الملتقى الثالث عشر للجمعية الخليجية للإعاقة
المنامة - مملكة البحرين
2-4 ابريل 2013م
23 جماد الأول 1434
13
التدخل المبكر
استثمار للمستقبل
الأوراق العلمية المقدمة في الملتقى

فاعليـــة كل من التدخل الطبي والتدخل السلوكـــي في علاج اضطراب نقص الانتباه – فرط الحركة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة

إعداد

د. علا محمد زكي الطيباني
أستاذ مساعد علم نفس الطفل
كلية رياض الأطفال– جامعة الإسكندرية

د. مها محمد زكي الطيباني
أستاذ مساعد الطب النفسي
كلية الطب– جامعة الإسكندرية

دراسة مقدمة إلى الملتقي الثالث عشر ـ الجمعية الخليجية للإعاقة
تحت شعار (التدخل المبكر ـ استثمار للمستقبل)
خلال الفترة من 2- 4 إبريل 2013م الموافق 21-22 جماد الأول 1434هـ
المنامة ـ مملكة البحرين

مقدمة ومشكلة البحث:

تختلف مرحلة الطفولة المبكرة عن باقي مراحل العمر حيث تعتبر من أهم المراحل في حياة الفرد لأن الطفل في هذه المرحلة يكون قابلاً للتشكيل والتوجيه، وهي المرحلة الهم في بناء شخصيته والاهتمام بطفل هذه المرحلة يتضمن الاهتمام بسلوكه وبالاضطرابات التي قد تصيبه في هذه المرحلة يعد أمرا بالغ الأهمية حيث ترجع العديد من المشكلات التي تظهر عند الراشدين تعود إلى مرحلة الطفولة لذلك فمن الضروري أن نتفهم طبيعة طفل هذه المرحلة ونعدل من سلوكياته ونعالج أية اضطرابات قد تصيبه ونعمل على تحسينها والوقوف على أسبابها.

وتتنوع الاضطرابات والمشكلات المتعلقة بسلوك الطفل ويمكن معرفة هذه المشكلات والاضطرابات ومدى انتشارها وتصنيفها بمتابعة الحالات التي تتردد على المتخصصين من الأطباء، وخبراء العلاج النفسي، والعيادات، والمؤسسات التربوية من حالات.

ويمكن تصنيف الفئات الرئيسية لإضطرابات الطفولة كما يلي:

1- مشكلات متعلقة بالنمو (التخلف العقلي- صعوبات التعلم- مشكلات النمو اللغوي).

2- مشكلات القلق (قلق الانفصال- القلق الاجتماعي- تجنب الآخرين).

3- اضطرابات الإخراج (التبول اللا إرادي- التبرز اللاإرادي).

4- اضطرابات الطعام (النهم الزائد- النحافة والهزال).

5- اضطرابات الكلام (التهتهة- الحبسة الكلامية- البكم).

6- اللوازم الحركية (قضم الأظافر- نتف الشعر- مص الأصابع).

7- مشكلات تتعلق باضطرابات السلوك (الإفراط الحركي- التشتت في الانتباه- العدوان- الانحرافات الجنسية- الكذب).

8- اضطرابات أخرى.

ولا يعني هذا التصنيف أن هناك حدودا فاصلة بين هذه الفئات فهي متداخلة من حيث الوصف والتشخيص والأعراض وهذا التصنيف ما هو إلا إجراء له مقتضياته لدى المعالجين النفسانيين ولكن ينقصه الدقة من حيث التطبيق لأن هذه الاضطرابات قد تظهر منفصلة أو ترتبط وتتداخل مع بعضها البعض. (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1993، 27)

وتثير هذه الاضطرابات التي تظهر في مرحلة الطفولة الإزعاج لدي الآباء والأمهات والمهتمين برعاية الطفل، فهي تعوق تحقيق نموه الطبيعي وتحقيق الأهداف التي يرسمها له الآخرون لذا فإنه من الضروري جدا تحليل هذه الاضطرابات السلوكية والتخطيط لعلاجها وتنفيذ خطط العلاج بدقة حتى يمكننا علاج مثل هذه الاضطرابات أو على الأقل منع تفاقمها.

اضطراب نقص الانتباه– فرط الحركة:

يعد الانتباه من أهم العمليات العقلية التي تلعب دوراً بارزاً في قدرة الفرد على الاتصال بالبيئة وبالآخرين وقد حظي باهتمام العديد من علماء النفس والتربية والأطباء النفسيين لما له من دور كبير في تكوين العديد من السلوكيات المقبولة واكتساب المهارات. (أنور الشرقاوي، 1992، 29)

ويعد اضطراب نقص الانتباه– فرط الحركة من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال، حيث يشير إلى مجموعة من الأعراض الأساسية التي تتمثل في النشاط الزائد وتشتت الانتباه والاندفاعية، وقد أصبح هذا الاضطراب محطاً لأنظار واهتمام الباحثين من القائمين على تربية الأطفال والأحباء وأولياء الأمور، كذلك نظراً للآثار السلبية التي يحدثها على المستوى الانفعالي والمعرفي والاجتماعي على حد سواء، بالإضافة إلى ما يحدثه من مشكلات أسرية حتى يصاب الوالدان بالإحباط والحرج لعدم قدرتهم على التعامل مع الطفل بصورة سليمة والتحكم في سلوكه.

(فوزية محمدي، 2010–2011)

ويعد اضطراب ADHD من أكثر المشكلات انتشاراً، حيث يمكن ملاحظتها في سنوات ما قبل المدرسة على الرغم من أن معظم هؤلاء الأطفال لا يحاولون العلاج إلا في سن متأخرة، ولذا يجب الاكتشاف والتدخل المبكر لمثل هذه الحالات لأنه كلما طالت الفترة التي يعاني منها الطفل كلما كان العلاج أكثر صعوبة.

(محمد علي كامل، 2003، 107)

ولقد تضاربت الآراء بين العلماء حول طبيعة هذا الاضطراب فقد رأى بعضهم أنه اضطراب له أعراض وأسباب خاصة لا تتداخل مع أي أعراض أخرى والبعض يرى أن أعراضه قد تتداخل مع أعراض العديد من الاضطرابات الأخرى التي قد يعاني منها الطفل كالتحصيل الدراسي المنخفض أو السلوك المضاد للمجتمع، ومن وجهة نظر أخرى أشار بعض الباحثون في مجال الطب النفسي أنه اضطراب ناشئ عن تلف في المخ أو اضطراب الجهاز العصبي المركزي أو زملة

الخلل البسيط في المخ وذلك لما وجدوه من تشابه بين أعراض هذا الاضطراب وأعراض الأطفال المصابين بآفات دماغية. (سامر عرار، 2001، 5)

ومع التطور الهائل في البحوث العلمية والتي تناولت هذا الاضطراب تم استبدال مصطلح النشاط الحركي المفرط بمصطلح نقص الانتباه مع فرط الحركة أو بدون فرط الحركة (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

وقد أظهر الدليل التشخيصي الرابع (DSM-VI) لعام 1994 ثلاثة أنماط فرعية لهذا الاضطراب وهي: نقص الانتباه– فرط الحركة– الاندفاعية. (محمد الحجار، 2004، 76).

وتمكن مشكلة هؤلاء الأطفال في عدم قدرتهم على ضبط استجابتهم الحركية، كما تظهر في عدم قدرتهم على تحضير استجابات حركية من خلال توقع أحداث قادمة، وكذلك عدم قدرتهم على إدراك الدروس المكتسبة من الأخطاء المرتبكة من قبل هذه الاستجابات. (وسيم مزيك، 1999، 3)

ويتضمن اضطراب نقص الانتباه– فرط الحركة مجموعتين رئيسيتين من الأعراض: عدم الانتباه ومزيج من السلوكيات العفوية والتي تتسم بفرط الحركة ومعظم هؤلاء الأطفال يكونون أكثر نشاطاً واندفاعاً وقابلية للتشتت من غيرهم، وكلما صغر سن هؤلاء الأطفال كلما قل إحساسهم بالوقت أو بتفضيل الوقائع المستقبلية عن الحاجات الحالية ولكن سلوكياتهم قد تسبب العديد من المشاكل أكثر من أقرانهم بشكل ملحوظ، وعادة ما يكون الصبيان أكثر عرضة للإصابة بهذا من البنات، فقد أظهرت العديد من الدراسات ذلك. (وسيم مزيك، 1999، 4)

ويعرف النشاط الزائد على أنه مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالبداية المبكرة وتتشابه بين مفرط النشاط وقليل التهذيب مع عدم انتباه شديد وفقدان القدرة على الاندماج (لجنة التعريب والترجمة، 2007،14)، ومن أهم مظاهره زيادة الحركة– عدم الاستقرار في المكان– عدم التركيز– الاستثارة الزائدة– التململ– تشتت الذهن– التدخل فيما يخص الآخرين. (عبد العزيز ثابت، 1998، 28)

ويتم تشخيص هذا الخلل عند تواجد مجموعة من الأعراض الخاصة بنقص الانتباه وأعراض خاصة بفرط الحركة والاندفاعية، ويجب أن تستمر الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل، كما ينبغي أن تظهر قبل سن السابعة وتسبب ضعفاً على المستوى الأكاديمي أو الاجتماعي أو المهني شريطة أن لا تكون هذه الأعراض جزءاً من أي مرض آخر.

(Russel A. Barkley, 1998, 121)

وقد أوضحت العديد من الدراسات المظاهر الخاصة بنقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط وكذلك غير المصحوب بفرط النشاط كما في دراسة Korkman & Personen (1994) والتي هدفت إلى المقارنة بين

الأطفال ذوي قصور الانتباه مع فرط الحركة وذوي صعوبات التعلم وقصور الانتباه فرط الحركة وذوي صعوبات التعلم فقط في الأداء على اختبارات الانتباه واللغة والحركة والذاكرة والتعلم وشملت العينة (60) تلميذاً من الصف الثاني الابتدائي أعمارهم حوالي 8 سنوات، وأشارت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً ذات دلالات إحصائية بين مجموعات الدراسة الثلاثة في جميع الاختبارات التي خضعوا لها.

وقد تعددت اتجاهات وأساليب علاج اضطراب نقص الانتباه– فرط الحركة لدى الأطفال تبعاً للأسباب المؤدية إليها من ناحية وتبعاً لتعدد اهتمامات المختصين من ناحية أخرى فمن أهم هذه الأساليب البرامج الإرشادية، كما في دراسة سهام السلاموني (2001)، صافيناز كمال (2004)، وكذلك البرامج الخاصة بكل من العلاج السلوكي المعرفي مثل دراسة ظافر القحطان (2005)، هشام الخولي (2005)، زينب شقير (1999)، والبرامج العلاجية الطبية كما في دراسة (Peter Szatmari (1992. وقد أظهرت النتائج جميعها تحسناً ملحوظاً في مستوى أداء الأطفال.

التدخل العلاجي:

وأشار فتحي الزيات (2006) إلى أن التدخلات العلاجية لاضطراب ADHD لم تحظ حتى الآن بالقدر الكافي من اهتمام الدراسات والبحوث خاصة في المواقف الدراسية. وينبغي أن تعمل هذه التدخلات العلاجية على الضبط المدرسي، ويصبح هؤلاء التلاميذ مع أقرانهم في المدرسة والبحث عن آليات التدخل والدور الأسري.

(فتحي الزيات، 2006، 18)

وينبغي أن يتضمن علاج اضطراب نقص الانتباه– فرط الحركة– عدة محاور: العلاج السلوكي والعلاج التعليمي التربوي، وتعديل الغذاء مع العلاج الدوائي (Synopsis of Psychiatry, 1996, 135).

العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي هو شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية، وينبغي أن يكون متعدد الأوجه ويشتمل على:

1– الأساليب السلوكية القائمة على نظريات التعلم.

2– التحليل السلوكي ويتضمن تعديل البيئة والتحكم في وسائل ضبط السلوك.

3– العلاج الذهني والمعرفي الذي يرتكز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير والتدريب على حل المشكلات.

4– الأساليب الإجتماعية وتتضمن التدريب على المهارات الإجتماعية والتفاعل الاجتماعي.

(عبد الستار إبراهيم،1991،35)

ويعتمد العلاج السلوكي على المدرسة السلوكية التي تعتقد أن السلوك الخاطئ يرجع للتعلم والتكيف الخاطئ ومن ثم فإن العلاج السلوكي يهدف إلى إزالة السلوك الخاطئ وإعادة عملية التعلم والتكيف من جديد.

(عبد المنعم الحفني، 1994، 93)

ويقوم العلاج السلوكي على تدريب الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الانتباه ومن الحركة المفرطة على اكتساب مهارات التخطيط وحل المشكلات وضبط الذات والتحكم اللفظي. (Phyllis,1998,175)

ويتبنى العلاج السلوكي نظرة متعددة المحاور قوامها أن التعلم يعتمد على محاور متعددة بعضها انفعالي وبعضها اجتماعيوبعضها قد يكون نتيجة لأمور تتعلق بالصحة، ومن ثم فإن المواجهة العلاجية لأي اضطراب من الاضطرابات التي تظهر لدى الأطفال يجب أن تعكس في أذهاننا هذه الرؤية متعددة المحاور لكي نعالجها من زوايا مختلفة بدلا من التركيز على جانب واحد من العلاج. (عبد الستار إبراهيم وآخرون،1993، 10)

ويستخدم أسلوب التعزيز والتدعيم الإيجابي في العلاج السلوكي حيث يعطى الطفل مكافأة عند قيامه بالسلوك المرغوب والذل يتم التدريب عليه، ويكون التعزيز إما مادي عن طريق الحلوى والهدايا أو معنوي عن طريق المدح أو الشكر. (السيد على، فائقة بدر، 1992، 86)

ويعتمد العلاج السلوكي على إغراء الطفل بشيء يحبه وتشجيعه على الصبر لتعديل سلوكه بشكل تدريجي حيث يتم التدريب على التركيز أولا لمدة عشر دقائق ثم بعد نجاح ذلك يتم زيادة المدة بشكل تدريجي إلى خمسة عشر دقيقة وهكذا، ويشترط لنجاح استراتيجيات تعديل السلوك أمران: الأول: الصبر على الطفل واحتماله وعدم اللجوء للعنف لأنه يسبب العناد الذي قد يتطور إلى عدوان مضاعف وينبغي أن يكون القائم على هذا التدريب على علاقة ودية بالطفل ويتصف بدرجة عالية من الصبر والتحمل وتفهم الحالة. والثاني: العمل على جدولة المهام والأعمال والواجبات المطلوبة والاهتمام بالإنجاز على مراحل محددة مع التشجيع والتحفيز والمكافأة الفورية فور القيام بالعمل المطلوب، كما ينبغي القيام بالشرح المبسط للطفل والذي يتناسب مع سنه وقدراته الذهنية والاستعانة بوسائل معينة مساعدة وعمل خطوات معينة وفق جدول زمني محدد.
(حاتم موسى، 2006، 108)

العلاج الطبي:

تفيد المنبهات العصبية في علاج فرط النشاط والحركة على عكس ما هو متوقع فهي تؤدي إلى زيادة فترات التركيز، ولا تعطي هذه المنبهات إلا للأطفال في سن المدرسة وما بعدها ومن أهم هذه الأدوية الريتالين (ميثيل فينيدات) والدكسيدرين (دكسترو امفيتامين) وينبغي عند تناول أحد هذه العقاقير التأكيد على النقاط التالية:

- ضرورة إتباع البرنامج العلاجي بدقة شديدة لتحقيق أفضل النتائج الممكنة على المدى البعيد.

- الاهتمام بتوفير كافة التدابير العلاجية عن طريق الدمج بين برامج تعديل السلوك والبرنامج الطبي والبرامج التعليمية التي يتم تطبيقها.

- عمل كافة الفحوصات الاختبارات للتأكد من أن هذه الأعراض ليست مصاحبة لمشكلة أخرى.

(حاتم موسى، 2006، 111)

ولقد أثبتت عدة دراسات أن القشرة قبل الجبهية اليمنى وعقدتين قاعديتين هما (النواة المدينة) Nuckus Caudate والكرية الشامية (Pallidus Globus) تكون أصغر بشكل ملحوظ في الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، كما أظهرت بعض الدراسات أيضاً أن منطقة الدورة Vermis من المخيخ تكون هي الأخرى أصغر عند هؤلاء المصابين.

ونجد أن هي المناطق الدماغية التي اختزل حجمها هي نفسها التي تتحكم في الانتباه، فمثلاً تشارك القشرة قبل الجبهية اليمنى في صياغة سلوك الفرد ومقاومة تشتت الانتباه وتنمية إدراك الوقت والذات، كما تساهم النواة المدنية والكرية الشامية في منع الاستجابات العفوية التلقائية وتنسيق الإشارات العصبية الواردة بين مناطق عدة في الدماغ.

ولا يوجد سبب محدد لصغر حجم هذه الأجزاء، غير أن البعض يعزو ذلك لوجود طفرات محتملة في الجينات التي تكون نشيطة جداً عادة في القشرة قبل الجبهية، والعقد القاعدية. ولكن يحيل معظم الأطباء إلى الاعتقاد بأن هذا الاضطراب قد يرجع إلى خلل متعدد الجينات Disorder Polygenic. (Lahoste el al., 1996, 122-124)

ونجد أن البنية الدماغية التي تصاب باضطراب ADHD تستعمل الدوبامين للاتصال فيما بينهم، وتعزو بعض الدراسات في علم الوراثة، ذلك لوجود تغيرات في الجينات التي تكون مستقبله للدوبامين D4 التي تستقبل الإشارات الواردة أو تكون ناقلة للدوبامين.

وهذا ما تؤكده دراسة Jensen (1998a) حيث يذكر أن هناك أسباباً لضعف الانتباه منها ضعف السمع والبصر وسوء التغذية، كما يمكن أن يكون هناك صغر في الأبنية الخاصة بالانتباه في مناطق الفصوص الجبهية الخارجية اليمنى وفي العقد القاعدية، حيث يعتقد أن هاتان المنطقتان هامتان لتوجيه الانتباه وحجب المثيرات التي قد تضعف الانتباه.

وينبغي أيضاً وضع هؤلاء الأطفال ضمن برامج تعليمية خاصة، فهي توفر لهم بيئة أصغر وأقل تنافسية وأكثر تفهماً لظروفهم، حيث يتلقى فيها هذا الطفل توجيهات فردية تجعله أكثر قدرة على التحكم في الذات وتجعله قادراً على التصرف في المواقف المختلفة حتى من دون هذه البرامج.

ولا يوجد علاج شاف لهذا الاضطراب، ولكن من الهام والضروري جداً أن يخضع هؤلاء الأطفال للعلاج الطبي والعلاج السلوكي مجتمعين للعمل على تحسين الحالة وضبط السلوكيات غير المرغوبة.

مشكلة البحث:

تنبع مشكلة البحث من أن اضطراب نقص الانتباه– فرط الحركة من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً لدى الأطفال، ويتميز هذا الاضطراب السلوكي بنشاط حركي مفرط واندفاعية ونقص في الانتباه، مما يعوق قدرة الفرد على التعلم، لذلك فمن الضروري الاهتمام بهذه الفئة وتقديم برامج التدخل المبكر لهم.

ويعد التدخل المبكر مجهودات منهجية لمساعدة الأطفال قبل دخول المدرسية في تخطي الصعوبة التي تعترضهم من جراء الإصابة بهذا الاضطراب.

هدف البحث:

وضع برنامج قائم على التدخل الطبي منفصلاً وبرنامج قائم على التدخل السلوكي منفصلاً وبرنامج قائم على التدخل الطبي والتدخل السلوكي مجتمعين لعلاج اضطراب الانتباه– فرط الحركة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وعمل مقارنة ما بين نتائج هذه البرامج الثلاثة.

أهمية البحث:

ترجع أهمية البحث إلى أنه يلقي الضوء على فئة هامة هي فئة الأطفال ذوي نقص الانتباه– فرط الحركة والى أهمية الموضوع الذي تتناوله من حيث الجمع بين أسلوبين من أساليب العلاج لهذا الاضطراب وهما العلاج السلوكي والعلاج الطبي وتتضح أهمية الدراسة في النقاط التالية:

1- الاهتمام بفئة الأطفال ذوي نقص الانتباه- فرط الحركة وذلك لعلاج اضطراب نقص الانتباه- فرط الحركة لديهم مما يعمل على رفع قدرتهم على التحصيل الأكاديمي الجيد وكذلك قدرتهم على التواصل الاجتماعي بصورة
جيدة.

2- مساعدة الأطفال ذوي نقص الانتباه- فرط الحركة على زيادة القدرة على ضبط النفس وتكوين علاقات اجتماعية سليمة وإتاحة الفرصة لهم للعب الموجه والحركة الهادفة من خلال برنامج تعديل السلوك والبرنامج الطبي.

3- تقديم العون لمعلمي ومعلمات مرحلة رياض الأطفال من خلال تقديم برنامج يساعد على تحسين الانتباه والتقليل من فرط الحركة للأطفال ذوي نقص الانتباه- فرط الحركة مما قد يسهم في العلاج متعدد الأوجه.

4- إلقاء الضوء على ضرورة الجمع بين الأساليب العلاجية المختلفة مثل العلاج السلوكي والعلاج الطبي معا وذلك لمحاولة تحقيق أقصى استفادة للطفل من كافة النواحي.

إجراءات البحث:

- متغيرات الدراسة:

أ- المتغير المستقل:

وهو برنامج تحسين الانتباه للأطفال ذوي نقص الانتباه- فرط الحركة.

ب- المتغير التابع:

ويعبر عن مستوى أداء الأطفال ذوي نقص الانتباه- فرط الحركة على مقياس اضطراب نقص الانتباه- فرط الحركة بعد تطبيق البرنامج التدريبي.

- عينة البحث:

تم اختيار عينة البحث بالطريقة العمدية من أطفال المركز التربوي للطفولة- كلية رياض الأطفال- جامعة الإسكندرية، ومن عيادة طبيب نفسي، وذلك بعد الموافقة الكتابية الموقعة من أولياء أمور الأطفال، وذلك في الفصل الدراسي (2012/2011)، وبلغ عددهم (15) طفل وطفلة قسمت على النحو التالي:

- عدد (5) أطفال مجموعة العلاج الطبي.
- عدد (5) أطفال مجموعة العلاج السلوكي.
- عدد (5) أطفال مجموعة العلاج السلوكي والطبي معاً.

- **المنهج المستخدم:**

استخدمت الباحثتان المنهج شبه التجريبي لملائمته لموضوع البحث.

- **فروض البحث:**

- **الفرض الأول:**

والذي ينص على "يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الأولى (علاج سلوكي) على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال".

الفرض الثاني:

والذي ينص على "يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الثانية (علاج طبي) على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال".

الفرض الثالث:

والذي ينص على "يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الثالثة (علاج سلوكي طبي) على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال".

الفرض الرابع:

والذي ينص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين حجم تأثير فنيات العلاج المستخدمة في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال".

- **أدوات البحث:**

1) مقياس نقص الانتباه– فرط الحركة لأطفال الروضة. (إعداد/ الباحثتان).

2) البرنامج العلاجي (السلوكي والطبي) للأطفال ذوي تشتت الانتباه– فرط الحركة. (إعداد/ الباحثتان).

[1] مقياس نقص الانتباه– فرط الحركة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة: (إعداد/ الباحثتان)

1) الهدف من المقياس:

يهدف المقياس إلى معرفة مدى نقص الانتباه– فرط الحركة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

2) تحديد محتوى المقياس:

يحتوي المقياس على عدد عشرون عبارة تحتوي على السمات الخاصة بالطفل ذو اضطراب نقص الانتباه– فرط الحركة والتي تتسم بنقص الانتباه– فرط الحركة– الاندفاعية وهي مجموعة السمات الخاصة بهؤلاء الأطفال كما وردت في التشخيصات المختلفة.

3) تصميم المقياس:

صمم المقياس من (20) مفردة صيغت بعبارات لفظية تتعلق بمواصفات الطفل ذو نقص الانتباه– فرط الحركة في مرحلة ما قبل المدرسة.

4) تحديد نظام تقدير درجات التصحيح:

تحدد تقدير درجات المقياس بإعطاء الدرجات (3) عند توافر السمة بدرجة كبيرة والدرجة (2) عند وجودها بدرجة متوسطة أو الدرجة (1) عند عدم وجودها لتكون الدرجة الكلية للمقياس هي (40) درجة.

5) صياغة تعليمات المقياس:

التعليمات هي عبارة تصف الموقف المقاس، ولذا لابد أن تكون تعليمات المقياس واضحة وبدأ المقياس بصفحة بيانات الطفل ثم مجموعة من التعليمات ركزت على الهدف من المقياس.

6) كفاءة المقياس:

(1) الصدق:

اعتمدت الباحثتان في حساب الصدق على ما يلى:

أ– الصدق المنطقي (صدق المحكمين):

تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين وذلك بهدف: التأكد من مناسبة مفرداته، تحديد غموض بعض المفردات لتعديلها أو استبعادها، إضافة مفردات من الضروري إضافتها.

ب- صدق المقارنة الطرفية:

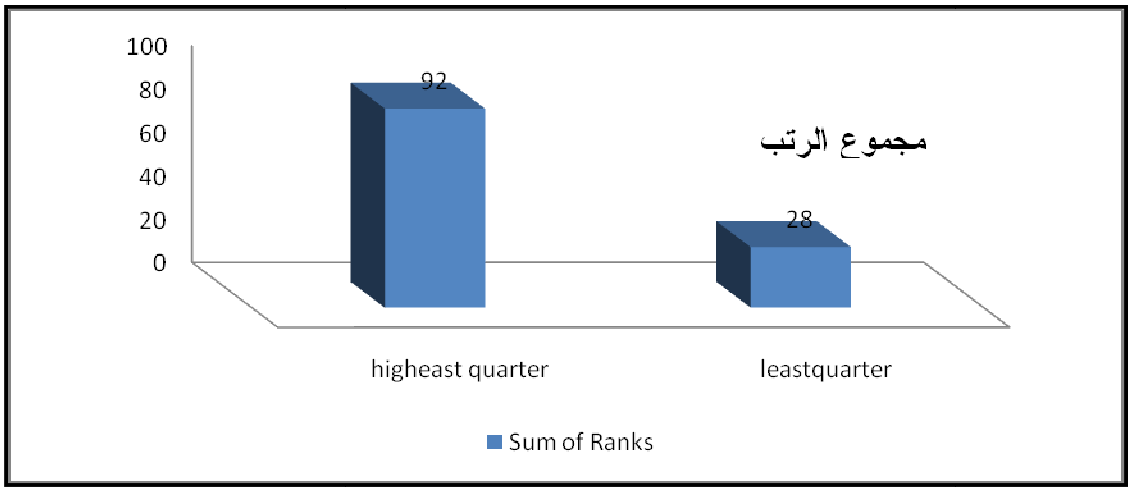
قامت الباحثتان باستخدام اختبار " **مان ويتنى** " **Mann-Whitney U** للأزواج المستقلة لمعرفة دلالة الفروق بين الارباعى الأعلى والارباعى الأدنى على المقياس، كما يوضح ذلك جدول رقم (1).

جدول رقم (1)

دلالة الفروق بين الإرباعى الأعلى والإرباعى الأدنى

	ن	رتب المتوسط	مجموع الرتب	قيمة " Z "	مستوى الدلالة
الارباعى الأدنى	**7**	**4.00**	**28.00**	**- 3.273**	دال عند مستوى **0.001**
الارباعى الأعلى	**8**	**11.50**	**92.00**		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z=- **3.273**) وهى دالة عند مستوى **0.001** مما يدل على وجود فروق بين درجات المرتفعين ودرجات المنخفضين على المقياس، وهذا يؤكد قدرة المقياس على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين مما يشير إلى صدق المقياس.



(2) الثبات Reliability:

أ- الاتساق الداخلي للمفردات:

للتأكد من اتساق المقياس داخلياً قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، وذلك بعد تطبيق المقياس في صورته الأولية (20 عبارة) على عينة الدراسة الاستطلاعية، كما هو موضح بجدول (2).

جدول (2)

معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس (ن=30)

رقم	معامل الارتباط	رقم	معامل الارتباط	رقم	معامل الارتباط	رقم	معامل الارتباط
1	0.774**	6	0.726**	11	0.425*	16	0.507**
2	0.580**	7	0.515**	12	0.546**	17	0.379*
3	0.771**	8	0.561**	13	0.394**	18	0.359*
4	0.604**	9	0.453**	14	0.335*	19	0.542**
5	0.382*	10	0.514**	15	0.346*	20	0.565**

*** دال عند مستوى 0.05 ** دال عند مستوى 0.01**

ب- طريقة معادلة ألفا كرونباك:

استخدمت الباحثتان معادلة ألفا كرونباك وهى معادلة تستخدم في إيضاح المنطق العام لثبات الاختبار، وبلغ معامل ثبـــات المقياس (0.73) وهو دال عند مستوى **0.01**

ب- طريقة التجزئة النصفية:

استخدمت الباحثتان طريقة التجزئة النصفية لحساب ثبات المقياس بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية، وتقسيم المقياس إلى نصفين متكافئين، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد في نصفى المقياس، وبلغ معامل ثبـــات المقياس (0.81) وهو دال عند مستوى 0.01 0

مما سبق يتضح أن معاملات ثبات المقياس بالطرق السابقة المختلفة هي معاملات مقبولة0

إجراءات تجربة البحث:

*** التجربة الأساسية للبحث:**

هدفت التجربة الأساسية قياس أثر كل من العلاج الطبي والعلاج السلوكي والاثنين معاً على الأطفال ذوي نقص الانتباه– فرط الحركة.

وللتحقق من هذا حددت مجموعة البحث الأساسية من أطفال الروضة بالمركز التربوي للطفولة– حيث بلغ عددهم (15) طفل وطفلة، وتمت التجربة في الفصل الدراسي الثاني (2012/2011) في الفترة الزمنية من شهر 2012/6 إلى شهر 2012/12.

واعتمد هذا التصميم التجريبي على القياس القبلي للثلاث مجموعات ثم تطبيق البرنامج الذي شمل العلاج الطبي على مجموعة من الأطفال قوامها (5) أطفال ثم العلاج السلوكي على عينة (5) أطفال ثم تجربة العلاج الطبي والسلوكي معاً على مجموعة ثالثة من الأطفال ثم القياس البعدي على الثلاث مجموعات ثمن رصد نتائج التجريب ومعالجتها إحصائياً لاستخلاص نتائج البحث.

[2] البرنامج العلاجي للأطفال ذوي تشتت الانتباه– فرط الحركة: **(إعداد/ الباحثتان)**

حرصت الباحثتان عند تصميم برنامج البحث أن يتاح للطفل الفرصة لتلقي العلاج في الثلاث مجموعات البحثية، راعت الباحثتان أن كل الأطفال يلقون نفس القدر من الاهتمام.

كما راعت الباحثتان تدريب المعلمة على كيفية إجابة المقياس بصورة واضحة، والبرنامج الحالي اشتمل على خطة للعلاج سواء من خلال العلاج الطبي أو من خلال العلاج السلوكي أو بالاثنين معاً، وذلك بما يتناسب مع خصائص وسمات هؤلاء الأطفال.

الإطار العام للبرنامج البحث:

*** الهدف العام للبرنامج:**

علاج الأطفال ذوي نقص الانتباه– فرط الحركة من خلال برنامج البحث.

وبعد الإطلاع على الدراسات السابقة ومراعاة خصائص هؤلاء الأطفال، وإعداد المقياس الحالي في صورته الأولى وعرضه على السادة المحكمين لمعرفة مدى ملائمته لهذه الفئة من الأطفال.

أعدت الباحثتان محتوى البرنامج بحيث اشتمل مجموعة من الجلسات التي يتلقاها الطفل في العلاج السلوكي والتي تتضمن مجموعة من الأنشطة لتنمية التواصل اللغوي والتواصل الاجتماعي وتنمية التركيز والانتباه والتي تتنوع ما بين التدريب على تقليد نموذج والتدريب على وصف الأشياء والإجابة عن الأسئلة وسرد قصص قصيرة بشكل منطقي ومفهوم وكذلك الاستنتاج المنطقي للجمل الناقصة وغيرها من الأنشطة المتنوعة وجلسات تعديل السلوك القائمة على تغيير السلوك الغير مرغوب وتنمية السلوك المرغوب البديل باستخدام أساليب التعزيز المختلفة والمكافآت.وقد تضمن البرنامج أيضا العلاج الطبي وهو عقار الريتالين Ritalin (Methylphenidate) هو عقار طبي من المنشطات شائعة الاستخدام، والتي تستخدم في علاج حالات ADHD للأطفال والكبار على حد سواء، يكون الدواء بنسبة تركيز مختلفة، إما 5 ملجم أو 10 ملجم أو 20 ملجم.

والجرعات المحددة هي حبة واحدة يومياً من فئة 5 ملجم لمدة ثلاثة أيام، وفي اليوم الرابع وحتى اليوم السادس تكون الجرعة هي حبتين يومياً من فئة 5 ملجم وبعد كل أربعة أيام وفي اليوم الرابع تضاف حبة أحرى حتى يصبح التركيز للجرعة اليومية 20 ملجم ما لم تظهر أي آثار جانبية محددة على المريض وإذا ظهرت هذه الأعراض الجانبية فإن الجرعات لا تزداد في هذه الحالة.

وننصح الأسرة بسحق هذه الحبوب وإضافتها للزبادي مثلاً أو أي أطعمة لينة، والأطفال فيما بعد الخامسة يمكنهم أن يبتلعوا الحبوب إذا أمكن.

ويخبر الأهل أن هناك بعض الآثار الجانبية المحتمل حدوثها من تناول العقار، فمثلاً بطء في النمو (الطول والوزن) للأطفال، الحساسية العصبية، مشكلات في النوم، فقدان للشهية، صداع، ألم في المعدة، غثيان، والشعور بالدوار، خفقان في القلب. ويطلب منهم توقيع بالموافقة على مشاركة أبنائهم في هذه الدراسة.

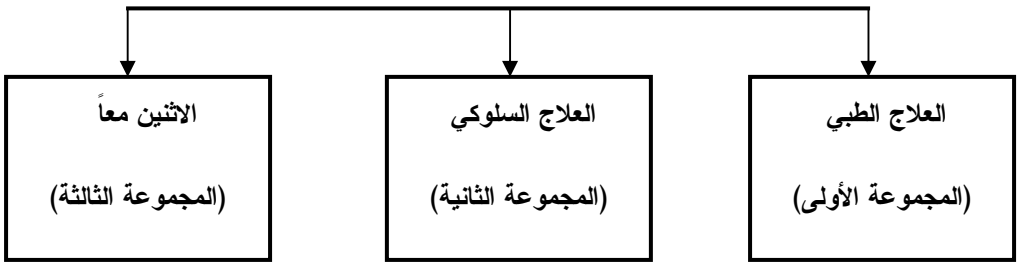
يبدأ عقار الريتالين كجرعة صباحية يومية، وإذا ظهر تدهور في السلوك أثناء الغذاء (في المنزل أو في المدرسة) تعطي جرعة أخرى من عقار الريتالين في فترة الغذاء.

ومعايير الجريمة مثل جرعة الصباح لمدة ثلاثة أيام قابلة للزيادة، حيث يمكن إعطاء جرعات/ الغذاء من قبل المعلم وفقاً لجدول معين.

والأطفال المصابون بمشكلات في القلب أو مشكلات في العين أو المصابين بنوبات كانوا مستبعدين من العينة.

وتم عمل متابعة مستمرة من قبل طبيب نفسي.

محتوى البرنامج:



خطوات تنفيذ البرنامج:

- عقدت الباحثتان لقاءات مع الأمهات لاستعراض محتوى البرنامج ومناقشتهن في إجراءات تطبيق البرنامج والتعليمات الخاصة به.
- التنسيق مع الأمهات من أجل التأكد من سلامة تنفيذ إجراءات البحث.
- إجراء القياس القبلي لمقياس نقص الانتباه– فرط الحركة على الأطفال عينة البحث الثلاث مجموعات.
- البدء في تنفيذ البرنامج الذي استغرق ستة أشهر من 2012/6 إلى 2012/12.
- تم تنفيذ أنشطة البرنامج والتي هدفت جميعاً علاج الأطفال ذوي نقص الانتباه– فرط الحركة.
- تم التطبيق البعدي على المقياس الحالي على الثلاث مجموعات بعد تنفيذ البرنامج.

نتائج البحث وتفسيرها:

1– الفرض الأول:

والذي ينص على " يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الأولى (علاج سلوكي) على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال "

للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار " **ويلكوكسن** " **WelCoxon** للأزواج المرتبطة لمعرفة دلالة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الأولى (علاج سلوكي) على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، كما يوضح ذلك جدول رقم (3).

جدول رقم (3)

دلالة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الأولى

على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال (ن=5)

مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة		ن	رتب المتوسط	مجموع الرتب	قيمة " Z "	مستوى الدلالة
القبلي – البعدي	الرتب السالبة	5	3.00	15.00	2.023–	0.05
	الرتب الموجبة	0	0.00	0.00		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z= –2.023) دالة عند مستوى (0.05)، مما يدل على وجود فروق جوهرية بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الأولى على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، مما يدل على فعالية العلاج السلوكي وتتفق هذه النتيجة مع ما جاءت به نتائج دراسة كل من دراسة علا كشطة (1995) للتعرف على فاعلية كل من فنيتي التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين وتكونت العينة من 40 طفلا، وقد أظهرت النتائج فاعلية كل من التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض حدة النشاط الزائد لدى المعاقين، و دراسة ابتسام سطيحة (1997) بعنوان فاعلية العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة (النمذجة) في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الانتباه، ونتائج دراسة سهام السلاموني (2001) بعنوان بعض فنيات العلاج السلوكي (الألعاب الرياضية الصغيرة– النمذجة) في خفض مستوى النشاط الزائد وكانت العينة مكونة من 35 طفل وطفلة وأظهرت النتائج فعالية البرنامج في خفض حدة النشاط الزائد لدى الأطفال وارتفاع مستوى تحصيلهم.

2– الفرض الثاني:

والذي ينص على " يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الثانية (علاج طبي) على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال "

للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار "**ويلكوكسن**" **WelCoxon** للأزواج المرتبطة لمعرفة دلالة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الثانية (علاج طبي) على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، كما يوضح ذلك جدول رقم (4).

جدول رقم (4)

دلالة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الثانية

على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال (ن=5)

مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة		ن	رتب المتوسط	مجموع الرتب	قيمة " Z "	مستوى الدلالة
القبلي – البعدي	الرتب السالبة	5	3.00	15.00	2.041-	0.05
	الرتب الموجبة	0	0.00	0.00		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z= -2.041) دالة عند مستوى (0.05)، مما يدل على وجود فروق جوهرية بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الثانية على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، مما يدل على فعالية العلاج الطبي.

3- الفرض الثالث:

والذي ينص على "يوجد فرق دال إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الثالثة (علاج سلوكي طبي) على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال".

للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار " **ويلكوكسن** " **WelCoxon** للأزواج المرتبطة لمعرفة دلالة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الثالثة (علاج سلوكي طبي) على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، كما يوضح ذلك جدول رقم (5).

جدول رقم (5)

دلالة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الثالثة

على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال (ن=5)

مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة		ن	رتب المتوسط	مجموع الرتب	قيمة " Z "	مستوى الدلالة
القبلي – البعدي	الرتب السالبة	5	3.00	15.00	2.032–	0.05
	الرتب الموجبة	0	0.00	0.00		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z= –2.032) دالة عند مستوى (0.05)، مما يدل على وجود فروق جوهرية بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية الثالثة على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، مما يدل على فعالية العلاج السلوكي الطبي معاً.

4- الفرض الرابع:

والذي ينص على "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين حجم تأثير فنيات العلاج المستخدمة في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال**".

للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار "كروسكال" KrusKal للأزواج المستقلة لمعرفة دلالة الفروق بين فنيات العلاج المستخدمة في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، كما يوضح ذلك جدول رقم (6).

جدول رقم (6)

دلالة الفروق بين فنيات العلاج المستخدمة في القياس البعدي على مقياس

نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال (ن=15)

الفنيات العلاجية	ن	رتب المتوسط	المتوسط	قيمة مربع μ^2	قيمة كا^2	مستوى الدلالة
علاج سلوكي	5	9,40	43.60	0.85	10.125	دال

علاج طبي	**5**	**11.90**	**44.80**	**0.81**		**عند مستوى 0.01**
علاج سلوكي طبي	**5**	**3.00**	**26.80**	**0.96**		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (كا^2 = 10.125) دالة عند مستوى (0.01)، مما يدل على وجود فروق جوهرية بين فنيات العلاج المختلفة على مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، كما يتضح من الجدول أيضاً أن قيمة مربع إيتا أكبر مع فنية الجمع بين العلاج السلوكي الطبي معاً حيث بلغت قيمة (μ2 = 0.96) مما يدل على حجم التأثير الأكبر للجمع بين الفنيتين معاً السلوكي والطبي.

وللتأكيد أيضاً الجدول التالي يوضح الفروق بين الفنيات الثلاثة من خلال استخدام اختبار توكى Tukey للمقارنات المتعددة (علاج سلوكي، علاج طبي، علاج سلوكي طبي).

جدول رقم (7)

الفروق بين الفنيات الثلاثة من خلال استخدام اختبار توكى للمقارنات المتعددة

(علاج سلوكي، علاج طبي، علاج سلوكي طبي)

Tukey HSD			
(I) group	**(J) group**	**فروق المتوسطات (I-J)**	**Sig.**
علاج سلوكي	علاج طبي	1.200-	0.505
	علاج سلوكي طبي معاً	16.800	0.000
علاج طبي	علاج سلوكي طبي معاً	18.000	0.000

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق بين العلاج السلوكي والعلاج الطبي في درجة التأثير، لكن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العلاج السلوكي بمفرده والعلاج السلوكي والطبي معاً عند مستوى (0.01) بفروق متوسطات قدرها 16.800، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العلاج الطبي بمفرده والعلاج السلوكي والطبي معاً عند مستوى (0.01) بفروق متوسطات قدرها 18.000.

أسفرت نتائج البحث عن وجود أثر إيجابي للبرنامج القائم على كل من التدخل الطبي والسلوكي معاً وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة جونسون وهاندن (1994) والتي هدفت إلى التعرف على كفاءة التدخل السلوكي الطبي في تعديل سلوك الأطفال المتخلفين. عقليا اللذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد وقد كانت العينة مكونة من ثلاثة أطفال تتراوح أعمارهم بين السادسة والسابعة وطبق عليهم برنامج سلوكي على مدى ثمانية أسابيع, أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً على الأطفال، كما تتفق أيضا مع دراسة إدوارد (2002) والتي قامت بهدف المقارنة ما بين ثلاثة برامج علاجية أحدها خاص بالعلاج السلوكي لإضطرابات الانتباه والآخر خاص بالعلاج الطبي الدوائي والثالث العلاج السلوكي والدوائي معاً وقد أثبتت الدراسة فاعلية البرامج الثلاثة في علاج الأطفال ذوي إضراب نقص الانتباه فرط الحركة Edwards.

وفي ضوء ما أسفرت عنه نتائج هذا البحث يمكن الخروج بالتوصيات التالية:

1- تبني برنامج البحث الحالي في علاج الأطفال ذوي نقص الانتباه- فرط الحركة ضمن البرامج الحالية لرياض الأطفال.
2- ضرورة الاهتمام بهذه الفئة من الأطفال والاهتمام بوضع البرامج الخاصة بالتدخل المبكر لعلاجهم.
3- تصميم برامج تدريبية لأولياء أمور هؤلاء الأطفال لإمكانية التعامل السوي مع هذه الفئة من الأطفال.
4- إعادة النظر في برامج إعداد معلمة الروضة وذلك لإمكانية إعدادها الإعداد الأمثل لاكتشاف هؤلاء الحالات ووضع الخطط الملائمة لعلاجهم.
5- ضرورة العمل مع هؤلاء الأطفال من خلال فريق متكامل من المتخصصين في تقديم برامج التدخل المبكر.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

1- ابتسام حامد سطيحة (1997): استخدام كل من العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة (النمذجة) في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الانتباه، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا.

2- أنور محمد الشرقاوي (1992): علم النفس المعرفي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

3- حاتم موسى شلبي (2006): اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط، مجلة تعريب الطب، المجلد العاشر، العدد 1، مايو.

4- زينب محمود شقير (1999): فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور (مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مورطي النشاط، محلية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة المنيا، العدد (34)، ص ص 11-71.

5- سامر عرار (2001): اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الاندفاعي، مجلة الرسالة التربوية المعاصرة،العدد الأول، عمان، الأردن.

6- سهام أحمد السلاموني (2001): فعالية بعض فنيات الإرشاد السلوكي في خفض النشاط الحركي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة المنصورة.

7- السيد علي سيد أحمد، فائقة محمد بدر (1999): اضطراب الانتباه لدى الأطفال أسبابه، وتشخيصه، وعلاجه، القاهرة: النهضة المصرية.

8- صافيناز أحمد كمال (2004): فعالية الإرشاد الأسري في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

9- ظافر القحطاني (2005): فاعلية برنامج سلوكي لخفض درجة عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

10- عبد الستار إبراهيم (1991): القلق قيود من الوهم، القاهرة، كتاب الهلال، مايو.

11- عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز الدخيل، رضوان إبراهيم (1993): العلاج السلوكي للطفل،المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، عالم المعرفة.

12- عبد العزيز موسي ثابت (1998): الطب النفسي للأطفال والمراهقين، الطبعة الأولى، مكتبة اليازجي، غزة، فلسطين.

13- عبد المنعم الحنفي (1994):موسوعة علم النفس والتحليل النفسي،ج4،القاهرة:مكتبة مد بولي.

14- علا عبد الباقي كشطة (1995):مدى فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعوقين عقليا،رسالة دكتوراه،كلية التربية،جامعة عين شمس.

15- فتحي مصطفى الزيات (2006): آليات التدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط، المؤتمر الدولي لصعوبات التحكم، المجلة العربية السعودية.

16- فوزية محمدي (2010-2011): فعالية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة، رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

17- لجنة التعريب والترجمة (2007): الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين، الطبعة الأولي،الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب العربي.

18- محمد حمدي الحجار(2004):التشخيص النفسي، دار النفائس، دمشق.

19- محمد علي كامل (2003): علم النفس المدرسي، ط2، القاهرة: مكتبة ابن سينا.

20- هشام محمد الخولي (2005): أثر التدريب على استخدام استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، عدد (50)، مايو، ص ص90-103.

21- وسيم مزيم (ترجمة) (1999): خلل نقص الانتباه- فرط الحركة، مجلة العلوم، مراجعة: أحمد الكفراوي، مجلة العلوم، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

22- American Psychiatric Association (1994): The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed) Washington DC.

23- Edwards, J. (2002): Evidence-Based Treatment for Child ADHD:Real-World Practice Implications.Journal of Mental Health Counseling,V.24,N.2,PP126-140.

24- G. Weiss, W.B., Saunders (1992): The Epidemiology of Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. Peter Szatmari in Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Vol.1.

25- Jensen, Eric (1998a). Introduction to Brain Compatible Learning. Sang Diego. CA: The Brainstorm.

26- Johnson, C., Handen, B. (1994): Efficiency of Mental Penidate Intervention on Class Room Behavior in Children with ADHD and Mental Retardation, Behavior Modification, V.59, N.4, PP.470-488.

27- Korkman, M. and Personen. A (1994). A Comparison of Neuropsychology Neurophysiology Test Profiles of Children with Attention Deficit- Hyperactivity Disorder and/ or Learning Disorders. J.LD. Vol.27. No.6. PP.383-392.

28- Lahoster et al. Dopamine DY Receptor Gene Polymorphism is Associated with ADHD. G.J. (1996): In Molecular Psychiatry, Vol.1, N.2, PP.121-124.

29- Phyllis, A (1998): Intervention for ADHD Treatment in Developmental Context, New York, The Guilford Press.

30- Russed A. Barkley (1998): Diagnosis and Treatment, Guilford Press.

31- Synopsis of Psychiatry, Edited by R.E. Hales & S.C. Yudopsky (1996). American Psychiatric Press Washington.

مقياس نقص الانتباه – فرط الحركة

م	العبارات	دائماً	أحياناً	نادراً
1	يفشل في الانتباه للتفاصيل.			
2	يجد صعوبة في الانتباه المستمر في أنشطة اللعب.			
3	لا يتبع التعليمات.			
4	لا ينتبه للحديث الموجه إليه.			
5	يفشل في إنهاء المهمات ولا يرجع ذلك إلى صعوبة في الفهم.			
6	يفشل في تنظيم المهام.			
7	يتجنب الاشتراك في الأنشطة التي تتطلب مجهود عقلي متصل.			
8	يفقد الأشياء المهمة.			
9	سريع النسيان.			
10	يتشتت بسهولة.			
11	لا يمكنه البقاء ثابتاً في مكانه..			
12	يجري ويتسلق الأشياء.			
13	يترك مقعده ويهرب من أي موقف يتطلب البقاء في وضع الجلوس.			
14	لا يمكنه الاحتفاظ بالهدوء.			
15	يبدو دائماً في وضع الاستعداد للانطلاق.			

م	العبارات	دائماً	أحياناً	نادراً
16	لا يمكنه انتظار دوره.			
17	يتدخل فيما يخص الآخرين (الحديث- اللعب).			
18	يجيب عن الأسئلة قبل أن تكتمل.			
19	لا يتوقف عن الكلام أو إصدار الأصوات.			
20	يتعرض للعديد من الحوادث.			