨. السرطاوي، زيدان أحمد؛ سيسالم، كمال سالم (١٩٩٢). **المعاقون أكاديمياً وسلوكياً "خصائصهم وأساليب تربيتهم"**. الرياض. مكتبة الصفحات الذهبية.
٤٩. السرطاوي، زيدان؛ السرطاوي، عبد العزيز؛ خشان، أيمن؛ أبو جودة، وائل (٢٠٠١). **مدخل إلى صعوبات التعلم**. الرياض. أكاديمية التربية الخاصة.
٥٠. السرطاوي، زيدان؛ الشخص، عبد العزيز (١٩٩٩). **تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق)**. الامارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي.
٥١. سعد، علي (١٩٩٤). **علم الشذوذ النفسي**. دمشق. منشورات جامعة دمشق.
٥٢. السلاموني، سهام (٢٠٠١) **فاعلية بعض فنيات الارشاد السلوكي في خفض النشاط الحركي الزائد وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية**. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة المنصورة.
٥٣. السمدوني، السيد ابراهيم (١٩٩١). **قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل**. كراسة التعليمات. مصر. دار النهضة العربية.
٥٤. سيد، أحمد السيد علي؛ بدر، فائقة (٢٠٠٤). **اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال**. الرياض. الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.

٥٥. سيد، أحمد نصر الدين (٢٠٠٢). دور ممارسة الألعاب و الأنشطة في خفض بعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة. (٢٣٢-٢٤٨). ندوة الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. البحرين. جامعة الخليج العربي.
٥٦. السيد، السيد عبد الحميد سليمان (٢٠٠٣). صعوبات التعلم والادراك البصري. اشراف: عبد المطلب القريطي. القاهرة. دار الفكر العربي.
٥٧. سيسالم، كمال سالم (١٩٩٦). ورشة عمل حول كيفية التعامل مع اضطراب المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه: مجموعة دعم اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه. الرياض. مستشفى الملك فيصل التخصصي.
٥٨. سيسالم، كمال سالم (٢٠٠١). اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، خصائصها وأسبابها، وأساليب علاجها. العين. دار الكتاب الجامعي.
٥٩. سيسالم، كمال سالم (٢٠٠٦). ورشة عمل حول كيفية التعامل مع المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. مجموعة دعم اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه. الرياض. مستشفى الملك فيصل التخصصي.
٦٠. سيلفر، لاري (١٩٩٦). مرشد الوالدين في اضطراب ضعف الانتباه مفرط النشاط لدى الأطفال. ترجمة الطراح، علي. الكويت. الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.
٦١. الشخص، عبد العزيز (١٩٨٥). دراسة لحجم النشاط الزائد بين الأطفال وبعض المتغيرات النفسية المرتبطة به. مجلة كلية التربية. ع ٩. ٣٣٣-٣٥٩. مصر. جامعة عين شمس.
٦٢. شيفر، شارلز وميلمان، هوارد (٢٠٠١). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. ترجمة: داود، نسيمة و حمدي، نزيه. عمان. الجامعة الأردنية.
٦٣. العاسمي، رياض (٢٠٠١). اضطراب النشاط الزائد لدى الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة إكلينيكية. الرسالة التربوية المعاصرة. ع ١. ٣٦-٦٢. الأردن. دار البشير.
٦٤. العايد، يوسف محمد سلامة (٢٠٠٨). فاعلية برنامج تدريبي قائم على النمذجة بالمشاركة في تحسين الانتباه والقراءة الجهرية لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم في

- المرحلة الابتدائية في المملكة العربية السعودية. رسالة دكتوراة غير منشورة. جامعة عمان العربية للدراسات العليا. كلية الدراسات التربوية العليا.
٦٥. عبد المعطي، حسن (٢٠٠٣). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب، التشخيص، العلاج). القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
٦٦. عبد الله، محمد قاسم (١٩٩٤). مآل اضطراب نقص الانتباه وعلاجه. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة. ع ٢٠. ص ٧٠-٧٨. طرابلس. مركز الدراسات النفسية والجسدية.
٦٧. عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠٠). اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال - دراسة ميدانية على أطفال سوريين. مجلة الطفولة العربية. ع ٤. (٢٢-٤٢). الكويت. الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.
٦٨. عبد الهادي، جودت عزة؛ العزة، سعيد حسني (٢٠٠١). تعديل السلوك الإنساني. الطبعة الأولى. عمان. الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر.
٦٩. عبد الوهاب، عبد الناصر أنيس (٢٠٠٣). الصعوبات الخاصة في التعلم (الأسس النظرية والتشخيصية). الاسكندرية. دار الوفاء للطباعة والنشر.
٧٠. عبيد، ماجدة السيد (٢٠٠١). مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة. عمان. دار صفاء النشر للنشر والتوزيع.
٧١. عثمان، لبيب فراج (١٩٩٩). النشاط الحركي الزائد وقصور القدرة على التركيز والانتباه. مجلة خطوة. ع ٨. ٢٨-٣٢. الرياض. المجلس العربي للطفولة والتنمية.
٧٢. عز، ايمان (٢٠٠٢). تقدير الذات لدى طفل النشاط الزائد مع نقص الانتباه. مجلة الرسالة التربوية المعاصرة. ع ١. (١٩-٣٣). دمشق. دار البشير.
٧٣. العزة، سعيد حسني (٢٠٠٢). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية. عمان. الدار العلمية الدولية للنشر.
٧٤. عليوه، سهام (١٩٩٤). بعض العوامل الأسرية المنبئة بسلوك فرط النشاط لدى الأطفال. رسالة ماجستير. جامعة طنطا. كلية التربية.
٧٥. العيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٧). سيكولوجية الاعاقة الجسمية والعقلية مع سبل العلاج والتأهيل. بيروت. دار الراتب الجامعية.

٧٦. غبريال، طلعت منصور (٢٠٠٢). استراتيجيات الصحة النفسية في التعامل مع الاضطرابات السلوكية و الانفعالية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة. ص (٢١-٧٣). ندوة الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. البحرين. جامعة الخليج العربي.
٧٧. القرعان، جهاد (٢٠٠٦). أثر برنامج تدريبي في خفض حدة النشاط الزائد لدى أطفال الروضة. رسالة دكتوراه غير منشورة. الأردن. الجامعة الأردنية.
٧٨. القمش، مصطفى نوري؛ المعايطه، خليل عبد الرحمن (٢٠٠٩). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان. دار المسيرة.
٧٩. كازدين، آلان (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية. ترجمة: عادل عبد الله محمد. القاهرة. دار الرشاد.
٨٠. كشك، رضا (٢٠٠٢). فعالية برنامج إرشادي في خفض حدة النشاط الزائد لدى أطفال الروضة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الزقازيق. كلية التربية.
٨١. كوجل، روبرت؛ كوجل، لن (٢٠٠٣). تدريس الأطفال المصابين بالتوحد: استراتيجيات التفاعل الإيجابية وتحسين فرص التعلم. ترجمة: عبد العزيز السرطاوي؛ وائل أبو جودة؛ أيمن خشان. الامارات العربية المتحدة. دار القلم للنشر.
٨٢. محمد جبر، هناء (٢٠٠٤). مدى فاعلية برنامج ارشادي لتنمية المهارات المعرفية لدى عينة من الطالبات ذوات السمات الاكتئابية في المرحلة الثانوية بمدارس قطر. رسالة دكتوراه. جامعة القاهرة قسم الإرشاد النفسي.
٨٣. محمد علي، محمد النوبي (٢٠١٠). مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال التوحديين. عمان. دار صفاء للنشر والتوزيع.
٨٤. مسعود، سناء (٢٠٠٢). فعالية برنامج سلوكي معرفي لتحسين تقدير الذات والأداء الأكاديمي لدى التلاميذ ذوي فرط النشاط. رسالة ماجستير. جامعة طنطا. كلية التربية.
٨٥. الملكاوي، محمود زايد (٢٠٠٣). فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في علاج ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى أطفال من ذوي صعوبات التعلم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة عمان العربية للدراسات العليا. كلية الدراسات التربوية.

٨٦. مليكة، لويس كامل (١٩٩٠). **العلاج السلوكي والتعديل السلوكي**. الكويت. دار القلم للنشر والتوزيع.
٨٧. مليكة، لويس كامل (١٩٩٤). **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**. القاهرة. دار النهضة العربية.
٨٨. مليكة، لويس كامل (١٩٩٧). **العلاج النفسي**. - مقدمة وخاتمة. الكويت. دار القلم.
٨٩. منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩). **المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية والأوصاف السريرية (الإكلينيكية) - الدلائل الإرشادية التشخيصية (ICD-10)**. إشراف أ.د أحمد عكاشة. ترجمة وحدة الطب النفسي في جامعة عين شمس. القاهرة. المكتب الاقليمي لشرق المتوسط.
٩٠. المنيزل، عبد الله فلاح؛ غرايبة، عايش موسى (٢٠٠٦). **الإحصاء التربوي: تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية**. الجامعة الأردنية. كلية العلوم التربوية. الأردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
٩١. الموافي، فؤاد حامد (١٩٩٥). **دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة**. مجلة كلية التربية. المجلد (٢٨). ١-٣٧. جامعة المنصورة.
٩٢. ميركولينوم، ماريني؛ باور، توماس؛ بلوم، ناثن (٢٠٠٣). **اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة: دليل عملي للعياديين**. ترجمة: عبد العزيز السرطاوي، أيمن خشان. الامارات العربية المتحدة. دار القلم.
٩٣. النجيري، معتز المرسي المرسي (١٩٩٨). **بعض الخصائص النفسية والاجتماعية لدى التلاميذ مضطربي الانتباه بمرحلة التعليم الأساسي والمتطلبات النفسية والاجتماعية لهم**. رسالة ماجستير. جامعة المنصورة. كلية التربية.
٩٤. الوزنة، طلعت منصور (٢٠٠٢). **العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى المعاقين المقيمين في الدور الإيوائية**. ص(١٨٤-٢٠٠). ندوة الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. البحرين. جامعة الخليج العربي.
٩٥. يحيى، خولة (٢٠٠٠). **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**. عمان. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

٩٦. يحيى، خولة أحمد؛ عبد العزيز، عمر فواز (٢٠٠٣). فاعلية استخدام اسلوبى التعزيز الرمزي والعزل في خفض السلوك العدوانى لدى عينة من الأطفال المعوقين عقلياً. دراسات. المجلد رقم ٣. العدد الثانى. الجامعة الأردنية.
٩٧. اليوسفى، مشيرة (٢٠٠٥). النشاط الزائد لدى الأطفال - الأسباب وبرامج الخفض.. القاهرة. المركز العربى للتعليم والتنمية.

98. Abramowitz, A. & Eckstrand, D. & Oleary, S. & Dulean, M. (1992). **ADHD Childrens Responses to Stimulant Mediccation and Two Intensities of Behavioral Intervention**. Behavior Modification, Vol.6, No.2,pp: 193-203.
99. Ajibola,O & Clement,P.W (1995). **Differential Effects of Methyphenidate and Self-Reinforcement Attention-Deficit Hyperactivity**. Disorder Behavior Modification. 19.2. pp: 212-233.
100. Alberto, P & Troutman, A (1990). **Applied Behavior Analysis for Teachers**. U.S.A. Macmillan publishing company.
101. Al-Sharabati, M; Al-Lawatiya,S; Al-Msherfi,F; Al-Hussaini,A (2004). **Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Sample of Omani School**. Canadian Journal of Psychiatry. 49. 8. 571-572.
102. **American Psyhiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – III)**. (1980). Thired Edition. Washington, D.C.
103. **American Psyhiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM – IV)** (1994). Fourth Edition. Washington, D.C.
104. **American Psyhiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – IV – TR)** (2007). Fourth Edition. Text Revision. Washington, D.C.
105. Anderson, J(1995). **Cognitive Psychology and its Implications**. 4th edition. New York. Free man and company.
106. Antrop, I., Buysse, A., Herbert, A.and Oost, P. (2005). **Activity In Children with ADHD During Waiting Situation in the Classroom**. British Journal of Educational Psychology. 65: 51-69. U.K.
107. Ayllon, T &Roberts, D (1974). **Eliminating Discipline Problems by Strengthening Academic Performance**. Journal of Applied Behavior Analysis. No(7).pp:71-76.
108. Barkley, R.A (1995). **Taking Change of (ADHD). The Complete Authoritative guide for Parents**. New York. Gilford Press.

109. Barkley, R; Guevremont, D; Anastopulos, A; DuPaul, G; and Shelton, T(1993). **Driving Related Risk and Outcomes of Attention Deficit. Hyperactivity Disorder in Adolescent and Young Adults.** 92. 212-218.
110. Barkley,R (1985). **Hyperactivity Children, A Handbook for Diagnosis and Treatment.** New York. Guilford Press.
111. Barkley,R.A (1998). **Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** In E.J. Mash & L. G. Terdal (Eds). *Assessment of Childhood Disorders*.pp:69-104. New York. Guilford.
112. Barkley,R; A. Grodzink, G & Dupaul, G.L (1992). **Frontal Lobe-Functions in Attention Deficit Disorder with and without Hyperactivity. A Review and Research Report.** *Journal of Abnormal Child Psychology.* U.S.A. 20 (20. 163-184).
113. Barkly, R.A ; Edelbrock, C, C & Smallish, L (1991). **Mother Children Interaction Family Conflict and Material Psychopathology.** *Journal of Child Psychiatry.* 1(4) pp: 233-255.
114. Barkly-B, R.A (1998). **Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Ahandbook for Diagnosis and Treatment.** (second edition). New York. Guilford.
115. Biederman, J; Faraone, S.V; Monuteaux, M.C (2002). **Differential Effect of Environmental Adversity By Gender With and Without ADHD.** *American Journal of Psychiatry.* 159, 1556-1562.
116. Binder,L.M,Dixon,R.M & Ghezzi,P.M (2002). **A procedure to teach self –control to children with ADHD.** *Journal of Applied Behavior Analysis,* 33(2),233-237.
117. Binder. L.M: Dixon,R.M & Ghezzi, P.M (2000). **Procedure to Teach Self-Control to Children with ADHD.** *Journal of Applied Behavior Analysis.*32.(2).pp: 233-237.
118. Black, H.E & Kazadin (1982). **International Handbook. Behaviour Modification and Therapy.** NewYork. Plenum.
119. Boyle, M; Cunningham, C; Kim, M & Schachar, R (1999). *Treatment of Attention–Deficit Hyperactivity Disorder.* From: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books>.

120. Breggin, Peter R. (1999). **Psychostimulants in the Treatment of Children Diagnosed with ADHD: Risks and Mechanism of Action. International.** Journal of Risk and Safety in Medicine. 12. 3-35.
121. Bu-Haroon, A; Eapen, V & Bender, A (1999). **The Prevalence of Hyperactivity Symptoms in The United Arab Emirates.** Journal of Psychiatry. 53. 6. 439-442.
122. Calif, H (1983). **Appositive Approach to Assertive Discipline.** U.S.A. Association of California school prepared at John Sweet-elementary school.
123. Carlson, C.L; Mann, M & Alexander, A.K (2000). **Effects of Reward and Response Cost on Performance and Motivation of Children with ADHD.** Cognitive Therapy and Research. 24.1.pp: 87-98.
124. Chu, S (2003). **Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Patron: Review of the Literature.** International Journal of Therapy and Rehabilitation. 10(5): 218-227.
125. Conners, Keith (2001). **Conners' Rating Scales-Revised (CRS-R): Technical Manual.** Canada. Multi-Health Systems.
126. Cooper, John ; Heron, Timothy & Hewes, William (1996). **Applied Behavior Analysis.** Ohio state university. U.S.A. Merrill publishing company.
127. Copeland, E.D & Love, V.L. (1995). **Attention, Please! A Comprehensive Guide for Successfully Parenting Children With Attention Disorder and Hyperactivity.** U.S.A. Florida Company.
128. Davies, S & Witte, R (2006). <http://Search.msn.com/>
129. De Valenzuela & others. (2000). **The Theoretical Foundation of Professional Development in Special Education: Is Socio cultural Theory Enough? Remedial and Special Education.** U.S.A. Mar/Apr, Vol.21.
130. Dills, R.O (2001, Feb). **Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity.** <http://www.pharmacytimes.com/article.CFM>
131. Douglas, & Parry (1994). **Effects of Reward and Nonreward on Frustration and Attention Deficit.** Journal of Abnormal Child Psychology. 22,30.

132. Dukham, S & Lauri, A (1980). **Behavioral Alternatives to Stimulant Medicatin in Treating Childhood Hyperactivity Effects onSchool and Home Behavior Standford**. U.S.A. Uni calif centre for edu research.
133. Dupaul, G.J & Barkley, R.A (1993). **Behavioral Contributions to Pharmacotherapy: The Utility of Behavioral Methodology in Medication Treatment of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. Behavior Therapy .no. 24. pp:74-65.
134. Dupaul, G.J; Guevremont, D & Barkley, R.A (1992). **Behavior Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Classroom**. Behavior Modification. Vol(16) no.2. pp:204-225.
135. Dupaul,G.I and Stoner,G (1994). **ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies**. Guilford Press. New York.
136. Dykmar, R.A & Ackerman, P.T (1991). **Attention Deficit Disorder and Specific Reading Disability: Separate but often over lapping disorder**. Journal of Learning Disabilities. 24(2). 96-103.
137. Eghbalieh, B; Crinella, F.M; Hunt, L.E; Swanson, J.M (2000). **Parental Stimulant Effects of Alerting & Executive Control in Six ans Seven Years Olds**. Journal of Attention Disorder s. vol 4no.1. pp:102-110.
138. EI-Defrawi, M.H (1992). **Tranylcypromine (MAOI) in Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children**. The Egyptian Journal of Psychiatry. V.15. no.10.pp.66-7
139. Elliott, S.Y; Witt, J; Galvin, G&Peterson, R (1994). **Acceptability of Positive Behavioral intention: Factors that influence teacher decision**. Journal of School Psychology. 22(3). 53-360,
140. Epstein, M. A; Shaywitz, S.E; Woolstons, J.L & Shaywits,B.A (1991). **The Boundaries of Attention Deficit Disorder**. Journal of Learning Disabilities. 24(2). 78-80.
141. Fiore, T. & Becker, E & Nero, R. 1993. **Educational Interventions for Students with Attention Deficit Disorder**. **Exceptional Children**, Vol.60. no.2,pp:163-173.

142. Firston,P; Musten,L.M; Pisterman,S; Mercer,D & Bennett,S (1998). **Short Term Side Effects of Stimulant Medication are Increased In Preschool Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 8(1).25-31.
143. Flick, G.L (1998). **ADD / ADHD Behavior Chang Resource Kit.** U.S.A. Johan Wiley & Sons. Inc.
144. Forehand,R & Macmahon,R(1981). **Helping the Noncompliant Child. Clinician's Guide to Parent Training.** Guilford Press. New York.
145. Fowler,M (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. National Information Center for Children & Yoyth with Disabilities. From: **<http://www.Id online-org/id-indepth/add-adhd/add-niehcy-html>**.
146. Frankel, F (1997). **Parent –assisted Transfer of Children s Social Skills Training: Effects Children with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Child Adol-esc-psychiatry. vol.36. no.8. pp: 1056-1064.
147. Ghosh,S & Chattopadhyay,P.K (1993). **Application of Behavior Modification Techniques in Tretment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Indian Journal of Clinical Psychology. Vol.20.no.2. pp: 124-129.
148. Ghuman, J.K;Ginsburg,G.S; Subsramanin,G.; Chuman,H.S&Kau,A.S (2001). **Psychostimulants In Preschool Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 40(5) 516-524.
149. Gillberg , C; Melander, H; Von Knorring, A.L; Janols, L.O; Thernlund, G; Hagglof, B; Eidevall, C; Wallin, L; Gustafsson, P & Kapp,s (2001). **Long-Term Stimulant Treatmeant of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptotoms Arandomized Double-Blind Placebo-Control Trial.** Arch Gen Psychiatry. V.58.no.12.pp: 1184-1187.
150. Gittelman, B.R (1991). **Hyperactivity Child and Their Socialization.** British Journal of Criminology. 25(3). 261-276.

151. Goldman, S & Stevenson, G (1998). **Atwin study of hyperactivity a etiologic role of genes family relationship & parental advsory**, Journal of Child Psyche Psychiatry. (30). 691-709.
152. Goldstein, S. & Goldstein, M.(1990). **Managing Attention Disorders in Children: A Guide for Practitioners**. New York,Wiley Interscine Press,Inc.
153. Hallahan, D; Kauffman, J & Graybeal. N (1978). **The Effects of Reinforcment and Response Cost on Selective Attention**. Journal of Learning Disabilities. No.7.pp: 430-438.
154. Hallahan, D; Kauffman, J (2003). **Exceptional Learners: Introduction to special Education**. New Jersy. Euglwood cliffs.
155. Hallowell, E. & Ratey, J (1994). **Driven to Destruction: Recognition and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood through Adulthood**. New York. Simon & Schuster.
156. Harley, J., Matthews, C., and Eichman, P. (1987). **Synthetic food colors and hyperactivity in children, a double-blind challenge experimental padeiatrics**. American Academy of Paediatrics. 62, 6. 975-983.
157. Heiveil, I & Clark, D (1990). **Personality Correlates of Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. Paper presented at the Annual Conference of the American Psychology Association. 7-9th November. Boston.
158. Heward, W (1996). **Exceptional Children (fifth edition)**. New Jersey. prentice Hall. Inc.
159. Hoover, D.W & Milich, R (1994). **Effects of Sugar Ingestion Expectancies on Mother – Child Integration**. Journal of Abnormal Child Psychology. 22, 501-515.
160. Horn, F.H; Ialongo, N; Greenberg, G; Packard, T & Winberry, C. S (1990). **Additive Effects of Behavioral Parent Training and Self Control Therapy with Attention Deficit Hyperactivity Disordered Chlidren**. Journal of Clinical Child Psychology. Vol.19 no.2. PP: 289-410.

161. Hoza, B; Peham, W; Sams, S & Carlson, C (1992). **An examination of the “dosage” effects of both behavior therapy and methylphenidate on the classroom performance of two ADHS children.** Behavior Modification, 6(2). 14-192.
162. Ialongo, N; Horn, W & Pascoe, J (1993). **The Effects of A Multimodal Intervention with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children.** Journal of American Academy of Child Adolescenc Psychiatry. Vol.32. no.1.pp:182-189.
163. James, M.; Cantwell, D & Marder, C (1991). **Effects of Stimulant Medication on Learning of Children.** Journal of Learning Disabilities. V. 24. N.4. pp. 134-145.
164. Jennifer, A. & William, F. (1995). **Effects of Methylphenidate on Academic Achievement From First to Second Grade International.** Journal of Disability, Development & Education. V. 42. N. 3. pp. 259-273.
165. Jensen, P; Arnold, L; Richters, J (1999). **14 Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Journal of the American Academy for Child & Adolescent Psychiatry. No.56. PP: 1073-1086.
166. Jonson, C & Freeman, W (1997). **Attribution for Child Behavior in Parent of Children Without behavior Disorder and Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Journal of Consulting and Clinical Psychology 65. 4. 636-645.
167. Jonson, C.R; Handel, B.L; Lubetsky, M.L & Secco, K.A (1994). **Behavior Modification.** University Pittsburgh School of Medicine. Vol.18. no.4. pp:470-487.
168. Jonson, T (1994). **Using Conjoint Behavioral Consolation to Enhance the Generalization of Behavioral Parent Training Effects to School Settings for Children with ADHD.** Paper Presented at the Annual Meeting of the National Association of School Psychologists.
169. Kaiser, M.P (1993). **Effect of Behavior Modification in the Hyperactive Children.** Dis.Abs,int 53.no. 12. PP: 6-34.

170. Kelley, M. & McCain, A. (1995). **Promoting Academic Performance in Inattentive Children.** Behavior Modification, Vol. 19,no.3,pp: 357-375.
171. Kirk, S.A (1988). **Education Exceptional Children.** U.S.A.
172. Knivsberg, A.M; Reichelt, K.L & Nodland, M (1999). **Co morbidity, or coexistence, between dyslexia and attention deficit hyperactivity disorder.** British Journal of Special education. 22(26). 42-47.
173. Korad, K., Neufang, S., Hanisch, C., Finkm G. R. & Herperz-Dahlmann, B (2005). **Dysfunctional Attention Networks in Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: Evidence from an Event-Related Functional Magnetic Resonance Imaging Study.** Biological Psychiatry, 59. (643-651).
174. Kottman,T & Robert and Barker,D (1995). **Parental Perspectives on attention –deficit hyperactivity disorder. How school counselor can help.** The school counselors. 43(6)142-149.
175. Lambert, Nadine, M (1978). **Prevalence of Hyperactivity in Elementary School Children as a function of Social System Definers.** Journal of Orthopsychiatry. (4893). 446-463.
176. Larner,J(2000).**LearningDisabilities.** Eighthedition. Houghton.Mifflin company.
177. Layer, J (1998). **An Hypothesis for Explaining AD/HD in Children and Adolescent. The ADHD Challenge.** X11(6). 7-11.
178. Lilly & Company (2006). **What is Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** [http:// www. reuters health.com](http://www.reutershealth.com).
179. Little, L. & Kelley, M (1989). **The Efficacy of Response Cost Procedures for Reducing Children's Noncompliance to Parental Instructions.** Behavior Therapy. no.20,pp: 525-534.
180. Madras, B (2002). **New Hope For ADHD.** Prevention. 54. 1. 119-221.
181. Mash, E.J & Barkley,R.A (2003). **Child Psychopathology,** 2 ed. New York & London. The Guilford Press.

182. Mash, J & Johanton, C (1990). **Determinants of Parenting Stress: Illustration From Families of Hyperactivity Children and Families of Physically Abused Children.** Journal of Clinical Child Psychology. 19. 313-338.
183. Mcburnett, K. B & Lahey, P. L(1993). **Dignosis of attention deficit disorder in DSM-IV. Scientific basis and implication for education.** Exceptional Children . 60(2). 81-117.
184. McNamara, Barry E & McNamara, Francine, J. (2000). **Keys to Parenting a Child with Attention Deficit Disorder.** Baron's Educational Series. New York.
185. Megoe, K (1998). **Positive Reinforcment and Response Cost Procedures: Reducing the Disrutive Behavior of Preschool Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Unpublished Doctoral Dissertation. University of Lehigh.
186. Mercer, C.D (1997). **Student With Learning Disabilities.** Fifth edition Prentice-hall-incU.S.A. . New Jersey.
187. Michael, B (2000). **Diagnosis And Treatment of Children And Adolescent With Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder.** Journal of Consulting & Development. Vol. 78. 195-203.
188. Monteiro, M.L; Firston, P.; Pesterman, S.;Bennet,S. &Mercer, J(1997). **Effects of Methylphenidate on Pre School Children with ADHD. Cognitive and Behavioral Function.** Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 36(10).1407-1415.
189. National Institute of Mental Health (2003). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. From: **http //www.Nimh.nin.gov/putlicat/adhd-cfm.**
190. National Mental Health Association (2001), Attention Deficit Hyperactivity Disorder Your Child and You. A Workbook for Parents. U.S. A. Available on line:
<http://www.Valueoptions.com/memberadhd final pdf.1-20>.

191. NIMH Study: Improvement Following ADHD Treatment Sustained in Most Children (2010). ADHD Information Library.
<http://newideas.Net/adhd/treatment/nimh-improvement-adhd-treatment>. 1-3.
192. Nirbhay N. Singh (1997). **Prevention & Treatment of Severe Behavior Problems: Models and Methods in Developmental Disabilities**. U.S.A. Books/Cole Publishing Company.
193. Painter, M (1977). **Fluorescent Lights and Hyperactivity in Children**. Journal of Community Health Nursing. 12. 181-184.
194. Paternite, C & Langhome, J (1977). **Realationships Between Symptomatology and Ses- Related Factors in Hyperinetic/MBD Boys. Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development**. 342-355.
195. Paterson, L. E.; & Eisenberg, S (1983). **The Counseling Process**. (3ed). Bosten. Houghton Mipplin.
196. Patton,J.R (2000). **Education Student with Mild Retardation Focus on Autism & Other Development Disabilities**. Vol. 15-issue 2.
197. Paul,A, & Anne, C (1995).**Applied Behavior Analysis for Teachers**. fourth Edition, U.S.A.prentice-Hall, inc, New Jersey.
198. Paul,J; Epanchine,C (1992). **Emotinal Disturbance in Children, Theories and Methods for Teacher**. Columbous. Merrill publishing company.
199. Pelham,W (2005). **Empirically Supported Psychosocial Treatment for ADHD. Expermintal and Clinical Psychopharmacology**. Vol.13.no. 2. pp: 117-125.
200. Person, D. L& Yaffee, W.R (1996). **Compasion of Ssustained and selection attention in children who have mental retardation with and without ADHD**. American Journal on Mental Retardation. 100(6).. 592-607.
201. Peters,K (2002). **Effects of Classroom Cognitive Behavioral Training With Elementary School Student Applet Study**. Diss.Abs,Int.

202. Pineda, A; Lopera, F; Henoa, E;Palacio, D; and Catellanos, X (2001). **Confirmation of high Prevalence of Attention Deficit Disorder in A Columbian Community.** Rev-Neural. 32(3). 217-222.
203. Posavac, H; Scheridan, S & Posavac (1999). **Acueing Procedure to Control Impulsivity in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Behavior Modification, Vol.24.no.2. pp:234-253.
204. Poston, R (1991). **Incerasing Assignment Completion of Sixth Grade Student, Behavior Modification, Educational Specialist Practise.** Nov.aniverity.pp: 50.
205. Proctor, M & Morgan, D (1991). **Effectivness of a Aresponse Cost Rafle Procedure on the Disruptive Classroom. Behavior Adolescents with Behavior Problems.** School Psychology Review. Vol .20.no.1. pp: 97-109.
206. Rabiner, D (2000). **Results of Iargest ADHD Treatment Study Conducted.** U.S.A. Attention research updated..
207. Rapport, M. Denny, C.; Dupoul, G & Gardner, M (1994). **Attention Deficit and Methyiphenidate: Normalization Rates, Clinical Effectiveness and Response Prediction in 76 Children.** Journal of Attention Deficit Disorder. New York: Baron's Educational Series. Inc.
208. Rapport, M.I & Murphy, A.U & Babley, J.S (1980). **Ritalin VS. Response Cost in the Control of Hyperactivity Children s: Withen Subject comparison.** Journal of School Psychology. V.18. N2. pp: 98-111.
209. Raymond, G. Miltenberger (2001). **Behavior Modification Principles and Procedures.** Second edition. U.S.A. North Dakata State University (Thomson Learning).
210. Reif, S.F (2005). **How to reach and teach children with ADD/ADHD.** San Francisco. Jossey-Bass Awiley imprint.
211. Rickman, D. (1996). **The Effects of Response-Cost Program on the Classroom Behavior of two Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder.** Edrs Price.

212. Ross, A (1980). **Psychological Disorders of Children: A Behavioral Approach to Theory. Research and Therapy.** New York. Hill.Inc.
213. Sadock, B.J; Sadock,V.A (2007). **Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry**, 10th Edition, U.S.A. Lippincott Williams & Wilkins.
214. Salanto, M (1990). **The Effects of Reinforcement and Response Cost on Adelayed Response Task in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Aresearch note.** Journal Child Psychology & Psychiatry. pp:31-58.
215. Salend , S & Henry, K (1981). **Response Cost in Mainstreamed Setting.** Journal of School Psychology. vol.19. no.3. pp: 242-249.
216. Shearin, A.;Roessler, R. and Schriner, K.(1999). **Evaluating the transition Componants in IEP's of Secondary Students for All American Students, Focus on Exceptional Children**, Jan. 26(5).
217. Shoor, T (1990). **Parental Attitudes and Interaction in Delinquency.** British Journal of Psychology. 32(6).304-315.
218. Tripp, G; Ryan, J and Speace, K (2002). **Neurophysiology Functioning in Children with DSM-IV Combined Type Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Australin and New Zealand.** Journal of Psychiatry. 36. 771-779.
219. Wallace, G and Kauffman, J (1987). **Teaching Students with Learning and Behavior Problems.** U.S.A.Merrill publishing company.
220. Wehmeyer, M. L., (2000). **A national survey of teacher s promotion of self-determination and student-directed learning.** J. special Education, vol.34.no.2. pp.58-68.
221. Willcutt, E. G; Pennington, B. F;Chabildes, N. A; Friedman, M. C & Alexander, J (1999). **Psychiatric Co-Morbidity Association with DSM-IV ADHD in a Non-Referred Sample of Twins.** Journal of Academic Children-Adolescent Psychiatry. 38(11). 1355-1362.
222. Witt, J & Elliott, S (1982). **The Response Cost Lottery: A time Efficient and Effective Classroom Intervention.** Journal of School Psychology. Vol (20). pp: 155-161.

223. Wolraich, M; Milich, R; Stumbo, P; Schultz, F (1985). **The Effects of Sucrose Ingestion on the Behavior of Hyperactive Boys.** Pediatrics. 10(657-682).
224. Young, S & Bramham; J (2007). **ADHD in Adults-A Psychological Guide to Practice.** England. John, Wiley & Sons, Ltd.

الملاحق

- الملحق (١) - القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط/الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR).
- الملحق (٢) - مقياس رافن (Raven) للقدرات الذكائية غير اللفظية.
- الملحق (٣) - مقياس كونرز المعدل (Conners'-R) لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- الملحق (٤) - بطاقة دراسة الحالة.
- الملحق (٥) - استمارة تسجيل السلوك.
- الملحق (٦) - قائمة التقييم التعزيزي.
- الملحق (٧) - استمارة التقييم الوظيفي للسلوك.
- الملحق (٨) - نماذج العمل.
- الملحق (٩) - نصائح عامة للتعامل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- الملحق (١٠) - قائمة بأسماء المحكمين.

الملحق (١)

القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط/الدليل التشخيصي
والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية في نسخته الرابعة المنقحة

(Diagnostic and Statistical of Mental Disorder, 4th ed. Text Revision)

(DSM-IV-TR, 2000)

اسم الطفل:	الجنس: ذكر - أنثى
تاريخ الميلاد: / /	الصف المدرسي:
تاريخ اليوم: / /	اسم ولي الأمر:
العمر:	

الرقم	العبارة	تنطبق	لا تنطبق
١	غالباً ما يفشل في الانتباه للتفاصيل، أو يرتكب أخطاء نتيجة عدم الاهتمام في المدرسة أو العمل أو الأنشطة.		
٢	غالباً ما يجد صعوبة في المحافظة على الانتباه في المهمات المكلف بها أو أنشطة اللعب.		
٣	غالباً ما يبدو غير منصت عند الحديث إليه مباشرة.		
٤	غالباً لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء عمله المدرسي أو واجباته المكلف بها في مكان عمله (ولكن هذا ليس) بسبب معارضته لهذه الواجبات أو عدم فهمه للتعليمات).		
٥	غالباً ما يجد صعوبة في تنظيم المهمات أو الأنشطة.		
٦	غالباً ما يتجنب أو لا يحب الارتباط بالمهمات التي تتطلب مجهوداً ذهنياً مستمراً (مثل العمل المدرسي أو الواجب المنزلي)		
٧	غالباً ما يفقد الأشياء الضرورية للمهمات أو الأنشطة (مثل اللعب أو المستلزمات المدرسية أو الأقلام أو الكتب أو الأدوات).		
٨	غالباً ما ينتشت انتباهه بسهولة بالمؤثرات الخارجية.		

الرقم	العبارة	تنطبق	لا تنطبق
٩	غالباً ما يكون كثير النسيان في الأنشطة اليومية.		
١٠	غالباً ما يقوم بحركات عصبية بيديه أو قدميه أو يتململ في مقعده.		
١١	غالباً ما يغادر مقعده في الفصل أو المواقف الأخرى التي يتوقع منه البقاء في مقعده.		
١٢	غالباً ما يجري أو يتسلق في مواقف لا يبدو فيها الجري أو التسلق ملائماً.		
١٣	غالباً ما يجد صعوبة في الارتباط بأنشطة وقت الفراغ أو اللعب بهدوء.		
١٤	غالباً ما يكون في عجلة من أمره، أو غالباً ما يتصرف كما لو كان مدفوعاً بمحرك.		
١٥	غالباً ما يتحدث بكثرة.		
١٦	غالباً ما يتحدث بكثرة دون تفكير، حتى قبل استكمال الأسئلة.		
١٧	غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره .		
١٨	غالباً ما يقاطع الآخرين، أو يتطفل عليهم (مثلاً يتدخل في المحادثات أو الألعاب الجماعية).		

الملحق (٢)

اختبار رافن (Raven) للقدرات الذكائية غير اللفظية

(اختبار المصفوفات المتتابة المعيارية)

اسم الطفل:	الجنس: ذكر - أنثى
تاريخ الميلاد: / /	الصف المدرسي:
تاريخ اليوم: / /	اسم ولي الأمر:
العمر:	

ملاحظات	التصحيح	الإجابة	B
			المجموع

ملاحظات	التصحيح	الإجابة	A
			المجموع

ملاحظات	التصحيح	الإجابة	D
			المجموع

ملاحظات	التصحيح	الإجابة	C
			المجموع

E	الإجابة	التصحيح	ملاحظات
المجموع			

الملحق (٣)
مقياس كونرز - المعدل / أهل

اسم الطفل:	الجنس: ذكر - أنثى
تاريخ الميلاد: / /	الصف المدرسي:
تاريخ اليوم: / /	اسم ولي الأمر:
العمر:	

توجيهات: فيما يلي عدد من المشاكل الشائعة عند الأطفال. أرجو قياس كل عبارة حسب سلوك طفلك خلال الشهر الماضي. كم كان حجم المشكلة لديه في الشهر الماضي؟. ومن ثمّ ضع دائرة حول أفضل إجابة لكل عبارة. ضع دائرة حول الصفر إن لم تكن هناك أي مشاكل إطلاقاً أو نادرة الحدوث أو غير متكررة. وضع دائرة حول الرقم (٣) إذا كانت العبارة صحيحة جداً والمشكلة تحدث غالباً أو متكررة الحدوث. أما إذا كانت العبارة بين هذه المستويات فضع الدائرة حول الرقم (١) أو (٢). الرجاء الإجابة عن كل عبارة .

م	العبـارات	غير صحيحة إطلاقاً (أبدأ ، نادراً)	صحيح أحياناً	صحيح إلى درجة ما	صحيح جداً، غالباً، كثيراً
1	لا يركّز. سهل التشتت.	0	1	2	3
2	غضبان ومستاء (ممتعض).	0	1	2	3
3	لديه صعوبة في القيام بالواجبات المنزلية أو إتمامها.	0	1	2	3
4	هو في حالة حركة دائمة أو يتصرف كأنما يقوده محرك.	0	1	2	3
5	مدى انتباهه قصير.	0	1	2	3
6	يتجادل مع الكبار.	0	1	2	3

م	العبارات	غير صحيحة إطلاقاً (أبداً ، نادراً)	صحيح أحياناً	صحيح إلى درجة ما	صحيح جداً، غالباً، كثيراً
٧	يتملّك بعصبية يديه وقدميه أو يتلوى في المقعد.	0	1	2	3
8	يفشل في إتمام المهمات المطلوبة.	0	1	2	3
9	صعوبة التحكم بتصرفاته في المراكز التجارية أو في أثناء التسوق.	0	1	2	3
10	متسم بالفوضى، أو غير مرتّب في البيت أو المدرسة.	0	1	2	3
11	يفقد أعصابه.	0	1	2	3
12	يحتاج إلى إشراف مباشر لإنجاز مهماته.	0	1	2	3
13	ينتبه ويركز على الشيء الذي يهمله بشدة فقط.	0	1	2	3
14	يجري هنا وهناك أو يتسلق بصورة مفردة؛ حيث لا يجوز ذلك.	0	1	2	3
15	التشتت ومدى الانتباه إحدى مشكلاته.	0	1	2	3
16	سهل الاستثارة (نزق).	0	1	2	3
17	يتجنب و يمانع الانخراط بمهام تتطلب جهداً ذهنياً متواصلاً (كالواجبات المدرسية او المنزلية) أو يصعب عليه ذلك.	0	1	2	3
18	كثير التملّك والحركة/لا يستطيع الاسترخاء.	0	1	2	3
19	يتشتت ذهنياً عندما يعطى تعليمات ليقوم بها.	0	1	2	3
20	يتحدى ويرفض أن يستجيب لطلبات الراشدين.	0	1	2	3
21	لديه صعوبات في التركيز داخل الصف.	0	1	2	3
22	لديه صعوبة في الانتظار في الصف (طابور) أو انتظار دوره في الألعاب أو في المواقف الجماعية.	0	1	2	3

م	العبارات	غير صحيحة إطلاقاً (أبداً ، نادراً)	صحيح أحياناً	صحيح إلى درجة ما	صحيح جداً، غالباً، كثيراً
23	يغادر المقعد في حجرة الدّراسة، أو في مواف أخرى يُتوقع منه أن يبقى جالسا فيها.	0	1	2	3
24	يتعمّد فعل الأشياء التي تزعج الآخرين.	0	1	2	3
25	لا يتّبع التعليمات، و يفشل في انهاء الواجبات المدرسية، أو الواجبات التي يجب عليه القيام بها في مكان العمل (ليس بسبب السلوك المعارض، أو عدم فهم التعليمات).	0	1	2	3
26	لديه صعوبة في اللعب أو في الاندماج في نشاطات ترفيهية بهدوء.	0	1	2	3
27	يحبط سريعاً عند بذل الجهد.	0	1	2	3

الملحق (٤)

بطاقة دراسة الحالة

بيانات أولية:

اسم الطفل:	المستوى التعليمي:
الجنس:	رقم الملف الطبي:
تاريخ الميلاد:	العنوان ورقم الهاتف:

• معلومات عامة عن الأسرة:

- عمر الأب: عمر الأم:
- عمل الأب: عمل الأم:
- المستوى التعليمي للأب: المستوى التعليمي للأم:
- أمراض الأب: أمراض الأم:
- عدد الأخوة والأخوات وترتيب الطفل بين أخوته:
- أعمار الأخوة:
- المستوى التعليمي للأخوة:
- أمراض الأخوة:
- هل يعيش الوالدان معاً؟ وهل هناك تعدد في الزوجات؟
- دخل الأسرة والوضع الاقتصادي.

• معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

- عمر الأم في أثناء الحمل:
- ظروف الحمل:
- أمراض الأم والإصابات في أثناء الحمل:
- العلاجات والعقاقير التي تناولتها الأم في أثناء الحمل:
- الحالة الصحية للطفل عند الولادة:

• مراحل نمو الطفل بعد الولادة:

- صحة الطفل:
- التطور الحركي:
- التطور اللغوي:
- التطور الاجتماعي:

• مستوى التحصيل الدراسي:

.....
.....

• مستوى القدرة العقلية لدى الطفل:

.....

• الاضطرابات النفسية والسلوكية: (خوف، قلق، اكتئاب، عدوان،.....):

.....

.....

.....

الملحق (٥)

استمارة تسجيل السلوك

العمر:

اسم الطفل:

التاريخ:

الشخص القائم بالملاحظة:

التعليمات: سجّل حسب هذا الجدول ظهور السلوك: ضع علامة (/) إذا ظهر السلوك وذلك طوال الفترة المحددة للملاحظة المبيّنة في الجدول.

فترات الملاحظة	السلوك	ما الذي حدث قبل ظهور السلوك؟	أماكن ظهور السلوك	ما الذي حدث بعد ظهور السلوك؟ (الاستجابة اللاحقة من الشخص أو الآخرين)

ملاحظات:

.....

.....

.....

الملحق رقم (٦)
قائمة التقييم التعزيزي

تاريخ الميلاد:

اسم الطفل:

أنواع المعززات	يجبه بدرجة بسيطة	يجبه بدرجة متوسطة	يجبه بدرجة كبيرة	لا يجبه	ملاحظات
المعززات الاجتماعية					
١					الربت على الكتف.
٢					تقبيل الطفل ومعانقته.
٣					التحدث إيجابياً عن الطفل.
٤					الابتسام.
٥					نظرات الإعجاب والتقدير.
٦					الإيماء بالرأس تعبيراً عن الموافقة.
٧					التعزيز اللفظي كقول أحسنت، عظيم.
٨					إنك ذكي فعلاً.
المعززات المادية					
١					الألعاب.
٢					أقلام الألوان.
٣					صور وستيكرات.
٤					مفكرة.
٥					أشرطة.
٦					أقلام رصاص.

أنواع المعزّزات		يحبه بدرجة بسيطة	يحبه بدرجة متوسطة	يحبه بدرجة كبيرة	لا يحبه	ملاحظات
٧	سيدات اللعب (أقراص الكمبيوتر).					
المعزّزات النشاطيّة						
١	الاستمّاع إلى القصص.					
٢	فترات الاستراحة الإضافية.					
٣	الاستمّاع إلى الموسيقى.					
٤	اللعب على الكمبيوتر.					
5	الرّسم.					
معزّزات أخرى						
١						
٢						
٣						
٤						
٥						

الملحق (٧)

استمارة التقييم الوظيفي للسلوك

اسم الطفل:

التاريخ:

السلوك المستهدف:

التعليمات: ضع إشارة (*) في المربع تحت (نعم) إذا وافقت على محتوى العبارة وتحت (لا) إذا لم توافق:

م	العبارات	نعم	لا
١	يحدث السلوك عادة بوجود الأشخاص الآخرين.		
٢	يقوم الطفل بالسلوك عندما يتم تجاهله، أو عندما تؤخذ الأشياء بعيداً عنه.		
٣	عندما يحدث السلوك عادة تحاول تهدئة الطفل أو إعطائه الانتباه بانشغاله بنشاطات مفضلة لديه أو مواد غذائية.		
٤	ينشغل الطفل بسلوكات أخرى مزعجة (البكاء، نوبات غضب) لجذب انتباه الآخرين.		
٥	لا يحدث السلوك عادة عند حصول الطفل على كثير من الانتباه، أو عند حصوله على المواد المفضلة.		
٦	يقوم الطفل بالسلوك عندما يكون عليه أن ينجز مهمة ما سواء كانت مهمة مدرسية أم غيرها.		
٧	عندما يحدث السلوك فإن الطفل يحصل على استراحة للتوقف عن أداء المهمة التي كان يقوم بها.		
٨	يشتهي الفرد ويتذمر ويقاوم عندما يُطلب منه إنجاز مهمة ما.		
٩	لا يحدث السلوك لدى الطفل عادة عندما لا يكون هناك طلبات منه.		
١٠	يحدث السلوك عادة عندما يكون الطفل وحده.		
١١	ينشغل الطفل بالسلوك عادة حتى عندما يتم تجاهله.		

م	العبارات	نعم	لا
١٢	لا يشغل الطفل بنموذج مناسب في اللعب، أو التفاعل الاجتماعي، أو نشاطات ترفيهية.		
١٣	ينشغل الطفل بتكرار سلوكيات الاستثارة الذاتية مثل: (قيامه بحركة معينة في الأصبع، اللعب بالأشياء بطريقة معينة،...).		
١٤	يقوم الطفل بالسلوك بمعدل تكرار مرتفع وفقاً لما يحدث في البيئة المحيطة به.		
١٥	يقوم الطفل بالسلوك بشكل متكرر، لكن بنسبة مرتفعة في بعض الأحيان وبنسبة منخفضة في أحيان أخرى.		
١٦	لدى الطفل تاريخ مرضي مثل: (التهاب الأذن، نوع من الحساسية)		
١٧	يحدث السلوك أكثر عندما يكون الطفل متألماً.		
١٨	يتناقص حدوث السلوك إذا عولجت المشكلة الصحية لدى للطفل.		

• العوامل الضابطة للسلوك:

- التعزيز الاجتماعي (الانتباه ، المواد المفضلة):
- التعزيز الاجتماعي (الهروب):
- التعزيز الذاتي (الاستثارة الحسية):
- التعزيز الذاتي (الألم):

• ملاحظات أثناء التطبيق:

.....

.....

The Florida Center (1996).

الملحق (٨) - نماذج العمل - النموذج (أ)

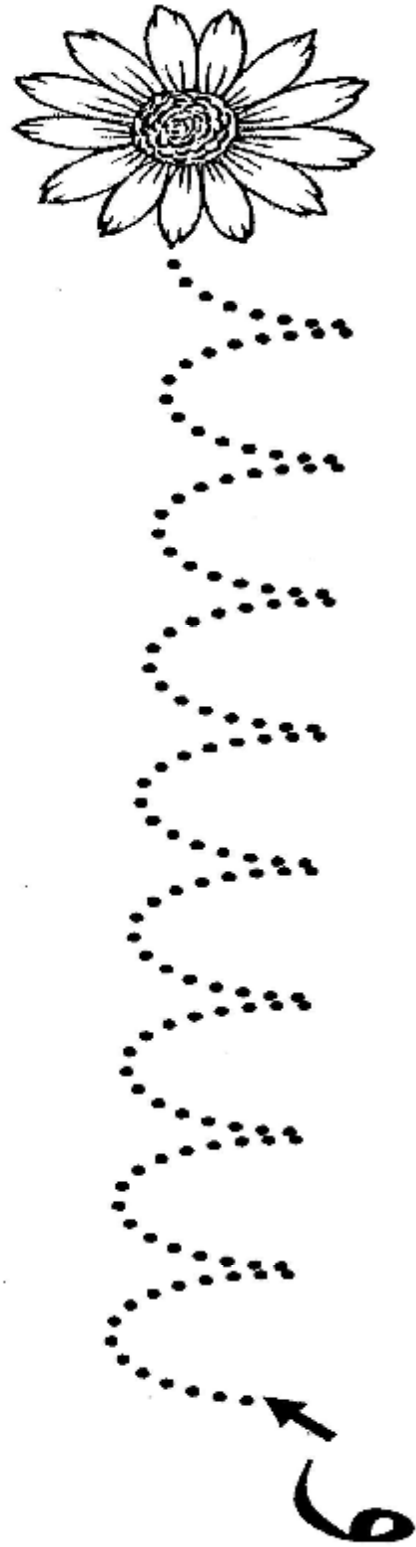
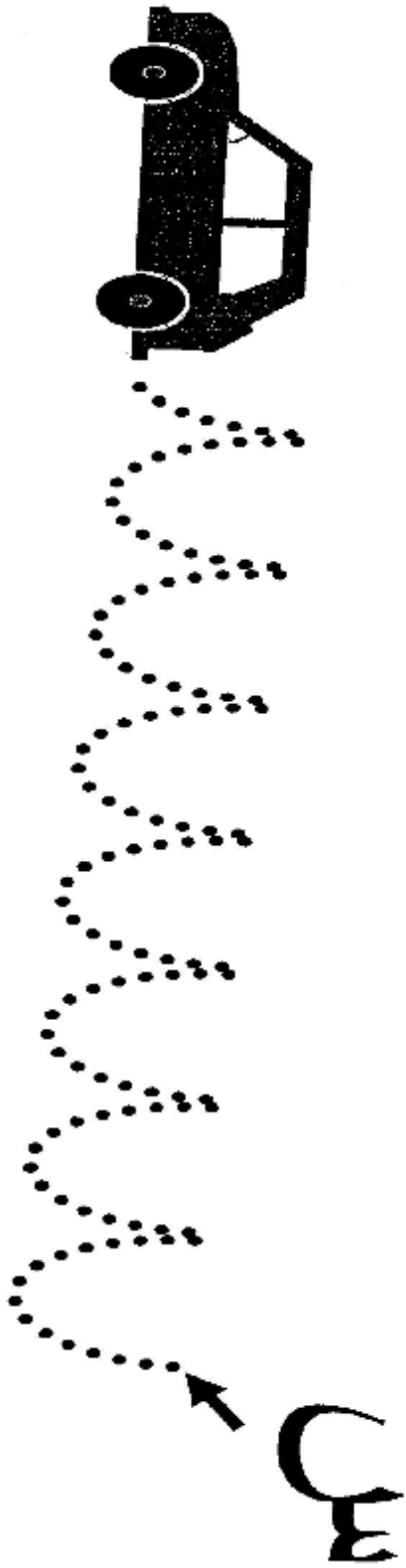
4	8	7	5	2
2	8	3	5	9
8	5	0	5	2
0	7	9	5	9
3	8	4	7	9
7	3	8	9	0

التعليمات: لون داخل اطار الرقم

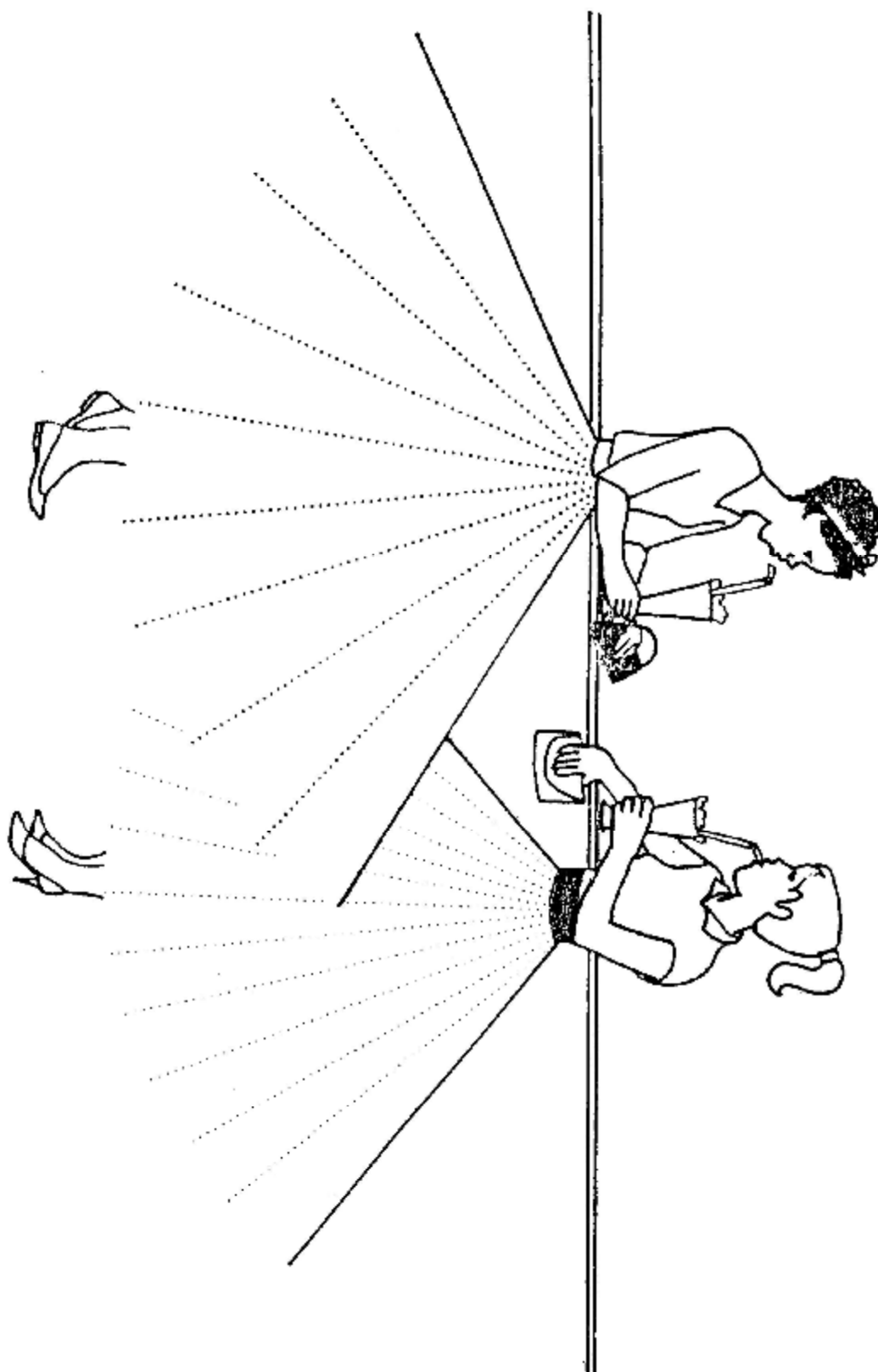
النموذج (ب)



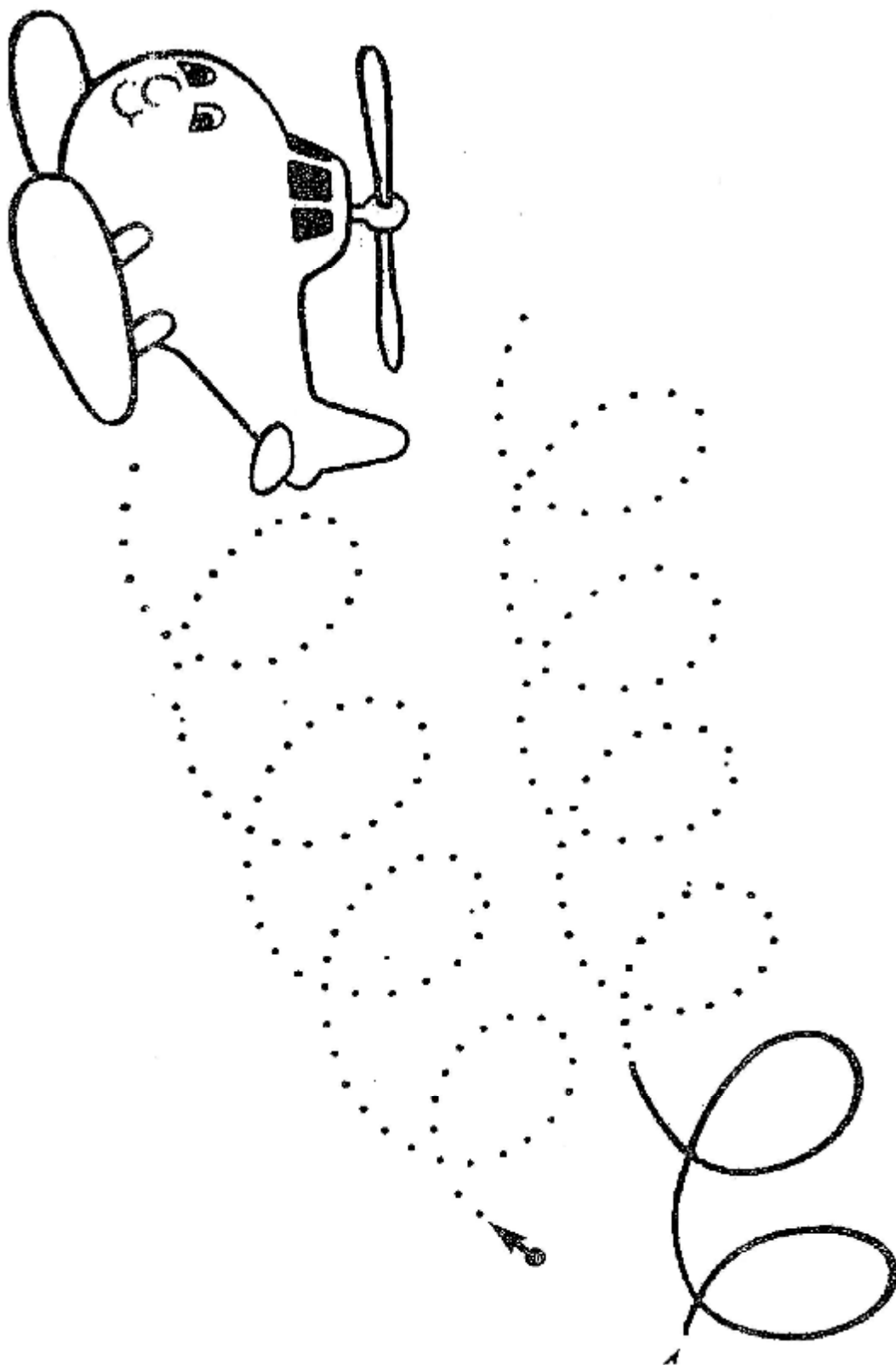
النموذج (ب)



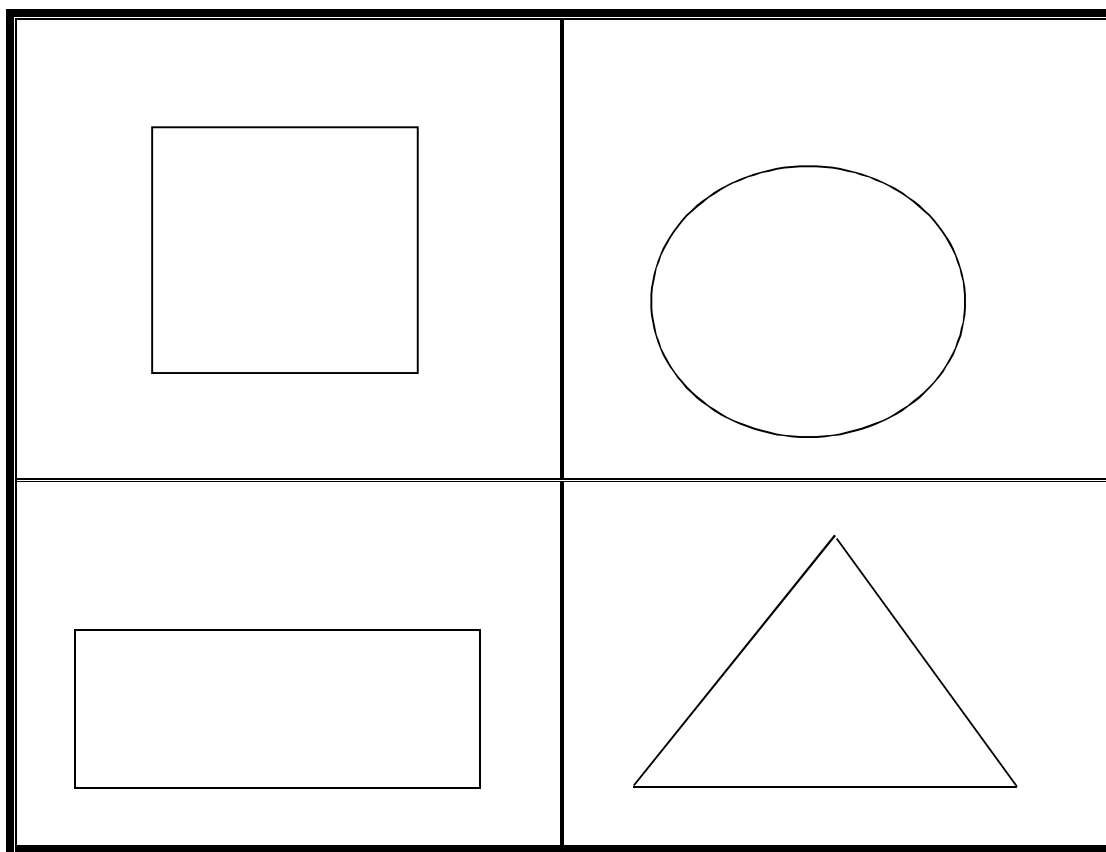
النموذج (ب)



النموذج (ب)

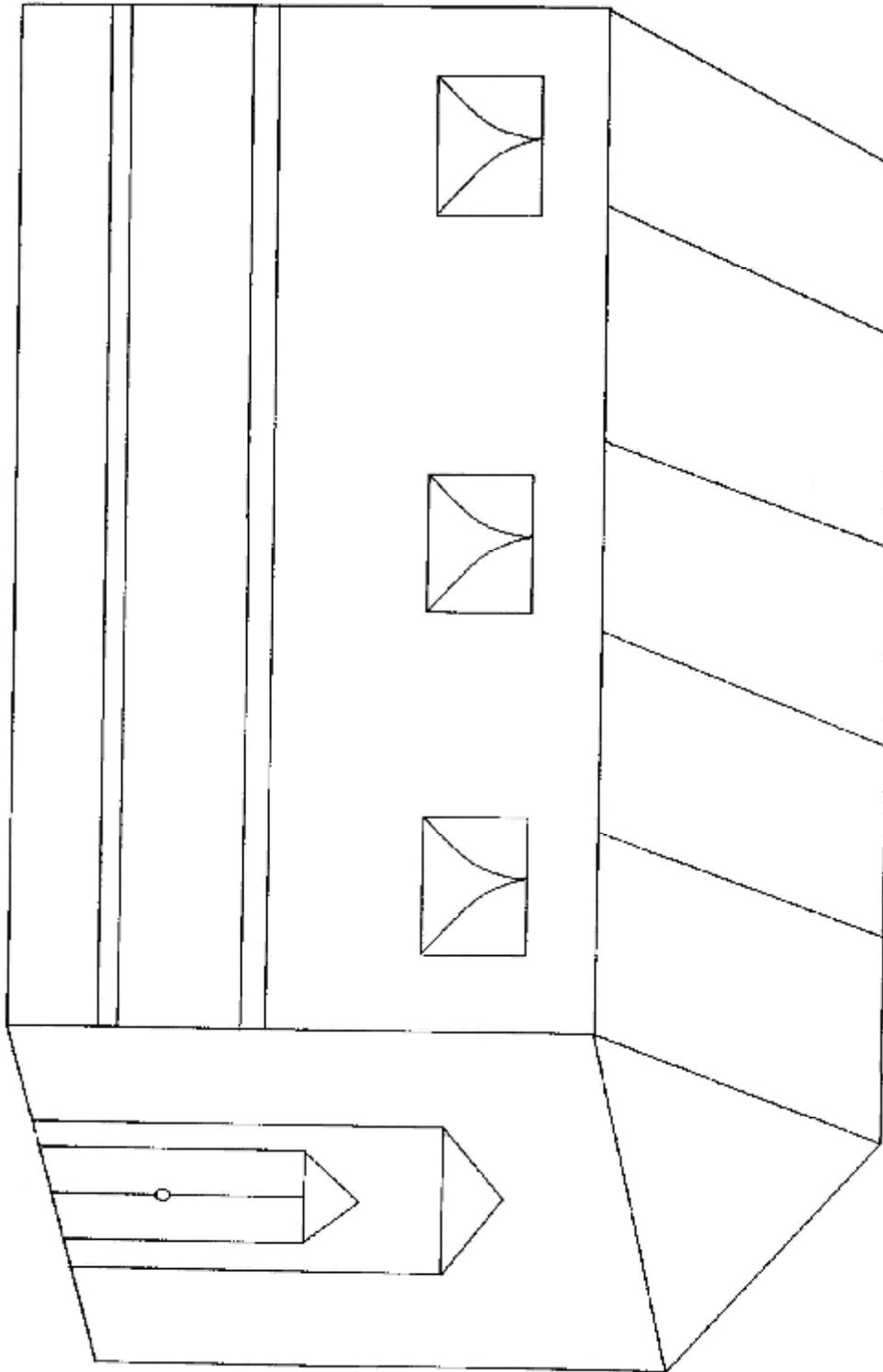


النموذج (ج)



قص، لصق، تلوين.

النموذج (د)

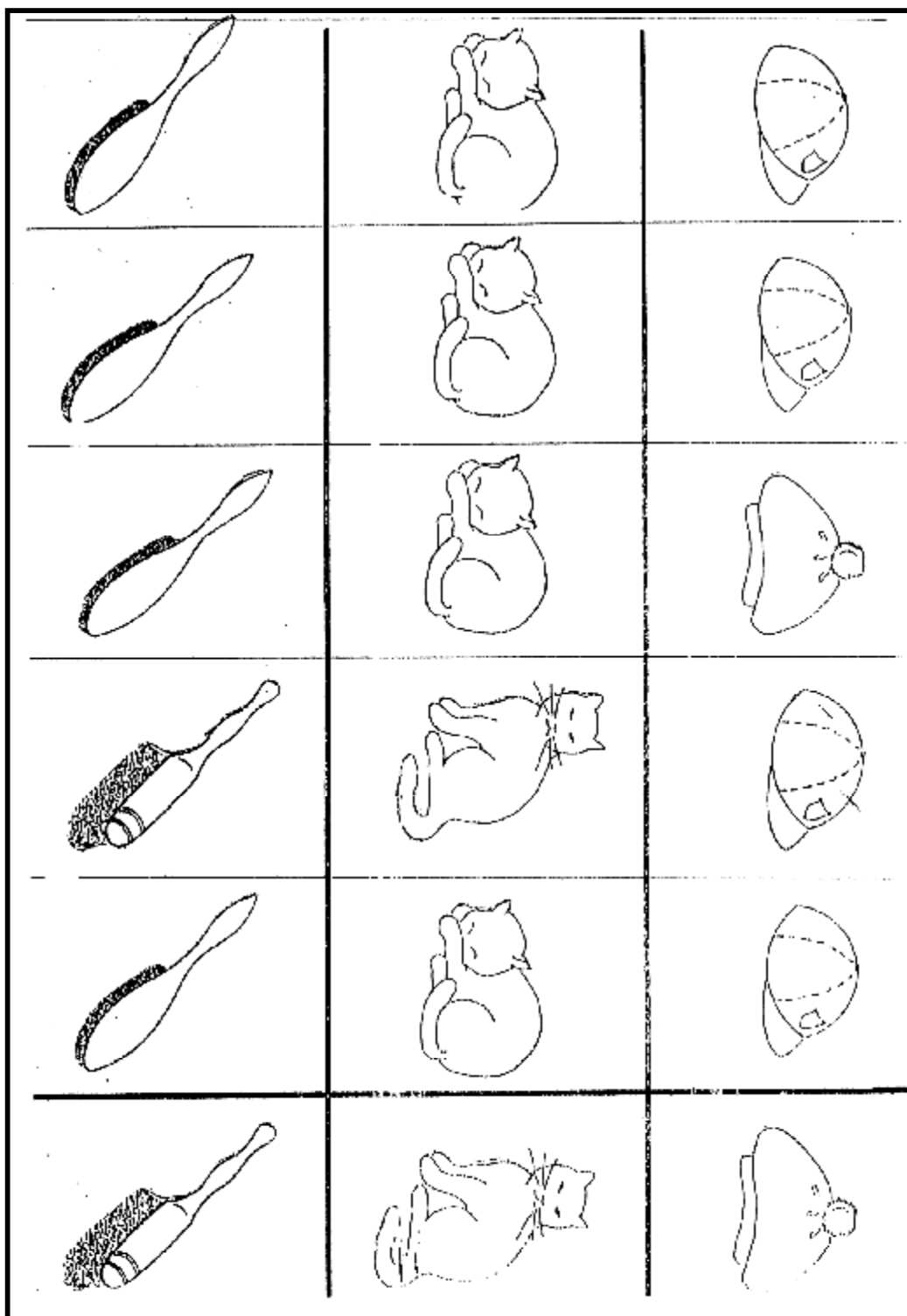


النموذج (هـ)

خ	ب	ط	د	ذ	ج	ع
خ	و	ح	ط	ح	ج	ع
ع	م	م	ب	س	ع	د
خ	ص	ظ	و	ل	ج	ذ
و	ب	م	س	و	د	ف
خ	ب	ط	د	ذ	ج	ع
ع	م	م	ب	س	ع	د
و	ب	م	س	و	د	ف
خ	و	ح	ط	ح	ج	ع
خ	ص	ظ	و	ل	ج	ذ

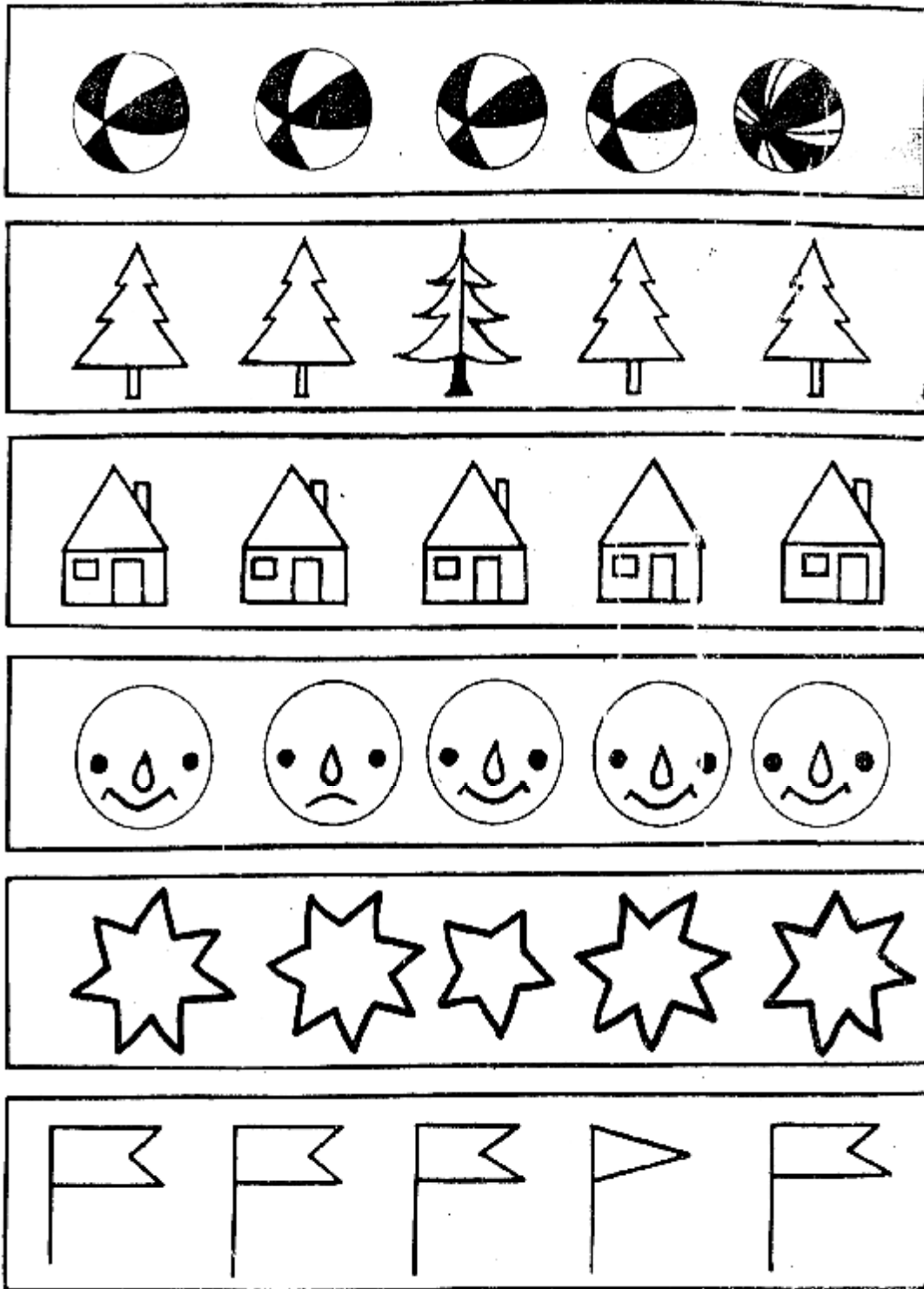
التعليمات: ضع دائرة حول الحروف المنقطة

النموذج (و)



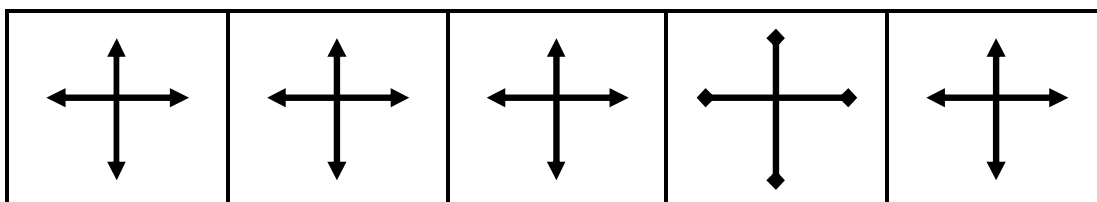
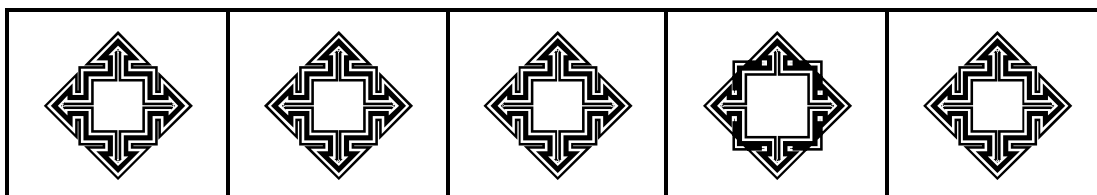
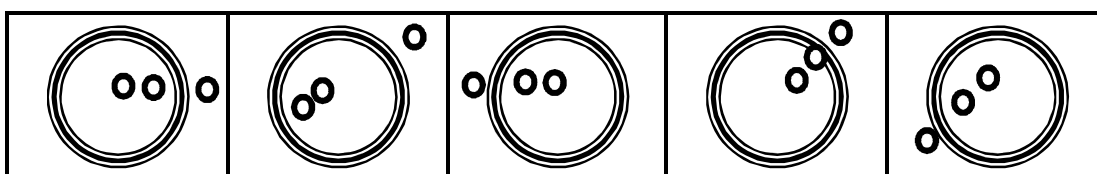
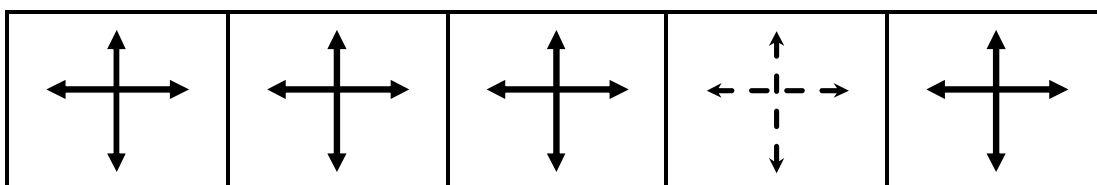
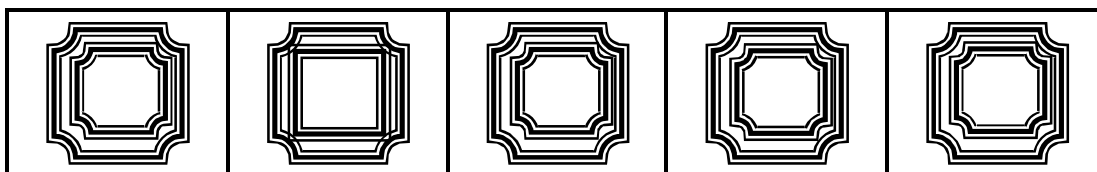
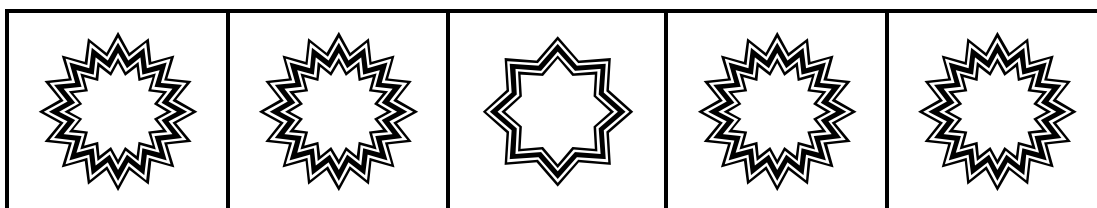
* حدد الشكل المماثل للشكل الأول في كل سطر ولونه.

النموذج (ز)



* حدد الشيء المختلف في كل سطر ولونه.

النموذج (ح)



* حدد الشكل الذي يختلف عن المجموعة ضمن السطر ذاته.

الملحق (٩ - أ)

قائمة بأسماء محكمي مقياس كونهز المعدل

الرقم	اسم المحكم	الصفة العلمية	الجهة
١	الدكتورة لينا الهباب	أستاذ في قسم علم النفس العصبي	المركز الطبي لجامعة جون هوبكنز_أمريكا
٢	الدكتور عماد الغزو	المدرس في قسم التربية الخاصة	كلية التربية — جامعة عُمان
٤	الدكتور جلال نوفل	طبيب نفسي	مركز العلاج النفسي-دمشق
٥	الأستاذ حكم أبو الخير	اختصاصي في التحليل السلوكي	مركز الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة — قطر
٦	الأستاذ سمير حمداش	اختصاصي نفسي إكلينيكي	مركز الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة — قطر
٧	الأستاذ هاني السيد	اختصاصي نفسي إكلينيكي	مركز الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة — قطر
٨	الأستاذة سعاد الكندي	دبلوم تربية خاصة	كلية التربية — جامعة قطر

الملحق (٩ - ب)

قائمة بأسماء محكمي البرنامج

الرقم	اسم المحكم	الصفة العلمية	الجهة
١	الدكتور سامر رضوان	الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي	كلية التربية — جامعة دمشق
٢	الدكتور ابراهيم القريوتي	الأستاذ في قسم التربية الخاصة	كلية الدراسات التربوية — جامعة عمان للدراسات العليا
٣	الدكتور محمد فيصل خير الزراد	الأستاذ في علم الشذوذ النفسي والأمراض النفسية	كلية التربية — جامعة دمشق
٤	الدكتور ارشاد شفيع الله	الأستاذ في مجال الطب النفسي	مركز الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة — قطر
٥	الدكتورة صباح السقا	المدرس في قسم الإرشاد النفسي	كلية التربية — جامعة دمشق
٦	الدكتورة هدى السبيعي	المدرس في قسم الإرشاد النفسي	كلية التربية — جامعة قطر
٧	الدكتورة مريم الخلفي	المدرس في قسم الإرشاد النفسي	كلية التربية — جامعة قطر
٨	الدكتور عماد الغزو	المدرس في قسم التربية الخاصة	كلية التربية — جامعة عُمان
٩	الدكتورة هناء محمد جبر	مدير مركز الاستشارات النفسية	كلية التربية — جامعة قطر



الملحق (١٠)

اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

نصائح عامة للتعامل مع الأطفال ممن يعانون من اضطراب

نقص الانتباه وفرط النشاط

- ١- ركّز على ايجابيات الطفل وامكاناته والفت نظره اليها.
- ٢- وفر لطفلك فرص النجاح في مهمات صعوبتها مناسبة له، لا هي سهلة حيث يستخف بها ولا هي صعبة تزيد إحباطاً وإخفاقاً.
- ٣- عند أداء الطفل واجبه المدرسي في البيت، اختر ركناً من البيت تكون فيه الاشياء التي يمكنها أن تشتت انتباهه أقل ما يمكن.
- ٤- اجعل وقت عمل الطفل قصيراً، وأعطه واجبات قليلة في حدود مدة انتباهه.
- ٥- ضرورة تقسيم الواجبات الطويلة إلى أجزاء قصيرة حتى يُمكن للطفل أن يرى نهاية عمله، وأعطه الوقت الكافي لإنهاء الأعمال المطلوبة منه. وللمساعدة على تحديد فترة العمل وتوضيح نهايتها يجب إعطاء تنبيه لفظي بقرب نهاية الفترة.
- ٦- ضرورة توجيه التعليمات للطفل بكلمات واضحة ومفهومة مع إعطائه الوقت الكافي لفهم التعليمات.
- ٧- ضرورة تشجيع الطفل على الثبات والاستمرار بإنجاز عمل معين لفترة زمنية مستمرة وطويلة نوعاً ما.
- ٨- تذكر أن الطفل المصاب باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في حاجة لأن يتحرك فكن متسامحاً مع حركته ما استطعت.
- ٩- ضع حدوداً يستطيع الطفل ضمنها ان يفرغ طاقته الزائدة (مثلاً: يُمنع الركض داخل البيت؛ لكن يمكنه الركض في حديقة البيت).

- ١٠- اسمح للطفل بفترات راحة متكررة أو كلفه بمهمات يتحرك فيها.
- ١١- كلف الطفل بأشياء حركية يعملها في المكان (نشاطات مختلفة).
- ١٢- اتيح للطفل فرصة الانخراط في رياضات يفرغ فيها طاقته الحركية ويفضل له الرياضات الفردية التي لا يحتاج فيها إلى انتظار دوره.
- ١٣- الطفل المصاب باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يستفيد من التعليم والتوجيه الفردي أكثر مما يستفيد ضمن مجموعة .
- ١٤- تجنب معاقبة الطفل بشدة لأقل الأسباب ودون مناقشة الطفل عن أسباب سلوكه.
- ١٥- تجاهل السلوكيات الصغيرة غير المرغوبة، وذلك لعدم شد انتباه الطفل لها، و أيضاً لتكريس الجهد والوقت لحل المشكلات السلوكية الصعبة والكبيرة.
- ١٦- لا تنس أن تشجيع الطفل على القيام بالسلوك المرغوب وتعزيزه عليه يُعد من الأساليب الفعالة في التعامل مع سلوكيات طفلك.
- ١٧- لا تسمح له أن يقودك؛ بل عامله تربوياً كأى طفل طبيعي وذلك مع المحافظة على الحزم والحب والاحترام:
- لتقليل الصراع معه أعطه خيارات ينتقي منها ما يريد.
- أعطه خيارات قليلة (أن يختار واحداً من شيئين لا واحداً من ستة أشياء).
- حدد قواعد واضحة قليلة العدد للسلوك.
- اختر للطفل مكاناً هادئاً يجلس فيه لا سيما عند أدائه الواجبات المدرسية.
- وضح له عواقب السلوك الخاطئ إن وقع فيه، ويمكن أن تستفيد من فرض بعض الغرامات. ولا تهدد بأشياء لن تفعلها؛ لأن هؤلاء الأطفال قد يكون ميالين إلى خرق القوانين وملاحظة ردة فعلك، وتذكر أن تلك الجب أن تكون مريحة للطفل من حيث تطبيقها وتشعره بالأمان.
- إن أسلوب التعاقد السلوكي (عقد اتفاقية) هو أسلوب جيد مع الطفل.

متمنية لكم التوفيق

The Summary of Research

The Effectiveness of a Behavioral Program in The Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

**Clinical Semi Experimental Comparative Study of two Programs
(Medicine vs. Mutual Medicine & Behavioral Therapy)**

with Outpatient Children

The research handles the preparation of a Behavioral programme to treat the Intense Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in a specimen of children following the psychology clinics in Damascus.

The research aims at uncovering the efficiency of this Behavioral programme in the treatment of Intense Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) through comparing the impacts with two therapeutical programmes: medicinal and mutual (Behavioral and medicinal). The differences between the averages of the three groups according to Connor Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) have been deduced through a pre-measurement, post-measurement and follow-up.

This research composes of two chapters. The first chapter deals with theory. It sheds light on the subject of the current research, previous studies, theoretical background for the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its interpretations, and the therapeutical methods adopted in the treatment of such a disorder. The second chapter deals with quasi-experimental phases, the steps to be taken, stages of achievement and the final results attained, elaborating on the results by analysis and explanation, and giving forth some suggestion related in the light of those results.

The reasons behind conducting this research are the following:

* Providing Behavioral therapy services and using such a therapy in the treatment of cases of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), sometimes, independently from the medicinal therapy through designing a Behavioral therapeutical programme that can be applied in the centres specialized in treating Children's Behavioral Disorders in the local environment.

* The symptoms of a lot of Attention Deficit Hyperactivity Disorder cases can gradually vanish if proper therapy is offered at an early stage.

* The handling of children who are suffering ADHD who are at school age, from patients are following the psychology clinics since they are subject to great tension and exhaustion when they try to perform mental tasks, especially school work.

* Paying attention to the serious problems of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) that has negative influences negatively not only children but their whole society and environment, where they feel disappointment when performing tasks.

* Parents' complaint about their children's problems which cause them much worry and annoyance and force them to ask for specialists' help.

The importance of this research manifests in the following points:

* It lessens the intensity of the commonest Behavioral disorders in children by providing a Behavioral therapeutical programme that could be applied in centres specialized in treating children's Behavioral disorders.

* It draws a comparison between the effectiveness of the Behavioral therapeutical programme for the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) & a separate medicinal programme and a mutual one (medicinal and Behavioral), and checking its effectiveness after follow-up.

* It stresses the importance of assisting parents and their children who suffer from Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) through offering appropriate direction and guidance taking into consideration that treatment of those children should go along with the parents' help.

The research is based on the following hypotheses:

1- The presence of differences that have statistical indications at the indicative level of 0.05 for the total average scores of patients of the first group (Medicinal Therapy) on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between pre-test and post- test.

2- The presence of differences that have statistical indications at the indicative level of 0.05 for the total average scores of patients of the second group (Behavioral Therapy) on Connors Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between pre- test and post- test.

3- The presence of differences that have statistical indications at the indicative level of 0.05 for the total average scores of patients of the third

group (Mutual Therapy) on Connors Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between pre-test and post-test.

4- The presence of differences that have statistical indications at the indicative level of 0.05 for the total average scores of patients of the three groups; Medicinal Therapy, Behavioral Therapy and Mutual Therapy, on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) according to the post-test.

5- The presence of differences that have statistical indications at the indicative level of 0.05 for the total average scores of patients of the first group ((Medicinal Therapy) on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between post-test and follow-up test.

6- The presence of differences that have statistical indications at the indicative level of 0.05 for the total average scores of patients of the second group (Behavioral Therapy) on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between post-test and follow-up test.

7- The presence of differences that have statistical indications at the indicative level of 0.05 for the total average scores of patients of the third group (Mutual Therapy) on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between post-test and follow-up test.

8- The presence of differences that have statistical indications at the indicative level of 0.05 for the total average scores of patients of the three groups; (Medicinal Therapy, Behavioral Therapy and Mutual Therapy, on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) according to the follow-up test.

Verification of the abovementioned hypotheses has been done through the application of the programme on a chosen specimen of psychology clinic ADHD young goers who yell for psychological and medical consultancy in coordination with the psychiatrist. The specimen consisted of 28 children aging 7-11 who have been divided into three groups. Medicinal Therapy was applied on the first group, Behavioral Therapy on the second and Mutual Therapy on the third.

The researcher adopted the Clinical semi-experimental approach according to (pre-test – post-test – follow-up test) for each group. Different tools have been used, such as: Diagnostic Scales (DSM-IV-TR, 2000),

Raven's Scale for Nonverbal Intelligence, Connor's Scale Revised (Conners'-S-R), treatment records, special Behavioral therapy forms and sample cards in addition to the programme set by the researcher on Behavioral therapy and which consists of a number of measurements and techniques in Behavioral therapy.

The researcher came up with the following findings that have been handled statistically by using statistical methods required such as: the Kruskal- Wallis, Wilcoxon and Mann-Whitney tests to know how effective the programme is for each of the three groups.

The findings indicate:

1- The presence of differences that have statistical indications for the total average scores of patients of the first group (Medicinal Therapy) on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between pre-test and post-test.

2- The presence of differences that have statistical indications for the total average scores of patients of the second group (Behavioral Therapy) on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between pre-test and post-test.

3- The presence of differences that have statistical indications for the total average scores of patients of the third group (Mutual Therapy) on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between pre-test and post-test.

4- The non-presence of differences that have statistical indications for the total average scores of patients of the three groups on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) according to the post-test.

5- The presence of differences that have statistical indications for the total average scores of patients of the first group ((Medicinal Therapy) on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between post-test and follow-up test.

6- The presence of differences that have statistical indications for the total average scores of patients of the second group (Behavioral Therapy) on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between post-test and follow-up test.

7- The presence of differences that have statistical indications for the total average scores of patients of the third group (Mutual Therapy) on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) between post-test and follow-up test.

8- The presence of differences that have statistical indications for the total average scores of patients of the three groups on Connor's Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) according to the follow-up test.

In the light of the abovementioned results, the researcher has had the following proposals:

- * Encouraging psychiatrists, especially those working on children's disorders, conduct similar studies that handles the preparation, engineering of therapeutical programmes for the treatment of other disorders so as to soothe the suffering of children and parents.

- * Benefiting from the current programme that proved effective when applied on research specimen to cover a bigger group of children who suffer from ADHD.

- * Having keenness on catching up with the latest findings in the field of Behavioral Therapy which is considered to be a significant means for treating Behavioral disorders in children.

- * Adopting the analysis of applied behaviour as an essential method for the treatment of Behavioral problems in children in educational and rehabilitative institutions and centres.

- * Benefiting from the diversity of Behavioral therapy techniques and their utilization in helping children with different Behavioral disorders.

- * Raising awareness of the role of parents when offering therapeutical services to children, and stressing the necessity of the parent's contribution in such programmes.

- * Applying programmes of Behavioral therapy in psychology clinics together with medical programmes depending on the effectiveness of both of them in the treatment of ADHD, let alone stressing the necessity of the mutual therapy that integrates Behavioral and medicinal therapies in some cases. This will, inevitably, lead to better psychological health of children and families which is the utmost benefit.

م	فهرس المحتويات	رقم الصفحة
*	فهرس المحتويات	أ - ج
*	فهرس الجداول	د - هـ
*	فهرس الأشكال	و - ز
*	فهرس الملاحق	ح
	الباب الأول: القسم النظري	١ - 107
	الفصل الأول: التعريف بموضوع البحث	١ - ١٢
	المقدمة.	٢
أولاً	مشكلة البحث ومسوغاته.	٤
ثانياً	أهمية البحث.	٧
ثالثاً	أهداف البحث.	٧
رابعاً	فرضيات البحث.	٨
خامساً	منهج البحث.	٩
سادساً	متغيرات البحث.	٩
سابعاً	عينة البحث.	١٠
ثامناً	أدوات البحث.	١٠
تاسعاً	حدود البحث.	١٠
عاشراً	مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية.	١١
أحد عشر	أساليب المعالجة الإحصائية.	١٢
	الفصل الثاني: الدراسات السابقة	١٣ - ٥٢
	توطئة.	١٤
أولاً	الدراسات العربية.	١٤
ثانياً	الدراسات الأجنبية.	٢٠
ثالثاً	تعقيب على الدراسات السابقة.	٤٨
رابعاً	مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.	٥١

م	فهرس المحتويات	رقم الصفحة
	الفصل الثالث: اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط: (أعراضه، ، تفسيراته)	٥٣ - ٧٨
	توطئة.	٥٤
أولاً	تعريف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٥٤
ثانياً	الأعراض الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٥٧
ثالثاً	انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٦٠
رابعاً	المحكات التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٦٣
خامساً	مآل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٦٦
سادساً	تفسيرات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٦٧
	الفصل الرابع: بعض الأساليب العلاجية المتبعة في علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط	٧٩ - ١٠٧
	توطئة.	٨٠
أولاً	العلاج الطبي.	٨٠
ثانياً	العلاج الغذائي (الحمية).	٨٥
ثالثاً	العلاج التربوي (التدخل البيئي).	٨٨
رابعاً	العلاج السلوكي.	٩١
	الفنيات العلاجية السلوكية:	٩٦
	١ - التعزيز.	٩٧
	١-١ التعزيز الإيجابي.	١٠١
	١-٢ التعزيز السلبي.	١٠١
	١-٣ التعزيز الرمزي.	١٠١
	١-٤ التعزيز التفاضلي للسلوك المناسب.	١٠٢
	١-٥ التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض.	١٠٢
	٢ - تكلفة الاستجابة.	١٠٣
	٣ - النمذجة.	١٠٤
	٤ - التعاقد السلوكي.	١٠٥

م	فهرس المحتويات	رقم الصفحة
خامساً	النموذج العلاجي المتعدد.	١٠٥
	الباب الثاني: القسم العملي	١٠٨ - ١٧٩
	الفصل الخامس: منهج البحث وإجراءاته	١٤٠ - ١٠٨
	توطئة.	١٠٩
أولاً	منهج البحث.	١٠٩
ثانياً	عينة البحث وإجراءات فرزها.	١١٠
ثالثاً	أدوات البحث.	١١٣
رابعاً	متغيرات البحث.	١٣٩
خامساً	حدود البحث.	١٤٠
	الفصل السادس: نتائج البحث ومناقشتها وتفسيرها	١٧٩ - ١٤١
	توطئة.	١٤٢
أولاً	النتائج المتعلقة بتكافؤ المجموعات على الاختبار القبلي.	١٤٢
ثانياً	نتائج الفرضية الأولى.	١٤٣
ثالثاً	نتائج الفرضية الثانية.	١٤٧
رابعاً	نتائج الفرضية الثالثة.	١٥١
خامساً	نتائج الفرضية الرابعة.	١٥٤
سادساً	نتائج الفرضية الخامسة.	١٥٩
سابعاً	نتائج الفرضية السادسة.	١٦٢
ثامناً	نتائج الفرضية السابعة.	١٦٦
تاسعاً	نتائج الفرضية الثامنة.	١٦٩
عاشراً	النتائج وفقاً للأهداف التي سعى إليها البحث.	١٧٧
*	مقترحات البحث.	١٧٩
*	ملخص البحث باللغة العربية	١٨٣ - ١٨٧
*	مراجع البحث باللغة العربية	١٨٨ - ١٩٦

رقم الصفحة	فهرس المحتويات	م
٢٠٨ - ١٩٧	مراجع البحث باللغة الاجنبية	*
I - V	ملخص البحث باللغة الانكليزية	*

م	فهرس الجداول	رقم الصفحة
١	النسب المئوية لانتشار حالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال المجتمعات.	٦١
٢	العقاقير الطبية لعلاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٨١
٣	مخطط المجموعات العلاجية.	١٠٩
٤	توزيع أفراد العينة حسب الجنس والمجموعة وطريقة المعالجة.	١١٢
٥	المجالات الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كما وردت في مقياس كونرز المعدل - الشكل القصير (Conners'-R-S).	١١٩
٦	المجالات الأساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كما وردت في مقياس كونرز المعدل - الشكل الطويل (Conners'-R-L).	١١٩
٧	تصحيح درجات مقياس كونرز المعدل (Conners'-R).	١٢١
٨	مراحل التطبيق العملي للبرنامج.	١٣٢
٩	توزيع جلسات البرنامج.	١٣٣
10	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس القبلي.	١٤٢
1١	نتائج اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis) للمجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل على القياس القبلي.	١٤٣
12	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٥
١٣	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٩
١٤	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الثالثة على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٥٢
١٥	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على القياس البعدي.	١٥٥
١٦	نتائج اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis) للمجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل على القياس البعدي.	١٥٥

م	فهرس الجداول	رقم الصفحة
١٧	انخفاض الأعراض وفقاً لمتوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	١٥٧
١٨	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦١
١٩	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٤
٢٠	نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) للمجموعة الثالثة على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٧
٢١	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة	١٧٠
٢٢	نتائج اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis) للمجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل على قياس المتابعة.	١٧١
٢٣	نتائج اختبار تحليل التباين على قياس المتابعة.	١٧١
٢٤	نتائج اختبار شيفيه على قياس المتابعة.	١٧٢
٢٥	نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) بين مجموعتي العلاج (الدوائي والسلوكي).	١٧٣
٢٦	نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) بين مجموعتي العلاج (الدوائي والمشارك).	١٧٣
٢٧	نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) بين مجموعتي العلاج (السلوكي والمشارك).	١٧٤
٢٨	درجة التغير في مستوى الأعراض لدى متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	١٧٦

م	فهرس الأشكال	رقم الصفحة
١	نموذج تفاعلات المعارضة بين الوالدين والطفل.	٧٦
٢	درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٤
٣	متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٥
٤	درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٨
٥	متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٤٩
٦	درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٥١
٧	متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٥٣
٨	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز المعدل (القياس القبلي - القياس البعدي).	١٥٦
٩	درجات انخفاض المتوسطات للمجموعات الثلاث على القياس البعدي	١٥٨
10	درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٠
1١	متوسط درجات أفراد المجموعة الأولى على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦١
12	درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٣
١٣	متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٤
١٤	درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كونرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٦

م	فهرس الأشكال	رقم الصفحة
١٥	متوسط درجات أفراد المجموعة الثالثة على مقياس كورنرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٦٨
١٦	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنرز المعدل (القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٧٠
١٧	متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كورنرز المعدل (القياس البعدي - القياس البعدي - قياس المتابعة).	١٧٤
١٨	درجة التغير في مستوى الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على قياس المتابعة	١٧٦

م	فهرس الملاحق	رقم الصفحة
١	القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط/الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV-R).	٢٠٨
٢	مقياس رافن (Raven) لقياس القدرات الذكائية غير اللفظية.	٢١٠
٣	مقياس كونرز المعدل (Conners'S-R) لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٢١٣
٤	بطاقة دراسة الحالة.	٢١٦
٥	استمارة تسجيل السلوك.	٢١٩
٦	قائمة التقييم التعزيزي.	٢٢٠
٧	استمارة التقييم الوظيفي للسلوك.	٢٢٢
٨	نماذج العمل.	٢٢٤
٩	قائمة بأسماء المحكمين.	٢٣٥
١٠	نصائح عامة للتعامل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.	٢٣٧