فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي باللعب لخفض أعراض قلة الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال ماقبل المدرسة

د.رازان عز الدين

الملخص

هدف البحث إلى تعرف فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي باللعب لخفض أعراض قلة الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال ماقبل المدرسة، تم استخدام اختبار رسم الرجل لجودانف، ومقياس قلة الانتباه وفرط النشاط بعد دراسة خصائصه السيكومترية، وتم استخدام المنهج التجريبي، وتألفت عينة البحث من (١٦) طفلاً تم اختبارهم بالطريقة العشوائية العنقودية، وتم تقسيمهم الى(٨) مجموعة ضابطة و(٨) مجموعة تجريبية، بعد مجانسة المجموعتين من حيث الذكاء وقلة الانتباه وفرط النشاط، وبعد موافقة أمهاتهم للمشاركة بالبرنامج، وأظهرت نتائج البحث أنه:

لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط.

وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط لصالح القياس البعدي. وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط لصالح المجموعة التجريبية. ولاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس التتبعي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط

الكلمات المفتاحية: برنامج علاجي معرفي سلوكي باللعب ، قلة الانتباه وفرط النشاط ،أطفال ماقبل المدرسة.

The effectiveness of a cognitive behavioral therapy play program to reduce symptoms of attention deficit and hyperactivity in preschool children

Abstract

The aim of the research was to identify the effectiveness of a cognitive behavioral therapy play program to reduce symptoms of attention deficit and hyperactivity in preschool children. The Goodenough Man Drawing Test and the Attention Deficit Hyperactivity Scale were used after studying its psychometric properties. The experimental method was used. The research sample consisted of (16) children who were tested using the cluster random method. They were divided into (8) control groups and (8) experimental groups, after homogenizing the two groups in terms of intelligence, attention deficit and hyperactivity, and after their mothers agreed to participate in the program. The results of the research showed that: There are no statistically significant differences between the average ranks of the scores of the members of the control group in the pre-measurement and the average ranks of their scores in the post-measurement on the .attention deficit and hyperactivity scale

There are statistically significant differences between the average ranks of the scores of the members of the experimental group in the pre-measurement and the average ranks of their scores in the post-measurement on the attention deficit and hyperactivity scale in favor of the post-measurement. There are statistically significant differences between the average ranks of the scores of the experimental group members and the average ranks of the scores of the control group members in the post-test on the attention deficit hyperactivity scale in favor of the experimental group. There are no statistically significant differences between the average ranks of the scores of the experimental group members in the post-test and the average ranks of their scores in the follow-up test on the attention deficit hyperactivity scale.

Keywords: Cognitive behavioral play therapy program, attention deficit and hyperactivity, preschool children.

أولاً- مقدمة البحث

تعد مرحلة الطفولة المبكرة من المراحل المهمة في عمر الفرد وتكوينه الجسماني والعقلي والنفسي والاجتماعي؛ إذ هي السنوات التي يتم فيها تشكيل شخصيته الإنسانية ووضع اللبنات الأولى لبناء الإنسان وتحديد اتجاهاته وميوله وغرس قيم وعادات وتقاليد المجتمع ككل على المدى البعيد، باعتبار أن تكوين الفرد هو استثمار في البناء البشري. ويطلق بعض علماء النفس هيرلوك Hurlock (١٩٨٠) على هذه المرحلة من النمو مرحلة الطفولة الصاخبة أو أزمة النمو الأولى لأن هذه المرحلة تتسم في بدايتها بالثورة الانفعالية الشديدة، حيث يبدأ الصدام بين الطفل وبيئته في أول المرحلة ويصل إلى قمته في نهاية السنة الثالثة (Timothy & Brown, 2012,313)

فالطفولة المبكرة هي فترة نمو جسدي ومعرفي واجتماعي وعاطفي ولغوي هائل، حيث يمكن أن تتأخر كل هذه المعالم بشكل كبير عندما يعاني الأطفال الصغار من عدم كفاية الرعاية، والضغوط البيئية، وعوامل الخطر الأخرى ويمكن أن تؤثر هذه العوامل والضغوطات في الدماغ وقد تعرض نمو الطفل وتطوره الجسدي والاجتماعي والعاطفي والمعرفي للخطر (Luby & et al,2013,40) وفي المرحلة الأخيرة زاد الاهتمام بمرحلة الروضة لما لهذه المرحلة من أهمية في تكوين شخصية الطفل بالإضافة لأهميتها في الكشف المبكر عن المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية التي قد تواجه الطفل في مرحلة مبكرة، ومنها اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط(ADHD) هو أحد اضطرابات النمو العصبي الأكثر شيوعا لدى الأطفال، فالأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يُظهرون مستويات غير مناسبة من الناحية التنموية عدم الانتباه و/أو فرط النشاط والاندفاع المصاحب مع ضعف في الأداء اليومي [APA]، American Psychiatric Association, 2013 وعادة يبدأ في وقت مبكر من الحياة، وبحكم التعريف، الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يجب أن تظهر عليه أعراض ضعف الانتباه قبل سن ١٢عاماً (APA,2013,360) .

وعلى الرغم من أن مثل هذا الاضطراب يعمل كتغيرات تنموية سريعة بين عمر ٢ إلى ٦ سنوات والذي يستمر حتى سن البلوغ ، تقدم البحوث أدلة على أن عادة ما تظهر أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في سن مبكرة جداً (Egger, Kondo, and Angold, 2006) مرتبطة مع انحرافات كبيرة في بنية الدماغ (Mahon et al., 2011 ومن المرجح أن تستمر في المدرسة الابتدائية وأبعد من ذلك بالنسبة لغالبية الأطفال حيث يتطلب النجاح المدرسي الانتباه والتركيز ويعد الانتباه أحد المهارات الأساسية في التعلم ويقصد به النظر والإصغاء إلى مثير معين لفترة زمنية وهي القدرة التي يستطيع فيها الطفل أن يركز على موضوع معين حيث ينتقي الطفل بين المثيرات المتعددة الموجودة في غرفة الطفل تلك المثيرات ذات العلاقة بالتحصيل لذا يمكن مساعدة الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة قبل ان تزداد لديهم الأعراض ويصبح من الصعب علاجها DuPaul et al,2018,42).أما الخطورة الكبرى لهذا الاضطراب؛ فهي أن آثاره السلبية لا تقتصر على الطفل فحسب، وانما يصل تأثيرها السلبي إلى كل من يدخل في دائرة التعامل معه عن قرب سواء كان الوالدين، أو الإخوة، أو المعلمين أو الأقران؛ حيث يعانى هذا الطفل من مشكلات قد تعيق تكيفه الاجتماعي سواء في البيت أو الروضة، ومنها الإحساس بالنبذ في بعض الأحيان من الأبوين أو الإخوة، فيحاول لفت الانتباه إليه بسلوكيات مزعجة أو عدوانية، عند التعامل مع إخوته في البيت أو مع أقرانه في الروضة، كما يعانى من مشكلة عدم القدرة على اتباع التعليمات وتنفيذها، ولديه عجز واضح في القدرة على تكوين صداقات أو الاحتفاظ بها مما يجعله ينعزل عن الآخرين، وبالتالي تظهر لديه أعراض اكتئاب وانخفاض في مستوى تقدير الذات؛ فيؤثر ذلك على سلوكه الاجتماعي، مما قد يحرم الطفل من فرصة التفاعل الاجتماعي الملائم، وتعلم السلوكيات والمهارات التي لا تكتسب إلا من خلال وجوده في مواقف فعلية ومشاركة حقيقية في الحدث. وعموماً، فإن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة له تأثيره السلبي على كافة جوانب حياة الطفل، وغالباً ما يجد الأطفال الصغار المصابون باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أنفسهم يتعرضون للتوبيخ أو العقاب أكثر مما يتم الإشادة بهم؛ لذا فإن الطريقة الواضحة لكسب اهتمام إيجابي من الأشخاص الأكثر أهمية في حياتهم يمكن أن تكون حافزاً كبيراً. ويوضح اختصاصي اضطراب فرط الحركة

ونقص الانتباه الدكتور راسل باركلي" Barkley من الناحية المثالية، ستغير هذه التعديلات البيئية مسار نمو الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه إلى أن أقوى المكاسب هي في الأطفال الذين يتسمون بالتحدي أو المعارضين بشكل خاص كما يلاحظ "من المرجح أن تجد الدراسات طويلة المدى آثاراً علاجية على المشكلات الثانوية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مقارنة بالعجز الخاص باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (Barkley,et.al.1993,316) ليس من غير المألوف بالنسبة للأطفال من مرحلة ما قبل المدرسة الذين تأثروا سلباً بمشاكل سلوكهم طردهم من مواعيد اللعب وإدراجهم في القائمة السوداء؛ إنما يحب إجراء تحسينات كبيرة من خلال تدريب الوالدين (Pfiffner & Kaiser,2010,849)

ويوجد علاج لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في العديد من الأساليب المختلفة. والعلاجات الأكثر شيوعاً هي العلاج الدوائي، وتعديل السلوك، والعلاج السلوكي المعرفي، وعلاج أنظمة الأسرة، وعلى مدار العشرين عاماً الماضية، أصبح العلاج باللعب بديلاً علاجياً قابلاً للتطبيق، ويمكن أن يشتمل العلاج المعرفي السلوكي باللعب على الأساليب المعرفية والسلوكية المستخدمة ولكن في شكل ممتع لا يشكل تهديداً بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، فإن القوى العلاجية التالية مهمة بشكل خاص في تقوية تأثير تدخلات اللعب لتسهيل شفاء الأطفال، وتعزز تعبيرهم عن المشاعر، وتساعدهم على التنظيم الذاتي وتعزيز العلاقات الإيجابية.

ثانياً–مشكلة البحث:

من خلال عمل الباحثة مع الأطفال ومن خلال زيارتها للعديد من الروضات لمتابعة الأطفال وصحتهم النفسية، وتشخيص الاطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكية وتقديم العلاج لهم وتقديم الإرشاد للمربيات والأمهات، فقد وجدت تحديات تواجه المعلمات، وهو التعامل مع زيادة الأطفال الذين لا ينتبهون لما يقال في غرفة النشاط ولا يستطيعون الاستقرار في مكان واحد فهم دائما في حركة مستمرة. ويثير هذا الطفل مشكلات عديدة كما أن أقرانه ينفرون منه ويرفضون اللعب معه نتيجة إظهاره بعض السلوكيات التي تمنعه

من التفاعل الاجتماعي معهم بشكل سوي، وينعكس هذا سلباً على الطفل ومفهوم الذات لديه وتكيفه النفسي الذي يظهر في شكل انطواء أو انسحاب من إقامة العلاقات الاجتماعية، أو ممارسة السلوكيات العدوانية.

كما قد يُلاحظ على بعض الآباء والأمهات والمعلمين الذين تواجههم هذه المشكلة مع الأطفال فهم لا يعيرنها الاهتمام الذي تستحقه، ويعتبرونها نوعاً من "الشقاوة" التي سوف تتلاشى عبر مرور الزمن؛ ولذا فهم يستخدمون في الغالب العقاب والإيذاء الجسدي كمحاولة لضبط سلوك الطفل، مما يترتب عليه تفاقم المشكلة وتعقيدها، في حين قد يلاحظ البعض الآخر خطورة هذا الاضطراب وينتبه للعواقب الوخيمة التي قد تترتب عليه، ولكنه يقف مكتوف الأيدي، وتنتابه الحيرة والقلق لأنه لا يعرف كيف يتصرف حيال هذا الموقف، ومن أي جهة يمكنه أن يطلب الدعم والمساعدة لحل هذه المعضلة التي تعترض مسيرة حياة طفله، خاصة ان هذا الاضطراب في تزايد، فمن خلال مراجعة للأدبيات ومن الأسباب التي دعت إلى الاهتمام بهذا الاضطراب ، وبحثه معدل انتشاره المتزايد الذى تشهده المجتمعات أثناء السنوات الأخيرة تراوحت نسبته ما بين (٣٪ و٥٪) عند الأطفال في سنوات الطفولة المبكرة، أما فيما يتعلق بمتغير الجنس فإن نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون أكثر شيوعاً عند الذكور منه عند الإناث بنسبة (١/٤) (APA,2013,360-367) ويبلغ معدل انتشار هذا الاضطراب ٢,٧% في جميع أنحاء العالم (Khatoon, & Masroor,2020,17). وتوصل ويز وهكتمان ١٩٨٩ .Weiss & Hechtman أن انتشاره يقع في مختلف الطبقات الاجتماعية، وينتشر أكثر بين الأقارب من الدرجة الأولى كما أن المشكلات المتعلقة به لا تنتهي بانتهاء مرحلة الطفولة، وغالباً ما تمتد إلى مرحلة المراهقة (عبد الله، ٢٠٠٧ ،١٥ -١٦). ويعد اضطراب فرط النشاط أحد أكثر الاضطرابات شيوعاً وضرراً في مرحلة الطفولة. ويصنف هذا الاضطراب الذي له تأثير عميق على حياة الآلاف من الأطفال وأسرهم، اعتمادا على مدى تعقيد مشكلاتهم، لهذا فإن آثار السلوك الاندفاعي يؤدي بصاحبه إلى معاناة الطفل من النبذ والرفض الاجتماعي، هذا يؤدي بالطفل إلى القيام السلوكيات العدوانية التي تجعلهم مرفوضين من قبل الآخرين وهذه السلوكيات تضر بالسلوك التعاوني وهذا ماوجدته عزالدين في نتائج دراستها (٢٠١٣) على

(١٠٠) طفل وطفلة من أطفال الروضة يعانون (ADHD) مقارنة بـ (١٠٠) طفل وطفلة من العاديين. بأن الأطفال الذين يعانون من (ADHD) هم اقل بالدرجات من الأطفال العاديين بالمهارات الاجتماعية، وان الفروق بين الأطفال الذكور والإناث الذين يعانون من(ADHD) كانت لصالح الذكور ولجعل هؤلاء الأطفال يتفاعلوا كالأطفال الاخرين ويعيشوا حياة اقرب إلى السواء لابد من تقديم العلاج المناسب ويجد علاجات عدة لهذا الاضطراب كالدوائي والسلوكي: حتى الآن، كان العلاج للأطفال سلوكياً في المقام الأول من حيث المحتوى، ولكن في السنوات الأخيرة حدث تقدم كبير في فهم الجوانب المعرفية للمشكلات النفسية لدى الأطفال داسبانيرج ٢٠٠٧ وأن التعليم السلوكي المعرفي قلل بشكل كبير من مشكلات الاطفال وزيادة التنظيم الذاتي لديهم، وهذا ماوجدته نتائج دراسات (محمدي وآخرون. ٢٠١٧) و (Oortmer,2019) أن العلاج السلوكي المعرفي أدى الى تحسن كبير في أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وقد أظهرت نتائج دراستين للأطفال الذين يتلقون العلاج المعرفي السلوكي تحسناً في تصنيفات الوالدين لأعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، (Ojinna ,et.al,2022,6).وقدتم في السنوات الاخيرة اضافة العلاج المعرفي السلوكي باللعب يتم استخدامه للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين3 إلى16 سنة والذين يعانون من مشاكل عقلية أو اضطرابات أخر، ويرى كاتاناش (2009)أن عالم الأطفال هو عالم من النشاط والحركة، إن أداء بعض التمارين الرياضية يمكن أن يقلل من شدة الاضطراب والمشاكل المرتبطة به، وتعتبر برامج التمارين الرياضية والحركة من البرامج العلاجية التي كان لها آثار كبيرة في علاج هؤلاء الأطفال في الدراسات المختلفة، ويمكن أن تقلل من المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال من خلال التأثير على الجهاز العصبي؛ بمعنى آخر، يمكن القول أن العلاجات القائمة على النشاط البدني تقلل من المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه من خلال تحسين سرعة المعالجة والذاكرة العاملة والتخطيط وحل المشكلات (Feizollahi,etal,2020,156) فالعلاج باللعب هو أسلوب يساعد الأطفال الذين يعانون من مشاكل على حل مشاكلهم وفي نفس الوقت يوضح حقيقة أن الألعاب هي أدوات طبيعية

للطفل، تساعده على معرفة نفسه وصفاته الداخلية أيضاً. وفي هذا النوع من العلاج، كما هو الحال مع نوع العلاج الذي يعبر من خلاله الكبار عن مشاكلهم بالكلام، يتم إعطاء الطفل الفرصة للتعبير عن مشاعره ومشاكله المزعجة من خلال اللعب وعرضها ويمكن للمعالج فهم عالم الطفل من خلال استخدام اللعب وفي الواقع، الألعاب مثل الكلمات، والألعاب هي لغة الطفل، حيث يفتقر معظم الأطفال إلى المهارات اللفظية اللازمة للتعبير عن القلق والمخاوف (Konstantinos,et.al,2021,294).

ومما سبق تتحدد مشكلة البحث بالسؤال الاتي: ما فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي باللعب في خفض أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد عند أطفال ماقبل المدرسة؟

ثالثاً –أهمية البحث:

١– أهمية الموضوع الذي يتناوله البحث وهو إعداد برنامج علاجي سلوكي لمعالجة اضطراب يعد واحد من المشكلات والاضطرابات المزمنة في مرحلة الطفولة.

٢– أهمية العينة المستهدفة بالدراسة وهم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ –٦

٣–تسهم الدراسة في اختبار فاعلية الأساليب السلوكية المعرفية باللعب المستخدمة في علاج مشكلة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، الأمر الذي يساعد جهات مختصة كثيرة طبية نفسية في تطبيق تلك الأساليب.

٤–توفير أدوات الدراسة للباحثين يمكن الاستفادة منه.

٥– ندرة الدراسات والأبحاث –حسب علم الباحثة – في سورية التي تناولت برنامج علاجي معرفي سلوكي باللعب لخفض أعراض قلة الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال ماقبل المدرسة.

رابعاً– أهداف البحث:

١–تعرف الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط.

٢–تعرف الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط.

٣–تعرف الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط.

٤- تعرف الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس التتبعي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط.

خامساً-فرضيات البحث:

١-لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط.

٢-لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط.

٣-لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط.

٤-لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس التتبعي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط

سادساً-حدود البحث:

١- الحدود البشرية: عينة من الاطفال بين ٥-٦ سنوات ويعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وذلك وفقا لأدوات الدراسة المعتمدة.

٢- الحدود المكانية: روضات الاطفال في مدينة النبك بريف دمشق

٣- الحدود الزمنية: تمت فترة التطبيق من شهر ٢ الى ٥ / ٢٠٢٤

٤-الحدود الموضوعية: تناول البحث برنامج علاجي معرفي سلوكي باللعب -اضطراب قلة الانتباه وفرط النشاط- أطفال ماقبل المدرسة.

سابعاً- مصطلحات البحث:

-نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD):تعرف الرابطة الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association APA) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية DSM-5 اضطراب(ADHD) بأنه: نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط النشاط – الاندفاعية الذي يتداخل مع الأداء والتطوير، ولايتفق مع مستوى النمو، ويؤثر سلباً بشكل مباشر على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية، وتستمر الأعراض لمدة ستة أشهر(APA,2013,314)

العلاج المعرفي السلوكي باللعب: (CBPT) هو تكييف التقنيات المدعومة تجريبياً من العلاج السلوكي المعرفي، لاستخدامها في بيئة اللعب مع الأطفال الصغار. مصمماً ليكون مناسباً من الناحية التنموية للأطفال في سن ما قبل المدرسة من٣ إلى ٦سنوات. ويركز على مشاركة الطفل في عملية العلاج، ويقوم المعالج بشكل غير مباشر بواسطة اللعب بإحداث تغير معرفي وتأسيس سلوكاً أكثر تكيفاً لديه (Knell , 2015, 119).

ثامناً-الاطار النظري:

١-اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط: (ADHD) هو حالة نمائية عصبية منتشرة في الطفولة، تؤثر على ما يقرب من ٤-٦٪ من الأطفال والمراهقين. إن الذكور أكثر عرضة للإصابة بالتشخيص مرتين إلى أربع مرات من الإناث. بالإضافة إلى ذلك، فإن ٦٥٪ من الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه تظهر عليهم الأعراض في مرحلة البلوغ ، مما يشير إلى أن المرض مزمن ويتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (DSM-5) اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه تحت عنوان "الاضطرابات النمائية العصبية" (APA,2013,360).

أ-أسباب اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه ADHD

الوراثة: أظهرت دراسات الأسرة والتوائم ظهور هذا الاضطراب في حالة التوائم المتماثلة نسبة عالية من التوريث بحوالي ٧٠٪ إلى ٨٠٪ وعدم وجود فروق بين الجنسين في التوريث. كما بين ويلسون Wilson, 1996 أن ١٠ ٪ من آباء الأطفال ذوي النشاط الزائد كانوا

يعانون في طفولتهم من أعراض هذا الاضطراب وان الأطفال ذوي هذا الاضطراب لديهم إخوة يعانون من نفس هذا الاضطراب(Nigg & et. al, 2010 , 863).

كيماويات الدماغ: أشار كيلينغ Kieling,2008 أن النقص او الخلل في بعض الناقلات الكيميائية العصبية بالمخ مثل السيروتونين وأمينات الكاتيكول مثل الدوبامين والنورإبينفرين يؤثر في ظهور في حالات نقص الانتباه والنشاط الزائد، كما أن نقص أو اختلاف نشاط الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (تشو وفيرين وفوتتس، ٢٠١٢، ٥)

تغييرات الدماغ: يحدث التأخر في النضج العصبي بسبب الخلل الوظيفي البسيط في المخ ويكون التأخر في النضج واضحاً أكثر في المناطق المرتبطة بالانتباه خصوصاً القشرة قبل الأمامية الجانبية، وعلى الرغم من عدم وجود أي إصابة أو تشوهات خلقية، لكن الفكرة الأساسية أنه تكون مناطق الدماغ التي تتحكم في الانتباه أقل نشاطاً عند الأطفال المصابين باضطراب ADHD كما أن أدائهم أقل من أداء أقرانهم العاديين من نفس السن(et, al. Drechsler, 2020,317) من هنا يلاحظ انخفاض قدرة الأطفال المصابين ب ADHD على الاختبارات النفسية العصبية المرتبطة بوظيفة الفص الجبهي (Kasiati,et.al,2022,441)

عوامل خطر ADHD وجدت الدراسات عدداً من عوامل الخطر قد تلعب دوراً في الإصابة:

•**تلف المخ:** أول من وصف الأطفال الذين يعانون من نقص الانتباه وفرط النشاط في سلوكهم هو الطبيب النفسي الألماني(هاينريك هوفمان ١٨٠٩-١٨٩٤) وأطلق على هذه المشكلة السلوكية "الجنون التلقائي " وأشار إلى أن أكثر الأسباب شيوعاً التي يفترض أنها تسبب نقص الانتباه وفرط النشاط ، هو تلف المخ والذي قد يسببه الإصابة أو نقص الأكسجين قبل أو أثناء الولادة من أهم الأسباب المؤدية سواء كان ناتجاً عن حادثة أو عدوى ميكروبية وقد تبين إن بعض الأطفال الذين يعانون منADHD يكون لديهم مستويات مرتفعة من الرصاص يأتي من خلال تناول بعض الأشياء أو استخدم بعض اللعب التي تطلي بمواد يدخل فيها عنصر الرصاص(تشو و فيرين و فوتتس،٢٠١٢، ٢).

•**النظام الغذائي "الغربي"**. وجدت إحدى الدراسات أن الأطفال الذين تناولوا نظاماً غذائياً غنياً بالسكر المضاف والدهون والصوديوم وقليلة الألياف وأحماض أوميغا ٣ الدهنية لديهم فرصة أكبر للإصابة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.• المضافات الغذائية. قد يكون هناك ارتباط بين إضافات تلوين الطعام والمواد الحافظة و ADHD ولكن هذا قد يكون فقط للأطفال الذين هم بالفعل في مستوى عالٍ من خطر الإصابة بهذه الحالة.

•**دخل العائلة**. الأطفال من الأسر ذات الدخل المنخفض أو العائلات التي لديها انخفاض في الدخل لديهم فرصة أكبر للإصابة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (Drechsler, et,al, 2020,320).

ب-تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

أصدرت الرابطة الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association) APAفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية DSM-5 وصفاً لأعراض نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وذلك على النحو التالي:

عدم الانتباه:

أ – غالباً ما يخفق الطفل في أن يبدي انتباهاً مركزاً إلى التفاصيل

ب – غالباً ما يجد صعوبة في الاحتفاظ بالانتباه ولو لفترة قصيرة فيما يقوم به من مهام

جـ – غالباً ما يبدو غير مصغ حين توجيه الحديث إليه مباشرة

د – غالباً لا يتبع ما يوجه إليه من تعليمات ، ويخفق في إكمال الواجبات المدرسية.

هـ – غالباً ما يجد الطفل صعوبة في تنظيم المهام والنشاطات (فوضوي، غير منظم العمل).

و – غالباً ما يتجنب الطفل أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب جهداً عقلياً متواصلاً

ز– غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لأداء المهام أو النشاطات (كأدوات اللعب والأقلام).

حـ– غالباً ما يسهل تشتيت انتباه الطفل بسهولة بفعل مثيرات خارجية.

ط – كثير النسيان في الأنشطة اليومية(مثل الأعمال الروتينية اليومية، انجاز المهام).

٢– النشاط الزائد والاندفاعية:

أ – غالبا ما يبدي حركات تململ في اليدين والقدمين من الجلوس لفترة.

ب– غالبا ما يركض أو يتسلق الأثاث دونما سبب يدعو لذلك ، كثرة التحرك أثناء النوم.

جـ- غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي يطلب منه أن يلازم مقعده.
د - غالباً ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيه.
هـ- غالباً ما يكون متحفزاً أو يتصرف كما لو أنه (مدفوع) لايرتاح للثبات في شيء معين
و- غالباً ما يتحدث بإفراط.
ز -غالباً ماياندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل الجمل للآخرين، لاينتظر دوره عند الحديث).
حـ - غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره (عند الانتظار في صف مثلاً).
ط - غالباً ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم. واستناداً إلى الدليل DSM5 الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي(APA) فإن ظهور ستة أعراض أو أكثر من الأعراض السابقة لمدة ستة أشهر على الأقل يعكس مظاهر من السلوك غير التكيفي، والتي تؤثر سلباً على النشاطات الاجتماعية والاكاديمية.

ج-علاج اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه

-**العلاج الدوائي:** Stimulant Medication وجد كوفمان- (Kuffman 2004) أن العلاج بالعقاقير الطبية أولى الطرق العلاجية التي استخدمها العلماء لخفض نقص الانتباه وفرط النشاط، وكان عقار الريتالين Retalin الأكثر استخداماً في ذلك الوقت حتى الآن، ويتلوها الديكيس درين Dexedrine وبيمولين المغنيسيوم، حيث يؤدي العلاج بالأدوية إلى خفض النشاط الزائد لدى الطفل وتهدئ من تصرفاته وتحسن مستوى انتباهه ولكنها لا تحسن من علاقات الطفل الاجتماعية مع من حوله(Kuffman, 2004, 528) من ناحية أخرى، يعد هيدروكلوريد الميثيلفينيديت (MPH) مثبط امتصاص الدوبامين والنورادرينالين، الخط الأول الموصى به للعلاج الدوائي لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في العديد من البلدان، مع معدلات استجابة علاجية تتراوح بين (٧٠٪ و٩٠٪) Wolraich, et al,2019,144).

العلاج السلوكي وتعديل السلوكBehavior Modification: تشير الدراسات إلى أن العلاج طويل الأمد بمزيج من العلاج السلوكي والأدوية يعمل بشكل أفضل من الأدوية وحدها. ومن الطرق السلوكية التي سيتم ذكرها:

١- تكلفة الاستجابة: يعد تصميم هويت Hueit من خير الأمثلة على هذا الأسلوب لبرنامج تعديل سلوك الأطفال ذوي مشكلات الانتباه وفرط النشاط، حيث يقوم القائمين بتعزيز سلوك الأطفال بإعطائهم عملات رمزية نظير التزامهم بسلوكيات الانتباه والذي يمكنهم بعد ذلك استبدالها بجوائز.

٢- جدولة المهام والواجبات المطلوبة: يتم العمل على مراحل مجزأة مع التدعيم والمكافأة، وذلك بشرح المطلوب من الطفل بشكل بسيط ومناسب لسنه والاستعانة بوسائل شرح مساعدة لفظية وبصرية مثل الصور والرسومات التوضيحية ثم التدريب المتكرر على القيام بنشاطات تزيد من التركيز مثل تجميع الصور وتصنيف الأشياء (حسب الشكل، الحجم، اللون) وألعاب الفك والتركيب

٣- نظام النقطة: تحدد هذه الأساليب أهدافًا محددة للسلوك في المدرسة، وتعطي الأطفال ملاحظات حول أدائهم وتكافئهم على تحقيق هذه الأهداف بنجاح، ويعمل الآباء والمعلمون معاً على بطاقة التقرير اليومي. قد تتضمن الأهداف العمل الأكاديمي والسلوك تجاه الأقران والالتزام بقواعد الفصل يقوم المعلم بتقييم أداء الطفل كل يوم على كل هدف. يحصلون على نقطة(نجمة) لكل سلوك إيجابي، وإذا حصلوا على ما يكفيهم خلال النهار، فهناك جائزة لهم عندما يعودون إلى المنزل وقت مشاهدة الشاشة أو بعض المكافآت الصغيرة الأخرى. يمكن أن يكون هذا النوع من النظام مفيداً جداً للأطفال ما قبل المدرسة حتى ١٢عاماً.

- **العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavior** اقترح فيجوتسكي Vygotsky نظرية لنمو العقل والتفكير، حيث يؤدي الكلام الخاص دوراً محورياً في سيطرة الطفل على سلوكه، ويرى فيجوتسكي أن الكلام الخاص المنظم للذات ينشأ من التفاعلات الاجتماعية بين الطفل والكبار وإن مثل هذا الكلام يؤسس الوظائف المعرفية لدى الطفل. واعترف لوريا Luria بدور الكلام في التنظيم والتفكير وأهمية التفاعل الاجتماعي، وانتقال الكلام إلى

التفكير من مستوى نفسي إلى مستوى عام، ولقد وصف لوريا المراحل الثلاث في تطور التنظيم الذاتي والتي اعتبرت أساساً للمداخل التعليمية الذاتية وهي:- ينضبط سلوك الطفل بشكل أساسي من خلال كلام الآخرين.- الكلام الصريح الخاص بالطفل يوجه سلوكه الخاص.- ينضبط سلوك الطفل بألفاظ ذاتية داخلية.

ويشير ميكينبوم (Meichenbaum, 1996) إن تقنيات تعديل السلوك المعرفي تضبط سلوك الأطفال، وقد نجح ميكينبوم في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية مثل الاندفاعية والنشاط الزائد، وتتألف تقنيات تعديل السلوك المعرفي من أساليب ضبط الذات والنمذجة والممارسة وتوجيه الذات والحديث الذاتي وتعليم الذات والمراقبة الذاتية وتقييم الذات وتعزيز الذات (Manning & Payne,1996,16).

ثانيا: العلاج السلوكي المعرفي باللعب. بناءً على نظرية العلاج المعرفي تم تطوير تقنية العلاج المعرفي السلوكي باللعب Cognitive Behavioral play therapy (CBPT) ويشير العلاج السلوكي المعرفي باللعب إلى أن هناك علاقة بين المشاعر والأفكار والسلوكيات التي يمكن تعديلها من خلال اللعب. فهو إطار نظري يعتمد على دمج الأفكار في السلوك بطريقة مناسبة ضمن نموذج العلاج باللعب، فهو علاج منظم وموجه نحو الهدف وله مبررات قوية لاستخدامه مع الأطفال ويتضمن تخطيط العلاج جهوداً لمساعدة الطفل على تعميم السلوكيات التكيفية المكتسبة في أماكن أخرى، ودمج جهود الوقاية من الانتكاس. ويتم علاج الطفل من خلال (CBPT) بالمواد الفنية والدمى والحيوانات المحنطة وبيوت الدمى وغيرها من الألعاب. تُستخدم أنشطة اللعب وأشكال التواصل اللفظية وغير اللفظية لحل المشكلات. يستخدم بشكل أساسي الأنشطة العاطفية والعملية وغير اللفظية ويعتمد نظرياً على التفاعلات بين الفرد والبيئة؛ ويتم تشجيع العلاج باللعب والتدخلات في البيئة المدرسية لتلبية مجموعة واسعة من الاحتياجات التنموية للأطفال (Knell , 2015, 120). ويلجأ المعالج إلى تعزيز انخراط الطفل في العلاج من خلال تدريبه على وسائل للضبط والسيطرة ولتحمل مسؤولية تغير سلوكه، ويشجعه على أن يكون مشاركاً فعالا في تغيير السلوك الذاتي ويركز المعالج على أفكار ومشاعر الطفل عند

وضع خطة لتنمية التفكير التكيفي والقضاء على السلوكيات غير المرغوب فيها. ويركز العلاج السلوكي المعرفي باللعب على العجز أو التشوهات في التفكير، والتي يُفترض أنها تتداخل مع المهارات الاجتماعية المناسبة.

-خصائص أو مبادئ العلاج السلوكي المعرفي (CBPT)

١-يُشرك الطفل في الاستشارة من خلال اللعب٢. يركز على أفكار الطفل ومشاعره وتخيلاته و بيئته. ٣-يوفر استراتيجية لتطوير افكار اكثر تكيفا٤- منظم وتوجيهي وموجه نحو الهدف، وليس ذو نهاية مفتوحة. ٥-إن تقنيا ته مثبتة تجريبياً مثل النمذجة ولعب الأدوار ٦- يسمح العلاج بالتقييم التجريبي للعلاج الذي يمكن أن يعزز مشاركة أولياء الأمور وأصحاب المصلحة ٧- بعض الأهداف العامة بالإضافة إلى الأهداف الفردية لكل طالب الهدف العام للطالب هو زيادة القدرة على التعامل مع المواقف الصعبة والضغوطات، وإتقان المهام الصعبة، وتقليل أنماط التفكير الخاطئ، و/أو المساعدة في تحقيق المعالم التنموية التي تأخرت لسبب ما(Knell & Dasari,2009,20).

أهداف العلاج السلوكي المعرفي باللعب

- زيادة قدرة الطفل على التعبير عن مشاعره-تقليل الأفكار والتصورات غير القادرة على التكيف.- تحسين المهارات الاجتماعية للأطفال في بيئة الإرشاد الجماعي.-زيادة التقييم التكيفي والواقعي للعلاقات، وزيادة الحديث الذاتي الإيجابي.-زيادة الاستخدام المناسب لمهارات حل المشكلات(Kottman, 2011,3-4).

تاسعا: الدراسات السابقة:

١-الدراسات المتعلقة ببرامج لخفض نقص الانتباه وفرط النشاط

-دراسة معوض (مصر)٢٠١١

-عنوان الدراسة: برنامج تدريبي قائم على التعلم الشرطي في خفض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه لدى الأطفال البينيين

-هدف الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي مقترح في خفض بعض أعراض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصر الانتباه كذلك بعض الأبعاد الفرعية كمنبئات: العدوان، السلوك الاجتماعي غير المقبول

-عينة الدراسة: (٧) من الأطفال الذكور تتراوح أعمارهم من ٦-٨.سنوات.

-أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه إعداد الباحثة.

-نتائج الدراسة : فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي على المقياس المستخدم بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي.

-دراسة أبو شوارب (فلسطين) ٢٠١٣

-عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى أطفال الروضة

-هدف الدراسة: معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى أطفال الروضة

-عينة الدراسة: بلغ عدد أفراد الدراسة (٢٦) طفلاً لديهم أعراض نقص الانتباه كالنشاط الزائد تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين، تجريبية عددها ١٣ طفلا وطفلة وأخرى ضابطة ١٣طفلا وطفلة.

-أدوات الدراسة : أعدت الباحثة مقياس نقص الانتباه والنشاط الزائد، (مقياس المعلمة ، مقياس الأم) والبرنامج الإرشادي لاستخدامهما في الدراسة. الذي تضمن استخدام استراتيجيات: التلقين، التعزيز، تكلفة الاستجابة، بينما لم يخضع أفراد المجموعة الضابطة لبرنامج الإرشاد.

--نتائج الدراسة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي من وجهة نظر الأمهات والمعلمات.

-دراسة عبد العلي زاده و نيازي Abdolalizadeh &Neiaz(ايران)2020

-عنوان الدراسة : تأثير التدريب على الاستراتيجية المعرفية السلوكية على أعراض اضطرا ب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة

The effect of cognitive-behavioral strategy training on the symptoms of ADHD in preschool children

-هدف الدراسة: دراسة تأثير التدريب المعرفي السلوكي على أعراض اضطرا ب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة.

-عينة الدراسة: شمل مجتمع الدراسة (٢١٠٢)طفل وطفلة من مراكز ما قبل المدرسة في مشكين شهر (١١٠٤طفل و ٩٩٨طفلة) في(١٠٥)فصول. بواسطة أخذ العينات العنقودية، تم اختيار ٣٠مشاركا (١٥في المجموعة التجريبية، ١٥في المجموعة الضابطة)

-أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس كونورز للآباء والمعلمين.

-نتائج الدراسة: أن التدريب السلوكي المعرفي قلل بشكل كبير من أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة

٢-الدراسات المتعلقة ببرامج المعرفي السلوكي باللعب

-دراسة عبد اللهيان واخرون .Abdollahian et al (إيران)٢٠١٣

-عنوان الدراسة: فاعلية العلاج باللعب المعرفي السلوكي على أعراض اضطرا ب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال بعمر ٧-٩سنوا ت

The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 7-9 years

-هدف الدراسة: مدى فعالية العلاج باللعب على أعراض اضطرا ب فرط الحركة ونقص الانتباه. باستخدام تصميم تجربة سريرية، وتنفيذ العلاج باللعب السلوكي المعرفي أساساً.

-عينة الدراسة: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٧-٩سنوات، تم اختيار ٣٠ طفلاً من بين الأطفال الذين حصلوا على أعلى العلامات باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه من قبل المعالجين. تم بعد ذلك تقسيم المشاركين في الدراسة إلى مجموعتين، تجريبية وضابطة

-أدوات الدراسة: استبيان روتر للوالدين وللأطفال لكلا المجموعتين. تم إجراء ثماني جلسات من العلاج باللعب

-نتائج الدراسة: أن العلاج باللعب قلل بشكل كبير من أعراض الاضطراب.

-دراسة عاشوري وزادة وبيدغولي Ashori, Ghasemzadeh&, Bidgoli**(إيران)٢٠١٩**

-عنوان الدراسة: أثر العلاج باللعب المبني على النموذج السلوكي المعرفي في تحسين المهارات الاجتماعية لدى أطفال ما قبل المدرسة ذوي اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط

The impact of play therapy based on cognitive-behavioral model on the social skills of preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder

-هدف الدراسة: معرفة مدى فاعلية العلاج باللعب المبني على النموذج المعرفي السلوكي في المهارات الاجتماعية لدى أطفال ما قبل المدرسة المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

-عينة الدراسة : عبارة عن(٣٠) طفلا تتراوح أعمارهم بين ٥إلى ٦سنوا ت مصابين باضطراب ADHD وتم اختيارهم عن طريق أخذ عينات ملائمة من مراكز ما قبل المدرسة في مدينة آران فابيدجول ثم تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

أدوات الدراسة: نظام تقييم المهارا ت الاجتماعيةSSRS جريشام وإليوت، ١٩٩٠ وبرنامج العلاج باللعب على أساس النموذج السلوكي المعرفي.

-نتائج الدراسة: أن العلاج باللعب المبني على النموذج المعرفي السلوكي يحسن المهارات الاجتماعية والتعاون وتأكيد الذات وضبط النفس لدى أطفال ما قبل المدرسة المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. أظهر تحليل البيانات المجمعة أنه بعد البرنامج، كان متوسط درجات المهارات الاجتماعية في المجموعة التجريبية أعلى بكثير من المجموعة الضابطة

-دراسة ييلمازديمرير وتوبان Yılmaz Demirer & Topan (تركيا)٢٠٢٣

-عنوان الدراسة: تقييم كفاءة العلاج المعرفي السلوكي باللعب على الانفصال بين أطفال ماقبل المدرسة.

Evaluation of the effect of play therapy on separation anxiety among preschool children

-هدف الدراسة: تم تقييم كفاءة علاج اللعب على الانفصال بين أطفال ما قبل المدرسة

-عينة الدراسة: يتألف مجتمع الدراسة من (٢٩٢) طفلاً في الفئة العمرية ٣-٥ شملت حجم العينة ٣٠ طفلاً كمجموعة تجريبية و ٣٠ طفلاً كمجموعة ضابطة.

-أدوات الدراسة: تم جمع البيانات من قبل الديموغرافي نموذج المعلومات ، مقياس الانفصال عن الأطفال للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، برنامج علاج اللعب.

-نتائج الدراسة: النتيجة الإجمالية لمقياس قلق ما قبل المدرسة كان الانخفاض في الانفصال في المجموعة التجريبية بعد التدريب ذو دلالة إحصائية.

-دراسة الميرابسي ,Almeraisi (أمريكا) ٢٠٢٠

-عنوان الدراسة: فعالية العلاج باللعب المعرفي السلوكي للأطفال الذين يعانون من أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط نشاط.

-Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy with children who have symptoms of attention deficit hyperactivity disorder

-هدف الدراسة: معرفة فعالية العلاج باللعب المعرفي السلوكي في تقليل أعراض فرط النشاط والعدوان ومشاكل الانتباه عند الأولاد الذين أظهروا سلوكيات تتفق مع نقص الانتباه واضطراب فرط النشاط (ADHD).

-أدوات الدراسة: مقياس تقييم المعلم ومقياس تقييم الوالدين لسلوك الأطفال.

-عينة الدراسة ٢٧ طفلاً.

-نتائج الدراسة: لا يوجد اختلاف بين الوالدين (PRS-C- BASC 2) أو تقييمات المعلمين (BASC 2 – TRS-C) قبل وبعد العلاج. ومع ذلك، كان هناك فرق كبير بين تقديرات أولياء الأمور والمعلمين. قام المعلمون بتقييم الأطفال أعلى بكثير من الآباء على العدوان قبل وبعد العلاج، وأعلى على فرط النشاط قبل العلاج.

عاشراً: منهج البحث وإجراءاته:

١-منهج البحث: لتحقيق أهداف البحث في تعرف مدى فاعلية البرنامج العلاجي القائم على العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض قلة الانتباه وفرط الانتباه استخدمت الباحثة المنهج التجريبي. والمنهج التجريبي هو "تغيير مضبوط ومقصود لجملة من الشروط التي

تحدد تلك الظاهرة، وملاحظة التغيرات الناجمة عنها، ثم تحليل هذه التغيرات وتفسيرها" (العساف، ٢٠٠٦، ٢٨).

٢- **مجتمع البحث:** يتألف المجتمع الأصلي للدراسة من الأطفال في روضات مدينة النبك

٣-**عينة البحث:** بلغت عينة الدراسة (١٦) طفلاً من الأطفال الذكور الذين حصلوا على درجات فوق المتوسط لمقياس نقص الانتباه وفرط النشاط (مقياس المعلم-مقياس الأم) للاشتراك في البرنامج العلاجي بعد موافقة الأهل، وقد تم اختيار الأطفال بناءً على أمور عدة: أن يتراوح عمر الطفل بين (٥-٦) سنوات. أن يكون الطفل متوسط الذكاء، ان لا يعاني أفراد العينة من أمراض جسمية أو حسية.

. مجانسة أفراد العينة

تم مجانسة العينة في كل من العمر والذكاء ونقص الانتباه وفرط النشاط

. من حيث العمر تم اختيار عينة الدراسة (١٦) طفلاً تراوحت أعمارهم من (٤سنوات وسبعة أشهر) إلى (٥ سنوات وتسعة أشهر).

. من حيث الذكاء تم تطبيق اختبار رسم الرجل لجود انف **هاريس Goodenough Harris –** لمعرفة درجة ذكاء الأطفال والتأكد من تكافؤ المجموعتين الضابطة والتجريبية تم نطبيق اختبار Monn-Whitney حيث كات مستوى الدلالة اكبر ٥٪" فهوغير دال إحصائياً ولا يوجد فررق بين متوسطات المجموعتين هذا يعني تجانس العينة من حيث مستوى الذكاء كما يتضح في الجدول رقم (١).

جدول رقم (١) العينة من حيث الذكاء

	متغير الذكاء		مستوى الدلالة	
	متوسط	**متوسط الرتب**		
تجريبية	١٠٣,٠٦	١٦,١٩	٠,٤٥٥	غير دال
ضابطة	١٠٧,٥٠	١٩,٩١		

٤- أدوات البحث:

أولاً-اختبار رسم الرجل Goodenough – Harris

يعتبر هذا الاختبار من اختبارات الذكاء الصالحة للتطبيق لعدة أسباب وهي: يمكن تطبيقه فردياً أو جماعياً، هذا الاختبار غير لفظي يصلح للمرحلة العمرية لعينة الدراسة، كما انه اقتصادي وغير مكلف. يصنف الأطفال حسب مستوياتهم العقلية وقد استخدم هذا الاختبار في العديد من الدراسات السابقة وكان له درجة عالية من الصدق والثبات.

. وصف الاختبار: وضع هذا الاختبار جود أنف Goodenough – Harris (١٩٢٦) لقياس ذكاء الأطفال من (٣- ١٤) سنة، ثم أدخل عليه هاريس بعض التعديلات في النسخة المنقحة من الاختبار، ويطلب في هذا الاختبار من المفحوص أن يرسم صورة رجل بأفضل ما يستطيع، ويعتمد هذا الاختبار على قدرة الطفل على تكوين مفاهيم عقلية وإدراكيه صحيحة تظهر في رسمه لصورة الرجل، بما يتضمن الرسم من التفاصيل خاصة بأجزاء الجسم والنسب بينها وبين الملابس المختلفة، ولا تدخل الاعتبارات الفنية من جودة الرسم أو مهارته في درجة الاختبار. يتكون المقياس من(٥١) مفردة، كما تميز بأسلوب إحصائي دقيق لحساب المعايير الانحرافيه لنسبة الذكاء (فرج،١٩٨٩: ٤٥٦).

الخصائص السيكومترية للاختبار: قامت عزالدين بتقنين اختبار رسم الرجل على عينة من الأطفال السوريين مكونة من (١٠٠) طفل وطفلة تتراوح أعمارهم من (٥-٦) سنوات بفارق زمني أسبوعين، وكان معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني (٩٢%)، وقد قامت بحساب صدق الاختبار عن طريق صدق المقارنة الطرفية على أطفال ما قبل المدرسة ووجدت أن قيمة (ت = ١١,٤) وهي قيمة دالة عند مستوى(٠,١%) (عزالدين،٢٠٠٨، ١٣٩).

تصحيح الاختبار: يتم وضع علامة (✓) أمام كل مفردة موجودة في الرسم وعلامة (صفر) أمام المفردة الغير موجودة في الرسم، ثم تحسب الدرجة الخام إلى الدرجة المقابلة لها في الاختبار في الجداول الخاصة بالذكور والإناث وفي المرحلة العمرية للمفحوصين، للحصول على الدرجة التي تمثل نسبة ذكاء الطفل.

ثانياً–مقياس نقص الانتباه والنشاط الزائد وهو من إعداد الزراد **ويتكون** من مقياسيين الأول مقياس المعلم ويتألف من ٣٩ عبارة والثاني مقياس الأم يتألف من ٣٥ عبارة . إن مقياس المعلم والأم موزعة على ثلاث أبعاد كما يلي: أعراض ضعف الانتباه وأعراض النشاط الزائد وأعراض الاندفاعية.

–**تصحيح المقياس** تتوزع عبارات المقياس على متصل يشمل ٤ مستويات وهي ليس دائما تعطى درجة الصفر، قليلا درجة واحدة، كثيرا لحد ما درجتان، كثيرا جدا ثلاث درجات، وبذلك تتراوح الدرجة على استبيان المعلم بين (صفر و١١٧) وعلى استبيان الآباء بين (صفر و ١٠٥) ويكون متوسط الدرجة القصوى (١١٧+١٠٥) ÷ ٢=١١١ درجة، فإذا نال الطفل درجة ١١١ فأكثر يكون يعاني أعراض فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك (الزراد،١٩٩٩، ٤٣).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

١–صدق المقياس:

أ– صدق المحكمين: تم عرض المقياس(المعلم،الأم) على عدد من أعضاء الهيئة التدريسية ثم بعد ذلك تم عرض المقياس على بعض أعضاء الهيئة التدريسية في قسم الارشاد النفسي لإبداء وجهة نظرهم بصدد عبارات المقياس من حيث مدى وضوحها ومناسبتها لعينة البحث، وكان من نتائج التحكيم الابقاء على العبارات التي بلغت نسبة الاتفاق(٨٠٪) فأكثر، كما حذفت بعض العبارات وتغيير صياغة بعضها الاخر وقد تم تعديل العبارات في ضوء اراء المحكمين.

–مقياس المعلمات:

أ– **صدق الاتساق الداخلي:** تم تطبيق المقياس على معلمات(٥٠) طفلا من المضطربين وتم حساب معاملات الارتباط بين درجات العبارة والدرجات الكلية للبعد التابع له، فوجد ان جميع معاملات الارتباط دالة احصائياً، مما يدل على الاتساق الداخلي للمقياس كما موضح بالجدول رقم (٢)

جدول(٢) معاملات الارتباط بين درجة العبارة بالدرجة الكلية للبعد التابع له

	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨
	*٠,٣٠٦	**٠,٦٣٢.	**٠,٥٨٤	**٠,٦٦٨	**٠,٤٢٢	**٠,٤٨٨	**٠,٦٦٨	**٠,٦٢٧.
نقص الانتباه	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	
	**٠,٤٢٩	**٠,٥٨٣	**٠,٤٥٣	*٠,٣٠٦	*٠,٣٢٧	**٠,٦٢٧	**٤١٦	
النشاط الزائد	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	
	**٠,٤٩٢	**٠,٥٩٤	**٠,٧٨٨	**٠,٥٣٣	**٠,٨١٠	**٠,٧٢٩	**٠,٥٢٧	
	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨		
	**٠,٧٥١	**٠,٧٨٨	**٠,٨١٠	**٠,٥٦٥	**٠,٥٩٤	*٠,٣٤٢		
الاندفاعية	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	
	**٠,٤٥١	**٠,٥٣٢	**٠,٦٤٧	*٠,٣٣٦	**٠,٤٤١	**٠,٧٠٧	*٠,٣٣٠	
	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩				
	**٠,٤٤٩	*٠,٣٣٠	**٠,٤٥٤	**٠,٥٠٦				

وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل بند من بنود المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس، وبين درجة كل بعد من ابعاد المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس فوجدت ان جميع معاملات الارتباط دالة احصائيا عند مستوى دلالة (١٪) مما يدل على الاتساق الداخلي للمقياس كما هو موضح بالجدول رقم (٣)و(٤)

جدول (٣) معاملات الارتباط بين كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية للمقياس

	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
	**٠,٦٣٥	**٠,٦٦٢	**٠,٦٥٧	**٠,٥٠٨	**٠,٥٠٠	**٠,٦٨٨	**٠,٧٠٢

١٥	١٤	١٣	١٢	١١	١٠	٩	٨
**٠,٤٥١	**٠,٤٩٤	**٠,٧٠٢	**٠,٥٦١	**٠,٥٣٠	**٠,٦٢١	**٠,٦٥٩	**.٦١٤٠
٢٣	٢٢	٢١	٢٠	١٩	١٨	١٧	١٦
**٠,٥٧٩	**٠,٥٧٨	**٠,٦٥٦	**٠,٥٦٦	**٠,٦٥٨	**٠,٥٧٩	**٠,٥٣٧	**٠,٦٧٨
٣١	٣٠	٢٩	٢٨	٢٧	٢٦	٢٥	٢٤
**٠,٥٦١	**٠,٦٧٨	*٠,٢٩٨	**٠,٥٢٩	**٠,٤٩٩	**٠,٦٧٨	**٠,٦٣٠	**٠,٦٥٨
٣٩	٣٨	٣٧	٣٦	٣٥	٣٤	٣٣	٣٢
**٠,٦٣٨	**٠,٥٨١	**٠,٤٩٤	**٠,٤٢١	**٠,٥٢٩	**٠,٦٥٩	**٠,٧١٨	**٠,٥٠٠

جدول(٤)معاملات الارتباط بين كل بعد من ابعاد المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس

نقص الانتباه	النشاط الزائد	الاندفاعية
**٠,٩٠٣	**٠,٨٨٧	**٠,٩٢١

ب-الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): تم تطبيق المقياس على معلمات(٥٠) طفلا من المضطربين ومن ثم اختيار ٢٥٪ من مجموعة الافراد ذوي الدرجات العليا و٢٥ ٪ من مجموعة الافراد ذوي الدرجات الدنيا، ثم تم اختبار الفرق بواسطة(ت) لعينتين مستقلتين، وكانت قيمة الدلالة الاحصائية أصغر من (١٪) وهذا يدل على وجود فروق دالة وبالتالي معامل صدق تمييزي دال، كما هو مبين في الجدول رقم (٥)

جدول (٥) **دلالة الفرق بين المجموعة الاعلى والمجموعة الادنى**

المجموعة الادنى		المجموعة الاعلى		قيمة" ت "المحسوبة
م	ع	م	ع	
٦٨,٠٨	٧,٩٩٤	٩٥,٥٤	٤,٩٠٩	١٠,٤٤٢

٢-ثبات مقياس المعلمات: تم استعمال طريقتين في إيجاد الثبات

أ–الثبات بطريقة الفا كرونباخ : تستند هذه الطريقة على الانحراف المعياري للفقرة المفردة وطبقت معادلة الفا كرونباخ حيث بلغ معامل الثبات (٠,٨٢٥) وهو معامل ثبات يمكن الركون اليه. وثبات الابعاد الاول ٠,٨٠٤ الثاني ٠,٧٦٨ الثالث ٠,٧٨٢

ب–الثبات بالتجزئة النصفية: تم فرز الفقرات الفردية A عن الزوجية B وأصبح المقياس يتكون من نصفين وتم احتساب معامل الارتباط بين نصفي المقياس، بلغ (٠,٧١٥) وحيث ان معامل الثبات الفا كرونباخ للنصفين غير متساويين، لذلك نعتمد معامل ثبات جثمان الذي بلغ (٠,٨١٩) وهو معامل ثبات يمكن الركون إليه. كما هو موضح بالجدول رقم(٦)

جدول (٦) معامل الثبات بطريقة الفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية

ن	الفا –كرونباخ		معامل الارتباط بين نصفي المقياس	معامل سبير مان براون	معامل جثمان
١٨	A	٠,٧٨٢	٠,٧١٥	٠,٨٣٤	٠,٨١٩
١٧	B	٠,٥٤٧			

–صدق مقياس الأمهات

١– صدق الاتساق الداخلي: تم تطبيق المقياس على (٥٠) من أمهات الأطفال المضطربين وتم حساب معاملات الارتباط بين درجات العبارة والدرجات الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي اليه العبارة، فوجد ان جميع معاملات الارتباط دالة احصائياً، مما يدل على الاتساق الداخلي للمقياس كما موضح بالجدول رقم (٧)

جدول(٧) معاملات الارتباط بين كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية للبعد التابع له

نقص الانتباه	١	٢	٣	٤	٥	٦
	.٤٥٤**	.٥٤٨**	.٤٦٢**	.٥٠٨**	.٥٤٨**	.٤٧٨**
	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
	.٨٠٣**	.٦٨٩**	.٤٠٠**	.٧٣٢**	.٧٣٨**	.٤٣٢**
النشاط	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨

	.٥١٧**	.٣٠٢*	.٢٧٦	.٥١٢**	.٥٥٧**	.٦٥٦**
	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	
	.٧٢٨**	.٣٦٢**	.٦٤٣**	.٧٠٧**	.٧٠٧**	
الاندفاعية	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩
	.٤٧٤**	.٣٨٠**	.٤٨٤**	٠,٣٣٠*	.٤٧٤**	٠,٤٥٤**
	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥
	.٣٤٠*	.٦٤٥**	.٤٥٠**	.٣٥٠*	٠,٥٣٢**	.٣٨٣**

جدول(٨)معاملات الارتباط بين كل بعد من ابعاد المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس

نقص الانتباه	النشاط الزائد	الاندفاعية
.٨٢٥**	.٧٤٢**	.٦٨١**

جدول (٩) معاملات الارتباط بين كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية للمقياس

١	٢	٣	٤	٥	٦
.٤٥٩**	.٦٠٢**	.٣٣٩*	.٣٨٠**	.٣٣٠*	.٢٨٧*
٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
.٥٤٢**	.٥٥٣**	.٤٣٥**	.٦٨٥**	.٥٨٨**	.٤١٩**
١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨
.٣٨٦**	٠,٦٣٥**	٠,٦٦٢**	.٥٣٤**	.٤٤٣**	٥٢٥
١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤
.٥٣٧**	.٤٣٥**	.٤٤٦**	.٥٦٦**	.٥٢٥**	.٥٣٧**

٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠
**٣٨٤.	**٥٣٤.	*٣١١.	**٥٩٧.	**٠,٦٣٨	**٠,٥٨١
٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	
**٤٩٠.	**٠,٤٢١	**٠,٤٩٤	*٣١٣.	*٣٢٤.	

٢-الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): تم تطبيق المقياس على (٥٠) من أمهات الأطفال المضطربين، ومن ثم اختيار ٢٥٪ من مجموعة الافراد ذوي الدرجات العليا و٢٥ ٪ من مجموعة الافراد ذوي الدرجات الدنيا، ثم تم اختبار الفرق بواسطة(ت) لعينتين مستقلتين، وكانت قيمة الدلالة الاحصائية أصغر من (١٪) وهذا يدل على وجود فروق دالة وبالتالي معامل صدق تمييزي دال، كما هو مبين في الجدول رقم (١٠)

جدول (١٠) **دلالة الفرق بين المجموعة الاعلى والمجموعة الادنى**

المجموعة الادنى		المجموعة الاعلى		قيمة" ت "المحسوبة
م	ع	م	ع	
٦٧,٠٠	١٥,٨٦٩	١٠٩,٨٥	٦,٦٨١	٨,٩٢٨

ب -ثبات مقياس الأمهات تم استعمال طريقتين في إيجاد الثبات

١-الثبات بطريقة الفا كرونباخ : تستند هذه الطريقة على الانحراف المعياري للفقرة المفردة وطبقت معادلة الفا كرونباخ حيث بلغ معامل الثبات (٠,٩٣٧) وهو معامل ثبات يمكن الركون اليه. وثبات الابعاد الاول(٠,٩٠٥ الثاني(٠,٨٨٦) الثالث(٠,٧٢٨)

٢-الثبات بالتجزئة النصفية: تم فرز الفقرات الفردية A عن الزوجية B وأصبح المقياس يتكون من نصفين وتم احتساب معامل الارتباط بين نصفي المقياس، بلغ (٠,٨٤٢) وحيث ان معامل الثبات الفا كرونباخ للنصفين غير متساويين، لذلك نعتمد معامل ثبات جثمان الذي بلغ (٠,٨٩٢) وهو معامل ثبات يمكن الركون إليه. كما هو موضح بالجدول رقم(١١)

جدول (١١) معامل الثبات بطريقة الفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية

ن	الفا -كرونباخ	معامل الارتباط بين نصفي المقياس	معامل سبير مان براون	معامل جثمان

٢٠	A	٠,٩١٩	٠,٨٤٢	٠,٩١٥	٠,٨٩٢
١٩	B	٠,٨٣٢			

ثالثاً– البرنامج المعرفي السلوكي باللعب: هو برنامج إرشادي علاجي جماعي يشتمل على بعض الأساليب والفنيات التعزيز، النمذجة، لعب الأدوار، الرسم، قراءة القصص مسرح الدمى الواجب المنزلي.

–الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج إلى خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة.وتنقسم أهداف البرنامج إلى ثلاثة أقسام:

- هدف علاجي: يهدف إلى خفض أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى أطفال ماقبل المدرسة كالتدريب على تعديل السلوكات كاستبدال بسلوك إيجابي بديل يهدف إلى تحسين مهاراتهم الاجتماعية لتحسين علاقاته الاجتماعية مع الآخرين.
- هدف وقائي: يكتسب أفراد المجموعة التجريبية بعض المهارات السلوكية كالاجتماعية التي تمكن من تخفيف السلوك العدواني كتمكنيه من التعامل مع الآخرين بطريقة إيجابية وبالتالي تزيد من ثقتهم بأنفسهم.
- هدف نمائي: يتمثل من خلال إتاحة الفرصة أمام أفراد المجموعة التجريبية إلى زيادة قدرتهم على ضبط ذواتهم في جميع المواقع التي يتعرضون لها، كذلك يتخلص من مشكلة النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه كإكساب مهارات الضبط كالسيطرة والاتزان

.الأهداف الإجرائية للبرنامج:

١. تشجيع الأطفال على التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم.. التدريب على الجلوس في مقعده 2.التدريب على مهارة الاستماع كالتدريب على النظر لمن يتحدث3 .التدريب على المشاركة في اللعب4.التدريب على خفض السلوك العدواني5.التدريب على مهارة التعاطف مع الآخرين6. التدريب على مهارة حل المشكلات7.التدريب على مهارة اللباقة الاجتماعية8. التركيز على أفكار الطفل ومشاعره وسلوكياته وتعلم استجابات أكثر تكيفاً.

. محتوى جلسات البرنامج:

تـــــم ترتيب جلسات البرنامج بشكل منطقي يتناسب مع طبيعة مشكلة الدراسة الحالية، وكانت عدد الجلسات(١٦) جلسة بواقع جلستين أسبوعياً لمدة شهرين، وكان زمن كل جلسة 60 دقيقة، وتـــــم تحديد مجمل الجلسات بناءً على أهداف البرنامج ككل وعلى الفنيات السلوكية المعرفية المتبعة في جلسات البرنامج.

جدول (١٢) محتويات جلسات البرنامج

عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
التهيئة	. التعارف بين أفراد المجموعة . إنشاء قواعد المجموعة –بناء الثقة .	. الاسترخاء. –التعزيز
التثقيف النفسي	. وعي الطفل بمشكلته–. الشعور بالثقة بالنفس	. مسرح الدمى–النمذجة . الاسترخاء –التعزيز
الوعي الذاتي	تقوية الحواس المختلفة . الوعي الذاتي بالأفكار والمشاعر والسلوكيات تعرف الطفل على المشاعر المختلفة تعرف الطفل على الاحاسيس الجسدية المرافقة للتغييرات في المشاعر . فهم العلاقة بين الأفكار والسلوكيات . زيادة الثقة بالنفس	–النماذج المصورة . الإيموجي ورسم الوجوه . مسرح الدمى . التعزيز .الواجبات المنزلية
المراقبة الذاتية الحوار والأحاديث الذاتية	. ربط المشاعر بالأحاسيس الجسدية والأفكار التحكم بالمشاعر والانفعالات . تحمل المسؤولة . الاعتماد على النفس – . اتخاذ خيارات جديدة للتصرف بغض النظر عن الشعور	. سرد القصص من الصورة في مجموعات(استخدام المعجون لتشكيل شخصيات القصة وسردها) . لعب الأدوار . لعبة سلة المشاعر . التعزيز –الواجبات المنزلية
تعزيز الذات	. استبدال السلوكيات السلبية المدمرة للذات بسلوكيات ايجابية خلق صورة ذاتية ايجابية	. النمذجة. لعب الأدوار . الرسم– التعزيز

	. إتقان إدارة مواقف ضعف الانتباه وفرط النشاط-. الضبط الانفعالي	. الواجبات المنزلية
تقويم الذات	. الشعور بالثقة بالنفس والانجاز .اتباع القواعد والتعليمات وانتظار الدور . تعزيز مهارا ت التقليد.مهارة حل المشكلات	. تمثيل الأدوارالرسم لعبة الكراسي الموسيقية التعزيز .لعبة المتاهة . الواجبات المنزلية
إنهاء البرنامج	. الاستعداد لإنهاء البرنامج . تعميم ما تم التدريب عليه على مواقف الحياة	. لعبة المشاعر. لعب الدور . صنع هدايا تذكاريه

الحادي عشر: عرض نتائج البحث وتفسيرها: سوف يتم اختبار الفرضيات عند مستوى دلالة ٥ % وفق الاتي:

-الفرضية الأولى: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط، لاختبار صحة هذه الفرضية، تم استخدام الاختبار اللابارمتري ويلكوكسون (Wilcoxon) الخاص بحالة المجموعتين المرتبطتين نظرا لصغر حجم المجموعة (ن=٨)، كما هو موضح بالجدول رقم(١٣):

الجدول (١٣): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط(ككل وأبعاده الفرعية) في التطبيقين القبلي والبعدي

	N	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Sig	
قبلي	٨	٥٦	٧					غير
بعدي	٨	٨٠	١٠	٢٠,٠٠٠	٥٦,٠٠٠	-١,٢٦٢	٠,٢٠٧	دال

يتضح من الجدول (١٣) السابق أن قيمة الدالة الاحتمالية sig أكبر من قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠٥) لذلك نقبل الفرضية الصفرية، مما يدل على أنه لايوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس نقص الانتباه وفرط

النشاط في التطبيقين القبلي والبعدي، وبالتالي يمكن القول إن أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط لم تتغير على المقياس خلال فترة البرنامج في التطبيق البعدي.ويمكن تفسير هذه النتيجة بالنسبة للمجموعة الضابطة بأنه أمر منطقي، طالما أنها لم تتلق أي برنامج إرشادي يجعلها أفضل من قبل ولم تتعرض لأية خبرات أو أنشطة من شأنها إحداث تغيير بالنسبة إليها، وبالتالي عدم تلقي الطفل مساعدة نفسية أو برامج إرشادية سيزيد من درجة أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط لديه وينعكس سلباً على تكيفه وتوافقه النفسي والاجتماعي. وهذا ما أظهرته نتائج دراسة Ashori, Ghasemzadeh&, Bidgoli أنه بعد البرنامج، كان متوسط درجات المهارات الاجتماعية في المجموعة التجريبية أعلى بكثير من المجموعة الضابطة

– **الفرضية الثانية: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط** لاختبار صحة الفرضية الثانية، تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon)،الخاص بالمجموعتين المرتبطتين في الإحصاء اللابارمتري، نظراً لصغر حجم المجموعة (ن=٨) كما هو موضح بالجدول رقم(١٤)

الجدول (١٤): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط في التطبيقين القبلي والبعدي

	N	المتوسط	الاشارة		مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z	Sig	الدلالة
قبلي	٨	١٥٥,١٣	سالبة	٨	٣٦,٠٠	٤,٥٠	-٢,٢٥١	٠,٠١٢	دال
بعدي	٨	٩٣,٥٠	موجبة	٠	٠	٠			
			متساوية	٠	٠	٠			

يتضح من الجدول (١٤) أن قيمة الدالة الاحتمالية sig أصغر من قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠٥) لذلك نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل، وبالتالي وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس نقص

الانتباه وفرط النشاط في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، نظرا لأن متوسط الرتب السالبة أكبر من متوسط الرتب الموجبة، مما يؤكد فاعلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال، ويمكن تفسير فاعلية البرنامج من خلال عدة نقاط:- حاجة الاطفال إلى برنامج إرشادي لخفض أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط، إضافة إلى رغبة الأمهات اللواتي يعانين من مشكلات في التعامل مع هؤلاء الاطفال ومساعدتهن في الدخول في جلسات البرنامج الإرشادي، فمن المكن مساعدة الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة قبل ان تزداد لديهم الأعراض ويصبح من الصعب علاجها، وقد أدى تعاون الاهل وتعليمهم كيفية طريقة التفاعل مع هؤلاء الاطفال من تحسينات ملحوظة في أعراض الاضطراب، فمن غير المألوف بالنسبة للأطفال من مرحلة ما قبل المدرسة الذين تأثروا سلباً بمشاكل سلوكهم طردهم من مواعيد اللعب وإدراجهم في القائمة السوداء؛ إنما يحب إجراء تحسينات كبيرة من خلال تدريب الوالدين (Pfiffner & Kaiser,2010,849).

- العلاقة الإرشادية التي أقيمت مع الأطفال على أساس التعاطف واحترام المشاعر وذلك ضمن جو نفسي مريح وجديد. هذه العلاقة كان أساسها تعزيز انخراط الطفل في العلاج من خلال تدريبه على وسائل للضبط ولتحمل مسؤولية تغير سلوكه، ويشجعه على أن يكون مشاركاً فعالا في تغيير السلوك الذاتي ويركز المعالج على أفكار ومشاعر الطفل عند وضع خطة لتنمية التفكير التكيفي والقضاء على السلوكيات غير المرغوب فيها.

- أسلوب الإرشاد الجماعي: الذي ساعد الأطفال على التعاون واتباع تعليمات وقواعد اللعب مع المجموعة، حيث ساعد ذلك على تحسين المهارات الاجتماعية للأطفال في بيئة الإرشاد الجماعي وهذا ماأثبته دراسة عاشوري وزادة وبيدغولي ,Ashori Ghasemzadeh&, Bidgoli أن العلاج باللعب المبني على النموذج المعرفي السلوكي يحسن المهارات الاجتماعية والتعاون وتأكيد الذات وضبط النفس لدى أطفال ما قبل المدرسة المصابين بالاضطراب، وزيادة التقييم التكيفي والواقعي للعلاقات، وزيادة الحديث الذاتي الإيجابي. زيادة الاستخدام المناسب لمهارات حل المشكلات(Kottman, 2011,3).

– البرنامج الإرشادي: وما يحتويه من مادة علمية وأنشطة تدريبية وفنيات سلوكية وإرشادية ساهمت في خفض أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط، حيث يعتمد البرنامج على أن هناك علاقة بين المشاعر والأفكار والسلوكيات التي يمكن تعديلها من خلال اللعب. إضافة إلى اتخاذ أسلوب اللعب الذي أدى إلى زيادة قدرة الطفل على التعبير عن مشاعره، وتقليل الأفكار والتصورات غير القادرة على التكيف وتضمن البرنامج المواد الفنية والدمى والحيوانات المحنطة وغيرها من الألعاب. تُستخدم أنشطة اللعب وأشكال التواصل اللفظية وغير اللفظية لحل المشكلات. يستخدم بشكل أساسي الأنشطة العاطفية والعملية وغير اللفظية ويعتمد نظريًا على التفاعلات بين الفرد والبيئة؛ ويتم تشجيع العلاج باللعب والتدخلات في البيئة المدرسية لتلبية مجموعة واسعة من الاحتياجات التنموية للأطفال (, Knell 2015, 120).وتعد الأنشطة الحركية مناسبة لعمر الطفل وخاصة أن الأطفال كانوا كثيري الحركة العشوائية في بداية البرنامج وهذا كان مناسباً لهم لتنظيم حركتهم من خلال ألعاب حركية تعمل على تقوية روح المشاركة والتعاون وذلك من خلال وجود الأطفال بجوار بعضهم ومتشابكي الأيدي يؤدي إلى الإحساس بالمشاركة والمساعدة وأنهم جماعة أصدقاء، مثل لعبة البالونات ولعبة البحر والشاطئ. وباستخدام الأنشطة القصصية والغنائية والحركية كان له دور في وجود فروق بين القياسيين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وبالتالي تحقيق نجاح البرنامج. وتضمن البرنامج بعض الألعاب الجماعية التي تنمي مهارات معينة من خلال تشجيع الأطفال على أتباع قواعد اللعبة وأتباع نظام معين في اللعب الجماعي، ويتعلم الأطفال المسؤولية اتجاه الآخرين والمشاركة وغرس الثقة في النفس، ويمكن ممارسة أدوار القيادة والتبعية أي ممارسة الأدوار بشكل منظم وهذا ماأظهرته نتائج دراسة Ashori, Ghasemzadeh&, Bidgoli أن العلاج باللعب المبني على النموذج المعرفي السلوكي يحسن المهارات الاجتماعية والتعاون وتأكيد الذات وضبط النفس لدى أطفال ما قبل المدرسة المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

وهكذا كان محتوى البرنامج معرفياً سلوكياً قائماً على اللعب الذي هو وسيلة فعالة في من خلال مجموعة الأنشطة التي تقوم على اللعب التعاوني والمشاركة وممارسة الأدوار مع الآخرين، وذلك يساعد على خفض الاندفاعية التي تزيد من العدوانية وسوء التفاعل بينه

وبين أقرانه، كما إنه يستطيع أن يعبر عن مشاعره بالكلام سواء كانت مشاعر إيجابية أم سلبية. وكذلك لعب الطفل ضمن جماعة، محاولة إشراك أي طفل مع الأطفال الآخرين حتى لا يتسنى للطفل أن يبقى منفرداً حتى نهاية اللعب. وتضمن البرنامج فنية التعزيز الإيجابي التي من خلالها قدم الثناء والمديح للأطفال على الاستجابات والسلوكات الملائمة أثناء اللعب، كما أن إتباع استراتيجية التدعيم والتعزيز قد كان له أثراً كبيراً فقد كان للتعزيز سواء كان ايجابياً أو سلبياً دوراً كبيراً مثل تقديم الهدايا أو إعطاء الحلوى أو حتى أحياناً كلمات التشجيع أو التصفيق أو وضع نجوم ووضع صورهم في لوحة الشرف، فإن نجاح أو فشل أي برنامج يتوقف على قوة التدعيمات المستخدمة، ولذا يجب توضيح التدعيمات الخاصة بكل طفل على حده، بحيث تكون قوية وكافيه فتجعله يستجيب للتعليمات الصادرة (ل. س واطسون، ١٩٩٤: ٧٩). وحثهم على السلوك المرغوب فيه بحيث يصبح جزءاً من حياتهم، بالإضافة إلى فنية التغذية الراجعة والتلقين التي من خلالها تم تقديم الإجابات الصحيحة وتثبيتها وتصحيح الإجابات الخاطئة، حيث استخدمت الفنيات في دراسة كل من معوض(٢٠١١) أبو شوارب (٢٠١٣) وكان لهما أثر كبير في نجاح برامجهم الإرشادية.

كما أن استخدام فنيات وأساليب تعديل السلوك المعرفي والنمذجة والممارسة وتوجيه الذات والمراقبة الذاتية والحديث الذاتي وتقييم الذات وتعزيز الذات إن تقنيات تعديل السلوك المعرفي تضبط سلوك الأطفال(Meichenbaum, 1996) ،وقد نجح ميكينبوم في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية مثل الاندفاعية والنشاط الزائد، وتتألف تقنيات تعديل السلوك المعرفي (Manning & Payne,1996,16).

– كما اعتمدت الباحثة في نهاية كل جلسة إرشادية تكليف الأطفال بواجب منزلي بهدف نقل ما أفاد الأطفال من حضور جلسات البرنامج إلى البيئة الأسرية، كما تضمن البرنامج الإرشادي وسائل تقويمية عديدة، ساهمت في التأكد من اكتساب الأطفال مهارات بالإضافة إلى التقويم القبلي والبعدي للبرنامج الإرشادي اعتمدت الباحثة على التقويم المرحلي من خلال القيام بعدد من الأنشطة للتأكد من مدى تحقق أهداف الجلسات، وللتأكد من مدى استفادتهم من كل جلسة قبل الانتقال إلى الجلسات اللاحقة، وهذه الأساليب استخدمت في

الكثير من الدراسات السابقة التي أكدت أهمية وضرورة استخدامها لنجاح العملية الإرشادية، اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (**Abdolalizadeh & Neiaz ,2020**)، (**Abdollahian, et al.2013**) (**Almeraisi,2020**) والتي بينت جميعها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال ماقبل المدرسة في القياس البعدي.

-**الفرضية الثالثة: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط.** لاختبار صحة الفرضية السابقة، تم استخدام اختبار مان-وتني (Mann-Whitney) الخاص بالمجموعتين المستقلتين في الإحصاء اللابارامتري، نظراً لصغر حجم المجموعتين (ن=٨) كما هو موضح بالجدول رقم(١٥):

جدول (١٥) دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط في التطبيق البعدي باستخدام اختبارمان- وتني

	N	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Sig	
ضابطه	٨	١٠٠	١٢,٥					دال
تجريبية	٨	٣٦	٤,٥	٠٠,٠٠٠	٣٦,٠٠٠	-٣,٣٦٣	٠,٠٠١	

من الجدول (١٥) السابق يتضح وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وذلك لأن قيمة الدالة الاحتمالية sig في جميع الحالات أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠٥)، وبالتالي قبول الفرضية البديلة بوجود فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية نظراً لأن متوسط رتبها أصغر من متوسط رتب المجموعة الضابطة، ويمكن تفسير ذلك أن أطفال المجموعة التجريبية استفادوا من البرنامج المقدم لهم بالمقارنة مع المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج وترجع الباحثة هذا التحسن إلى فاعلية البرنامج المقدم للأطفال وإلى

أنشطة البرنامج حيث مارس الأطفال مجموعة من الأنشطة في البرنامج تعتمد على زيادة الانتباه وخفض النشاط الزائد والاندفاعية التي بدورها زادت من انتماء الطفل إلى جماعة البرنامج، وإقامة علاقات اجتماعية معها من خلال مجموعة الأنشطة المقدمة للأطفال وتتمثل هذه الأنشطة في أنشطة قصصية، وأنشطة موسيقية، وأنشطة حركية، كما تتمثل هذه الأنشطة بعدة سمات منها أن تشبع احتياجات الأطفال النفسية والاجتماعية، وتتفق هذه النتيجة مع بعض الدراسات العربية والأجنبية التي أكدت على أهمية البرامج المقدمة في الدراسات لزيادة الانتباه وخفض النشاط الزائد، وذلك بالنسبة لأطفال مرحلة ما قبل المدرسة كدراسة أبو شوارب (فلسطين) ٢٠١٣، مما يؤكد فاعلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط لدى المجموعة التجريبية بما احتواه من أنشطة وأساليب متنوعة باللعب هذه الفنيات ساعدت على تغيير أفكار الأطفال وأثرت على مشاعرهم وسلوكياتهم، مما ساعد على وعي ذواتهم ومراقبتها وبالتالي تعزيز وتدعيم الذات وهذا التحسن في أعراض الانتباه وفرط النشاط لم يظهر عند المجموعة الضابطة هذا أمر طبيعي لأنها لم تتعرض الى برنامج علاجي أومساعدة نفسية للأهل كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال لزيادة انتباههم وخفض نشاطهم الزائد، حيث أن هؤلاء الأطفال يعانون من مشكلات الاعتماد على الغير والسلوك الانسحابي وعدم الاتصال بالآخرين كما تنقصهم القدرة على التعبير عن المشاعر، حيث يحاول الطفل إيذاء الآخرين عندما يشعر بالغضب كما تنقصهم الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات ليغلب الجانب النرجسي وتغلب عليه مشاعر القلق والبؤس والانزواء والأنانية؛ إذ ينفذ الطفل ما يريده دون مراعاة لمصلحة الآخرين ولا يبدو عليه الانضباط، وللتأكد من استمرار فاعلية البرنامج، تم تطبيق المقياس بعد الانتهاء من التطبيق البعدي بمدة شهرين على المجموعة التجريبية، ومن ثم تم اختبار صحة الفرضية الرابعة

-الفرضية الرابعة: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط رتب درجاتهم في القياس التتبعي على

مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط. تم اختبار صحة الفرضية باستخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) اللابارامترية البديل عن دالة T الخاصة بحالة المجموعتين المرتبطتين في الإحصاء البارامتري، نظراً لأن حجم العينة صغير (ن=٨) وذلك وفقاً للجدول (١٦) الآتي:

الجدول (١٦): **دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس نقص الانتباه ككل وعلى كل بعد من أبعاده في التطبيقين البعدي والتتبعي باستخدام ويلكوكسون**

	N	المتوسط	الدرجة		مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z	Sig	
بعدي	٨	٩١,١٣	سالبة	٤	٢٣,٠٠	٥,٧٥	-٠,٧٠٢	٠,٤٨٣	غيردال
تتبعي	٨	٩٣,٥٠	موجبة	٤	١٣,٠٠	٣,٢٥			
			متساوية	٠	٠	٠			

يتضح من الجدول (١٦) السابق أن قيمة الدالة الاحتمالية sig اكبر من قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠٥) لذلك نقبل الفرضية الصفرية ، وبالتالي لايوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس نقص الانتباه وفرط النشاط في التطبيقين البعدي والتتبعي ، نظرا لأن متوسط الرتب السالبة أكبر من الموجبة في جميع الحالات، مما يؤكد استمرارية فاعلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض فرط النشاط وزيادة الانتباه عند الأطفال المضطربين حتى بعد الانتهاء من التطبيق البعدي بمدة شهرين، وبالاحتفاظ بالفاعلية لدى أفراد المجموعة التجريبية مع مرور الزمن.

ويعود التحسن إلى استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق عليهم وما تركه من أثر في نفوسهم حيث قاموا بنقل ما تعلمناه نتيجة البرنامج إلى حياتهم بشكل عام، من خلال ما تضمنه هذا البرنامج من أنشطة وتدريبات وفنيات، فاكتسبوا بذلك مهارات يمكن أن تساعدهم في التعامل مع أهلهم في البيت ومعلميهم واقرانهم في الروضة مستقبلاً. ومن جهة أخرى كانت متابعة الباحثة لأفراد المجموعة التجريبية للاطمئنان عليهم ومساعدتهم في إزالة المعوقات التي تعوق قدرتهم على التعامل بفعالية، جعلهم يشعرون أن الباحثة ما

زالت إلى جانبهم في تقديم أية مساعدة نفسية يحتاجونها وأهليهم، فبعد تعلم مهارات التعامل وزيادة الانتباه وخفض النشاط الزائد والاندفاعية في السلوكيات أصبح الطفل جاهزاً للتعامل مع المواقف الحياتية الحقيقية، ويرى كورمير أن هناك عدداً من الأسباب تدعونا لإجراء التقديرات التتبعية:

فأولاً: يدل القيام بدراسة تتبعية للمسترشد على استمرار اهتمام المرشد بمصالحه.

ثانياً: توفر الدراسة التتبعية معلومات يمكن استخدامها لمقارنة أداء المسترشد في السلوك المستهدف قبل وبعد الإرشاد.

ثالثاً: يمكن عن طريق الدراسة التتبعية أن تحدد الدرجة التي يمكن بها المسترشد أن يؤدي السلوك المستهدف في بيئته من غير الاعتماد على مساندة أو مساعدة الإرشاد، وبمعنى آخر نتعرف من خلال التتبع على مدى قيام المسترشد بتعميم ما تعلمه في بيئة الإرشاد إلى البيئة الواقعية. وهكذا نلاحظ ان فمرحلة الطفولة أساسية في نمو الشخصية ،وفيها قد تتعرض الشخصية _سريعة النمو _لاضطرابات هي أساس الخطورة فيما بعد .ومادامت الشخصية في مرحلة نمو، فإن عملية التغيير والتعديل والتعليم تكون أسهل في مرحلة الطفولة عنها في المراحل التالية(زهران ،٢٠٠٥، ٤٦٠)

ويمكن القول أن البرنامج المستخدم استطاع تحقيق قدر واضح من النجاح في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال ما قبل المدرسة لأنه انبثق من خصائصهم وسماتهم المتميزة في هذه المرحلة العمرية، واستند على إطار نظري قائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي باللعب، والذي يستند على وجود علاقة بين الأفكار والعواطف والسلوكيات. فالافتراض الذي يقوم عليه أن عواطف الناس وسلوكياتهم يتم تحديدها إلى حد كبير من خلال الطريقة التي يفكرون بها في العالم، فإن إدراك الأحداث، وليس الأحداث نفسها، هو الذي يوجه كيف يشعر الشخص ويتصرف، وقد أكدت كثير من الدراسات السابقة على فعالية هذه النظريات في التطبيق العملي، هذا بالإضافة إلى تقبل الأطفال لأنشطة البرنامج وحبهم له حيث كان الأطفال ينتظرون موعد الجلسات بكثير من الشوق، وقد استمر هذا التأثير واضحاً حتى بعد انقضاء فترة زمنية على انتهاء

البرنامج، مما يشير إلى نجاح هذا البرنامج وفعاليته في زيادة الانتباه وخفض النشاط الزائد والاندفاعية لدى الأطفال ماقبل المدرسة.

الثاني عشر: مقترحات البحث

-أن يتم تفعيل الصحة النفسية بالمدارس ومرحلة التعليم قبل المدرسي .

-أن يتم تأسيس مراكز مؤهلة للأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة المصحوب بقصور الانتباه. -

أن تهتم وزارة التربية والتعليم بإقامة الدورات التدريبية للمعلمين لكيفية كشف حالة الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة المصحوب بقصور الانتباه وكيفية التعامل معهم.

-القيام بتوعية أولياء الأمور بكيفية التعامل مع هذه الفئة من الأطفال من خلال الورش والمحاضرات

-دراسة فاعلية برنامج إرشادي للمعلمين في كيفية التعامل مع الأطفال المصابون باضطراب فرط الحركة المصحوب بقصور الانتباه .

-دراسة فاعلية برنامج ارشادي لوالدي الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة المصحوب بقصور الانتباه في كيفية التعامل مع الأطفال المصابين.

المراجع العربية والأجنبية

-أبو شوارب، ختام عبد الحميد.(٢٠١٣). فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى أطفال الروضة. رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، غزة ، فلسطين.

-تشو، إم لين جي و فيرين، أي راشيل وفوتتس، يواقين.(٢٠١٢). اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. ترجمة: سعاد موسي، المعهد القومي لطب نفس النمو للأطفال: البرازيل.

-زهران، حامد عبد السلام.(٢٠٠٥). التوجيه والإرشاد النفسي. القاهرة: عالم الكتب.

- عزالدين، رازان نديم. (٢٠٠٨).فاعلية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة المودعين لدى المؤسسات الإيوائية في الجمهورية العربية السورية. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة: معهد الدراسات التربوية.

-عزالدين، رازان نديم. (٢٠١٣).نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بالمهارات الاجتماعية لدى الأطفال. مجلة جامعة البعث، مجلد، ٣٥ عدد، ١٣.

- العساف، صالح. (٢٠٠٦). المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، ط٤، الرياض: مكتبة العبيكان.

- فرج، صفوت .(١٩٨٩). القياس النفسي. القاهرة: دار الفكر العربي الطبعة الثالثة.

-معوض، ماريان .(٢٠١١). فعالية برنامج تدريبي قائم على التعلم الشرطي في خفض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه لدل الأطفال البينيين، مجلة كلية التربية، جامعة بكر سعيد، العدد العاشر.

- واطسون.ل.س.(١٩٩٤). تعديل سلوك الأطفال. ترجمة محمد فرغلي، القاهرة: دار المعارف.

- Abdollahian E, Mokhber N, Balaghi A, Moharrari F. (2013).The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 7-9 years. Atten Deific Hyperactive Disorder. Mar;5(1):41-6.

-Abdolalizadeh, Y.& Neiaz, J.(2020). The effect of cognitive-behavioral strategy training on the symptoms of ADHD in preschool children. Journal of Research in Psychopathology. 1(2).

- Almeraisi, May Jasem. (2020). Alliant International University, Fresno ProQuest Dissertations Publishing.

- Ashori M, Ghasemzadeh S, Dallalzadeh Bidgoli F. (2019) .The impact of play therapy based on cognitive-behavioral model on the social skills of preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health.; 6(2): 27-3.

- Barkley RA, Guevremont DC, Anastopoulos AD, DuPaul GJ, Shelton TL.Pediatrics.(1993).Driving-related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: a 3- to 5-year follow-up survey.;92(2):212-8.

-Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. Neuropediatrics.;51(5):315-335.

- DuPaul, G. J., Kern, L. Belk, G.Custer, B, Hatfield, A. Daffner ,M, and Peek, D.(2018). Promoting Parent Engagement in Behavioral Intervention for Young Children with ADHD: Iterative Treatment Development. Topics in Early Childhood Special Education. 38(1) 42–53.

- Feizollahi, J., Sadeghi, M., & Rezaei, F. (2020). The Effect of Cognitive Behavioral Play Therapy and Its Integration with Parental Management Training on Symptoms of ADHD in 7-11 Year Old Children: A Quasi-Experimental Study. Journal of Rafsanjani University of Medical Sciences, 19(2), 155-172.

- Kasiati, Naruvita, S. R., Harti, U., Yulia, & Yunitasari, S. E. (2022). Play Cognitive Behavioral Therapy Improves The Concentration Of Children With ADHD. Journal Scientia, 11(02), 439-443.

-Khatoon, A., Iqbal, N., & Masroor, U. (2020). Efficacy of cognitive behavioral play therapy (cbpt) for children with attention deficit hyperactivity disorder (Adhd). Clinical & Counselling Psychology Review, 2(2), 16–27.

-Knell. M.(2015). Cognitive-Behavioral Play Therapy. the Guilford press, new York .

- Knell, S. M., & Dasari, M. (2009). CBPT: Implementing and integrating CBPT into clinical practice. In: A. A. Drewes, (Ed). Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: Evidence Based and Other Effective Treatments and Techniques. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

- Konstantinos. K, Areti. T, Laila. T, Christos. I, Aikaterini. F, Aristi. K, Lambrini. K. (2021). An Overview of Play Therapy, This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License SYSTEMATIC REVIEW • Mater Sociometer.; 33(4): 293-297.

- Kottman, T. (2011). Play therapy basics and beyond (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.

- Kuffman, K.(2004):Parental satisfaction with evaluation for attention deficit hyperactivity disorder, 64.(7) 528

- Laura J. Fazio-Griffith and Mary B. (2014). Cognitive Behavioral Play Therapy Techniques in School-Based Group Counseling: Assisting Students in the Development of Social Skills, Ideas and Research You Can Use.

-Luby,J. Belden,A. Botteron,K. Marrus,N.Harms,M.and Nishino,T.(2013).The effects of poverty on childhood brain

development: the mediating effect of caregiving and stressful life events. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine in St Louis, Missouri ;167(12):11 35-42.

- Manning ,H & Payne ,D.(1996).Self- Talk For Teacher and Students Met cognitive Strategies For Personal and Classroom Use. Needham Heights, Massachusetts: Allyn and Bacon Company.

- Nigg, J. &Nikolas ,M.& Burt, S.A. (2010). Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49:863-873.

- Ojinna. T. B, Parisapogu. A, Sherpa. M. L, Choday, S. Ravi. N, and Penumetcha. Sai Sri. (2022).Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Methylphenidate in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review. Cureus ; Open Access Review Article 14(12):1-10.

-Pfiffner L, Kaiser N.(2010). Behavioral parent training. Duncan's textbook of child and adolescent psychiatry Am Psychiatric Assoc. 845–868.

-Taheri A, Pyadeh -Kohsar A, Hassan A. The effectiveness of play therapy on behavioral problems, loneliness and depression of deaf children. RBS 2023; 21 (3) :563-574

-Timothy T. Brown l.(2012). Brain development during the preschool years. Neuropsychology Rev. Multimodal Imaging Laboratory, ;22(4) 313-333.

-Yılmaz Demirer, Ö., & Topan, A. (2023). Evaluation of the effect of play therapy on separation anxiety among preschool children: a randomized controlled study. BAUN Health Sci J, 12(3), 667- 674.

- Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C.(2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics; 14.