

٥٧٠٠٤٠

فعالية برنامج سلوكي في تحسين الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية
البسيطة

إعداد
فيصل علي صالح الزيوت

المشرف
الأستاذ الدكتور جمال الخطيب

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في
التربية الخاصة

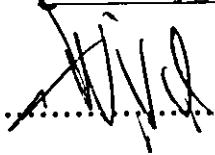
تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع: التاريخ: ٤/١٢/٠٥

كلية الدراسات العليا
الجامعة الأردنية

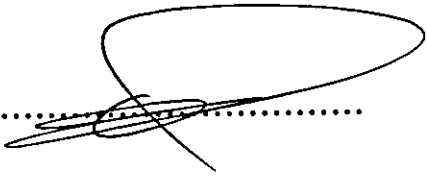
آب، 2005

نوقشت هذه الرسالة (فاعلية برنامج سلوكي في تحسين الانتباه لدى الاطفال ذوي
الاعاقة العقلية البسيطة) وأجيزت بتاريخ ٢٨/٧/٢٠٠٥ .

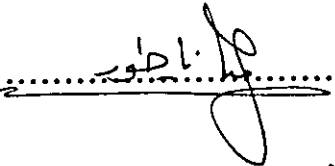
اعضاء لجنة المناقشة

التوقيع

.....

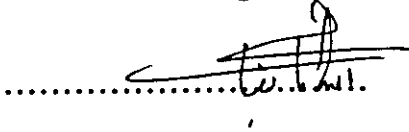
الاستاذ الدكتور جمال الخطيب ، مشرفاً
استاذ التربية الخاصة


.....

الاستاذ الدكتور جميل الصمادي ، عضواً
استاذ التربية الخاصة

التوقيع

.....

الدكتورة ميادة الناطور ، عضواً
استاذ مساعد التربية الخاصة

التوقيع

.....

الدكتور اسامه بطاينة ، عضواً
استاذ مساعد التربية الخاصة (جامعة اليرموك)

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع..... التاريخ.....

ج الإهداء

إلى روح من بثت فيّ بذور الخير وعلمتني التفاؤل في الحياة
إلى روح من كُننت فيّ عينها دموعاً وفي قلبها خفقة وعلى لسانها ذكر
فكانت لعيني النور ولقلبي الحياة
إلى روح نبع الحب والعنان ورمز الإيثار وبعر العطاء الكبير
إلى الروح التي فارقت الوجود لتحيي في عالم الخلود
إلى الروح الطاهرة التي سعدت إلى بارئها راضية مرضية قبل أن تسعد عيناها
برؤية هذا النتاج

(أمي)

إلى رمز الكفاح والسخاء
إلى النبع الذي نهلت منه معاني الفضيلة والأخلاق
(أبي)

إلى أشقاء روحي سندي وذكري وكنز أيامي
الذين واكبوا معي رحلة الأشواق المعرفية بسبر ووفاء ، فتقدموا لي بالأمل وخللوا الصعاب من اجلي
إخواني

(محمد ، حامد ، معاذ ، صالح ، خالد)

إلى عطر الندى و سلوة القلب وأريج الروح
إلى من تحملن سياط الزمن بالصبر والإيمان والثبات
(أخواتي)

إلى الأصدقاء الأوفياء رمز الإخلاص والوفاء التي تجلنت فيهم معاني الإنسانية والإيثار
(محمد علي الزقيلي ، إبراهيم حماسة ، أنور ملح ، أحمد الزبون)

إلى ذوي الحاجات الخاصة

إلى المنصلين الصادقين في خدمة ذوي الحاجات الخاصة

إلى من يفرح لفرحي.... ويبكي ليكلامي

إلى زملائي وزميلاتي

إلى كل من له حق عليّ

أهدي هذا الجهد المتواضع

راجياً من الله التوفيق والسداد.

د شكر وتقدير

لا يسعني وقد شارفت هذه الدراسة على الانتهاء، إلا أن أسجد لله حمداً وشكراً على كرمه وفضله في إتمام هذا العمل، راجياً عفوه ومغفرته وهدايته وتوفيقه.

ثم أرد الفضل لأهله، فاقف وقفة إجلال وتقدير واحترام لصاحب القلب الكبير والخلق الكريم وخير السند لذوي الحاجات الخاصة وأسرههم أستاذي (الأستاذ الدكتور جمال الخطيب) الذي ما توان يوماً عن مد يد العون والمساعدة لطلابه ولي الشرف العظيم أنني منهم. فلقد تفضل بالإشراف على هذه الرسالة، وقدم لي كل النصح والإرشاد، وكان المعلم والأخ الكريم والصاحب بكل معنى الكلمة. وقدم لي الرعاية منذ كانت دراستي بذرة حتى أينعت نبتة وخرجت إلى النور، أملاً أن تضيف شيئاً إلى شجرة المعرفة. فله مني كل المحبة والتقدير ومن الله عز وجل حسن الجزاء سائلاً الله عز وجل أن يتم عليه صحته وعافيته، ليبقى منبعاً غزيراً للعلم ونوراً يهتدي به كل طالب علم.

كما أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى أعضاء لجنة المناقشة (الأستاذ الدكتور جميل الصمادي، الدكتور أسامة بطاينة، الدكتورة ميادة الناطور) الذين تكرموا بالموافقة على قراءة ومناقشة هذه الرسالة لتقديم الملاحظات والتوجيهات لإغناء هذا البحث، فلهم مني كل الاحترام والعرفان داعياً لهم بالتوفيق، وأن يجزيهم الله عني خير الجزاء.

ولا يفوتني أن أتقدم بكل الاحترام وعظيم الامتنان إلى (الأستاذة الدكتورة منى الحديدي) أستاذتي وعميدة كليتي التي قدمت لي الإرشاد والتوجيه والنصح لتخرج هذه الرسالة بصورة مشرفة.

كما وأتقدم بالشكر والتقدير للسادة المحكمين لأدوات الدراسة من أعضاء لهيئات التدريس في الجامعة الأردنية وهيئات التدريس في مركز نازك الحريري ومركز أمان للتربية الخاصة وأخص بالذكر مديرة مركز أمان (ريم أبو سيدو).

وكل الشكر لأفراد الدراسة وأسرههم الذين سمحوا بإجراء هذه الدراسة على أبنائهم فلهم كل الشكر والتقدير اعترافاً لهم بهذا الفضل.

وأخيراً أشكر كل من ساهم في إخراج هذه الدراسة المتواضعة إلى حيز الوجود وأخص بالذكر (د. يوسف مقدادي، د. إبراهيم باجس، عبد الحافظ ملحم، محمد الجابري، عماد علي، طارق بني ياسين، أحمد طرابشة، علي شلول، حسام شلول، ياسر ابوشعيرة، عايد ملحم، أحمد سعيدين، محمد بغيرات، إياد نمرات).

إلى هؤلاء جميعاً وكل من ساهم وقدم لي المساعدة لحل الصعوبات والعثرات والتعقيدات.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة
ج	الإهداء
د	شكر وتقدير
هـ	فهرس المحتويات
و	قائمة الجداول
ز	قائمة الملاحق
ح	الملخص بلغة العربية
ا	المقدمة
٤	التطور التاريخي لضعف الانتباه
٥	نسبة انتشار ضعف الانتباه
٦	أسباب ضعف الانتباه
١٠	تشخيص ضعف الانتباه
١٢	علاج ضعف الانتباه
١٩	التعزيز الايجابي
٢١	التغذية الراجعة
٢٣	تكلفة الاستجابة
٢٥	تنظيم البيئة الصفية
٢٧	مشكلة الدراسة وفرضياتها
٢٨	أهمية الدراسة
٢٨	مبررات الدراسة
٢٩	محددات الدراسة
٢٩	التعريفات الإجرائية
٣١	مراجعة الأدبيات (الدراسات السابقة)
٣٢	الدراسات العربية
٤٠	الدراسات الأجنبية
٥٥	المنهجية وطرائق البحث (الطريقة والإجراءات)
٦٤	التصميم والمعالجة الإحصائية
٦٦	النتائج
٧١	مناقشة النتائج
٧٨	الاستنتاجات والتوصيات
٧٩	المراجع
٨٩	الملاحق
١٠٠	الملخص باللغة الإنجليزية

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
١	توزيع أفراد العينة حسب نوع المجموعة ومتغير العمر.	٥٦
٢	المتوسطات المعدلة لأداء أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على أداة مستوى ضعف الانتباه بعد الأخذ بعين الاعتبار متغير التغيرات (الأداء على الاختبار القبلي).	٦٧
٣	نتائج تحليل التغيرات للفرق بين متوسط المجموعتين على الاختبار البعدي على أداة مستوى ضعف الانتباه بعد الأخذ بعين الاعتبار متغير التغيرات (الأداء على الاختبار القبلي).	٦٨
٤	المتوسطات المعدلة لأداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على أداة مستوى ضعف الانتباه بعد الأخذ بعين الاعتبار متغير التغيرات (الأداء على الاختبار البعدي).	٦٩
٥	نتائج تحليل التغيرات للفرق بين المجموعتين على اختبار المتابعة على أداة مستوى ضعف الانتباه بعد الأخذ بعين الاعتبار متغير التغيرات على الاختبار البعدي.	٦٩
٦	المتوسطات الحسابية واختبار (ت) لفحص أداء أفراد المجموعة التجريبية على أداة مستوى ضعف الانتباه حسب متغير العمر.	٧٠

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
٩٠	أداة مستوى ضعف الانتباه.	١
٩٢	نموذج الطلب من الآباء السماح بإجراء العلاج السلوكي على أبنائهم.	٢
٩٣	الدليل العملي للبرنامج السلوكي.	٣
٩٨	ورقة متابعة المعلم.	٤
٩٩	قائمة اختيار المعززات.	٥

فعالية برنامج سلوكي في تحسين الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة

إعداد

فيصل علي صالح الزيوت

المشرف

الأستاذ الدكتور جمال الخطيب

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فعالية برنامج سلوكي في تحسين الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، الملتحقين بمراكز التربية الخاصة في مدينة عمان. وعلى وجه التحديد فقد سعت هذه الدراسة إلى فحص الفرضيات البحثية التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي في مستوى الانتباه لصالح المجموعة التجريبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية في مستوى الانتباه تعزى إلى لعمر.

تكون مجتمع الدراسة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة الملتحقين بمركزين من مراكز التربية الخاصة في مدينة عمان، وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (٤٠) طفلاً وطفلة تم اختيارهم من بين (٩١) طفلاً وطفلة. وقد تم توزيع العينة- باستخدام الطريقة العشوائية البسيطة- إلى مجموعتين: ضابطة تكونت من (٢٠) طفلاً وطفلة، وتجريبية تكونت من (٢٠) طفلاً وطفلة.

تم تطبيق البرنامج السلوكي على أفراد الدراسة على مدار (١٠) أسابيع وقد اعتمد البرنامج على أربع استراتيجيات سلوكية هي: التعزيز الإيجابي، وتكلفة الاستجابة، والتغذية الراجعة،

وتنظيم البيئة الصفية. تم توضيح وتدريب المعلمات على كل أسلوب من هذه الأساليب في الأسبوع الأول من خلال المحاضرات، والنمذجة الحية، والتغذية الراجعة، وطبق البرنامج السلوكي من بداية الأسبوع الثاني حتى نهاية الأسبوع السابع، بواقع أربع جلسات في الأسبوع، مدة كل جلسة (٤٠) دقيقة، حيث بلغ عدد الجلسات العلاجية (٢٤) جلسة، وفي نهاية الأسبوع العاشر تم تطبيق اختبار المتابعة.

ولفحص فرضيات الدراسة تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لفحص دلالة الفروق بين المتوسطات البعدية المعدلة. حيث جاءت نتائج الدراسة على النحو التالي:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي في مستوى الانتباه لصالح المجموعة التجريبية، وتعزى هذه الفروق للبرنامج السلوكي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية في مستوى الانتباه تعزى إلى العمر.

ولقد تم إجراء متابعة للمجموعة التجريبية؛ لمعرفة مدى تأثير البرنامج بعد توقفه لفترة زمنية محددة. وقد أشارت النتائج إلى أن هناك تقدماً في فعالية البرنامج بعد التوقف عن تنفيذه لمدة ثلاثة أسابيع، مما يدل على أن البرنامج قد استمر في تأثيره حتى بعد التوقف عن التدريب.

المقدمة

الإعاقة العقلية ظاهرة مألوفة على مر العصور وهي قديمة قدم البشر أنفسهم، ولا يكاد يخلو مجتمع منها، وقد استرعت اهتمام المجتمعات على مر العصور وأدت إلى استجابات متفاوتة فتراوحت ما بين الإبادة والسخرية والعزل من جهة، والشفقة وتقديم الخدمات والاحترام من جهة أخرى. والملاحظ أن الناس يتوزعون في قدراتهم وصفاتهم توزيعاً طبيعياً بين طرف تزداد لديه القدرة أو الصفة زيادة كبيرة، وطرف آخر تنقص لديه الصفة أو القدرة نقصاناً كبيراً، ويتوزع الناس ما بين الطرفين توزيعاً اعتدالياً Normal Distribution (السيد أحمد، ٢٠٠٤).

و الإعاقة العقلية (Mental Retardation) كما يرى ريكوس وهوجيز (Rycus and Hughes) أحد الاضطرابات النمائية التي تتضمن العديد من أوجه القصور التي تؤثر سلباً على الأداء الوظيفي اليومي، والنمو النفسي، والاجتماعي، والانفعالي، وعلى القدرات العقلية المعرفية، مما يجعل له تأثيراً شديداً على الأطفال وعلى أسرهم والمجتمع بأسره (محمد، ٢٠٠٣).

وتعد الإعاقة العقلية كما ورد في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيص والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV) Diagnostic and Statistical Mental Disorders (الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association APA 1994) بمثابة حالة عامة تنسم بتدني مستوى الأداء العقلي للطفل بحيث يكون دون المتوسط حيث تبلغ نسبة ذكائه أقل من (٧٠) على أحد مقاييس الذكاء الفردية. ويكون هذا مصحوباً بقصور في السلوك التكيفي وذلك خلال سنوات النمو حيث لا يصل الطفل إلى المعايير السلوكية المتوقعة من أقرانه في نفس عمره، وذلك في اثنين على الأقل من عدة مجالات تتحدد في التواصل، والعناية بالذات، والمهارات الاجتماعية، والاستفادة من مصادر المجتمع واستغلالها، والتوجيه الذاتي، والمهارات الأكاديمية، والعمل، والصحة، والأمان، وقضاء وقت الفراغ.

ويصنف (DSM IV) مستوى الإعاقة العقلية إلى إعاقة عقلية بسيطة (وهو ما يتم تناوله في هذه الدراسة) ومتوسطة، وشديدة، وشديدة جداً (محمد، ٢٠٠٣).

وتحاول التربية الخاصة تشكيل الجوانب السلوكية الشخصية والاجتماعية والأكاديمية الوظيفية لدى ذوي الحاجات الخاصة باستخدام الأساليب التربوية المختلفة وأساليب تعديل السلوك. فالأطفال المعاقون عقلياً يُظهرون أنماطاً مختلفة من السلوك غير التكيفي التي تؤثر عليهم سلباً وتجعلهم غير مقبولين في البيئة الاجتماعية والتربوية التي يتفاعلون معها. ويعد ضعف الانتباه إحدى هذه المشكلات التي يشيع انتشارها بين الأطفال المعاقين عقلياً، والتي تؤثر بشكل سلبي على أدائهم الوظيفي والأكاديمي (بخس، ٢٠٠١).

ويرى الخطيب والحديدي (٢٠٠٥) أن هناك تبايناً في خصائص الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، فمن الناحية العقلية فإن هؤلاء الأفراد كمجموعة يعانون من عجز في الانتباه وقابلية للتشتت، وعدم القدرة على الاستفادة من التعلم غير المخطط له، وضعف الذاكرة قصيرة المدى، وضعف القدرة على التمييز من جهة ونقل أثر التعلم من جهة أخرى.

وبشير درو وآخرون (Drew et al) إلى وجود قصور واضح في الانتباه لدى الأطفال المعاقين عقلياً (محمد، ٢٠٠٣). كما يؤكد سيسالم (٢٠٠١) وميركولينو وآخرون (٢٠٠٣) وجود قصور واضح عند هذه الفئة في الوظائف والعمليات العقلية ومنها الانتباه. ويؤكد لاندي وشابسكي (Landry & Chapeiski, 1990) أن القصور في الانتباه الذي يعاني منه الأطفال المعاقون عقلياً أحد الأسباب الرئيسية فيما يعانون من مشكلات لغوية واجتماعية وقصور في عملية التواصل، حيث تجددهم لا يستطيعون تركيز انتباههم على مثير معين لفترة طويلة كما ويتشتت انتباههم بسهولة ويقل انتباههم عن أقرانهم من الأطفال العاديين.

وبشير كو (Coe, 1999) في دراسة بعنوان الاضطرابات الشائعة بين الأطفال المعاقين عقلياً إلى أن ضعف الانتباه من أكثر المشكلات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال. ويرى دبيس والسماذوني (١٩٩٨) أن ضعف الانتباه مشكلة سلوكية تؤثر على الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بعامّة والأطفال المعاقين عقلياً بخاصة.

ويرى ديبول وآخرون (DePaul et al, 1992) أن ضعف الانتباه يؤدي إلى صعوبة اكتساب الخبرات والمهارات الأساسية وانخفاض مستوى أداء الأطفال للمهام المطلوبة سواء أكان في البيت أم في المدرسة والقيام ببعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً، كالعدوان، وعدم التعاون مع الأقران، إضافة إلى حدة في المزاجية. وقد وجد المخلف (٢٠٠٥) أن ضعف الانتباه من أكثر المشكلات السلوكية التي تظهر عند الأطفال المعاقين عقلياً.

وتشير نتائج الدراسات والبحوث العلمية إلى أن أعراض اضطراب ضعف الانتباه تنتشر بين الأطفال المعاقين عقلياً أكثر من ذوي الذكاء الطبيعي وبالأخص أعراض ضعف الانتباه (سيد وبدر، ١٩٩٩).

وأشار المعهد القومي للصحة بالولايات المتحدة الأمريكية في تقرير نشره عام (١٩٩٨) أن ضعف الانتباه من أكثر المشكلات السلوكية التي تظهر لدى الأطفال المعاقين عقلياً، وتؤثر بالسلب على الطفل والأسرة والمدرسة والمجتمع ككل، نظراً لما تتسم به هذه المشكلة من أوجه قصور ومشكلات سلوكية ناتجة عنه (محمد، ٢٠٠٣).

وفي دراسة أجراها ديبرون (Deboran, 1996) هدفت إلى فحص اضطراب الانتباه لدى المعاقين عقلياً والأطفال ذوي الذكاء الطبيعي أشارت النتائج إلى أن الأطفال المعاقين عقلياً لديهم ضعف في اضطراب الانتباه أكثر من الأطفال ذوي الذكاء الطبيعي.

ويرجع ضعف الانتباه إلى أن قدرة الجهاز العصبي المركزي لدى الأطفال المعاقين عقلياً على تنظيم المنبهات في الذاكرة قصيرة المدى استعداداً للاستجابة لمصدر التنبيه ضعيفة، ولديهم ضعف في الانتباه للصفات والخصائص الفيزيائية التي تميز أحد المثيرات البصرية عن غيره من المثيرات (سيد وبدر، ١٩٩٩).

ويرى سيد وبدر (١٩٩٩) أن الانتباه أحد أهم العمليات العقلية التي تؤدي دوراً هاماً في النمو المعرفي لدى الفرد حيث أن الفرد يستطيع من خلاله أن ينفق المنبهات الحسية المختلفة التي تساعد على اكتساب المهارات وتكوين العادات السلوكية الصحيحة بما يحقق له التكيف مع البيئة المحيطة به.

وقد شهدت الدول العربية في السنوات الماضية اهتماماً غير مسبوق بضعف الانتباه سواءً على مستوى الوقاية أو التشخيص أو العلاج ويؤكد ذلك الدراسات التي قام بها كل من عبد الله (١٩٩٤)، وبخش (٢٠٠١)، و يوسف (١٩٩٣)، والزغلوان (٢٠٠١)، والملكاوي (٢٠٠٣).

ولأن ضعف الانتباه يمثل مشكلة لعدد غير قليل من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة فإن الحاجة تدعو إلى تطوير برامج فعالة لمعالجتهم. ولذلك تأتي هذه الدراسة للتحقق من بعض أساليب تعديل السلوك في تحسين مستوى الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

التطور التاريخي لضعف الانتباه

يرجع وصف ضعف الانتباه والحركة المفرطة إلى العهد اليوناني القديم فقد أشار جولدشتين (GoldStein) إلى أن الأطباء اليونانيين كانوا يصفون الدواء للأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه (سيسالم، ٢٠٠١).

ويرى دببى والسماذوني (١٩٩٨) أن كثيراً من الباحثين في السنوات الماضية في مجالات الطب وعلم النفس ومجالات التربية أبدوا اهتماماً بمشكلة ضعف الانتباه. وظهر الكثير من المقالات في المجلات والكتب العلمية المتخصصة التي تناولت ضعف الانتباه من زوايا متعددة.

وقد زاد الاهتمام الطبي بالسلوكيات المتصلة بضعف الانتباه على نحو مثير منذ بداية القرن العشرين، ولوحظ في بداية القرن العشرين وجود مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر على الدماغ مثل الأورام، والإصابات المختلفة، والأمراض المعدية، والتي تؤدي بدورها إلى حدوث مشكلات في السلوك والتعلم من جانب آخر (محمد، ٢٠٠٣).

ولقد تمت مراجعة مسمى هذا الاضطراب ومقاييسه التشخيصية عدة مرات منذ عام ١٩٦٨ في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الثاني (Diagnostic (DSM II) and Statistical Mental Disorders). وقد اعتمد ضعف الانتباه والاندفاعية عرضين رئيسيين. أما الأطفال الذين يظهر عليهم هذان العرضان فكانوا يشخصون على أنهم يعانون من ضعف الانتباه (Attention Deficit Disorder) والأطفال الذين يظهر عليهم هذان العرضان إضافة إلى فرط الحركة كانوا يشخصون على أنهم يعانون من ضعف انتباه مصحوب بفرط الحركة.

وقد عارض منتقدو هذا الاتجاه هذا التعريف بسبب عدم وجود أدلة كافية تثبت وجود اضطرابين منفصلين. ولهذا تم الحديث في الطبعة الثالثة (DSM III) عام ١٩٨٠ عن وجود اضطراب وحيد سمّي باضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة الذي يتسم بقلّة الانتباه والحركة الزائدة والاندفاعية (Attention Deficit Hyperactive Disorder). وفي الأبحاث اللاحقة تم تدعيم فكرة وجود أطفال يعانون من ضعف انتباه فقط وفئة من الأطفال يعانون من نشاط زائد خصوصاً الأصغر سناً الذين تتمثل مشكلتهم في فرط الحركة والاندفاعية.

ولذلك صنفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المنقح (DSM III R) اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط الحركة إلى ثلاث فئات هي:-

١. اضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة تغلب عليه قلة الانتباه (يسود فيه ضعف الانتباه).

٢. اضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة (الذي يسود فيه فرط الحركة والاندفاعية).

٣. اضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة - فئة شاملة (أطفال مصابون بفرط الحركة وقلة الانتباه والاندفاعية بشكل شديد).

وجاء بعد ذلك في الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية الرابع (DSM IV) استخدام مصطلح اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والاندفاعية (Attention Deficit Hyperactive Disorder). وعلى الرغم من القبول الواسع لمفهوم الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط الحركة يستمر الخلاف المتصل باعتبار هذا الاضطراب اضطراباً واحداً، أو اضطرابات متعددة، أو ليس اضطراباً مطلقاً (ميركولينو وآخرون، ٢٠٠٣).

وفي الوقت الحاضر وتُذ اضطراب ضعف الانتباه اهتماماً كبيراً في أوساط العاملين في ميدان التربية الخاصة مما حدا بمجموعات مختلفة منهم بالمطالبة بجعل هذا الاضطراب فئة إعاقة مستقلة عن فئات الإعاقات الأخرى مما يؤهل الأطفال الذين يعانون منه إلى الحصول على خدمات التربية الخاصة (سيسالم، ٢٠٠١).

نسبة انتشار ضعف الانتباه:

يعتبر ضعف الانتباه من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال المعاقين عقلياً، حيث ورد تقرير للجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association) (APA 1994) أن نسبة كبيرة من الأطفال المحالين للعلاج كانوا يعانون من ضعف في الانتباه وبيّنت نتائج الدراسات العلمية الوبائية الحديثة في الطب النفسي إلى أن ضعف الانتباه مشكلة سلوكية مرافقة للأطفال المعاقين عقلياً (سيد وبدر، ١٩٩٩).

وتعتمد نسبة الانتشار على الأساليب المستخدمة في تقدير ضعف الانتباه منها:

- اختلاف محكات ومعايير التشخيص التي يستخدمها الباحثون.
- اختلاف أساليب القياس وطرق التقييم.
- اختلاف الأعمار الزمنية.
- اختلاف الجنس (ذكور، إناث).

أجرى كامبتل (Campbell) دراسة على أطفال رياض الأطفال للتعرف على نسبة انتشاره عند الذكور والإناث في رياض الأطفال وقد أشار في نتائج دراسته إلى أن نسبة الأطفال الذكور الذين يعانون من هذا الاضطراب تصل ما بين (١٤ - ٢٠ %) وأن نسبة الذين يعانون من هذا الاضطراب من الإناث تصل ما بين (٥ - ٧ %) وقد أشار كانتول (Cantwell) إلى أن نسبة المراجعين للعيادات النفسية لعلاج هذا الاضطراب من الذكور والإناث تصل أنثى واحدة لكل أربع ذكور (١ - ٤) وعزا الاختلاف في النسبة بين الذكور والإناث إلى أن المشكلة الأساسية عند الإناث تعود إلى ضعف الانتباه، وأن الاندفاعية والعدوانية تعتبر أقل عند الإناث (سيسالم، ٢٠٠١).

أسباب ضعف الانتباه

هناك تباين في الآراء حول أسباب ضعف الانتباه ويرجع هذا التباين إلى البحوث النفسية والطبية والتربوية التي تناولت هذا الاضطراب من جوانب متعددة. وإلى الوقت الحاضر لم تعرف الأسباب الحقيقية لاضطراب ضعف الانتباه، إلا أن هناك إجماعاً إلى حد ما على الأسباب والعوامل المحتملة لاضطراب ضعف الانتباه، فلقد أعادها بعض الباحثين إلى أسباب متعلقة بالدماغ والجهاز العصبي المركزي ومنها ما هو متعلق بعوامل وراثية ومنها ما هو متعلق بعوامل بيئية ومنها ما هو متعلق بعوامل الغذاء، وفيما يلي عرضاً مختصراً لهذه العوامل:-

أولاً: أسباب مرتبطة بالدماغ والجهاز العصبي.

إن أسباب اضطراب الانتباه المتعلقة في الدماغ قد ترجع إما لوجود خلل في وظائف الدماغ، وإما لاختلال التوازن الكيميائي في القواعد الكيميائية للنواقل العصبية أو لنظام التنشيط الشبكي لوظائف الدماغ، وإما لضعف النمو العقلي (Carol & Lensch, 2000).

ولقد أشار فليك (Flick) إلى إن القصور في وظيفة من وظائف الدماغ يرجع أساساً إلى مكان الإصابة في الدماغ وأكد هذا الاستنتاج عندما طبق نموذج عمليات الانتباه الذي وضعه كل من سولبرج وماتير (Sohlberge & Mateer) فوجد أن الطفل قد يعاني من واحد أو أكثر من الصعوبات في التركيز، أو الاحتفاظ، أو التبديل، أو الانتقال، أو التحول أو توجيه الانتباه إلى أكثر من موضوع في وقت واحد، وأضاف إلى أن هناك علاقة عصبية معقدة خاصة بكل جانب من هذه الجوانب مرتبطة بقطاعات مختلفة من المخ (سيسالم، ٢٠٠١).

وفي تقرير نشره رابابورت (Rapaport) عن الدراسات التي أجريت على المخ في المعهد الوطني للصحة العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية، أشار فيه إلى صغر حجم الجزء الأمامي الأيمن من الدماغ، وعدم تناسق في نشاط الجملة العصبية عند الأطفال ذوي ضعف الانتباه والحركة المفرطة مقارنة بالأطفال العاديين، حيث أشار إلى أن الجزء الأيمن عند الأطفال العاديين أكبر من الجزء الأيسر وأن هذا التناسق لا يظهر عند الأطفال الذين يعانون من ضعف انتباه، وأضاف أن السائل الدماغي عند الأطفال المصابين بضعف الانتباه والحركة المفرطة أقل من نسبته عند العاديين (سيسالم، ٢٠٠١).

ولقد أكد بونديسين (Bundesen) أن ضعف النمو العقلي يؤثر في القدرة على الانتباه لدى الأطفال فعندما يسير النمو العقلي بصورة طبيعية وفقاً للمرحلة العمرية للطفل، فإن قدرته على الانتباه تتحسن كلما زاد نموه العقلي، أما إذا كان نموه العقلي ضعيفاً ولا يتمشى مع عمره الزمني فإن ذلك قد يؤدي إلى ضعف المراكز العصبية بالمخ المسؤولة عن الانتباه وبالتالي تظهر عند الطفل أعراض اضطراب الانتباه، وهذا ما أكدته في نظريته عن الانتباه البصري بين فيها أن القدرة على الانتباه تتحسن لدى الطفل كلما زاد نموه العقلي، كما بين أن الأطفال ذوي النمو العقلي الضعيف يعانون من اضطراب الانتباه (سيد وبدر، ١٩٩٩).

ثانياً: أسباب متعلقة بعوامل وراثية:

ترجع كثير من الدراسات أسباب ضعف الانتباه والحركة المفرطة إلى عوامل وراثية، ولذلك تعتبر العوامل الوراثية من الأسباب التي تؤثر بطريقة مباشرة من خلال نقل الجينات التي تحملها الخلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه في المخ، من خلال نقل الجينات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ والتي تؤدي بدورها إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه. وقد بينت العديد من الدراسات العلمية الحديثة إلى أن (٥٠%) تقريباً من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يوجد في أسرهم من يعاني أيضاً من هذا الاضطراب (Carol & Lensch, 2000).

٦٢٢١٨٨

ويؤكد العديد من الباحثين على وجود علاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والعوامل الوراثية المتعددة. ويشير باركلي (Barkley) إلى أن أهم العوامل المسببة لاضطراب الانتباه هي عوامل وراثية وأن هناك بعض الأدلة التي تشير إلى احتمالية أن تكون بعض العوامل الجينية وراء هذا الاضطراب. ويؤكد على ذلك نتائج بعض الدراسات كدراسة ستوروات واولنز

(Stewart & Olds) ودراسة نيرس وآخرون (Ners et al) حيث أشاروا إلى أن عدداً من آباء الأطفال ذوي النشاط الزائد قد أظهروا أعراض هذا الاضطراب في طفولتهم وأن لهم أخوة يعانون من هذا الاضطراب (دبيس والسماذوني، ١٩٩٨).

ويرى كل من أرنولد وجنسن (Arnold and Jensen) أن بعض حالات ضعف الانتباه والحركة المفرطة ناتجة عن قصور الجينات فيما يعرف باسم كروموسوم الجنس الهش (Fragile X Syndrome) (سيسالم، ٢٠٠١).

وتشير دراسات عديدة ومنها دراسة كبلن وزملاؤه (Kaplan et al) إلى أن معدل انتشار هذا الاضطراب يكون مرتفعاً لدى الأطفال التوائم عنه لدى الأطفال غير التوائم، كما أن معدل انتشار هذا الاضطراب بين التوائم المتطابقة التي تأتي من إخصاب بويضة واحدة في رحم الأم يكون مرتفعاً عنه بين التوائم غير المتطابقة التي تأتي من إخصاب بويضتين في رحم الأم (سيد وبدر، ١٩٩٩).

وتقدم هذه الدراسات برهاناً ككل على أهمية العامل الوراثي في حدوث اضطراب ضعف الانتباه والحركة المفرطة، غير أنه لم يتم الكشف عن جينات محددة تكون مسؤولة عن هذا الاضطراب (ميركولينو وآخرون، ٢٠٠٣).

ثالثاً: أسباب متعلقة بعوامل بيئية:

تلعب العوامل البيئية دوراً في إصابة الأطفال باضطراب ضعف الانتباه ويبدأ أثر هذه العوامل منذ لحظة الإخصاب. ويقسم باركلي (Barkley) هذه العوامل حسب حجم تأثيرها على إصابة الأطفال بهذا الاضطراب إلى ثلاث مراحل هي:

أ- مرحلة الحمل:

قد تتعرض الأم أثناء مرحلة الحمل لبعض العوامل التي تؤثر على الجنين وتجعله عرضة بعد الولادة للإصابة بضعف الانتباه، مثل تعرض الأم الحامل لقدر كبير من الأشعة أو تناولها المخدرات، أو الكحوليات أو بعض الأدوية دون استشارة الطبيب، كما أن إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية، والزهري، والجذري، والسعال الديكي، وغيرها من الأمراض التي تؤثر على النمو العقلي للجنين قد تؤثر على المراكز العصبية المسؤولة عن عمليات الانتباه عند الطفل ولذلك فإن الأطفال قد يولدون مصابين بضعف الانتباه أو يكونوا مهينين للإصابة به.

ب- مرحلة الولادة:

هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة تتسبب في إصابة مخ الجنين أو تلف في بعض خلاياه مما يؤدي إلى ضعف قدرة الطفل على معالجة المعلومات وينعكس ذلك بدوره على العمليات الخاصة بالانتباه والتحكم بالسلوك.

ومن هذه العوامل:

- الضغط على رأس الجنين في حالات الولادة المتعسرة.
- إصابة مخ الجنين وجمجمته أثناء عملية الولادة.
- التقاف الحبل السري أثناء عملية الولادة مما يؤدي إلى نقص الأكسجين الواصل إلى مخ الجنين.

ج- مرحلة ما بعد الولادة:

وتتمثل في إصابة الجنين بارتجاج في المخ لتعرضه لحادث، أو ارتطام رأسه بأشياء صلبة، أو وقوعه من أماكن مرتفعة، أو ضربه على رأسه، وكذلك إصابة الطفل بأمراض معدية مثل (الحمى الشوكية، والالتهاب السحائي، والحمى القرمزية) والتي تؤدي إلى إصابة بعض المراكز العصبية في المخ المسؤولة عن الانتباه (سيد وبدر، ١٩٩٩).

وأكد باركلي (Barkley) على أن العوامل البيئية المحيطة بالفرد والمتمثلة في الأسرة وأساليب التنشئة لها دور مهم في ظهور اضطراب الانتباه. ولقد قام باركلي وزملاؤه (Barkley et al) بدراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين أسلوب معاملة الوالدين وضعف الانتباه وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن أساليب المعاملة الخاطئة للوالدين كالإهمال والعقاب البدني أو النفسي واللامبالاة بالطفل تؤدي إلى إصابة الطفل بضعف الانتباه (دبيس والسمادونى، ١٩٩٨).

كذلك قام كابلان وزملاؤه (Kaplan et al) بدراسة كان هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين الحرمان العاطفي من الوالدين، وإصابة أبنائهم الأطفال بضعف الانتباه، وقد تكونت عينة دراستهم من أطفال يعيشون في مؤسسات أيتام، وأطفال يعيشون في البيئة الطبيعية مع أسرهم، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن ضعف الانتباه يرتفع لدى الأطفال الذين يعيشون في مؤسسات الأيتام مقارنة بالأطفال الذين يعيشون مع أسرهم، وهذا يدل على أن الحرمان العاطفي

من الوالدين الذي ينجم عن التفكك الأسري يؤدي إلى إصابة الأطفال بضعف الانتباه (سيد وبدر، ١٩٩٩).

رابعاً: أسباب متعلقة بعوامل غذائية:

إن تناول الطفل أنواعاً متعددة من الأطعمة التي تحتوي على نكهات وأصبغ صناعية قد تؤدي في بعض الأحيان إلى الإصابة بضعف الانتباه (ليمن وآخرون، ١٩٩٨، شفير وهوارد، ١٩٩٦). فلقد بين نوسباوم وبجلر (Bigler & Nussbau) أن الصبغات والمواد الحافظة التي تضاف للمواد الغذائية المجهزة تؤدي إلى إصابة الأطفال بضعف الانتباه (Larry & Silver, 1992).

كذلك فإن ارتفاع نسبة الرصاص في أجسام الأطفال قد يؤدي إلى إصابتهم باضطراب ضعف الانتباه خاصة إذا كان ذلك في مراحل الطفولة المبكرة بين (١ - ٣) سنوات (ليمن وآخرون، ١٩٩٨). وقد أجرى وينك وزملاؤه (Winneke et al) دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين مادة الرصاص في الدم، وضعف الانتباه لدى الأطفال وقد بيّنت نتائج دراسته إلى أن هناك علاقة موجبة بين مستوى الرصاص في الدم، ومستوى ضعف الانتباه أي كلما ازدادت نسبة الرصاص في الدم ازداد مستوى ضعف الانتباه لدى الطفل (سيد وبدر، ١٩٩٩).

كما أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد السكرية يؤدي إلى زيادة نشاطه الحركي المفرط مما يؤدي إلى ضعف مستوى الانتباه. وأجريت عدة دراسات لفحص العلاقة بين تناول الطفل لمواد سكرية، ونشاطه الحركي المفرط، وقد بيّنت جميعها أن المواد السكرية التي يتناولها الطفل لا تؤدي إلى الإصابة باضطراب الانتباه ولكنها تؤدي إلى ارتفاع مستوى النشاط الحركي من خلال زيادة الطاقة لديه وهذا بدوره قد يؤدي إلى تشتت الانتباه لدى الطفل (سيسالم، ٢٠٠١).

تشخيص ضعف الانتباه

إن عملية تشخيص ضعف الانتباه تتطلب الكثير من الحذر والتشخيص الفارقي بين ضعف الانتباه من جهة، وضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من جهة أخرى، فالقاسم المشترك في كلتا الحالتين هو معاناتهم المشتركة من صعوبات محددة في عملية الانتباه، رغم اختلافهم في أبعاد معرفية وسلوكية أخرى مهمة، ولا بد أن تأخذ عملية التشخيص كل الأسباب المحتملة لضعف الانتباه (Thomas & Brown, 2000).

ولا بد من استخدام وسائل تقييم متنوعة ومصادر معلومات مختلفة، وجمع المعلومات في مواقف متعددة للحصول على معلومات دقيقة عن الأطفال المشتبه بأنهم يعانون من ضعف الانتباه (ليمان وآخرون، ١٩٩٨).

ولأن ضعف الانتباه مشكلة لها علاقة بالمراكز العصبية في الدماغ فإن ذلك يتطلب تشخيصاً طبيّاً، ولذلك فإن المعلم والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي، والوالدين غير مؤهلين لتشخيص ضعف الانتباه ويعتبر الفحص الطبي الذي يقوم به طبيب الأطفال، أو طبيب الأعصاب، أو الطبيب النفسي العيادي، التشخيص الأولي وذلك من أجل استثناء أي مشكلات أخرى تتداخل مع ضعف الانتباه (سيسالم، ٢٠٠١).

ويتم بعد ذلك تطبيق معايير تشخيص ضعف الانتباه بالاعتماد على (DSM IV) والذي يشير إلى أنه لا بد من ظهور ستة أو أكثر من الأعراض التسعة التالية لمدة لا تقل عن ستة أشهر.

معايير التشخيص حسب دليل (DSM IV)

- ١- الفشل في القدرة على الانتباه للتفاصيل.
- ٢- صعوبة واضحة في المحافظة على الاستمرار في أداء المهمات أو أنشطة اللعب.
- ٣- صعوبة في الإصغاء عند التحدث معهم.
- ٤- عدم إتباع التعليمات والفشل في القدرة على إنهاء المهمات المعطاة لهم كالأعمال المنزلية والواجبات المدرسية وغيرها، دون أن يكون ذلك عائد إلى عدم فهم التعليمات.
- ٥- صعوبة تنظيم المهمات والنشاطات التي يؤدونها.
- ٦- عدم الميل للمشاركة في الأنشطة التي تتطلب جهداً عقلياً مستمراً كالواجبات المدرسية.
- ٧- غالباً ما يفقدون الأدوات الضرورية لتأدية المهمات والأنشطة من مثل (الألعاب، الأقلام، الواجبات، أوراق العمل.... الخ).

٨- غالباً ما يظهرون كثيراً من النسيان وخاصة في الأنشطة المنزلية.

٩- سهولة التشتت بالمثيرات الجانبية (Hallahan & Kauffman, 2003).

وتستخدم طرق قياس سلوكية متعددة للتعرف على اضطراب ضعف الانتباه وتتضمن

هذه الطرق:

قوائم تقدير المعلمين، قوائم تقدير الوالدين، الملاحظة المباشرة (Lerner, 2000).

علاج ضعف الانتباه

هناك العديد من الأساليب العلاجية المُتبعة مع الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه وكل أسلوب من هذه الأساليب يقوم على أسس علمية ودراسات تجريبية، وهناك اتجاهات جدلية حول الأسلوب المفضل لعلاج ضعف الانتباه وكل أسلوب من هذه الأساليب له ما يبرره (Arthur et al, 2001).

وبما أن ضعف الانتباه يرجع إلى أسباب متعددة، منها ما يتعلق بالدماغ، أو الوراثة، أو الظروف البيئية المحيطة بالفرد، لذلك تعددت الأساليب العلاجية لضعف الانتباه ومن أهم هذه الأساليب العلاج الطبي، والعلاج الأسري، والعلاج السلوكي. ونقدم فيما يلي عرضاً مختصراً للطرق العلاجية:

١- العلاج الطبي

يرى بلهام وزملاؤه (Pelham et al) أن ضعف الانتباه قد يرجع لاختلال في المراكز العصبية في الدماغ، وبالتالي يؤثر على العمليات المعرفية، لذلك فإن العلاج الطبي باستخدام العقاقير المتنوعة يهدف إلى إعادة التوازن الكيميائي في المراكز المسؤولة عن ضعف الانتباه، في حين أن تأثير العقاقير قد يؤدي إلى رفع الكفاءة وتحفيز انتباه الطفل، كما أنه قد يؤدي إلى زيادة قدرته على التركيز (سيد وبدر، ١٩٩٩).

وقد أشار باركلي (Barkley) إلى أن الأدوية المنشطة تساعد على زيادة قدرة الطفل على التعلم وعلى انخفاض درجة الاندفاع والسلوك الفوضوي وزيادة قدرة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية على الانتباه والتركيز. ويرى ميلر (Miller) بعد مراجعته لأكثر من (١٥٥) دراسة أجريت على أكثر من (٥٠٠٠) طفل يعانون من اضطراب ضعف الانتباه يعالجون بالأدوية المنشطة أن فعالية الأدوية تتراوح ما بين (٦٠% - ٩٠%) بمتوسط (٧٥%) وأن نسبة الفعالية لدواء الريتالين (Ritalin) عند الأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد تتراوح ما بين (٥٥% - ٦٥%) (سيسالم، ٢٠٠١).

وأشارت المؤسسة الوطنية الأمريكية للصحة في مسحها عام (١٩٩٨) إلى أن العقاقير الطبية كانت توصف لحوالي (٥، ٩٦%) من جميع الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه (Lerner, 2000).

وترى ريف (Rief) إلى أن (٧٠% - ٨٠%) من الأطفال الذين يتعاطون العقاقير الطبية المنشطة يظهرون تحسناً ايجابياً ملحوظاً في أدائهم (الزغلوان، ٢٠٠١).

ويرى سيفر وكريجر (Safer and Krager) أن أكثر العقاقير الطبية استخداماً لحد الآن والتي أثبتت فعاليتها هي: الريتالين (Ritalin)، والدكسترين (Dexedrine)، والسايبريت (Cylert)، وبيمولين المغنيسيوم (Magnesium Pimoline)، وعقار البنزدرين (Benzedrine) (دييس والسمادونى، ١٩٩٨).

ويشير ميرسر (Mercer) إلى أن بعض العقاقير كانت تفشل في تحقيق نتائج ملموسة مع الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه وتبرر ذلك بالأخطاء التي قد يرتكبها الأطباء في الوصفات الطبية، أو مقدار الجرعات أو مواعيد إعطاء مثل هذه الأدوية، ومدى ملاءمتها لعمر الطفل (الملكاوي، ٢٠٠٣).

ويشير هايلول وريتي (Hallowell and Ratey) أنه يمكن أن تظهر للعقاقير الطبية آثار جانبية عديدة منها: الأرق، وفقدان الشهية، والتأثير على ضغط الدم والقلب، والصداع، وفقدان الوزن، والخمول، وإعاقة النمو الطبيعي. وترى ليرنر وزملاؤها (Lerner et al) أن العقاقير الطبية المنشطة تؤدي إلى:

- ١- زيادة تنبيه الجهاز العصبي المركزي.
- ٢- تنشيط إنتاج الناقلات العصبية الكيميائية اللازمة لنقل المعلومات العصبية من جذع الدماغ المسؤول عن الانتباه والتحفيز والنشاط.
- ٣- تجعل الأطفال أكثر حساسية للمثيرات البيئية وتزيد فترة الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه (الزغلوان، ٢٠٠١).

ولأن أسباب الإصابة باضطراب ضعف الانتباه متعددة فإن العلاج بالعقاقير الطبية لا يكون فعالاً مع جميع الحالات. ويشير باركلي (Barkley) إلى أن حوالي (٢٥%) من حالات ضعف الانتباه ترجع لأسباب تتعلق بتلف المخ وهؤلاء الأفراد لا يستجيبون للعلاج بالعقاقير الطبية، ولهذا لا بُدَّ من تنوع الأساليب العلاجية التي تُستخدم في علاج هذا الاضطراب بحيث إذا لم يحدث تأثير لإحداها فقد يُظهر تأثيراً للأخرى، ولا بد أن تتعاون هذه الأساليب العلاجية معاً لكي تعالج كل طريقة ما يخصصها سواء أكانت سلوكية أو نفسية أو تعليمية (سيد وبدر، ١٩٩٩).

وللوقت الحالي يعتبر العلاج الدوائي أحد أساليب العلاج الرئيسية لضعف الانتباه وتعتبر المنبهات عموماً أكثر فئات الأدوية فعالية في علاج الأعراض الرئيسية لضعف الانتباه. كما أنه يوجد بدائل دوائية تستعمل بدلاً من المنبهات أو معها، وهناك أفراد لا يستجيبون للعلاج بالعقاقير أو لا يفضلون هم وأسرهم تناول هذه العقاقير لآثارها الجانبية. ولهذا تدعو الحاجة لمزيد من الأبحاث المتعلقة بالأساليب العلاجية الأخرى (ميركولينو وآخرون، ٢٠٠٣).

٢- العلاج الأسري:

بما أن ضعف الانتباه يؤدي إلى مشكلات سلوكية كالعدوان، والفوضى و النشاط الزائد، والانفداع، والعناد، وغيرها من الاضطرابات السلوكية غير المقبولة اجتماعياً، ولأن هذه الاضطرابات ينتج عنها اضطراب في علاقة الطفل بالمحيطين به، فإن ضعف الانتباه قد يؤدي إلى ضعف التكيف الاجتماعي للطفل مع البيئة المحيطة به، كما أنه يؤدي إلى اضطراب علاقة مع والديه، وتجعل هذه العلاقة مشوبة بالتوتر وشدة في الانفعالات لهذا لا بد من الاهتمام بالعلاج الأسري. ويرى باركلي (Barkley) أن التفاعل السلبي بين الطفل ووالديه يؤدي إلى حدوث فجوة في العلاقة بين الطفل ووالديه ويؤدي إلى زيادة المشكلات السلوكية لدى الطفل الذي يعاني من أعراض ضعف الانتباه، ومن هنا جاء دور العلاج الأسري، بحيث يهدف بشكل أساسي إلى تعديل البيئة المنزلية حتى تكون مناسبة لهذه الفئة من الأطفال وتدريب الوالدين على كيفية تعديل سلوك أطفالهم في البيئة الطبيعية (سيد وبدر، ١٩٩٩).

ويشير دانفورث (Danforth) في دراسته التي هدفت إلى معرفة أثر تدريب الوالدين على ضبط سلوك أطفالهم الذين يعانون من ضعف انتباه إلى أن تدريب الوالدين أدى إلى خفض حدة أعراض ضعف الانتباه، وما ينتج عنه من مشكلات سلوكية، وفي دراسة تتبعية استمرت لمدة خمس سنوات قام بها سواريز وبيكر (Suarez, and Baker) هدفت إلى معرفة العلاقة بين طريقة معاملة الوالدين وظهور أعراض ضعف الانتباه وبيّنت النتائج أن العلاقة السلبية للوالدين مع الطفل وتدخلهما الزائد في شؤونه تؤدي إلى ظهور أعراض ضعف الانتباه، وكذلك إلى ظهور مشكلات سلوكية أخرى. كما أكد فوت (Vaught) على أهمية الإرشاد الأسري في علاج ضعف الانتباه (بخش، ٢٠٠١).

ولأهمية العلاج الأسري فقد صممت العديد من البرامج لتدريب الوالدين على تعديل سلوك ضعف الانتباه عند الأطفال الذين يعانون من أعراض ضعف الانتباه ومن أهم هذه البرامج:

١- برنامج كونر (Conner)

يهدف هذا البرنامج إلى تدريب أولياء الأمور للتعامل مع الأنماط السلوكية التي تنتج عن اضطراب ضعف الانتباه، مدة البرنامج أربع عشرة جلسة تقدم في اثني عشر اسبوعاً لأولياء أمور الطلاب الذين يعانون من أعراض ضعف الانتباه، أول أربع أسابيع يتم فيها تقديم محاضرات جماعية عن اضطراب ضعف الانتباه، وفي الأسابيع المتبقية تقدم ورش عملية تطبيقية وأفلام مصورة لأساليب العلاج السليم، وبيّنت نتائج الدراسات أن لهذا البرنامج فعالية كبيرة في التقليل من أعراض ضعف الانتباه والمشكلات السلوكية المرافقة له عند الأطفال المصابين بضعف الانتباه (سيسالم، ٢٠٠١).

٢- برنامج فور هاند ومكماهون (Forehand and McMahon)

ويستند هذا البرنامج إلى نظرية التعلم الاجتماعي حيث يقوم المعالج بتدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع السلوك غير الملائم لدى الأطفال الذين يعانون من ضعف انتباه بهدف تعديله إلى سلوك مقبول اجتماعياً، ويمر هذا البرنامج بمراحل متعددة حتى تصل بالوالدين إلى التعامل السليم مع أطفالهم، مما يخفف من أعراض ضعف الانتباه والحركة المفرطة وقد أثبت هذا البرنامج فعالية كبيرة في الحد من المشكلات السلوكية الناتجة عن أعراض ضعف الانتباه.

٣- برنامج باتيرسون (Patterson)

يهدف هذا البرنامج إلى تصحيح طريقة التعامل الاجتماعي التي تحدث بين الوالدين والطفل الذي يعاني من اضطراب ضعف الانتباه، ويوضح الأساليب العلاجية السليمة التي يجب على أولياء الأمور اتباعها من أجل علاج هذا الاضطراب، ويتكون هذا البرنامج من (٥) دورات تدريبية وكل دورة لها هدف خاص بها، والدورة الواحدة تتكون من عدة جلسات تدريبية للوالدين، تتحدد حسب تقدم الوالدين في التدريب، وقد أوضح باتيرسون أن هذا البرنامج كان فعالاً جداً في تعديل سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه.

ويشير الخطيب (٢٠٠٣) إلى أن هناك عدة مبادئ يستند عليها تعديل السلوك انبثقت عن البحوث العلمية والتجريبية التي قام بها الكثير من الباحثين منذ بداية هذا القرن ويوجزها بما يلي:

١- مبدأ التعزيز:

يستند هذا المبدأ إلى أبحاث عالم النفس الأمريكي ب. ف. سكينر (B.F. Skinner) وغيره من علماء النفس، وقد أوضح إدوارد ثورندايك (Edward Thorndike) مبدأ المكافأة بقانون الأثر (Law of Effect) وينص هذا القانون على أن السلوك يقوى إذا كانت نتائجه مرضية ويضعف إذا كانت نتائجه غير مرضية.

ويعرف التعزيز (Reinforcement) على أنه العملية السلوكية التي تشتمل على إضافة مثير بيئي ما بعد السلوك مباشرة يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث السلوك في مواقف مشابهه وهذا ما يسمى بالتعزيز الإيجابي (Positive Reinforcer)، أما التعزيز السلبي فهو إزالة المثيرات المنفرة (Negative Reinforcer) أو إيقاف المثيرات المنفرة التي تعمل على تقوية السلوك ويعرف التعزيز وظيفياً على أنه الإجراء الذي تؤدي فيه توابع السلوك إلى تقويته.

٢- العقاب:

يشير العقاب (Punishment) إلى العملية السلوكية التي تعمل فيها المثيرات البيئية التي تحدث بعد السلوك على تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل، ويأخذ العقاب أحد الشكلين التاليين:

أ- إضافة مثيرات سلبية أو منفرة، ويسمى بالعقاب من الدرجة الأولى (Type I Punishment).

ب - إزالة مثيرات إيجابية أو تعزيزية، ويسمى في هذه الحالة بالعقاب من الدرجة الثانية (Type II Punishment) ويعرف العقاب وظيفياً بالعقاب هو الإجراء الذي تؤدي فيه توابع السلوك إلى إضعافه.

٣- مبدأ المحو:

ينص مبدأ المحو (Extinction) على أن إلغاء التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوث السلوك سيؤدي إلى إيقاف ذلك السلوك، حيث أن السلوك تحكمه توابعه فإذا عُرِزَ السلوك استمرَّ وإذا لم يُعزَزَ السلوك توقف.

٤- مبدأ ضبط المثير:

يعرف مبدأ ضبط المثير (Stimulus control) بضبط السلوكيات من خلال ضبط الظروف التي تهئ الفرصة لحدوثها، أي تعزيز السلوك بوجود مثير معين (المثير التمييزي الإيجابي) وعدم تعزيزه بوجود مثيرات أخرى (المثيرات التمييزية السلبية) فيقوى السلوك بوجود مثيرات تمييزية ايجابية ويقل السلوك بوجود مثيرات تمييزية سلبية (الخطيب، ٢٠٠٣).

٥- مبدأ التمييز:

ينص مبدأ التمييز (Discrimination) على التفريق بين المثيرات المتشابهة والاستجابة للمثيرات المناسبة فقط، أي تعزيز الاستجابة بوجود مثير معين وعدم تعزيزها في حالة حدوثها بوجود مثيرات أخرى.

وبناءً على ذلك فالأفراد يميزون عندما يتعلمون أن سلوكهم سيتعزز في موقف ما (كالكتابة على الدفتر مثلاً) ولن يعزز في موقف آخر (كالكتابة على الحائط).

٦- مبدأ التعميم:

ينص مبدأ التعميم: (Generalization) على أن أثر التدريب ينتقل أوتوماتيكياً إلى المواقف المشابهة للموقف الأصلي، أو تأدية الاستجابة الشرطية التي يتم تعلمها في موقف معين بالمواقف الأخرى المشابهة له. والمبدأ الأساسي الذي تستند إليه الحركة السلوكية في تحليل سلوك الإنسان وتعديله (هو أن السلوك تضبطه توابعه) فإذا كانت توابعه سلبية قل احتمال حدوثه في المستقبل، وإذا كانت توابعه إيجابية زاد احتمال حدوثه في المستقبل.

ويشير والك و كوفمان واخرون (Wallaca & kauffman et al) أن الفرد يسيء التصرف، إما لأنه تعلم أن يسيء التصرف، أو لأنه لم يتعلم كيف يحسن التصرف أو لكلا السببين معاً، في كل الأحوال يمكن إعادة تعليمه بحيث يحسن التصرف (الزغلوان، ٢٠٠١).

ويمر تعديل السلوك بخطوات منظمة تشتمل على تطبيق إجراءات علاجية معينة وتهدف هذه الإجراءات إلى ضبط المتغيرات المسؤولة عن السلوك (الخطيب، ٢٠٠٣).

ويشير الخطيب (٢٠٠١) إلى الخطوات الأساسية في عملية تعديل السلوك وهي:

- ١- تحديد السلوك المستهدف.
- ٢- تعريف السلوك المستهدف.

- ٣- قياس السلوك المستهدف.
- ٤- التحليل الوظيفي للسلوك.
- ٥- تصميم خطة العلاج.
- ٦- تنفيذ خطة العلاج.
- ٧- تقييم فعالية برنامج العلاج.
- ٨- تلخيص النتائج وإيصالها إلى من يهمهم الأمر.

وقد أجرى كيربي وجريملي (Kirby and Grimley) دراسة هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكي في تعديل السلوكيات السلبية لدى الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه وقد تكونت عينة الدراسة من أطفال يعانون من ضعف الانتباه تراوحت أعمارهم من (٦-١٢) سنة. وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن العلاج السلوكي كان فعالاً جداً في علاج ضعف الانتباه وتعديل السلوكيات السلبية لدى هؤلاء الأطفال (سيد وبدر ، ١٩٩٩).

ويشير جابر (١٩٩٦) إلى أن علاج ضعف الانتباه يتطلب وضع خطة علاج متكاملة تأخذ بعين الاعتبار الأسباب التي تؤدي إلى المشكلة وتمر الخطة العلاجية بإعطاء مهام محددة وواضحة، مع زيادة فرص النجاح المتاحة أمام الطفل، كما يمكن أن تتضمن تعزيز إطالة فترة الانتباه، وقد تعالج كحالات فردية كما أنها تعالج ضمن برامج الإرشاد الجمعي أو ضمن برامج تعديل السلوك. وهناك العديد من أساليب تعديل السلوك التي أثبتت فعاليتها في علاج ضعف الانتباه، ومن الاستراتيجيات السلوكية الأكثر استخداماً في علاج ضعف الانتباه: التعزيز الإيجابي، والتجاهل، والتعزيز الرمزي، والإقصاء، والتغذية الراجعة، وتنظيم البيئة الصفية، وتكلفة الاستجابة، والاسترخاء، وغيرها من الأساليب التي تهدف إلى تغيير بيئة الطفل المادية والنفسية والاجتماعية لمساعدة الطفل على تحسين سلوكه (ليمان وآخرون، ١٩٩٨، سيسالم ٢٠٠١، الزغلوان، ٢٠٠١ , Rickman D, 1996).

أولاً: - التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement)

وهو تقديم مثير إيجابي بعد السلوك مباشرة مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة. ويهدف التعزيز الإيجابي إلى تقوية السلوك بإحداث تغيير في بيئة الفرد، ويسمى المثير البيئي الذي يحدث بعد السلوك فيؤدي إلى زيادة احتمالات حدوثه مرة أخرى بالمعزز (Reinforcem)، وتختلف المعززات من فرد إلى فرد آخر وذلك

لطبيعة الخبرات التي يمتلكها الفرد فما يعتبر معزراً لفرد ليس بالضرورة أن يكون معزراً لفرد آخر (الخطيب، ٢٠٠٣).

ويشير الخطيب (٢٠٠١) أن هناك الآلاف من الدراسات التي أثبتت فعالية التعزيز ومن هذه الدراسات دراسة هول ورفاقه (Hall et al) حيث استخدم انتباه المعلم (Teacher Attention) لمعالجة الأنماط السلوكية غير الكئيفية لدى مجموعة من الأطفال في مدرسة ابتدائية (مثل ضعف الانتباه والفوضى وعدم الدراسة) وقد بيّنت نتائج الدراسة أن تعزيز المعلم للأطفال كان له الأثر الكبير في تحسين سلوك الأطفال.

ويشير الخطيب (٢٠٠٣) أن هناك خمسة أشكال من المعززات وهي:

١- المعززات الغذائية (Edible Reinforces)

تشتمل كل أنواع الطعام والشراب التي يفضلها الفرد، وتعتبر ذات أثر بالغ في السلوك إذا كان إعطائها للفرد متوقفاً على تأديته لذلك السلوك.

٢- المعززات المادية (Tangible Reinforces)

وتشتمل على الأشياء التي يحبها الفرد كالألعاب، القصص، وأقلام الألوان، والصور، والتذاكر، وشهادات التقدير.. الخ.

٣- المعززات الرمزية (Token Reinforces)

وهذا النوع قابل للاستبدال وهي عبارة عن رموز محددة مسبقاً (كالنقاط، أو النجوم، أو قطع البلاستيك، أو قصاصات الورق). أو أشياء أخرى يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المقبول، وتستبدل هذه الرموز بمعززات فيما بعد بإحدى أشكال المعززات الأخرى (الخطيب، ٢٠٠٣).

ويشير الملكاوي (٢٠٠٣) في دراسته إلى أن هذا الأسلوب أثبت فعاليته في علاج ضعف الانتباه وأنه من أكثر الطرق شيوعاً وفعالية في الإبقاء على دافعية الفرد ضمن مستويات عالية.

٤- المعززات النشاطية (Activity Reinforces)

وتشتمل على أي نشاط معين يحبه الفرد حيث يسمح له بتأديته بعد قيامه بالسلوك المرغوب به، ومن الأمثلة عليها السماح للفرد باللعب في الحديقة، أو السماح للفرد بالخروج من

البيت مع أصحابه بعد قيامه بواجبه المدرسي ويشتمل على (الألعاب، زيارات، رحلات، رسم، قراءة، ألعاب الحاسوب.....الخ).

ويشير الخطيب (٢٠٠١) إلى أن هذا النوع من المعززات نادراً ما يحدث فيه الإشباع وهذا النوع من المعززات غالباً ما يستند إلى قانون بريماك (Premark Principle) وينص على أن النشاط الذي يتضمن تعزيزاً للفرد يمكن استخدامه لتقوية النشاطات الأقل تعزيزاً له.

٥- المعززات الاجتماعية (Social Reinforces)

وهذه المعززات كثيرة جداً ويمكن إعطاؤها بعد السلوك مباشرة، ونادراً ما يؤدي استخدامها إلى الإشباع ومنها: (الابتسام، الانتباه، التقبيل، مدح الطفل أمام غيره، التعزيز اللفظي مثل ممتاز، أحسنت، بطل.. الخ). ويعتبر الثناء مثير طبيعي وهو من أكثر المعززات شيوعاً في الحياة اليومية (الخطيب، ٢٠٠٣).

ثانياً: التغذية الراجعة (Feed Back)

هناك دراسات عديدة أشارت إلى أثر التغذية الراجعة في التعلم فهي وسيلة عملية هامة من وسائل عمليات التفاعل الاجتماعي بين الأفراد، فمن خلالها يتعلم الفرد الكثير من المعلومات والمهارات والقيم والاتجاهات.

ويرى بيركنز (Perkins) أن التغذية الراجعة تؤدي إلى تعريف الفرد للاستجابات الصحيحة وغير الصحيحة وخاصة في مرحلة اكتساب التعلم، حيث تقل ممارسة الطلبة للاستجابات الخاطئة وتزداد نسبة الممارسات الصحيحة. وتتضمن التغذية الراجعة معلومات للطفل توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه، وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي في المستقبل (يونس، ٢٠٠٢).

وقد عرف كول هاري (Kulhary) التغذية الراجعة بأنها مجموعة من الإجراءات التي تستخدم لتزويد المتعلم بمعلومات حول استجابته إذا كانت صحيحة أو خاطئة بحيث تزيد من احتمالية ظهور الاستجابات الصحيحة في المرات اللاحقة وتعديل وتصحيح الاستجابة الخاطئة، أما أنت (Annett) فيرى أن التغذية الراجعة تشير إلى معرفة المتعلم بنتائج استجابته، وذلك من خلال تزويده بمعلومات حول استجابته إذا كانت جيدة أو ضعيفة، وبذلك فهي تُعرف المتعلم بنتائجه وتقدم له التعزيز فتعمل على تحفيزه وتساعد على تحسين مستوى أدائه (الحباشنة،

٣- التغذية الراجعة التفسيرية:

هي عملية تزويد المتعلم بمعلومات تبين ما إذا كانت إجاباته صحيحة أم خاطئة، وذلك بوضع إشارة " خطأ " إذا كانت الإجابة خاطئة كما يشار إلى تصحيح الإجابات الخاطئة وكتابة أسباب الخطأ على الورقة.

٤- التغذية الراجعة التعزيزية:

هي عملية تزويد المتعلم بمعلومات تبين ما إذا كانت إجابات المتعلم صحيحة أم خاطئة بوضع إشارة "صواب" إذا كانت الإجابة صحيحة وإشارة -خطأ- إذا كانت الإجابة خاطئة. ويتم بعد ذلك تزويد المتعلم ببعض العبارات التعزيزية مثل: أحسنت، شكراً، جيد، حافظ على هذا النجاح (الشديفات، ١٩٩٢).

وتتضمن التغذية الراجعة تقديم المعلومات للطالب والتي توضح له الأثر الذي نجم عن سلوكه، وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي والمستقبلي، وقد استخدم كل من شولمان وسوران (Schulman & Suran) جهازاً إلكترونياً يقيس مستوى النشاط الحركي للطفل، ويعطي تغذية راجعة سمعية (صوتاً مسموعاً) وكان صدور الصوت يعني أن مستوى النشاط الحركي مرتفع، وفي هذه الحالة كان المعالجون يمتنعون عن تعزيز الأطفال في حين أن عدم صدور الصوت كان يعني أن مستوى النشاط الحركي ينخفض وفي هذه الحالة كان المعالجون يقومون بتعزيز الأطفال، وقد كان لهذا الأسلوب أثر كبير على التقليل من النشاط الزائد لدى تسعة أطفال تراوحت أعمارهم بين (٩ - ١٣) سنة (الخطيب، ٢٠٠١).

ثالثاً: تكلفة الاستجابة (Response Cost)

تعتبر تكلفة الاستجابة أحد أساليب العلاج السلوكي الفعالة وهي إحدى إجراءات العقاب الشائعة لتقليل السلوك غير المقبول.

وقد أوضحت العديد من الدراسات فعالية تكلفة الاستجابة لتقليل السلوكيات غير المقبولة، كالسلوكيات الاجتماعية غير المناسبة، والسلوكيات العدوانية، وضعف الانتباه والنشاط الزائد، ومخالفة التعليمات وغيرها (الخطيب، ٢٠٠٣).

وأشارت البحوث العلمية إلى أن هذا الإجراء ذو فعالية كبيرة في التعامل مع الأفراد غير العاديين، والأحداث، والجانحين، والمرضى النفسيين والأطفال العاديين (Solanto Mary, 1990).

ويشير رابورت وميرفي (Rapport and Murphy) أن تكلفة الاستجابة تحظى بقبول كبير في أوساط العاملين وأولياء الأمور وأنها بديل قابل للتطبيق للأسباب التالية:

- أنها فعالة في معالجة الأطفال الذين يظهرون سلوكاً فوضوياً في غرفة الصف.
- أنها فعالة أكثر من العقاقير الطبية والتعزيز الإيجابي في معالجة أعراض ضعف الانتباه.
- أن هذا الأسلوب ليس له تأثيرات جانبية كما لغيره من الأساليب العلاجية (الزغلوان، ٢٠٠١)

ويشير الخطيب (٢٠٠٣) أن هناك طريقتين لاستخدام هذا النوع من أنواع العقاب: الطريقة الأولى: يحصل الفرد على كمية معينة من المعززات عند تأديته للسلوك المقبول ويفقد كمية محددة منها عند تأديته للسلوك غير المقبول، ويعتبر هذا النوع الأكثر استخداماً.

الطريقة الثانية: يقوم فيها المعالج بمنح الفرد كمية من المعززات المجانية عند البدء ببرنامج العلاج ويطلب منه أن يحافظ على أكبر قدر ممكن من تلك المعززات وذلك بالامتناع عن تأدية السلوك غير المقبول الذي يراد تقليله، فإذا حدث السلوك غير المقبول يفقد الفرد كمية معينة محددة مسبقاً من المعززات.

ويشير والكر (Walker) إلى أن هذا الإجراء يهدف إلى أخذ جزء من المعززات من الفرد بعد تأديته للسلوك غير المرغوب مباشرة من أجل تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل (الخطيب، ٢٠٠١).

ويشير جلفاند وهارتمان (Gelfand and Hartman) إلى مجموعة من الأمور التي تفيد في تطبيق إستراتيجية تكلفة الاستجابة وهي:

- ١- يجب أن يستخدم أسلوب تكلفة الاستجابة بعد أن يثبت فشل برنامج التعزيز.
- ٢- يجب التأكد من أن بعض المعززات الإيجابية متوفرة للطفل للسلوك النقيض للسلوك غير المقبول، وتجنب زيادة الغرامات أو خصم التعزيزات الإيجابية المعتادة.
- ٣- لا بد من دراسة المشكلة السلوكية بطريقة موضوعية قبل البدء بتطبيق أسلوب تكلفة الاستجابة وبناء خطة متكاملة للتنفيذ ولا بد من إعطاء الطالب فكرة عن طبيعة هذا الإجراء السلوكي.
- ٤- عند اختفاء السلوك غير المقبول وظهور السلوك النقيض له بصورة طبيعية لا بد من البدء بالسحب التدريجي لهذا الإجراء السلوكي، ويعاد إلى هذا الإجراء إذا ظهر السلوك غير المقبول للظهور مجدداً (الزغلوان، ٢٠٠١).

ويرى الخطيب (٢٠٠٣) أنه لا بد من إتباع الخطوات التالية عند استخدام إستراتيجية تكلفة الاستجابة وهي:

- ١- يجب إيضاح طبيعة الإجراء للفرد قبل البدء بتطبيقه من أجل زيادة تقبله لهذا الإجراء.
 - ٢- يجب تحديد السلوك وتعريفه وتوضيح كمية التعزيز التي سيفقدها الفرد عند تأديته لذلك السلوك.
 - ٣- يجب تعزيز السلوكيات المقبولة إذا قام بها الفرد ومخالفته بإجراء تكلفة الاستجابة بحال مخالفته للسلوكيات المحددة مسبقاً.
 - ٤- يجب استخدام التغذية الراجعة الفورية (Immediate Feedback) وذلك بهدف بيان السبب لفقدان المعزز للفرد.
 - ٥- يجب تطبيق هذا الإجراء مباشرة بعد حدوث السلوك غير المقبول ويجب تطبيقه في كل مرة يحدث فيها السلوك.
 - ٦- يجب أن لا يلجأ المعالج إلى زيادة قيمة الغرامة تدريجياً فذلك قد يؤدي إلى تعود الفرد على الزيادة التدريجية. هذا الأمر قد يترتب عليه فقدان هذا الإجراء لفعاليته.
 - ٧- لا يمكن حرمان الفرد من جزء من المعززات إلا إذا كان لديه شيء منه لذا يجب أن تتجنب أن يفقد الشخص كل المعززات التي لديه، ولهذا لا بد أن تتناسب كمية الفقدان للمعزز مع كميته.
- ويرى الخطيب (٢٠٠١) أن ايجابيات هذا الإجراء تكمن في سهولة تطبيقه، وفعاليته خاصة إذا تم استخدامه مع إجراءات أخرى لضبط السلوك، وأنه لا يستغرق مدة طويلة لتقليل السلوك، كما وأنه لا يشتمل على العقاب الجسدي. ولهذا السلوك سلبيات أيضاً من أهمها أنه قد ينتج عنه سلوكيات عدوانية في الفرد فالفرد قد يدخل في مشاجرة مع الشخص الذي سيأخذ المعززات منه (الزغلوان، ٢٠٠١).

رابعاً: تنظيم البيئة الصفية (Organaization of Classroom Environment)

إن صفات وخصائص الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه لها بالغ الأثر في التأثير على قدرتهم على توجيه وتركيز انتباههم للمعلم والحصة داخل الغرفة الصفية، ومن هنا يأتي دور أهمية تنظيم الغرفة الصفية بصورة تزيد من قدرتهم على الانتباه، وإن هندسة بناء الغرفة الصفية وتنظيم مكونات الصف أمران مهمان في العمل على تقليل المشتتات داخل الغرفة الصفية (Anhalt et al, 1998).

ويتمثل هذا الأسلوب بتعديل المثيرات في البيئة الصفية بالشكل الذي يساعد الطلبة على ضبط سلوكهم ويركز على ضرورة تنظيم البيئة الصفية من قبل المعلم بصورة تعمل على تقليل المشتتات الجانبية وغير المهمة قدر المستطاع، وتنظيم المساحة الفيزيائية للصف بصورة تقلل من التشتت لدى الطلبة الذين يعانون من ضعف الانتباه، وقد اقترح سترأوس (Strauss) معالجة أعراض ضعف الانتباه من خلال تنظيم البيئة الصفية، بحيث تفتقر إلى الإثارة، وتشتمل على محطات تعليمية خاصة لكل طفل، وغرف صغيرة وجدران تخلو من الإثارة البصرية كالألوان والصور والملصقات (الخطيب، ٢٠٠١).

كما يرى باركلي وبفنر (Barkley & Piffner) بأن الصفوف المغلقة أكثر ملاءمة من الصفوف المفتوحة بالنسبة للطلاب الذين يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لأنها تقدم فرصاً أكبر للحركة الزائدة، وأكثر إزعاجاً، وينتج عن ذلك عدم تركيز الطالب على المهمة، وظهور بعض المشكلات الأخرى (Barbara & Fisher, 2000).

ويقترح الزغلوان (٢٠٠١) تعديل المثيرات في البيئة الصفية بالشكل الذي يساعد الطلبة

على الانتباه من مثل:

- ١- وضع الستائر على النوافذ لتقليل المنبهات البصرية غير المناسبة.
- ٢- وضع أدوات الكتابة بعيداً عن النظر في خزائن وأدراج مغلقة.
- ٣- تنظيم مقعد الطالب بإبعاد أي مواد لها علاقة بلعبة أتمها الطالب فور الانتهاء منها.
- ٤- إعطاء تعليمات واضحة من قبل المعلم.
- ٥- وضع تسلسل مناسب للمهام.
- ٦- إعطاء تغذية راجعة بعد إنهاء المهمة.

وقد يكون تعديل العوامل البيئية التي تسهم في حدوث السلوكيات المشككة إحدى أكثر الطرق فعالية في الحد من هذه السلوكيات ولذلك لا بد من تحليل المهمات للطلاب (ميركولينو وآخرون، ٢٠٠٣).

ويرى سيد وبدر (١٩٩٩) إلى أن هناك بعض التعديلات التي لا بد من إجرائها من

أجل تحسين قدرة الأطفال على الانتباه وهي:

- ١- تقليل المشتتات الجانبية التي ليس لها علاقة بأداء المهمات التعليمية.

٢- السماح للأطفال بالعمل في أماكن خاصة هادئة بعيدة عن المثيرات الصوتية، أو المشتتات البصرية.

٣- التركيز في إعطاء المهمة على الأساسيات وتجاهل الخوض في التفاصيل.

٤- التخطيط الجيد من قبل المعلم للدرس والعمل على التركيز على إعطاء هدف واحد أو مهمة واحدة محددة.

٥- التعزيز المستمر للطفل على تقدمه التدريجي في إنجاز الخطوات المطلوبة منه لتأدية المهام.

٦- تزويد الطفل بالتغذية الراجعة بشكل دوري مع التركيز على جوانب القوة في الأداء.

مشكلة الدراسة وفرضياتها:

تتمثل إحدى مؤشرات الحضارة للأمم وإرتقائها في مدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتهم ويتجلى ذلك بوضوح في مدى العناية التي توليها للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وتوفير إمكانيات النمو الشامل لهم من جميع النواحي مما يساعد في اعدادهم لحياة إجتماعية وإقتصادية ونفسية وإنفعالية ناجحة يؤدي فيها كل منهم دوره في خدمة المجتمع مهما كان حجم إسهامه، وتعتبر المشكلات السلوكية المصاحبة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية مصدر قلق للأفراد الذين يعملون معهم، سواءً في الأسرة أو في المركز أو المدرسة، حيث يُظهرُ الأطفالُ المعاقون عقلياً أنماطاً مختلفة من السلوك غير التكيفي التي تؤثر عليهم سلباً وتجعلهم غير مقبولين في البيئة الاجتماعية والتربوية التي يتفاعلون معها. ويعد ضعف الانتباه من أكثر المشكلات التي يشيع انتشارها بين الأطفال المعاقين عقلياً، والتي تؤثر بشكل سلبي على أدائهم الوظيفي والأكاديمي، وتجعلهم غير مقبولين في البيئة التي يعيشون فيها.

وقد أشارت الدراسات المتصلة بضعف الانتباه إلى فعالية العلاج السلوكي في الحد من أعراض ضعف الانتباه والاضطرابات النفسية والاجتماعية التي قد تنتج عنه إذا لم يعالج في المراحل المبكرة من عمر الطفل. وتأتي هذه الدراسة للتحقق من مدى فعالية العلاج السلوكي في تحسين الانتباه عند الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية بالتساؤل الآتي:

هل يؤدي استخدام برنامج سلوكي إلى تحسين الانتباه لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة ؟

وتحديداً حاولت الدراسة اختبار الفرضيات البحثية التالية:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على الاختبار البعدي في مستوى الانتباه لصالح المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية في مستوى الانتباه تعزى إلى العمر.

أهمية الدراسة:

إن أهمية الدراسة الحالية قد تكمن في تزويد معلمي التربية الخاصة باستراتيجيات مناسبة قابلة للتطبيق العملي في وقت قصير نسبياً، لخفض أعراض ضعف الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية بسيطة. كما ستقدم للمكتبة العربية بحثاً عملياً لعلاج ضعف الانتباه. وضعف الانتباه يعد من الاضطرابات التي تنتشر بين الأطفال المعاقين عقلياً وتسهم في رفضهم من جانب الأقران، والأدب التربوي يشير إلى أن أساليب تعديل السلوك قد تكون مناسبة وأكثر فعالية مع الأطفال ذوي الإعاقات وخاصة الأطفال المعاقون عقلياً كما تشير إلى ذلك الدراسات السابقة.

مبررات الدراسة:

- الحاجة إلى توظيف أساليب تعديل السلوك مع الأفراد ذوي الحاجات الخاصة وفي مراكز التربية الخاصة.

- وقد تكمن أهمية هذه الدراسة في كون استراتيجيتها قد تؤدي إلى التقليل من ضعف الانتباه لدى الأطفال، وبالتالي زيادة الفترة الزمنية التي يقضونها في أداء المهمات الأكاديمية بتركيز.

- كما يمكن أن تأتي هذه الدراسة لتساعد على الحد من أعراض ضعف الانتباه، وبالتالي تساعد هذه الفئة على الاندماج مع أقرانهم، وبالتالي تسهم إلى حد ما في دمجهم مع الأفراد العاديين وتحقق الدمج الذي تنادي به المحافل الدولية لما لمراكز الإيواء ومراكز التربية الخاصة من نتائج سلبية.

محددات الدراسة:

- تتحدد نتائج الدراسة بمدى تمتع أدوات الدراسة المستخدمة بدلالات صدق وثبات مناسبة لأغراض الدراسة.
- تتحدد نتائج الدراسة بناء على مدى دقة المراكز ووزارة التنمية الاجتماعية في تشخيص أفراد العينة وتصنيفهم على أنهم ذوي إعاقة عقلية بسيطة .
- اقتصار الدراسة على مركزين من مراكز التربية الخاصة في مدينة عمان.
- اقتصار الدراسة على الفئة العمرية من (٧-١١) سنة.

التعريفات الإجرائية

الإعاقة العقلية البسيطة (mild mental retardation)

هم الأطفال الذين تراوحت نسبة ذكائهم على اختبار ستانفورد بنيه ما بين (٥٢-٦٨) درجة ويتمتعون بمهارات شخصية ولغوية ومهنية مقبولة اجتماعياً ويتراوح أدائهم على مقياس السلوك التكيفي ما بين (١٩٢-٢٨٧) درجة، على المقياس الكلي.

البرنامج التدريبي (Training Program)

هو مجموعة من الأنشطة والمهام والإجراءات التي اعتمدت على النظرية السلوكية تم تطبيقها على مجموعة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، خلال (٦) أسابيع، بواقع (٢٤) جلسة، حيث حدد أهداف البرنامج وعناصره ومراحله بما يتناسب مع خصائص الأطفال وقدراتهم حتى يتسنى لهم أداء الأنشطة والمهام المطلوبة بشكلها المناسب لتحسين الانتباه.

ضعف الانتباه (Attention Deficit Disorder)

هو السلوك الذي يظهره الطالب من خلال مظاهر رئيسية، ولأغراض الدراسة فإن ضعف الانتباه يعبر عنه بالمظاهر السلوكية التي تقيسها أداة الدراسة (انظر الملحق رقم ١) ويعتبر الطفل لديه ضعف انتباه إذا حصل على درجة (١٥) فأكثر على أداة الدراسة.

التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement)

تقديم معززات مادية مثل (أقلام، دفاتر ، بالونات...الخ) ،وغذائية مثل (بسكويت، حلوى، ملابس...الخ) واجتماعية مثل (ممتاز، ثابر، بطل...الخ) للأطفال بعد الاستجابات الصحيحة مباشرة لزيادة احتمال تكرارها في المرات اللاحقة لتحسين الانتباه.

تكلفة الاستجابة (Response Cost)

إعطاء الأطفال مجموعة من المعززات المجانية، على شكل قصاصات من الورق لتستبدل بمعززات محببة للطفل في نهاية الجلسة، والطلب منهم المحافظة على أكبر قدر ممكن منها من خلال تجنب ممارسة الأنماط السلوكية غير المقبولة التي تعبر عن ضعف الانتباه، لأن القيام بأي من الأنماط السلوكية سوف يؤدي إلى خصم عدد محدد من تلك المعززات .

التغذية الراجعة (Feed Back)

تقديم معلومات توضح للطالب أمام زملائه سبب حصوله على المعززات أو سبب فقدانه للمعززات، مثال ذلك لقد حصل رامي هذا اليوم على علبة ألوان و بسكويت لأنه لم يخالف التعليمات التي على اللوحة والتزم بما طلبه منه معلمه، ولم يحصل حمزة على ما يحب لأنه لم يلتزم بما طلبه منه معلمه وخالف التعليمات التي على اللوحة وهذه التعليمات هي: انتبه جيداً لتعليمات المعلم، حاول إنهاء الواجب في الوقت المحدد، اكتب الواجبات على دفتر الملاحظات، استئن قبل أن تتكلم في الصف، أتم الواجب لكي تحصل على ما تحب.

تنظيم البيئة الصفية (Organization of Classroom Environment)

تعديل المنبرات (البصرية والسمعية والمادية) داخل الغرفة الصفية بالشكل الذي يساعد الأطفال على ضبط سلوكهم، وذلك بإجراء ترتيب للبيئة الصفية من قبل المعلم بصورة تعمل على تقليل المشتتات الجانبية وغير المهمة قدر المستطاع، وتحليل المهام للطلاب، وتنظيم المساحة الفيزيائية للصف بصورة تقلل من التشتت لدى الطلبة وتزيد انتباههم.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

حظي ميدان تعديل السلوك بشكل عام باهتمام متزايد في الأونة الأخيرة وعلى وجه الخصوص تعديل سلوك الأفراد المعاقين عقلياً، ويمكن تناول الدراسات المرتبطة بموضوع الدراسة على النحو الآتي:

أولاً: الدراسات العربية:

أجرى محمد (٢٠٠٣) دراسة بعنوان فعالية استخدام جداول النشاط المصورة في تحسين الانتباه لدى المعاقين عقلياً هدفت إلى التعرف على فعالية استخدام جداول النشاط المصورة في تحسين الانتباه لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً. ضمت مجموعتين متجانستين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة، قوام كل منهما خمسة أطفال تتراوح أعمارهم بين (٨-١٣) سنة، ونسب ذكائهم بين (٥٨-٦٧) ويعانون من اضطراب ضعف الانتباه، ولا يتعاطون أي عقاقير طبية يمكن أن تؤثر على نشاطهم وحيويتهم. وتم استخدام مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ومقياس اضطراب الانتباه الذي ترجمه الباحث، ومقياس الانتباه الذي أعده الباحث من خلال برنامج كمبيوتر يتضمن ثلاثة أجزاء يختص كل منها بقياس أحد المؤشرات الثلاثة المستخدمة لقياس الانتباه وهي: مدى الانتباه وزمن الرجوع ومعدل الاحتفاظ بالانتباه، إلى جانب البرنامج التدريبي المتضمن لجداول النشاط المصورة التي أعدها الباحث وطبقها على المجموعة التجريبية فقط. وأشارت نتائج المعالجة إلى حدوث تحسن ملحوظ في مدة الانتباه لأفراد المجموعة التجريبية، وأشارت إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة بين القياسيين القبلي والبعدي وعدم حدوث أي تغير ذو دلالة لدى أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

وقام كل من دببس والسماذوني (١٩٩٨) بدراسة هدفت إلى التعرف إلى فاعلية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب ضعف الانتباه لدى الأطفال المعاقين عقلياً، وشملت عينة الدراسة (١٠) أطفال من المعاقين عقلياً من معهد التربية الفكرية بشرق مدينة الرياض، حيث تراوحت أعمارهم بين (١١-١٥) سنة ثم قام الباحثان بتحديد مظاهر اضطراب ضعف الانتباه باستخدام قائمة كورنز لتقدير سلوك الطفل، وقائمة تقدير سلوك الطفل المأخوذ من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV). وبعد ذلك طبقت برنامج التدريب على

الضبط الذاتي، لمدة ثمانني عشرة جلسة، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً نفذت بشكل فردي، واشتمل البرنامج على مجموعة من المهمات التعليمية ومجموعة صور مطلوب تلوينها وخطوط مطلوب نسخها و كلمات وأشكال ومجموعة مكعبات خشبية ومسائل حسابية مطلوب مطابقتها وموضوعات قرائية مقررة وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن البرنامج التدريبي كان له فاعلية كبيرة في زيادة مدة الانتباه.

وقد أجرت الحسن (٢٠٠٣) دراسة بعنوان فعالية برنامج تعديل السلوك وضبط البيئة الصفية في خفض السلوكيات غير المقبولة لدى التلاميذ ذوي المعاقين عقلياً البسيطة، وهدفت الدراسة إلى مقارنة فعالية برنامج تعديل السلوك بفعالية برنامج تعديل السلوك وضبط البيئة الصفية في خفض السلوك غير المقبول لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية البسيطة أعمارهم من (٦-٨) سنوات.

تكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة الملتحقين بمعهد الأمل للأطفال المعاقين (القسم التربوي) في مملكة البحرين، تم توزيعهم على مجموعتين تجريبيتين متكافئتين، حيث بلغ متوسط أعمار المجموعة الأولى (٦٧، ٩١) شهراً بانحراف معياري قدره (٠٩، ٦) ومتوسط أعمار المجموعة الثانية بلغ (١٧، ٩٢) شهراً بانحراف معياري قدره (٣٤، ٦).

واستخدمت الباحثة ثلاث أدوات من إعدادها وهي:

استمارة ملاحظة السلوك، استمارة التعرف على المعززات، برنامج تعديل السلوك وضبط البيئة الصفية.

وأشارت نتائج الدراسة أنّ كل من برنامج تعديل السلوك وبرنامج تعديل السلوك وضبط البيئة الصفية في آن واحد أدى إلى خفض السلوك غير المقبول لدى أفراد الدراسة، كما وبيّنت النتائج أنّ برنامج تعديل السلوك وضبط البيئة الصفية في آن واحد أدى إلى خفض النشاط الزائد وسلوك العدوان وسلوك المقاطعة الكلامية بقدر أكبر مما حققه برنامج تعديل السلوك بمفرده.

وفي دراسة قامت بها بخش (٢٠٠١) هدفت إلى معرفة مدى فاعلية برنامج إرشاد أسري في خفض حدة اضطراب ضعف الانتباه لدى الأطفال المعاقين عقلياً حيث تكونت عينة الدراسة من (٤٢) طفلة من المعاقات عقلياً الملتحقات بمركز أمل للإباء الفكري في مدينة جدة، تراوحت أعمارهم من (٩-١٤) سنة، ونسبة ذكائهن بين (٥٦-٦٥)، تم تقسيمهن إلى

مجموعتين متساويتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، تضم كل منهما (٢١ طفلة) وكانت إحدى هاتين المجموعتين تجريبية. تم تطبيق برنامج الإرشاد الأسري المستخدم على أمهاتهن، في حين كانت المجموعة الثانية ضابطة غير خاضعة لأي إجراء تدريبي. وقد تم اختيار المجموعتين بطريقة عشوائية. واستخدمت الباحثة الأدوات التالية:

- مقياس ستانفورد - بينية للذكاء (الصورة الرابعة).

- مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

وتم تقديم البرنامج الإرشادي إلى أمهات المجموعة التجريبية، حيث اشتملت المرحلة الأولى من البرنامج على خمس جلسات، والمرحلة الثانية اشتملت على عشرين جلسة، وفي هذه الجلسات استخدمت الباحثة مهارات التواصل (إعادة الصياغة، لعب الدور، النمذجة، إلى جانب التعزيز، والتغذية الراجعة، حيث تم تخفيض الجلسات إلى ثلاث جلسات لكل مهارة باستثناء التغذية الراجعة لجلستين، بينما تم استخدام التعزيز بشكل مستمر مع كل جلسة. أما المرحلة الثالثة من البرنامج فقد تكونت من خمس جلسات، تم خلالها تدريب الأمهات على المهارات السابقة. وقد أظهرت النتائج فاعلية برنامج الإرشاد الأسري في الحد من ضعف الانتباه.

وقد قام محمد وفرحات (٢٠٠٣) بدراسة هدفت إلى التعرف على فعالية التدريب على استخدام جدول النشاط المصورة في الحد من أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال المعاقين عقلياً، وتألقت العينة من عشرة أطفال معاقين عقلياً تتراوح أعمارهم بين (٩-١٤) سنة ونسب ذكائهم بين (٥٧ - ٦٥) درجة. تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين متجانستين في العمر الزمني ونسبة الذكاء ومستوى فرط النشاط إلى جانب درجة اضطراب الانتباه، كما أنهما متساويتان في العدد أيضاً، وكانت أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتم استخدام الصورة الرابعة من مقياس ستانفورد، بينية للذكاء، ومقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط إضافة إلى البرنامج التدريبي المتضمن لجدول النشاط المصورة الذي أعده الباحثان وطبقاه على المجموعة التجريبية، وبيّنت الدراسة أن لجدول النشاط المصورة فعالية ذات دلالة إحصائية في الحد من أعراض اضطراب الانتباه.

وقد قام مخلف (٢٠٠٥) بدراسة عنوانها بعض أنماط السلوك غير العادية لدى الأطفال المعوقين عقلياً وعلاقتها بشدة الإعاقة والجنس في منطقة القصيم في المملكة العربية السعودية.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم إعداد أداة مكونة من خمسين فقرة وزعت على خمسة أنماط رئيسية هي: تشتت الانتباه، والعدوان، والانسحاب الاجتماعي، والسلوك النمطي، والنشاط الزائد. وتم التوصل إلى دلالات على ثبات الأداة باستخدام كرونباخ ألفا، وجميعها ذات دلالة إحصائية. وللإجابة على السؤال الأول لهذه الدراسة، تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، وأشارت النتائج إلى أن تشتت الانتباه كان أكثر الأنماط السلوكية انتشاراً لدى عينة الدراسة، ثم الانسحاب الاجتماعي، ثم النشاط الزائد، ثم السلوك النمطي ثم العدوان. وأشارت النتائج أيضاً إلى أنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير شدة الإعاقة والتفاعل ما بين الجنس وشدة الإعاقة العقلية على نمط ضعف الانتباه.

وقام يوسف (١٩٩٣) بدراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج تعزيز رمزي في خفض بعض السلوكيات غير التكيفية لدى الأفراد المعاقين عقلياً والتي شملت السلوكيات التالية: العدوان وضعف الانتباه والسلوك النمطي وتكونت عينة أفراد الدراسة من (١٠) طلاب معاقين عقلياً نصفهم من الذكور والنصف الآخر من الإناث تراوحت أعمارهم ما بين (٩ - ١٧) سنة، وأظهرت نتائج هذه الدراسة فاعلية برنامج التعزيز الرمزي في خفض سلوكيات العدوان واضطراب الانتباه والسلوك النمطي، وبلغت نسبة التحسن لمجمل السلوكيات غير التكيفية لمرحلة العلاج لجميع أفراد الدراسة (٦٩ %) ولمرحلة المتابعة (٧٢ %)، أما بالنسبة لسلوك العدوان فقد بلغت نسبة التحسن لمرحلة العلاج لجميع أفراد الدراسة (٧٢ %) ولمرحلة المتابعة (٧٨ %).

وقد قامت الخشرمي (٢٠٠٤) بدراسة لتدريب أسر الأطفال المصابين باضطراب الانتباه لتخفيف الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب وهدفت الدراسة إلى اكتشاف فعالية تدريب أسر الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه لعلاج المشكلات السلوكية التي تصاحب هذا الاضطراب. اشتملت عينة الدراسة على (٢٤) فرداً من أفراد الأسر الذين حضروا الورش التدريبية الخاصة بطريقة العد، تراوحت أعمارهم ما بين (٨-١٢) سنة، ولتحقيق هدف الدراسة، قامت الباحثة بتصميم برنامج تدريبي للأسرة مسترشدة بعدد من البرامج المعروفة في هذا المجال مصحوباً بطريقة فيلان (Phelan) للتربية الفعالة. وتضمن تطبيق البرنامج تدريب الأسر من خلال عدد من الجلسات لتوعية الأمهات بماهية اضطراب الحركة والانتباه وما يصحبه من سلوكيات ومواقف، إضافة إلى كيفية التفاعل مع المواقف المختلفة مع أبنائهم باستخدام طريقة

فيلان. وقد أعدت أوراق تذكيرية بما تم تدريبيه في كل جلسة بهدف تذكير الأمهات وتوعية الآباء بما يستوجب عليهم القيام به مع أطفالهم، وأعدت استمارة طبقت على أولياء الأمور قبل التدريب وبعده لجمع معلومات عن سلوك الطفل وكيفية تعامل الوالدين معه، ولقياس مدى فعالية البرامج المستخدمة في تدريب الأسر، وبيّنت النتائج أن البرنامج التدريبي كانت له فعالية في التقليل من أعراض الانتباه والسلوكيات المصاحبة لهذا الاضطراب.

و درس عبيد (١٩٩٢) المشكلات السلوكية الشائعة لدى طلبة الصفوف الثاني والثالث والرابع الأساسي في المدارس الخاصة في مدينة عمان، حيث بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (٣٤٧) طالباً وطالبة. وللتعرف على مثل هذه المشكلات تم توزيع استبانات على المعلمين والمعلمات الذين يدرسون طلبة هذه المرحلة لتحديد أهم المشكلات السلوكية التي يعتقد المعلمون والمعلمات أن الطلبة يعانون منها، وأشارت النتائج إلى أن أكثر أنماط المشكلات السلوكية شيوعاً لدى الطلبة بالترتيب هي: السلوك الفوضوي، تشتت الانتباه، الكذب، الغش، والعدوان، كما وبيّنت أن أنماط المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطلبة لا تختلف باختلاف الجنس أو مستوى الصف.

وقام بقله (١٩٩٠) بدراسة هدفت إلى التعرف على الاستراتيجيات التي يستخدمها المعلمون في التعامل مع المشكلات الصفية (السلوكية والأكاديمية) حيث اشتملت عينة الدراسة على (٢٢٦) معلماً ومعلمة إذ تم تطوير مقياس خاص مكون من ٢٤ موقفاً يمثل ١٢ مشكلة سلوكية وأكاديمية وطلب من المعلمين أفراد العينة الاستجابة بطريقة حرة عن الإجراءات التي يستخدمونها في التعامل مع الموقف المعطى لهم والذي يمثل إحدى المشكلات السلوكية أو الأكاديمية. بعد ذلك صنفت استجابات المعلمين ضمن استراتيجيات رئيسية هي (التعزيز، والعقاب، والسلوك الضاغط، واستراتيجيات أخرى، وعدم وجود استراتيجيات محددة). بيّنت النتائج أن أكثر الاستراتيجيات شيوعاً حسب رأي المعلمين في التعامل مع مشكلة ضعف الانتباه هي استراتيجية السلوك الضاغط (أي شيء يقوله ويفعله المعلم بهدف الضغط على الطالب ولكن لا يصل إلى حد العقاب) حيث احتلت الترتيب الأول تلاها في الترتيب الثاني استراتيجية السلوك التدعيمي تلاها عدم وجود استراتيجية محددة في التعامل مع هذه المشكلة في الترتيب الثالث تلاها استراتيجية التعزيز في الترتيب الرابع واستراتيجية العقاب في الترتيب الأخير.

وفي دراسة قام بها الشوارب (١٩٩٦) وجد فيها أن أكثر المشكلات شيوعاً لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة هي: الإكثار من الحركة داخل غرفة الصف، والانتقال من لعبة إلى أخرى، ومن نشاط إلى آخر بسرعة، وعدم القدرة على التركيز على موضوع معين لأكثر من خمس دقائق، والتشتت أثناء التحدث معهم أو سؤالهم، وعدم الاستجابة بالسرعة المناسبة.

وقد أجرى عبد الله (٢٠٠٠) دراسة بعنوان (اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال " دراسة ميدانية عن أطفال سوريين ") هدفت إلى التعرف إلى مستوى اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال، والفروق بين الذكور والإناث.

وقد شملت عينة البحث ١٩٠ طفلاً (١٠٥ من الذكور و٨٥ من الإناث) تراوحت أعمارهم ما بين (٤-٨) سنوات. وقد تم تطبيق المقاييس التي صُممت خصيصاً لهذه الغاية بعد حساب صدقها وثباتها من قبل مختصين في التربية، وقد وجد أن أعراض الاندفاعية قد احتلت المرتبة الأولى لدى الأطفال، وأن الأعراض جميعها أكثر انتشاراً بين الذكور منها بين الإناث، كما وأشارت النتائج أن هناك ارتباطاً مرتفعاً بين تقديرات الأهل وتقديرات المعلمين للأعراض ضعف الانتباه لدى الأطفال.

كما أجرى الزغولان (٢٠٠١) دراسة بعنوان فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة ضعف الانتباه لدى الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية على عينة من طلبة المرحلة الأساسية، حيث بلغ عدد أفراد الدراسة (٦٠) طالباً وطالبة، وزعت عشوائياً إلى مجموعتين مجموعة تجريبية عددها (٣٠) طالباً وطالبة ومجموعة ضابطة عددها (٣٠) طالباً وطالبة، وتضمن البرنامج السلوكي الذي تم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية استخدام استراتيجيتين من استراتيجيات تعديل السلوك هما تكلفة الاستجابة والتي تمثلت في خصم المعلم نقاطاً محددة من الطالب لدى قيامه بسلوك يدل على ضعف الانتباه والتعزيز التفاضلي للسلوك النقيض، وفي نهاية الجلسة كان المعلم يقوم باستبدال النقاط بناءً على قائمة توضح قيمة كل معزز، وتم الاستمرار في تطبيق البرنامج السلوكي مدة ستة أسابيع، ثم أجريت المتابعة بعد أسبوعين من توقف تنفيذ البرنامج، وقد أظهرت النتائج بعد المعالجة وأثناء فترة المتابعة بأن هناك فرقاً ذا دلالة بين المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج السلوكي والمجموعة الضابطة ولصالح المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن البرنامج السلوكي قد عمل على تحسين الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية.

كذلك أجرى الملكاوي (٢٠٠٣) دراسة هدفت إلى التعرف على فعالية أسلوب التعزيز الرمزي في علاج ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً ذكراً من الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية الموجودين في المدارس الأساسية في محافظة إربد، وقد تم اختيار العينة من (١١٤) طفلاً، تم ترشيحهم من قبل المعلمين وطبق البرنامج في (٦) عُرفٍ للمصادر، واستخدم الباحث استراتيجية التعزيز الرمزي التي تمثلت في تقديم التعزيز على شكل فيش مكونة من قطع بلاستيكية تستبدل بمعززات داعمة، وقد أظهرت النتائج بعد المعالجة أن هناك فروقاً ذات دلالة بين المجموعة التجريبية التي تعرضت للعلاج، والمجموعة الضابطة ولصالح المجموعة التجريبية، وهذا يدل على فعالية التعزيز الرمزي في خفض اضطراب ضعف الانتباه.

وكذلك قام القصاص (٢٠٠٢) بدراسة هدفت إلى تقصي أثر برنامج إرشاد جمعي لخفض السلوك الفوضوي لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في مدرسة حوارة الثانوية للبنين، في محافظة إربد. حيث قام الباحث بتطوير قائمة لقياس السلوك الفوضوي اشتملت على (٨٠) فقرة موزعة على ستة أبعاد هي: ضعف الانتباه والنشاط الزائد والعدوان والتخريب وخرق القوانين والقواعد الاجتماعية، كما طور الباحث برنامج الإرشاد الجمعي الذي تضمن مجموعة من المهارات التي خضع لها أفراد الدراسة للتدريب عليها حيث وُزعت العينة عشوائياً إلى مجموعتين، كل مجموعة تضم (١٢) طالباً. وقد تم تدريب المجموعة التجريبية على برنامج الإرشاد الذي اشتمل على: المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل، ومراقبة الذات، وأسلوب حل المشكلات، وتأكيد الذات، ولعبة السلوك الجيد، ومهارة الضبط الذاتي. وقد أظهرت النتائج أثر البرنامج الإرشادي المستخدم لصالح المجموعة التجريبية.

وهناك دراسة قامت بها أبو سويلم (٢٠٠٤) بعنوان فاعلية برنامج إرشاد جمعي في زيادة الانتباه الصفي في اللغة العربية والرياضيات لدى طالبات الصف الرابع الأساسي في عمان، هدفت هذه الدراسة إلى بناء برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي لزيادة الانتباه الصفي والتحصيل الدراسي لدى تلميذات الصف الرابع الأساسي في عمان. قامت الباحثة بتطبيق أداة ضعف الانتباه وسعة الذاكرة السمعية، وذلك لاختيار عينة الدراسة حيث تم تقسيم العينة إلى مجموعتين متساويتين بالطريقة العشوائية، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة عدد كل منها

(٧) تلميذات، وقد أعطيت المجموعة التجريبية برنامج إرشاد جمعي بواقع (١٢) جلسة وبمعدل (٤٥) دقيقة لكل جلسة. بينما المجموعة الضابطة لم تتلقَ أيّ برنامج إرشادي.

أظهرت نتائج تحليل التباين وجود فرق ذي دلالة عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ بين المجموعتين التجريبية والضابطة ، بينما لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في قياس المتابعة على بعد ضعف الانتباه ، وسعة الذاكرة السمعية والتحصيل الدراسي في اللغة العربية، إلا أنه يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التحصيل الدراسي في الرياضيات هذا يعني أن البرنامج الإرشادي قد عمل على زيادة الانتباه.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

قام سولانتو ماري (Solanto Mary, 1990) بدراسة بعنوان تأثير التعزيز وتكلفة الاستجابة على تأخر الاستجابة لدى مجموعة من أطفال لديهم اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط. وقد تمثلت العينة بمجموعة من الأطفال تم تشخيصهم على أنهم يعانون من ضعف الانتباه. وتم مقارنة أفراد عاديين كمجموعة ضابطة. وتم استخدام أسلوب التعزيز الإيجابي وتكلفة الاستجابة لعلاج ضعف الانتباه وأشارت النتائج إلى فعالية العلاج السلوكي المتمثل في استخدام التعزيز الإيجابي والعقاب في شكل تكلفة الاستجابة في تحسين استجابة الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه وأشارت النتائج أيضاً أنه لا يوجد أثر على المجموعات بشكل متميز بين إستراتيجيات العلاج السلوكي المستخدم.

وأجرى كل من أندريو وستيفن وفورنس (Andrew, Steven, Forness, 1985) دراسة هدفت إلى فحص مدى تكرار سلوك ضعف الانتباه ما بين حالات من الإعاقة العقلية البسيطة والشديدة على عينة مؤلفة من (٦٤٦) حالة من مدينتي كاليفورنيا، ولوس أنجلوس من ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتوسط والمنخفض، ومن أعراض مختلفة، وكان (٢٥٣) من صفوف الإعاقة العقلية الشديدة حيث شكل الذكور (٥٥%)، و(٣٩٣) من صفوف الإعاقة العقلية البسيطة حيث شكل الذكور (٥٧%)، وكان متوسط أعمارهم ما بين (١١، ١ - ١١، ٣) سنة. واستخدم الباحثون في جمع البيانات أسلوب الملاحظة المباشرة، في مدة زمنية مقدارها أربعة أيام. وأظهرت النتائج أن سلوك ضعف الانتباه يتمثل عند المجموعتين في أنماط سلوك مثل: التكلم مع الزملاء في أثناء أداء المهمات الأكاديمية، والخروج من المقعد، ورمي الأشياء. وأظهرت النتائج أن المظاهر السلوكية السابقة كانت عند ذوي الإعاقة العقلية الشديدة أعلى منها من عند فئة الإعاقة العقلية البسيطة. وبيّنت النتائج أن الأطفال ذوي ضعف الانتباه العالي لا يختلفون عن زملائهم من حيث العمر أو الجنس، ولا يختلف معدل ذكائهم عن الأطفال ذوي ضعف الانتباه المنخفض.

وأجرى بيرسون ويافي ولفلاند ولويس (Person, Yaffea, Loveland & Lewis, 1996) دراسة هدفت إلى المقارنة بين الانتباه المتصل، والانتباه الانتقائي لدى المعاقين عقلياً مع أو دون وجود النشاط الزائد. وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من (٤٣) طفلاً منقسمين إلى (٢٣) طفلاً من المعاقين عقلياً مع فرط النشاط الزائد، و(٢٠) طفلاً من المعاقين عقلياً، دون النشاط الحركي

المفرط. وقد تم تطبيق عدد من المقاييس من مثل مقياس ستانفورد بينيه في صورته الرابعة، ومقياس لقياس الانتباه المتصل والانتقائي ومقياس الإنجاز المتتابع، وأشارت النتائج إلى:

- يعاني المعاقون عقلياً ذوو فرط النشاط الحركي، وبدونه من اضطراب في الانتباه الانتقائي.
- تعاني الإناث المعاقات عقلياً من اضطرابات الانتباه أكثر من الإناث غير المعاقات في المجتمع الدراسي.

وأجرى ديبران (Deboran, 1996) دراسة هدفت إلى فحص اضطراب الانتباه لدى المعاقين عقلياً والأطفال ذوي الذكاء الطبيعي، وأشارت النتائج إلى أن الأطفال المعاقين عقلياً لديهم ضعف في اضطراب الانتباه أكثر من الأطفال ذوي الذكاء الطبيعي.

كما أجرى قرينولد وآخرون (Greenewald et al, 1996) دراسة بعنوان أثر تنظيم البيئة على سلوك الانتباه وقد أجريت هذه الدراسة على طفل يعاني من اضطراب ضعف الانتباه، حيث تم تسجيل حدوث فترات ضعف الانتباه من خلال الملاحظة المباشرة بشكل متكرر لمدة تسعة أيام داخل الغرفة الصفية. واستخدم الباحث تصميم (ABAB) لدراسة تأثيرات الإجراءات التدريسية المعتادة والإجراءات التدريسية الموصى بها لهذه الفئة. اختلفت فترة الخط القاعدي والتدخل من حيث التصميم المادي والإدارة والمنهاج وطريقة التدريس، وأشارت النتائج إلى أن التدخل السلوكي المستخدم أثر بشكل إيجابي وفعال، وأوصت الدراسة بأنه لا بُدَّ من إجراء دراسات للتأكد من أنه لربما متغير بيئي واحد يمكن أن ينتج تقليصاً ذا دلالة بشكل مماثل في سلوكيات الأطفال غير المناسبة، كما وأوصت بإجراء تعديلات كلية للبيئات الصفية عبر إطار زمني أطول لأن الأبحاث تشير أن المشكلات السلوكية قد تزيد مع تزايد طول التعرض لسياق أو مهمة معينة، كما وأوصت أيضاً بإجراء إستراتيجيات تدريبية سلوكية للأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه، وضرورة مراعات الفروق الفردية لحاجات الأطفال في البيئة الصفية.

ولقد وجد كو (Coe,1999) في دراسته التي بعنوان الاضطرابات الشائعة بين الأطفال المعاقين عقلياً أن اضطراب ضعف الانتباه من أكثر المشكلات السلوكية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال.

ويشير لاندري وتشابسكي (Landry and Chapeiski, 1990) أن الضعف في الانتباه الذي يعاني منه الأطفال المعاقون عقلياً احد الأسباب الرئيسية فيما يعانون من مشكلات لغوية واجتماعية وقصور عملية الاتصال والتواصل حيث تجدهم لا يستطيعون تركيز انتباههم على

مثير معين لفترة طويلة كما ويتشتت انتباههم بسهولة ويقل انتباههم عن أقرانهم من الأطفال العاديين.

وأجرى فابينو وآخرون (Fabiano et al, 2004) دراسة بعنوان تقييم ثلاثة إجراءات إقصاء للأطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه، وقد تم تطبيق برنامج الإقصاء على (٧١) طفل يعانون من أعراض اضطراب ضعف الانتباه، وقد استخدمت إستراتيجية الإقصاء عن التعزيز الإيجابي من أجل تعديل سلوك الأطفال ضمن برنامج علاجي مكثف تم فيه مقارنة حالات إقصاء قصيرة (٥) دقائق، طويلة (١٥) دقيقة ومتصاعدة أكثر من (١٥) دقيقة، ودلت الإجراءات على أن حالات الإقصاء كانت متوقفة على الإقصاء من أجل تقليص حدوث سلوك العدوان القسدي والتدمير للممتلكات وعدم الطاعة المتكرره داخل الصف والمشكلات السلوكية الأخرى التي تؤثر على تحصيل الطلاب، وأشارت النتائج إلى أن الإقصاء هو أحد الاستراتيجيات السلوكية الفعالة لتقليص السلوك غير الملائم لدى الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه.

وأجرى هيولين وزملاؤه (Hueilin et al, 2002) دراسة بعنوان التدريب السلوكي لآباء أطفال تاوانيين لديهم أعراض اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط، وقد أجريت هذه الدراسة على (٢٣) طفل أعمارهم من (٦-٣) سنوات وتم اختيار آبائهم للمشاركة في هذه الدراسة، أكمل (١٤) من بين الآباء (٢٣) البرنامج التدريبي، وتم تشخيص هؤلاء الأطفال من قبل الآباء والمعلمين بعد تطبيق قائمة تشخيص ضعف الانتباه وتم استخدام عدة أدوات لتقييم مخرجات المعالجة منها: مقياس السلوك المضطرب نموذج الآباء، وملاحح انتباه الطفل، واستجابة المواقف البيئية. وأشارت نتائج الدراسة أن البرنامج التدريبي الإرشادي للوالدين قلل من أعراض الانتباه وفرط النشاط والانفصالية ومن السلوكيات غير الملائمة لدى أفراد الدراسة في البيت بشكل ذا دلالة إحصائية بعد التدريب، وكان هناك تراجع ذي دلالة في شدة الأعراض والسلوكيات غير الملائمة في البيت مع تقدم التدريب.

كذلك أجرى ديبول وزملاؤه (dupaul et al, 1992) دراسة تهدف إلى التعرف على فاعلية تكلفة الاستجابة عند اقترانها بغيرها من الإجراءات الأخرى في ضبط السلوك الصفي، وتحسين الأداء الأكاديمي، تكونت العينة من طالبين اثنين أعمارهم (٦ و ٧) سنوات، وكان أحدهم يتناول عقاراً لتطوير قدراته على الانتباه، وكان هذان الطالبان ملتحقين بصف خاص

للطلبة الذين يعانون من اضطرابات للسلوك، ويشرف على التدريب في هذا الصف معلم رئيسي وآخر مساعد له، وقد استخدم الباحثون التصميم ذا الخطوط القاعدية المتعددة خلال فترات الأداء الأكاديمي في القراءة واللغة لتقييم فعالية إجراء تكلفة الاستجابة لوحده، وكذلك من خلال اقتراحه بإجراءات أخرى على أداء الطالبين الأكاديمي والسلوكي، تم تنفيذ البرنامج الذي كان يهدف إلى التدريب على الانتباه خلال فترتي عمل أكاديمي تستمر كل منهما من (١٥ - ٢٠) دقيقة، أشارت النتائج أن تكلفة الاستجابة أظهرت تحسین واضح تمثل في زيادة انتباه الطالبين أثناء أداء المهمة، كما وقلل من أعراض اضطراب ضعف الانتباه، وحسنت الأداء الأكاديمي وكان لها دور فاعل في زيادة استقلالية الطلاب في أدائهم للمهام الأكاديمية.

وفي مراجعة لمجموعة من الدراسات قام بها فيور ورفاقه (fior et al, 1993) وجد أن تكلفة الاستجابة كان لها أكبر الأثر في تحسين سلوك الانتباه الموجه الذي يبديه الطالب أثناء المهمة كما أن استخدام بعض الباحثين لهذا الإجراء السلوكي من خلال أجهزة إلكترونية كانت تثبت على مقاعد الأطفال داخل الصف تسمح للمعلم بخصم النقاط من خلال جهاز تحكم، أدت إلى تحسين سلوك الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه وزيادة مدة انتباههم وقدراتهم على إتمام الواجبات المدرسية، كما تحسنت استجاباتهم السلوكية، وبينت النتائج أيضاً أن تكلفة الاستجابة كانت أكثر فعالية من التعزيز الإيجابي في تطوير سلوك الانتباه الموجه أثناء أداء المهمة التعليمية وإتمام الواجبات المدرسية.

واستخدم ريكمان (Rickman,1996) تكلفة الاستجابة والتعزيز الإيجابي لمساعدة اثنين من طلبة الصف الثاني الابتدائي كانا يعانيان من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على زيادة فترة انتباههما داخل الصف، وكان ذلك يتضمن خسارة معززات على شكل نقاط تبعاً للقيام بالسلوك غير المقبول في غرفة الصف، بالإضافة إلى كسب المزيد من النقاط لدى قيامهم بالسلوك المقبول، وكان يتم تنفيذ هذا الإجراء من خلال وضع صندوق على مقعد الطالب يحتوي سطحه الأمامي على عداد رقمي وضوء أحمر، وكل دقيقة كان الطالب يعزز على قيامه بالسلوك المقبول. وقد كان يتم إضاءة الضوء الأحمر لدى قيامه بالسلوك غير المقبول مثل عدم انتباهه للمهمة أو عدم أدائه للمهمة المطلوبة منه أو قيامه بسلوك فوضوي، وعندها يتم خصم نقطة من الطالب، والنقاط المتبقية كان يتم استبدالها بمجموعة من المعززات، وقد أشارت النتائج إلى أن سلوك ضعف الانتباه قد انخفض لدى هذين الطالبين بشكل ملحوظ.

وقام كيرن ورفاقه (Caryn et al , 2000) بدراسة في جامعة تكساس بعنوان تأثير كل من أسلوبَي التعزيز وتكلفة الاستجابة على أداء ودافعية الطلاب ذوي ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وهدفت هذه الدراسة إلى البحث في العوامل التي تؤثر في فاعلية التعزيز وتكلفة الاستجابة على دافعية الطلاب ذوي ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في التعلم وأدائهم في مادة الرياضيات. وتمثلت الإجراءات في اختيار مجموعتين مجموعة ضابطة وعدد أفرادها (٤٠) طالب (٢٧ ذكور، ١٣ إناث) ومجموعة تجريبية وعدد أفرادها ٤٠ طالب (٢٧ ذكور، ١٣ إناث). وكان العمر الزمني لأفراد الدراسة من (٨-١٢ سنة). تم تشخيص أفراد المجموعة التجريبية على أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه من خلال تطبيق معايير تشخيصية تم الحصول عليها من خلال مقابلات تم إجراؤها مع أولياء الأمور والمعلمين حيث أشاروا إلى ظهور أعراض ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وتم اختيار أفراد المجموعة الضابطة من مدارس ابتدائية حكومية وتم وصفهم من قبل معلمهم بأنهم لا يعانون من مشاكل في التعلم والسلوك، وبعد ذلك تم الحصول على إذن رسمي من قبل أولياء أمور الطلبة المشاركين، وتم توضيح التعليمات لأفراد الدراسة بأنهم سيقومون بحل مهمة حسابية تتكون من مئة مسألة وعليهم أن يحاولوا تصحيح تلك المشكلات في أسرع وقت ممكن.

وتم الاتفاق معهم على أساليب العلاج وهي:

١- نظام التعزيز، حيث أعطي الطلبة مجموعة من المعززات بعد تصحيحهم لكل المشكلات الحسابية.

٢- نظام تكلفة الاستجابة، حيث أعطي الطلبة مجموعة من القصاصات في بداية المهمة وتم خصم القصاصات منهم بعدد المشكلات التي لم يتم تصحيحها.

وتم تطوير أداة قياس صممت لتقييم إدراكات وتوقعات الطلبة نحو أدائهم ودافعتيهم، وأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية أسلوبَي تكلفة الاستجابة والتعزيز في زيادة دافعية أفراد المجموعة التجريبية، كما وبيئت أيضاً أن تكلفة الاستجابة كانت أكثر فاعلية من التعزيز في تحسين الأداء عند الطلاب في تحصيلهم في مادة الرياضيات وزيادة دافعتيهم في التعلم.

وفي دراسة قام بها ميسر ورفاقه (Musser et al, 2001) بعنوان خفض السلوك الفوضوي لدى ثلاثة أطفال تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب انفعالي، حسب أنظمة ولاية نيويورك، وكذلك تم تشخيصهم حسب (DSM-IV) على أنهم يعانون من اضطراب ضعف

الانتباه، وقد كان هؤلاء الطلبة يتلقون تعليمهم في الصف العادي على يد معلم عادي يساعد معلم تربية خاصة. وقد تم استخدام برنامج متعدد العناصر، حيث اشتمل البرنامج على التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة وبعض الاستراتيجيات المصاحبة مثل تنظيم الغرفة الصفية، والالتزام بالتعليمات والقواعد داخل الصف. وقد طبقت هذه الأساليب على ثلاثة طلاب كمجموعة تجريبية وطلبان آخران كمجموعة ضابطة. كان جميعهم من الطلبة السود، حيث تضمنت المجموعة التجريبية اثنين من الذكور أعمارهم من (٨-١٠) سنوات وطالبة واحدة عمرها (٩) سنوات. تم استخدام الملاحظة المباشرة لقياس السلوكيات وبيّنت النتائج أن لهذا البرنامج فعالية كبيرة في خفض السلوك الفوضوي وعلاج ضعف الانتباه.

كما أجرى كندال وآخرون (Kendal et al, 1976) دراسة هدفت إلى معرفة فعالية العلاج السلوكي والعلاج المعرفي لضبط الاندفاعية وقام الباحث بتطبيق العلاج السلوكي على طفل عمره (٩) سنوات يعاني من ضعف الانتباه، واستخدم في العلاج المعرفي أسلوب التعليمات الذاتية (التنظيم الذاتي) وفي العلاج السلوكي استخدم استراتيجية تكلفة الاستجابة وتم تطبيق البرنامج على السلوكيات المستهدفة (غير الملائمة) طبقاً لتصميم متعدد الفترات الأساسية، وكانت النتائج إيجابية لكل السلوكيات المستهدفة بعد التقييم البعدي.

وكذلك أجرى أرنولد وآخرون (Arnold et al, 2004) دراسة بعنوان تسعة أشهر من المعالجات السلوكية متعددة المكونات لضعف الانتباه وهدفت لمعرفة فعالية العلاج السلوكي والعلاج الطبي وقد قام بفحص تأثير علاج (MedMgt) على عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه تم تشخيصهم من قبل (الآباء والمعلمين) وتأثير العلاج السلوكي الذي استخدم فيه استراتيجيات سلوكية متعددة مثل تنظيم البيئة الصفية والتعزيز والنمذجة وغيرها من الإجراءات السلوكية. وقد أشارت النتائج بعد تسعة أشهر من العلاج السلوكي والطبي إلى أهمية استمرار العلاج السلوكي. وقد استمر العلاج السلوكي والطبي إلى (١٤) شهر وأشارت النتائج إلى أن الدواء والمعالجات السلوكية كانت متفوقة بشكل ذي دلالة على المعالجات السلوكية مع المحافظة على المركز النسبي للمعالجات السلوكية مقارنة باستراتيجيات معالجة أخرى.

وقام روبرت وآخرون (Roberts et al, 1997) بدراسة التعديلات الصفية المفيدة لتدريس أطفال الذين يعانون من ضعف انتباه وقد قام بتقييم الطرق العديدة التي يستخدمها معلمو المدارس مع أطفال اضطراب ضعف الانتباه وقد تبين أن أهم هذه الطرق وأكثرها فعالية

بالترتيب من الأكثر فعالية إلى الأقل فعالية هي: (تنظيم البيئة الصفية، والاقتصاد الرمزي، التعاقد السلوكي، التنظيم الذاتي).

وقد أجرى كارلسون ولين (Carlson & Leanne, 2000) دراسة بعنوان تأثير التعزيز وتكلفة الاستجابة على دافعية وأداء الطلاب الذين يعانون من أعراض اضطراب ضعف الانتباه وأشارت النتائج إلى فعالية تكلفة الاستجابة والتعزيز في تحسين أداء ودافعية الطلاب الذين يعانون من ضعف الانتباه.

كما أجرى ويقل وآخرون (Wigal et al, 1998) دراسة لمعرفة أثر التعزيز والمتابعة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط وقد تم تشخيص هؤلاء الأطفال من قبل المعلمين والآباء على أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه وقد استخدم الباحث مقاييس الإحباط وأداء التعلم، وأشارت النتائج إلى أن فعالية التعزيز في تطوير الاستجابة لدى الأطفال العاديين أكثر من الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه؛ لأنهم يحبطون بسهولة ويخفقون في تطوير استجاباتهم إذا لم تعزز بطريقة مباشرة.

وفي مراجعة لدراسات قام بها جونسون وآخرون (Johansen et al, 2002) لمعرفة سلوك الأفراد الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه، وقد بينت الدراسات أن سمة معظم الاضطرابات النفسية تتمثل في عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية وأشارت النتائج أيضاً إلى أن عدم الانتباه هو سمة معظم الاضطرابات النفسية وأن لها جذوراً متغيرة عن الاندفاعية وفرط النشاط وأشارت أيضاً إلى أن أعراض ضعف الانتباه إلى حد كبير تنجم عن قصور وظيفي في جهاز الدوبامين (Dopamine) وأن فروع الطاقة الدوبامينية العديدة قد لا تكون قاصرة وظيفياً لدى جميع الأفراد ذوي اضطراب ضعف الانتباه. أما من ناحية أسباب المرض فإن القصور الوظيفي للدوبامين ربما يتحدد بشكل رئيسي وراثياً وأحياناً يستحث من خلال العوامل البيئية مثل إساءة استعمال العقاقير والملوثات (الصبغات) الأمر الذي يفسر الفروقات الجغرافية في معدلات الانتشار لهذا الاضطراب.

وقد قام زنتال (Zental, 1993) بمراجعة حول الدلالات التربوية لاضطراب ضعف الانتباه وقدم ملخصاً عن المشكلات الأكاديمية الرئيسية لطلبة اضطراب ضعف الانتباه وبين مدى ثانوية أعراض اضطراب ضعف الانتباه كما وإنها ليست كجزء من عجز معرفي. وأوصى

بتعديل البيئة الصفية والتعزيز من أجل زيادة التحصيل الأكاديمي لهذه الفئة والتقليل من السلوكيات غير الملائمة.

كما قام هدسون الان (Hudson Alan, 1997) بدراسة بعنوان فعالية التدريس الصفّي لأطفال اضطراب ضعف الانتباه. وهدفت هذه الدراسة إلى إجراء مقارنة بين كفاءة التّدخلات السلوكية لاضطراب ضعف الانتباه وبين التّدخلات السلوكية المعرفية وبيّنت نتائج هذه الدراسة إلى كفاءة التّدخلات السلوكية المعرفية وأشارت إلى أهمية التركيز على المعلم والإدارة الجيدة وتنظيم البيئة الصفية بشكل أفضل من أجل زيادة مدة الانتباه لدى هؤلاء الأفراد.

وفي دراسة قام بها انهولت وآخرون (Anhalt et al, 1998) بعنوان الأساليب السلوكية لإدارة سلوك الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه وقد تم إجراء هذه الدراسة على طفلة عمرها (٦) سنوات تعاني من إعاقة عقلية واضطراب ضعف الانتباه، وبيّنت النتائج أهمية تنظيم البيئة الصفية واستخدام برامج سلوكية تعتمد على التعزيز أو النمذجة أو الإقصاء، كما وقدمت هذه الدراسة حزمة معالجاتٍ شاملةٍ للأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه.

وكذلك أجرى روبيلابث (Robelia Beth, 1997) دراسة بعنوان إرشادات العمل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من كل الأعمار، وقدمت مجموعة من التّدخلات السلوكية التي لا بد من إجرائها مع الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب مرتبة حسب الأهمية (تنظيم البيئة الصفية، تغذية راجعة، تعزيز إيجابي، التعليم بمساعدة الأقران، استخدام علاج الريبثالين (Ritalin)).

أما الدراسة التي قام بها أسكيو باربارا (Askew Barbara, 1993) هدفت إلى التعرف على ممارسات مدرسي التربية الخاصة في التعامل مع طلبة اضطراب ضعف الانتباه، وقد أجريت الدراسة في جامعة سانت اوزافير في الولايات المتحدة واستطلعت هذه الدراسة آراء (٣٠٠) مدرس تربية خاصة حول الممارسات الفعالة للتدخل لدى أطفال لديهم اضطراب ضعف الانتباه والممارسات الفعالة للتدخل حسب آراء عينة الدراسة والتي تمثلت ٦١% من أفراد الدراسة تمثلت بـ (١٨٣)، وبيّنت النتائج أن ٦٨% منهم فضلوا جعل الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه يجلسون بالقرب من المعلم و٦٦% منهم فضلوا تدريس الطلاب الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه في مدارس التربية الخاصة، وأكثر من ٧٠% أوصوا أن

يتم تحليل المهمات إلى أجزاء صغيرة وفضل ٩٠% تقديم تغذية راجعة لهذه الفئة و ٨٨% فضلوا استخدام أسلوب الضبط الذاتي في علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه.

وكذلك أجرى فلك و جراد (Flick & Grad, 1996) في نيويورك في الولايات المتحدة الأمريكية دراسة بعنوان فاعلية تدريب أسر الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه، و ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. وقدمت هذه الدراسة العديد من الإجراءات العملية للآباء للتعامل مع السلوكيات غير الملائمة لهؤلاء الأطفال، و مجموعة من التقنيات من أجل إدارة السلوك لمساعدة الآباء على رعاية الطفل الذي يعاني من أعراض ضعف الانتباه.

وقدمت الدراسة معلومات حول التدخلات الطبية والإرشادات وإدارة البيئة الصفية والمعالجات مثل (علاج النطق واللغة، الدعم الخاص للآباء).

وبينت نتائج الدراسة أن للعلاج الأسري فعالية كبيرة في التقليل من أعراض ضعف الانتباه والسلوكيات غير الملائمة المرافقة له.

وقد أجرى لابوني و دوقلاس (Laboni & Douglas, 1995) دراسة بعنوان تأثير التعزيز وتكلفة الاستجابة على مجموعة من الأطفال لديهم ضعف في الانتباه. وقدمت هذه الدراسة أساليب التدريس باستخدام إستراتيجية تكلفة الاستجابة ودورها في تحسين استجابات الطلاب الذين يعانون من ضعف الانتباه وإستراتيجية التعزيز المستندة على تقليل السلوك بأنواعها المتعددة من أجل تحسين الانتباه والتقليل من السلوكيات غير الملائمة وبيّنت النتائج إلى أن تكلفة الاستجابة والتعزيز كان له أثر كبير في تحسين استجابات هذه الفئة من الأطفال والتقليل من السلوكيات غير المرغوبة.

وفي دراسة قام بها باركلي وروسل (Barkely & Russel, 1999) بعنوان أثر تأخر الاستجابة عند الأطفال الذين يعانون من أعراض ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وهدفت إلى مراجعة الدراسات والأدلة العلمية التي تؤكد على القصور في تأخر الاستجابة، وبيّنت أن القصور يوجد بشكل ثابت ومرتببط بسلوكيات الأطفال الذين يعانون من ضعف انتباه. وأشارت نتائج الدراسة التي تتفق مع نتائج العديد من الدراسات، أن ضعف الانتباه يخلق قصوراً في كل مجال من المجالات الوظيفية لدى الفرد ويمكن أن ينتج عن ضعف الانتباه اضطرابات نفسية أخرى والتي توجد غالباً بشكل مشترك مع ضعف الانتباه مثل اضطراب المزاج والقلق والتوتر وغيرها.

وقد أجرى جريجوري ووليام (Gregory and William, 2003) دراسة بعنوان فعالية التعزيز والتغذية الراجعة في التقليل من أعراض ضعف الانتباه والسلوكيات غير الملائمة المرافقة له، وأجريت الدراسة على طفل عمره (٨) سنوات و (١١) شهر في الصف الثالث تم تشخيصه بأن لديه ضعف انتباه و مشكلات سلوكية صفية وأداء أكاديمي ضعيف. وكان يتم ملاحظة الطفل لمدة خمسين دقيقة، وملاحظة طفل آخر من أجل المقارنة بينه وبين هذا الطفل. كما وأكد مدرسوه أن هذا الطفل لديه أعراض ضعف الانتباه. وتمثلت الإجراءات بعد ذلك بأن المعلم المستشار التقى بمدرس التعليم العام ومدرس التعليم الخاص، وقدم استشارات هدفت إلى تعديل الأهداف الممكنة لدى هذا الطفل وقد تضمن البرنامج استخدام التعزيز بعد الاستجابات الملائمة وتقديم التغذية الراجعة من المعلم عند القيام بسلوك غير ملائم، وكان يتم توبيخ الطفل بعد أي سلوك لا ينسجم مع أهداف سلوكه الملائم، وأشارت النتائج إلى التحسن أثناء المهمة وإلى تناقص في السلوك المضطرب، وقد تم الحكم على المعالجة بأنها صادقة اجتماعياً، لأن المدرسين قبلوها بالإجماع، ورأوا أن سلوك الطفل تعطل في حدود المعايير السلوكية لدى زملائه في الصف، وأكدت نتائج الدراسة أيضاً على أهمية تعديل وتنظيم البيئة الصفية من أجل الحصول على أفضل النتائج وزيادة فعالية المعالجة السلوكية.

وهناك دراسة قامت بها ماري بث وزملاؤها (Mary Beth, et al, 1997) بعنوان تأثير التغذية الراجعة الإيجابية على التفاعلات الاجتماعية لأطفال ذوي ضعف الانتباه وفرط النشاط. تمثلت عينة الدراسة (١٢٠) طفل تتراوح أعمارهم بين (٨ - ١١)، (٩٠) منهم كانوا أطفالاً بدون مشكلات سلوكية أو تعلم (كمجموعة ضابطة) و (٣٠) الباقين تم تشخيصهم بعيادة الطب النفسي بأنهم يعانون من اضطراب ضعف انتباه، وتم تنفيذ إجراءات التغذية الراجعة بأساليب متعددة من أجل التحقق من فرضيات الدراسة باستخدام الفيديو والاستبيانات، وأشارت نتائج الدراسة أن التغذية الراجعة التي كانت تقدم لأفراد الدراسة غير واقعية ومشوهة في طبيعتها وبعد تقديم التغذية الراجعة الإيجابية للمجموعة التجريبية أصبح هؤلاء الأطفال أقل قلقاً وتوتراً بإثبات جدارتهم الإيجابية وقلت أعراض ضعف الانتباه والمشكلات السلوكية المصاحبة لها وهذا يدل على فعالية إجراءات التغذية الراجعة الإيجابية في تحسين السلوكيات غير الملائمة عند الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه.

وقد قام فريزر وميرل (Frazier and Merrell, 1997) بمراجعة لدراسات في المعالجات السلوكية لضعف الانتباه وفرط النشاط في ضوء نتائج الأبحاث الحديثة وأشارت معظمها إلى مايلي :

- تقديم لمحة سريعة عن اضطراب ضعف الانتباه والاستراتيجيات التقليدية التي جرى استخدامها لمعالجة هذا الاضطراب.

- مناقشة مراحل المعالجات للسلوكية (الدوائية، المعرفية، السلوكية المعرفية) وكفاءتها.

- قدمت عرضاً مفصلاً حول أساليب المعالجات السلوكية ومن ضمنها مزايا وسلبيات المعالجات السلوكية، والمتغيرات التي تؤثر على النتائج والادلة على كفاءة المعالجة، ومراجعة لإجراءات تدريب الوالدين.

وأشارت النتائج بعد تفحص دراسات وأدبيات العلاج أن أساليب العلاج المتعدد - الطبي، المعرفي، السلوكي - قد تكون مفيدة بشكل أفضل في التقليل من أعراض ضعف الانتباه وشدته.

وفي مراجعة لدراسات قام بها ابريموتز وساسان (Abramowitz & Sasan, 1991) عن التداخلات السلوكية للطلبة الذين لديهم أعراض ضعف انتباه، حيث استعرض التداخلات السلوكية لمعالجة اضطراب ضعف الانتباه، وبيّنت الدراسة أن الغالبية العظمى من الدراسات ركزت على نتائج السلوك، واستخدمت الاستراتيجيات السلوكية التالية (الاقتصاد الرمزي، وتنظيم البيئة الصفية، والتعزيز الايجابي، وإجراءات تقليل السلوك المعتمدة على التعزيز، والتدخلات السلوكية المعرفية، والتعديلات الصفية، وتدريب وتثقيف الوالدين، والعلاج المشارك الدوائي، والتدريب على المهارات الاجتماعية وضبط الغضب وحل المشكلات والعلاج الأسري والعلاج الفردي) في التقليل من أعراض ضعف الانتباه، والسلوكيات غير الملائمة المرافقة له. وأشارت الدراسة أن كل التدخلات السابقة لها تأثيرات ايجابية في التقليل من أعراض ضعف الانتباه و أنه لا بد من الاهتمام بهذه الفئة مبكراً، ووضع الخطط العلاجية المبكرة لها، وذلك حتى لا تؤدي إلى مشكلات سلوكية أخرى فيما بعد.

كما أجرى انا ميراندا وجيسوس (Ana Miranda & Jesus, 2000) دراسة بعنوان كفاءة العلاج السلوك المعرفي في علاج ضعف الانتباه مع العدوانية أو بدونها، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة كفاءة العلاج المعرفي (الضبط ذاتي) والسلوكي (التعزيز الايجابي، و الاقتصاد الرمزي،

تكلفة الاستجابة) في علاج أعراض ضعف الانتباه، وتمثلت عينة الدراسة من (٣٢) طفلاً يعانون من اضطراب ضعف الانتباه خمسة وعشرون من الذكور، وسبع إناث تتراوح أعمارهم من (٩- ١٢) سنة، تم استقطابهم من خمسة عشر مدرسة في قشتالة في إسبانيا، ثلاث عشرة مدرسة حكومية ومدرستان خاصتان، تم تشخيصهم بناءً على ما يلي:

استبانه ضعف الانتباه، مقياس كونرز التصنيفي.

مقياس كونرز لتصنيف المعلمين، قائمة المشكلات في المدرسة.

مقياس تصنيف الضبط الذاتي، نموذج المعلم لتقييم المهارات الاجتماعية.

مقياس المشكلات السلوكية تم تطبيقه في بيئات مختلفة (المدرسة، البيت، مع الأصدقاء).

تم تقسيمهم إلى مجموعات متساوية، (١٦) يعانون من اضطراب ضعف الانتباه مع العدوانية، وستة عشر طفلاً يعانون من اضطراب ضعف الانتباه دون عدوانية، وقد قام في تطبيق هذا البرنامج معالجان يحملان درجة الدكتوراه في علم النفس خبراء في هذا المجال، وتم تطبيق هذا البرنامج لمدة مقدارها ثلاثة أشهر، والمقاييس والاختبارات المستخدمة في التشخيص، تم استخدامها لتقييم كفاءة البرنامج، وطبقت المقاييس قبل المعالجة وبعد المعالجة وبعد الانتهاء من المعالجة بشهرين. أشارت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية البرنامج (المعرفي و السلوكي) في علاج أعراض ضعف الانتباه، ولوحظ أن لهما تأثيرات إيجابية ليست فقط في الأعراض الأساسية لضعف الانتباه، ولكن على مشكلات سلوكية أخرى ترتبط بضعف الانتباه. وكذلك كان هناك تحسنات واضحة في كل المتغيرات التي تم تحديدها للأطفال ضعف الانتباه وأشارت أيضا إلى أنه لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في كفاءة البرنامجين.

وفي دراسة قام بها ستورات ورفاقه (Stewart et al, 2001) لمعرفة أثر خصائص الطفل على تقبل المدرسين والاستراتيجيات السلوكية الصفية المناسبة لمعالجة ضعف الانتباه، وهدفت الدراسة إلى معرفة مدى تقبل المدرسين لتدخلات عادية وتدخلات سلوكية صفية، وتدخلات دوائية لمعالجة ضعف الانتباه، ودراسة الاختلافات في تقبل المدرسين للإستراتيجيات المتعددة، ومدى تقبل المدرسين للأطفال الذين يعانون من ضعف انتباه باختلاف جنسهم، وما الأعراض التي تظهر لديهم. تألف مجتمع الدراسة من مئة وتسع وخمسين مدرساً للمرحلة الابتدائية تراوحت أعمارهم من (٢٥ - ٦٥) سنة من مناطق تعليمية مختلفة (١٤٧) من الإناث

اشتملت التدخلات السلوكية على (تنظيم بيئة الصف، وتعديلات التدريس، وتدخلات الأقران، والتنظيم الذاتي) هذه الإجراءات القائمة على الأدلة العلمية تهدف إلى معالجة الأطفال الذين يعانون من أعراض اضطراب ضعف الانتباه داخل غرفة الصف، تم تطبيق إجراءات التعزيز الإيجابي والتعاقد السلوكي على طفل يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، تم تشخيصه من قبل المعلمين والأهل، حيث أشاروا أنه بحاجة إلى تدخل علاجي، أظهرت النتائج بعد تطبيق هذه الاستراتيجيات أن أداء الطفل الأكاديمي في الاختبارات ارتفع بشكل ذي دلالة مقارنة بالطلاب خلال تطبيق البرنامج، وتحسن الطفل أكاديميا مقارنة بالأعوام السابقة، وقلت أعراض ضعف الانتباه والسلوكيات غير الملائمة بشكل ملحوظ.

وفي دراسة قام بها برايس أن (Price, Ann 2002) بعنوان مقارنة التغذية الراجعة الفورية مقابل التغذية الراجعة المؤجلة على الألفاظ غير الملائمة، لطالب يعاني من أعراض ضعف الانتباه. هدفت هذه الدراسة إلى دراسة التغذية الراجعة الفورية ومدى ممدد والذي يتم توصيله عبر وسيلة مساعدة توضع في الأذن نظام (FM)، مقارنة بتغذية راجعة ومدى مؤجل، وقد أجريت هذه الدراسة على طفل عمره (١٠) سنوات تم إجراء فحص أكاديمي له قبل (٩) أشهر من بدء إجراء هذه الدراسة وأشار الفحص بأن لديه اضطراب ضعف الانتباه، وضعف سمعي وقد تم استخدام نظام (FM) وهو نظام يستخدم لمساعدة الطلاب ذوي فقدان السمع أحادي الجانب، أو ذوي الحد الأدنى من الضعف السمعي، تم إجراء الدراسة في مدرسة ابتدائية، كانت مدة الجلسة تسعين دقيقة تنفذ كل يوم في حصة الرياضيات، وقد تم تقديم التغذية الراجعة الفورية بعد الاستجابات الصحيحة لهذا الفرد، واستخدم تصميم المعالجات البديلة لحالة واحدة، لتقييم الفعالية التفاضلية للتغذية الراجعة الفورية، التي تم تقديمها من خلال سماعة (FM) مقارنة بالتغذية الراجعة المؤجلة التي تم تقديمها في نهاية الجلسة، وأشارت النتائج إلى أن التغذية الراجعة الفورية أكثر فعالية في تقليل أعراض ضعف الانتباه، والسلوكيات غير الملائمة، كما هي التغذية الراجعة المؤجلة.

كما بينت الدراسات أنه عند تقديم التغذية الراجعة التصحيحية المؤجلة قلّ العدد الكلي للألفاظ غير الملائمة وعند تقديم التغذية الراجعة التصحيحية والتعزيز فوراً من خلال استخدام نظام (FM) تناقصت السلوكيات المستهدفة (غير الملائمة) أكثر.

نستخلص من عرض الدراسات ما يلي:

- إن مظاهر اضطراب ضعف الانتباه تكون أكثر وضوحاً لدى الأطفال المعاقين عقلياً عند مقارنتهم بالأطفال العاديين والأطفال الذين يعانون من إعاقات أخرى.
- تنوعت الأساليب العلاجية المختلفة للتقليل من أعراض اضطراب ضعف الانتباه.
- معظم الدراسات أجريت على المجتمع الأجنبي وقليل من الدراسات أجريت على المجتمع العربي.
- أوضحت نتائج الدراسات فاعلية العلاج السلوكي للتقليل من أعراض ضعف الانتباه المرافقة له أو التي تنتج عنه.
- إن غالبية الدراسات استخدمت برامج العلاج السلوكي والعلاج المعرفي والعلاج الطبي.
- إن معظم الدراسات اعتمدت على معايير (DSM-IV) في تشخيص أعراض اضطراب ضعف الانتباه.
- عدم وجود أي تعارض بين نتائج جميع الدراسات التي أجريت لعلاج ضعف الانتباه.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل أفراد الدراسة وتصميم البحث، وأدوات الدراسة متضمنة دلالات صدقها وثباتها إضافة إلى الإجراءات التي تم إتباعها في تطبيق البرنامج. أفراد الدراسة:

تمثل أفراد هذه الدراسة في الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة الملتحقين بمركزين للتربية الخاصة في مدينة عمان. وقد تم اختيار هذين المركزين بطريقة قصدية؛ لأن عدد الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة الملتحقين بهما يزيد عن (١٠٠) طفل، حيث تم تطبيق أداة الدراسة (أداة مستوى ضعف الانتباه) على جميع الأفراد الذين يعانون من إعاقة عقلية بسيطة شخّصوا من قبل وزارة التنمية الاجتماعية والمراكز بأن لديهم إعاقة عقلية بسيطة، وذلك على ضوء نتائج اختبار ستانفورد بينيه، ومقياس السلوك التكيّفي.

بلغ عدد أفراد الدراسة (٤٠) طفلاً وطفلة في المركزين تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين (٩١) طفلاً وطفلة حصلوا على درجة (١٥) على أداة ضعف الانتباه. بعد ذلك تم توزيع هؤلاء الطلاب بطريقة عشوائية بسيطة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية حيث تألفت المجموعة التجريبية من (٢٠) طفلاً وطفلة والمجموعة الضابطة من (٢٠) طفلاً وطفلة ويبين الجدول رقم (١) توزيع أفراد الدراسة حسب نوع المجموعة ومتغير العمر.

جدول (١)

توزيع أفراد العينة حسب نوع المجموعة ومتغير العمر

العمر المجموعة	أقل من ٩ سنوات	أكثر من ٩ سنوات	المجموع
التجريبية	٨	١٢	٢٠
الضابطة	١٠	١٠	٢٠
المجموع	١٨	٢٢	٤٠

أداة الدراسة:

تم بناء أداة ضعف الانتباه بالاستناد إلى كل من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV)، واستبيان تشخيص حالات ضعف الانتباه والحركة الزائدة والاندفاعية لدى الأطفال - استبيان المعلم - (الزراد، ١٩٩٩).

وقد تألفت الأداة من (١٥) فقرة تغطي الأنماط السلوكية التي تمثل مستوى ضعف الانتباه - انظر الملحق رقم (١).

تكونت كل فقرة من فقرات الأداة من ثلاثة بدائل تمثل الإجابة عنها تدريجياً، ودرجة

المعاناة من هذا النمط السلوكي وفق التدرج التالي:

لا ينطبق عليه	صفر
- ينطبق عليه بشكل متوسط	درجة واحدة
- ينطبق عليه بدرجة كبيرة	درجتان

وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على أداة مستوى ضعف الانتباه بين (صفر و ٣٠) درجة، ويمثل الارتفاع في الدرجة الكلية على بعد مستوى الانتباه دليلاً على شدة معاناة الطفل من ضعف الانتباه، فكلما زادت درجة الطفل على الأداة زادت شدة معاناته لأعراض ضعف الانتباه.
صدق الأداة:

تم التوصل إلى دلالة الصدق المنطقي بعرض الأداة على (٢٥) محكماً من أساتذة التربية الخاصة والإرشاد في كلية العلوم التربوية في الجامعة الأردنية، ومديري ومعلمي مراكز التربية الخاصة، وتم الأخذ بملاحظاتهم وآرائهم على فقرات الأداة، والتي انصبت على تعديل الصياغة اللغوية للفقرات واستبدال بعض الكلمات بكلمات أخرى، وتم اعتماد الفقرات التي كانت نسبة الاتفاق عليها ٨٠% فأكثر، وعدلت الأداة بناءً على ذلك حتى وصلت لمحتواها النهائي (انظر الملحق رقم ١).

وتوفرت أدلة صدق المحتوى اعتماداً على بناء فقرات الأداة جميعها على الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية بحيث مثلت فقرات الأداة محتويات فقرات الدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM-IV).

الأهداف الخاصة:-

- أن يكمل الطالب المهام والأنشطة الصفية في الوقت المحدد.
- أن يتابع الطالب تفاصيل الدرس بشكل مناسب.
- أن لا ينشغل الطالب بذاته وبأدوات الدراسة.
- أن لا ينسى الطالب أدوات الكتابة والرسم.
- أن ينفذ الطالب تعليمات المعلم بشكل صحيح.
- أن تزيد فترة الانتباه لدى الطالب للمهام والأنشطة بما يتناسب مع صعوبة المهمة.
- أن يقوم الطالب بالأعمال والمهام داخل الصف وخذّه.
- أن لا يتحرك الطالب حركات غير هادفة.
- أن يلتزم الطالب بقواعد الانتظام والضبط الصفّي.
- أن ينظم الطالب دفتر كتابة الواجبات بشكل مرتب.

إجراءات الدراسة:

١- تم تدريب ست معلمات تم اختيار طلابهن أفراداً في العينة التجريبية التي سيطبق عليها البرنامج على كيفية تطبيق البرنامج، حيث تضمن التدريب خمس جلسات للمعلمات مدة كل جلسة (٤٠) دقيقة. تضمنت الجلسة الأولى والثانية عرضاً نظرياً تم تعريف المعلمات خلالها بالتعزيز الإيجابي، والتغذية الراجعة، وتكلفة الاستجابة، وكيفية إجراء التعديلات المناسبة في البيئة الصفية، وكيفية تنفيذ البرنامج خلال الجلسة التدريبية، وفي الجلسة الثالثة والرابعة والخامسة تم توضيح ما جاء في الجانب النظري بشكل عملي من خلال جلسات تدريبية تم تنفيذها أمام المعلمات في المركزين، وفي نهاية التدريب تم توزيع دليل عملي للبرنامج السلوكي على المعلمات تضمن أهداف البرنامج وعناصره ومراحل تنفيذه، واقتراحات حول كيفية تنظيم البيئة الصفية وآلية صرف المعززات. كما تم أخذ إذن من أولياء الأمور وطلب الباحث منهم توقيع عقد خطي قبل البدء بتطبيق العلاج السلوكي على أفراد الدراسة مراعاة لحقوقهم وحقوق أبنائهم (انظر الملحق رقم ٢).

٢- الاختبار البعدي: تم تطبيق هذا الاختبار في نهاية الأسبوع السابع بعد الانتهاء من البرنامج السلوكي مباشرة.

٣- اختبار المتابعة: تم تطبيق هذا الاختبار في نهاية الأسبوع العاشر بعد ثلاثة أسابيع من الانتهاء من تطبيق البرنامج السلوكي.

البرنامج التدريبي

تم تطبيق البرنامج السلوكي على مدار (١٠ أسابيع) حيث تم تدريب المعلمات في الأسبوع الأول على خطوات تنفيذ البرنامج بواقع خمس جلسات تدريبية، وطبق برنامج العلاج السلوكي من بداية الأسبوع الثاني حتى نهاية الأسبوع السابع بواقع أربع جلسات في الأسبوع، مدة كل جلسة (٤٠) دقيقة، حيث بلغ عدد الجلسات (٢٤) جلسة، وفي نهاية الأسبوع العاشر طبق اختبار المتابعة.

مراحل البرنامج التدريبي :

المرحلة الأولى:- (اختيار المعززات).

تم تقديم معززات يومية بناء على أسئلة وجهت للمعلمات للتعرف على المعززات المفضلة بالنسبة لهذه الفئة، (انظر الملحق رقم ٥) وتم توفير معززات بأشكال مختلفة:

١- معززات غذائية: واشتملت على توفير بعض الأغذية المناسبة للطالب مثل البسكويت، والحلوى، والشكولاته...الخ.

٢- معززات مادية: واشتملت على تقديم بالونات وقرطاسيه بأشكال وألوان مختلفة، ودفاتر رسم، وميداليات، وأقلام ونجوم...الخ.

٣- معززات نشاطية: واشتملت على ممارسة الطالب لمهارات حركية وأنشطة محببة له، مثل اللعب بكرة القدم، اللعب بالأرجوحة...الخ.

٤- معززات اجتماعية: واشتملت على الثناء اللفظي مثل أحسنت، ممتاز، جيد جداً، ثابر، بطل...الخ.

وفي الأسابيع الأخيرة من البرنامج تم التركيز على المعززات النشاطية والاجتماعية أكثر من المعززات المادية والغذائية وذلك لضمان استمرارية التحسن في الانتباه بعد العلاج.

المرحلة الثانية:- (الاختبار القبلي)

تم تحديد سلوك ضعف الانتباه لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة باستخدام أداة مستوى ضعف الانتباه (الاختبار القبلي) وبدأت المعلمات بعد ذلك بتطبيق البرنامج السلوكي، حيث أعلن للطلاب بأنهن سيبدأن معهم برنامجاً جديداً لتحسين مستوى الانتباه لديهم داخل الصف، وتم توضيح طبيعة هذا البرنامج. ومنذ اليوم الأول من بدء تطبيق البرنامج قامت المعلمات بتطبيق الاستراتيجيات السلوكية والتي تمثلت بما يلي:

أولاً:- تنظيم البيئة الصفية:

ويركز هذا الأسلوب على ضرورة العمل على تنظيم البيئة الصفية من قبل المعلمات بصورة تعمل على تقليل المشتتات الجانبية وغير الهامة قدر الإمكان، وتنظيم المساحة الفيزيائية للصف بصورة تقلل من التشتت لدى الطلبة الذين يعانون من ضعف الانتباه. ويمكن تنفيذ هذا التدخل من خلال الخطوات التالية:

- تقليل المشتتات الجانبية والتي ليس لها علاقة بأداء المهمات التعليمية (كتقليل الأدوات المراد استخدامها في تادية المهمات التعليمية بدلاً من وضع القلم والمسطرة والمحاة والكتب على الطاولة عند إعطاء درس في القراءة يمكن الإبقاء على الكتاب المدرسي والمسطرة وإخفاء باقي الأدوات).

- استخدم المعينات البصرية لتساعد على جذب انتباه الطلبة، كتلوين الأسئلة المراد الإجابة عنها بألوان زاهية.

- السماح للطلبة بالعمل في أماكن خاصة هادئة بعيدة عن المشتتات أثناء تأديتهم للمهام المعطاة، وذلك لمساعدة الطلبة على زيادة تركيزهم واهتمامهم في المهمات المعطاة لهم.

- تحليل المهمات المعطاة من قبل المعلمات للطلاب إلى خطوات واضحة وصغيرة قبل إعطائها لهم.

- إعطاء مقدار من الوقت للانتقال من خطوة لخطوة ومن مهمة لمهمة.

- التقليل قدر المستطاع من التعليمات المعطاة، والتركيز على إعطاء التعليمات الواضحة.

- تهيئة الطلبة بشكل دائم لما سيتم القيام به في الخطوات اللاحقة خطوة خطوة.

- تزويد الطلبة بالتغذية الراجعة بشكل دوري مع التركيز على جوانب القوة في أداء الطفل.

- التركيز على الأساسيات وتجاهل الخوض في التفاصيل.
- التعزيز المستمر للطالب على تقدمه التدريجي في إنجازه للخطوات المطلوبة منه لتأدية المهمات.

ثانياً: تكلفة الاستجابة:

تم منح الطلاب عدداً من القصاصات بداية الجلسة العلاجية، حيث وضعت أمام الطالب في سلة صغيرة تم صناعتها من الورق المقوى وثبتتها على جانب المقعد، بحيث كان يقوم الطالب بوضع القصاصات فيها في بداية الجلسة العلاجية، ويتم استبدال القصاصات في نهاية الجلسة العلاجية بمعززات، وعلقت لوحة كتب عليها السلوكيات التي يجب على الطلبة أن يحرصوا على القيام بها للحصول على الجوائز، وتم كتابة اللوحات بطريقة جذابة، ولافتة للنظر، وبخط واضح ومقروء من قبل الطلبة و تم تذكير الطلبة بهذه السلوكيات في بداية كل جلسة تدريبية وهي:

- انتبه جيداً لتعليمات المعلم.
- حاول إنهاء الواجب في الوقت المحدد.
- اكتب الواجبات على دفتر الملاحظات.
- استنئذ قبل أن تتكلم في الصف.
- أتم الواجب لكي تحصل على ما تحب.

ثم وضحت المعلمات للطلبة الإجراءات الروتينية التي ستتم خلال كل جلسة تدريبية وهي:

- أ- منح الطلبة في بداية كل جلسة تدريبية عشرين نقطة مجانية على شكل قصاصات وتم إعلام الطلاب بأنه يجب عليهم المحافظة على أكبر قدر ممكن منها من خلال الامتناع عن القيام بالسلوكيات التي تدل على ضعف الانتباه المحددة على اللوحة.
- ب - في نهاية كل جلسة تدريبية يجمع ما تبقى لدى الطالب من النقاط المجانية الممنوحة له، بحيث تكون ثمناً للمعزز الذي سيحصل عليه وكان ثمن الحصول على المعزز الواحد (٥) قصاصات من الورق في أول ثلاثة أسابيع من التطبيق وفي الأسابيع اللاحقة تم زيادة عدد القصاصات للحصول على المعزز بحيث أصبح ثمن المعزز الواحد (١٠) قصاصات.

ثالثاً- التعزيز الإيجابي:

تم تعزيز الطلاب الذين التزموا بالسلوكيات المكتوبة على اللوحة التي تزيد من انتباه الطالب وتم تعزيز الطلاب بمعززات بسيطة (قلم أو حبة ملابس أو حبة حلو) مباشرة لزيادة فترة انتباهه.

مثال ذلك:- أنت بطل لقد كتبت واجبك بشكل صحيح وأكملت واجبك الصفي مع زملائك خذ حبة الشكولاته هذه لك.

رابعاً- التغذية الراجعة:

تم في نهاية الجلسة العلاجية تقديم تغذية راجعة تعزيزية أو تصحيحية. حيث تم تقديم معلومات توضح للطالب أمام زملائه لماذا فقد هذه القصاصه ؟ ولماذا تم منحه معززات مجانية ؟ وكيفية المحافظة على انتباهه وزيادته للحصول على معززات أكثر، وتم تقديمها كما يلي:-

أ- تغذية راجعة تعزيزية:-

وتم تقديمها في نهاية الجلسة التدريبية للطالب أمام زملائه بعد صرف المعززات. ومثال ذلك لقد حصل سائد هذا اليوم على علبه ألوان وبسكويث وثلاثة أقلام لأنه لم يخالف التعليمات على هذه اللوحة. إذا أراد احد منكم أن يأخذ كما أخذ سائد، يجب أن يفعل كما فعل ويقوم بتطبيق ما يطلبه منه المعلم.

ب- تغذية راجعة تصحيحية:-

وتم تقديمها للطالب إذا لم يحصل على أي من المعززات نتيجة فقدانه للنقاط المجانية. مثال ذلك لم يحصل رائد على ما يحب كما حصل سائد لأنه لم يلتزم بما طلبه منه معلمه. إذا أردت أن تحصل على ما تحب يا رائد لا تخالف ما يطلبه منك معلمك.

وقامت المعلمات بتقديم المهارات الأكاديمية وتدريب الطلاب بشكل طبيعي على النحو المخطط له مسبقاً، حتى إذا أظهر الطالب سلوكاً يدل على ضعف الانتباه قامت المعلمة بخصم نقطة من النقاط التي بحوزة الطالب بعد إعلامه بذلك وتفسير السبب له. وفي نهاية الجلسة تقوم المعلمة بجمع ما لدى الطالب من النقاط المجانية واستبدالها بالمعزز الملائم.

تم تصميم نموذج لمعرفة مدى التزام المعلمات بتنفيذ البرنامج كما هو مطلوب منهم (انظر الملحق رقم ٤)، حيث تم زيارة كل معلمة من المعلمات مرتين في الأسبوع للتأكد من

سير التطبيق للبرنامج السلوكي وللإجابة على استفساراتهم. حيث اعد الباحث النموذج على شكل قائمة شطب تضمنت عشر فقرات متدرجة كما يلي: (يطبق بشكل كبير، يطبق بشكل متوسط، يطبق بشكل قليل) تم صياغة الفقرات بطريقة سلوكية قابلة للقياس والملاحظة، وخلال زيارة المعلمة أثناء التنفيذ كان يتم تطبيق قائمة الشطب في كل مرة وتدون الملاحظات الإضافية، وحسب المتوسط لمدى التزام كل معلمة على مدار الملاحظات المتعددة التي أخذت لها. وبناءً على ذلك وجد أن هناك التزاماً كبيراً من قبل المعلمات بتنفيذ البرنامج السلوكي إذ كان المتوسط العام للمعلمات جميعاً يزيد عن ٩٠%.

المرحلة الثالثة:- (الاختبار البعدي)

في نهاية الأسبوع السابع تم تطبيق الاختبار البعدي.

وبعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج تم الالتقاء مع المعلمات والتعرف منهن على إيجابيات وسلبيات البرنامج. وقد أبدت المعلمات إعجابهن ببساطة وسهولة تطبيق هذا البرنامج وفعاليتيه في تحسين الانتباه و السلوكيات غير الملائمة عند الطلبة.

المرحلة الرابعة:- (اختبار المتابعة)

تم بعد ثلاثة أسابيع من التوقف عن البرنامج السلوكي متابعة سلوك أفراد الدراسة للتحقق من تعميم السلوك المكتسب، حيث تم إجراء الاختبار باستخدام ذات الأداة التي استخدمت في الاختبار القبلي والبعدي.

التصميم والمعالجة الإحصائية:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات شبه التجريبية التي سعت لتحديد فاعلية برنامج سلوكي في تحسين الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة وفيما يلي تحديد لمتغيرات الدراسة.

١- المتغيرات المستقلة:

- البرنامج السلوكي (المتمثل بالاستراتيجيات السلوكية المطبقة على أفراد المجموعة التجريبية)
- العمر (أقل من ٩ سنوات وأكثر من ٩ سنوات).

٢- المتغير التابع:

- درجات الأفراد على أداة مستوى ضعف الانتباه.

وقد تم استخدام تصميم شبه تجريبي لمجموعتين باختبار قبلي وبعدي وذلك لملاءمته لطبيعة هذه الدراسة والذي يمكن تمثيله بالنموذج التالي:

قياس قبلي _____ معالجة _____ قياس بعدي _____ قياس متابعة

قياس قبلي _____ لا معالجة _____ قياس بعدي _____ قياس متابعة

المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج	المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج
O O	O X O

وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين، وذلك على علامات الأداة، والمقارنة بين الاستجابات المختلفة ولغرض التأكد من مدى دلالة هذه الفروق إحصائياً، تم استخدام تحليل التباين (ANCOVA) أخذاً بعين الاعتبار الفروق بين المجموعتين على الاختبار القبلي.

الفصل الرابع

النتائج

الفصل الرابع

النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى تصميم برنامج سلوكي لتحسين الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، وقياس فعالية هذا البرنامج عن طريق المقارنة بين مجموعتين من الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه، إذ تم تعريض المجموعة التجريبية للبرنامج السلوكي في حين أن المجموعة الضابطة لم يتم إخضاعها للبرنامج السلوكي. وتحديداً حاولت هذه الدراسة اختبار الفرضيات التالية:-

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على الاختبار البعدي في مستوى الانتباه لصالح المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية في مستوى الانتباه تعزى إلى العمر. ولفحص فرضية الدراسة الأولى تم استخراج المتوسطات المعدلة للأداء على الاختبار البعدي (أداة مستوى ضعف الانتباه) بعد أخذ متغير التغيرات (الأداء على الاختبار القبلي) بعين الاعتبار والجدول (٢) يبين ذلك:

جدول (٢)

المتوسطات المعدلة لأداء أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على أداة مستوى ضعف الانتباه بعد الأخذ بعين الاعتبار متغير التغيرات (الأداء على الاختبار القبلي).

المجموعة	المتوسط البعدي المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	٦,٦١	٠,٦٣٩
الضابطة	١٩,٢٩	٠,٦٣٩

يتضح من الجدول رقم (٢) أن المتوسط المعدل للمجموعة التجريبية بلغ (٦,٦١) بينما بلغ هذا المتوسط بالنسبة للمجموعة الضابطة (١٩,٢٩) لذا يتضح من الجدول (٢) أن هناك فرقا ظاهرياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، ولمعرفة فيما إذا كان هذا الفرق ذا

دلالة عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ فقد تم استخدام تحليل التباين (ANCOVA) للأداء على الاختبار البعدي (أداة مستوى ضعف الانتباه) بعد الأخذ بعين الاعتبار متغير التباين (لأداء على الاختبار القبلي) والجدول رقم (٣) يبين ذلك:

جدول (٣)

نتائج تحليل التباين للفروق بين متوسط المجموعتين على الاختبار البعدي على أداة ضعف الانتباه بعد الأخذ بعين الاعتبار متغير التباين (الأداء على الاختبار القبلي).

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
الاختبار القبلي	١٩٥,٣٥	١	١٩٥,٣٥	٢٥,٢٦	٠,٠٠٠
بين المجموعات	١٤٤٥,٨٠	١	١٤٤٥,٨٠	١٨٦,٩٥	٠,٠٠٠
داخل المجموعات	٢٨٦,١٥	٣٧	٧,٧٣	-	-
الكل المعمل	١٧٣٥,٩٠	٣٩	-	-	-

تشير نتائج تحليل التباين كما تظهر في الجدول رقم (٣) إلى أن لأسلوب المعالجة (البرنامج السلوكي) أثراً ذا دلالة إحصائية على مقدار التحسن الناتج لدى المفحوصين فقد كانت قيمة ف بدرجات حرية (١-٣٧) ١٨٦,٩٥ وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05 = α) وهذا يعني أن البرنامج السلوكي له أثر في تحسين الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية.

ثم تم إجراء اختبار متابعة لمعرفة مدى تأثير البرنامج على مستوى درجة ضعف الانتباه بعد توقف البرنامج لفترة زمنية. وقد تم استخراج متوسط درجات المجموعة التجريبية الضابطة على أداة مستوى ضعف الانتباه لمرحلة المتابعة ومقارنتها بمتوسط درجات المجموعة التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي.

والجدول رقم (٤) يبين ذلك:

جدول (٤)

المتوسطات المعدلة لأداء أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على أداة مستوى ضعف الانتباه بعد الأخذ بعين الاعتبار متغير التغيرات (الأداء على الاختبار البعدي).

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	٧,٥٦	٠,٧٤١
الضابطة	١٩,٦٤	٠,٧٤١

يتضح من الجدول رقم (٤) أن المتوسط المعدل للمجموعة التجريبية بلغ (٧,٥٦) بينما بلغ المتوسط المعدل للمجموعة الضابطة (١٩,٦٤) لذا يتضح من الجدول رقم (٤) أن هناك فرقاً ظاهرياً بين المجموعة التجريبية والضابطة.

ولمعرفة فيما إذا كان الفرق ذا دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ فقد تم استخدام تحليل التغيرات (ANCOVA) للأداء على اختبار المتابعة (أداة مستوى ضعف الانتباه) بعد الأخذ بعين الاعتبار الأداء على الاختبار البعدي والجدول رقم (٥) يبين ذلك.

جدول (٥)

نتائج تحليل التغيرات للفرق بين المجموعتين على اختبار المتابعة على أداة مستوى ضعف الانتباه بعد الأخذ بعين الاعتبار متغير التغيرات على الاختبار البعدي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
الاختبار القبلي	١٩٣,٢٠	١	١٩٣,٢٠	١٨,٥٨	٠٠٠
بين المجموعات	١٣١٠,٤٧	١	١٣١٠,٤٧	١٢٦,٠١	٠٠٠
داخل المجموعات	٣٨٤,٨٠	٣٧	١٠,٤٠	—	—
الكلّي المعدل	١٧٠١,٦٠	٣٩	—	—	—

تشير نتائج تحليل التغيرات في الجدول رقم (٥) أن لأسلوب المعالجة (البرنامج السلوكي) أثراً ذا دلالة إحصائية على مقدار التحسن الناتج لدى المفحوصين فقد كانت قيمة (ف) بدرجة حرية (٣٧ - ١) ١٢٦,٠١ وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة

($\alpha = 0.05$) وهذا يعني أن البرنامج السلوكي استمر تأثيره على الأفراد بعد توقف العلاج السلوكي.

أما بما يتعلق بالفرضية الثانية فقد تم استخراج المتوسطات المعدلة للأداء على الاختبار البعدي (أداة مستوى ضعف الانتباه) حسب متغير العمر والجدول رقم (٦) يبين ذلك.

جدول (٦)

المتوسطات الحسابية واختبار (ت) لفحص أداء أفراد المجموعة التجريبية على أداة مستوى ضعف الانتباه حسب متغير العمر.

مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	متوسط الأداء البعدي	العدد	المجموعة التجريبية فئة العمر
٠,٧٦٠	٠,٣١	٢,٨٠	٧,١٣	٨	أقل من ٩ سنوات
		٢,٥٤	٧,٥٠	١٢	أكثر من ٩ سنوات

ويتبين من خلال الجدول رقم (٦) أن المتوسط المعدل للأفراد الذين أعمارهم (أقل من ٩ سنوات) هو (٧,١٣) وانحراف معياري (٢,٨٠) وللأفراد الذين أعمارهم (أكثر من ٩ سنوات) هو (٧,٥٠) وانحراف معياري (٢,٥٤) ويتضح من خلال الجدول السابق أنه ليس هناك أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لصالح العمر بين أفراد المجموعة التجريبية.

الفصل الخامس

المناقشة والتوصيات

يتضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، بالإضافة إلى مجموعة من التوصيات المنبثقة عنها، اهتمت الدراسة الحالية بمعرفة فعالية برنامج سلوكي في تحسين الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة. وقد صممت هذه الدراسة لفحص الفرضيات البحثية التالية:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على الاختبار البعدي في مستوى الانتباه لصالح المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية في مستوى الانتباه تعزى إلى العمر.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط تحصيل المجموعتين التجريبية (التي طبق عليها البرنامج السلوكي) والضابطة (التي لم يطبق عليها البرنامج السلوكي) على أداة مستوى ضعف الانتباه لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يدعم الفرضية البحثية التي نصت على أنه يوجد أثر لطريقة المعالجة في تحسين الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية.

ومن الممكن أن تعزو فعالية البرنامج السلوكي في تحسين الانتباه لدى أفراد العينة التجريبية إلى الأسباب التالية:

أولاً:

أن أفراد المجموعة التجريبية تلقوا تدريباً فعالاً يقوم على أربع استراتيجيات سلوكية هي (التعزيز الإيجابي، والتغذية الراجعة، وتكلفة الاستجابة، وتنظيم البيئة الصقية) وهذه الاستراتيجيات أثبتت فعاليتها بشكل كبير ودورها في تنمية السلوكيات الإيجابية، والتقليل من أعراض ضعف الانتباه وقد بدأ أثر البرنامج واضحاً على أفراد المجموعة التجريبية وهذا ما أكدته الدراسات السابقة.

ثانياً:

إن استراتيجية تعديل البيئة الصفية وإجراءات تحليل المهمات التعليمية والتقليل من المشتتات السمعية أو البصرية هي من الاستراتيجيات التي تؤدي إلى تحسين سلوكيات الأفراد بشكل إيجابي وهذا ما أكدته نتائج الدراسات السابقة.

ثالثاً:

تعتبر تكلفة الاستجابة من الاستراتيجيات المهمة في تعديل السلوك وأكثرها تأثيراً على سلوك الإنسان وهذا ما أكدته نتائج العديد من الدراسات. وكذلك أبدت المعلمات أثناء لقاء الباحث الأسبوعي إعجابهن بهذا الأجراء، حيث أكدت إحدى المعلمات بأنها أخذت تطبيق إستراتيجية تكلفة الاستجابة للتقليل من السلوك الفوضوي والسلوكيات غير الملائمة التي تظهر عند الأطفال المعاقين عقلياً.

رابعاً:

يعتبر التعزيز الإيجابي بأشكاله المتعددة من أكثر إستراتيجيات تعديل السلوك استخداماً وفعالية، وذلك لأنه يرتبط بحاجات الأطفال ويعتبر حافزاً لزيادة دافعهم نحو الإبقاء على السلوك المناسب، وهذا ما أكدته نتائج الدراسات السابقة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال منها:

نتائج الدراسة التي قام بها سولانتو ماري (Solanto Mary, 1990) التي هدفت إلى معرفة فعالية التعزيز وتكلفة الاستجابة في معالجة ضعف الانتباه حيث بيّنت نتائج هذه الدراسة فعالية العلاج السلوكي المتمثل في استخدام التعزيز الإيجابي وتكلفة الاستجابة في تحسين الانتباه لدى أفراد العينة التجريبية.

وتتفق هذه الدراسة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة قرينولد وزملاؤه (Greenewald et al, 1996) حيث طبقت هذه الدراسة على مجموعة من الأطفال المعاقين عقلياً وأشارت النتائج إلى فعالية التدخل السلوكي المتمثل في تنظيم البيئة الصفية في تحسين الانتباه لدى أفراد الدراسة. وتتفق مع نتائج الدراسة التي قام بها ريكمان (Rickman, 1996) التي أظهرت فعالية التعزيز الإيجابي وتكلفة الاستجابة في التقليل من أعراض ضعف الانتباه لدى أفراد الدراسة.

al, 2000) على (٨٠) طالباً من الذكور والإناث تراوحت أعمارهم بين (٨-١٢) سنة حيث أكدت النتائج على فعالية العلاج السلوكي المتمثل في تأثير كل من أسلوبَي التعزيز وتكلفة الاستجابة على زيادة دافعية الطلاب والتقليل من أعراض ضعف الانتباه.

كما أكدت دراسة أنهولت وزملاؤها (Anhalt et al, 1998) التي طبقت على طفلة عمرها (٦) سنوات فعالية العلاج السلوكي المتمثل في تنظيم البيئة الصفية والتعزيز والنمذجة في التقليل من أعراض ضعف الانتباه.

كما وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسة التي قام بها جريجوري ووليام Gregory (and William, 2003) على طفل عمره (٨) سنوات و(١١) شهر يعاني من مشكلة ضعف الانتباه التي أظهرت فعالية التغذية الراجعة والتعزيز في التقليل من أعراض ضعف الانتباه .

وكما تتفق مع الدراسة التي قامت بها ماري بث (Mary Beth et al, 1997) على (١٢٠) طفل تراوحت أعمارهم من (٨-١١) حيث أكدت على فعالية التغذية الراجعة الإيجابية في تحسين سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه.

كذلك تتفق هذه الدراسة مع نتائج الدراسة التي قام بها برايس آن (Price Ann, 2002) وقد طبقت تلك الدراسة على طفل عمره (٨) سنوات لديه ضعف الانتباه حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية التغذية الراجعة الفورية والتعزيز في التقليل من أعراض ضعف الانتباه والسلوكيات غير الملائمة عند مقارنتها بالتغذية الراجعة المؤجلة.

وقد أكدت نتائج اختبار المتابعة استمرار فعالية البرنامج بعد التوقف عن تطبيق البرنامج لمدة ثلاثة أسابيع وهذا يتفق مع نتائج دراسة (محمد، ٢٠٠٣) ودراسة (زغلوان، ٢٠٠١) ودراسة كيرن ورفاقه (Caryn et al, 2000) ودراسة أنا ميرندا وماريا جيسوس (Ana Miranda Maria Jesus, 2000)

ومن الآراء التي جمعت حول هذا البرنامج من المعلمات المشاركات، إجماعهن على مدى فعالية البرنامج السلوكي والاستفادة من اشتراكهن في تطبيق هذا البرنامج حيث تعلمن أسلوباً فعالاً في التقليل من أعراض ضعف الانتباه يحتاج إلى القليل من الجهد والتكلفة.

وقد تميز البرنامج السلوكي المستخدم بعدد من الصفات أدت الى زيادة فعاليته حيث كان يتصف بمايلي:

- واضحاً في معطياته:

حيث كُتب البرنامج بلغة علمية واضحة ومبسطة لتتمكن المعلمات من تنفيذه على الطلبة.

- متسلسلاً في عرض خطواته:

حيث روعي في هذا البرنامج أن تكون خطواته وأهدافه ومراحله متسلسلة من أجل تسهيل المهمة على المعلمات وتنفيذها بالشكل المناسب.

- مرناً في التطبيق:

حيث راعى الباحث المرونة في تطبيق البرنامج في الأسبوع الواحد فطلب من المعلمات تطبيق أربع جلسات على الطالب الواحد في الأسبوع، وترك الحرية للمعلمة لاختيار اليوم المناسب الذي تفضل الاستراحة فيه.

- قليل التكلفة:

لا يحتاج هذا البرنامج إلى تكلفة عالية ومن السهل على أي معلم أن تتوفر أدوات التطبيق فمعظم هذه الأدوات يتوفر في المراكز والمدارس وبالنسبة للمعزرات فقد تم التركيز على المعزرات النشاطية والاجتماعية أكثر من التركيز على المعزرات الغذائية والاجتماعية التي تحتاج إلى تكلفة مالية.

- قابلاً للتعميم:

حيث يمكن تطبيق البرنامج السلوكي للتقليل من السلوكيات غير التكيفية التي يعاني منها الأفراد ذوي الحاجات الخاصة بغض النظر عن نوع الإعاقة وهذا ما أكدت نتائج العديد من الدراسات السابقة.

ومن الآراء التي أشارت إليها المعلمات خلال تنفيذ البرنامج وبعد الانتهاء من تنفيذه إلى أن الآباء نتيجة زيارتهم للمركز فقد طلب بعضهم من المعلمات الحصول على نسخة من البرنامج السلوكي، وذلك لمتابعة تطبيقه على أطفالهم في البيوت.

كذلك وأشارت المعلمات إلى أن البرنامج شجّع روح المنافسة والتحدى لدى الأطفال بحيث أصبح كل طفل يبذل جهداً أكبر للحصول على أكبر عدد ممكن من المعزرات وأشارت

المعلمات إلى أن البرنامج كانت له فعالية كبيرة في زيادة الانضباط داخل الصف وهذا بمجمله انعكس على أداء الطلاب.

وقد قامت المعلمات بتطبيق البرنامج السلوكي على أطفال آخرين في المركز لديهم ضعف انتباه ولا يخضعون لعينة الدراسة.

أما فيما يتعلق بالفرضية الثانية فقد أظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية بمستوى درجة انتباه تعزى إلى العمر. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع الدراسة التي قام بها الزغلوان (٢٠٠١) على (٦٠) طالب وطالبة لديهم ضعف انتباه. وهذا يدل على عدم وجود فروق في العمر، ويمكن أن يعزى ذلك إلى تقارب الاهتمامات والميول والرغبات لدى أفراد المجموعة التجريبية. وبشكل عام تُظهر النتائج فاعلية البرنامج السلوكي في التقليل من أعراض ضعف الانتباه ولذلك يمكن الاستفادة من هذا البرنامج وتعميم نتائجه ليطبق على الأطفال من نفس الفئات العمرية من مراكز مختلفة وإمكانية استبدال الاستراتيجيات غير الفعالة باستراتيجيات البرنامج التي أثبتت فعاليتها من خلال ما توصلت إليه من نتائج. أما تأكيد المعلمات وبعض أولياء الأمور على فعاليتها يدل على أن للبرنامج دلالة نظرية استندت على نتائج العديد من الدراسات، ودلالة عملية اعتمدت على آراء المعلمين وبعض أولياء الأمور.

التوصيات

- مع ضوء ما أسفرت عنه هذه الدراسة من نتائج ، يوصي الباحث بما يلي:
- إجراء مزيد من الدراسات لتحديد أي استراتيجية سلوكية في البرنامج المستخدم كانت أكثر فعالية في تحسين الانتباه.
 - إجراء مزيد من الدراسات لتحديد مدى فعالية البرنامج في تحسين انتباه الذكور بشكل أكثر أم الإناث.
 - إجراء دراسات مشابهة للدراسة الحالية لدراسة أثر البرنامج السلوكي على سلوك النشاط الزائد والاندفاعية، وغيرها من الأنماط السلوكية غير التكيفية التي تظهر لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.
 - ضرورة إشراك أولياء أمور الطلاب في تطبيق البرنامج وتدريبهم على الاستراتيجيات السلوكية لمتابعة الطالب في بيته من أجل أن تعم الفائدة مما لو كان في المركز.
 - ضرورة تدريب المعلمين والمعلمات في المراكز والمدارس على كيفية استخدام العلاج السلوكي.
 - ضرورة تدريب الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة على إتباع التعليمات ، والاشتراك في العديد من الأنشطة التي تتطلب مجهوداً عقلياً بسيطاً، كترتيب وتنظيم البيئة الصفية .
 - ضرورة الحد من مشتتات الانتباه عند قيام الطفل بأي نشاط ، و تحليل المهام للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة بما يتناسب مع قدراتهم ومراعاة الفروق الفردية بين كل فرد من أفراد هذه الفئة.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- أبو سويلم، سارة ، (٢٠٠٤). فعالية إرشاد جمعي في زيادة الانتباه الصفي والتحصيل الدراسي في اللغة العربية والرياضيات لدى طالبات الصف الرابع الأساسي. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.
- بخش، أميرة ، (٢٠٠١) . فعالية الإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. مجلة الطفولة والتنمية. مجلد(١)، العدد(٣)، ٥١ - ٧٤.
- بقلة، مورييس ،(١٩٩٠). الاستراتيجيات التي يستخدمها المدرسون في التعامل مع المشكلات الصفية (السلوكية والأكاديمية) وعلاقتها بجنس المعلم وإدراكه لدوره التدريبي.رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- جابر،فايز، (١٩٩٦). تشتت الانتباه لدى الأطفال. منشورات وزارة التربية والتعليم، عمان: مجلد ٣٧:ع (٤)، ٦٧-٧٤.
- الحباشنة، ميسر، (١٩٩٤) . أثر شكل التغذية الراجعة على تحصيل طلاب الصف التاسع الأساسي في مادة الرياضيات باختلاف الأسلوب المعرفي وموقع الضبط لديهم : دراسة تجريبية على عينة من طلبة مدارس مديرية التربية والتعليم في محافظة الكرك . رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الكرك، الأردن.
- الحسن، نعيمه ، (٢٠٠٣). فعالية برنامج تعديل السلوك وضبط البيئة الصفية في خفض السلوكيات غير المقبولة لدى التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية البسيط. المجلة العربية للتربية الخاصة. الرياض:ع(٥)، ٢٣٠-٢٠٧.
- الخشرمي، سحر ، (٢٠٠٤). فعالية تدريب أسر الأطفال المصابين باضطراب الحركة والانتباه في تخفيض الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب. الرياض: دار المصمك للدعاية والإعلان.
- الخطيب، جمال ومنى، الحديدبي، (٢٠٠٥). التدخل المبكر التربوية الخاصة في الطفولة المبكرة. (٢ط) . عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

الخطيب، جمال، (٢٠٠٣). تعديل السلوك الإنساني. (ط١). عمان: دار حنين للنشر والتوزيع.

الخطيب، جمال، (٢٠٠١). تعديل سلوك الأطفال المعوقين دليل الآباء والمعلمين. (ط٢) عمان: دار حنين للنشر والتوزيع.

دبيس ، سعيد ، والسماذ وني ، السيد ، (١٩٩٨). فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم . مجلة علم النفس . مجلد ١٢ ع(٤٦) ٨٨ - ١١٧ .

الزراد، فيصل، (١٩٩٩). استبيان تشخيص حالات فرط الحركة وضعف الانتباه والاندفاعية لدى الأطفال. الثقافة النفسية، المجلد ١٠، ع (٣٧)، ٣٥-٤٣.

الزغلوان، حسن ، (٢٠٠١). فعالية برنامج سلوكي في معالجة ضعف الانتباه لدى الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان ، الأردن.

السيد أحمد، مها ، (٢٠٠٤). فعالية برنامج لتنمية بعض الجوانب الإيجابية للإدراك الاجتماعي المتبادل بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة. رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، مصر.

سيد أحمد، وبدر، فائقة، (١٩٩٩). اضطراب الانتباه لدى الأطفال أسبابه وتشخيصه وعلاجه. (ط١). القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

سيسالم، كمال ، (٢٠٠١). اضطراب قصور الانتباه والحركة المفرطة خصائصها وأساليب علاجها. (ط١)، الإمارات العربية المتحدة، العين: دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع.

الشديفات، عدنان، (١٩٩٢). أثر أنماط التغذية الراجعة الإعلامية والتصحيحية والتعزيزية على التحصيل الدراسي . رسالة ماجستير غير منشوره، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

شفيير شارلز، هوارد مليمار، (١٩٩٦). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. ترجمة (نسيمه داوود، ونزيه حمدي) (ط٢)، مطبعة الجامعة الأردنية، الجامعة الأردنية.

الشوارب، أسيل ، (١٩٩٦). المشكلات السلوكية والانفعالية لأطفال المستوى التمهيدي في رياض الأطفال التابعة لمراكز صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

عبد الله، محمد ، (١٩٩٤). مآل اضطراب ضعف الانتباه وعلاجه، مجلة الثقافة النفسية. قطر. المجلد ٥ (٢٠٤)، ٧١-٧٨.

عبد الله، محمد ، (٢٠٠٠). اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال " دراسة ميدانية على أطفال سوريين ". كلية التربية جامعة حلب، مجلة الطفولة العربية. (٤٤) ، ٢٢-٤٣.

عبيد، ادوارد ، (١٩٩٢). المشكلات السلوكية الشائعة لدى طلبة الصفوف الثاني والثالث والرابع الأساسي في المدارس الخاصة في منطقة عمان. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

القصاص، وليد، (٢٠٠٢). فعالية إرشاد جمعي في خفض السلوك الفوضوي لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في مدرسة حوار ه الثانوية الشاملة للبنين. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.

ليمان روبرت د ، توني ل، هيمري كيجن، (١٩٩٨). تدخلات الصحة النفسية في أطفال ما قبل المدرسة. ترجمة (سليمان الريحاني ،نزيه حمدي، نسيمه داوود)، دمشق: المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر.

محمد، عادل ، (٢٠٠٣). فعالية استخدام جداول النشاط المصورة في تحسين الانتباه للأطفال المتخلفين عقلياً. مصر، القاهرة:سلسلة الاحتياجات الخاصة، دار الرشاد للنشر، ص ٢٠٧-٢٤٦.

محمد، عادل ، وفرحات السيد ، (٢٠٠٣). فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. مصر، القاهرة:سلسلة الاحتياجات الخاصة، دار الرشاد للنشر، ص ١١٥-١٥٤.

المخلف، عبد الله ، (٢٠٠٥). بعض أنماط السلوك غير العادية لدى الأطفال المعوقين عقلياً وعلاقتها بشدة الإعاقة والجنس في منطقة القصيم في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمّان، الأردن.

الملكوي، محمود، (٢٠٠٣). فعالية أسلوب التعزيز الرمزي في علاج ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أطفال من ذوي صعوبات تعلمية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمّان العربية للدراسات العليا، عمّان، الأردن.

ميركولينو، ماديبي، توماس باود، ونائث بلوم، (٢٠٠٣). اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة دليل عملي للعياديين. (ترجمة عبد العزيز السرطاوي ، أيمن خشان)، دبي الإمارات العربية: دار التعلم للنشر والتوزيع.

يوسف، محمد، (١٩٩٣). فاعلية برنامج تعزيز رمزي في خفض بعض السلوكيات غير التكيفية لدى المتخلفين عقلياً. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمّان، الأردن.

يونس، محمد ، (٢٠٠٢). فعالية التعزيز الإيجابي والتغذية الراجعة في تصحيح أخطاء تعرف الكلمات لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمّان، الأردن.

- Abramowitz, Ann J., O'Leary, and Susan G. (1991). Behavioral Interventions for the Classroom Implications for Students with ADHD. **School Psychology Review**, Vol.20, Issue.2 p220, 15p.
- Ana Miranda, and Maria Jesus. (2000). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Children with and without Aggressiveness. **Psychology in the school**, Vol.37 (2)p169,182 .
- Andrew, Rssel; Steven, R. & Forness (1985). Behavior Disturbance in Mentally Rearded Children in TMR and EMR Classrooms . **American Journal of Mental Deficiency**, 89(4) ,330-334.
- Anhalt , Karla, McNeil, and Cheryl B. (1998) .The ADHD Classroom Kit
A whole Classroom approach for managing disruptive behavior. **Psychology in the Schools**, vol .35, Issue 1, p67,13.
- Arnold, L. Eugene, Chuang, Shirely, Davies, Mark. and others .(2004). Nine Months of Multicomponent Behavioral Treatment for ADHD and Effectiveness of MTA Fading Procedures. **Journal of Abnormal Child Psychology**, vol 32 Issue 1, p39-52.
- Arthur D Anastopoulos Teri and Shelton.(2001). **Assessing Attention DHD Kluwer ACADEMIC .** PLENUM PUBLISHERS NEW YORK, Boston, DORDECHT , London, Moscow.
- Askew, and Barbara L. (1993). Practices of Special Education Teachers for Dealing with Students with ADD/ADHD. **Eric Number**: ED359729.

Barbara & Fisher .(2000). **The Attention Deficit Disorder Misbiagnosis**. CRC Press
Bocaraton London New York Washington,D.C.

Barkley,and Russell A.(1999). Response inhibition in attention-deficit hyperactivity disorder. **Mental Retardation & Developmental Disabilities**, Research Reviews, vol.51, Issue 3, p177, 8p.

Carlson, Caryn L. Tamm,and Leanne.(2000) .Responsiveness of children with Attention Deficit-hyperactivity disorder to reward and response . **Journal of Consulting &Clinical Psychology**; vol. 68 Issue 1,p73-84.

Carol R Lensch .(2000). **Making sense of Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. Bergin and Garvey.West port ,Connecticut.London .

Caryn L. Carlson , Miranda Mann , David k,and Alexander.(2000).Effects of Reward and Response Cost on the Performance and Motivation of children with ADHD .**Cognitive Therapy and Research** , vol.24,NO.1,pp .87-98.

Christopher Reiber T.F,and McLaughlin.(2004).Classroom Interventions: Methods to Improve Academic Performance and Classroom Behavior for Students with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder .**International Journal of Special Education** ,Vol.19, No.1.

Coe, David A,and others . (1999). Behavior problems of children with down syndrome and life events. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v 29, n2, pp 149 -156.

Deboran, P.A.,(1996).Comparison of sustained and Selective Attention in Children who have mental Retardation with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **American Journal on Mental Retardation**, v 10, pp; 592-607.

Dupaul, G & Guevremont D, and Barkley .(1992). Behavioral Treatment of Attention – Deficit Hyperactivity Disorder in the Classroom. **Behavior Modification** , Vol . 16, No. 2, p.204-225.

Fabiano ,Gregory A, Pelham Jr, William E, Manos, Michael J and others .(2004). An Evaluation of Three Time-Out Procedures for Children With Attention Deficit / Hyperactivity Disorders. **Behavior Therapy**; vol 35 Issue 3,p 449-470.

Fiore T, Becker E, and Nero R.(1993). Educational Interventions for Students with Attention Deficit Disorder, **Exceptional Children**, vol.60, No.2, p.163-173.

Flick ,and Gard L .(1996). Power Parenting for Children with ADD/ADHD : Practical parents Guide for Managing Difficult Behaviors . **Journal code: RIEAPR** Entry Month: 199804, U.S New York ,p 242.

Frazier, Monique R, Merrell, and Kenneth W. (1997). Issues in Behavioral Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **Education and Treatment of children**, vol.20, Issue 4, p441, 21p.

Greenewald M, Jane, Walsh, and Cheryl.(1996).The Effect of Environmental Accommodations on Attending Behavior of an ADHD Chapter 1 Student : An Action Research Study. paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association. (77 th, New york).

Gregory A ,Fabiano, and William E , Pelham JR . (2003) .Improving the Effectiveness of Behavioral Classroom Interventions for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**, vol .11. NO.2, p122-128.

Hallahan, Daniel P, Kauffman, and James M. (2003). **Exceptional Learners Introduction to special Education** . Allyn and Bacon Boston New York San Francisco publishing.

Hudson , Alan. (1997) . Classroom Instruction for Children with ADHD. Australian. **Journal of Early Childhood** , vol .22 n4, p24-28.

Huei lin Huang , Chia –Chen Chao , and others. (2003). Behavioral Parent Training for Taiwanese parents of children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder . **psychiatry and clinical Neuroscience**, vol 57, p275-281.

Johansen, Espen Borga , Aase, Heidi, and Meyer Anneke . (2002) . Attention –Deficit Hyperactivity Disorder.(ADHD) Behavior explained by dysfunctioning reinforcement and extinction processes. **Behavioural Brain Research** , vol .130 Issue 1/2 p37, 9p.

Kendall, Philip C, Finch A, J, and Jr. (1976). A cognitive-Behavioral Treatment for Impulse Control: A Case Study . **Journal of Consulting and Clinical Psychology** , vol. 44, Issue 5, pp852-857.

Laboni, Fiorella, Douglas, and Virginia I. (1995). Effects of reward and response costs on inhibition in ADHD children. **Journal of Abnormal Psychology**, vol.104 Issue 1 , p232-p241.

Landry S.H, and chapeiski M.L . (1990) . Joint attention of six-month –old down syndrome and preterm in infants : Attention to toys and mother . **American Journal on Mental Retardation**, vol 94, n5, pp488-498.

Larry B, and Silver M.D. (1992). **Attention Deficit Hyperactivity Disorder A clinical Guide to Diagnosis and Treatment**. American Psychiatric Press .inc , Washington ,DC London , England .

- Lerner, Janet w. (2000). **learning Disabilities. Eight Edition.** Houghton Mifflin Company Bosth,NEW York .
- Mary Beth Diener and Richard Milich.(1997). Effects of Positive Feedback on the Social Interactions of Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A Test of the Self – Protective Hypothesis. **Journal of Clinical Child Psychology** ,Vol.26,No.3 ,p256-265.
- Musser E.H, Bray M.A .Kehel T.J, and Jenson w.R.(2001). Reduce Disruptive Behavior in Students with Serious Emotional Disturbance. **School Psychology Review**,Vol 30 (2): 294-307.
- Pearson, D.Yaffee L .Loveland, K. Lewis, R.(1996) .Comparison Of Sustained and Selection in Children Who Have Mental Retardation With and Without (APHD). **American Journal on Mental Retardation** , Vol.100, Issu 6,pp.595-607.
- Price, Anne T, Martella, Ronald C Marchand –Martella, Nancy E , and others .(2002). A comparison of Immediate Feedback Delivered Via an FM Headset Versus Delayed Feedback on the Inappropriate Verbalization of Student with ADHD. **Treatment of children** ,Vol .25 Issue 2,p159-p162.
- Rickman D.(1996). The Effects of Response Cost Programme on the classroom Behavior of Tow Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder . **Handicapped of Children**, vol 21(3) p.242-259.
- Robelia,and Beth . (1997). Tips for Working with ADHD Students of All Ages. **Journal of Experiential Education**, vol.20 n1 p51-53
- Roberts, Michelle, White, Ray, and McLaughlin T.F. (1997).Useful Classroom Accommodations for Teaching Children with ADD and ADHD. **B.C Journal of Special Education**, vol 21, N 2 p71-84.

Solanto, and Mary V. (1990). The Effects of Reinforcement And Response –Cost on a Delayed Response Task in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **Journal of Child Psychology**, vol .31 Issue 5. p303-308.

Stewart Pisecco, Christopher Huzinec, and David Curtis .(2001) . The Effect of Child Characteristics on Teachers Acceptability of Classroom-Based Behavioral Strategies and Psychostimulant Medication for the Treatment of ADHD . **Journal of Clinical Child Psychology**, vol.30, No.3, P1-14.

Thomas E ,and Brown. (2000). **Attention Deficit Disorder and Comorbidities in Children Adolescents and Adults** . American Psychiatric Press .inc ,Washington ,DC London ,England .

Wigal, Tim, Swanson, James M, Douglas, Virginia I, Wigal, Sharon , Wippler Christina M, Cavoto, and Kimberely Fulbright. (1998) .Effect of Reinforcement on Facial Responsivity and Persistence in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **Behavior Modification**, vol 22, Issue 2, p143-166.

Zentall ,and Sydney S. (1993). Research on the Educational Implications of Attention Deficit Hyperactivity Disorder .**Exceptional Children**, vol. 60 p143-153.

الملاحق

ملحق رقم (١)

أخي المعلم /أختي المعلمة.....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته:

أرفق إليكم طياً قائمة تتضمن مجموعة من الفقرات بهدف تحديد مستوى الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه وذلك ضمن برنامج سلوكي لتحسين الانتباه لدى أطفال من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، حيث تم تدريج الفقرات إلى ثلاث درجات يرجى منكم وضع إشارة (x) في العاود تحت الفقرة المناسبة بكل دقة وموضوعية.

الرقم	الفقرة	تتطبق عليه بشكل كبير	تتطبق عليه إلى حد ما	لا تتطبق عليه
١	ينتشت انتباهه بسرعة بفعل منثيرات بصرية أو سمعية.	x		

وسوف يكون لمساعدتكم ودعمكم القيم مكانة خاصة في دراستي

شاكراً لكم حسن تعاونكم.

مع خالص الشكر والتقدير

الباحث فيصل الزيوت

اسم الطالب..... اسم المعلم.....
 عمر الطالب..... التاريخ.....

أداة مستوى ضعف الانتباه

الرقم	الفقرة	تتطبق عليه بشكل كبير	تتطبق عليه إلى حد ما	لا تتطبق عليه
١	يتشتت انتباهه بسرعة بفعل مثيرات بصرية أو سمعية.			
٢	ينتقل من نشاط لآخر دون مبرر.			
٣	ليس لديه القدرة على متابعة تفاصيل المهمة بدقة.			
٤	كثيراً ما ينشغل بذاته، بأصابعه، ملابسه، بشعره.			
٥	يفشل في إتمام المهام والأنشطة التي يبدأ بها.			
٦	ينسى الأشياء اللازمة لإنهاء المهام والأنشطة (أقلام، كتب، أدوات)			
٧	ينفذ التعليمات بشكل خاطيء.			
٨	يرتكب أخطاء تدل على عدم التركيز في أداء الواجبات الصفية.			
٩	فترة الانتباه لديه قصيرة.			
١٠	يحتاج المساعدة لإنجاز مهام فردية.			
١١	يميل إلى الحركة الزائدة غير الهادفة.			
١٢	مندفع بدون سبب بشكل كبير.			
١٣	يميل إلى الفوضى وعدم الالتزام بالقواعد.			
١٤	يتجنب النشاطات التي تتطلب التركيز.			
١٥	يفشل في تنظيم المهام والأنشطة.			

ملحق (٢)

ولي أمر الطالب/الطالبة:-.....
 السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.....
 أما بعد:-.....

يعد ضعف الانتباه من المعوقات الرئيسية لتفاعل الطفل مع البيئة المحيطة به، وبخاصة البيئة الصفية، إذ يقلل من فرصة الطفل للتعلم بفعالية، وقد يصدر عن الطفل نتيجة لذلك أنماط سلوكية غير مناسبة ولذلك يقوم الباحث بدراسة بعنوان فعالية برنامج سلوكي في تحسين الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وقد تم اختيار ابنكم/ابنتكم.....

بعد أن طبق عليه إستبانه تحديد مستوى الانتباه، وقد تبين من خلال تطبيق أداة ضعف الانتباه أنه يعاني من أعراض ضعف الانتباه. وحرصاً منا على ابنكم، سيقوم الباحث بتطبيق العلاج السلوكي الذي يهدف إلى تحسين الانتباه لديه مما ينعكس على مستواه الاجتماعي والأكاديمي في البيت والمدرسة. لذلك أطلب منكم السماح بإجراء العلاج السلوكي مراعيًا في ذلك أسس التعليم المبني على احترام حقوق الأطفال وذويهم.

توقيع ولي أمر الطالب/الطالبة.....
 مع خالص الشكر والتقدير

الباحث... فيصل الزيوت

ملحق (٣)

الدليل العملي للبرنامج السلوكي

تعتبر مشكلة ضعف الانتباه من أكثر المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأفراد ذوي الحاجات الخاصة بشكل عام، والأفراد المعاقين عقلياً بشكل خاص، ويؤثر ضعف الانتباه على هؤلاء الأفراد بشكل سلبي وعلى أدائهم الوظيفي، مما يحد من اكتسابهم للمهارات الأساسية اللازمة لتحقيق تكيف أفضل مع البيئة التي يعيشون فيها. ويهدف هذا البرنامج إلى تحسين الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة لإكسابهم العديد من السلوكيات المقبولة والحد من السلوكيات غير المقبولة وذلك لتسهيل عملية دمجهم مع أقرانهم العاديين، ومن ثم دمجهم في المجتمع.

أهداف البرنامج:

الهدف العام: زيادة مدة الانتباه لدى الطلاب ذوي الإعاقة العقلية البسيطة بما يتناسب مع المهمة التعليمية.

الأهداف الخاصة:-

- أن يكمل الطالب المهام والأنشطة الصفية في الوقت المحدد.
- أن يتابع الطالب تفاصيل الدرس بشكل مناسب.
- أن لا ينشغل الطالب بذاته وبأدوات الدراسة.
- أن لا ينسى الطالب أدوات الكتابة والرسم.
- أن ينفذ الطالب تعليمات المعلم بشكل صحيح.
- أن تزيد فترة الانتباه لدى الطالب للمهام والأنشطة بما يتناسب مع صعوبة المهمة.
- أن يقوم الطالب بالأعمال والمهام داخل الصف وخذّه.
- أن لا يتحرك الطالب حركات غير هادفة.
- أن يلتزم الطالب بقواعد الانتظام والضبط الصفّي.
- أن ينظم الطالب دفتر كتابة الواجبات بشكل مرتب.

مراحل البرنامج التدريبي:

المرحلة الأولى:- (اختيار المعززات).

تم تقديم معززات يومية بناء على أسئلة وجهت للمعلمات للتعرف على المعززات المفضلة بالنسبة لهذه الفئة، (انظر الملحق رقم ٥) وتم توفير معززات بأشكال مختلفة:-

١. معززات غذائية: واشتملت على توفير بعض الأغذية المناسبة للطالب مثل البسكويت، والحلوى، والشكولاته...الخ.

٢. معززات مادية: واشتملت على تقديم بالونات وقرطاسيه بأشكال وألوان مختلفة، ودفاتر رسم، وميداليات، وأقلام ونجوم...الخ.

٣. معززات نشاطية: واشتملت على السماح للطالب ممارسة لمهارات حركية وأنشطة محببة له، مثل اللعب بكرة القدم، اللعب بالأرجوحة...الخ.

٤. معززات اجتماعية: واشتملت على الثناء اللفظي مثل أحسنت، ممتاز، جيد جداً، ثابراً، بطل. وفي الأسابيع الأخيرة من البرنامج تم التركيز على المعززات النشاطية والاجتماعية أكثر من المعززات المادية والغذائية وذلك لضمان استمرارية التحسن في الانتباه بعد العلاج.

المرحلة الثانية:- (الاختبار القبلي)

تم تحديد سلوك ضعف الانتباه لدى أفراد المجموعتين التجريبيية والضابطة باستخدام أداة مستوى ضعف الانتباه (الاختبار القبلي) وبدأت المعلمات بعد ذلك بتطبيق البرنامج السلوكي حيث أعلن للطلاب بأنهن سيبدأن معهم برنامجاً جديداً لتحسين مستوى الانتباه لديهم داخل الصف، وتم توضيح طبيعة هذا البرنامج. ومنذ اليوم الأول من بدء تطبيق البرنامج قامت المعلمات بتطبيق الاستراتيجيات السلوكية والتي تمثلت بما يلي:-

أولاً:- تنظيم البيئة الصفية:

ويركز هذا الأسلوب على ضرورة العمل على تنظيم البيئة الصفية من قبل المعلمات بصورة تعمل على تقليل المشتتات الجانبية وغير الهامة قدر الإمكان، وتنظيم المساحة الفيزيائية للصف بصورة تقلل من التشتت لدى الطلبة الذين يعانون من ضعف الانتباه. ويمكن تنفيذ هذا التدخل من خلال الخطوات التالية:

- تقليل المشتتات الجانبية والتي ليس لها علاقة بأداء المهمات التعليمية (كتقليل الأدوات المراد استخدامها في تأدية المهمات التعليمية فبدلاً من وضع القلم والمسطرة والمحاة والكتب على

الطاولة عند إعطاء درس في القراءة يمكن الإبقاء على الكتاب المدرسي والمسطرة فقط، وإخفاء باقي الأدوات).

- استخدم المعينات البصرية لتساعد على جذب انتباه الطلبة، كتلويين الأسئلة المراد الإجابة عنها بألوان زاهية.

- السماح للطلبة بالعمل في أماكن خاصة هادئة بعيدة عن المشتتات أثناء تأديتهم للمهام المعطاة، وذلك لمساعدة الطلبة على زيادة تركيزهم واهتمامهم في المهمات المعطاة لهم.

- تجزئة المهمات المعطاة من قبل المعلمات للطلاب إلى خطوات واضحة وصغيرة قبل إعطائها لهم.

- إعطاء مقدار من الوقت للانتقال من خطوة لخطوة ومن مهمة لمهمة.

- التقليل قدر المستطاع من التعليمات المعطاة، والتركيز على إعطاء التعليمات الواضحة.

- تهيئة الطلبة بشكل دائم لما سيتم القيام به في الخطوات اللاحقة خطوة خطوة.

- تزويد الطلبة بالتغذية الراجعة بشكل دوري مع التركيز على جوانب القوة في الأداء الطفل.

- التركيز على الأساسيات وتجاهل الخوض في التفاصيل.

- التعزيز المستمر للطلاب على تقدمه التدريجي في إنجازهم للخطوات المطلوبة منه لتأدية المهمات.

ثانياً: تكلفة الاستجابة:

تم منح الطلاب عدداً من القصاصات بداية الجلسة العلاجية، حيث وضعت أمام الطالب في سلة صغيرة تم صناعتها من الورق المقوى وثبيتها على جانب المقعد، بحيث كان يقوم الطالب بوضع القصاصات فيها في بداية الجلسة العلاجية، ويتم استبدال القصاصات في نهاية الجلسة العلاجية بمعززات، وعلقت لوحة كتب عليها السلوكيات التي يجب على الطلبة أن يحرصوا على القيام بها للحصول على الجوائز، وتم كتابة اللوحات بطريقة جذابة، ولافته للنظر، وبخط واضح ومقروء من قبل الطلبة وتم تذكير الطلبة بهذه السلوكيات في بداية كل جلسة تدريبية وهي:

- انتبه جيداً لتعليمات المعلم.

- حاول إنهاء الواجب في الوقت المحدد.

- اكتب الواجبات على دفتر الملاحظات.
- استئن قبل أن تتكلم في الصف.
- أتم الواجب لكي تحصل على ما تحب.

ثم وضحت المعلمات للطلبة الإجراءات الروتينية التي ستتم خلال كل جلسة تدريبية وهي:

أ- منح الطلبة في بداية كل جلسة تدريبية عشرين نقطة مجانية على شكل قصاصات وتم إعلام الطلاب بأنه يجب عليهم المحافظة على أكبر قدر ممكن منها من خلال الامتناع عن القيام بالسلوكيات التي تدل على ضعف الانتباه المحددة على اللوحة.

ب- في نهاية كل جلسة تدريبية يجمع ما تبقى لدى الطالب من النقاط المجانية الممنوحة له، بحيث تكون ثمناً للمعزز الذي سيحصل عليه وكان ثمن الحصول على المعزز الواحد (٥) قصاصات من الورق في أول ثلاثة أسابيع من التطبيق وفي الأسابيع اللاحقة تم زيادة عدد القصاصات للحصول على المعزز بحيث أصبح ثمن المعزز الواحد (١٠) قصاصات.

ثالثاً- التعزيز الإيجابي:

تم تعزيز الطلاب الذين التزموا بالسلوكيات المكتوبة على اللوحة التي تزيد من انتباه الطالب وتم تعزيز الطلاب بمعززات بسيطة (قلم أو حبة ملبس أو حبة حلو) مباشرة لزيادة فترة انتباهه.

مثال ذلك: أنت بطل لقد كتبت واجبك بشكل صحيح وأكملت واجبك الصفي مع زملائك خذ حبة الشكولاتة هذه لك.

رابعاً- التغذية الراجعة:

تم في نهاية الجلسة العلاجية تقديم تغذية راجعة تعزيزية أو تصحيحية. حيث تم تقديم معلومات لوضيح للطلاب أمام زملائه لماذا فقد هذه القصاصات ؟ ولماذا تم منحة معززات مجانية ؟ وكيفية المحافظة على انتباهه وزيادته للحصول على معززات أكثر، وتم تقديمها كما يلي:

أ- تغذية راجعة تعزيزية: وتم تقديمها في نهاية الجلسة التدريبية للطلاب أمام زملائه بعد صرف المعززات. ومثال ذلك لقد حصل سائد هذا اليوم على علبه ألوان و بسكويت وثلاثة أقلام لأنه لم

يخالف التعليمات على هذه اللوحة. إذا أراد احد منكم أن يأخذ كما أخذ سائده، يجب أن يفعل كما فعل ويقوم بتطبيق ما يطلبه منه المعلم.

ب- تغذية راجعة تصحيحية: وتم تقديمها للطالب إذ لم يحصل على أي من المعززات نتيجة فقدانه للنقاط المجانية. مثال ذلك لم يحصل طارق على ما يحب كما حصل محمد لأنه لم يلتزم بما طلبه منه معلمه. إذا أردت أن تحصل على ما تحب يا طارق لا تخالف ما يطلبه منك معلمك.

وقامت المعلمات بتقديم المهارات الأكاديمية وتدريب الطلاب بشكل طبيعي على النحو المخطط له مسبقاً، حتى إذا أظهر الطالب سلوكاً يدل على ضعف الانتباه قامت المعلمة بخصم نقطة من النقاط التي بحوزة الطالب بعد إعلامه بذلك وتفسير السبب له. وفي نهاية الجلسة تقوم المعلمة بجمع ما لدى الطالب من النقاط المجانية واستبدالها بالمعزز الملائم.

المرحلة الثالثة: (الاختبار البعدي)

في نهاية الأسبوع السابع تم تطبيق الاختبار البعدي.

المرحلة الرابعة: (اختبار المتابعة)

تم بعد ثلاثة أسابيع من التوقف عن البرنامج السلوكي متابعة سلوك أفراد الدراسة للتحقق من تعميم السلوك المكتسب، حيث تم إجراء الاختبار باستخدام ذات الأداة التي استخدمت في الاختبار القبلي والبعدي.

ملحق (٤)

ورقة متابعة المعلم

اسم الطفل:

اسم المعلم:

عمر الطفل:

تاريخ المتابعة:

الرقم	الفقرات	يطبق بشكل كبير	يطبق بشكل متوسط	يطبق بشكل قليل
١	يقدم المعلم التعزيز مباشرة بعد الاستجابة الصحيحة			
٢	يقوم المعلم بتحليل المهمات بما يتناسب مع قدرات الطلاب.			
٣	يقوم المعلم باستخدام وسائل سمعية وبصرية مساعدة.			
٤	يقدم المعلم للطلاب أوراق العمل جاهزة وواضحة.			
٥	ينبه المعلم الطالب قبل خصم القصاصات منه.			
٦	يذكر المعلم الطالب بالسلوكيات المتوقعة منه .			
٧	يفسر المعلم للطالب سبب خصم القصاصات منه.			
٨	يستبدل المعلم النقاط بالمعززات المناسبة بعدا لفترة الزمنية المحددة.			
٩	يعدل المعلم في البيئة الصفية ليسانع الطالب على الانتباه.			
١٠	يقدم المعلم تغذية راجعة في نهاية كل حصة.			

الباحث فيصل الزيوت

ملحق رقم (٥)

الأخ المعلم/ الأخت المعلمة في مراكز التربية الخاصة المحترمين.....
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته:

يتضمن التعزيز الإيجابي تقديم شي محبب للفرد لزيادة احتمال تكرار حدوث سلوك مرغوب فيه في المستقبل في المواقف المماثلة. ولذلك أرفق إليكم طياً أسماء مجموعة من المعززات المادية والغذائية وأرجو منكم اختيار أسماء أفضل (١٠) معززات مادية وأسماء أفضل (٥) معززات غذائية، وذلك ليتم توفيرها للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، قبل البدء بتطبيق البرنامج السلوكي حيث تهدف دراستي إلى معرفة فعالية برنامج سلوكي في تحسين الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة.

المعزز	مناسب	غير مناسب	معززات مقترحة
شوكلاته			
بسكويت			
عصير			
شيبس			
مصاص			
ملبس			
علكه			
أقلام رصاص			
أقلام حبر			
دفاتر رسم			
طوابع			
ميدالية			
صور طيور			
خاتم			
ساعة يد بلاستيك			
صور حيوانات			
لعبة خلوي			
لعبة فرد ماء			
سيارة بلاستيكية			
علبة معجون			

الباحث فيصل الزيوت

Effectiveness of a behavioral program in improving attention in children with mild mental retardation

By

Faisal Ali Saleh Al-Ziot

Supervisor

Prof. Dr. Jamal Al-Khateeb

ABSTRACT

The purpose of the present study was to explore the effectiveness of a behavioral program in improving attention in children with mild mental retardation attending special educational settings in Amman. Specifically, the study sought to test the following research hypotheses:

- There are statistical significant differences at ($\alpha=0.05$) among both experimental and control group subjects on posttest in their attention in favor of experimental subjects.
- There are statistical significant differences at ($\alpha=0.05$) among experimental group subjects on attention attributable to age.

Population consisted of children with mild mental retardation attending two special education centers in the city of Amman. Sample ($n=40$) was randomly chosen from

among 91-male and female children, and divided into experimental (n=20) and control (n=20) groups.

Subjects were exposed to a behavioral program depending on four behavioral strategies: positive reinforcement, response cost, feedback, and organization of class environment, which lasted for 10-weeks. Each of these strategies was clearly demonstrated to teachers through lectures, live modeling, and feedback during Week 1. The behavioral program was implemented from the beginning of Week 2 to the end of Week 7 during 4-sessions per week lasting 40-minutes. Remedial sessions total 24-session, and by the end of Week 10 a follow-up test was administered.

In order to test research hypotheses, ANCOVA test was employed to Findings revealed that:

- There were statistical significant differences at ($\alpha=0.05$) among subjects of both experimental and control groups on posttest measure on their attention in favor of experimental group subjects. Such differences were found to attribute to the effect of the behavioral remedial program.
- There were no statistical significant differences at ($\alpha=0.05$) among experimental group subjects on attention attributed to age.

A follow-up was made to explore effect of the program on the experimental group after a limited time halt. Results indicated improved effectiveness of the program after 3-weeks cessation of being implemented, suggesting that remedial influence of the program prolonged beyond cessation.