

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد لمين دباغين سطيف-2
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

أطروحة

مقدمة بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
لنيل شهادة

دكتوراه الطور الثالث

تخصص: علم النفس الصحة

من طرف الطالب:

عبد الناصر تزكرات

الموضوع:

فعالية العلاج باللعب في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي
لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

بتاريخ: 2017/06/05 أمام اللجنة المتكونة من:

أ.د زهير بغول	أستاذ	جامعة سطيف 2	رئيسا
أ.د هدى خرياش	أستاذ	جامعة سطيف 2	مشرفا
د. بديعة ايت مجبر	أستاذة محاضرة قسم-أ-	جامعة سطيف 2	ممتحنا
د نوردين مزهود	أستاذ محاضر قسم-أ-	جامعة قسنطينة 2	ممتحنا
أ.د محمد شلبي	أستاذ	جامعة قسنطينة 2	ممتحنا
أ.د ناصر ميزاب	أستاذ	جامعة تيزي وزو	ممتحنا

السنة الدراسية: 2017/2016

باسم الله الرحمن الرحيم
"وفوق كل ذي علم عليم"
صدق الله العظيم

الآية 76 من سورة يوسف

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين، وبعد

نشكر الله عز وجل الذي أنار لي الدرب وفتح لي أبواب العلم وأمدني بالصبر والإرادة ووفقنا في طلب العلم وأبلغنا بما يحب ويرضى، نسأل الله التوفيق والإخلاص في أعمالنا كلها فعرفانا منى بالجميل يسعدني ويشرفني أن أتقدم بخالص آيات الشكر وعميق الامتنان والتقدير لأستاذتنا الفاضلة الدكتورة هدى خرباش التي كانت لنا نعم الأستاذة وخير المرشد، نموذج للعلم والمعرفة، دائمة التشجيع والدعم، غرست فينا بذرة العلم وأثرت فينا روح البحث، والتي نلت شرفه إشرافها على هذه الأطروحة ولما بذلته معي من رعاية وتوجيه لإتمام هذا البحث المتواضع، بارك الله فيها ومتعها بالصحة والعافية وجزاها الله عني خير الجزاء وزادها من فضلك علما وإيمانا.

كما يسعدني أن أقدم الشكر والتقدير والاحترام إلى الأستاذ الدكتور هادي محمد، أستاذ علم النفس، جامعة قسنطينة 2، على تكريمه بقراءة ونقد وتقييم ومناقشة هذه الأطروحة فتزيدها ثراء وعلمًا وقيمة جزاه الله خير الجزاء ووفقه لما يحب ويرضاه.

كما يسعدني أن أقدم الشكر والتقدير والاحترام إلى الأستاذ الدكتور مهزود نوردين، أستاذ علم النفس، جامعة قسنطينة 2، على تكريمه بقراءة ونقد وتقييم ومناقشة هذه الأطروحة فتزيدها ثراء وعلمًا وقيمة جزاه الله خير الجزاء ووفقه لما يحب ويرضاه.

كما يسعدني أن أقدم الشكر والتقدير والاحترام إلى الأستاذ الدكتور هياض ناصر، أستاذ علم النفس، جامعة تيزي وزو، على تكريمه بقراءة ونقد وتقييم ومناقشة هذه الأطروحة فتزيدها ثراء وعلمًا وقيمة جزاه الله خير الجزاء ووفقه لما يحب ويرضاه.

كما يسعدني أن أقدم الشكر والتقدير والاحترام إلى الأستاذ الدكتور بغول زهير، أستاذ علم النفس، جامعة سطيف 2، على تكريمه بقراءة ونقد وتقييم ومناقشة هذه الأطروحة فتزیدها ثراء وعلمًا وقيمة جزاه الله خير الجزاء ووفقه لما يحب ويرضاه.

كما يسعدني أن أقدم الشكر والتقدير والاحترام إلى الأستاذة الدكتورة ايت مجبر بدیعة، أستاذ علم النفس، جامعة سطيف 2، على تكريمه بقراءة ونقد وتقييم ومناقشة هذه الأطروحة فتزیدها ثراء وعلمًا وقيمة جزاه الله خير الجزاء ووفقه لما يحب ويرضاه.

كما أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير والعرفان لهدوتنا العلمية الصالحة الأستاذ الدكتور لحسن بوعبد الله، أستاذ علم النفس ومدير وحدة بحث "تنمية الموارد البشرية"، جامعة سطيف 2- على تواضعه وحسن مرافقته لطلاب العلم، كنت لي بمثابة مصباح أنار لي طريق البحث من خلال ما قدمه لي من توجيهات قيمة ونصائح غالية رغم مسؤولياتك الكثيرة ووقتك الثمين، شكرا جزیلا على ما وفرته لنا دون أن تبخل علينا فضاء أو إمكانية على مستوى وحدة البحث والتي شعرنا فيها بالانتماء إلى عائلة ذات خلق وعلم راقی، بارك الله فيه ومتعته بالصحة والعافية وجزاه الله خير الجزاء لما يقدمه للعلم وللعلماء والباحثین.

كما أقدم بأسمى معاني الشكر والتقدير والاحترام إلى من زرع النجاح في دربنا الأستاذ الدكتور بهیر معمريّة، أستاذ علم النفس، بجامعة سطيف 2- على ما قدمه لنا من نصائح قيمة توجيهات دقيقة تتصف بروح العلم والأمانة، بارك الله فيه ومتعته بالصحة والعافية وجزاه الله خير الجزاء لما يقدمه للعلم وللعلماء والباحثین.

كما أتوجه بعظيم الشكر والتقدير للدكتور حمايدية علي، أستاذ علم النفس، بجامعة سطيف 2- الذي كان لي سند قويا للإتمام هذا العمل، درست عندك كنت أستاذ ذو خلق سام، قرأت بحوثك لمسئمة همة عالية، طلب العلم بجوارك وجدتك ذو خير لا تحدده حدود، شكرا جزیلا وبارك الله فيه ومتعته بالصحة والعافية.

كما أتوجه بالشكر للدكتور عبد الله صراوي، أستاذ علم النفس، بجامعة سطيف-2، الذي وجهني خير التوجيه ولم يبخل علي بمعلوماته القيمة ونصائحه البناءة، شكرا جزيلًا وبارك الله فيه ومتعته بالصحة والعافية.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى المسؤولين والمختصين والعاملين بمراكز وحدات الكشف والمتابعة المدرسية لولاية سطيف، لما لقيته منهم من تعاون وتجاوب وتسهيل لإجراء الدراسة الميدانية وأخص بالشكر: السيدة قاديوري فطيمة، السيدة مخفي نورة، الأنسة مزرب ابتسام، السيد عسيلة حسان.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأنسة المحترمة عزى يمينه، على مراجعتها اللغوية للأطروحة، بارك الله فيها ومتعها بالصحة والعافية وجزاها الله عني خير الجزاء وزادها من فضلك علما وإيمانا.

وبكل الحب والوفاء أتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى أسرتي وفي مقدمتهم والدي الكريمين أبي وأمي الذين كانوا السبب في وجودي اللذان تعبوا وشقيا من أجل تربيته وتعلمي وأسأل الله عز وجل أن يبارك لي في فيهم وأن يوفقني كي أرد فضلهمما فلهمما مني جزيل الامتنان. كما أقدم شكري وتقدير إلى أختوتي، رابع و ياسين وأختي الصغيرة أسماء لمساندتهم لإتمامي هذا البحث ودعواتي لهم جميعا بالصحة والعافية.

كما أتوجه بالشكر الجزيل للأنسة خرماس وافية ولكل من ساعدني من قريب أو من بعيد في إخراج هذا البحث، إلى كل من كان سببا في تعليمي وتوجيهي.

اللهم لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم، اللهم علمنا ما ينفعنا وانفعنا بما علمتنا وزدنا علما، وأرنا الحق حقاً وارزقنا إتباعه، وأرنا الباطل باطلاً وارزقنا اجتنابه، واجعلنا ممن يستمعون القول فيتبعون أحسنه، وأدخلنا برحمتك في عبادك الصالحين، وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

فهرس المحتويات

01.....	شكر وتقدير
04.....	فهرس المحتويات
08.....	فهرس الجداول
11.....	فهرس الأشكال
11.....	فهرس الملاحق
12.....	مقدمة

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

16.....	1-1- اشكالية الدراسة
18.....	1-2- أهمية الدراسة
19.....	1-3- أهداف الدراسة
19.....	1-4- مصطلحات الدراسة
20.....	1-5- البحوث والدراسات السابقة
20.....	1-5-1- بحوث ودراسات في مجال العلاج باللعب
30.....	تعقيب على الدراسات التي تناولت البحث في مجال العلاج باللعب
31.....	1-5-2- بحوث ودراسات في مجال علاج قصور الانتباه وفرط الحركة
51.....	تعقيب على الدراسات التي تناولت البحث في مجال علاج قصور الانتباه وفرط الحركة
53.....	1-5-3- تعقيب عام على الدراسات السابقة
54.....	1-5-4- إفادة الباحث من الدراسات السابقة
54.....	1-6- فرضيات الدراسة

الفصل الثاني: قصور الانتباه وفرط الحركة

56.....	2-1- تطور مفهوم قصور الانتباه وفرط الحركة
57.....	2-2- تعريف قصور الانتباه وفرط الحركة
59.....	2-3- مظاهر قصور الانتباه وفرط الحركة

- 59.....الأبعاد الأساسية (الأعراض الأساسية) 2-3-1-1
- 64.....الأبعاد الثانوية (الأعراض المصاحبة) 2-3-2-1
- 65.....تشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة 2-4-1-1
- 66.....نسب انتشار قصور الانتباه وفرط الحركة 2-5-1-1
- 67.....أسباب قصور الانتباه وفرط الحركة 2-6-1-1

الفصل الثالث: التكفل بقصور الانتباه وفرط الحركة

- 70.....بعض التدخلات العلاجية لقصور الانتباه وفرط الحركة 3-1-1-1
- 70.....العلاج بالتغذية 3-1-1-2
- 71.....العلاج الطبي 3-1-2-1
- 72.....العلاجات النفسية 3-1-3-1
- 72.....العلاج الأسري 3-1-3-2
- 74.....العلاج السلوكي 3-2-1-1
- 76.....العلاج باللعب 3-2-2-1
- 76.....لمحة تاريخية حول العلاج باللعب 3-2-3-1
- 79.....تعريف العلاج باللعب 3-2-3-2
- 81.....أساليب العلاج باللعب 3-2-3-3
- 81.....العلاج باللعب السلوكي المعرفي 3-2-3-4
- 81.....العلاج باللعب الجشطالتي 3-2-3-5
- 82.....العلاج باللعب الأدلري 3-3-2-1
- 83.....العلاج باللعب غير الموجه المتمحور على الشخص 3-4-2-1
- 84.....العلاج باللعب التحليلي 3-5-2-1

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة "الطريقة والإجراءات"

- 85.....منهج الدراسة 4-1-1
- 85.....عينة الدراسة 4-2-1
- 94.....أدوات الدراسة 4-3-1

95.....	أدوات ضبط المتغيرات	4-3-1
95.....	استبيان كورنر لتشخيص اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة	4-3-1-1
97.....	اختبار الذكاء الغير لفظي NNAT de Naglieri	4-3-1-2
101.....	أدوات جمع البيانات	4-3-2
101.....	اختبار ستروب لقياس الانتباه البصري Test de Stroop	4-3-2-1
103.....	اختبار تزواج الأرقام لقياس الانتباه السمعي	4-3-2-2
104.....	اختبار مطابقة الصور لقياس الاندفاعية Test d'appariement d'images	4-3-2-3
116.....	إجراءات الدراسة	4-4
118.....	الأساليب الإحصائية المستخدمة	4-5
	برنامج الدراسة: برنامج علاجي قائم على اللعب لخفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية	4-6
118.....	خطوات بناء البرنامج	
120.....	1- تحديد الفئة التي صمم لها البرنامج	
120.....	2- تحديد أهداف البرنامج	
121.....	3- محتوى البرنامج	
123.....	4- الأنشطة والأدوات والأساليب المستعملة في البرنامج	
123.....	5- حدود البرنامج	
124.....	6- إجراءات تنفيذ البرنامج	
125.....	7- إجراءات تقويم البرنامج	
126.....	8- كيفية تطبيق البرنامج	
128.....	9- كيفية تنفيذ البرنامج	

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة والتحقق من الفروض

129.....	1-5 عرض نتائج الدراسة
129.....	5-1-1 عرض نتائج الفرض الأول
134.....	5-1-2 عرض نتائج الفرض الثاني
139.....	5-1-3 عرض نتائج الفرض الثالث

144.....	5-1-4- عرض نتائج الفرض الرابع.....
148.....	5-2- مناقشة النتائج.....
148.....	5-2-1- مناقشة نتائج الفرض الأول.....
150.....	5-2-2- مناقشة نتائج الفرض الثاني.....
152.....	5-2-3- مناقشة نتائج الفرض الثالث.....
153.....	5-2-4- مناقشة نتائج الفرض الرابع.....
154.....	5-3- استنتاج عام للدراسة.....
155.....	5-4- مقترحات الدراسة.....
156.....	المراجع.....
166.....	الملاحق.....

فهرس الجداول:

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	ملخص لمعايير تشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة حسب (DSM-4)	62
02	يوضح النسب المئوية لانتشار قصور الانتباه وفرط الحركة لدى بعض الدول	67
03	أهم العلاجات الأسرية لفئة قصور الانتباه وفرط الحركة	73
04	أهم نظريات اللعب	77
05	توزيع العينة	87
06	توزيع أفراد العينة حسب الصفوف الدراسية	88
07	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية من حيث العمر الزمني ومعامل الذكاء	88
08	المتوسطات الحسابية وقيمة "ت" ودلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة من حيث العمر الزمني بالشهور ومعامل الذكاء	89
09	الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج على استبيان كونر (الصورة الأسرية والمدرسية)	90
10	الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج على اختبار ستروب (Test de stroop)	91
11	الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج على اختبار تزاوج الأرقام	92
12	الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)	94
13	نسب اتفاق المحكمين على استبيان (Conner,1969) المستخدم في دراسة فعالية العلاج باللعب في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال المتدربين من حيث الصياغة اللغوية وتعليمات التطبيق والتصحيح	97
14	يمثل التقسيمات العمرية لمختلف أجزاء اختبار الذكاء الغير لفظي NNAT	98
15	يمثل نسب النجاح، المدى ومتوسطات الارتباطات الثنائية على اختبار NNAT	99
16	يمثل معاملات الارتباط اختبار الذكاء الغير لفظي NNAT على العينة الفرنسية	100
17	نتائج مصمم اختبار ستروب Test de Stroop في حسابه لمؤشرات الصدق البنائي	103

105	الإجابات الصحيحة للبطاقات اختبار Test d'appariement d'images	18
107	نتائج مصمم اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images في حسابه لمؤشرات الصدق البنائي	19
108	نتائج اختبار "ت" للمجموعتين (العليا والدنيا) على استبيان كونر (الصورة الأسرية والمدرسية)	20
109	نتائج اختبار "ت" للمجموعتين (العليا والدنيا) على اختبار الذكاء الغير لفظي (NNAT de Naglieri,1985)	21
110	نتائج اختبار "ت" للمجموعتين (العليا والدنيا) على اختبار ستروب (Test de stroop)	22
111	نتائج اختبار "ت" للمجموعتين (العليا والدنيا) على اختبار تزاوج الأرقام	23
112	نتائج اختبار "ت" للمجموعتين (العليا والدنيا) على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)	24
113	يمثل معاملات الثبات لمحاول استبيان كونر (الصور المدرسية والأسرية) بطريقة إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية	25
114	يمثل معاملات الثبات لاختبار الذكاء الغير لفظي (NNAT de Naglieri,1985) بطريقة إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية	26
114	يمثل معاملات الثبات لاختبار ستروب (Test de Stroop) بطريقة إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية	27
115	يمثل معاملات الثبات لاختبار تزاوج الأرقام بطريقة إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية	28
116	يمثل معاملات الثبات لاختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images) بطريقة إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية	29
127	يلخص مكونات البرنامج العلاجي: الأبعاد والجلسات	30
130	يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على اختبار ستروب (Test de stroop)	31
131	يمثل الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على اختبار تزاوج الأرقام	32
132	يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)	33

135	يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على اختبار ستروب (Test de stroop)	34
136	يمثل الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على اختبار تزاوج الأرقام.	35
138	يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)	36
140	يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على اختبار ستروب (Test de stroop)	37
141	يمثل الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على اختبار تزاوج الأرقام	38
143	يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)	39
145	يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على اختبار ستروب (Test de stroop)	40
146	يمثل الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على اختبار تزاوج الأرقام	41
147	يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)	42

فهرس الأشكال:

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
01	يمثل الأنواع الفرعية لاضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة	63
02	يمثل خطوات تشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة في البحث الحالي	65
03	يصف أسباب قصور الانتباه وفرط الحركة	69
04	يمثل كيفية حساب وتصحيح درجات اختبار الذكاء الغير لفظي NNAT	99
05	يمثل إجراءات تقويم برنامج الدراسة المقترح	125

فهرس الملحق:

الملحق رقم	العنوان	الصفحة
01	برنامج علاجي مقترح لخفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية	166
02	استمارة استطلاع آراء المحكمين على البرنامج العلاجي المقترح	215
03	أسماء لجنة التحكيم ومؤسسة انتمائهم	219
04	بعض أنشطة البرنامج	221
05	استبيان كونر - الصورة الأسرية -	231
06	استبيان كونر - الصورة المدرسية -	235
07	استمارة استطلاع آراء المحكمين حول ترجمة اللغوية لاستبيان كونر - الصورة الأسرية والمدرسية)	238
08	جدول درجة السلم على اختبار الذكاء NNAT	247
09	جدول درجة الذكاء على اختبار الذكاء NNAT	249
10	بطاقات اختبار ستروب Test de Stroop	256
11	دفتر تنقيط اختبار ستروب Test de Stroop	260
12	الجدول المعيارية لاختبار Test de Stroop	266
13	اختبار تزاوج الأرقام	273
14	بطاقات اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images	276
15	بطاقة تنقيط اختبار Test d'appariement d'images	288
16	الجدول المعيارية للاختبار Test d'appariement d'images	290
17	نسخة لتسريح إجراء تريض ميداني	294

مقدمة:

تعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو عند الإنسان، حيث تعتبر ركيزة للمراحل النمائية اللاحقة مما يجعل قضية إعداد الطفل صحيا من أهم القضايا التي تشغل بال الباحثين المعاصرين. ويعتبر أي نقص أو خلل يصيب هذه المرحلة الحساسة من النمو بداية لتوقع إخفاق مستديم في المسار الحياتي للفرد، فأطفال اليوم هم شباب الغد ورجال المستقبل فإذا أعددناهم بالتربية الصحيحة وفي سلامة الصحية أعددنا جيل قويا وسليما باستطاعته رفع راية الشعوب والأمم، ولذا وجب الاهتمام بالأطفال في المراحل الأولى من الحياة والسعي للوصول بهم إلى تحقيق نمو سليم ومتكامل من خلال الكشف عن المعوقات والمشاكل التي تصيبهم والتعرف على أسبابها ومن ثم تقديم حلول لها.

تعتبر مشكلة قصور الانتباه وفرط الحركة من أبرز المشكلات التي تظهر في المراحل الأولى من النمو، التي تصيب الجهاز العصبي وتعيق عملية التعلم بصفة عامة والحياة الاجتماعية بصفة خاصة (Jagatheesan Alagesan, 2011) ومن مظاهر هذا الاضطراب النمائي العجز في تركيز الانتباه، زيادة النشاط أو الحركة بصورة شاذة بدون أهداف، مما ينجر عنه اضطرابات انفعالية واجتماعية ومشكلات تعليمية تحد من قدرات الطفل. تشير (فائقة محمد بدر وآخرون، 1999، ص9) على أن "الغالبية العظمى من الآباء والمعلمين إما أن ليست لديهم معلومات عن هذا الاضطراب وأن معلوماتهم غير كافية، ولذلك فإنهم يصفون الأطفال المصابين بهذا الاضطراب بأنهم عدوانيون ومعاندون ومشاكسون وكثيرو الحركة، أو أنهم لديهم صعوبات تعلم أو تأخر دراسي" إلا أن الدراسات الوبائية الحديثة في الطب النفسي تقدر أن قصور الانتباه وفرط الحركة يصيب نسبة تصل إلى 10% تقريبا من أطفال العالم، وما يزيد من الاهتمام بهذا الاضطراب معدل انتشاره بين الأطفال في عمر المدرسة بنسبة تتراوح من 3% إلى 7% (American psychiatric Association. 2000).

فالتحدي والمشكلة التي تقابل القائمون على العملية التربوية على حد قول (ابراهيم امينة شلبي، 2009، ص209) هو كيف يتم ضبط سلوك الطفل. لقد توالى محاولات المعلمين والآباء على إيجاد طرق مثلى للتعامل مع الطفل في ظل هذا الاضطراب غير انه في الأخير وقفوا عاجزين أمام ثبات أعراضه.

وبالنظر إلى الدراسات النفسية التي اهتمت بعلاج الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة ضمن الثقافات المختلفة العربية منها أو أجنبية نجد أنها اتخذت منحنيين، احدهما ركز على تقديم تكفل للطفل داخل البيئة الأسرية من خلال تقديم إرشاد أسري للوالدين عن كيفية التعامل مع السلوك المشكل وتدريبهم على الطرق الصحيحة للتفاعل الاجتماعي الصحيح والآخر بتقديم تكفل للأعراض الاضطراب التي تظهر على الطفل داخل البيئة المدرسية فقط من خلال مناهج تربوية خاصة، حيث قدمت هذه العلاجات في معزل عن بعضهما البعض ودون

النظر إلى أهمية التكامل بين البيئة الأسرية والمدرسة لإحداث علاج شامل في ضل احتياجات الأطفال ومستويات القصور لديهم. إن القارئ في أدبيات التراث السيكلوجي يرى أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يكونون كثيري الحركة باستمرار ويتحدثون بإفراط، ويقفزون من نشاط إلى آخر دون تكلمة أي من الأنشطة ولديهم قصور في التناسق الحركي، وغالبا ما يكونون متقلبي المزاج متململين ويعانون من تشتت وصعوبة التركيز في المهام، ويفشلون في انجاز الأعمال المدرسية (هشام احمد غراب، 2010) وكذلك من الملاحظ أن هذا الاضطراب هو اضطراب نمائي يؤثر سلبا على نواحي الفرد ككل، إذ يؤثر فرط الحركة كعرض خصيصا على نواحي الضبط والانتباه وان الانتباه كعملية معرفية أولية تعتبر على حد قول (فائقة محمد بدر وآخرون، 1999، ص15) من "أهم العمليات العقلية التي تلعب دورا هام في النمو المعرفي لدى الفرد حيث انه يستطيع من خلالها أن ينتقي المنبهات الحسية المختلفة التي تساعده على اكتساب المهارات وتكوين العادات السلوكية الصحيحة بما يحقق له التكيف مع البيئة المحيطة به"

ولذا فانه من الضروري توجيه العلاجات إلى مراعاة جوانب النمو المختلفة للأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة، وفي هذا السياق يؤكد (عبد الكريم احمد حمزة، 2008) على أهمية اختيار الأسلوب العلاجي المناسب والذي يجب أن يكون شامل لجوانب الطفل الحسية، الحركية، المعرفية، الانفعالية، الاجتماعية، الجمالية والأخلاقية والذي لا ينبغي أن يكون أشبه بسجن علاجي، إذ لا بد أن يحتوي على أنشطة تتنوع بين تدريبات حسية حركية وفي نشاط جماعي، في تجريب اللعب، في الحوار، في المدح، في اللهو، في تذوق.

لعل اللعب من الأنشطة الفطرية والمحبة من قبل الأطفال، يمارسونها بأشكال مختلفة منذ بداية ولادتهم دون ملل في جو مليء بالمتعة والسعادة، فهو نشاط على حد قول (أمجد أبوجدي، 2010، ص103) يساهم في تسهيل عملية نمو الطفل ويؤدي أهدافا تشخيصية وعلاجية في نفس الوقت، وذلك من خلال ما يتصف به اللعب من قدرة على خلق تواصل بين الطفل ومحيطه المادي والاجتماعي إلى جانب إتاحة الفرصة أمام الطفل لاكتساب خبرات، ومهارات جديدة من خلال عمليات الاكتشاف، والاستطلاع، والتخيل، وحل المشكلات، كما يساهم في إعادة تشكيل الخبرات والتجارب الانفعالية، وتنمية قدراته وإتاحة المجال أمامه لتقدير، وتأكيد، وتحقيق ذاته بصورة معتدلة.

تتفق معظم نتائج دراسات العلمية الحديثة على التأثير الايجابي للعب والإسهامات الكبيرة له في تحقيق النمو الشامل للطفل وعلى ضوء هذه الدراسات يتضح أن للعب دور حيوي وفعالا في: إكساب الأطفال المهارات الجسمية والحركية وهو ما أكدته دراسة كل من (رزان سامي عويس، 2005) و(مازن عبد الهادي احمد وآخرون، 2006)، كذلك في تنمية المهارات الأكاديمية وهو ما توصلت إليه دراسة كل من (مازن عبد الهادي احمد، 2006)، (قاسم

البري،2011)، (فاتن إبراهيم سلوت، 2010) و (Azar Validi Pak et all,2014)، أيضا في تحقيق التكيف الاجتماعي والانفعالي للطفل وهو ما أشارت إليه نتائج دراسة كل من (Niloufar Jafari et all,2011) و (Ahmadi Nasab Maryam,2014)، بالإضافة إلى تحسين قدرة الانتباه لدى الأطفال المتأخرين دراسيا (سهير محمد على معروف،2008)، وكذلك خفض السلوك العدواني وهو ما أكدته دراسة (سعد بن عبد الرحمن سعد الشهري،2007).

وهكذا تتضح حاجة الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة أيضا إلى اهتمام ورعاية من خلال إعداد وتخطيط برامج علاجية متخصصة متكاملة تتناسب قدراتهم وإمكانياتهم لخفض الاندفاعية وفرط الحركة وتساعدهم على التركيز والحد من السلوكيات العشوائية وتوجيه النشاط بهدف تحقيق قدر مناسب من التكيف الذاتي والاجتماعي ولهذا فقد حاولت هذه الدراسة تناول موضوع مدى فاعلية العلاج باللعب في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية كمساهمة من الباحث لإثراء هذا المجال. وعليه تنقسم هذه الدراسة إلى خمسة فصول كمايلي:

الفصل الأول: يعتبر مدخلا إلى الدراسة حيث تطرقنا فيه إلى مشكلة الدراسة وتساؤلاتها، ثم أهمية الدراسة وأهدافها، بالإضافة إلى تحديد مصطلحات الدراسة وفي الأخير عرضنا بحوث ودراسات سابقة ذات صلة بالموضوع الحالي، وكذا الفرضيات المعتمدة الدراسة.

إلى جانب هذا الفصل خصصنا فصلين نظريين (الفصل الثاني والثالث) تطرقنا فيهما إلى التراث الأدبي لمتغيرات الدراسة.

الفصل الثاني: يشمل هذا الفصل على عرض لمحة تاريخية لاضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة وبعض التعاريف التي عرف بها، أيضا أعراض الاضطراب وأهم طرق تشخيصه، وفي الأخير تناولنا أسباب الاضطراب ونسب انتشاره.

الفصل الثالث: خصصنا في الجزء الأول من هذا الفصل على عرض بعض التدخلات العلاجية المستعملة مع فئة الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة كالعلاج بالتغذية، العلاج الطبي، العلاجات النفسية، العلاج الأسري والعلاج السلوكي أما في الجزء الثاني منه فخصصناه إلى تقنية العلاج باللعب وأهم المجالات التي تستعمل فيها وأهم طرقها.

الفصل الرابع: تضمن هذا الفصل وصف مفصل لمنهج الدراسة وخطواتها الإجرائية، مواصفات عينة الدراسة وطريقة اختيارها، الأدوات المستعملة في الدراسة مصحوبة بدلالات صدقها وثباتها وخاصة البرنامج العلاجي

المقترح في الدراسة لخفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وأخيرا تحديد أساليب المعالجة الإحصائية لنتائج الدراسة.

الفصل الخامس: يحتوي على عرض ومناقشة مفصلة لما توصلت له الدراسة من نتائج، مما يساعد في التحقق من مدى فاعلية البرنامج المقترح في الدراسة. ويختتم عرض النتائج بخلاصة عامة للنتائج التي أسفرت عنها الدراسة وبعض البحوث المقترحة. وبالإضافة إلى الفصول الخمسة تعرض مراجع الدراسة وملاحقه

الفصل الأول:

مدخل إلى الدراسة

تمهيد

1-1- اشكالية الدراسة

1-2- أهمية الدراسة

1-3- أهداف الدراسة

1-4- مصطلحات الدراسة

1-5- البحوث والدراسات السابقة

1-5-1- بحوث ودراسات في مجال العلاج باللعب

تعقيب على الدراسات التي تناولت البحث في مجال العلاج باللعب

1-5-2- بحوث ودراسات في مجال علاج قصور الانتباه وفرط الحركة

تعقيب على الدراسات التي تناولت البحث في مجال علاج قصور الانتباه وفرط الحركة

1-5-3- تعقيب عام على الدراسات السابقة

1-5-4- إفادة الباحث من الدراسات السابقة

1-6- فرضيات الدراسة

1-1- إشكالية الدراسة:

بنيت أسس الدراسة الحالية في ضوء الدراسات السابقة، التي كشفت عن الآثار السلبية المترتبة عن اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة على نمو الفرد وعلى صحته النفسية والجسمية من جهة، والتي أبرزت من جهة أخرى خطورة امتداد تأثيراته إلى مستويات أخرى كانخفاض في تقدير ذات، ضعف في الأداء المدرسي، سلوكيات لا اجتماعية، انحراف، إدمان. وهو ما أشارت إليه دراسة كل من (Josée Juneau, 2005) (Patrick Berquin, 2005) (Olivier Revol et al, 2002) (Michel et al, 2004) (Clémence Guilé et al, 2011) (Vallée Louis, 2005) (Laurent Victoor, 2006) (Prayez et al, 2014) (Habib, 2011) (Roger Misès, 2012, p57) (Berkouche Faiza, 2014).

تشير الجمعية الأمريكية للطب العقلي "APA" في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع المنقح (DSM4-R, 2000) إلى ارتفاع كبير في عدد الأطفال المصابين بهذا الاضطراب مقارنة بما كان موجود في إحصائيات الطبعة السابقة منه (DSM3-R, 1987) بنسبة تتراوح بين 3 و 7 ٪ (APA, 2000, p 138).

كما اعتبرت الدراسات الحديثة (Laurent Victoor, 2006, pp496-497) (Michel Habib, 2011, p27) (Francine Lussier, 2014, p39) (Baylé, 2010, p401) قصور الانتباه وفرط الحركة الاضطراب النمائي الأكثر تواترا لدى الأطفال في سن التمدرس، حيث أكدت عدة دراسات النسب المرتفعة له والتي تراوحت بالولايات المتحدة الأمريكية على حد دراسة (Beiderman et Faraone, 2005) بين 3 إلى 7 ٪ (Michel Bader, 2012, p153) وفي كندا بين 3 إلى 5 ٪ (Noura abdel shahid, 2008, p31) وفي المملكة العربية السعودية بين 15 و 16 ٪ (بن عربة زكية، 2010، ص37) (ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005، ص54) وفي الرياض 12.6 ٪ (هاندي بنت محمد إسماعيل عفاشة، 2008، ص43) وفي مصر 6,2 ٪ (أمل كرم خليفة، 2009، ص2547) وفي تونس 9,94 ٪ (Khaoula Khemakhem et al, 2015, p306) وهي كلها نسب في معظمها تجاوزت ما هو موجود في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع المنقح (DSM4-R).

على الرغم من النسب المتزايدة للاضطراب وخطورة تأثيراته السلبية على الفرد والمجتمع، بقي قصور الانتباه وفرط الحركة على حد قول (فتحي الزيات، 2003) لم يحظ حتى الآن بالقدر الكافي من اهتمام الدراسات والبحوث خاصة في المواقف الدراسية. (علا محمد زكي الطيباني وآخرون، 2013)

ويرى (Purper-Ouakil D et al, 2006) نقلا عن (Khaoula Khemakhem et al, 2015, p306) أن التشخيص المبكر للقصور الانتباه وفرط الحركة لدى الطفل مرحلة مهمة جدا تساعد بنسبة كبيرة نجاح الخطط

العلاجية. من هنا تبرز حاجة هؤلاء الأطفال إلى البرامج الوقائية التي تهدف إلى علاج مشكلاتهم السلوكية وتنمية قدراتهم المعرفية في الوقت المناسب والتي تساعدهم على التكيف مع الوسط العائلي، المدرسي والاجتماعي. ويدعم هذا الاتجاه ما أوصت به وما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات على سبيل المثال لا الحصر: (J.Marquet-Doléac et all,2006) (S.Janatian et all,2009) (هنادي محمد إسماعيل عفاشة، 2008) (هشام احمد غراب، 2010) (J.Chagneau et R.Soppelsa,2010) (Marie-Claude Guay et all,2011) (Martine Verreault et all,2014) (محفوظة بنت سالم بن ناصر اليعمدي، 2014) لذا تحاول الدراسة إعداد برنامج علاجي قائم على اللعب لخفض الأعراض السلبية لقصور الانتباه وفرط الحركة لدى عينة من أطفال المدارس الابتدائية لكي تستطيع هذه الفئة أن تندمج في المحيط المدرسي والاجتماعي وتتوافق معه بصورة ايجابية.

وتتبلور مشكلة الدراسة الحالية في حاجة الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة إلى علاج مبكر يساعدهم في إعادة التكيف ويحد من تفاقم الأعراض مستقبلا، وذلك بتصميم برنامج علاجي قائم على اللعب والتحقق من فاعليته في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة على أسس علمية منهجية تلائم قدراتهم وإمكانياتهم تناسب خصائصهم وان يتم تعليمها وفق المناهج والأطر العلمية والمنهجية.

ويتطلب ذلك الإجابة على السؤال التالي:

ما مدى فاعلية البرنامج المقترح القائم على أساس العلاج باللعب في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال المتمدرسين بالمرحلة الابتدائية؟

ويتفرع عن هذا السؤال تساؤلات فرعية هي كآلاتي:

1- هل توجد فروق بين درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج المقترح

في القياس البعدي؟

2- هل توجد فروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج المقترح في القياسين القبلي

والبعدي؟

3- هل توجد فروق بين درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي؟

4- هل توجد فروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي بعد (02) شهرين

من المتابعة؟

1-2- أهمية الدراسة:

تعتبر مرحلة التمدرس من مراحل النمو الحساسة لدى الإنسان، وهي مرحلة يكثر فيها حدوث بعض الاضطرابات ولا سيما اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة والذي يظهر بنسب انتشار مرتفعة وعلى الرغم من هذا بقي قصور الانتباه وفرط الحركة على حد قول الدراسات لم يحظ حتى الآن بالقدر الكافي من اهتمام الدراسات والبحوث النفسية خاصة في المواقف الدراسية مما يسجل نقص لدى الأولياء والمعلمين في إيجاد طرق مثلى للتعامل مع هذا الاضطراب.

لذا تتجلى أهمية الدراسة في التدخل المبكر باستخدام اللعب كعلاج من خلال إلقائها الضوء على فئة من الأطفال الذين قد يسبب لهم اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة على حد قول العديد من الدراسات أضرار نمائية قد تمتد تأثيراتها إلى مستويات عدة كانهخفاض في تقدير ذات، ضعف في الأداء المدرسي، سلوكيات لا اجتماعية، انحراف، إدمان.

يعد اللعب من بين التدخلات المحببة لدى الأطفال حيث يتضمن اللعب قدرة على خلق تواصل جيد بين الطفل ومحيطه المادي والاجتماعي، إلى جانب هذا يتيح اللعب للطفل فرصة لتصريف طاقته الزائدة وينمي مهاراته المعرفية ويكسبه خبرات ومهارات جديدة باستعمال عمليات الاستكشاف والاستطلاع والتخيل وحل المشكلات. ورغم من هذا سجلت الدراسة نقص في البحوث والدراسات العربية عامة والجزائر خاصة التي وظفت طرق علاجية مستمدة من بيئة الطفل النمائية والثقافية والاجتماعية في علاج اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال المتمدرسين.

لذا تعتبر هذه الدراسة من جهة كدليل للأولياء وللقائمين على العملية التربوية من معلمين وأخصائيين في كيفية التعامل الصحيح مع فئة أطفال قصور الانتباه وفرط الحركة من خلال إعداد برنامج علاجي مستمد من بيئة الطفل قابل للتطبيق يتضمن أساليب وفنيات علمية تسهم فعلا في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة. ومن جهة أخرى كمرجع للباحثين المهتمين بتطوير البرامج العلاجية لدى فئة أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.

1-3- أهداف الدراسة:

الهدف العام للدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية العلاج باللعب في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

الأهداف الفرعية:

- 1- التوصل لتصميم برنامج علاجي لخفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بما يتضمنه ذلك من تحديد للأهداف الإجرائية والأنشطة المتضمنة والزمن اللازم للتطبيق بالإضافة إلى تحديد طرق تقويمه.
- 2- التحقق من أثر البرنامج المقترح في تحقيق الهدف منه وهو تنمية بعض المهارات المعرفية من انتباه سمعي وبصري وتعديل السلوكات الاندفاعية الحركية منها والمعرفية وإكسابهم مهارات الاسترخاء والضبط الذاتي والوصول بهم إلى مستوى سلوكي مناسب للتوافق مع ما يصادفهم من صعوبات أكاديمية واجتماعية.
- 3- تقديم البرنامج العلاجي كنموذج يمكن من خلاله إعداد برامج مماثلة لعلاج اضطرابات نمائية أخرى لدى أطفال المتدربين.

1-4- مصطلحات الدراسة:

فاعلية: يقصد بها مدى تحقق برنامج الدراسة المقترح لأهدافه ويتم التحقق من هذا الأثر إحصائياً.

العلاج باللعب: يقصد بالعلاج باللعب في هذه الدراسة بأنه خطة علاجية محددة تشمل مجموعة من الأنشطة: نشاط الاسترخاء، نشاط ضبط الذات، اللعب الحركي، اللعب المعرفي، اللعب الترفيهي، وهي أنشطة متكاملة وموحدة الأهداف حيث تهدف إلى تحسين درجة الانتباه لدى الأطفال الذين اعد البرنامج من اجلهم من خلال التدريب على التركيز والانتباه والتروي وعدم الاندفاع مع مختلف المثيرات بالإضافة إلى خفض السلوك الغير المرغوب فيه (الحركة الزائدة) وتعويضه بسلوك جديد (الاسترخاء) وتشمل هذه الخطة أسلوب التنفيذ وأدوات التقييم والمدة الزمنية اللازمة للتطبيق.

قصور الانتباه وفرط الحركة: إحدى المتلازمات الفردية التي تعرف وفق المواقف المعرفية والسلوكية من؛ قصور في الانتباه، اندفاعية وفرط في الحركة والتي تظهر في بيئتين مختلفتين لمدة تفوق 6 أشهر بدرجة غير مناسبة إذا ما تمت مقارنتها بالعمر الزمني للفرد ونموه العقلي، تظهر هذه المتلازمة لدى الفرد قبل السن السابعة، كما أن نشأتها غير مرتبطة بإصابات عضوية أو اضطرابات نمائية شاملة، مرض نفسي أو عقلي.

1-5-بحوث ودراسات سابقة:

سيتم عرض في هذا العنصر الدراسات السابقة التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالموضوع، والتي تم تقسيمها إلى محورين:

المحور الأول: دراسات تناولت بحوث في مجال العلاج باللعب، وبلغ عدد دراسات هذا المحور (15) وتراوحت بين عامي (2001-2014).

المحور الثاني: دراسات تناولت بحوث في مجال علاج قصور الانتباه وفرط الحركة، وبلغ عدد دراسات هذا المحور (31) وتراوحت بين عامي (1998-2015).

وسوف تعرض هذه الدراسات من الأقدم إلى الأحدث تبعا لترتيبها في كل محور من المحاور.

1-5-1 بحوث ودراسات في مجال العلاج باللعب:

1-دراسة (خالد عبد الرزاق السيد، 2001):

عنوان الدراسة: استخدام أنواع مختلفة من اللعب في تعديل بعض اضطراب السلوك لدى طفل الروضة.

هدف الدراسة: التحقق من فاعلية استخدام أنواع مختلفة من اللعب (اللعب الحر، اللعب الجماعي التعاوني، اللعب الجماعي التنافسي) في تعديل اضطرابات السلوك لدى عينة من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

عينة الدراسة: تكونت من (30) طفلا (18 ذكور-12 إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (5-6) سنوات، ملتحقين بالسنة الثانية من مرحلة رياض الأطفال تم تقسمتهم عشوائيا إلى ثلاث مجموعات كما يلي:

- المجموعة الأولى تتكون من (10) أطفال (6 ذكور-4 إناث) استخدم الباحث معهم اللعب الحر.
- المجموعة الثانية تتكون من (10) أطفال (6 ذكور-4 إناث) استخدم الباحث معهم اللعب الجماعي التعاوني.
- المجموعة الثالثة تتكون من (10) أطفال (6 ذكور-4 إناث) استخدم الباحث معهم اللعب الفردي التنافسي.

أدوات الدراسة: اختبار رسم الرجل، قائمة سلوك طفل ما قبل المدرسة (McGuire et al, 1998)، مجموعة من أدوات اللعب "الخاصة باللعب الحر والألعاب الجماعية التعاونية والتنافسية الفردية".

نتائج الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجات أطفال الروضة على مقياس اضطراب السلوك بعد استخدام اللعب الحر لصالح القياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجات أطفال الروضة على مقياس اضطراب السلوك بعد استخدام اللعب الجماعي التعاوني لصالح القياس البعدي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجات أطفال الروضة على مقياس اضطراب السلوك بعد استخدام اللعب الفردي التنافسي لصالح القياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أطفال الروضة في القياس البعدي بالنسبة لكل من مجموعة اللعب الحر، مجموعة اللعب الجماعي التعاوني، مجموعة اللعب الفردي التنافسي على مقياس اضطرابات السلوك. وبناء عليه فإن اللعب يعتبر ذو فاعلية في تعديل سلوك أطفال الروضة.

2-دراسة (رزان سامي عويس وآخرون، 2005):

- عنوان الدراسة:** فاعلية اللعب في إكساب أطفال الروضة مجموعة من المهارات الرياضية.
- هدف الدراسة:** اختبار اللعب بوصفه طريقة تعليمية-تعليمية من أجل إكساب أطفال الروضة مجموعة من المفاهيم الرياضية.
- عينة الدراسة:** لتحقيق هذا الهدف تم تجريب هذه الطريقة على مجموعة من أطفال الروضة الفئة الثالثة تراوح أعمارهم بين 5 و 6 سنوات، إذ بلغت عينة البحث (128) طفلاً وطفلة في رياض مدينة دمشق.
- نتائج الدراسة:**

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية للمجموعة الشبه تجريبية والضابطة في المفاهيم الرياضية في التطبيق البعدي للاختبار وذلك لصالح المجموعة شبه التجريبية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات إناث المجموعة شبه التجريبية وذكور المجموعة نفسها في المفاهيم الرياضية في التطبيق البعدي.
- تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج باقي الدراسات الأخرى في أهمية اللعب ودوره في إكساب الأطفال العديد من المهارات والخبرات المختلفة.

3-دراسة (مازن عبد الهادي احمد وآخرون، 2006):

- عنوان الدراسة:** استخدام اللعب كوسيلة لمعالجة بعض صعوبات التعلم لدى الأطفال بعمر 9 سنوات.
- هدف الدراسة:** التعرف على أثر استخدام اللعب الحركي في معالجة صعوبات التأخر الحس الحركي وصعوبات التوازن الحركي العام.
- عينة الدراسة:** اشتملت العينة على (12) تلميذ تم اختيارهم بطريقة عمدية من المدارس الابتدائية ممن يعانون من صعوبات التعلم. تم تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة الأولى (6) تلاميذ يعانون من صعوبات التأخر الحسي حركي ومجموعة ثانية تضم (6) أطفال لصعوبات التوازن الحركي العام.
- أدوات الدراسة:** اختبار المشي على اللوحة، اختبار إبقاء البالونات في الهواء باستمرار.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى أن استخدام أسلوب اللعب ساهم بشكل فعال في معالجة وتخفيف من صعوبات التآزر الحسي الحركي والتوازن الحركي العام. يمكن تلخيص أهم النتائج فيما يلي:

- توجد فروق معنوية بين القياس القبلي والبعدي لمجموعة (التآزر الحسي-حركي) ومجموعة (صعوبات التوازن الحركي العام) على اختبار المشي على اللوح ولصالح الاختبار البعدي ولكلا المجموعتين.
- توجد فروق معنوية بين القياس القبلي والبعدي لمجموعة (التآزر الحسي-حركي) ومجموعة (صعوبات التوازن الحركي العام) على اختبار البالونات الهوائية ولصالح الاختبار البعدي ولكلا المجموعتين.
- توجد فروق معنوية بين المجموعتين (التآزر الحسي-حركي) ومجموعة (صعوبات التوازن الحركي العام) ولصالح مجموعة التآزر الحسي-حركي في الاختبارات البعدية ولكلا الاختبارين.
- حققت مجموعة (التآزر الحسي-حركي) نسبة تطور للينة بلغت (25.49%) في اختبار المشي على لوح وحققت نسبة تطور بلغت (44.37%) في اختبار البالونات الهوائية.
- حققت مجموعة (صعوبات التوازن الحركي العام) نسبة تطور للينة بلغت (17.70%) في اختبار المشي على لوح وحققت نسبة تطور بلغت (37.09%) في اختبار البالونات الهوائية.

4-دراسة (سعد بن عبد الرحمن سعد الشهري، 2007):

عنوان الدراسة: أثر برنامج تدريبي قائم على اللعب بالتشكيل في خفض السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا.

هدف الدراسة: استخدام برنامج قائم على اللعب بالتشكيل واختبار فاعليته في خفض السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا من الدرجة المتوسطة.

عينة الدراسة: اشتملت على (13) طفلا ممن لديهم تخلف عقلي ذو درجة متوسطة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة التجريبية تشمل على (6) أطفال ومجموعة ضابطة تشمل (7) أطفال.

أدوات الدراسة: مقياس السلوك العدواني للمتخلفين عقليا (إعداد ديبس 1990)، البرنامج التدريبي (إعداد الباحث) وذلك باستخدام المنهج التجريبي.

نتائج الدراسة:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات السلوك العدواني لأطفال المجموعة الضابطة وبين القياس القبلي والبعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات السلوك العدواني للمجموعتين التجريبية والضابطة وذلك بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح المجموعة التجريبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطات السلوك العدواني لأطفال المجموعة التجريبية ودرجات نفس المجموعة وذلك بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات السلوك العدواني لأطفال المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي.

5-دراسة (محمد جواد محمد الخطيب، 2007):

عنوان الدراسة: مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي لتخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الدنيا باستخدام أساليب اللعب (فن-درما).

هدف الدراسة: التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي تربوي نفسي لتخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الدنيا الصف الأول والثاني والثالث الابتدائي باستخدام أساليب اللعب (فن-درما) في مدارس وكالة الغوث الدولية.

عينة الدراسة: اشتملت العينة (2283) تلميذ (1121) وتلميذة (1162) تم اختيارهم من عشرة مدارس، خمسة من الذكور وخمسة من الإناث موزعين على الخمس مناطق رئيسية في قطاع غزة هي (رفح-خانينوس-المعسكرات الوسطى-غزة-جباليا).

أدوات الدراسة: طبق الباحث أداتين:

الأولى: قائمة المشكلات السلوكية (صفحة الملاحظة) مشتملة على 10 مشكلات سلوكية لكل مشكلة سلوكية ثلاث مظاهر بمجموع قدره (45) مظهر سلوكي وبدرجة قصوى (135) درجة.

الثانية: البرنامج الإرشادي التربوي النفسي حيث تركز فكرته حول إدخال العنصر الفني الترفيهي المنظم ضمن العملية التربوية، وذلك من خلال تقديم المادة العلمية للصف الأول والثاني والثالث ابتدائي باستخدام التقنيات الإرشادية الفنية والتربوية والنفسية كالدراما (التمثيل-الفن "الرسم") وقد بدأ تنفيذ البرنامج اعتباراً من شهر يناير وحتى مايو 1994.

نتائج الدراسة: أفادت النتائج بنجاعة البرنامج وقوة تأثيره في تخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الدنيا.

6-دراسة (سهير محمد علي معروف، 2008)

عنوان الدراسة: فعالية الألعاب التعليمية في تحسين الانتباه لدى الأطفال المتأخرين دراسياً.

هدف الدراسة: الكشف عن فعالية برنامج الألعاب التعليمية في تحسين درجة الانتباه للأطفال المتأخرين دراسياً ومعرفة مردود التحسن في درجة الانتباه على درجة التحصيل الدراسي في مادة الحساب لدى الأطفال المتأخرين دراسياً.

عينة الدراسة: اشتملت على (40) طفل وطفلة يعانون من تأخر في الحساب بعمر زمني يتراوح بين (9-11) سنة، اعتمد الباحثة في دراستها المنهج التجريبي مقسمة العينة بطريقة متجانسة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (20) ومجموعة ضابطة (20).

أدوات الدراسة:

- اختبار القدرات العقلية-مستوى 9-11 سنة (إعداد فاروق عبد الفتاح موسى، 2003).
- مقياس المستوى الثقافي للأسرة المصرية (لعبد الباسط متولى خضر، أمال محمود عبد المنعم، 2003).
- اختبارات تقيس الانتباه السمعي والبصري "تزاوج الأرقام-شطب الحروف" (السيد إبراهيم السمدوني، 1990).
- الاختبارات الشهرية في مادة الحساب (أعده وقيمه عدد من مدرسي وموجهي الحساب).
- بطاقة ملاحظة السلوك التحصيلي للأطفال كما يدركه المدرس (إعداد الباحثة).
- البرنامج التدريبي للألعاب التعليمية (إعداد الباحثة).

نتائج الدراسة:

- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة الانتباه قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي للألعاب التعليمية لصالح المجموعة التجريبية.
- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في درجة الانتباه قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي للألعاب التعليمية لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق بين متوسطي رتب درجات تلاميذ المجموعة التجريبية في درجة الانتباه بعد التطبيق مباشرة وبعد مرور شهرين من تطبيقه.
- لا توجد فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في درجة التأخر الدراسي في مادة الحساب (السلوك التحصيلي-الاختبار التحصيلي الشهري) وبعد تطبيق البرنامج التدريبي للألعاب التعليمية مباشرة وبعد مرور شهرين من تطبيقه.
- يوجد تأثير دال إحصائي على درجة التأخر الدراسي في الحساب (السلوك التحصيلي-الاختبار التحصيلي الشهري) لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج الألعاب التعليمية لصالح القياس البعدي.

7-دراسة (محمد احمد محمود خطاب، 2009):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة: معرفة أثر العلاج باللعب في خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى فئة التوحديين.

عينة الدراسة: اشتملت العينة على (20) طفلا ممن لديهم أعراض توحد مقسمين بالتساوي (10) أطفال للمجموعة التجريبية و(10) البقية كمجموعة ضابطة.

أدوات الدراسة:

- مقياس الاضطرابات السلوكية (إعداد الباحث).
- قائمة تشخيص الطفل التوحدي المستوحاة من DSM-4 (إعداد وترجمة ماجدة السيد عمارة).
- البرنامج العلاجي باللعب (إعداد الباحث).
- استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحث).
- استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة (إعداد الباحث).

نتائج الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي من حيث تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية.
- توجد فروق لصالح التطبيق التالي لفترة المتابعة (2) لمقياس الاضطراب السلوكية لصالح القياس البعدي لمتابعة (2) وذلك بالنسبة للمجموعة التجريبية.
- أما بالنسبة لنتائج دراسة الحالة تبين أن هؤلاء الأطفال لا يعانون من أي إعاقات حسية مثل الصمم أو كف البصر كما أنهم لم يتلقوا أي برنامج علاجية سلوكية للتخفيف من حدة مشكلاتهم السلوكية، كما تبين أن آباء وأمهات هؤلاء الأطفال لم يفعلوا أي محاولات للحد من هذه السلوكيات الغير المرغوبة بل ساعدوا في زيادة حدتها بالانفعال تارة والتلبية لاحتياجاتهم تارة أخرى.
- كما أسفرت نتائج التحليل الإكلينيكي لجلسات البرنامج العلاجي باللعب مجموعة من الحقائق منها:
 - أن العلاج باللعب شانه في ذلك شأن معظم أساليب العلاج النفسي يتناول الشخصية ككل ويؤثر عليها بشكل عام.
 - كما ثبت أن تدريبات التنفس والحواس أدت إلى اكتساب الأطفال التوحديين الثقة بأنفسهم والتخلص من مشاعر الخوف والإحجام.
 - كما ثبت أيضا أن للألعاب الحركية والحسية قدرة هائلة في مساعدة الأطفال التوحديين على زيادة قدرتهم على التعامل السليم مع المكان الذي يتواجدون فيه كما زادت من قدراتهم على الانتباه والتواصل مع الآخرين بشكل

فعال والاندماج معهم في كافة الأنشطة المشتركة وهذا بدوره ساعد على الإقلال من حدة الاضطرابات السلوكية بشكل فعال ومؤثر.

8- دراسة (فاتن إبراهيم سلوت، 2010):

عنوان الدراسة: أثر توظيف الألعاب التعليمية في التمييز بين الحروف المتشابهة شكلا المختلفة نطقا لدى تلامذة الصف الثاني أساسي.

هدف الدراسة: هدفت إلى الكشف عن أثر توظيف الألعاب التعليمية في التمييز بين الحروف المتشابهة شكلا المختلفة نطقا لدى تلامذة الصف الثاني الأساسي.

عينة الدراسة: اشتملت العينة على (80) تلميذا وتلميذة ينتمون إلى الصف الثاني الأساسي للعام الدراسي (2010-2011) من مجتمع قوامه (240)، قسموا إلى عينتين تجريبيتين وعينتين ضابطتين، إحداهما للتلاميذ في مدرسة شهداء غزة للبنين (20) تلميذا عينة تجريبية و (20) تلميذ عينة ضابطة، والأخرى للتلميذات في مدرسة فهد الأحمد صباح للبنات (20) تلميذة عينة تجريبية و (20) تلميذة عينة ضابطة.

أدوات الدراسة: الاختبار التشخيصي للتمييز بين الحروف، البرنامج التعليمي ودليل يرشد المعلم عن كيفية تطبيق الدروس بأسلوب الألعاب التعليمية.

نتائج الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسطات درجات تلامذة المجموعة التجريبية والضابطة على اختبار التمييز بين الحروف المتشابهة شكلا المختلفة نطقا بعد تطبيق البرنامج.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسطات درجات تلاميذ المجموعة التجريبية وتلاميذ المجموعة الضابطة على اختبار التمييز بين الحروف المتشابهة شكلا المختلفة نطقا.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسطات درجات تلميذات المجموعة التجريبية وتلميذات المجموعة الضابطة على اختبار التمييز بين الحروف المتشابهة شكلا المختلفة نطقا.

9- دراسة (محمد احمد محمود خطاب، 2010):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج علاجي باللعب في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال المتأخرين عقليا.

هدف الدراسة: التعرف على أساليب التنشئة التي يتبعها الوالدان مع أطفالهم وأثر ذلك على ظهور أعراض التوحد لدى الأبناء ثم يتبعه تدخل من جانب الباحث لتدريب الوالدين على إتباع أساليب التنشئة السليمة مع أبنائهم ومعرفة أثر هذا التدريب في خفض أعراض التوحد لدى هؤلاء الأطفال.

عينة الدراسة: اشتملت العينة على (20) طفلا ممن لديهم أعراض توحد.

أدوات الدراسة:

- اختبار أساليب المعاملة الوالدية إعداد (محمد التوني، 2003).
- قائمة تشخيص التوحد DSM-4 ترجمة وتقنين (ماجد السيد، 1999).
- استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (إعداد الباحث).

نتائج الدراسة: أسفرت النتائج إلى أن هناك علاقة بين الأساليب الوالدية الخاطئة وظهور أعراض التوحد لدى أبنائهم. كما أدى التدخل من قبل الباحث في مساعدة الآباء وتدريبهم على إحلال الأساليب المعاملة الوالدية الخاطئة بأخرى سليمة إلى خفض أعراض التوحد لدى أبنائهم.

10- دراسة (Niloufar Jafari et al, 2011):

عنوان الدراسة: أثر العلاج باللعب في خفض السلوكيات الغير توافقية لدى أطفال الروضة

هدف الدراسة: هدفت إلى دراسة فعالية اللعب في خفض جملة الاضطرابات السلوكية والمتمثلة في: اضطراب المعارضة (ODD)، العناد، العصيان وفرط الحركة لدى عينة من الأطفال الإيرانيين.

عينة الدراسة: اشتملت العينة على (40) طفل مشخصين على أن لديهم اضطرابات سلوكية، تم اختيارهم عشوائيا وتم تقسمتهم إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة وتجريبية.

أدوات الدراسة:

- Child Symptom Inventory Questionnaire (CSI-4).
- Self-Control Checklist.
- البرنامج العلاجي (15 جلسة بمدة 45 دقيقة للجلسة الواحدة)

نتائج الدراسة:

- وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في سلوك العصيان للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.
- وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في اضطراب المعارضة للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.
- وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في اضطراب النشاط الزائد للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

11- دراسة (سيرين ربيع البناء، 2013):

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج باللعب في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال المساء إليهم.

هدف الدراسة: هدفت إلى التحقق من فاعلية العلاج باللعب في خفض أعراض اضطراب ما قبل الصدمة لدى عينة من الأطفال المساء إليهم جنسيا.

عينة الدراسة: اشتملت العينة على (30) طفل من المساء إليهم جنسيا ممن يتراوح سنهم بين (6-12) سنة، تم اختيارهم من مؤسسة الحسين للخدمات الاجتماعية في الأردن ممن حصلوا على أعلى درجات على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (إعداد السنبراني، 2005). تم تقسمتهم بالتساوي إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، تكونت كل مجموعة من (15) طفلا منهم (8 ذكور، 7 إناث).

تلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامج العلاج النفسي القائم على اللعب، في حين تركت المجموعة الضابطة دون أي تدخل علاجي. وقد تكون البرنامج من (30) جلسة علاج نفسي باللعب (20) جلسة فردية، تتراوح مدة الجلسة بين (35-45) دقيقة و(10) جلسات جماعية مدة الجلسة من (60-90) دقيقة. احتوى البرنامج العلاجي على التقنيات العلاجية التالية: تقنية التعبير بالفن، تقنية الدمى المتحركة، تقنية رواية القصة وتقنية اللعب الجماعي.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات للمجموعتين (الضابطة والتجريبية) على الدرجة الكلية لكل من مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، مقياس القلق، مقياس الاكتئاب ومقياس تقدير الذات لصالح أفراد المجموعة التجريبية. من هنا تتضح فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض أعراض ما بعد الصدمة وكذلك فاعليته في التخفيف من أعراض الاضطرابات النفسية المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة مثل القلق والاكتئاب والتحسن الحاصل في تقدير الذات. (تحصل الباحث فقط على الملخص)

12- دراسة (Maryam Farahzadi et al, 2012):

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج الجشطالتي والعلاج باللعب السلوكي المعرفي في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب الجزئي.

هدف الدراسة: هدفت إلى دراسة فاعلية كل من العلاج الجشطالتي والعلاج باللعب السلوكي المعرفي في خفض سلوكيات الاكتئاب لدى عينة من الإناث المراهقات الإيرانيات.

عينة الدراسة: اشتملت العينة على (18) تلميذة بسن يتراوح من 10 إلى 12 سنة تم تقسمتهم بطريقة عشوائية إلى (3) مجموعات: الأولى ضابطة والثانية تتلقى برنامج العلاج الجشطالتي والثالثة تتلقى برنامج العلاج باللعب السلوكي المعرفي.

أدوات الدراسة:

- Child Symptoms Inventory (CSI-4).
- برنامج العلاج الجشطالتي (10 جلسات لمدة 10 دقائق للجلسة الواحدة).
- برنامج العلاج باللعب السلوكي المعرفي (10 جلسات لمدة 10 دقائق للجلسة الواحدة).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج في الأخير فاعلية كل من العلاج الجشطالتي والعلاج باللعب السلوكي المعرفي في خفض السلوكات المضطربة، حيث مكن العلاج الجشطالتي أفراد العينة من إيجاد طريقة مناسبة للتعبير عن مشاعرهم (كالخوف، الخجل والحزن) بحرية، مما ساعدهم على إيجاد طرق وسلوكات جديد للقضاء عليها. أما العلاج باللعب السلوكي المعرفي فمكن هؤلاء الأطفال من تغيير طريقة تفكيرهم السلبية للأشياء والأحداث ما جعلهم ايجابيين بعد الانتهاء من الحصص العلاجية.

13- دراسة (خميس بن خلفان بن حمدان الهنائي، 2013):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي جمعي باللعب لتنمية مفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الأبوين بسلطنة عمان.

هدف الدراسة: بناء برنامج إرشادي جمعي وتقصي فاعليته في تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الأبوين في سلطنة عمان.

عينة الدراسة: اشتملت العينة على (20) طفلا من مركز رعاية الطفولة في الخوض، ووزعوا بطريقة عشوائية إلى مجموعتين: تجريبية قوامها (10) أطفال ومجموعة ضابطة قوامها (10) أطفال.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مفهوم الذات لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على القياس البعدي والمتابعة، حيث لوحظ ارتفاع في درجات مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة وبعزا ذلك للبرنامج الإرشادي الجمعي الذي خضعت له المجموعة التجريبية، كما وجدت فروق بين الجنسين في مقياس مفهوم الذات البعدي وذلك في البعد الاجتماعي وفي الدرجة الكلية للمقياس لصالح الإناث، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تقديم البرنامج الإرشادي وبعد مرور فترة المتابعة على مقياس مفهوم الذات وأبعاده وهذا يدل على استمرارية بقاء اثر البرنامج الإرشادي.

14- دراسة (Ahmadi Nasab Maryam et all, 2014):

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج باللعب الجماعي باللعب السلوكي المعرفي في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفال المتدربين ذوي الاضطرابات سلوكية.

هدف الدراسة: دراسة أثر برنامج علاجي قائم على اللعب السلوكي المعرفي على تنمية قدرة الأطفال المضطربين سلوكيا على إقام صداقات والتواصل مع الآخرين بالإيجابية.

عينة الدراسة: اشتملت العينة (40) طفل ذو اضطرابات سلوكية ينتمون إلى الصف الخامس والسادس ابتدائي تم تقسمتهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة (20) طفل، تجريبية (20) طفل.

أدوات الدراسة:

- Child Symptom Inventory (CSI-4).

- مقياس التكيف الاجتماعي (California Personality Questionnaire).

- البرنامج العلاجي (12 حصص علاجية بمدة 45 دقيقة للحصة الواحدة).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية العلاج الجماعي باللعب السلوكي المعرفي في خفض الإجهاد السلبي لدى أفراد العينة وتنمية قدرتهم على التواصل وإقامة الصداقات مع الآخرين. كما أوصى الباحث في نتائجه بضرورة دراسة هذه التقنية مع المشكلات التواصلية مع فئات مختلفة من الأطفال المضطربين.

15- دراسة (Azar Validi Pak et all, 2014):

عنوان الدراسة: أثر العلاج باللعب على الأداء الكتابي لأطفال ذوي عسر الكتابة.

هدف الدراسة: هدفت إلى دراسة أثر العلاج باللعب في تحسين الأداء الكتابي لدى فئة الأطفال ذوي عسر الكتابة.

عينة الدراسة: اشتملت العينة على (30) تلميذ مشخصين على أن لديهم عسر الكتابة، تم تقسمتهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين: ضابطة (15) تلميذ وتجريبية (15) تلميذ.

أدوات الدراسة:

- اختبار وكسلر للذكاء.

- مقياس تقدير الأخطاء الإملائية للمركز صعوبات التعلم بمدينة مريوان Marivan الإيرانية.

- برنامج العلاج باللعب (14 حصة علاجية بمدة 40 دقيقة للحصة الواحدة).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج عن تحسن أداء الكتابة لدى العينة بانخفاض عدد الأخطاء وتحسن مستويات الانتباه والذاكرة قصيرة المدى وارتفاع مهارات التخطيط والإبداع. مما ساعدهم على كتابة الإملاء بطريقة صحيحة.

تعقيب على الدراسات التي تناولت البحث في العلاج باللعب:

اتفقت دراسات هذا المحور فيما توصلت إليه من نتائج من حيث التأثير الإيجابي لبرامج العلاج باللعب وذلك من خلال تحقيق مايلي:

- تعديل الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الروضة (خالد عبد الرزاق السيد، 2001).

- إكساب أطفال الروضة مجموعة من المهارات الرياضية (رزان سامي عويس، 2005).

- علاج صعوبات التآزر الحس الحركي وصعوبات التوازن الحركي العام لدى الأطفال ذو 9 سنوات (مازن عبد الهادي احمد وآخرون، 2006).

- خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا (سعد بن عبد الرحمن سعد الشهري، 2007).

- تخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية (محمد جواد محمد الخطيب، 2007).
 - تحسين الانتباه لدى الأطفال المتأخرين دراسيا (سهير محمد علي معروف، 2008).
 - خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى فئة التوحديين (محمد احمد محمود خطاب، 2009) (محمد احمد محمود خطاب، 2010).
 - التمييز بين الحروف المتشابهة شكلا المختلفة نطقا لدى الأطفال المتدربين (فاتن إبراهيم سلوت، 2010).
 - خفض السلوكيات الغير توافقية لدى أطفال الروضة (Niloufar Jafari et all, 2011).
 - خفض أعراض اضطراب ما قبل الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم جنسيا (سيرين ربيع البناء، 2013).
 - خفض أعراض اضطراب الاكتئاب الجزئي (Maryam Farahzadi et all, 2012).
 - تنمية مفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الأبوين (خميس بن خلفان بن حمدان الهنائي، 2013).
 - تنمية السلوك التكيفي لدى أطفال المتدربين (Ahmadi Nasab Maryam et all, 2014).
 - تحسين الأداء الكتابي لدى فئة الأطفال ذوي عسر الكتابة (Azar Validi Pak et all, 2014).
- وعليه يمكن القول أن جميع برامج العلاج باللعب التي تم تطبيقها في هذه الدراسات كانت فعالة. وفي معظمها أوصت بضرورة إعداد برامج علاج باللعب مع الفئات الخاصة من أطفال معاقين أو توحديين أو ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة في سن مبكرة وذلك لتنمية العديد من الجوانب المعرفية والسلوكية ولخفض مستويات هذه الاضطرابات.

1-5-2 بحوث ودراسات في مجال علاج قصور الانتباه وفرط الحركة:

1-دراسة (سعيد بن عبد الله إبراهيم دبيس وآخرون، 1998):

عنوان الدراسة: فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم.

هدف الدراسة: مساعدة الأطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة والذين يتصفون باضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على كيفية ضبط الذات لديهم عن طريق تقديم التعليمات للذات.

عينة الدراسة: تكونت من (10) أطفال متخلفين عقليا قابلين للتعلم ممن يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط النشاط والذين تتراوح أعمارهم بين (11-15) سنة. قسموا بطريقة عشوائية إلى مجموعتين: ضابطة (5 أفراد) وتجريبية (5 أفراد).

أدوات الدراسة: قائمة كورنرز لتقدير السلوك (تكييف السماندي، 1991)، قائمة تقدير سلوك الطفل المأخوذ من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-4، برنامج التدريب على الضبط الذاتي (18 جلسة تدريبية).

نتائج الدراسة: أثبتت نتائج الدراسة فعالية الضبط الذاتي في تعليم الأطفال المتخلفين عقليا كيفية تقديم التعليمات اللفظية للذات وانعكاس أثرها في خفض الحركات المفرطة التي كانوا يحدثونها وزيادة تركيز الانتباه لديهم والاحتفاظ به فترة أطول.

2-دراسة (محاسن بهاء الدين خاشقجي، 1999):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامجي التدريب على ضبط الذات والتعزيز الايجابي في خفض النشاط الزائد لدى عينة من التلميذات في المرحلة الابتدائية.

هدف الدراسة: خفض مشكلة النشاط الزائد وزيادة الانتباه عن طريق تدريب التلميذات على كيفية التحدث مع الذات وتقديم التعليمات لهن لفظيا وتدريبهن على التوقف والتفكير قبل إصدار أية استجابة وذلك من اجل تنمية ضبط الذات لهؤلاء التلميذات ويتم ذلك عن طريق تقديم مجموعة من المهام الأدائية المتنوعة خلال جلسات برنامج العلاج المعرفي والاحتفاظ بهذه السلوكيات الجديدة وتقويتها عن طريق تعزيزها.

عينة الدراسة: تم اختيارها بالطريقة العمدية حيث تكونت من (28) تلميذة من تلميذات ذوات النشاط الزائد في الصفوف الثالث والرابع والخامس في المرحلة الابتدائية في مدارس الرياض، ذوات السن (9-11) عام. استخدمت الباحثة المنهج الشبه تجريبي وعليه قامت بتقسيم العينة إلى 3 مجموعات: مجموعة ضابطة (9 تلميذات) ومجموعة تجريبية أولى (9 تلميذات-للتدريب على الذات معرفيا)، مجموعة تجريبية ثانية (9 تلميذات للتدريب على التعزيز الايجابي).

أدوات الدراسة:

- قائمة ملاحظة سلوك الطفل (DSM3-R) (السيد السمدوني، 1989).
- قائمة ملاحظة سلوك الطفل (DSM4-R) (السيد السمدوني).
- قائمة كورنرز لتقدير سلوك الطفل-تقدير المعلمة-(السيد السمدوني، 1991).
- اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن (تعريب مصطفى فهمي وآخرون، 1976).
- قائمة الفرز العصبي (مصطفى كامل محمود).
- برنامج التدريب على ضبط الذات معرفيا بالتعليم الذاتي (من إعداد الباحثة ويتألف من 20 جلسة).
- برنامج التعزيز الايجابي المشروط (من إعداد الباحثة ويتألف من 20 جلسة).

نتائج الدراسة: أظهرت وجود فروق ذات دالة إحصائية بين كل المجموعات التجريبية لصالح المجموعات التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامجين وبالتالي انخفاض النشاط السلوكي لديهم واكتسابهم لمجموعة من المهارات (الضبط الذاتي وربط السلوك بالتعزيز) ما جعلهم أكثر انتباهاً وقل اندفاعية. في ضوء النتائج قدمت الباحثة توصيات تؤكد فيها على اختبار فاعلية العديد من التقنيات السلوكية داخل منظور العلاج السلوكي والعلاج المعرفي في الإقلاع من السلوك المضطرب والعمل على وضع برامج علاجية لخفض الخصائص السلوكية التي تميز فئة ذوي النشاط الزائد.

3-دراسة (Pascal Boulanger,2004):

عنوان الدراسة: تأثير برنامج تربوي تروحي (Loisirs) فردي في رفع تقدير الذات لدى حالة تعاني من قصور في الانتباه.

هدف الدراسة: دراسة أثر برنامج تربوي تجريبي مستوحى من أفكار (Cote,1998) في رفع من تقدير الذات والتحصيل الدراسي لدى حالة واحدة تعاني من قصور في الانتباه.

عينة الدراسة: اشتملت الدراسة على حالة واحدة تعاني من قصور في الانتباه تنتمي إلى الصف الثاني ابتدائي من مدينة كيبك الكندية.

نتائج الدراسة: طبق الباحث البرنامج على الحالة خلال 23 حصة واستعمل منهج دراسة حالة لتحليل النتائج وتوصل إلى كشف الأثر الإيجابي له، حيث لاحظ تحسن في مستويات الطفل التفاعلية سواء مع محيطه العائلي أو الاجتماعي أو المدرسي. كما ساهمت طريقة (Cote,1998) بنسبة كبيرة في رفع تقدير الذات للحالة وهو ما انعكس إيجابياً على المستويات النمائية منها المعرفية، العاطفية والسلوكية.

4-دراسة (نوره محمد طه حسين بدوي،2005):

موضوع الدراسة: برنامج إرشادي لتنمية السلوك التوافقي لدى ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه من أطفال الروضة.

هدف الدراسة: تنمية السلوك التوافقي لذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه من أطفال الروضة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (32) طفلاً تم اختيارهم من رياض أطفال مدينة بورسعيد بدولة مصر من كلا الجنسين تم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية وعددها (16) طفلاً من ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه، ومجموعة ضابطة وعددها (16) طفلاً من الأطفال الأسوياء.

أدوات الدراسة: مقياس تقدير المعلمة للنشاط الزائد وقصور الانتباه عند أطفال الروضة (إعداد الباحثة)، مقياس تقدير الأم للنشاط الزائد وقصور الانتباه عند أطفال الروضة (إعداد الباحثة)، برنامج إرشادي (إعداد الباحثة).

نتائج الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس النشاط الزائد وقصور الانتباه ذلك لصالح القياس البعدي وقد كانت الفروق دالة عند مستوى 0.01
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ودرجات المجموعة الضابطة على مقياس النشاط الزائد وقصور الانتباه.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس النشاط الزائد وقصور الانتباه حيث وجدت الفروق دالة عند مستوى 0.01

5-دراسة (احمد محمد يونس قزاقرة،2005):

عنوان الدراسة: فاعلية التدريب على المراقبة الذاتية في مستوى الانتباه لدى الأطفال الذين لديهم قصور فيه.

هدف الدراسة: زيادة مستوى الانتباه لدى الأطفال الذين لديهم قصور فيه.

عينة الدراسة: تكونت من (78) طالبا وطالبة من الصفوف الثالث والخامس والسابع الأساسي في المدارس التابعة لوكالة الغوث الدولية في اريد الذين يعانون من قصور في الانتباه بناء على دراجاتهم على مقياس ملاحظة السلوك الإلتباهي. حاولت هذه الدراسة استقصاء إثر متغيرات التدريب (بمستويين في مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة) بحيث تلقى أفراد المجموعة التجريبية التدريب على أسلوب المراقبة الذاتية لمدة (72) ساعة بواقع (16) جلسة كل أسبوع. ومجموعة ضابطة لم يتلق أفرادها أي نوع من أنواع المعالجة.

نتائج الدراسة: كشفت نتائج الدراسة تحسن أداء العينة في ضوء خصائص البرنامج المقترح والذي تم فيه استخدام منبهات سمعية كجهاز التسجيل الذي يصدر نغمات بأوقات غير منتظمة ومنبهات بصرية أخرى كبطاقات الانتباه والتي قد أظهرت تحسنا في أداء الطلبة على المهمات المعطاة لهم وهذا يعني زيادة انتباههم والتخلص من صعوبات التي كانت تواجههم عند أداء مهمة معينة وهذا ما ظهر خلال نتائجهم على سلسلة التدريب المتصلة بالمراقبة الذاتية التي تضمنت ثلاث مراحل وتم رصد سلوكهم على المهمات المعطاة لهم أثناء التدريب. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الاختبار المؤجل (الاحتفاظ) وتشير هذه النتائج إلى فاعلية البرنامج واستمرارية أثره بعد توقف التدريب. في حين لم يثبت وجود فروق ذات دلالة إحصائية كمتغير الجنس.

6-دراسة (ظافر بن محمد حمد القحطاني،2005):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج سلوكي لخفض درجة عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المتخلفين عقليا القابلين للتعلم.

هدف الدراسة: خفض درجة عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم من خلال تدريبهم على كيفية تنفيذ الأنشطة وتكملة المهام والبقاء في المقعد والتدريب على التروي والتفكير قبل تنفيذ أي نشاط.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (8) أطفال، تتراوح أعمارهم من (8-13) سنة من المتخلفين عقليا القابلين للتعلم المنتظمين في فصول التربية الفكرية الملحقة بمدرسة ابن حزم الابتدائية بمدينة الرياض ممن يعانون من عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وقد تم اختيارهم بطريقة عمدية وتم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وتم مجانسة المجموعتين في المتغيرات التالية: العمر، درجات الذكاء، درجة عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

أدوات الدراسة:

- قائمة تقدير اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (DSM4-R,2000) تعريب (ديبس، غير منشورة).

- مقياس (ن،ز) للتعرف على النشاط الزائد (الشخص،1984) الذي عدله وضبطه (وهاس، 1991).

- مقياس تقدير السلوك الانتباهي عند الأطفال (تركي، 1994).

- البرنامج السلوكي (يتألف من 30 جلسة علاجية).

نتائج الدراسة: أسفرت أن البرنامج السلوكي أدى إلى إحداث تغيرات جوهرية فيما يتعلق بخفض درجة عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم (المجموعة التجريبية) مقارنة بالمجموعة المحك في الدراسة والمتمثلة في (المجموعة الضابطة) التي لم ينخفض لديها درجة عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بعد تطبيق البرنامج.

7-دراسة (J.Marquet-Doléac et all,2006):

عنوان الدراسة: أثر بروتوكول نفسو-حركي في خفض الاندفاعية لدى ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.

هدف الدراسة: التحكم في الاستجابات وخفض عدد الأخطاء الناجمة عن الاندفاعية وزيادة الانتباه لدى فئة قصور الانتباه وفرط الحركة.

عينة الدراسة: اشتملت (25) طفل بسن (9 سنوات و10 أشهر) تم اختيارهم بين المترددين على عيادات الطب- نفسية لمدينة (Tarn-et-Garonne) الفرنسية. قسموا إلى مجموعتين: مجموعة التدخل (17) طفل ومجموعة ضابطة (8) أطفال.

أدوات الدراسة: Test d2 ، Test de la tour de Londres ، Test d'appariement d'images، Labyrinthes de Porteus. البرنامج التدريبي (6 حصص بمدة 45 دقيقة في الحصة الواحدة).

نتائج الدراسة: زاد البرتوكول العلاجي من معدل التحكم في الاستجابات لدى مجموعة التدخل، في جميع المجالات حيث لوحظ تطور في معدلات الانتباه وانخفاض في معدل الاندفاعية.

8-دراسة (غادة جلال عبد الحكيم، 2006):

عنوان الدراسة: تأثير برنامج ألعاب تعاونية على اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والإدراك الحركي لتلاميذ المرحلة الابتدائية.

هدف الدراسة: اقتراح برنامج للألعاب التعاونية في درس التربية الرياضية للمرحلة الابتدائية ودراسة أثره على تنمية الإدراك الحركي لدى التلميذات وخفض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

عينة الدراسة: اشتملت على (30) تلميذة تم فرزها بعد تطبيق اختبار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بين مجتمع يتكون من (150) تلميذة ينتمون إلى الصف الأول الابتدائي من جنس الإناث. التي تم تقسيمها إلى مجموعتين: ضابطة (15) وتجريبية (15).

أدوات الدراسة: اختبار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (لمحمد النوبي محمد على، 2005)، مقياس الإدراك الحركي (البوردو)، اختبار الذكاء المصور (لأحمد زكي صالح، 1978)، البرنامج المقترح (12 حصة تدريبية بمدة 10 دقائق للحصة الواحدة).

نتائج الدراسة:

- وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.
- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات القياسات القبلي والبعدي لصالح القياسات البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة للإدراك الحركي.
- وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لصالح المجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للإدراك الحركي للمجموعة التجريبية.

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة تم استخلاص أن الألعاب التعاونية لها تأثير ايجابي على خفض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. حيث استفادة العينة من التدريب القائم على الألعاب التعاونية في عدة مستويات منها: زيادة التواصل بين التلميذات ما جعلهن يتسمون بثقة كبيرة في أنفسهم، تحسن مدة الانتباه اكتساب مفاهيم الفراغ والاتزان وتحسن الإدراك الحركي.

9- دراسة (عهدود عدنان سفر، 2007):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج حاسوبي في تعديل سلوك النشاط الزائد وخفض وقت التعديل باستخدام تصميم العينة الفردي لفئة الإعاقة العقلية البسيطة.

هدف الدراسة: عرض بواسطة الحاسوب قصة سلوكية عن سلوك النشاط الزائد وعرض سلوك مغاير لهذا السلوك لتكليف التلميذ في الأخير بتقليد السلوك الصحيح في القصة بهدف تعديل سلوك النشاط الزائد للمعاقين عقليا.

عينة الدراسة: طبق البرنامج الحاسوبي التعليمي على عينة تتكون من (06) أطفال من فئة التخلف العقلي البسيط ممن يعانون من النشاط الزائد والذين يتراوح عمرهم ما بين (6-12) سنة.

نتائج الدراسة: خلصت على وجود تحسن ملحوظ بالنسبة لمدة الجلوس بمدة تتراوح بين (10-15) دقيقة، كما اتضح من أداء العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج الحاسوبي تحسن عدد من السلوكيات المصاحبة للنشاط الزائد كتشتت الانتباه، الاندفاعية وفرط الحركة. كما أن التحسن لم يظهر فقط في مدة الجلوس وإنما ظهر أيضا على الأهداف الأدائية المعرفية منها والوجدانية والحركية.

10- دراسة (ميادة محمد الناظر وجهاد القرعان، 2008):

عنوان الدراسة: أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

هدف الدراسة: معرفة أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة أردنية من طلبة الصفوف الرابع والخامس والسادس الأساسي الذين يعانون اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

عينة الدراسة: بلغ عدد أفراد الدراسة (100) طالب يعانون اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تم توزيعهم إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية عددها (50) طالبا، ومجموعة ضابطة عددها (50) طالبا، حيث تلقت المجموعة التجريبية البرنامج التدريبي الذي يتضمن استخدام إستراتيجيتين هما: التعليم الذاتي ومراقبة الذات بينما استمرت المجموعة الضابطة في برنامجها الاعتيادي، وقد استغرق تطبيق البرنامج مدة عشرة أسابيع بواقع (40) حصة تدريبية. وتم استخدام أسلوب التباين ANCOVA لبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج تحليل التباين إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الأبعاد الفرعية والكلية للمقياس بصورتيه المدرسية والمنزلية ولصالح المجموعة التجريبية. وذلك يشير إلى أن البرنامج التدريبي، كان فعالا في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

11- دراسة (إبراهيم حسن الحكمي، 2008):

موضوع الدراسة: مدى فعالية برنامج علاجي لاضطراب الانتباه المصاحب بفرط النشاط لدى ذوي صعوبات التعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

هدف الدراسة: دراسة فاعلية برنامج إرشادي مقترح في خفض اضطراب فرط النشاط/ قصور الانتباه لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بالمرحلة الابتدائية.

عينة الدراسة: تكونت من (42) تلميذا من ذوي صعوبات التعلم والذين تتراوح أعمارهم بين (11-13) سنة تم اختيارهم من مدرسة الخليل الأهلية، مدرسة الجيل الأهلية وفق معايير انتقاء وتشخيص قصور الانتباه لدى هذه الفئة. اعتمد الباحث المنهج التجريبي ذو مجموعتين: مجموعة ضابطة (21 فرد) ومجموعة تجريبية (21 فرد).

أدوات الدراسة:

- اختبار الذكاء الغير اللفظي الصورة-إعداد (عطية محمود هنا، دت).
 - اختبارات التحصيل الأكاديمي.
 - مقياس تقدير الخصائص السلوكية لذوي صعوبات التعلم (إعداد فتحي مصطفى الزيات، 1989).
 - مقياس اضطراب قصور الانتباه/فرط النشاط (إعداد الباحث).
 - البرنامج الإرشادي المقترح (23 جلسة إرشادية: 8 جلسات لخفض النشاط الحركي، 6 جلسات لخفض اضطراب الانتباه السمعي، 9 جلسات لخفض اضطراب الانتباه البصري).
- نتائج الدراسة:** أكدت النتائج فعالية البرنامج التدريبي لدى المجموعة التجريبية، وما يحتويه من أنشطة هادفة أدت إلى إكساب العديد من السلوكيات المرغوبة وكف الكثير من السلوكيات الغير مرغوبة عن طريق فنيات إرشاد وتوجيه قائمة على مبدأ التعزيز الفوري المباشر والحث الجسدي وعن طريق أنشطة النظام وأنشطة النظر إلى الأشياء وأنشطة الترتيب والأنشطة المعرفية كترتيب الحروف والكلمات وتركيب الجمل والأرقام.

12- دراسة (هنادي محمد إسماعيل عفاشة، 2008):

موضوع الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي في خفض اضطراب فرط النشاط/قصور الانتباه لدى التلميذات ذوات صعوبات التعلم بالمرحلة الابتدائية.

هدف الدراسة: خفض قصور الانتباه وفرط النشاط لدى تلميذات المرحلة الابتدائية اللاتي يعانين من صعوبات التعلم، مما يساعدهن على التخلص من بعض المشكلات الدراسية والسلوكية الناجمة عن قصور الانتباه.

عينة الدراسة: تكونت من (30) تلميذة من ذوات صعوبات التعلم اللاتي يعانين من اضطراب فرط النشاط/قصور الانتباه بالصفين الخامس والسادس من المرحلة الابتدائية، تم اختيارهن من مدارس المدينة المنورة بالمملكة العربية

السعودية وتم تقسيمهن إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وقوامها (15) تلميذة والأخرى ضابطة وقوامها (15) تلميذة.

أدوات الدراسة:

- اختبار الذكاء غير اللفظي "الصورة -أ-" (إعداد عطية هنا، د.ت).
- مقياس تقدير الخصائص السلوكية لذوات صعوبات التعلم بالمرحلة الابتدائية (إعداد الباحثة).
- مقياس اضطراب فرط النشاط/ قصور الانتباه (إعداد الباحثة).
- برنامج إرشادي خاص بفئة الإناث (23 جلسة: 9 جلسات لخفض فرط النشاط و14 جلسة لخفض قصور الانتباه السمعي والبصري).

نتائج الدراسة: كشفت عن انخفاض كبير في سلوكيات العشوائية واعتدال في مستوى النشاط الحركي، وزيادة معتبرة في انتباه التلميذات للدرس وشرح المعلمة حيث تعلمن النظام في الإجابة والرد على الاستفسارات، كما أدت السلوكيات الإيجابية التي اكتسبتها التلميذات في البرنامج الحالي في مجملها إلى زيادة تحصيلهن الدراسي في المواد الدراسية (الرياضيات والقواعد والإملاء).

13- دراسة (أمينة إبراهيم شلبي، 2009):

عنوان الدراسة: أثر فاعلية برنامج تربوي فردي مقترح للتخفيف من أعراض صعوبات الانتباه مع فرط الحركة لدى تلاميذ الحلقة الثانية من المرحلة الابتدائية.

هدف الدراسة: التخفيف من صعوبات الانتباه وفرط الحركة ورفع الأداء الأكاديمي لأفراد المجموعة التجريبية.

عينة الدراسة: بلغت العينة النهائية (9) تلاميذ ممن يعانون من صعوبات الانتباه وفرط الحركة تم استقصاءهم من أصل (101) تلميذ ينتمون إلى السنة الثانية الابتدائي بمملكة البحرين ممن تراوحت أعمارهم الزمنية بين (9 إلى 12) سنة. والذين تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية (4 تلاميذ: 3 من الذكور، تلميذة واحدة) وضابطة (5 تلاميذ: 4 من الذكور، تلميذة واحدة).

أدوات الدراسة:

- أدوات لتشخيص العينة: اختبار المصفوفات الملونة المتتابعة لرافن (تعريب عبد الفتاح القرشي، 1987) نتائج اختبارات الكفايات في مادة اللغة العربية (المعدة من قبل إدارة التربية الخاصة)، مقياس تقدير الخصائص السلوكية لذوي صعوبات الانتباه وفرط الحركة (من إعداد الباحثة).
- أدوات لقياس فاعلية البرنامج: مقياس تقدير الخصائص السلوكية لذوي صعوبات الانتباه وفرط الحركة (من إعداد الباحثة)، البرنامج التربوي المتعدد المحاور -البيئة الصفية-البيئة الأسرية-التكامل بينهما-(المقترح من

قبل الباحثة)، نتائج اختبارات الكفايات (المعد من قبل إدارة التربية الخاصة في مادة اللغة العربية لنهاية الفصل الدراسي بعد تطبيق البرنامج).

نتائج الدراسة: أظهرت أن تلاميذ المجموعة التجريبية اظهروا تحسنا ملحوظا يتراوح بين 60-80% بالنسبة لصعوبات الانتباه، 50-70% بالنسبة لفرط الحركة على التطبيق البعدي للمقياس، حيث انخفضت درجاتهم على كل من المقاييس الفرعية لصعوبات الانتباه وفرط الحركة ما أدى إلى ارتفاع الأداء الأكاديمي. كذلك مقارنة مع نسب التحسن للمجموعة الضابطة والتي تلقت برنامج التدريس التقليدي المقدم داخل غرفة المصادر بالمدرسة اظهروا تحسنا ملحوظا تراوحت نسبتهم 20-50% بالنسبة لصعوبات الانتباه، 10-30% بالنسبة لفرط الحركة على نفس المقاييس التطبيقين القبلي والبعدي.

14 - دراسة (S.Janatian et al,2009):

عنوان الدراسة: فعالية العلاج باللعب القائم على التوجه السلوكي المعرفي في خفض حدة أعراض قصور الانتباه/فرط الحركة بين تلاميذ المدارس الابتدائية الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 9-11 سنة.

هدف الدراسة: خفض حدة أعراض قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من خلال التقليل من السلوكيات الاندفاعية والاستجابات الخاطئة.

عينة الدراسة: اشتملت على (30) طفل من الجنس الذكور بسن يتراوح بين (9-11) سنة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية ضمن الأطفال المحالين إلى العيادة بمدينة اصفهان (Isfahan) الإيرانية والذين تم تشخيصهم من قبل الطبيب العقلي على أن لديهم قصور في الانتباه مصحوب بفرط الحركة. استعملت الدراسة المنهج التجريبي حيث قسمت العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين: ضابطة وتجريبية.

أدوات الدراسة: البرنامج العلاجي القائم على اللعب (8 حصص علاجية بمدة 30-45 دقيقة للحصة الواحدة) استبيانات لتقدير درجة قصور الانتباه وفرط النشاط (MFFT)(CSi-4).

نتائج الدراسة: بينت الدراسة تحسن في شدة أعراض قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي لدى هؤلاء الأطفال، حيث لاحظ الباحث انخفاض في عدد الأخطاء وتحسن في زمن الاستجابة وتوصلهم إلى سلوك مقبول اجتماعيا.

15 - دراسة (Catherine Bernier,2009):

عنوان الدراسة: تقييم فاعلية برنامج علاج أسرى لأولياء أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.

هدف الدراسة: تدريب أولياء الأطفال على التواصل الصحيح والتعامل الايجابي مع أبنائهم بهدف خفض التفاعلات السلبية والد-طفل والرفع من كفاءات الطفل الإنتباهية.

عينة الدراسة: اشتملت الدراسة على عينة (8) أولياء أسر كندية من مدينة كيبيك من كلا الجنسين بسن يتراوح بين (31-51) عام.

أدوات الدراسة:

-Echelle d'évaluation Conners pour parent-révisée (Conner,1997).

-L'indice de stress parental (Bigras et all,1996).

-Parent évaluation inventory (Kazdin et all,1992).

-La grille évaluation des ateliers (Gagnon,1998).

-Le programme d'intervention.

نتائج الدراسة: على الرغم من اكتساب الأولياء للمهارات التربوية اللازمة الموجودة في البرنامج واستعمالها في الحياة اليومية إلا أنه خلصت الدراسة إلى عدم وجود أثر للبرنامج في خفض التفاعلات السلبية بين الوالد وابنه.

16 - دراسة (F.Naderi et all,2010):

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج باللعب في خفض الحصر وتنمية النمو الاجتماعي لدى الأطفال الإيرانيين ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.

هدف الدراسة: استعمال اللعب في تنمية الحواس والقدرة على حل المشكلات وخفض الحصر وتنمية النمو الاجتماعي.

عينة الدراسة: اشتملت على (80) طفل من كلا الجنسين تم اختيارهم بطريقة عشوائية ضمن الأطفال المحالين إلى العيادة بمدينة أهواز (Ahwaz Metropolitan) والذي تم تشخيصهم على أن لديهم: قصور في الانتباه مصحوب بفرط الحركة وحصر، حيث تم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين الأولى ضابطة والثانية تجريبية.

أدوات الدراسة:

- استبيان كونرز (Conner's Parent Rating Scale).

- مقياس للحصر (Ahwaz Children Anxiety Test).

- مقياس فاينلد للنضج الاجتماعي (Vineland Social Maturity Scale).

- البرنامج العلاجي (10 حصص، تقدر مدة كل حصة بساعة تقريبا).

نتائج الدراسة: توصلت إلى الكشف عن فعالية العلاج باللعب في خفض المشكلات النفسية والسلوكية من قصور في الانتباه المصحوب بفرط الحركة إلى حصر دون أن ينعكس ذلك سلبيا على الطفل من خلال زيادة وعيه ونموه الاجتماعي.

17- دراسة (هشام احمد غراب،2010):

عنوان الدراسة: برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من حدة اضطراب التشتت ونقص الانتباه لدى أطفال يعانون من صعوبات التعلم.

هدف الدراسة: صياغة أهداف سلوكية للحد من اضطراب تشتت ونقص الانتباه لدى عينة من الأطفال يعانون من صعوبات التعلم وترجمتها إلى برنامج إرشادي والتحقق من فاعليته.

عينة الدراسة: تكونت من (20) طفل ذوي 11 سنة ينتمون إلى الصف الخامس ابتدائي، تم اختيارهم بطريقة قصدية من مدرسة نور المعرفة للتربية الخاصة بمخيم النصيرات بالمحافظة الوسطى لمدينة غزة وفق معايير انتقاء وتشخيص قصور الانتباه. قسمت العينة إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة (10 أطفال) وأخرى تجريبية (10 أطفال).

أدوات الدراسة: مقياس تقدير أعراض التشتت ونقص الانتباه (إعداد الباحث)، البرنامج الإرشادي (14 جلسة).
نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى الأثر الايجابي والفعال للبرنامج في إعادة تأهيل أطفال هذا النوع في عدة مستويات منها المعرفية (تحسن مستوى الانتباه)، التربوية والأكاديمية (التحصيل الدراسي في مادتي اللغة العربية والرياضيات).

18- دراسة (J.Chagneau et R.Soppelsa,2010):

عنوان الدراسة: أثر بروتوكول قائم على حل المشكلات لعلاج قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال.
هدف الدراسة: توسيع الاستراتيجيات المعرفية وزيادة عدد الحلول لحل المشكلات لدى فئة قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة.

إجراءات الدراسة: يتكون البروتوكول العلاجي من (18) نشاط مقسم إلى (6) حصص علاجية، تطبق الحصة الواحدة في مدة لا تتجاوز (45) دقيقة على عينة أطفال فرنسيين، قسمت هذه الدراسة إلى تجربتين: التجربة الأولى: تشمل على عينة من (7) أطفال تتراوح أعمارهم بين (8 و 10) سنوات، مشخصين على أن لديهم قصور في الانتباه مصحوب بفرط الحركة طبق عليهم البرنامج بكامل حصصه.

التجربة الثانية: تشمل على عينة من 26 طفل تراوحت أعمارهم بين (8 و 9) سنوات تم تقسيمهم إلى مجموعتين: ضابطة (تشمل 13 طفل) وأخرى تجريبية (تشمل 13 طفل) قسمت المجموعة التجريبية أيضا بدورها إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية أولى تشمل 6 أطفال يتلقون تدريب للتحكم في الاندفاعية، أما المجموعة الثانية فتشمل 7 أطفال يتلقون تدريب على طريقة حل المشكلات.

أدوات الدراسة:

- Labyrinthes (Porteus,1965).

- Test D2 (Brickenkamp,1998).
- Test de Stroop (Albaret et Migliore,1999).
- Test d'appariement d'images (Marquet-Doléac, Albaret et Bénesteau,1999).
- Tour de Londres (Anderson et Lajoie,1996).

نتائج الدراسة: توصل الباحث إلى أن استعمال تقنية حل المشكلات بطريقة مستقلة عن التقنيات النفسحركية الأخرى غير كافية في علاج أطفال الذين يتصفون بقصور الانتباه وفرط الحركة حيث أن تقنية حل المشكلات تمكن هذه الفئة من تحديد المشكلة ومعالجتها بطريقة منظمة إلا أن استعمالها لوحدها تعتبر غير كافية لاكتساب الخبرات المعرفية.

19- دراسة (Marie-Claude Guay et all,2011):

عنوان الدراسة: تأثير العلاج السلوكي على سلوك المعارضة لدى الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط والتأخر اللغوي.

هدف الدراسة: خفض السلوكات المعارضة وزيادة الانتباه باستعمال تقنيات العلاج السلوكي كالتعزيز، العقاب والاسترخاء.

عينة الدراسة: اشتملت على حالة واحدة لطفل ذكر عمره 3 سنوات و 10 أشهر من مدينة كيبك الكندية.

أدوات الدراسة:

- Questionnaire Profil Socio-Affectif (Dumas J.E, et all,1997)
- Test de la statue de NEPSY (Korkman,Kirk et kemp,1998)
- Questionnaire ASEBA (Achenbach et Rescola,2001)
- Le programme thérapeutique (10 Séances)

نتائج الدراسة: اظهر النتائج نوع من التحسن عند الحالة، بحيث أصبح باستطاعته التحكم والتنظيم في تصرفاته الغير اللائقة وتكيفها بشكل أفضل مع المواقف الاجتماعية المختلفة (البيت والروضة)، بالإضافة إلى اكتسابه مهارات اجتماعية جيدة.

20- دراسة (إيمان فؤاد الحاج إبراهيم،2011):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج سلوكي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

هدف الدراسة: الكشف عن فاعلية برنامج سلوكي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من خلال مقارنة أثره مع برنامج علاج: دوائي ومشترك (سلوكي ودوائي).

عينة الدراسة: طبق البرنامج السلوكي على عينة مقصودة من الأطفال المراجعين لبعض العيادات النفسية والطبية بمحافظة دمشق ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وذلك بالتنسيق مع الطبيب النفسي في العيادة، وبلغ عدد أفراد العينة (28) تراوحت أعمارهم بين (7-11) سنة، وتم تقسيمهم ضمن ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى التي تم تطبيق برنامج العلاج الدوائي عليها، والمجموعة الثانية التي تم تطبيق برنامج العلاج السلوكي عليها والمجموعة الثالثة التي تم تطبيق العلاج المشترك (السلوكي والدوائي).

أدوات الدراسة:

- القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من الدليل التشخيصي الرابع (DSM-4).
- مقياس رافن لقياس الذكاء الغير اللفظي.
- مقياس كونرز المعدل لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.
- بطاقة دراسة حالة ومجموعة استمارات ونماذج خاصة بالعلاج السلوكي.
- برنامج العلاج السلوكي من إعداد الباحثة.

نتائج الدراسة: كشفت عن:

- وجود فروق دالة إحصائية لدى متوسط درجات مجموعة العلاج الدوائي على مقياس كونرز بين القياس القبلي والبعدي.
- وجود فروق دالة إحصائية لدى متوسط درجات مجموعة العلاج السلوكي على مقياس كونرز بين القياس القبلي والبعدي.
- وجود فروق دالة إحصائية لدى متوسط درجات مجموعة العلاج المشترك على مقياس كونرز بين القياس القبلي والبعدي.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات الثلاث على مقياس كونرز على القياس البعدي.
- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعة العلاج الدوائي على مقياس كونرز بين القياس البعدي والمتابعة.
- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعة العلاج السلوكي على مقياس كونرز بين القياس القبلي والمتابعة.
- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعة العلاج المشترك على مقياس كونرز على قياس المتابعة.

21- دراسة (Barzegary et al,2011):

عنوان الدراسة: أثر العلاج باللعب على أطفال الذكور ذوي قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة.
هدف الدراسة: استعمال الاقتصاد الرمزي ضمن لعبة حلقة الساعة وتحفيز الأطفال على الاستماع إلى التعليمات والعمل على إتمام المهام.

عينة الدراسة: اشتملت على (14) طفل ذكر بسن يتراوح بين (7-8) سنوات من ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة المشخصين في عيادة Tabriz Shams بإيران. تم تقسيم العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

أدوات الدراسة:

- Children Symptoms Inventory-4.

- البرنامج العلاجي (10 حصص للعبة Watch ring)

نتائج الدراسة: بعد الانتهاء من الحصص العلاجية سجل انخفاض في مستوى السلوكات الحركية الزائدة على أفراد المجموعة التجريبية كما أصبح باستطاعتهم الانتباه بطريقة أفضل إلى التعليمات اللغوية من جهة وتكملة المهام من جهة أخرى. ما يؤكد فاعلية لعبة Watch Ring والاقتصاد الرمزي في خفض من أعراض الاضطراب.

22- دراسة (فوزية محمدي،2011):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة.

هدف الدراسة: التقليل من الأعراض الأساسية لاضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه بالاعتماد على أساليب التدريب المتمثلة في: الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، التعاقد التبادلي، ضبط الذات، لعب الأدوار، الاسترخاء. وتعديل صعوبة الكتابة من خلال التدريب على مختلف استراتيجيات تعلم الكتابة لدى تلاميذ السنة الرابعة ابتدائي.

عينة الدراسة: تقدر العينة الكلية بـ (40) تلميذا اختيروا من المدارس الابتدائية لمدينة ورقلة، منها (20) تلميذ لقياس فعالية البرنامج التدريبي لتعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه مقسمة على مجموعتين ضابطة وتجريبية وعينة أخرى تشمل على (20) تلميذ مقسمة على مجموعتين ضابطة وتجريبية أخضعت لقياس فاعلية البرنامج التدريبي لتعديل صعوبة الكتابة.

أدوات الدراسة: من تصميم الباحثة، شبكة ملاحظة اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، اختبار يقيس صعوبة الكتابة، برنامج تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه، برنامج تعديل صعوبة الكتابة.

نتائج الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج العينة الضابطة والتجريبية في النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لصالح العينة التجريبية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج العينة الضابطة ونتائج العينة التجريبية في صعوبة الكتابة لصالح العينة التجريبية.

23- دراسة (Jagtheesan Alagesan et al, 2011):

عنوان الدراسة: تأثير اللعب في علاج أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة-دراسة استطلاعية-

هدف الدراسة: دراسة محاسن العلاج الدوائي المصحوب بعلاج قائم على اللعب على خفض النشاط الزائد وقصور الانتباه.

عينة الدراسة: اشتملت (50) طفل من كلا الجنسين ممن تراوحت أعمارهم بين (5-12 سنة) اختيروا بطريقة قصدية ضمن معايير انتقاء وتشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة من مدارس التربية الخاصة بمدينة (Bangalore et Karnataka) قسمت العينة إلى مجموعتين: ضابطة (تتلقى فقط العلاج الدوائي) وتجريبية (تتلقى العلاج باللعب والعلاج الدوائي) تم تطبيق البرنامج لمدة شهر واحد بواقع ساعة واحد كل يوم.

نتائج الدراسة: بعد رصد نتائج استبيان كورنر ومعالجتها إحصائيا أظهرت الدراسة التأثير الإيجابي والمفيد للعلاج الدوائي المصحوب بالعلاج باللعب في إعادة تأهيل أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.

24- دراسة (سلطان الصعدي، 2012):

عنوان الدراسة: فاعلية غرفة المثيرات الحسية (Snoezelen) في خفض اضطراب عجز الانتباه المصاحب لفرط الحركة لدى الأطفال المتخلفين عقليا تخلفا بسيطا.

هدف الدراسة: مساعدة الأطفال المتخلفين عقليا تخلفا بسيطا وذلك بخفض عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عن طريق جلسات في غرفة المثيرات الحسية (Snoezelen) والذي صمم لتزويد الأطفال المتخلفين عقليا بخبرات حسية غنية ومتنوعة تعتمد على إثارة مجموعة من الحواس في الوقت نفسه أو التركيز على إثارة حاسة واحدة وذلك اعتمادا على حالة المصاب.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (11) طفلا اختيروا قصديا من مجتمع يقدر بـ (45) طفل ممن لديهم تخلف عقلي ذو درجة متوسطة وقصور في الانتباه وفرط حركة تم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة.

أدوات الدراسة: مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (تعريب لويس كامل مليكة، 1998)، قائمة تقدير اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (DSM4-R) (سعيد ديبس)، برنامج غرفة المثيرات الحسية سنوزلين (Snoezelen) .

نتائج الدراسة: أسفرت عن خلال انخفاض مقدار اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة على مقاييس الدراسة بنسبة تقدر تقريبا بـ 46%، مما يشير إلى أن غرفة المثيرات الحسية مناسبة كبيئة تعليمية لإكساب الطفل المعارف والمهارات والسلوكيات المستهدفة لاحتوائها عازل يمنع دخول المثيرات الدخيلة من أصوات وأضواء وروائح وأثاث وألوان التي تكون مصدر إرباك حركي وتشتت.

25- دراسة (عبد الكريم بن مصطفى، 2013):

عنوان الدراسة: مدى فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض شدة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

هدف الدراسة: تدريب الوالدين كيفية تعليم أطفالهم المهارات المعرفية السلوكية واستراتيجيات حل المشكلات على طريقة ميكينباوم (Meichenbaum, 1977) لخفض شدة اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عند أطفال السنة الثانية ابتدائي.

عينة الدراسة: تقدر بـ (16) عائلة لأطفال في الصف الثاني ابتدائي بمدينة تلمسان مقسمة إلى مجموعتين بالتساوي واحدة تجريبية وأخرى ضابطة.

أدوات الدراسة: استمارة تشخيص اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (APA, 1994)، مقياس ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي (إعداد السيد على سيد احمد، 1999)، البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي (MEICHENBAUM, 1977).

نتائج الدراسة: تمكن أطفال هذه الأسر من خفض شدة اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من خلال زيادة مدة الانتباه، إتباع التعليمات والنصائح بشكل جيد، اللعب المنظم وبشكل هادئ، تحسن الأداء المدرسي، أكثر استقرارا وأقل نشاطا وقدرة جيدة على ضبط الذات وأقل اندفاعية.

26- دراسة (Martine Verreault et all, 2014):

عنوان الدراسة: مدى فاعلية برنامج تدريبي متعدد الأبعاد لتنمية المهارات الاجتماعية وخفض الصعوبات التكيفية لدى أطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة.

هدف الدراسة: تدريب عائلات أطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط على استراتيجيات تسير السلوك ومعرفة انعكاساتها على أبنائهم في رفع مهاراتهم الاجتماعية وخفض الصعوبات التكيفية لديهم.

عينة الدراسة: اشتملت على (24) عائلة لأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة، تم اختيارهم من العيادات المختصة بتشخيص وعلاج اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة بمدينة مونريال الكندية، تم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين؛ تجريبية (10 عائلات) وضابطة (14 عائلة).

أدوات الدراسة:

- Social Skills Rating System (SSRS ;Gresham et Elliott,1990).
- Child Behavior Checklist (ASEBA-CBCL ; Achenbach,2001).
- Le programme thérapeutique destiné aux enfants et parents (15 Séance d'une durée de 2 heures dans chaque séance)

نتائج الدراسة: نجاح البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية حيث أن التدريب العائلي القائم على تدريب الوالدين وأبنائهم مكن هؤلاء الأطفال من اكتساب عدة مهارات اجتماعية كالتعاون والمسؤولية وانخفاض السلوكيات العدوانية وارتفاع في مستوى الانتباه.

27- دراسة (مفيدة بن حفيظ، 2014):

عنوان الدراسة: تصميم برنامج علاجي ميتامعرفي للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة.

هدف الدراسة: تصميم برنامج علاجي للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة وفقا للمقاربة الميتا معرفية (المعتمدة على مهارات التنظيم الذاتي: التخطيط، المراقبة والتقييم قبل وبعد انجاز المهام) والبحث في فاعليته.

منهج الدراسة: انتهجت الباحثة المنهج التجريبي بتصميم فرد واحد وبعد إجراء القياس القبلي، تم تطبيق جلسات البرنامج المقدرة بـ (16) جلسة والتي درب فيها الطفل على فنيات المقاربة الميتا معرفية من الشرح المباشر التساؤل الذاتي، المراقبة الذاتية، الحوار الداخلي، التفكير بصوت مسموع، الشرح المتضائل في المساندة النمذجة، التعزيز.

نتائج الدراسة: مع انتهاء البرنامج أجريت الباحثة قياس بعدي وتوصلت إلى نجاح البرنامج المصمم في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة على حالة الدراسة المعتمدة، من خلال نجاح علاج أبعاده الثلاثة من نقص في الانتباه، فرط الحركة، اندفاعية.

28- دراسة (Elham Foroozandeh et Malihe Mahdieh, 2014):

عنوان الدراسة: تأثير العلاج باللعب على الذاكرة البصرية لدى أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.

هدف الدراسة: التحقق من تأثير اللعب على تحسين الذاكرة البصرية باعتبارها واحدة من الوظائف التنفيذية لدى أطفال يعانون من قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة.

عينة الدراسة: اشتملت على (22) طفلا من ذوي قصور انتباه وفرط الحركة تم اختيارهم عشوائيا ضمن الحالات المشخصة بعيادة (Imam Hossein) بمدينة (Yazd) الإيرانية، تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى ضابطة (12 طفل) والثانية تجريبية (10 أطفال).

أدوات الدراسة: اختبار للذاكرة البصرية (Kim-Kard)، برنامج العلاج باللعب (يتألف من 8 حصص من العلاج قائمة على التوجه المعرفي السلوكي، مدة كل حصة تتراوح بين 30 و 45 دقيقة).

نتائج الدراسة: أظهرت فعالية العلاج باللعب في تحسين الذاكرة البصرية لدى فئة ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة، كما أسفرت النتائج على أن العلاج باللعب يؤثر بطريقة تدريجية على وظائف الفص الجبهي ويساعد بطريقة مباشرة في نموها.

29- دراسة (محفوظة بنت سالم بن ناصر اليعمدي، 2014):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائد لدى طلبة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في سلطنة عمان.

هدف الدراسة: خفض حدة الأعراض النشاط الزائد لدى تلاميذ التعليم الأساسي من خلال تطبيق فنيات الإرشاد جمعي.

عينة الدراسة: اشتملت (20) طفل تم فرزهم بين مجتمع يتكون من (110) طالب ينتمون إلى الحلقة الأولى للتعليم الأساسي بسلطنة عمان (الصف الأول، الثاني، الثالث والرابع ابتدائي) من جنس ذكور. استخدمت الباحثة المنهج الشبه التجريبي وعمدت إلى تقسيم العينة إلى مجموعتين، ضابطة (10) ومجموعة تجريبية (10).

أدوات الدراسة: مقياس النشاط الزائد للمعلم ومقياس النشاط الزائد للوالدين (إعداد الباحثة)، البرنامج الإرشادي (يحتوي على 24 جلسة).

نتائج الدراسة: كشفت أن الدمج بين فنيات العلاج المعرفي مثل ضبط الذات وفنيات العلاج السلوكي كالتعزيز والنمذجة قد ساهم بشكل كبير في نجاح البرنامج الإرشادي مما أدى إلى تحسن في عمليات الانتباه وانخفاض في الحركة المفرطة لديهم.

30- دراسة (Vasileios Tasimaras et al, 2014):

عنوان الدراسة: تأثير العاب الكمبيوتر التفاعلية في خفض أعراض اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لدى فئة قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة وفئة التخلف العقلي.

هدف الدراسة: تأثير لعبة التنس الالكترونية في خفض قصور الانتباه، فرط الحركة، الاندفاعية لدى فئة قصور الانتباه المصاحب بفرط الحركة وفئة التخلف العقلي.

عينة الدراسة: اشتملت (20) راشد (10 ذكور-10 إناث) من فئة قصور الانتباه المصاحب بفرط الحركة وفئة التخلف العقلي المسجلين ضمن أقسام التربية الخاصة الرياضية بدولة اليونان، بسن يتراوح بين (20 و 25 سنة) قسموا بطريقة عشوائية إلى مجموعتين مجموعة تجريبية تشمل 10 أفراد (5 ذكور و 5 إناث) تلقوا البرنامج (36 حصة، كل حصة تدوم 20 دقيقة) ومجموعة ضابطة (5 ذكور و 5 إناث) تلقت البرنامج المعتاد ضمن أقسام التربية الخاصة.

أدوات الدراسة:

- Adult ADHD Self-ReportScal (World health Organization, 2003).
- The instrumente zur diagnose der Adulten Adhs- IDAA-(Rosler et all,2004).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج انخفاض في أعراض قصور الانتباه بنسبة 20,27% وفرط الحركة بنسبة 14,92% والاندفاعية بنسبة 29,39% لدى هذه الفئة حيث لوحظ تحسن في الأداء الرياضي والحركي حيث أصبح هؤلاء الأفراد يتمتعون بقدرة عالية في التحكم في حركات الجسم ويتميزون بسلوكات أقل اندفاعية.

31- دراسة (Badrie Mohammed Nour ElDaou et all,2015):

عنوان الدراسة: تأثير لعبة الشطرنج على تركيز أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة-دراسة تجريبية على تلاميذ التعليم المتوسط-.

هدف الدراسة: الكشف عن تأثير التدريب على لعبة الشطرنج في تحسين قدرات الطفل في التركيز والاستماع للتعليمات اللغوية.

عينة الدراسة: تألفت من (14) طفل ذوي قصور الانتباه المصاحب بفرط الحركة، تم تشخيصهم ضمن مدارس المرحلة المتوسطة بدولة لبنان ممن يتراوح سنهم بين (11-13) سنة.

أدوات الدراسة: استمارة كونرز CTRS، اختبار لقياس التركيز، اختبار تحصيل لغوي.

نتائج الدراسة: تحسن قدرة هؤلاء التلاميذ في الاستماع وزيادة معتبرة في القدرة على التحكم في ردود الأفعال والتركيز ومدته.

تعقيب على الدراسات التي تناولت البحث في مجال علاج قصور الانتباه وفرط الحركة:

مما سبق يتبين أن البرامج العلاجية المستخدمة في هذه الدراسات، اختلفت فيما بينها من حيث خصائص البرنامج ونتائجه، طريقة بناءه والفنيات المستعملة فيه، حجم العينة، وزمن التطبيق وفيما يلي عرض لذلك:

أ- من حيث خصائص البرامج ونتائجها:

- دراسات استخدمت أسلوب إرشادي في بناء برنامجها العلاجي:

كما هو الحال في دراسة (نوره محمد طه حسين بدوي، 2005)، دراسة (إبراهيم حسن الحكمي، 2008)، دراسة (هنادي محمد إسماعيل عفاشة، 2008)، دراسة (هشام احمد غراب، 2010) ودراسة (محفوظة بنت سالم بن ناصر اليمحمدي، 2014) وهي دراسات أثبتت نتائجها فعالية البرامج الإرشادية وأساليب التدريب التي طبقت فيها كشفت هذه الدراسات عن الأثر الايجابي لهذه التدريبات في التقليل من شدة أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى فئة العاديين من أطفال الروضة إلى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة أي صعوبات التعلم.

ما يلفت الانتباه أن دراسة كل من (هاندي محمد إسماعيل عفاشة، 2008)، (هشام احمد غراب، 2010) (محفوظة بنت سالم بن ناصر، 2014) استعانت بالألعاب التقليدية كوسيلة أو كأداة إرشادية دون توظيفه كعلاج مستقل قائم بذاته أو بما يعرف العلاج باللعب. كما أن البعض منها عمد على تصميم برامج خاصة بفئة الإناث كما هو الحال في دراسة (هاندي محمد إسماعيل عفاشة، 2008) وبرامج خاصة بفئة الذكور كما في دراسة (محفوظة بنت سالم بن ناصر، 2014).

- دراسات استخدمت أسلوب العلاج السلوكي المعرفي في بناء برنامجها العلاجي:

كما هو الحال في دراسة (سعيد بن عبد الله إبراهيم دببس وآخرون، 1998)، دراسة (محاسن بهاء الدين خاشقجي، 1999)، دراسة (احمد محمد يونس قزاقزة، 2005)، دراسة (ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005) دراسة (ميادة محمد الناطور وجهاد القرعان، 2008)، دراسة (إيمان فؤاد الحاج إبراهيم، 2011)، دراسة (Marie- Claude Guay et all, 2011)، دراسة (فوزية محمدي، 2011) دراسة (مفيدة بن حفيظ، 2014). وهي دراسات أثبتت نتائجها فعالية البرامج السلوكية والمعرفية وأساليب التدريب التي طبقت فيها من: الضبط الذاتي، استرخاء والتعزيز الايجابي. كشفت هذه الدراسات عن تحسن ملحوظ في الخصائص السلوكية من قدرة على ضبط الذات انخفاض الاندفاعية تصريف الطاقة الزائدة وزيادة الانتباه ابتداء من فئة المتخلفين عقليا (سعد بن عبد الله إبراهيم دبس وآخرون، 1998) (ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005) وفئة صعوبات التعلم (فوزية محمدي، 2011) إلى فئة الأطفال العاديين ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة الغير مصحوب باضطرابات أخرى في دراسة (محاسن

بهاء الدين خاشقجي، 1999) التي اهتمت بجنس الإناث ودراسة (احمد محمد يونس قزاقزة، 2005) ودراسة (Marie-Claude Guay et all, 2011).

خرجت دراسة كل من (سعد بن عبد الله إبراهيم دبس وآخرون، 1998) و (ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005) بتأكيدا على أهمية توظيف اللعب أثناء حصص العلاج السلوكي المعرفي لتدريب ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة على مهارات معينة.

- دراسات استخدمت الحاسوب في بناء برامجها العلاجية:

كما هو الحال في دراسة (عهود عدنان سفر، 2007) ودراسة (سلطان الصعيدي، 2012). وهي دراسات أثبتت نتائجها فعالية برامج الحاسوب وأساليب التدريب التي طبقت فيها من: التعليم الذاتي، النمذجة والتمثيل ولعب الأدوار كشفت هذه الدراسات عن التحسن الايجابي لأفراد العينة في الخصائص السلوكية من قدرة على زيادة الجلوس لمدة أطول، استرخاء وتصريف زيادة الانتباه.

- دراسات استخدمت الطرق التربوية في برنامجها العلاجي:

كما هو الحال في دراسة (Pascal Boulanger, 2004) ودراسة (أمينة إبراهيم شلبي، 2009). وهي دراسات أثبتت نتائجها فعالية البرامج التربوية وأساليب التدريب التي طبقت فيها. كما أوصت هذه الدراسات بضرورة إشراك الأسرة في تنفيذ البرامج التربوية الخاصة بفئة قصور الانتباه وفرط الحركة من خلال وضع مبادئ سلوكية محددة لطريقة التعامل معهم.

- دراسات استخدمت التدخل الأسري في برامجها العلاجية:

كما هو الحال في دراسة (Catherine Bernier, 2009)، دراسة (عبد الكريم بن مصطفى، 2013) ودراسة (Martine Verreault et all, 2014). وهي دراسات أثبتت نتائجها فعالية البرامج الأسرية وأساليب التدريب التي طبقت فيها. ما يعييبها أنها ركزت على الجانب الأسري أثناء التدخل، دون تناول الجانب المدرسي والاجتماعي من حياة الطفل.

- دراسات استخدمت التربية النفسوحركية في علاجها لقصور الانتباه وفرط الحركة:

كما هو الحال في دراسة (J.Marquet-Doléac et all, 2006) ودراسة (J.Chagneau et R.Soppelsa, 2010) وهي دراسات أثبتت فاعليتها في علاج فئة قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة. وأكدت على أهمية استعمال اللعب ضمن الحصص العلاجية.

- دراسات استخدمت اللعب في برنامجها العلاجي:

كما هو الحال في دراسة (غادة جلال عبد الحكيم، 2006)، دراسة (S.Janatian et all, 2009)، دراسة (F.Naderi et all, 2010)، دراسة (Jagtheesan Alagesan et all, 2011)، دراسة (Barzegary et

(Vasileios et al, 2011)، دراسة (Elham Foroozandeh et Malihe Mahdih, 2014)، دراسة (Badrie Mohammed Nour ElDaou et al, 2015) و Tasimaras et al, 2014). وهي دراسات أثبتت نتائجها فعالية العلاج باللعب وأساليب التعلم التقليدية (عدم استعمال وسائل التكنولوجيا إلا في دراسة: Vasileios Tasimaras et al, 2014) التي طبقت فيها، فقد كشفت عن تحسن ملحوظ في الجوانب المعرفية والسلوكية المختلفة لدى فئة قصور الانتباه وفرط الحركة ابتداء من فئة الأطفال العاديين (غادة جلال عبد الحكيم، 2006) (Jagtheesan Alagesan et al, 2010) (F.Naderi et al, 2010) (S.Janatian et al, 2009) (Elham Foroozandeh et al, 2014) (Badrie Mohammed Nour ElDaou et al, 2011) (Vasileios Tasimaras et al, 2014).

اختلفت الأهداف العلاجية للعب في هذه الدراسات: فالبعض منها وظفه بهدف تنمية الجوانب المعرفية للأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة من، إدراك (غادة جلال عبد الحكيم، 2006) (Elham Foroozandeh et al, 2014)، التركيز والاستماع التعليمات (Badrie Mohammed Nour ElDaou et al, 2015). والبعض الآخر وظفه لعلاج جوانب أخرى مصاحبة للاضطراب كالحصر والنمو الاجتماعي كما هو الحال في دراسة (F.Naderi et al, 2010). أما بقية الدراسات فاستعمله لخفض الأعراض الأساسية لقصور الانتباه وفرط الحركة كما هو الحال في دراسة (غادة جلال عبد الحكيم، 2006) ودراسة (S.Janatian et al, 2009) (Barzegary et al, 2011) (Vasileios Tasimaras et al, 2014). كما أن البعض من هذه الدراسات عمد على تصميم برامج علاج باللعب خاصة بفئة الإناث كما هو الحال في دراسة (غادة جلال عبد الحكيم، 2006) وبرامج خاصة بفئة الذكور كما هو الحال في دراسة كل من (S.Janatian et al, 2009) ودراسة (Barzegary et al, 2011).

ب- من حيث زمن تطبيق البرامج:

غالبية هذه الدراسات استهدفت عينات ذات فئات عمرية تتراوح بين (9 و 11) سنوات، كما أن تطبيقها لهذه البرامج العلاجية استغرق مدة تراوحت بين (05) أسابيع (بواقع 03 أيام في الأسبوع) و (16) أسبوعا. غير أن متوسط معظم هذه الدراسات كانت مدتها قصيرة لتغطية جميع الأعراض وعلاجها.

1-5-3 تعقيب عام للدراسات السابقة:

أكثر الاستراتيجيات الإرشادية والعلاجية المستخدمة في برامج هذه الدراسات هي: العلاج باللعب، الإرشاد باللعب، الإرشاد الأسري، العلاج السلوكي والمعرفي (اللعب، الضبط الذاتي، الاسترخاء، التعزيز الإيجابي). وهي استراتيجيات أكدت فائدتها وجودها مع فئة قصور الانتباه وفرط الحركة وفئات مرضية أخرى. غير أن غالبية هذه

الدراسات اكتفت بعلاج قصور الانتباه وفرط الحركة لدى أطفال ذوي فئات عمرية متقدمة أي ما بين (9-11) سنة وأهملت التدخل المبكر، كما نعلم إن هذه الفئة من الأطفال إن لم يجدوا التكفل المناسب في الوقت المناسب أي مع بداية ظهور الاضطراب (7 سنوات تقريبا) تتفاقم لديهم الأعراض مع تقدم العمر لتشمل مستويات أخرى كانهخفاض تقدير الذات، صعوبات تعلم أكاديمية، انحراف، إدمان، سوء التكيف، ما يجعل العلاج عملية معقدة نوعا ما. معظم المراجع النظرية لقصور الانتباه وفرط الحركة تشير إلى أن أعراض هذا الاضطراب تظهر لدى الفرد في بيئتين مختلفتين؛ في المدرسة والأسرة، على الرغم من هذا أهملت معظم هذه الدراسات في جلساتها التنسيق بين الأسرة والمدرسة في تنفيذ هذه البرامج وعليه نستنتج على أنها اكتفت فقط بعلاج جانب واحد منه. كما أننا لم نصادف في الدراسات التي تم تناولها أية دراسة في البيئة الجزائرية استعملت العلاج باللعب كتدخل مبكر وكعلاج قائم بذاته لعلاج أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال في سن التمدرس إذ جميعها قد أجريت في بيئات أجنبية وعربية مختلفة ومعظمها أشارت على أن يكون محتوى برامج العلاج باللعب نابعا من بيئة الطفل، مما يؤكد الحاجة إلى مثل هذه الدراسات في الجزائر على هذه الفئة من الأطفال.

1-5-4-إفادة الباحث من الدراسات السابقة:

يتضح في العرض السابق الحاجة الماسة في الوقت الحاضر لإجراء المزيد من البحوث والدراسات في مجال العلاج المبكر لفئة قصور الانتباه وفرط الحركة، وعليه فإن الباحث استعان ببعض الدراسات الحديثة المشابهة في ميدان العلاج قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال ووظف ما توصلت إليه من نتائج في:

- وضع فرضيات الدراسة.
- إعداد البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية.
- تحديد المهارات المعرفية والسلوكية التي يحتاج إليها الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة.
- تحديد شكل وحجم العينة وأساليب اختيارها ومجانسة أفرادها في مستوى الذكاء.
- تحديد أدوات الدراسة الحالية وطريقة تطبيقها.
- تفسير نتائج الدراسة الحالية ومناقشتها في ضوء نتائج هذه الدراسات.

1-6-فرضيات الدراسة:

على ضوء نتائج الدراسات السابقة التي أجريت حول البرامج العلاجية الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام والأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة بشكل خاص، تطرح الدراسة الفروض التالية والتي تسعى للتحقق من صحتها:

- 1- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.
- 2- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة لصالح القياس البعدي.
- 3- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة الضابطة في درجات القياسين القبلي والبعدي وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة.
- 4- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس المتابعة، وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة.

الفصل الثاني:

قصور الانتباه وفرط الحركة

تمهيد

2-1- تطور مفهوم قصور الانتباه وفرط الحركة

2-2- تعريف قصور الانتباه وفرط الحركة

2-3- مظاهر قصور الانتباه وفرط الحركة

2-3-1- الأبعاد الأساسية (الأعراض الأساسية)

2-3-2- الأبعاد الثانوية (الأعراض المصاحبة)

2-4- تشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة

2-5- نسب انتشار قصور الانتباه وفرط الحركة

2-6- أسباب قصور الانتباه وفرط الحركة

تمهيد:

سيتم تناول في الجزء الأول من الإطار النظري للدراسة عرض لمحة تاريخية لاضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة وهنا سنحاول الإلمام بأهم التعاريف التي عرف بها هذا الاضطراب آن ذاك وصولا إلى التعاريف المستعملة حديثا، أيضا سيتم التطرق إلى أعراض الاضطراب وأهم طرق تشخيصه عند الأطفال، محددين في ذلك توضيح للأسباب الكامنة وراء ظهوره ونسب انتشاره.

2-1- تطور مفهوم قصور الانتباه وفرط الحركة (TDAH):

يعتبر مصطلح اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة من المصطلحات الحديثة نسبيا، التي تحددت معالمه خلال ثمانينات القرن الماضي (José Juneau, 2004, p48) (Michel Habib, 2011, p27). في الواقع الإشارات الأولى لهذا الاضطراب تعود إلى الطبيب والفيزيائي الاسكتلندي Alexander Crichton عام 1798 بوصفه للمشكلات الانتباهية لدى الأطفال في كتابه « An Inquiry Into The Nature and Origin of Mental Derangement » باعتباره لها نوع من الإفراط الحركي العقلي « Agitation Mental » (Alexander Crichton from <http://adhd-npf.com/english-adhd-history-1798-alexander/>)، وفي عام 1846 انتقلت أوصاف الاضطراب من المجال العلمي إلى المجال الأدبي بظهور قصيدة Zappel-philpp للطبيب والمصور الألماني Heinrich Hoffmann التي تدور أحداثها حول السلوكات الحركية الغير طبيعية لبطل القصة أثناء جلوسه أمام طاولة الأكل.

بقي هذا الاضطراب على هذا الحال غير معروف لمدة كبيرة من الزمن إلى غاية الفترة التي انتشر فيها وباء التهاب المخ (Encéphalite épidémique) بالولايات المتحدة الأمريكية (محاسن بهاء الدين خاشقجي، 1999، ص19) وفي سنة 1905 توصل العالم Georges Still إلى تحديد بعض مؤشرات من خلال دراسته للعلاقة الموجودة بين قصور الانتباه وفرط الحركة وداء التهاب المخ ما سمح بطرح وتطوير العديد من الفرضيات البيوعصبية المتعلقة بهذا الاضطراب. (Michel Bader, 2013, p70)

يشير (Tserkun, 2003) أن العديد من الباحثين قاموا بوصف هذا الاضطراب دون التمكن من تقديم تفسير علمي له (عبد العزيز السيد شخص وآخرون، 2012، ص230) ولذا فتسميته تختلف من فترة إلى أخرى، ففي سنة 1950 أطلق عليه مصطلح التلف المخي البسيط (Minimal Brain Damage) لاعتقاد علماء تلك الفترة أن أساس المشكلة يرجع إلى خلل وظيفي عصبي دقيق (محاسن بهاء الدين خاشقجي، 1999، ص20) وفي سنة 1957 استبدل المصطلح العضوي لقصور الانتباه وفرط النشاط بمصطلح سلوكي آخر يعرف باضطراب فرط

الحركة (Hyperkinetic Behavior Syndrome) أما في عام 1960 سمي من جديد بالاختلال الوظيفي الدماغي البسيط (Minimal Brain Dysfunction).

يرجع (Barkley1990) و (Cantwell1996) عدم اتفاق هؤلاء العلماء في تسمية هذا الاضطراب إلى عدم تحديد أسبابه بطريقة تجريبية (Josée Juneau et all,2004,p41) هذا من جهة وإلى غموض أعراضه من جهة أخرى، ما جعل الأبحاث المولية تتمحور على تحديد سلوكيات وأعراض هذا الاضطراب، بحيث كانت أول محاولة لدراسة أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة تعود إلى علماء الجمعية الأمريكية لعلم النفس «American Psychiatric Association- APA» سنة 1980 بصور الطبعة الثالثة للدليل الإحصائي التشخيصي «DSM3» ليصبح هذا الاضطراب يشمل على زملة من الأعراض تميزه عن الاضطرابات الأخرى والتي تصنف إلى قسمين كالتالي:

- الأول: قصور انتباه مصحوب بنشاط زائد (Déficit d'attention avec hyperactivité).

- الثاني: قصور انتباه غير مصحوب بنشاط زائد (Déficit d'attention sans hyperactivité).

ظل هذا التصنيف قائم إلى غاية صدور الطبعة المنقحة للدليل الإحصائي التشخيصي «DSM3-R» سنة 1987، بحيث استبدل علماء جمعية «APA» العرض الرئيسي في المتلازمة بالنشاط الزائد ليصبح يعرف بالنشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه (Hyperactivité avec déficit d'attention) وكانت حجتهم في ذلك أن قصور الانتباه وفرط النشاط هو اضطراب نمائي وليس سلوكي. (Michel Bader,2013, p70) بصور الطبعة الرابعة للدليل الإحصائي التشخيصي «DSM-4» استبعد من الجدول الإكلينيكي لهذه المتلازمة كل من الفصام، التأخر العقلي والاضطرابات الانفعالية (Michel Bader,2013,p70). وفي سنة 2000 أكدت نفس الجمعية «APA» في الطبعة المنقحة للدليل الإحصائي التشخيصي الرابع «DSM4-R» أن النشاط الزائد قد تختلف شدته من طفل إلى آخر، فتكون لدى البعض أعراض قصور الانتباه هي الغالبة أي نمط قصور الانتباه السائد ولدى البعض الآخر أعراض النشاط الزائد هي المسيطرة أي نمط النشاط الزائد/الاندفاعية المسيطر وأخيرا قد تتساوى الأعراض لدى أطفال آخرين أي النوع المختلط (APA,2000,p102).

2-2-تعريف قصور الانتباه وفرط الحركة (TDAH):

إن المتتبع لتاريخ قصور الانتباه وفرط الحركة يجد أن هذا الاضطراب حدد لأول مرة في القرن العشرين ومنذ تلك الفترة بقي ولا يزال محل جدل العلماء وكما ذكر في العنصر السابق احتوت هذه المتلازمة عدة تسميات من بينها:

Hyperkinésie, Dysfonction Cérébrale Mineure, Hyperactivité

(Nouara Abdel Shahid et all,2008,p31)

تذكر موسوعة علم النفس الشاملة (1999) على أن قصور الانتباه وفرط الحركة اضطراب نمائي يصيب الأطفال والمراهقين يتميز بعرضين هما العجز في تركيز الانتباه، زيادة النشاط أو الحركة بصورة شاذة بدون أهداف ما يجعل الطفل يواجه صعوبة في التركيز على عمل معين أو الاستمرار فيه لمدة طويلة.

(أمل كرم خليفة، 2009، ص 2547)

وهو ما أكدت عليه (فائقة محمد بدر وآخرون، 1999، ص 33) حيث أشارت إلى أن فئة قصور الانتباه وفرط الحركة يصابون بعجز على مستويين:

- الأول: عجز على مستوى الانتباه الذي يتضح من خلال عدم قدرتهم على التركيز على المنبهات المختلفة لمدة طويلة ولذلك فإنهم يجدون صعوبة في متابعة التعليمات وإنهاء الأعمال التي يقومون بها كما أن لديهم ضعفا في القدرة على التفكير مما يجعلهم يخطئون كثيرا، كما أن حديثهم في الحوار يكون غالبا غير مترابط.

- الثاني: عجز على مستوى عمليات الضبط ما يجعلهم يتسمون بالاندفاعية ويجيبون عن الأسئلة قبل استكمالها، كما يقومون ببعض السلوكيات التي تؤذي الآخرين أو تعريض أنفسهم للمخاطر دون أن يضعوا في اعتبارهم العواقب الوخيمة المترتبة على مثل هذه السلوكيات مثل القفز من أماكن مرتفعة أو الجري في شارع مزدحم بالسيارات دون النظر إلى الطريق.

معظم تعاريف العلماء لهذا الاضطراب كانت مبنية أساسا على الأعراض وفيما يلي عرض لبعض منها: يعرف (Kinsbourn, 1975) اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة بأنه نشاط عضوي مفرط وأسلوب حركي قهري يبدو في شكل سلسلة من الحركات الجسمية المتتالية وتحول سريع للانتباه وضعف القدرة على التركيز في موضوع معين والاندفاعية الغير مقبولة. (ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005، ص 50)

كما يصف (Ross et Ross, 1976) الطفل ذو قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة بأنه الطفل الذي يكون مستوى نشاطه عاليا في المواقف التي لا تتطلب ذلك، غير قادر على خفض هذا النشاط إذا طلب منه ذلك لديه قدرة على أن يصدر استجابة بسرعة أكثر من الطفل العادي، ويعاني من مشكلات سلوكية وتعليمية واضطرابات عصبية. (محاسن بهاء الدين خاشقجي، 1999، ص 20) (معصومة سهيل المطيري، 2005، ص 82)

كما يعرفه (Anthoney, 1995) بأنه اضطراب غير مناسب للمرحلة العمرية في مدى الانتباه وضبط الاندفاعية والتحمل وعدم الاستقرار الحركي يبدأ من مرحلة الطفولة ولا يرجع إلى اضطراب عصبي أو اضطراب انفعالي.

(ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005، ص 50)

كما يصفه (Rie et Rie,1980) على أنه "النشاط الزائد هو زملة من المتغيرات المترابطة التي تشمل بصورة أساسية النشاط المفرط، وعدم الانتباه، الاندفاعية، العدوان، عدم الطاعة، السلوك الغير اجتماعي ومشاكل التعلم" (محاسن بهاء الدين خاشقجي،1999،ص 21)

أما (Barkley,1990) فيعرفه على أنه "اضطراب في منع الاستجابة للوظائف التنفيذية، الذي يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات وعجز في القدرة على تنظيم السلوك تجاه الأهداف الحاضرة والمستقبلية مع عدم ملائمة السلوك بيئيا" (محمدي فوزية،2011،ص 26)

ويعرفه كذلك (إبراهيم الحسن الحكمي،2008) على أنه "اضطراب في سلوك الطفل تصاحبه أعراض أساسية تتمثل في الاندفاعية الحركة المفرطة الغير هادفة والغير مقبولة اجتماعيا بالإضافة إلى أعراض ثانوية كضعف التحصيل الدراسي، ضعف العلاقات مع الآخرين عدم الاتزان الانفعالي. (إبراهيم الحسن الحكمي،2008،ص7) من خلال ما تم ذكره من تعاريف، تتضح اختلافات العلماء في الألفاظ المستعملة لوصف هذا الاضطراب إلا أن معظمهم يتفقون في أن الأبعاد الرئيسية له تتمثل في: القصور في الانتباه، الاندفاعية، فرط الحركة. وهي العناصر التي سيتم عرضها في العنصر الموالي.

2-3- مظاهر قصور الانتباه وفرط الحركة:

يعتبر الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع (DSM-4) قصور الانتباه وفرط الحركة إحدى المتلازمات الفردية (Vallée Louis,2005,p24) التي تعرف وفق المواقف المعرفية والسلوكية من؛ قصور في الانتباه، اندفاعية وفرط في الحركة التي تظهر على الطفل في بيئتين مختلفتين بدرجة غير مناسبة إذا ما تمت مقارنتها بالعمر الزمني للفرد ونموه العقلي (Laurent Victoor,2006,p496). يمكن توضيح هذه المواقف المعرفية والسلوكية لهذه المتلازمة وفق الأبعاد التالية:

2-3-1- الأبعاد الأساسية (الأعراض الأساسية):

يعتبر قصور الانتباه وفرط الحركة ظاهرة عصبية تتميز بأعراض أساسية واضحة؛ من فرط حركي، اندفاعية وقصور في وظائف الانتباه تميزها عن غيرها من الاضطرابات (Jean-françois Cardin,2011, p1) (Michel Habib,2011, p27) (Patrick Berquin,2005,p14) (Roger Misès,2012, p57) وفيما يلي شرح لأهم هذه الأبعاد:

• قصور الانتباه: يشير كل من (Olivier Revol et all,2002,p1) و (Josée Juneau et

all,2004, p42) و (Patrick Berquin,2005,p14) على أن قصور الانتباه هو العنصر الأساسي

والقاعدة المرضية للخلل الوظيفي في هذه المتلازمة، الذي تتمثل أعراضه في:

- صعوبة في انتقاء المثيرات ذات الصلة (Laurent Victoor,2006,p498).
- قصر سعة الانتباه ومدته (Josée Juneau et all,2004,p42) (Patrick Berquin,2005,p14).
- صعوبة في توزيع الموارد الإنتباهية وتقسيمها على مهمتين تحدثان في وقت واحد (الانتباه المشترك) (Patrick Berquin,2005, p14)
- فشل في استيعاب المعلومات ذات الصلة (Olivier Revol et all,2002,p1) ونسيانها بسرعة (Patrick Berquin,2005,p14) ما يترتب عنها الفشل في أداء المهام المدرسية أو المهام الأخرى.
- (Patrick Berquin,2005,p14) (Josée Juneau et all,2004, p42)

• فرط الحركة:

- يرى كل من (Barkley et all,1993) نقلا عن (Josée Juneau et all,2004,p42) (Louis Vallée,2005,p65) و (قحطان احمد الظاهر،2008،ص261) و (Clémence Guilé et Berkouche Faiza,2014,p16) (all,2011,p63) أن الحركة الزائدة هي العرض الكلاسيكي الأكثر بروزا بين الأعراض الأخرى في هذا الاضطراب.
- كما يشير (Olivier Revol et all,2002,p3) أن عواقب النشاط الزائد تكون خطرة على الصحة الجسمية للطفل ولتوضيح هذه الأعراض، نقدم النقاط التالية كتلخيص لها:
- يترك الطفل مقعده لتجوله ذاهبا وإيابا في المكان الذي يوجد فيه بدون سبب.
 - يتميز بكثرة الحركة والتلمل في جلسته على المقعد.
 - دائما يتلوي بيده ورجليه ويقوم بوضع الأشياء التي تقع في متناول يده في فمه مثل الأقلام والأدوات الهندسية وغيرها.
 - يقوم ببعض الحركات الجسدية التي تحدث ضوضاء وتزعج الآخرين فمثلا قد يفرك في الأرض بقدميه ليحدث صوتا أو يضرب جوانب منضدته برجليه أو يحوم بيديه في المكان الذي يجلس فيه لكي يلتقط الأشياء القريبة منه أو يدق بالأقلام على المنضدة.
 - قد يلقي بكتبه وأدواته المدرسية على الأرض ويزحف بالكرسي في المكان الذي يجلس فيه هذا بالإضافة إلى قيامه بعدد من السلوكيات غير مقبولة والتي يكمن من ورائها فرط النشاط الحركي.
- (فائقة محمد بدر وآخرون،1999،ص54)

• الاندفاعية:

غالبا ما ترتبط الاندفاعية مع فرط الحركة (Olivier Revol et all,2002,p2) يذكر (Berquin,1998) نقلا عن (Patrick Berquin,2005,p14) أن قصور الانتباه يصاحبه صعوبات في الضبط: توقيف نشاط والانتقال من نشاط إلى آخر.

تعرف الاندفاعية على أنها حاجة ملحة لأداء نشاط مع استحالة كبه أو تأجيل الرغبة (Olivier Revol et all,2002,p2) ، يعتبرها (Patrick Berquin,2005,p14) (فائقة محمد بدر وآخرون،1999،ص54) (APA,2000,p134) (Clémence Guilé et all,2011,p63) بأنها تعبير لاستجابة غير ملائمة (عدم القدرة على تثبيط الأفعال اللفظية كمقاطعة الآخرين أثناء الحديث، الإجابة عن السؤال قبل سماعه، أو الحركية كالقفز من أماكن مرتفعة) تظهر على مستوى الوظائف التنفيذية (الحدس، التخطيط و التنظيم) والوظائف الإنتباهية على شكل أفعال غير مسبقة بتفكير ودون التدبر في عواقب السلوك. يترتب عنها على حد قول كل من (Laurent Victoor,2006,p497) و(Olivier Revol et all,2002,p2) عجز في الوظائف التكيفية: الحركية (عدم الصبر والفجائية في السلوكات) الإنتباهية (قصور في وظائف الانتباه) والعاطفية التي تمتد عواقبها إلى رفض الطفل من قبل الغير.

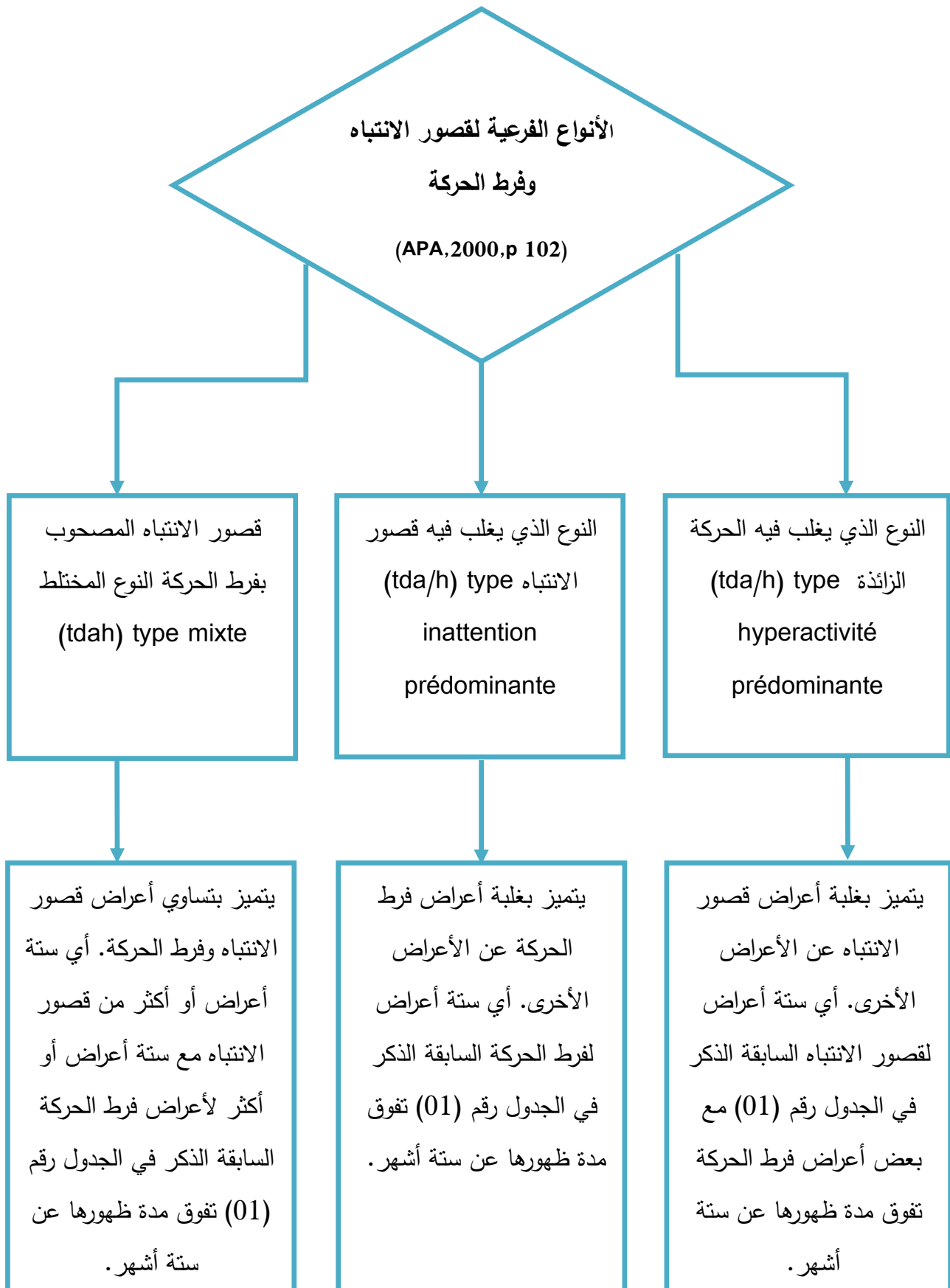
حددت الأبعاد الرئيسية لهذا الاضطراب من قبل الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) في دليلها التشخيصي الرابع (DSM-4)، ولتوضيح هذه الأبعاد نقدم الجدول التالي كملخص لها:

جدول رقم (01): ملخص لمعايير تشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة حسب (DSM4).

معايير التشخيص: ظهور 6 من بين 9 الأعراض التالية تظهر فئة أو في الفئات التالية	
أعراض قصور الانتباه	أعراض فرط الحركة
- يفشل في الانتباه للتفاصيل. - يواجه صعوبة للبقاء منتبه خلال اللعب أو أثناء العمل. - لا يصغي عند التحدث إليه. - لا ينهي الأنشطة التي بدأها ويفشل في الاستماع إلى كافة التعليمات. - لديه مشكلة في تنظيم أعماله أو ألعابه. - يؤكد كرهه للأنشطة التي تتطلب جهد متواصل. - يفقد الأدوات الضرورية خلال الأنشطة. - يتشتت انتباهه بسهولة. - لا يتذكر الأمور اليومية.	- يتحرك باستمرار. - يترك مقعده بطريقة غير ملائمة. - يجري ويتسلق في الأماكن الغير مناسبة. - غير قادر على اللعب بهدوء. - يبدو وكأنه في حركة مستمرة. - يتحدث بإفراط. - يجيب قبل نهاية السؤال. - لديه صعوبة في انتظار دوره. - يقطع الحديث أو الألعاب.
- بداية الاضطراب تكون قبل سن السابعة وينبغي أن تظهر هذه الأعراض في بيئتين مختلفتين (المنزل، المدرسة) لمدة 6 أشهر فما فوق وتؤثر سلبا على حياته اليومية. - نشأة هذا الاضطراب غير مرتبط بإصابات عضوية أو اضطرابات نمائية شاملة، مرض نفسي أو عقلي.	

بالإضافة إلى الأعراض السابقة، ينقسم الاضطراب إلى 3 أنواع فرعية (Patrick (Roger Misès,2012,p57) (Baylé,2010,p401) (Berquin,2005,p14) تفرق إكلينيكيًا وفق غلبة الأعراض. وفيما يلي مخطط توضيحي لأهم هذه الأنواع:

شكل رقم (01): يمثل الأنواع الفرعية لاضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة



يرى (Patrick Berquin,2005,p14) (Michel Habib,2011,p28) أن النوع الذي يغلب فيه فرط الحركة تكون فيه أعراض قصور الانتباه تقريبا غائبة، يكون تشخيصه أسهل من النوع الذي يغلبه قصور في الانتباه والذي يتميز أصحابه في الغالب بالانسحاب والخمول ولا يتظاهرون بأي سلوك ما يجعلهم لا يلاحظون وفي الأخير يتم نساينهم ولا يشخصون. فيما يخص النوع المشترك تكون فيه عرض قصور الانتباه أكثر ثباتا عبر الزمن وأقل بروزا عن غيرها من الأعراض (Clémence Guilé et all,2011,p63).

2-3-2- الأبعاد الثانوية(المصاحبة): إن تأثير قصور الانتباه وفرط الحركة على الطفل لا يتوقف على مستوى الأعراض الأساسية من قصور الانتباه، اندفاعية وفرط حركي (Nancy le Blanc,2009,p201) بل يمتد إلى مستويات نمائية أخرى منها؛ المعرفية، اللغوية، التكيفية، الحركية، العاطفية والتعليمية. (Prayez et all,2014,p76)

يرى (Beiderman et all,1993) نقلا عن (Michel Habib,2011,p27) أن قصور الانتباه وفرط الحركة يظهر في مرحلة الطفولة ويستمر حتى سن الرشد إلى ما يقارب واحد في الاثنين من الحالات وهو اضطراب يؤثر على جميع جوانب حياة الفرد: المدرسية، العلائقية والمهنية (Berkouche Faiza,2014,p16) (Baylé,2010,p401) (Jean François Cardin,2011,p1) (Vallée Louis,2005,p65). ويجعله يعيش وضعية فشل وإخفاق (Prayez et all,2014,p81) وضعف في تقدير الذات (Michel Habib,2011,p27)

على غرار الصعوبات المدرسية، يؤثر هذا الاضطراب بدرجة كبيرة على التفاعلات بين الطفل و والديه (Prayez et all,2014,p75). ما يجعلهم منبوذين ويواجهون رفض من قبل الغير خاصة الأقران والمعلمين نتيجة لسلوكاتهم السلبية التي تتميز بالغضب والعدوان والعنف (Josée Juneau et all,2004,pp38-39). ولتوضيح الأبعاد الثانوية للاضطراب، نقدم النقاط التالية كتلخيص لها:

- انخفاض التحصيل الدراسي Low Academic Achievement .

- ضعف العلاقات مع الآخرين Poor RelationShips With othres .

- مشكلات التواصل Conduct Problems .

- انخفاض مفهوم الذات Low Self-Concept .

- اضطراب المزاج Mood Disorders .

- صعوبات في التنسيق Difficulties in coordination .

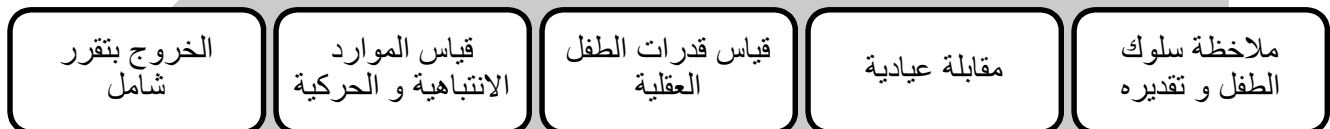
(سليمان عبد الوحيد يوسف إبراهيم،2010،ص181)

2-4- تشخيص اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة:

ذكر في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM4-R المحكات الرئيسية التي يتم على أساسها تشخيص اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال كما أشير إليه سابقاً في الجدول رقم (01) حيث أكد هذا الدليل على ضرورة ظهور هذه الأعراض لدى الطفل قبل السن السابعة وعلى أن يكون ظهورها في كل من البيئة المنزلية والمدرسية معاً لمدة ستة أشهر متتالية على الأقل (فائقة بدر وآخرون، 1999، ص57) بما أن قصور الانتباه وفرط الحركة له الجدول العيادي الخاص به (APA, 2000)، فإن التشخيص يتطلب بالإضافة إلى المحكات، التعدد في الوسائط واستعمال اختبارات نفسية ذات خصائص سيكومترية جيدة (Josée Juneau et al, 2004, p48). من هنا فإن عملية تشخيص الاضطراب تتم بملاحظة سلوك الحالة وتقديره باستعمال مقاييس تقدير السلوك كمقياس كونر -Echelle de Conner- (عبد الرحمن السيد سليمان وآخرون، 2011، ص5) (Olivier Revol, et al, 2002, 1171) (Simoes et al, 2009, p189) (Prayez et al, 2012, p24) (Berkouche Faiza, 2014, p17). لتتبعها مقابلة عيادية يتم فيها عدة فحوصات لاستبعاد الاضطرابات الأخرى (نمائية شاملة، أمراض نفسية أو عقلية) (Baylé et al, 2010, p402) كما يلي:

- فحص طبي للتأكد من السلامة الجسدية للطفل.
- فحص التاريخ الشخصي والعائلي للحالة (Berkouche Faiza, 2014, p18)
- فحص العناصر النمائية للطفل في البيئة العائلية والمدرسة (فحص الدفتر المدرسي مع الأخذ بعين الاعتبار التحولات المدرسية، صعوبات التعلم، مقارنة الأداء بالقدرة) (Baylé et al, 2010, p402)
- قياس الموارد العقلية، الإنتباهية والحركية بواسطة اختبارات نفسوعصبية (Olivier Wisc) (Stroop) (Olivier Revol, et al, 2002, 1172) (Berkouche Faiza, 2014, p18) (Baylé et al, 2010, p402).

ولتوضيح هذه الخطوات، سوف نعرض الشكل التالي كملخص للخطوات التي سنعتمدها في بحثنا الحالي:
الشكل رقم (02): يمثل خطوات تشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة في البحث الحالي.



(Olivier Revol, et al, 2002, p1172) (سليمان عبد الوحيد يوسف ابراهيم، 2010، ص185)

2-5- نسب انتشار قصور الانتباه وفرط الحركة:

تشير الجمعية الأمريكية للطب العقلي "APA" في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع-المنقح (DSM4-R) إلى ارتفاع كبير في عدد الأطفال المصابين بهذا الاضطراب مقارنة بما كان موجود في إحصائيات الطبعة السابقة منه (DSM3-R)، بنسبة تتراوح بين 3 و 7 ٪ (APA,2000, p 138).

وتؤكد الدراسات (Baylé,2010, p401) (Michel Habib,2011, p27) (APA,2000, p138) (Laurent Victoor,2006,pp496-497) (Francine Lussier,2014, p39)، أن قصور الانتباه وفرط الحركة هو الاضطراب النمائي الأكثر تواترا لدى الأطفال في سن التمدرس حيث بلغ معدل الحالات المحالة في الطب العقلي بالولايات المتحدة الأمريكية على حد دراسة (Beiderman et Faraone,2005) نسبة تتراوح بين 3 إلى 7 ٪ (Michel Bader,2012, p153) وهي نسب قريبة مما هي موجودة في (DSM4-R).

في الكثير من الأحيان يشخص هذا الاضطراب من 3 إلى 4 مرات لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث (Laurent Victoor,2006,pp496-497) ويقدر كل من (Szatmari, Offord er Boyle 1989) نسبته في السن ما بين 4 إلى 16 سنة لدى الذكور بـ 9 ٪ و لدى الإناث بـ 3 ٪. (Josée Juneau et all,2004,p44) ويرجع كل من (Laurent Victoor,2006,pp496-497) وماكينني المشار إليه في دراسة (معصومة سهيل الميطري،2005،ص84) الانحراف في النسب إلى متغير الجنس كون فئة الذكور تكون الأعراض السلوكية (اندفاعية وحركة زائدة) لديهم أكثر تواترا بالتالي يسهل ملاحظتها من قبل المعلم أو المختص على عكس فئة الإناث التي لا يجلبن انتباه المختصين ويتميزن في الغالب بالخمول وعدم الانتباه.

يشير (Laurent Victoor,2006,pp496-497) أن نسبة انتشار قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال بين المجتمعات تختلف باختلاف الوضعية الجغرافية، سن الأفراد، الأدوات المستعملة في التشخيص. ولتوضيح الاختلافات الجغرافية في هذه النسب سوف نعرض الجدول رقم(02) كملخص لها:

جدول رقم (02): يوضح النسب المئوية لانتشار قصور الانتباه وفرط الحركة لدى بعض الدول.

البلد	النسب المئوية	المرجع
أمريكا (أمريكا الشمالية)	7 إلى 9 %	(Gonon et all,2010,p273)
أمريكا (كندا)	3 إلى 5 %	(Noura abdel shahid,2008,p31)
أوروبا	2 إلى 5 %	(Laurent Victoor,2006,pp496-497)
أوروبا (بريطانيا)	1 %	(ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005، ص 53) (هاندي بنت محمد اسماعيل عفاشة، 2008، ص 43)
آسيا (الصين الشعبية)	7.8 %	(هاندي بنت محمد اسماعيل عفاشة، 2008، ص 43)
آسيا (تايوان)	9.9 %	(هاندي بنت محمد اسماعيل عفاشة، 2008، ص 43)
آسيا (المملكة العربية السعودية)	15 %	(بن عربة زكية، 2010، ص 37)
آسيا (الرياض)	16 %	(ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005، ص 54)
آسيا (الرياض)	12.6 %	(هاندي بنت محمد إسماعيل عفاشة، 2008، ص 43)
إفريقيا (مصر)	6.2 %	(أمل كرم خليفة، 2009، ص 2547)
إفريقيا (تونس)	9.94 %	(Khaoula Khemakhem et all,2015)
جميع أنحاء العالم	4 إلى 8 %	(Baylé,2010, p401)

يتضح من خلال الجدول السابق الآتي:

- أن انتشار قصور الانتباه وفرط الحركة في مختلف مناطق العالم يتراوح بين 4 % إلى 8 %.
 - أما أكبر نسبة انتشار له ترجع للبلدان العربية (المملكة العربية السعودية، الرياض)
 - وأقل نسبة له سجلت بالدول المتقدمة (أمريكا، كندا، بريطانيا).
- ومما سبق قد يتضح مدى اهتمام الدول المتقدمة بمشكلة قصور الانتباه وفرط الحركة من خلال السعي إلى توفير كل الوسائل العلاجية له حتى لا تتضخم نسبة هذه المشكلة أكثر من ذلك، على عكس الدول العربية.

2-6- أسباب قصور الانتباه وفرط الحركة:

على الرغم من أن قصور الانتباه وفرط الحركة وصف على نطاق واسع خلال القرن الماضي إلا أنه لا يزال يطرح وسط المجتمع العلمي عدة تساؤلات متعلقة بمسبباته (Olivier Revol et all, 2002,p1) فمن العلماء من يرجعه إلى الوراثة والبعض الآخر من يرجعه إلى مشكلات وظيفية في الدماغ وآخرون من يحصرها في عوامل بيئية، وعليه فإن قصور الانتباه وفرط الحركة متلازمة ذات أسباب وعوامل متعددة غير محددة. (Patrick Berquin,2005,p14)

في هذا الصدد ذكرت بعض الدراسات المهمة بتصوير وظائف الدماغ (Micke Faraone et Smith) (AK,2009) والتي تم الإشارة إليها في دراسة (Gonon et al,2010,pp275-276) العيوب الجينية المرتبطة بقصور الانتباه وفرط الحركة لدى هؤلاء الأطفال، حيث توصلت إلى إيجاد اختلافات جينية على مستوى الهياكل الدماغية للقشرة المخية بين هذه الفئة وفئة الأطفال العاديين (Noura abdel Shahid et al,2008,p32). بالإضافة أكدت فرقة JUDITH المشار إليها في (Gonon et al,2010,pp275-276) على أن هذه الاختلافات الجينية ترجع إلى تأخر في النمو يقارب الثلاث سنوات.

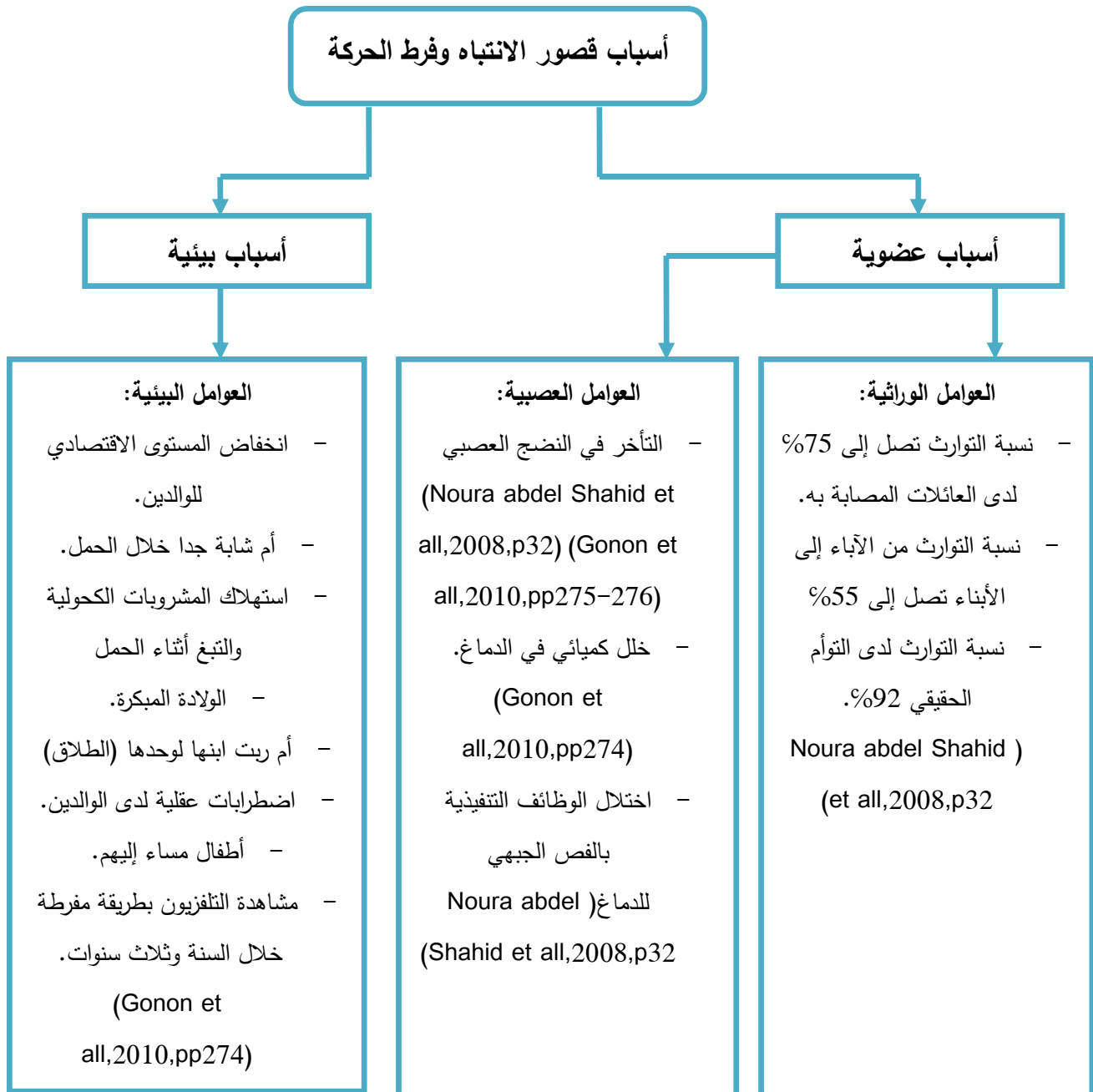
نسبت الأبحاث الطبية خلال مدة تفوق 40 سنة سببية هذا الاضطراب إلى العوامل العصبية لسببين، الأول يظهر في الأثر الايجابي لـ Psychostimulants (Méthylphénidate, Amphétamines) في التخفيف من أعراض قصور الانتباه لدى معظم حالات هذه الفئة. والسبب الثاني قائم على طبيعة عمل هذه الأدوية على مستوى المشابك العصبية، بمنعها للخلايا لإعادة التقاط الدوبامين مما يسبب ارتفاع نسبته خارج الخلية ويسهل في الأخير النقل العصبي. (Gonon et al,2010,pp274)

وفي سياق آخر ارجع كل من (Halperin et Soung-Barke,2010) المشار إليهم في دراسة (Michel Bader,2012,p153) السبب في هذه المتلازمة لدى معظم الحالات إلى العوامل الوراثية وتحدد (Noura abdel Shahid et al,2008,p32) نسبة توارث هذه المتلازمة من الآباء إلى الأبناء بـ 55% ولدى التوائم الحقيقي بـ 92%.

على الرغم من أن الإشارات التي تم ذكرها أعطت أهمية كبرى للعوامل البيولوجية والوراثية لتفسير هذا الاضطراب إلا أن الأدبيات تثبت وجود عوامل أخرى تأتي من محيط الطفل وتساهم في حدوث الاضطراب وتقاوم أعراضه (Nancy le blanc,2009,p203) من بينها العوامل المتعلقة بظروف الحمل والولادة النزاعات الوالدية، الطبقة الاقتصادية والاجتماعية، طبيعة التغذية. (Noura abdel Shahid et al,2008,p32)

من خلال استقراءنا لبعض الأدبيات السيكلوجية المتعلقة بهذا الاضطراب وجدنا الدراسات تشير بأن هذا الاضطراب محصور في عدة عوامل تتفاعل فيما بينها منها ما يتعلق بعضوية الفرد ومنها ما يتعلق بمحيطه. لتوضيح هذه الأسباب، نقدم الشكل التالي كملخص لها:

شكل رقم (03) يصف أسباب قصور الانتباه وفرط الحركة.



بناء على هذا نستنتج أن هذا الاضطراب ما هو إلا نتيجة لمتغيرات كثيرة لا يمكن حصرها في سبب واحد ومنه فان قصور الانتباه وفرط الحركة ينتج عن تفاعل عوامل عضوية مع عوامل بيئية.

الفصل الثالث:

التكفل بقصور الانتباه وفرط الحركة

تمهيد

3-1- بعض التدخلات العلاجية لقصور الانتباه وفرط الحركة

3-1-1- العلاج بالتغذية

3-1-2- العلاج الطبي

3-1-3- العلاجات النفسية

3-1-3-1- العلاج الأسري

3-1-3-2- العلاج السلوكي

3-2- العلاج باللعب

3-2-1- لمحة تاريخية حول العلاج باللعب

3-2-2- تعريف العلاج باللعب

3-2-3- أساليب العلاج باللعب

3-2-3-1- العلاج باللعب السلوكي المعرفي

3-2-3-2- العلاج باللعب الجشطاطي

3-2-3-3- العلاج باللعب الأدلري

3-2-3-4- العلاج باللعب غير الموجه المتمحور على الشخص

3-2-3-5- العلاج باللعب التحليلي

تمهيد:

سيتم تناول في الجزء الثاني من الإطار النظري للدراسة عرض لبعض التدخلات العلاجية المستعملة مع فئة الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة بهدف الإلمام بأهم المفاهيم الأساسية المستعملة في هذه التقنيات، كما سيتم التطرق كذلك في هذا الفصل إلى وصف مفصل لتقنية العلاج باللعب وأهم المجالات التي استعملت فيها.

3-1- بعض التدخلات العلاجية لقصور الانتباه وفرط الحركة:

يعتبر مجتمع ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة مجتمع غير متجانس والاضطراب بحد ذاته يرجع إلى أسباب وعوامل متعددة، لذلك لا بد من أن تشمل عملية الكشف عدة فحوصات تحيط بجميع جوانب الطفل بهدف الخروج في الأخير بخطة علاجية مناسبة. (Berkouche Faiza,2014,p18)

يرى (Laurent Victoor,2006,p499) أن العلاج يقوم أساسا وفق شدة الأعراض ودرجة تأثيرها على جودة الحياة. كما يؤكد (Josée Juneau et all,2004,p48) على أهمية العلاج بحجة أن في حالة عدم تلقي العلاج المناسب ستتضخم التأثيرات السلبية للاضطراب لتشمل مستويات أخرى كانهخفاض في تقدير الذات ضعف الأداء المدرسي، سلوكيات لا اجتماعية، انحراف، إدمان.

في هذا الصدد يقدم (سليمان عبد الوحيد يوسف إبراهيم،2010،ص 187) أهم الخطوات والإجراءات العلاجية التي من شأنها أن تقلل أعراض الاضطراب وهي كما يلي:

- التدريب على تركيز الانتباه.
- زيادة مدة الانتباه.
- زيادة المرونة في نقل الانتباه.
- تحسين تسلسل عملية الانتباه.
- علاج النشاط الزائد.
- علاج الاندفاعية.

أما الآن سنعرض أهم التدخلات العلاجية المقدمة لفئة قصور الانتباه وفرط الحركة:

3-1-1- العلاج بالتغذية:

يستند هذا التدخل العلاجي على وجود علاقة موجبة بين الحساسية لأنواع معينة من الغذاء واضطراب فرط الحركة لدى الأطفال (إبراهيم الحسن الحكمي،2008،ص 18). في هذا الصدد حددت (Nussbaum et Bigler,1990) المشار إليها في (فائقة بدر وآخرون،1999،ص 42) الصبغيات والمواد الحافظة التي تضاف للمواد الغذائية المجهزة كعوامل مسببة لتفاقم أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة.

يعتبر (تهاني محمد عثمان منيب وآخرون، 2013، ص15) برامج التغذية من البرامج البديلة التي تساعد بنسبة جيدة في خفض المظاهر السلوكية لدى ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة، التي أثبتت البعض منها فاعليتها بنسبة تتراوح بين 20 إلى 62%.

ويؤكد (تهاني محمد عثمان منيب وآخرون، 2013، ص 15) أن العلاج الغذائي يعتمد في نجاحه على استمرارية الطفل في الحمية وتنفيذها بطريقة صحيحة. باستبعاد النكهات والألوان الصناعية، الشيكولاتا، المواد الحافظة والكافيين (هاندي بنت محمد إسماعيل عفاشة، 2008، ص51).

إلا أن ما يجذب الانتباه انه لا يوجد نظام محدد يساعد جميع أطفال هذه الفئة في خفض حدة الاضطراب وهو علاج يحتاج إلى أخصائي في التغذية كون الحمية قد تصبح خطيرة على صحة الطفل في حالة افتقاده للعناصر الغذائية المهمة التي يحتاج إليها لاستمرار نموه من جميع الجوانب. كما يشير (Michel Bader, 2012, p71) من جانب آخر على عدم جدوى هذا العلاج باعتباره مجرد فرضية لم تثبت فاعليته علمياً.

3-1-2- العلاج الطبي:

يعد المدخل الطبي من العلاجات التقليدية التي استخدمت بشكل كبير لعلاج كثير من الحالات في مجال التربية الخاصة ابتداء من الإعاقة العقلية والانفعالية والحسية إلى حالة قصور الانتباه وفرط الحركة، ومزال هذا المدخل مستخدماً حتى يومنا هذا بالرغم من ظهور علاجات نفسية وسلوكية والتي تكون أكثر تلاءماً لدى هذه الفئة. (قحطان احمد الظاهر، 2008، ص262)

يرى (Taylor et all, 2004) المشار إليهم في دراسة (Laurent Victoor, 2006, p499) انه يمكن توظيف العلاج الدوائي منذ أول وهلة بشرط أن تكون الحالة حادة وان يكون قصور الانتباه لديها هو العرض الغالب. من أشهر الأدوية التي استخدمت في هذا الجانب دواء الريتالين -Retalin- وهو من الأدوية الجينية وهذا هو الاسم التجاري، أما الاسم العلمي له فهو المثيل فنياديت -Methel Phenidate-. وهناك أدوية أخرى استخدمت مع الأطفال الذين لديهم قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط مثل دامفيتامين -D'amphetamine- وبنزدرين -Benzedrine- وبيمولين -Pemoline- إضافة إلى أدوية خافضة للنشاط الحيوي مثل انافرانيل -Anafranil- وديسبرامين -Desipramine- (قحطان احمد الظاهر، 2008، ص262)

اظهر (Amstrong, 1995) المشار إليه في دراسة (Francine Lussier, 2014, p39) أن التأثير الايجابي لهذه الأدوية يصل إلى درجة تحسن تقدر بـ 70-85% لدى معظم الحالات. وعلى الرغم من هذه التحسنات تبقى هذه الأدوية ذات أعراض جانبية تتمثل في اضطرابات النوم فقدان الشهية ونقص النمو (سلطان الصعيدي، 2012، ص59). وتشير كذلك (Francine Lussier, 2014, p39) أن بمجرد سحب الدواء يعود الفرد على ما كان عليه.

ويضيف (Nussbaum et Bigler,1990) أن من أهم مساوئ هذا علاج الإدمان الذي يظهر نتيجة استعمال هذه الأدوية لفترة زمنية طويلة (فانقة بدر وآخرون،1999،ص88)، هذا ما أكدت عليه الهيئة التنظيمية للدواء في الولايات المتحدة الأمريكية (FDA-Food and Drug Administration) مؤخرا ما جعلها ترسل خمسة شركات دوائية تطلب منهم سحب الإعلانات التلفزيونية لمنتجاتها بحجة الخطر الذي تمثله هذه الأدوية والمتمثل في التعاطي، الإدمان، الانحراف والفشل المدرسي. (Gonon et all,2010,p278)

يشير (Benoit Blanchard et all,2008,p164) على أن المدخل الطبي مدخل علاجي غير مناسب وغير فعال مع كل الحالات. كما يؤكد الاتحاد الأوروبي على عدم وصف هذه الأدوية إلا للحالات التي لا تظهر تحسن للعلاجات النفسية المختلفة (Laurent Victoor,2006,p499) ويوصي كل من (Nancy le Blanc,2009,p210) و (Jean-Michel Albaret et all,2011) بضرورة استعمال العلاجات الأخرى الغير دوائية في علاج قصور الانتباه وفرط النشاط ومتابعة فاعليتها.

3-1-3- العلاجات النفسية:

تطورت التدخلات العلاجية النفسية لقصور الانتباه وفرط الحركة مع بداية السبعينيات 1970، ففي البداية كانت الممارسات العلاجية موجهة للأولياء على شكل «Training» أو «Coaching» وكانت تهدف إلى تحسين السلوكيات العائلية والاجتماعية للطفل. بعد سنوات تمحورت على علاج أعراض الاضطراب (قصور انتباه/اندفاعية/ حركة زائدة) لدى الأطفال والمراهقين. (Michel Bader,2013,p72) .

أكد Silver1990 المشار إليه في (عبد العزيز السيد الشخص وآخرون، 2012، ص722) أن قصور الانتباه وفرط النشاط يرجع إلى خلل وظيفي نورولوجي يمكن علاجه من خلال الاستراتيجيات العلاجية مختلفة مثل تعديل أو ضبط السلوك، والإرشاد الأسري. وفيما يلي عرض مختصر لأهم العلاجات النفسية:

3-1-3-1- العلاج الأسري:

هو احد أساليب العلاج البيئي أو الاجتماعي الهدف منه تعديل البيئة المنزلية الأسرية أو تغييرها (تهاني محمد عثمان منيب وآخرون،2013، ص823) كون التفاعل السلبي بين الطفل والوالدين يؤدي إلى إحداث فجوة في العلاقة بينهم ويزيد من المشكلات السلوكية لدى الطفل من هنا جاء دور العلاج الأسري مستهدفا تعديل البيئة المنزلية للطفل وتدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل لدى طفلهم (بن عربة زكية،2010،ص61).

غالبا ما تكون خطوات هذا العلاج محصورة في التعريف بالآباء والمعلم ما هو الاضطراب وما هي الأعراض السلوكية المسببة له وما الذي يجب فعله لمواجهة ومساعدة الطفل. (أمينة إبراهيم شلبي،2009،ص216)

في هذا الصدد صممت العديد من البرامج الأسرية لعلاج قصور الانتباه وفرط الحركة، إلا أنه سنكتفي بذكر ملخص لبعض منها في الجدول التالي:

جدول رقم (03): يمثل أهم العلاجات الأسرية لفئة قصور الانتباه وفرط الحركة.

البرنامج	برنامج فورهند و ماكماهون	برنامج باتيرسون	برنامج باركلي
مصممه	Forehand, McMahon(1981)	Patterson(1981)	Barkley(1987)
الإطار النظري	نظرية التعلم الاجتماعي	نظرية التعلم الاجتماعي	نظرية التعلم الاجتماعي
أهدافه	تدريب الوالدين على طريقة تفاعل صحيحة مع سلوك المشكل لدى الطفل وتعميم هذا التفاعل مع الأنماط السلوكية الغير المرغوبة التي يظهرها الطفل في المنزل.	تصحيح طريقة التفاعل الاجتماعي التي تحدث بين الوالدين وطفلهم الذي لديه سلوك مشكل حتى يمكن تعديله	تتمية مهارات الوالدين في التعامل مع هذه المشكلات السلوكية لدى أطفالهم ومساعدتهم على تعديلها.
محتوى البرنامج وطريقة تطبيقه	- تحديد نقاط القوة والضعف في شخصية الطفل وسلوكه من خلال إجراء مقابلات الأولى مع الوالدين فقط والثانية مع الوالدين والطفل. - تدريب الوالدين على طريقة تفاعل صحيحة مع طفلهم (في 10 جلسات على الأقل) - ملاحظة التفاعل بين الوالدين والطفل في حجرة خاصة بالملاحظة مع تزويد الوالدين بجهاز لاسلكي لاستقبال توجيهات المعالج. - تدريب الوالدين على طريقة عقاب الطفل عن طريق العزل.	- في الأول يتعرف المدرب على عمر الطفل ثم يحصر المشكلات السلوكية لديه ودرجة تأثيرها على أفراد الأسرة، ثم يقدم بعرض نظرية التعلم على الوالدين مفسرا أنماط السلوك الصحيحة والغير صحيحة في المراحل العمرية المختلفة. - بعدها يدرّب الوالدين على إقامة علاقة طيبة مع طفلهم وتنمية التواصل الاجتماعي والتفاعل الإيجابي بينهم كما يتم فيها أيضا تحديد سلوك واحد من سلوكيات المشكلة لدى الطفل ويبدعون في التدخل والتفاعل معه لتعديله. - يدرّب الوالدين على طريقة عقاب الطفل من خلال عزله في حجرة خاصة مع تزويدهم بشريط فيديو لتوضيح العقاب. - يدرّب الوالدين على تعميم طريقة العزل مع سلوكيات أخرى تظهر في المنزل أو خارجه. - متابعة الأسرة للتأكد من استمرارية طريقة التفاعل الصحيحة بين الوالدين والطفل من جهة واستمرار سلوكيات الطفل التي تم تعديلها من جهة أخرى بالإضافة إلى تقديم توجيهات إضافية.	- حصر المشكلة السلوكية وإرشاد الوالدين بالضرورة في الإسراع بحلها وتزويدهم بالمعلومات الكافية عنها. - تدريب الوالدين على طريقة التفاعل مع السلوك المشكل لدى طفلهم. - تدريب الطفل على اللعب باستقلال بعيدا عن الوالدين عندما يكونا مشغولين. - تدريب الوالدين على طريقة عقاب الطفل. - تدريب الوالدين على السيطرة على سلوك الطفل في الأماكن العامة خارج المنزل.
الفنيات المستخدمة في البرنامج	التعزيز الإيجابي، التعزيز السلبي، العقاب، لعب الدور	العقاب	التعزيز (المادي والمعنوي) العقاب (حرمان الطفل من اللعب، عزل الطفل وإجباره للجلوس على كرسي)

(فائقة بدر وآخرون، 1999، ص ص 101-111)

3-1-3-2- العلاج السلوكي:

يقوم العلاج السلوكي على عدة مبادئ أهمها (لويس كامل مليكة، 1990، ص 27-28):

- معظم السلوكيات الإنسانية السوية أو الغير سوية هي سلوكيات متعلمة.
 - السلوك اللاسوي لا يرجع إلى طبيعة التعلم فحسب وإنما ترجع إلى مضمون التعلم.
- ويعتبر من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة مع فئة قصور الانتباه وفرط الحركة، يظهر ذلك في دراسة كل من (إيمان فؤاد الحاج إبراهيم، 2011) ودراسة (Marie-Claude Guay et all, 2011) ودراسة (فوزية محمدي، 2011). يركز هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم حيث يحدد المعالج السلوكيات الغير مرغوبة لدى الطفل ويقوم بتعديلها بسلوكيات أخرى مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية. (فائقة بدر وآخرون، 1999، ص 88)

وفيما يلي عرض موجز لأهم تقنيات العلاج السلوكي والمتمثلة في: التعزيز، الملاحظة والنمذجة، الاسترخاء، ضبط الذات، اللعب.

❖ التعزيز:

عادة ما يستخدم التعزيز الايجابي مع العلاج السلوكي، وهو يعني مكافئة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يترتب عليه وقد يكون التعزيز الايجابي إما ماديا مثل مكافأة الطفل ببعض النقود أو قطع الحلوى أو معنويا مثل تقبيل الطفل أو مداعبته أو مدحه بعبارات شكر مختلفة (فائقة بدر وآخرون، 1999، ص 88) وله نوعان تعزيز ايجابي وتعزيز سلبي.

❖ الملاحظة والنمذجة:

أسلوب يستعمل للتدريب على سلوك جديد بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين، تستند هذه الطريقة إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج وتزداد فاعلية النمذجة إذا جمع بينها وبين إجراءات أخرى. (لويس كامل مليكة، 1990، ص 104-105)

❖ الاسترخاء:

استخدم العلاج بالاسترخاء كأسلوب علاجي لمصاحب للأساليب الأخرى التي تساعد في علاج اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة ويستند هذا الأسلوب على أساس فزيولوجي يشير إلى أن هذا الاضطراب يرجع إلى توترات عضلية وعصبية لدى الطفل تؤدي إلى بعض الحركات اللاإرادية الزائدة وتنتشر أعضاءه الداخلية فتزداد دقات قلبه ويقل أو يزيد نشاط بعض الغدد الصماء ومن أساليب العلاج بالاسترخاء: الاسترخاء العضلي التصاعدي الاسترخاء العميق. (إبراهيم الحسن الحكمي، 2008، ص 19)

يستخدم الاسترخاء عدد متنوع من الإجراءات لإحداث استرخاء عضلي عميق وتقوم معظم هذه الإجراءات على أساس الطريقة التي وضعها جاكوبسون والمعروفة باسم الاسترخاء المتدرج «Progressive Relaxation» وهي تتطلب من المريض التوتر ثم استرخاء المجموعات العضلية الرئيسية بدءاً من قمة الجسم إلى أسفله وبطريقة ثابتة ونظامية. (لويس كامل مليكة، 1990، ص53)

الاسترخاء من ميزاته التقليل من التوتر العضلي وتوفيره للفرد وسيلة لضبط سلوكه الاندفاعي من خلال التركيز على المعطيات الجسمية إلا أن هذا الوسيط قد يصعب توظيفه في بداية الحصص العلاجية نظراً لغلبة السلوكيات الحركية المفرطة ما يلزم في الأخير توفير وبرمجة عدة حصص للحصول على نتائج مرضية (Clémence Guilé et al, 2011, p66)

❖ ضبط الذات:

بما أن أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة يتميزون بضعف التحكم في الذات الناتج عن الاندفاعية وصعوبات في الانتباه، نجد Berkley يصف فاعلية طرق الضبط الذاتي من تقييم وتعزيز ذاتي عبر حوار داخلي في خفض هذا النوع من الأعراض. (Josée Juneau et al, 2004, p47)

بالنسبة لبراكلي Berkley ، فإن آليات التثبيط في طبيعتها تنموا بطريقة تدريجية بموازاة النضج والخبرة لاكتساب ما يعرف بـ «Syntaxe Comportementale» وذلك بالتنسيق مع النمو اللغوي خاصة الحوار الداخلي (الذي ينمو في مرحلة الطفولة) الذي يمكن الفرد من تنظيم السلوكيات الخاصة به. (Michel Habib, 2011, p29) يشير (Raynald Goudreau, 2000, p26) أننا نستطيع تدريب الطفل على تقنية الحوار الداخلي بطريقة تدريجية خلال مراحل الطفولة، انطلاقاً من التحدث إلى الذات بصوت مسموع في سن خمس سنوات وصولاً إلى الحوار الداخلي الغير المسموع ما بين 8 إلى 12 سنة.

يتضمن التنظيم الذاتي بوصفه استراتيجية علاجية المواقف التي يكون فيها الفرد نفسه أداة تغير سلوكه في هذه الاستراتيجية العلاجية يرتب المعالج التدعيم بصورة ينتقل فيها العميل من الضبط الخارجي لسلوكه إلى الضبط الداخلي للسلوك. ومن أساليب الضبط الذاتي: الملاحظة الذاتية، تخطيط البيئة والبرمجة السلوكية. (لويس كامل مليكة، 1990، ص113-115) وفيما يلي عرض مختصر لها:

- الملاحظة الذاتية: تمثل مهارات الملاحظة الذاتية (أو التسجيل الذاتي أو الرقابة الذاتية كما يطلق عليها أحياناً) طريقة لتنمية الوعي أي معرفة المنبهات أو المعلومات التي قد تؤثر في أفعال الفرد وهي بيانات يجمعها الشخص عن أفعاله.

- التخطيط البثوي: يتضمن تغيير بيئة الفرد وإعادة تنظيمها بحيث تتغير ما تقدمه من أدلة منبهة تسبق السلوك أو عواقبه المباشرة وذلك غالبا عن طريق إلغاء أو تجنب مواقف الحياة اليومية التي يكون فيها القرار أو الاختيار ضروريا.
- البرمجة السلوكية: وفيها يستخدم الشخص نفسه بعض مقدمات أو عواقب مناسبة للاستجابة المطلوب ضبطها وقد يستخدم الشخص عمليات ظاهرة أو باطنة لتغيير المهدئات المنبه أو لتدعيم العواقب.

❖ اللعب:

يشير عبد الرحمن سليمان و شيخة الدريستي 1997 إلى أن اللعب يمكن أن يستخدم لعلاج من يعانون من مشكلات انفعالية، فإذا ما كان من طبيعة التلاميذ ذوي قصور الانتباه وفرط النشاط: عدم التركيز والحركة المفرطة وعدم الاستقرار، فيمكن استخدام الألعاب التعليمية كأحد أساليب خفض مظاهر النشاط الزائد لديهم وزيادة الانتباه. (أمل كرم خليفة، 2009، ص2567)

3-2- العلاج باللعب

تذكر (حنان العناني، 2005) المشار إليها في دراسة (تهاني محمد عثمان منيب وآخرون، 2013، ص825) أن اللعب يتيح فرصة تكوين علاقة صداقة بين الطفل ذي قصور الانتباه وفرط النشاط أو أقرانه داخل الصف الدراسي وخارجه فيستطيع أن يعبر عن مشاعره وأحاسيسه ويقوم بالتنفيس عن رغباته وأفكاره و أيضا من خلال ممارسته للعب يستطيع الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي معرفة جوانب القوة وجوانب الضعف لدى الطفل وتحليل الصراعات والانفعالات التي يصدرها الفرد.

توصل (Barkley, 1998) أن للعب وظيفة حسية وحركية تتمثل في زيادة الوعي الحسي للتنبيه والإثارة إذ أن أعضاء الجسم تتقل المعلومات الحسية إلى الدماغ ليقوم بتنظيمها وتنميتها. (نعيم على موسى العتوم، 2013، ص340) كما أن اللعب يمكن الأطفال من التعرف على الأشكال، الأحجام، الألوان، الأصوات واستهلاك الكثير من الطاقة الحركية الزائدة لديهم. (عبد العزيز السيد الشخص وآخرون، 2012، ص723)

وتوصي (رانيا سالم، 2004) المشار إليها في دراسة (أمل كرم خليفة، 2009، ص2564) "بما أن اللعب لا يزال جزءا هاما في حياة الطفل قد يمارسه بطريقة واعية أو غير واعية، فهو ميل طبيعي لدى الطفل يمكن الاستفادة منه عن طريق توجيهه واستثماره بتحديد أهداف داخل اللعبة نسعى من خلالها إلى علاج أي اضطراب لديهم".

3-2-1- لمحة تاريخية حول العلاج باللعب:

ظهر الاهتمام باللعب منذ القدم على يد الفلاسفة الكبار، تذكر الأدبيات أنه استعمل من طرف أفلاطون وأرسطو كوسيلة لتعليم الأطفال الحساب والمنطق وأول من نادى به هو أفلاطون في كتابه "القوانين Laws".

في العصور الموالية وبالضبط في الفترة الممتدة بين القرن السابع عشر والقرن الثامن عشر ابرز كل من كومينيوس Comenius و روسو Rousseau و بسشالوتزي Pestalozzi أهمية ميول الطفل ومراحل نموه في التربية، ما جعل فوربل Forbel ينادي ويؤكد بأهمية اللعب في تنشئة الطفل.

اعتبر كل من شالر Schaller و لازاراس Lazarus اللعب استجمام من عناء العمل، أما هريبرت سبنسر في كتابه الشهير "مبادئ علم النفس" اعتبره وسيلة الطفل للتفيس عن مخزون طاقته، ومنذ ذلك الحين اشتدت اختلافات الفلاسفة لتفسير هذا النشاط وتبلورت عدة نظريات لتحديد مدى أهميته بالنسبة للطفل، من أهمها: نظرية الطاقة الزائدة لهريبرت سبنسر، النظرية التلخيصية لستالي هول، ونظرية كارل جروس Karl Gross في اللعب و فيما يلي تلخيص لها:

جدول رقم (04): يمثل أهم نظريات اللعب.

اسم النظرية	مؤسسها	محتواها
نظرية الطاقة الزائدة	هريبرت سبنسر	الأطفال يلعبون للتفيس عن مخزون الطاقة.
النظرية التلخيصية	ستالي هول 1954	الأطفال هم في حلقة في السلسلة التطورية من الحيوان إلى الإنسان، والطفل يعيش تاريخ الجنس البشري من خلال اللعب فيقوم بإعادة تبني ميول واهتمامات أسلافه من البشر.
التدريب على المهارات	كارل جروس	اللعب غريزة في الإنسان و لها دور أساسي في النمو البيولوجي.

(سوزانا ميلر، 1987)

إلا أن التراث السيكلوجي يذكر أن كل هذه المحاولات الباهرة لتوفير نظريات مباشرة وشاملة عن اللعب لا تنفي بالغرض ذلك إلى حد ما تحاول أن تعرف اللعب وتعالجه باعتبار أنه نشاط له صفة جوهرية عامة، كما أن له خصائص تميزه عن سائر الأنشطة الأخرى. والواقع أن كلا من هذه النظريات يؤكد جانبا مختلفا من جوانب اللعب بالتالي لا يمكن أن نصل إلى تقدم أوفر في فهم الظروف التي تحدد اللعب إلا بالنظر إليه كمظهر للمجال الكلي للسلوك الإنساني والحيواني، مما كان يحتاج استطلاعه إلى طريقة منهجية، الأمر الذي أصبح من اختصاص علم النفس. (سوزانا ميلر، 1987، ص 11-21)

أشارت (فيولا الببلاوي، 1987) أن احتياج الأطفال للعب بأنواعه وأدواته وأساليبه هي "احتياجات نمائية" تتطور مع تطور عملية النمو لديهم فالطفل يلعب لأنه ينمو، وينمو لأنه يلعب واللعب يعكس خصائص النمو والتغيرات الارتقائية التي تتحقق للطفل في كل مرحلة من مراحل نموه كما أن أنشطة اللعب هي مصادر أساسية لتحقيق هذه التغيرات فهي خبرات نموه في الأساس، فإذا تتبعنا "النسق" النمائي للطفل من مرحلة لأخرى نجد أن لكل مرحلة ما يميزها من أنشطة لعب. (خالد عبد الرزاق السيد، 2003، ص 18)

في هذا الصدد يعرف (Garry L.Landerth,2001,p4) اللعب على انه "سلسلة من السلوكات المعقدة المتعددة الأبعاد، التي تحدث تغيرات يمكن ملاحظتها في نمو الطفل ونضجه"

و يتفق مع فيولا البيلاوي و Landerth,2001 تعريف كل من:

- جون بياجى (Jean-piaget): حيث يرى بان الطفل يولد بعقل راغب في الاستفسار مصحوب بدافع داخلي يدفعه نحو اللعب والتعلم باستمرار (كريستين ماكنتاير، 2003، ص12) ويعرف اللعب بأنه "القدرة على التكيف مع المواقف" (عائشة نحوي، 2010، ص80)

- ايريكسون (Erikson,1977): "اللعب هو الحالة التي يتعامل فيها الأنا مع الخبرات المختلفة بهدف التخطيط لخلق وضعيات نموذجية تمكنه من إتقان الواقع" (Garry L.Landerth,2001,p4)

- (Weininger,O, 1983): "الطريقة التي يستطيع بها الطفل التفاهم مع الواقع" فمن خلال اللعب يستطيع الأطفال مراجعة أفكارهم وأيضاً يستطيعون تشكيل وسائل تمكنهم من استخدام تلك الأفكار" (خالد عبد الرزاق السيد، 2003، ص22)

بينما حاول العلماء في شتى المجالات الاتفاق لوضع تعريف يفسر مفهوم اللعب، استغل علماء النفس هذا الميل الطبيعي ووظفوه في علاج بعض الاضطرابات والأمراض النفسية.

حيث استخدم فرويد (Freud) اللعب كطريقة في العلاج النفسي بطريقة غير مباشرة لأول مرة مع ابن صديق له كان يخاف من الخيول، إذ قام الطفل Hans بتمثيل دور الحصان في ألعابه التلقائية لمرات متعددة وبعد ذلك للتخلص من مخاوفه من الخيول التي أصبحت مألوفة لديه (Daniel S.Sweeney et all,2014,p13). كما استخدم هيرمين هيق هلموث (Hermine Hug-Hellmuth) سنة 1921 العلاج الموجه باللعب مع الأطفال المضطربين انفعاليا بغرض ملاحظتهم وفهمهم وهو المنهج الذي تبنته ميلاني كلاين (Mélanie Klein) في إعادة تكييف الأطفال الأقل من 6 سنوات المضطربين من الناحية الانفعالية حيث وظفت اللعب التلقائي كبديل مباشر عن التداعي الحر اللفظي الذي استخدمه فرويد (Freud) في علاج الكبار. (Garry L.Landerth,2012,pp28-29)

كما اعتبرت أننا فرويد (Anna Freud) أن علاج الطفل يختلف بشكل جوهري عن علاج الكبار إذ أن عمل المعالج في حال الأطفال يكون تعليميا لذا يجب أن يحصل المعالج على ثقة الطفل ومحبته من خلال اللعب (صباح السقا، 2000، ص10) بهدف الدخول مع الطفل في علاقة عاطفية تسمح له بالتعبير عن مكبواته ليقوم المعالج بتأويلها (Garry L.Landerth,2012,p29)

إن هذه البدايات في علاج الأطفال المضطربين نفسيا كانت تشير إلى بداية ظهور الطرائق المعروفة باسم العلاج باللعب.

3-2-2- تعريف العلاج باللعب:

لجا المشتغلون بالعلاج النفسي للأطفال إلى اللعب كأداة هامة، وفعالة تيسر عمليتي التشخيص والعلاج في آن واحد، فاللعب يوفر بيئة آمنة يمكن من خلالها أن يعبر الطفل عن نفسه بتلقائية حيث يحل اللعب لدى الأطفال مكان الكلمات لدى الكبار. (عزة خليل، 2011، ص3)

أشار فينيكوت (Winnicotte, 1988) في قوله "أن اللعب في حد ذاته أيا كان شكله هو علاج لأنه فقط يتضمن اتجاه نحو اللعب" (خالد عبد الرزاق السيد، 2003، ص 192-193)

يرى (كلارك موستاكس، 1990) أنه يمكن النظر إلى أسلوب العلاج باللعب على أنه مجموعة من الاتجاهات يستطيع الأطفال من خلالها وعن طريقها أن يشعروا بالحرية الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافية وبطريقهم وأساليبهم الخاصة بهم كأطفال، حتى يتمكنوا في نهاية الأمر من أن يحققوا إحساسهم بالأمن الكافية والجدارة من خلال الاستبصار الانفعالي. (عبد الرحمن سيد سليمان، 1990، ص23)

تعرف جمعية الأمريكية للعلاج باللعب (2003) العلاج باللعب على أنه "الاستخدام المنهجي لنموذج نظري قائم على اللعب بهدف العلاج عن طريق بناء علاقة مع العميل ومساعدته على حل مشكلاته والوصول به إلى نمو أمثل" (F.Naderi et all, 2010, p189)

كما تعرفه (فادية حطيط، 2006) على أنه "تقنية تستخدم شتى أنواع الألعاب من أجل بناء تواصل مع الطفل وفهم الصعوبة التي يمر بها والتي لا يستطيع التعبير عنها باللغة أو بأشكال التواصل المباشرة. وهي تسمح للطفل بالقيام بالتعبير عن أفكاره ومشاعره وتجاربه، استعادة الأحداث أثناء اللعب وفي حل الصعوبات ومشاركة الطفل بنفسه في إجراء أي تغيير".

تكلم إيريكسون (Erikson, 1950) عن اللعب بوصفه أداة أو وسيلة للكشف عن الصراعات والاضطرابات الشخصية ومعالجتها. (خالد عبد الرزاق السيد، 2003، ص190) بينما أكد (احمد زهران، 1998) عن دوره كأداة هامة في علاج الأطفال الذين يمارسون السلوك المشكل أو الذين يعانون من اضطرابات نفسية. (محمد احمد صوالحة، 2004، ص247). لا تزال آراء العلماء إلى يومنا هذا تتفق على الفائدة الكبرى للعب بالنسبة للطفل، ففي عام 2012 أكد (Landerth) على أهمية اللعب كوسيط طبيعي للطفل يمكنه من التواصل ويصل به إلى تحقيق النمو الأمثل ويعرف نفس الباحث العلاج باللعب على أنه "علاقة ديناميكية آمنة بين طفل (أو أي شخص في أي عمر) ومعالج مدرب في إجراءات العلاج باللعب تسمح للطفل باكتشاف ذاته والتعبير عنها في صورة شعور، خبرات معرفية وسلوكية عن طريق توفير المعالج لمواد اللعب" (David A.Crenshaw, 2015, p3)

(Daniel S.Sweeney et all, 2014, p2)

يذكر (أبو زيد، 2008) أن العلاج باللعب قد يفوق سائر العلاجات الأخرى للأطفال ولعل سر هذا التفوق كون أن اللعب يمثل في هذا النمط من العلاج الهدف الغاية والأسلوب (خميس بن خلفان بن حمدان الهنائي، 2013، ص39).

وبمراجعتنا لبعض الدراسات السابقة التي استعملت هذه التقنية والتي سبق وأن تم عرضها، لاحظنا أن العلاج باللعب استعمل بشكل ناجح وعلى نطاق واسع بأهداف متنوعة، مع عينات وفئات مختلفة وفيما يلي ملخص لبعض منها:

استعمل العلاج باللعب مع فئة المتأخرين دراسيا في:

- دراسة (فاتن إبراهيم سلوت، 2010) لتنمية قدرة الأطفال على التميز بين الحروف المتشابهة شكلا المختلفة نطقا.

- دراسة (قاسم البري، 2011) لتنمية الأنماط اللغوية لدى طلبة المرحلة الأساسية في مادة اللغة العربية.

- دراسة (رزان سامي عويس، 2005) لإكساب أطفال الروضة بعض المهارات الأكاديمية كالحساب.

استعمل العلاج باللعب مع فئة صعوبات التعلم في:

- دراسة (مازن عبد الهادي احمد وآخرون، 2006) لعلاج صعوبات التأزر الحس الحركي وصعوبات التوازن الحركي العام لدى الأطفال.

- دراسة (Azar Validi Pak et all, 2014) لعلاج عسر الكتابة.

استعمل العلاج باللعب مع فئة المضطربين سلوكيا في:

- دراسة (خالد عبد الرزاق السيد، 2001) لتعديل الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الروضة وفي دراسة (محمد احمد محمود خطاب، 2010) لدى الأطفال المتأخرين عقليا وفي دراسة (محمد احمد محمود خطاب، 2009) لدى الأطفال التوحديين.

- دراسة (سعد بن عبد الرحمن سعد الشهري، 2007) لخفض السلوك العدواني.

- دراسة (سيرين ربيع البناء، 2013) لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم.

- دراسة (خميس بن خلفان بن حمدان الهنائي، 2013) لتنمية مفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الأبوين.

- دراسة كل من (Robyn Lynette Rennie, 2000) ودراسة (Niloufar Jafari et all, 2011) ودراسة

(Ahmadi Nasab Maryam, 2014) لعلاج اضطرابات التكيف الاجتماعي.

أما في الدراسة الحالية يسعى الباحث إلى استقصاء أثر العلاج باللعب في خفض أعراض اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لدى عينة من التلاميذ العاديين يدرسون بالمرحلة الابتدائية.

3-2-3 - أساليب العلاج باللعب:

تعددت الأساليب التي اتبعت في معالجة الأطفال عن طريق اللعب وفقا للأساس النظري الذي ينطلق منه المعالج (صباح السقا، 2000، ص11) فالمحلل النفسي جعل من اللعب وسيلة للكشف عن اللاشعور والتفريغ الانفعالي وتفسير السلوك. أما علماء النفس السلوكيون فاستخدموا اللعب ووظفوه في الإرشاد لعلاج بعض الاضطرابات السلوكية.

ومن أساليب العلاج باللعب ما هو فردي وما هو جماعي (جماعة الرفاق أو الأسرة) وفي هذه الصدد حصرت (فادية حطيط، 2006) في كتابها "اللعب كعلاج نفسية" أهم هذه الطرق في: العلاج باللعب السلوكي المعرفي العلاج باللعب الجشطالتي، العلاج باللعب الأدلري، العلاج باللعب غير الموجه المتمحور على الشخص والعلاج باللعب التحليلي كمايلي:

3-2-3-1 - العلاج باللعب السلوكي المعرفي Cognitive-Behavioral Play Therapy-CBPT:

اشتق العلاج باللعب السلوكي المعرفي (CBPT) من أعمال Aareon Beck, 1976 على يد Susan (Daniel Knell, 1993) S.Sweeney et al, 2014, p18. يشمل هذا العلاج على قسمين: العلاج باللعب والعلاج السلوكي المعرفي، وهو علاج يستعمل ألعاب لفظية وغير لفظية في سياق تقنيات العلاج السلوكي المعرفي لإحداث تغيرات في سلوك الأفراد. (Susan M.Knell, 2004, p49)

وفق هذه التقنية يقوم المعالج بشكل غير مباشر بواسطة اللعب بإحداث تغير معرفي وتأسيس سلوك أكثر تكيفا لديه. ويلجأ المعالج إلى تعزيز انخراط الطفل في العلاج من خلال تدريبه على وسائل لل ضبط والسيطرة ولتحمل مسؤولية تغيير سلوكه ويشجعه على أن يكون مشاركا فعالا في تغيير السلوك الذاتي. تتضمن هذه الطريقة عدة مراحل تتطلق من تحديد السلوك، قياسه، علاجه ثم تعميمه.

ويتضمن أيضا مصطلح العلاج السلوكي المعرفي توجيهين، أحدهما سلوكي والآخر معرفي. في التوجه الأول تستخدم فيه الأساليب السلوكية المختلفة مثل إطفاء الاستجابة، التعزيز الايجابي، التشكيل والنمذجة... الخ. وفي التوجه الثاني يستخدم أساليب ذهنية من: استراتيجيات التغير المعرفي، مواجهة المعتقدات اللاعقلانية وصف الذات ايجابيا، ضبط الذات. (فادية حطيط، 2006)

3-2-3-2 - العلاج باللعب الجشطالتي Gestalt Play Therapy :

يركز الجشطالتيون على علاج الإنسان في سياق الحاضر ضمن كل متكامل في تفاعله مع جسمه وحواسه وانفعالاته وتفكيره. تصف (Violet Oaklander, 2001) اللعب على انه شكل من أشكال العلاج الذاتي، ويعود الفضل إليها في الكشف عن تقنية العلاج باللعب الجشطالتي. ترى هذه الباحثة أن هذا العلاج قائم على جميع

الأنشطة والتجارب المتكاملة التي يقوم بها الطفل مع المعالج ضمن الجلسات العلاجية.

(Violet Oaklander,2001,p45)

يقوم العلاج الجشطالتي على تحدي الشخص بمسائل تجعله يعي مشاعره وينمي قدراته لمواجهة مواقف الحياة اليومية وصعوباته باستخدام وسائل متنوعة مثل لعب الأدوار مثلا. يحاول المعالج في هذه الطريقة أن يعلم الشخص المريض أن ما يختبره ويحس به الآن هو أكثر أهمية من التوقعات والتفسيرات المتمركزة على تجارب ومواقف سابقة. وأن الهدف من العلاج الجشطالتي هو أن يصبح الفرد أكثر إدراكا لما يقوم به الآن وكيف يقوم به وكيف يستطيع أن يغير نفسه. (فادية حطيط،2006)

وتعتبر (Rinda Blom,2006,p21) العلاج باللعب الجشطالتي بأنه تقنية علاج نفسي تستخدم فيه مبادئ وأساليب العلاج الجشطالتي ضمن ألعاب الأطفال. وتركز هذه التقنية على بناء علاقة علاجية مع الطفل والتواصل معه بطريقة ايجابية تجعله يحس بذاته وتمكنه من التعبير عن مشاعره بحرية.

وتلخص (Violet Oaklander,2001,p53) دور المعالج باللعب الجشطالتي في:

- تقييم جوانب الطفل المضطربة.
- توفير الأنشطة المناسبة لسن الأطفال.
- تعزيز خبرة الطفل في الأنشطة المختلفة لتنمية الشعور بالذات والقدرة على التعبير العاطفي في بيئة آمنة.
- التواصل مع الأولياء وتحفيزهم على المشاركة في الحصص العلاجية.

3-3-2-3 - العلاج باللعب الأدلري Adlerian Play Therapy:

تأسس العلاج الأدلري باللعب على يد الفرد أدلر (Alfred adler) في بداية القرن العشرين والذي اشتقت مبادئه الأساسية من علم النفس الفردي (Kevin J.O'Connor et all,1994,p3). تكلم الفرد أدلر عن "المصلحة الاجتماعية" في نظريته ويقصد بهذا المصطلح أن: "الناس كائنات اجتماعية ينتمون إلى الجماعة منذ بداية حياته ويولدون بقدرة فطرية مبنية على التواصل" وبالتالي فإن أي ضعف على هذا المستوى يؤدي إلى تفاعلات وتواصل اجتماعي سلبي وبالتالي اضطرابات مختلفة.

ينطلق العلاج باللعب الأدلري من بناء علاقة مع الطفل، ليقوم المعالج الأدلري بعدها باكتشاف الأنماط التواصلية له ليحدد الأنماط السلبية منها ويقوم بإعادة توجيهها وعلاجها وذلك على مستويين:

- المستوى الشخصي للطفل: من خلال تشجيعه على بناء علاقات اجتماعية ايجابية وتوسيع استعمالها وتطبيقها في المواقف العائلية والمدرسية.
- المستوى العائلي للطفل: تعليم العائلة كيفية بناء روابط ايجابية مع الطفل.

يستعمل المعالج الأدلري اللعب بغرض فهم الأنماط الحياتية للأفراد والكشف عن الأخطاء المنطقية لديهم (Kevin J.O'Connor et all,1994,p5)، على العموم فإن العلاج باللعب الأدلري يمر بأربع مراحل كالتالي:

1- بناء علاقة مع الطفل.

2- استكشاف أسلوب حياة الطفل.

3- مساعدة الطفل في فهم أسلوب حياته.

4- تقديم المساعدة والعلاج. (Terry Kottman, 2001, p2-5)

3-2-3-4 العلاج باللعب غير الموجه المتمحور على الشخص Nondirective, Person-Centered
:Play Therapy-CCPT

يعود العلاج باللعب غير الموجه المتمحور على الشخص إلى (Virginia Axline,1947). تنطلق هذه الطريقة من رؤية (Carl Rogers,1951)، التي يقول أن الإنسان هو المسؤول عن حياته، وأن الطبيعة الإنسانية هي بنائية واجتماعية ومن أساسيات العلاج باللعب المتمحور على الطفل هو اللعب غير الموجه الذي هو تقنية تشدد على القبول الكامل بالطفل كما هو. فيسمح له المعالج ويشجعه على اختيار ما يريد اللعب به ويعطي حرية مطلقة لتطوير أو لتوقيف اللعب حينما يشاء. (Garry (Daniel S.Sweeney et all, 2014, p15)
(L.Landerth, 2012, p34) (فادية حطيط، 2006)

تستند القيمة العلاجية لهذا النوع من العلاج على حد قول (Virginia Axline,1964) في "أن العلاج باللعب غير الموجه المتمحور على الشخص قائم على الطفل ذاته وانه المسؤول الوحيد الذي بإمكانه الوصول إلى حقيقتين الأولى أن الحرية مسؤولية، والثانية أن المسؤولية تضمن النمو الشخصي للفرد" (Linnet McMahon,1992,p28)

يهدف العلاج باللعب غير الموجه المتمحور على الشخص إلى بناء بيئة محيطة متكاملة ومشروطة تسمح للطفل بتنمية قدراته وبالتالي تحقيق نمو أفضل، يؤكد (David A.Crenshaw et all,2015,p3) أن هذا العلاج يركز على علاقة الفرد مع بيئته، بحيث أن العلاقة القائمة بين المعالج والطفل هي العامل الأساسي للشفاء وهو الشيء الوحيد الذي يجعل هذه التقنية تختلف عن الطرق العلاج باللعب الأخرى، وفي هذا الصدد وضعت Virginia (Axline,1969) مجموعة من المبادئ تحدد فيها طبيعة هذه العلاقة وهي كمايلي:

- تقبل الطفل كما هو وتهيئة الظروف التي تتصف بالتسامح في العلاقة مع الطفل حتى يشعر بحرية تامة في التعبير عن مشاعره الايجابية.

- حساسية المعالج ودقته في إدراك مشاعر الطفل التي عبر عنها، ثم عكس المشاعر إلى الطفل بطريقة تعطي الطفل فرصة التبصر في سلوكه.
- عدم توجيه نشاط اللعب أو أحاديثه، فالطفل هو الذي يوجه نفسه والمعالج يتابعه فقط.
- أن يظهر المعالج احترامه العميق لقدرة الطفل على حل مشكلاته، وأن يترك مسؤولية الاختيار وإحداث التغيير إلى الطفل وحده.
- عدم التعجل بإنهاء الجلسات نظرا لان العلاج غير الموجه عن طريق اللعب يتطلب وقتا من الطفل والمعالج على السواء. (احمد عبد اللطيف أبو اسعد، 2012، ص402)

3-2-3-5- العلاج باللعب التحليلي Psychoanalytic Play Therapy :

يذكر (Lee,2009) أن الأصل في العلاج باللعب التحليلي يرجع إلى الطرق العلاج الغير موجهة (Daniel Sweeney et all,2014,p14) وعليه نجد أن العلاج التحليلي باللعب يختلف من عالم إلى آخر، ففرويد (Freud) يعتبر اللعب عند الطفل شيء رمزي بالنسبة للطفل يستعمله المحلل النفسي كوسيط علاجي لبعض الاضطرابات (فادية حطيط،2006). أما أننا فرويد (Anna Freud) فوظفت اللعب خلال الحصص العلاجية كوسيلة لتمكين الأطفال من التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم من جهة وكوسيلة لتعديل الصراعات والخيالات الجنسية من جهة أخرى. (Linnet McMahon,1992,p32)

تبنت ميلاني كلاين فكرة العلاج باللعب من خلال ملاحظاتها للعب الأطفال باعتبارها له تعبيرا عن اللاوعي في حالة غياب القدرة اللغوية واللعب حسبها أثناء جلسات العلاج يعادل التدعيات الحرة التي يقوم بها الشخص البالغ. (فادية حطيط،2006)(Linnet McMahon,1992,p31)

تعتبر ميلاني كلاين المحللة النفسية الأولى التي أعطت الفرصة للعلاج باللعب التحليلي للظهور بطريقة موضوعية من خلال استعمالها لقاعة مخصصة للمعالجة الأطفال باللعب بواسطة العاب مصغرة على شكل شخصيات بشرية، مواد للرسم، لعب الأدوار الخ (Linnet McMahon,1992,p33)

يهدف العلاج باللعب التحليلي على حد قول (Lee,2009) إلى "تحليل شخصية الطفل لاستكشاف وفهم طبيعة التثبيات والنكوص وميكانيزمات الدفاع لديه، وإيجاد حلول لها لاستئناف النمو الطبيعي" (Daniel Sweeney et all,2014,p14) وما يميز أيضا هذه الطريقة من العلاج هي السماح للطفل باختيار ما شاء من اللعب والألعاب وإجراءاتها.

الفصل الرابع:

الإطار المنهجي للدراسة "الطريقة والإجراءات"

تمهيد

4-1- منهج الدراسة

4-2- عينة الدراسة

4-3- أدوات الدراسة

4-3-1- أدوات ضبط المتغيرات

4-3-1-1- استبيان كونر لتشخيص اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة

4-3-1-2- اختبار الذكاء الغير لفظي NNAT de Naglieri

4-3-2- أدوات جمع البيانات

4-3-2-1- اختبار ستروب لقياس الانتباه البصري Test de Stroop

4-3-2-2- اختبار تزاوج الأرقام لقياس الانتباه السمعي

4-3-2-3- اختبار مطابقة الصور لقياس الاندفاعية Test d'appariement

d'images

4-4- إجراءات الدراسة

4-5- الأساليب الإحصائية المستخدمة

4-6- برنامج الدراسة: " برنامج علاجي قائم على اللعب لخفض أعراض قصور

الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية "

تمهيد:

يشمل هذا الفصل وصف مفصل: لمنهج الدراسة وإجراءاتها، مواصفات عينة الدراسة وطريقة اختيارها، الأدوات المستعملة في الدراسة مصحوبة بدلالات صدقها وثباتها، الأساليب الإحصائية المتبعة والخطوات الإجرائية للدراسة.

4-1- منهج الدراسة:

استخدمت الدراسة المنهج التجريبي الذي يعتمد على تصميم المجموعتين: تجريبية والضابطة نظرا لمناسبتها لطبيعة الدراسة حيث استخدمت القياسين القبلي والبعدي لكل من المجموعتين للتحقق من فاعلية برنامج علاجي قائم على اللعب في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى عينة من تلاميذ الطور الابتدائي، واشتملت الدراسة المتغيرات التالية:

1- متغيرات تجريبية (مستقلة): وتتمثل في البرنامج العلاجي المستخدم في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ الطور الابتدائي.

2- متغيرات تابعة: وتتمثل في المتغيرات الناتجة عن البرنامج العلاجي في خفض أعراض قصور وفرط الحركة والتي تقاس بأدوات الدراسة الحالية: اختبار ستروب، اختبار تطابق الصور، اختبار تزاوج الأرقام.

4-2- عينة الدراسة:

تم تحديد عينة الدراسة وفق مايلي:

أ- شروط ومواصفات العينة.

ب- خطوات اختيار العينة.

ت- التجانس بين أفراد العينة.

أ- شروط ومواصفات العينة:

لقد روعي في اختبار أفراد العينة عدد من المتغيرات الدخيلة لاستبعاد تأثيرها على نتائج الدراسة الحالية وتتمثل في:

1- أن يكون أفراد العينة من الأطفال الملتحقين بوحدة الكشف والمتابعة المدرسية والمشخصين على أن لديهم قصور في الانتباه وفرط الحركة.

2- أن يكون أفراد العينة من الأطفال المتمدرسين والمصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة اعتمادا على تطبيق الأدوات التالية: استبيان كونر بصوريته (الأسرية والمدرسية) -انظر ملحق رقم (5) و(6)، اختبار

ستروب (Test de Stroop)-انظر الملحق رقم (10)، اختبار تزاوج الأرقام- انظر الملحق رقم (13)، واختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)-انظر الملحق رقم (14).

3- أن يتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ما بين (8-10) سنوات تقريبا.

4- أن يكون أفراد العينة لا يعانون من إصابات عضوية حسية كانت أو عقلية.

5- أن تكون عينة الدراسة متجانسة من حيث الذكاء وذلك بتطبيق اختبار الذكاء الغير لفظي (Naglieri,1985) انظر الملحق رقم (09).

6- أن يكون أفراد العينة لم يتعرضوا لبرنامج آخر لخفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة.

7- التزام أفراد العينة في الحضور إلى المراكز بانتظام.

ب- خطوات اختيار العينة:

تم اختيار العينة وفق الخطوات التالية:

3- اختيار المراكز التي طبقت بها الدراسة:

بعد زيارة العديد من المراكز الحكومية، العيادات الخاصة والجمعيات الخيرية المهتمة برعاية أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة المتواجدة بإقليم ولاية سطيف-الجزائر-ودوائرها المختلفة، قمنا بتطبيق الدراسة الحالية على مستوى كل من الوحدة المركزية والوحدة الثانوية-فرع ثانوية ابن رشيق-للكشف والمتابعة المدرسية (ولاية سطيف) وقد كان وراء اختيار هذه المراكز العديد من الأسباب والاعتبارات من بينها ما يلي:

- توافر شروط اختيار العينة بهذه المراكز فيما يتعلق بطبيعة اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة بالمرحلة العمرية والمستوى الدراسي للعينة المقصودة.

- توافر الشروط والظروف الفيزيائية لتنفيذ البرنامج من مكتب، قاعة للاسترخاء وساحة.

- توفر مختصين عياديين وأرطفونيين ذو خبرة كبيرة في مجال رعاية الأطفال.

- موافقة الإدارة المركزية على تنفيذ البرنامج المقترح داخل هذه المراكز (انظر الملحق 17).

- التزام العينة من حيث المواظبة على الحضور للمواعيد المبرمجة.

4- اختيار الأطفال بهذه المراكز:

تم اختيار أفراد العينة من الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة وفق الخطوات الآتية:

- حصر عدد الأطفال الملتحقين بالمراكز المشخصين على أن لديهم قصور في الانتباه وفرط حركة (بالرغم من أن هذه الحالات تم تشخيصها بهذه المراكز على أن لديها قصور في الانتباه وفرط في الحركة، قام الباحث بالتأكد من هذا التشخيص من خلال تطبيقه لجملة من الأدوات المتمثلة في: استبيان كونر، اختبار

ستروب، اختبار تطابق الصور، اختبار تزاوج الأرقام) بحيث لم يتم تطبيق عليهم أي علاج سواء كان علاج طبي أو نفسي وذلك بالاطلاع على سجلات المتابعة الطبية والنفسية المتواجدة بهذه المراكز.

- حصر عدد الأطفال الملائمين لإجراء الدراسة من حيث العمر الزمني (8-10) سنوات والمنتمين إلى المستوى الدراسي (الثالثة والرابعة ابتدائي)، بنسبة ذكاء تعادل أو تفوق 90 درجة ولا تتعدى 110 درجة على اختبار الذكاء الغير لفظي لـ (Naglieri, 1985) انظر الملحق رقم (09).
- استبعاد الحالات التي تعاني من الإعاقات الحسية والعقلية وذلك بالاطلاع على سجلات المتابعة الطبية والنفسية المتواجدة بهذه المراكز.

تم اختيار جميع الأطفال الذين تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (8-10) سنوات، فبلغ العدد الإجمالي للعينة (36) طفلاً، وبعد استبعاد الأطفال غير الملائمين للدراسة، تم حصر عدد الأطفال الملائمين لإجراء الدراسة في (30) طفلاً، منهم: (10) أطفال مشخصون بالوحدة المركزية للكشف والمتابعة المدرسية بولاية سطيف يمثلون عينة استطلاعية، ومنهم (20) طفلاً يمثلون العينة الأساسية؛ (9) أطفال مشخصون بالوحدة المركزية للكشف والمتابعة المدرسية بولاية سطيف، والبقية (11) طفل مشخصون بالوحدة الفرعية للكشف والمتابعة المدرسية (فرع ثانوية ابن رشيق) بولاية سطيف، والجدول رقم (05) يوضح توزيعهم.

جدول رقم (05): يمثل توزيع العينة

عدد الأطفال	المراكز	
10	وحدة الكشف والمتابعة المدرسية-الوحدة المركزية-	العينة الاستطلاعية
09	وحدة الكشف والمتابعة المدرسية-الوحدة المركزية-	العينة الأساسية
11	وحدة الكشف والمتابعة المدرسية-فرع ثانوية ابن رشيق-	
30	المجموع الكلي للعينة الدراسة	

5- تقسيم عينة الدراسة:

بلغ عدد عينة الدراسة الكلي في التجربة الأساسية (20) طفلاً من المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين من حيث السن، معدل الذكاء، الصف الدراسي ودرجة العجز المسجلة على مقاييس تشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة وهي كما يلي:

- مجموعة ضابطة: بلغ عدد أفرادها (10) أطفال، حيث يتراوح العمر الزمني لهذه المجموعة ما بين (96) شهر، و(120) شهر بمتوسط عمر زمني قدره (107.80) شهر وانحراف معياري قدره (8.929) بينما

تراوح معامل الذكاء بين (90 و 105) وفقا لاختبار الذكاء الغير لفظي لـ (Naglieri,1985) بمتوسط قدره (98) وانحراف معياري قدره (4.83).

- مجموعة تجريبية: بلغ عدد أفرادها (10) أطفال، حيث يتراوح العمر الزمني لهذه المجموعة ما بين (95) شهر، و (120) شهر بمتوسط عمر زمني قدره (106.90) شهر وانحراف معياري قدره (8.425) بينما تراوح معامل الذكاء بين (90 و 105) وفقا لاختبار الذكاء الغير لفظي لـ (Naglieri,1985) بمتوسط قدره (97) وانحراف معياري قدره (5.375). والجدول رقم (06)، (07) يوضح ذلك:

جدول رقم (06): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الصفوف الدراسية.

الصف الدراسي	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
السنة الثالثة	(4 ذكور - 1 إناث)	50%	(5 ذكور - 1 إناث)	60%
السنة الرابعة	(4 ذكور - 1 إناث)	50%	(3 ذكور - 1 إناث)	40%
المجموع	10	100%	10	100%

جدول رقم (07): يمثل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية من حيث العمر الزمني ومعامل الذكاء.

المجموعة	العمر الزمني بالشهور				معامل الذكاء			
	يتراوح		المتوسط	الانحراف المعياري	يتراوح		المتوسط	الانحراف المعياري
	من	إلى			من	إلى		
المجموعة الضابطة	96	120	107.80	8.929	90	105	98	4.83
المجموعة التجريبية	95	120	106.90	8.425	90	105	97	5.375

6- التجانس بين أفراد العينة:

قبل تطبيق البرنامج المقترح على عينة الدراسة، روعي تجانس أفراد عيني الدراسة التجريبية والضابطة من حيث العمر الزمني، درجة الذكاء، مستوى شدة اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة.

حيث أخضع الباحث هذه المجموعات على أدوات الدراسة (استبيان كونر، اختبار الذكاء الغير لفظي، اختبار ستروب، اختبار تزاوج الأرقام واختبار تطابق الصور) ثم استخدم للمجانسة اختبارات إحصائية تقارن بين الفروق والجدول رقم (08)، (09)، (10)، (11)، (12) توضح نتيجة المجانسة.

جدول رقم (08): يمثل المتوسطات الحسابية وقيمة "ت" ودلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة من حيث العمر الزمني بالشهور ومعامل الذكاء.

المتغيرات	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
العمر الزمني بالشهور	ضابطة	10	107.8	8.929	0.232	18	0.819 غير دالة
	تجريبية	10	106.9	8.425			
معامل الذكاء	ضابطة	10	98	4.48	0.438	18	0.667 غير دالة
	تجريبية	10	97	5.375			

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (08) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من حيث العمر الزمني ومعامل الذكاء، وذلك لعدم دلالة قيمة "ت" في كل المتغيرات السابقة ($P \text{ Value} \geq 0.05$).

تمت المجانسة بين أفراد المجموعتين من حيث شدة أعراض الاضطراب كما يلاحظه الأولياء والمعلمين وذلك عن طريق جمع البيانات في استبيان خاص بهذا الجانب والمتمثلة في استبيان كونر-انظر الملحق رقم (05) و(06). وقد قام الباحث باستخدام اختبار مان وتني Mann Whitney Test للمجانسة بين المجموعتين. والجدول رقم (09) يوضح تجانس أفراد العينة من حيث شدة الاضطراب.

جدول رقم (09): يمثل الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج على استبيان كونر (الصورة الأسرية والمدرسية).

مستوى الدلالة *	قيمة "Z"	قيمة "W"	قيمة "U"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	المجموعة	محاوِر الأداة	استبيان كونر (الصورة الأسرية)
0.173 غير دالة	-1.363	87.000	32.000	8.70	8.70	10	ضابطة	محور المشكلات السلوكية	
				123	12.30	10	تجريبية		
0.099 غير دالة	-1.650	83.500	28.500	126.50	12.65	10	ضابطة	محور صعوبات التعلم	
				83.50	8.35	10	تجريبية		
0.209 غير دالة	-1.258	89.000	34.000	121	12.10	10	ضابطة	محور الجسدية	
				89	8.90	10	تجريبية		
0.675 غير دالة	-0.420	99.500	44.500	110.50	11.05	10	ضابطة	محور الاندفاعية وفرط الحركة	
				99.50	9.95	10	تجريبية		
0.360 غير دالة	-0.916	93.000	38.000	117	11.70	10	ضابطة	محور الحصر	
				93	9.30	10	تجريبية		
0.820 غير دالة	-0.227	102.000	47.000	108	10.80	10	ضابطة	الدرجة الكلية على الأداة	
				102	10.20	10	تجريبية		
0.068 غير دالة	-1.826	81.000	26.000	129.00	12.90	10	ضابطة	محور المشكلات السلوكية	استبيان كونر (الصورة المدرسية)
				81.00	8.10	10	تجريبية		
0.760 غير دالة	-0.305	101.000	46.000	101.00	10.10	10	ضابطة	محور الاندفاعية وفرط الحركة	
				109.00	10.90	10	تجريبية		
0.969 غير دالة	-0.038	104.000	49.500	104.50	10.45	10	ضابطة	محور قصور الانتباه	
				105.50	10.55	10	تجريبية		
0.222 غير دالة	-1.220	89.000	34.000	121.00	12.10	10	ضابطة	الدرجة الكلية على الأداة	
				89.00	8.90	10	تجريبية		

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (09) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في جميع محاور الاستبيان (الصورة الأسرية والمدرسية) وذلك لعدم دلالة قيمة "Z" في كل محاوره ($P \text{ Value} \geq 0.05$).

كما تمت المجانسة بين أفراد المجموعتين من حيث مستوى الانتباه البصري من خلال تطبيق اختبار ستروب Test de Stroop-انظر الملحق رقم (11) على أفراد المجموعة التجريبية والضابطة. والجدول رقم (10) يوضح دلالة فروق اختبار "ت" للمجانسة بين المجموعتان.

جدول رقم (10): يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج على اختبار ستروب (Test de Stroop).

بطاقات الاختبار	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
A	ضابطة	10	33.00	4.595	0.488	18	0.631 غير دالة
	تجريبية	10	31.90	5.446			
	ضابطة	10	1.50	0.850	-0.864	18	0.399 غير دالة
	تجريبية	10	2.10	2.025			
B	ضابطة	10	23.90	6.367	-0.139	18	0.891 غير دالة
	تجريبية	10	24.30	6.499			
	ضابطة	10	4.50	1.509	0.318	18	0.754 غير دالة
	تجريبية	10	4.20	2.573			
C	ضابطة	10	35.90	3.348	-0.937	18	0.361 غير دالة
	تجريبية	10	37.30	3.335			
	ضابطة	10	1.90	0.876	-0.183	18	0.857 غير دالة
	تجريبية	10	2.00	1.491			
B	ضابطة	10	4.40	1.506	-0.499	18	0.624 غير دالة
	تجريبية	10	4.70	1.160			
	ضابطة	10	13.00	2.309	-0.231	18	0.820 غير دالة
	تجريبية	10	13.20	1.476			

اختبار ستروب (Test de stroop)

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (10) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في جميع أجزاء اختبار ستروب (Test de Stroop) وذلك لعدم دلالة قيمة "ت" في كل الأجزاء ($P \text{ Value} \geq 0.05$).

أيضا تمت المجانسة بين أفراد المجموعتين من حيث مستوى الانتباه السمعي وذلك بتطبيق اختبار تزاوج الأرقام انظر الملحق رقم (14). وقد قام الباحث باستخدام اختبار مان وتي Mann Whitney Test للمجانسة بين المجموعتين. والجدول رقم (11) يوضح دلالة الفروق.

جدول رقم (11): يمثل الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج على اختبار تزاوج الأرقام.

أجزاء الأداة	المدة	المجموع ة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "W"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة *
الآن طاء العزبة خلال الاختبار	3 دقائق	ضابطة	10	9.95	99.50	44.500	99.500	-0.424	0.671
		تجريبية	10	11.05	110.50				غير دالة
	6 دقائق	ضابطة	10	10.45	104.50	49.500	104.500	-0.038	0.970
		تجريبية	10	10.55	105.50				غير دالة
	9 دقائق	ضابطة	10	10.45	104.50	49.500	104.500	-0.038	0.970
		تجريبية	10	10.55	105.50				غير دالة
	12 دقائق	ضابطة	10	9.90	99.00	44.000	99.000	-0.457	0.648
		تجريبية	10	11.10	111.00				غير دالة
	15 دقيقة	ضابطة	10	10.85	108.50	46.500	101.500	-0.267	0.789
		تجريبية	10	10.15	101.50				غير دالة
	20 دقيقة	ضابطة	10	11.00	110.00	45.000	100.000	-0.385	0.700
		تجريبية	10	10.00	100.00				غير دالة
	المجموع الكلي للأخطاء	ضابطة	10	10.05	100.50	45.500	100.500	-0.341	0.733
		تجريبية	10	10.95	109.50				غير دالة

البيانات المترتبة خلال الاختبار

0.697	-0.389	100.000	45.000	110.00	11.00	10	ضابطة	3 دقائق	
غير دالة				100.00	10.00	10	تجريبية		
0.878	-0.154	103.000	48.000	103.00	10.30	10	ضابطة	6 دقائق	
غير دالة				107.00	10.70	10	تجريبية		
0.486	-0.696	96.000	41.000	114.00	11.40	10	ضابطة	9 دقائق	
غير دالة				96.00	9.60	10	تجريبية		
0.351	-0.933	93.000	38.000	93.00	9.30	10	ضابطة	12 دقائق	
غير دالة				117.00	11.70	10	تجريبية		
0.783	-0.276	101.500	46.500	101.50	10.15	10	ضابطة	15 دقيقة	
غير دالة				108.50	10.85	10	تجريبية		
0.356	-0.923	93.000	38.000	117.00	11.70	10	ضابطة	20 دقيقة	
غير دالة				93.00	9.30	10	تجريبية		
0.790	-0.266	101.500	46.500	108.50	10.85	10	ضابطة	المجموع	
غير دالة				101.50	10.15	10	تجريبية	الكلية للمتروك	

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (11) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في جميع مراحل اختبار تزاوج الأرقام وذلك لعدم دلالة قيمة "Z" في كل المتغيرات السابقة ($P \text{ Value} \geq 0.05$).

كذلك تمت المجانسة بين أفراد المجموعتين من حيث مستوى الاندفاعية من خلال تطبيق اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images -انظر الملحق رقم (15) على أفراد المجموعة التجريبية والضابطة. والجدول رقم (12) يوضح دلالة فروق اختبار "ت" للمجانسة بين المجموعتين.

جدول رقم (12): يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)

متغيرات الأداة	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
متوسط زمن التفكير بالثواني	ضابطة	10	20.9700	5.49506	0.553	18	غير دالة
	تجريبية	10	19.9100	3.05376			
الزمن الكلي (TT) لجميع البطاقات	ضابطة	10	515.00	47.067	0.193	18	غير دالة
	تجريبية	10	511.40	35.759			
الإجابات الصحيحة منذ الوهلة الأولى (R)	ضابطة	10	2.10	0.876	0.287	18	غير دالة
	تجريبية	10	2.00	0.667			
الإجابات الخطأ (E)	ضابطة	10	26.40	3.438	-0.436	18	غير دالة
	تجريبية	10	27.00	2.667			
مؤشر الدقة index d'exactitude	ضابطة	10	0.2490	0.12270	0.295	18	غير دالة
	تجريبية	10	0.2350	0.08683			
مؤشر الاندفاعية index d'impulsivité	ضابطة	10	3.0650	0.20748	-0.918	18	غير دالة
	تجريبية	10	3.1690	0.29214			

اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (12) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images) وذلك لعدم دلالة قيمة "ت" في كل متغيرات الأداة ($P \text{ Value} \geq 0.05$).

تعبّر نتائج المجانسة عن عدم وجود فروق بين مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة بالنسبة للمتغير التابع (اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة) كما هذه النتائج تعتبر كمؤشر لحاجة أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة إلى رعاية وعلاج يساعدهم على خفض هذه الأعراض التي تعيق حياتهم المدرسية والاجتماعية. لذا يمكن أن ترجع الفروق في حالة الكشف عنها في المقام الأول إلى تأثير المتغير المستقل (البرنامج العلاجي المقترح في الدراسة).

4-3 أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة عددا من الأدوات من بينها أدوات لضبط المتغيرات وأخرى لجمع البيانات وهي كمايلي:

4-3-1- أدوات ضبط المتغيرات:

4-3-1-1- استبيان كونر (1969) لتشخيص اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة:

مبررات اختيار الأداة:

تحديد توافر أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى أفراد العينة واستبعاد الحالات التي يرجع فيها اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة إلى حالات أخرى (حصر أو اضطرابات عاطفية أو انفعالية)، وقد استعمل هذا الاستبيان على نطاق واسع في الدراسات التي اهتمت بتشخيص وعلاج اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال العاديين من جهة والأطفال المعاقين من جهة أخرى ومن بين هذه الدراسات: دراسة (Catherine Bernier, 2009)، دراسة (F.Naderi et al, 2010)، دراسة (إيمان فؤاد الحاج إبراهيم، 2011)، دراسة (Badrie Mohammed Nour ElDaou et al, 2015)

وصف الاستبيان:

من إعداد (Conner, 1969) ترجمة (M.Dugas et S.Cook) يهدف إلى تشخيص علامات قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال. يتكون هذا الاستبيان من عبارات موزعة في صورة مقياس رباعي متدرج من (صفر إلى 3) كما انه ينقسم إلى قسمين؛

- استبيان موجه للوالدين يتكون من (48) عبارة لوصف سلوك الطفل (انظر الملحق رقم 05) وهي موزعة إلى محاور كما يلي:

- محور يصف المشكلات السلوكية: 2، 8، 14، 15، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 27، 29، 30، 34، 35، 36، 39، 47.

- محور يصف صعوبات التعلم: 3، 9، 10، 25، 26، 31، 37.

- محور يصف سلوك الجسدية: 32، 41، 43، 44، 48.

- محور يصف الاندفاعية وفرط الحركة: 11، 4، 5، 7، 13، 23، 28، 33، 38، 40، 46.

- محور يصف الحصر: 1، 16، 6، 12، 5، 24، 42، 45.

- استبيان موجه للمعلمين يتكون من (28) عبارة لوصف سلوك الطفل (انظر الملحق رقم 06) وهي موزعة إلى محاور كما يلي:

- محور يصف المشكلات السلوكية: 4، 5، 6، 10، 11، 12، 17، 23، 24، 25، 27.

- محور يصف الاندفاعية وفرط الحركة: 1، 2، 3، 8، 14، 15، 16.

- محور يصف صعوبات الانتباه: 7، 9، 13، 18، 19، 20، 21، 22، 26، 28.

تعليمات تطبيق الاستبيان:

يرفق الاستبيان بنوعيه بتعليمات موجهة للأولياء والمعلمين كمايلي: بناء على ملاحظتكم اليومية لسلوك الطفل يطلب منكم وضع علامة (X) أمام كل فقرة من فقرات المقياس وفق أربعة بدائل: نادرا، قليلا، غالبا، دائما. مع كتابة اسم المدرسة، البيانات الشخصية للطفل كالاسم واللقب، السن، الصف الدراسي الذي ينتمي إليه.

حساب الدرجات وكيفية التصحيح:

يتم تقدير نقاط كل إجابة حسب التصنيف التالي:

- نادرا: 0.
- قليلا: 1.
- غالبا: 2.
- دائما: 3.

وعليه فان ادني درجة يتحصل عليها الفرد هي 0 وأقصى درجة: 144 بالنسبة لاستبيان الأسرة، و 84 لاستبيان المدرسة.

ترجمة الاستبيان إلى اللغة العربية:

قام الباحث بترجمة بنود وتعليمات الاستبيان إلى اللغة العربية، ثم قام بطباعته بنفس الأسلوب والشكل والإخراج كما بالمقياس الأصلي، لما لذلك من أهمية لتطبيق المقياس. وقد روعي في عملية الترجمة أن يحتفظ الاستبيان بالوظيفة التي يقيسها في المقياس الأصلي.

بعد استخراج الصورة الأولية من الاستبيان ذهب الباحث إلى عرضها على محكمين، أساتذة في علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا ومختصين في الميدان من أخصائيين عياديين وأرطوفونيين (انظر الملحق رقم 03) حيث وزع عليهم استمارة (انظر الملحق رقم 07)، تتضمن تحديد مدى ملائمة ووضوح لغة ترجمة العبارات التي يحتويها المقياس، وإبداء أي اقتراح بشأن الصياغة اللغوية.

وكان الهدف هو التحقق من صدق الترجمة وصدق مضمون الاستبيان. وبعد تصحيح ما تم اقتراحه من تعديلات في ضوء مقترحات الخبراء، تم حساب صدق المحتوى باستخراج متوسط النسب المسجلة من قبل المحكمين على: البنود، المحاور، وتعليمات تطبيق وتصحيح الاستبيان والجدول رقم (13) يوضح نتائج التحكيم.

جدول رقم (13): نسب اتفاق المحكمين على استبيان (Conner,1969) المستخدم في دراسة فعالية العلاج باللعب في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال المتدربين من حيث الصياغة اللغوية وتعليمات التطبيق والتصحيح.

نسبة الاتفاق بين المحكمين حول تعليمات تصحيح الاستبيان		نسبة الاتفاق بين المحكمين حول تعليمات تطبيق الاستبيان		نسبة الاتفاق بين المحكمين حول الصياغة اللغوية للاستبيان		استبيان كونر 1969 -الصورة الأسرية-
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%95.83	6/6	%100	6/6	%93.74	6/6	محور المشكلات السلوكية
				%96.42	6/6	محور صعوبات التعلم
				%96.66	6/6	محور سلوك الجسدية
				%96.96	6/6	محور الاندفاعية وفرط الحركة
				%95.83	6/6	محور الحصر
نسبة الاتفاق بين المحكمين حول تعليمات تصحيح الاستبيان		نسبة الاتفاق بين المحكمين حول تعليمات تطبيق الاستبيان		نسبة الاتفاق بين المحكمين حول الصياغة اللغوية للاستبيان		استبيان كونر 1969 -الصورة المدرسية-
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%95.83	6/6	%100	6/6	%93.17	6/6	محور المشكلات السلوكية
				%92.26	6/6	محور الاندفاعية وفرط الحركة
				%95.83	6/6	محور صعوبات الانتباه

بناء على ملاحظات المحكمين توفرت أدلة صدق المحتوى اعتمادا على معايير التي استند عليها في بناء الأداة الأصلية.

4-3-1-2 اختبار الذكاء الغير لفظي (NNAT de Naglieri,1985):

مبررات اختيار الأداة: تحديد معامل ذكاء أفراد العينة، وهو اختبار متحرر من تأثير العوامل الثقافية يصلح لقياس الذكاء لدى فئات عمرية مختلفة (من 5 سنوات إلى 17 سنة).

وصف الاختبار:

اختبار متحرر من تأثير العوامل الثقافية من إعداد (Naglieri,1985) يصلح لقياس الذكاء لدى الفئات العمرية المختلفة (من 5 سنوات إلى 17 سنة). يعد هذا الاختبار من النوع الغير لفظي، لأنه لا يعتمد على اللغة إلا كوسيلة للاتصال في شرح التعليمات للأفراد الذين يطبق عليهم الاختبار، وهو لا يخضع لأي عامل لغوي أو مهارة

لغوية لان العلاقة أصلا علاقة تشابه أو اختلاف بين أجزاء بنود الاختبار، حيث إن أسئلته عبارة عن مجموعات من الأشكال يطلب من المفحوص إدراك العلاقة بينهما لتكملة الجزء أو الشكل الناقص.

يتكون الاختبار من 7 أجزاء (A, B, C, D, E, F, G) حيث كل جزء محدد لمرحلة عمرية ودراسية معينة إبتداء من مرحلة الروضة إلى مرحلة الثانوي، فيما يلي جدول يشرح هذه التقسيمات:

جدول رقم (14): يمثل التقسيمات العمرية لمختلف أجزاء اختبار NNAT.

الجزء	المرحلة الدراسية	عمر الطفل
اختبار الذكاء الغير لفظي (NNAT, 1985)	A	GSM (Grand section maternelle) - 5-6 سنوات
	B	CP (Cours préparatoire) - 6-7 سنوات
	C	CE1 (Cours élémentaire niveau 1) - 7-8 سنوات
	D	CE2 (Cours élémentaire niveau 2) - 8-9 سنوات
		CM1 (Cours moyen niveau 1) - 9-10 سنوات
	E	CM2 (Cours moyen niveau 2) - 10-11 سنة
		6 ^{ème} - 11-12 سنة
	F	5 ^{ème} , 4 ^{ème} , 3 ^{ème} - 12-15 سنة
G	2 nd , 1 ^{ère} , Terminale -	15-17 سنة

بالإضافة كل جزء في الاختبار يحتوي على 38 بند. في بحثنا الحالي سنعتمد الأجزاء (C, D) لملامتها مع المرحلة العمرية لأفراد العينة التي سنعتمدها في الدراسة.

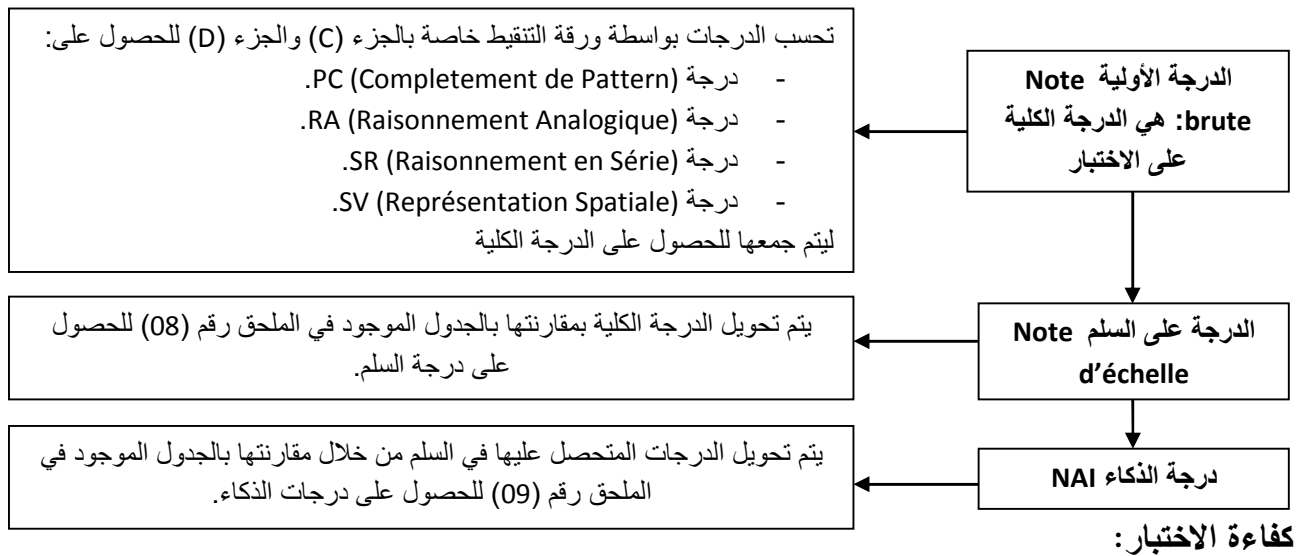
تعليمات تطبيق الاختبار:

يطبق الاختبار بطريقة جماعية أو فردية في مدة كاملة لا تتجاوز 30 دقيقة لكل جزء حيث:

- يوزع الفاحص على أفراد العينة كراسة تطبيق الاختبار (الجزء C و D).
- ثم يقوم بشرح طريقة سير الاختبار: "سنقوم بجملة من التمارين في هذه الكراسة التي ستجدون فيها العديد من الرسوم التي ينبغي عليكم تكميلها"
- بعدها يقدم مثالين عن ذلك (مثال A ومثال B) المتواجدين في بداية كراسة كل جزء.
- وفي الأخير يعطي تعليمية الاختبار: "ستجدون في الكراسة العديد من الرسومات ناقصة الأجزاء، التي يجب عليكم تكميلها بأسرع ما يمكن. بعد التعرف على الصورة المكملة للشكل بين البنود الخمسة قوموا بوضع دائرة حولها، إذا أردتم تغيير إجابتم قوموا بوضع علامة (x) على الإجابة الخاطئة وقوموا بوضع دائرة على الإجابة الجديدة. هل لديكم أسئلة؟ تستطيعوا البدا"

حساب الدرجات وكيفية التصحيح: يصحح الاختبار وفق المخطط التالي:

شكل رقم (04): يمثل كيفية حساب وتصحيح درجات اختبار الذكاء الغير لفظي NNAT.



أ- الصدق: تم حساب معامل الصدق في دراسة (ECPA,1997) مع عينة أطفال (1781 فرد) ذات مستويات دراسية مختلفة (من الروضة إلى الثالثة ثانوي)، بعدة طرق من بينها: صدق المحكمين، الصدق التلازمي والصدق المفهوم. إلا انه سنكتفي بعرض جدول يشمل معاملات صدق المفهوم كما يلي:

جدول رقم (15): يمثل نسب النجاح، المدى ومتوسطات الارتباطات الثنائية على اختبار NNAT

الجزء	المستوى الدراسي	العينة N	نسبة النجاح	متوسط معاملات الارتباط الثنائية médiane des bisériaux	مدى معاملات الارتباط الثنائية Etendue des bisériaux
A	GSM	126	43	0,67	0.92/0.6-
	CP	118	48	0,65	0.94/0.20
	CE1	148	47	0,66	0.97/0.23
D	CE2	141	48	0,52	0.91/0.1-
	CM1	124	57	0,57	0.82/0.07
	CM2	152	41	0,48	0.87/0.05-
E	6 ^{ème}	112	46	0,55	0.89/0.02-
	5 ^{ème}	118	48	0,50	0.78/0.11-
	4 ^{ème}	116	59	0,56	0.77/0.18
F	3 ^{ème}	125	68	0,45	0.84/0.08
	2 nd	156	67	0,46	0.77/0.11
	1 ^{ère}	172	67	0,53	1.00/0.00
G	Term	173	71	0,51	0.87/0.26

نلاحظ من خلال الجدول أن نجاح الفرد على البنود مرتبط بنجاحه على الاختبار ككل، كما أن معاملات الارتباط الثنائية المتحصل عليها تجعل هذا الاختبار يتميز بصدق عالي يمكنه من التمييز بين الأفراد منخفضي الذكاء والأفراد مرتفعي الذكاء.

ب- الثبات:

كما تراوحت معاملات ارتباط الاختبار بجميع أجزائه في نفس الدراسة مع نفس العينة بمعادلة (Kuder-Richardson) بين 0,76 إلى 0,92 وفيما يلي جدول يلخص ذلك:

جدول رقم (16): يمثل معاملات الارتباط اختبار الذكاء الغير لفظي NNAT على العينة الفرنسية.

الجزء	المستوى الدراسي	عدد العينة	عدد البنود	المتوسط M	الانحراف	أخطاء القياس Sem	معامل ر R
A	GSM	126	38	16.5	8.3	2.5	0.91
	CP	118	38	18.3	8.7	2.4	0.92
	CE1	148	38	18.0	8.8	2.5	0.92
	CE2	141	38	18.1	6.5	2.6	0.84
D	CM1	124	38	21.7	6.9	2.5	0.87
	CM2	152	38	15.8	6.3	2.6	0.83
	6 ^{ème}	112	38	17.6	6.9	2.6	0.86
E	5 ^{ème}	118	38	18.2	6.3	2.6	0.83
	4 ^{ème}	116	38	22.6	6.3	2.5	0.84
	3 ^{ème}	125	38	25.8	5.3	2.5	0.78
	2 nd	156	38	25.4	5.1	2.5	0.76
F	1 ^{ère}	172	38	25.6	5.3	2.4	0.80
	Term	173	38	27.1	5.4	2.4	0.81

الذكاء الغير لفظي (NNAT, 1985)

فيما يخص الأجزاء التي سنستعملها في دراستنا C و D فإن معاملات ارتباطها كانت مرتفعة حيث بلغت C) و (0,92 و (D: 0,84-0,87)

4-3-2- أدوات جمع البيانات:

4-3-2-1- اختبار ستروب لقياس الانتباه الانتقائي البصري Test de Stroop:

مبررات اختيار الأداة:

تحديد درجة الانتباه لدى أفراد العينة، وهو اختبار متحرر من تأثير العوامل الثقافية يصلح لقياس الانتباه مع مختلف الفئات العمرية.

وصف الاختبار:

من إعداد (John Ridley Stroop, 1935) وتكييف (Jean-Michel Albaret et Laetitia Migliore, 1999) يهدف إلى قياس الانتباه الانتقائي لدى الفئات العمرية المختلفة. (انظر الملحق رقم 10) يتكون الاختبار من كلمات ومستطيلات مطبوعة بألوان مختلفة موزعة على ثلاث بطاقات كما يلي:

- البطاقة الأولى (A): تشمل على 50 كلمة لأربعة أسماء ألوان (اخضر، اصفر، احمر، ازرق) مكتوبة بالحبر الأسود وموزعة على 10 صفوف بحيث كل صف يحتوي على 05 كلمات.
- البطاقة الثانية (B): تحتوي على نفس عدد كلمات البطاقة الأولى موزعة بطريقة مغايرة ومطبوعة بلون مغاير عن اللون الذي تعبر عنه الكلمة.
- البطاقة الثالثة (C): تشمل على 50 مستطيل مرسومين بألوان مختلفة (اخضر، اصفر، احمر، ازرق) وموزعون على 10 صفوف بحيث كل صف يحتوي على 05 مستطيلات.

تعليمات تطبيق الاختبار:

يطبق الاختبار فرديا وهو موزع إلى أربعة مراحل، حيث في كل مرحلة يطلب من المفحوص قراءة أو تسمية بنود البطاقة في مدة لا تتجاوز 45 ثانية. وهته المراحل هي كما يلي:

- المرحلة الأولى: يقوم المفحوص فقط بقراءة كلمات البطاقة الأولى (A)، استنادا إلى تعليمة الفاحص: "سأعطيك بطاقة تحتوي على كلمات مكتوبة التي يجب عليك قراءتها من اليمين إلى اليسار بصوت مسموع وبأسرع ما يمكن في مدة لا تتجاوز 45 ثانية. لا تتوقف عن القراءة حتى وان أنهيت قراءة كل الكلمات، إلا بأمر مني. وإذا أبلغتك بوقوعك في خطأ، اكتفي بتصحيح الخطأ فقط. إذا كنت على استعداد، بإمكانك البدا في إي وقت".
- المرحلة الثانية: يقوم المفحوص بقراءة الكلمات المكتوبة للبطاقة الثانية (B) دون الأخذ بعين الاعتبار اللون الذي طبعت به. تحتوي هذه المرحلة على نفس التعليمة الأولى.

- **المرحلة الثالثة:** يقوم المفحوص بتسمية ألوان مستطيلات البطاقة الثالثة (C). استنادا إلى تعليمة الفاحص "تحتوي هذه البطاقة على مستطيلات ذات ألوان مختلفة، قم بتسمية ألوانها متبعا نفس إجراءات المراحل السابقة"

- **المرحلة الرابعة:** يقوم المفحوص بتسمية ألوان الحبر الذي طبعت به كلمات البطاقة الثانية (B) دون اللجوء إلى قراءة الكلمة بحد ذاتها (Condition d'interférence). استنادا إلى التعليمة التالية: "سأعطيك البطاقة السابقة (B): في الأول قمت بقراءة كلماتها، أما الآن ستكتفي فقط بتسمية الألوان التي طبعت بها هاته الكلمات"

حساب الدرجات:

يسجل الفاحص على دفتر التتقيط (انظر الملحق رقم 11):

- عدد الكلمات المقروءة بطريقة صحيحة.
 - عدد الكلمات المقروءة بطريقة خاطئة.
 - عدد الترددات وعدد الكلمات المنسية.
 - حساب درجة الخطأ بالمعادلة التالية: $2 \times \text{عدد الأخطاء} + \text{عدد الترددات}$ (Score d'erreur = $2^E + H$)
- ويتحصل على درجات المفحوصين الكلية ليقارنها بجداول المعيارية للاختبار لتحديد الفئة التي ينتمي إليها المفحوص. (انظر الملحق رقم 12)

كفاءة الاختبار:

أ- الصدق:

تم حساب معامل الصدق التكويني في دراسة (Jean-Michel Albaret et Laetitia Migliore, 1999) من خلال مقارنة تطبيق الاختبار على عينة (32) طفل من ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة (TDAH) وعينة ضابطة تشمل (32) طفل عادي بمتوسط سن يتراوح عند العينتين بـ (9 سنوات و 8 أشهر) وانحراف معياري يقدر بـ (سنة و 5 أشهر) اخضع مصمم الاختبار نتائج هذه المتغيرات إلى تحليل التباين أحادي الاتجاه وتحصل على فروق دالة إحصائية لصالح العينة الضابطة. وفيما يلي جدول يشرح هذه الفروق:

جدول رقم (17): يمثل نتائج مصمم اختبار ستروب Test de Stroop في حسابه لمؤشرات الصدق البنائي.

اختبار ستروب Test de Stroop	البطاقة	عينة قصور الانتباه وفرط النشاط ن=32	العينة الضابطة (أطفال عاديون) ن=32	مؤشر F	مؤشر P
درجة الصواب في قراءة الكلمات	A	62,4	88,0	59,28	0,0001
درجة الخطأ في قراءة الكلمات	A	3,3	0,9	36,87	0,0001
درجة الصواب في قراءة الكلمات	B	53,4	83,2	59,00	0,0001
درجة الخطأ في قراءة الكلمات	B	4,8	1,8	47,85	0,0001
درجة الصواب في تسمية ألوان الأشكال	C	36,7	53,9	41,08	0,0001
درجة الخطأ في تسمية ألوان الأشكال	C	6,9	4,3	19,12	0,0001
درجة الصواب في تسمية حبر الكلمات	B	18,1	31,1	39,00	0,0001
درجة الخطأ في تسمية حبر الكلمات	B	11,4	7,1	19,93	0,0001
Score interférence		18,6	22,8	6,71	0,05

وهي فروق تثبت صدق الاختبار في قياس الانتباه الانتقائي.

ب-الثبات:

لقد حسبت معاملات ثبات الاختبار عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق في دراسة (Golden,1975) مع عينة تتكون من (30 فرد) حيث توصل إلى معاملات الارتباط التالية: 0.86 لتسمية كلمات البطاقة الأولى والثانية 0.82 لتسمية ألوان البطاقة الثالثة و 0.73 لتسمية حبر ألوان البطاقة الثانية (Marie Vanier,1991,p11). وفي دراسة (Franzen et all,1987) مع عينة تتكون من (62 فرد) حيث توصلوا إلى معاملات الارتباط التالية: 0.83 لتسمية كلمات البطاقة الأولى والثانية، 0.738 لتسمية ألوان البطاقة الثالثة و 0.671 لتسمية حبر ألوان البطاقة الثانية (Marie Vanier,1991,p11).

4-3-2- اختبار تزاوج الأرقام لقياس الانتباه السمعي:

وصف الاختبار:

من إعداد (إبراهيم السيد السامدوني،1990)، يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة الطفل على الانتباه الانتقائي وسعة الانتباه السمعي لمجموعة من الأرقام المزدوجة (5-5) (3-7) (0-1) مسجلة على شريط، حيث بين كل رقم ثنائي ثانية واحدة. (انظر ملحق رقم 13)

فعندما يسمع الطفل الأرقام المزدوجة المطلوبة منه (5-5) (7-3) (1-0) يعطي استجابة (يرفع يده)، وإذا لم يسمع هذه الأرقام يكتفي بعدم إعطاء استجابة.

حساب الدرجات: تحسب عدد المثيرات المتروكة، عدد الأخطاء، عدد الاستجابات الصحيحة وذلك في زمن محدد.
كفاءة الاختبار:

قام بتقدير (إبراهيم السيد السمدوني، 1990) الخصائص السيكومترية للاختبار على عينة (83) تلميذ ينتمون إلى الصف الخامس ابتدائي من مدرسة فيشا سليم بدولة مصر، حيث بلغت معاملات الارتباط:

أ- **الصدق:** بين درجات الأطفال في فترة زمنية ثلاث دقائق ب 0.806.

ب- **الثبات:** 0.479 وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى 0.01.

4-3-2-3 اختبار مطابقة الصور لقياس الاندفاعية **Test d'appariement d'images**:

مبررات اختيار الأداة:

تحديد درجة الاندفاعية لدى أفراد العينة، وهو اختبار متحرر من تأثير العوامل الثقافية يصلح لقياس درجة الاندفاعية لدى فئة الأطفال الذين يتراوح سنهم بين 7 و 14 سنة.

وصف الاختبار:

من إعداد (Jérôme Marquet-Doléac et all, 1999)، يهدف هذا الاختبار إلى قياس الاندفاعية (الجانب المعرفي من الاندفاعية) لدى فئة الأطفال الذين يتراوح سنهم بين 7 و 14 سنة. يتكون هذا الاختبار من 11 بطاقة: البطاقة الأولى كمثال و 10 المتبقية كبنود للاختبار (انظر ملحق رقم 14). حيث تشمل كل بطاقة على صور لسبعة رسومات، الرسم الموجود في أعلى البطاقة يسمى بالمعيار (Le Standard) وهو الرسم الذي يستعمل من قبل المفحوص كمرجع لإيجاد الصورة المطابقة له بين بنود البطاقة.

تعليمات تطبيق الاختبار:

يطبق الاختبار فردياً، حيث يطلب من المفحوص التعرف على البند (الرسم) المطابق للمعيار (Le standard) بين البنود 6 للبطاقة وبأسرع وقت (دقيقة واحدة لكل بطاقة) دون الوقوع في خطأ.

يقدم الفاحص في الأول نموذج للمفحوص يستعمل فيه البطاقة الأولى كمثال حيث يبلغ المفحوص أن المثال لا ينقط ضمن الاختبار. "هل تعرف لعبة الاختلافات؟ ستري انه نفس الشيء. هنا سنقوم بمثال لتأكد من أنك فهمت الطريقة. في أعلى البطاقة لدينا نموذج وفي أسفلها 6 نسخ منه، بين هذه النسخ هناك رسم واحد مطابق عليك إيجاداه بأسرع وقت ممكن (المدة لا تتجاوز دقيقة واحدة)".

في حالة إذا ما لم يتمكن المفحوص من إيجاد الشكل الصحيح سنعطي له التعليلة بطريقة أخرى: "بطريقة أخرى. دلني على الرسومات التي وجدتها مختلفة عن النموذج (Le Standard)"

بعد التأكد من أن المفحوص استطاع فهم المثال، يعطي له الفاحص تعليلة الاختبار: "الآن ستحسب مدة إجابتك مع البطاقات المتبقية. لديك دقيقة واحدة لإيجاد الرسم المطابق في البطاقة، انتبه جيدا إن الشيء المهم هنا هو إيجاد الرسم الصحيح من الوهلة الأولى، إذا كانت إجابتك صحيحة سنمر للبطاقة الموالية وإذا كانت خاطئة سأقول لك -لا، واصل- إلى غاية إيجاد الرسم الصحيح. بعد انقضاء وقت البطاقة (أي الدقيقة) سأوقفك وسأطلب منك الإجابة: إذا كانت لديك إجابة قدمها لي وإن لم يكن الحال كذلك لا يهم سنمر للبطاقة الموالية. هل فهمت؟ متأكد؟ هل ننطلق؟ إذن قم بأخذ البطاقة الموجودة على يمينك، عندما أقول لك -انطلق- تستطيع البداية، مستعد؟ انطلق."

حساب الدرجات وكيفية التصحيح:

تتوزع أماكن الإجابات الصحيحة لبطاقات اختبار مطابقة الصور كمايلي:

الجدول رقم (18): يمثل الإجابات الصحيحة للبطاقات اختبار Test d'appariement d'images

البطاقة	البند	الإجابة الصحيحة (رقم الصورة)	البطاقة	البند	الإجابة الصحيحة (رقم الصورة)
الثانية	الدب الصغير	2	السابعة	الساعة	1
الثالثة	المقص	2	الثامنة	البطة	5
الرابعة	المحفظة	3	التاسعة	الطاولة	5
الخامسة	المنزل	6	العاشرة	الهاتف	6
السادسة	السلة	4	الحادية عشر	الطفل	3
البطاقة الأولى هي عبارة عن نموذج يقدم للطفل والصورة رقم 1 هي الإجابة الصحيحة					

يسجل الفاحص على بطاقة التتقيط (انظر ملحق رقم 15):

- زمن التفكير (بالثواني) الذي يسبق الإجابة الأولى في البطاقة، حيث أن متوسط البطاقات 10 يعتبر كمتغير لتحليل النتائج.
- الزمن الكلي لجميع البطاقات والذي يرمز له بـ(TT).
- عدد الأخطاء الكلي لجميع البطاقات والذي يرمز له بـ(E).
- عدد الإجابات الصحيحة منذ الوهلة الأولى والذي يرمز له بـ(R).

ثم يحسب الفاحص مؤشرين:

- مؤشر الدقة (Index d'exactitude): مؤشر يعرفنا بعدد الإجابات الصحيحة المعطاة من قبل المفحوص منذ الوهلة الأولى في الدقيقة الواحدة. وهو مؤشر يحسب بالمعادلة التالية:

$$\text{Index d'exactitude} = \frac{R \times 60}{TT \text{ (en secondes)}}$$

- مؤشر الاندفاعية (Index d'impulsivité): هو مؤشر الذي يعرفنا بعدد الإجابات الخاطئة المعطاة من قبل المفحوص في الدقيقة الواحدة. وهو مؤشر يحسب بالمعادلة التالية:

$$\text{Index d'impulsivité} = \frac{E \times 60}{TT \text{ (en secondes)}}$$

ويتحصل على الدرجات الكلية ليقارنها بجدول المعيارية للاختبار لتحديد الفئة التي ينتمي إليها المفحوص. (انظر الملحق رقم 16)

كفاءة الاختبار:

أ- الصدق:

تم حساب معامل الصدق التكويني للاختبار في دراسة (Soppelsa, Albaret et al, 1999)، من خلال مقارنة تطبيق الاختبار على عينة (26) طفل من ذوي قصور الانتباه (TDA) وعينة ضابطة تشمل (26) طفل عادي بمتوسط سن يتراوح عند العينتين بـ (10 سنوات و 10 أشهر) اخضع مصمم الاختبار نتائج هذه المتغيرات إلى تحليل التباين أحادي الاتجاه وتحصل على فروق دالة إحصائية لصالح العينة الضابطة. وفيما يلي جدول يمثل نتائج هذه الفروق:

جدول رقم (19): يمثل نتائج مصمم اختبار تطابق الصور **Test d'appariement d'images** في حسابه لمؤشرات الصدق البنائي.

مؤشر P	مؤشر F	العينة الضابطة (أطفال عاديين) ن = 26	عينة قصور الانتباه (TDA) ن = 26	اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images
0,0001	86,77	42	16	زمن الإجابة الأولى
0,0001	34,87	451	315	الزمن الكلي (TT)
0,0001	34,12	5,7	3	عدد الإجابات الصحيحة (R)
0,0001	26,29	3,5	13	عدد الأخطاء الكلي (E)
0,05	4,83	0,8	0,6	مؤشر الدقة
0,0001	54,43	0,6	2,6	مؤشر الاندفاعية

وهي فروق تثبت صدق الاختبار في قياس الاندفاعية.

ب- الثبات:

تم حساب معامل الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق مع عينة تتكون من 57 فرد، بمدة تتراوح بين أسبوع إلى 8 أسابيع على مستوى أربعة متغيرات: زمن الإجابة الأولى، الزمن الكلي للاختبار، عدد الإجابات الصحيحة، مؤشر الدقة. في علاقتها بالدرجة الكلية للاختبار عن طريق معامل كرونباخ التي كانت درجته مرتفعة جدا كما يلي: ($a=0.90$).

التحقق من الشروط السيكمترية لأدوات الدراسة الحالية:

تم التأكد من الخصائص السيكمترية (الصدق والثبات) بتطبيق أدوات الدراسة الحالية على عينة استطلاعية تتكون من (30) طفل من غير أطفال عينة الدراسة الأساسية وتشمل هذه العينة أفراد مضطربين وأفراد عاديين لا يعانون من أي اضطراب.

أ- الصدق:

تم حساب معاملات صدق الأدوات المستعملة في الدراسة بطريقة المقارنة الطرفية التي تقوم على مقارنة درجات أفراد الثلث الأعلى بدرجات أفراد الثلث الأدنى على الاختبارات، من خلال حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين المتوسطين.

1- صدق استبيان كونر (الصورة الأسرية والمدرسية)

جدول رقم (20): يمثل نتائج اختبار "ت" للمجموعتين (العليا والدنيا) على استبيان كونر (الأسرية والمدرسية)

مستوى الدلالة *	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	المجموعة	محاور الأداة	
0.000	13.226	-11.978	2.312	13.30	10	الثالث الأدنى	محور المشكلات السلوكية	الصورة الأسرية
			4.630	32.90	10	الثالث الأعلى		
0.000	18	-10.034	1.174	15.40	10	الثالث الأدنى	محور صعوبات التعلم	
			0.675	19.70	10	الثالث الأعلى		
0.000	18	-10.462	0.527	0.50	10	الثالث الأدنى	محور الجسدية	
			1.287	5.10	10	الثالث الأعلى		
0.000	18	-9.323	2.058	18.30	10	الثالث الأدنى	محور الاندفاعية وفراط الحركة	
			1.663	26.10	10	الثالث الأعلى		
0.000	18	-8.959	1.075	4.40	10	الثالث الأدنى	محور الحصر	
			1.947	10.70	10	الثالث الأعلى		
0.000	18	-12.902	6.364	57.50	10	الثالث الأدنى	الدرجة الكلية على الأداة	
			4.372	89.00	10	الثالث الأعلى		
0.000	18	-8.260	1.647	12.60	10	الثالث الأدنى	محور المشكلات السلوكية	استبيان كونر (الصورة المدرسية)
			3.528	23.00	10	الثالث الأعلى		
0.000	11.509	-7.589	2.183	13.10	10	الثالث الأدنى	محور الاندفاعية وفراط الحركة	
			0.823	18.70	10	الثالث الأعلى		
0.000	18	-8.448	1.418	16.30	10	الثالث الأدنى	محور قصور الانتباه	
			2.319	23.40	10	الثالث الأعلى		
0.000	18	-8.410	4.084	44.70	10	الثالث الأدنى	الدرجة الكلية على الأداة	
			5.208	62.30	10	الثالث الأعلى		

* مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (20) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة ذات الدرجة المنخفضة في اضطراب قصور الانتباه وفراط الحركة ومتوسطات درجات أفراد المجموعة ذات الدرجة المرتفعة

في اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة ($P \text{ Value} \leq 0.05$)، مما يمكننا من القول بصدق هذا الاستبيان بصورته الأسرية والمدرسية.

2- صدق اختبار الذكاء الغير لفظي (NNAT de Naglieri, 1985):

جدول رقم (21): يمثل نتائج اختبار "ت" للمجموعتين (العليا والدنيا) على اختبار الذكاء الغير لفظي (NNAT de Naglieri, 1985)

الأداة	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
اختبار الذكاء الغير لفظي	الثالث الأدنى	10	92.50	2.635	-10.371	18	0.000
	الثالث الأعلى	10	106	3.162			

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (21) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة ذات الدرجة المنخفضة في اختبار الذكاء الغير لفظي ومتوسطات درجات أفراد المجموعة ذات الدرجة المرتفعة في اختبار الذكاء الغير لفظي ($P \text{ Value} \leq 0.05$)، مما يمكننا من القول بصدق هذا الاختبار.

3- صدق اختبار ستروب:

جدول رقم (22): يمثل نتائج اختبار "ت" للمجموعتين (العليا والدنيا) على اختبار ستروب (Test de stroop)

بطاقات الاختبار	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
A	درجة الصواب في قراءة الكلمات	10	37.80	3.155	6.725	18	0.000
	الثلث الأدنى	10	28.50	3.028			
	الثلث الأعلى	10	1.10	0.738	-2.466	18	0.024
	الثلث الأدنى	10	2.60	1.776			
B	درجة الصواب في قراءة الكلمات	10	38.30	2.869	15.999	18	0.000
	الثلث الأدنى	10	18.80	2.573			
	الثلث الأعلى	10	0.80	0.632	-6.396	18	0.000
	الثلث الأدنى	10	4.40	1.874			
C	درجة الصواب في تسمية ألوان الأشكال	10	43.40	2.171	7.635	18	0.000
	الثلث الأدنى	10	35.40	2.503			
	الثلث الأعلى	10	0.90	1.101	-2.132	18	0.047
	الثلث الأدنى	10	1.90	0.994			
B	درجة الصواب في تسمية حبر الكلمات	10	11.60	2.011	11.732	18	0.000
	الثلث الأدنى	10	3.50	0.850			
	الثلث الأعلى	10	7.70	2.946	5.280	14.923	0.000
	الثلث الأدنى	10	13.50	1.841			

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (22) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة ذات الدرجة المنخفضة في اختبار ستروب ومتوسطات درجات أفراد المجموعة ذات الدرجة المرتفعة في اختبار ستروب ($P \leq 0.05$ ، Value)، مما يمكننا من القول بصدق هذا الاختبار.

4- صدق اختبار تزواج الأرقام:

جدول رقم (23): يمثل نتائج اختبار "ت" للمجموعتين (العليا والدنيا) على اختبار تزواج الأرقام.

أجزاء الأداة	المدة	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
الأخطاء المرتبكة خلال الاختبار	3 دقائق	الثلث الأدنى	10	3.30	1.494	-6.141	18	0.000
		الثلث الأعلى	10	7.70	1.703			
	6 دقائق	الثلث الأدنى	10	3.20	1.619	-8.610	18	0.000
		الثلث الأعلى	10	9.90	1.853			
	9 دقائق	الثلث الأدنى	10	5.10	1.370	-7.649	14.452	0.000
		الثلث الأعلى	10	11.70	2.359			
	12 دقائق	الثلث الأدنى	10	5.00	1.764	-7.452	18	0.000
		الثلث الأعلى	10	12.70	2.751			
	15 دقيقة	الثلث الأدنى	10	6.40	1.776	-7.589	18	0.000
		الثلث الأعلى	10	12.80	1.989			
	20 دقيقة	الثلث الأدنى	10	7.90	1.729	-4.596	18	0.000
		الثلث الأعلى	10	14.10	3.900			
الكمالات المتروكة خلال الاختبار	المجموع الكلي للأخطاء	الثلث الأدنى	10	30.90	5.322	-12.606	18	0.000
		الثلث الأعلى	10	68.90	7.909			
	3 دقائق	الثلث الأدنى	10	1.50	1.179	-4.358	18	0.000
		الثلث الأعلى	10	3.60	0.966			
	6 دقائق	الثلث الأدنى	10	1.10	0.738	-6.162	18	0.000
		الثلث الأعلى	10	4.50	1.581			
	9 دقائق	الثلث الأدنى	10	1.90	1.449	-3.706	18	0.002
		الثلث الأعلى	10	4.00	1.054			
	12 دقائق	الثلث الأدنى	10	1.80	1.229	-4.200	18	0.001
		الثلث الأعلى	10	4.60	1.713			
	15 دقيقة	الثلث الأدنى	10	3.10	2.079	-3.158	18	0.005
		الثلث الأعلى	10	5.70	1.567			
	20 دقيقة	الثلث الأدنى	10	4.20	1.317	-3.157	18	0.005
		الثلث الأعلى	10	6.60	2.011			
	المجموع الكلي للمتروك	الثلث الأدنى	10	13.60	4.169	-7.674	18	0.000
		الثلث الأعلى	10	29.00	4.784			

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (23) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة ذات الدرجة المنخفضة في اختبار تزاوج الأرقام ومتوسطات درجات أفراد المجموعة ذات الدرجة المرتفعة في اختبار تزاوج الأرقام ($P \text{ Value} \leq 0.05$)، مما يمكننا من القول بصدق هذا الاختبار.

5- صدق اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images):

جدول رقم (24): يمثل نتائج اختبار "ت" للمجموعتين (العليا والدنيا) على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images).

متغيرات الأداة	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
متوسط زمن التفكير بالثنائي	الثلث الأدنى	10	38.1000	3.65726	10.549	18	0.000
	الثلث الأعلى	10	18.8800	4.45167			
الزمن الكلي (TT) لجميع البطاقات	الثلث الأدنى	10	404.80	26.461	-4.234	18	0.000
	الثلث الأعلى	10	502.80	68.243			
عدد الإجابات الصحيحة منذ الوهلة الأولى (R)	الثلث الأدنى	10	4.50	0.850	5.802	18	0.000
	الثلث الأعلى	10	2.10	0.994			
عدد الإجابات الخطأ (E)	الثلث الأدنى	10	11.20	2.201	-15.433	18	0.000
	الثلث الأعلى	10	28.20	2.700			
مؤشر الدقة index d'exactitude	الثلث الأدنى	10	0.6670	0.15137	5.311	18	0.000
	الثلث الأعلى	10	0.2690	0.18236			
مؤشر الاندفاعية index d'impulsivité	الثلث الأدنى	10	1.6480	0.24284	-16.840	18	0.000
	الثلث الأعلى	10	3.3830	0.21721			

اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)

*مستوى الدلالة عند 0.05

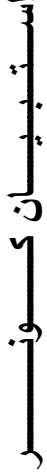
يتضح من الجدول رقم (24) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة ذات الدرجة المنخفضة في اختبار تطابق الصور ومتوسطات درجات أفراد المجموعة ذات الدرجة المرتفعة في اختبار تطابق الصور ($P \text{ Value} \leq 0.05$)، مما يمكننا من القول بصدق هذا الاختبار.

ب- الثبات:

تم حساب معاملات ثبات الأدوات المستعملة في الدراسة بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق، التي تقوم على تطبيق الاختبار على مجموعة من الأفراد ثم يعاد تطبيقه مرة أخرى على نفس المجموعة ثم يحسب معامل الارتباط بين التطبيقين لنحصل على معامل ثبات درجات الاختبار.

1- ثبات استبيان كونر (الصورة الأسرية والمدرسية):

جدول رقم (25): يمثل معاملات الثبات لمحاوَر استبيان كونر (الصور المدرسية والأسرية) بطريقة إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية.

الصورة المدرسية			الصورة الأسرية	
معامل الثبات	محاوَر الاستبيان		معامل الثبات	محاوَر الاستبيان
**0.913	محور المشكلات السلوكية		**0.931	محور المشكلات السلوكية
**0.903	محور الاندفاعية وفرط الحركة		**0.903	محور صعوبات التعلم
**0.919	محور قصور الانتباه		**0.914	محور الجسدية
**0.940	الدرجة الكلية على الأداة		**0.924	محور الاندفاعية وفرط الحركة
			**0.900	محور الحصر
			**0.946	الدرجة الكلية على الأداة

**** دال عند مستوى (0.01)**

يتضح من البيانات الواردة في الجدول (25) أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول والثاني بالنسبة لاستبيان كونر (الصورة الأسرية والمدرسية) كانت مرتفعة ودالة عند مستوى 0.01 وعليه يمكن القول بأن هذا الاستبيان ثابت.

2- ثبات اختبار الذكاء الغير لفظي (NNAT de Naglieri,1985):

جدول رقم (26): يمثل معاملات الثبات لاختبار الذكاء الغير لفظي (NNAT de Naglieri,1985) بطريقة إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية.

الأداة	معامل الثبات
اختبار الذكاء الغير لفظي	0.921**

**** دال عند مستوى (0.01)**

يتضح من البيانات الواردة في الجدول (26) أن معامل ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول والثاني بالنسبة لاختبار الذكاء الغير لفظي كان مرتفع ودال عند مستوى 0.01 وعليه يمكن القول بان هذا الاختبار ثابت.

3- ثبات اختبار ستروب (Test de stroop):

جدول رقم (27): يمثل معاملات الثبات لاختبار ستروب (Test de stroop) بطريقة إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية.

بطاقات الاختبار	أجزاء الأداة	معامل الثبات
A	درجة الصواب في قراءة الكلمات	0.903**
	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	0.870**
B	درجة الصواب في قراءة الكلمات	0.890**
	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	0.917**
C	درجة الصواب في تسمية ألوان الأشكال	0.900**
	درجة الخطأ في تسمية ألوان الأشكال	0.884**
B	درجة الصواب في تسمية حبر الكلمات	0.895**
	درجة الخطأ في تسمية حبر الكلمات	0.901**

**** دال عند مستوى (0.01)**

يتضح من البيانات الواردة في الجدول (27) أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول والثاني بالنسبة لاختبار ستروب كانت مرتفعة ودالة عند مستوى 0.01 وعليه يمكن القول بان هذا الاختبار ثابت.

4- ثبات اختبار تزاوج الأرقام:

جدول رقم (28): يمثل معاملات الثبات لاختبار تزاوج الأرقام بطريقة إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية.

أجزاء الأداة	المدة	معامل الثبات
الاختبار خلال الاختبار الخطأ المتركبة	3 دقائق	0.897 **
	6 دقائق	0.905 **
	9 دقائق	0.893 **
	12 دقائق	0.909 **
	15 دقيقة	0.885 **
	20 دقيقة	0.907 **
المجموع الكلي للأخطاء		0.986 **
الاختبار خلال الاختبار الكلمات المتروكة	3 دقائق	0.890 **
	6 دقائق	0.893 **
	9 دقائق	0.875 **
	12 دقائق	0.860 **
	15 دقيقة	0.871 **
	20 دقيقة	0.892 **
المجموع الكلي للكلمات المتروكة		0.966 **

** دال عند مستوى (0.01)

يتضح من البيانات الواردة في الجدول (28) أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول والثاني بالنسبة لاختبار تزاوج الأرقام كانت مرتفعة ودالة عند مستوى 0.01 وعليه يمكن القول بان هذا الاختبار ثابت.

5- ثبات اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images):

جدول رقم (29): يمثل معاملات الثبات لاختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images) بطريقة إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية.

متغيرات الأداة	معامل الثبات
متوسط زمن التفكير بالثنائي	0.973
الزمن الكلي (TT) لجميع البطاقات	0.906
الإجابات الصحيحة منذ الوهلة الأولى (R)	0.941
عدد الإجابات الخطأ (E)	0.956
مؤشر الدقة index d'exactitude	0.951
مؤشر الاندفاعية index d'impulsivité	0.903

**** دال عند مستوى (0.01)**

يتضح من البيانات الواردة في الجدول (29) أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول والثاني بالنسبة لاختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images) كانت مرتفعة ودالة عند مستوى 0.01 وعليه يمكن القول بأن هذا الاختبار ثابت.

4-3-3- برنامج الدراسة: "برنامج علاجي قائم على اللعب لخفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية" (الملحق رقم 01):

لخفض أهم أعراض اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، أعد الباحث لهذا الغرض برنامج علاجي، وسوف نتناول هذا البرنامج بطريقة مفصلة لاحقاً.

4-4- إجراءات الدراسة:

بعد الاطلاع على البحوث والدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية وهي (أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة، البرامج العلاجية المختلفة)، وبناء الإطار النظري للدراسة فيما يتعلق بالمفاهيم والدراسات الأساسية ذات الصلة، وتحديد عينة الدراسة وضبط المتغيرات الدخيلة (العمر الزمني، نسبة الذكاء)، وبعد تحديد أدوات الدراسة، قام الباحث بالإجراءات التالية:

أ- الدراسة الاستطلاعية الأولى:

تم إجراء دراسة استطلاعية أولى لتجربة أدوات الدراسة (استبيان كونر، اختبار ستروب، اختبار تطابق الصور، اختبار تزواج الأرقام) على عينة استطلاعية تتكون من (30) أطفال من غير أطفال عينة الدراسة الأساسية. منهم (10) طفل مشخصين بوحدة الكشف والمتابعة المدرسية-الوحدة المركزية- على أن لديهم قصور الانتباه وفرط الحركة ومنهم (10) أطفال يعانون من حصر وسلوك عدواني ومنهم (10) أطفال عاديين لا يعانون من أي اضطراب (تم الاستعانة في الدراسة الاستطلاعية الأولى بأطفال عاديين وأطفال يعانون من اضطرابات أخرى لصعوبة اقتناء عينة مرضية تعاني من قصور الانتباه وفرط الحركة هذا من جهة ومن جهة أخرى للتأكد من أن الاختبارات المستعملة في الدراسة الحالية تميز بين الأطفال العاديين وأطفال المضطربين في القدرات المقاسة). وذلك في الفترة الممتدة بين (17 جانفي 2016 إلى 04 فيفري 2016) بغية دراسة الخصائص السيكومترية من صدق وثبات لكلا الأدوات.

وبناء على نتائج الدراسة الاستطلاعية تم التوصل إلى ملائمة أدوات الدراسة من حيث الصدق والثبات.

ب- الدراسة الاستطلاعية الثانية:

تم إجراء دراسة استطلاعية ثانية في الفترة الزمنية الممتدة من (7 فيفري 2016 إلى 12 ماي 2016) على أفراد العينة الاستطلاعية (10 أطفال مشخصين بوحدة الكشف والمتابعة المدرسية-الوحدة المركزية- على أن لديهم قصور الانتباه وفرط الحركة)، وذلك بهدف التعرف على مدى قابلية البرنامج للتطبيق من خلال:

- التعرف على مدى ملائمة أنشطة البرنامج لعينة الدراسة.
- التعرف على ظروف تنفيذ البرنامج (الزمن المستغرق اللازم للتطبيق الأنشطة، مدى تجاوب الأطفال مع البرنامج والصعوبات المسجلة خلال التطبيق).

وبناء على نتائج الدراسة الاستطلاعية تم التوصل إلى ملائمة أنشطة وزمن تطبيق البرنامج على هذه الفئة من الأطفال.

ت- القياس القبلي: تم إجراء القياس القبلي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أدوات الدراسة (اختبار ستروب، اختبار تزواج الأرقام واختبار تطابق الصور)، في الفترة الزمنية الممتدة من (15 ماي 2016 إلى 26 ماي 2016) وتم رصد الدرجات الخام. انظر الجداول (10)، (11)، (12).

ث- تطبيق البرنامج:

تم تطبيق البرنامج بأنشطته ووحداته المختلفة على أطفال المجموعة التجريبية، باستخدام مختلف الألعاب الجماعية أو الفردية: الحركية أو التعليمية، الترفيهية أو الإدراكية...الخ، وقد استغرق تطبيق البرنامج (14)

أسبوعا بواقع جلستين في الأسبوع وذلك في الفترة الزمنية الممتدة من (29 ماي 2016 إلى 14 سبتمبر 2016).

ج- القياس البعدي:

بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج تم إجراء القياس البعدي على عينة الأطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة، بتطبيق أدوات الدراسة (اختبار ستروب، اختبار تزاوج الأرقام واختبار تطابق الصور) وذلك بالفترة الزمنية الممتدة من (15 سبتمبر 2016 إلى 22 سبتمبر).

ح- القياس التتبعي:

بعد مرور شهرين (02) من انتهاء تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية، اجري القياس التتبعي على هذه المجموعة وذلك للتأكد من فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة وذلك في الفترة الممتدة من (15 نوفمبر 2016 إلى 24 نوفمبر 2016)

4-5- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

اعتمد الباحث على استخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS version 19)، حيث حدد الأساليب الإحصائية بناء على طبيعة الدراسة، حجم العينة والمتغيرات المستعملة. فيما يتعلق بضبط متغيرات العينة استخدم اختبار "ت" T.TEST واختبار مان وتني Mann Whitney Test وفي تحليل النتائج استخدم اختبار T.TEST واختبار مان وتني Mann Whitney Test واختبار ويلكوكسون Willcoxon وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطات أفراد مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) للقياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبعي.

4-6- برنامج الدراسة: "برنامج علاجي قائم على اللعب لخفض أعراض قصور الانتباه وفرط

الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية" (الملحق رقم 01)

تعتبر مرحلة التمدرس من مراحل النمو الحساسة لدى الإنسان، وهي مرحلة يكثر فيها حدوث بعض الاضطرابات ولا سيما اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة والذي ينتشر بنسب مرتفعة وعلى الرغم من هذا لم يحظ حتى الآن بالقدر الكافي من اهتمام الدراسات والبحوث النفسية خاصة في المواقف الدراسية على حد قول الدراسات مما يسجل نقص لدى الأولياء والمعلمين في إيجاد طرق مثلى للتعامل مع هذا الاضطراب.

تداولت العلوم المختلفة (الطب، علم الأعصاب، علم النفس) المهمة بمجال علاج قصور الانتباه وفرط الحركة على مر السنين طرق علاجية مختلفة، التي أظهرت من خلالها تحسنات نسبية عند هذه الفئة من الأطفال. فمن العلوم من انتهجت الحيلة كعلاج لهذا الاضطراب (قد تصبح الحمية خطيرة على صحة الطفل في حالة افتقاده للعناصر الغذائية المهمة التي يحتاج إليها لاستمرار نموه من جميع الجوانب)، ومنها من استعملت الأدوية في ذلك (من عيوبها يعود الفرد على ما كان عليه بمجرد سحب الدواء)، ومنها من اتبعت العلاجات النفسية المختلفة: العلاج الأسري (دون التنسيق مع المدرسة أو البيئة الاجتماعية)، العلاج السلوكي (الاهتمام بعلاقة مثير باستجابة معينة دون الأخذ بعين الاعتبار خصائص الفرد العقلية، الانفعالية، الاجتماعية والثقافية). لذا لا بد أن يكون علاج قصور الانتباه وفرط الحركة لا يشكل خطر على صحة الفرد الجسمية والعقلية وينبعث أساسا من بيئة الطفل النمائية والاجتماعية والثقافية، يجعله بطريقة ما يطور قدراته المعرفية ويتعلم سلوكيات صحيحة تمكنه من التوافق اجتماعيا وأكاديميا.

اجمع العلماء في شتى الاختصاصات على أهمية اللعب في حياة الطفل كما يرون انه من بين الأنشطة المحببة لدى الأطفال وكانت أدلتهم في ذلك أن اللعب يتضمن قدرة على خلق تواصل جيد بين الطفل ومحيطه المادي والاجتماعي، إلى جانب هذا يتيح اللعب للطفل فرصة لتصريف طاقته الزائدة وينمي مهاراته المعرفية ويكسبه خبرات ومهارات جديدة باستعمال عمليات الاستكشاف والاستطلاع والتخيل وحل المشكلات.

وبما أن اللعب لا يزال جزءا هاما في حياة الطفل النمائية قد يمارسه بطريقة واعية أو غير واعية، فهو ميل طبيعي لدى الطفل يمكن الاستفادة منه عن طريق توجيهه واستثماره بتحديد أهداف داخل اللعبة نسعى من خلالها إلى علاج أي اضطراب لديهم.

وكما أشرنا سابقا في عناصر الفصل الثالث من الدراسة الحالية نجد أن لكل طريقة من طرائق العلاج باللعب خصائصها ومميزاتها وخطواتها تميزها عن غيرها وعليه ففي بحثنا الحالي سنعتمد على طريقة العلاج باللعب السلوكي المعرفي بهدف دراسة أثره على خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال المتدربين

من خلال برنامج علاجي قمنا بتصميمه خصيصا لهذه الفئة، وقمنا باختيار هذا الأسلوب من العلاج لاحتوائه أساليب سلوكية وذهنية محددة وموجهة يمكن الاستدلال بأثرها موضوعيا وقياسها في تعديل السلوك المضطرب لدى هذه الفئة. وسوف نحاول أن نقدم عرضا لخطوات البرنامج العلاجي والخاص بخفض شدة أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال المتدربين.

خطوات بناء البرنامج:

1- تحديد الفئة التي صمم لها البرنامج:

تم تصميم البرنامج الحالي لفئة الأطفال المتدربين المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (8) و (10) سنوات، ونسب ذكاء ما بين (90-110).

2- تحديد أهداف البرنامج:

حدد الباحث فيما يلي الهدف العام للبرنامج المقترح في الدراسة الحالية، كما يتفرع من الهدف العام أهداف فرعية وهي كالآتي:

الهدف العام:

يهدف البرنامج إلى خفض درجة قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية من خلال تنمية بعض المهارات المعرفية من انتباه سمعي وبصري وتعديل السلوكات الاندفاعية الحركية منها والمعرفية وإكسابهم مهارات الاسترخاء والضبط الذاتي والوصول بهم إلى مستوى سلوكي مناسب.

الأهداف الفرعية للبرنامج:

تنقسم الأهداف الفرعية للبرنامج إلى ثلاثة أبعاد كما يلي:

- **البعد الأول:** تدريب الطفل على ضبط الذات في التعامل مع المثيرات المختلفة وعدم الاندفاع خلال الألعاب التي يحتويها البرنامج.
- **البعد الثاني:** مساعدة الطفل الذي يعاني من قصور في الانتباه وفرط الحركة على تركيز انتباهه (السمعي- البصري) لمدة زمنية معينة بتدريبه على مهارات الانتباه والمتمثلة في: الانتقاء، التتبع سعة الانتباه ومرونة نقله.
- **البعد الثالث:** خفض السلوكات الغير المرغوب فيه (الحركة الزائدة) وتعويضه بسلوك جديد (الاسترخاء) بتصريف الطاقة السلبية من خلال الأنشطة الحركية التي يحتويها البرنامج.

3- محتوى البرنامج:

حدد الباحث محتوى البرنامج العلاجي المقترح كما سيتم عرضه في الملحق رقم (01) استنادا إلى:

- الإطار النظري لدراسته.
- بالاطلاع على بعض أنشطة اللعب المعرفي التي تستعمل مع الأطفال الصغار (هدى خرياش، 2007) (Sébastien Barraud, 2009) (Corinne Boutard et Magalie Bouchet, 2007) (Casnav Guyane, 2008)
- بالاطلاع على المحتويات الدراسية للطور الابتدائي بالدولة الجزائرية (سنة أولى، سنة ثانية، سنة ثالثة، سنة رابعة، سنة خامسة)
- بالاطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت البرامج العلاجية الموجهة لفئة قصور الانتباه وفرط الحركة من بينها دراسة كل من: (محاسن بهاء الدين خاشقجي، 1999) (محمد على كامل، 2003) (احمد محمد يونس قزاقزة، 2005) (ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005) (J.Marquet-Doléac et all, 2006) (إسراء هاشم احمد هاشم، 2006) (محمد جواد محمد الخطيب، 2007) (Michèle la Pierre, 2008) (هنادي بنت محمد إسماعيل عفاشة، 2008) (سهير محمد على معروف، 2008) (أمينة إبراهيم شلبي، 2009) (فانتن إبراهيم سلوت، 2010) (Niloufar Jafari et all, 2011) (J.Chagneau et R.Soppelsa, 2010) (Marie-Claude Guay et all, 2011) (فوزية محمدي، 2011) (Ahmadi Nasab Maryam et all, 2014) (محفوظة بنت سالم بن ناصر اليعمدي، 2014) (Elham Foroozandeh et Malihe Mahdih, 2014)
- بعد أن تم بناء البرنامج، وإعداد جلساته وأدواته ووضعها في صورته الأولية، عرض البرنامج على مجموعة من الخبراء تشمل أساتذة جامعات متخصصين في البرامج العلاجية وممارسين في الميدان بغرض التأكد من صدق البرنامج وصلاحيته تنفيذه (انظر الملحق رقم 02) من خلال الاطلاع بآرائهم حول:
 - مدى ملائمة البرنامج العلاجي لما يرجو علاجه.
 - وضوح الأهداف العامة والأهداف الإجرائية لجلسات البرنامج.
 - صحة المادة العلمية لمحتوى البرنامج.
 - مدى مناسبة النشاطات والفنيات والأساليب التي يقترح البرنامج استخدامها مع كل نشاط.
 - ملائمة عدد الجلسات وترتيبها.

- حيث زود كل محكم بنسخة من البرنامج (الملحق رقم 01) واستمارة لضبط وحداته (الملحق رقم 02) وفي ضوء آراء ومقترحات السادة المحكمين قام الباحث بعمل التعديلات اللازمة وتمثلت آراء ومقترحات المحكمين فيما يلي:
- اتفقت آراء المحكمين على أن تصميم البرنامج المقترح مناسب لعلاج أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال المتدرسين وتنمية مهارات الانتباه وخفض أعراض الاندفاعية والحركة الزائدة من خلال أنشطة اللعب المختلفة الأهداف والوسائل.
 - اتفقت الآراء على الترتيب المنطقي للحصص وشمول أهداف البرنامج على جميع جوانب النمو المعرفية للاضطراب.
 - مناسبة أنشطة اللعب ومدة تطبيقها وجميع الوسائل التعليمية المستعملة في تنفيذ البرنامج.
 - تعديل بعض العبارات المستعملة في بعض الحصص.
 - إعادة ترتيب بعض الحصص.
 - بعدها أجرى الباحث دراسة استطلاعية للبرنامج على عينة استطلاعية تشمل (10) أطفال يعانون من اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة والمتكردين على الوحدة المركزية للكشف والمتابعة المدرسية بولاية سطيف- الجزائر - بهدف الوقوف على:
 - مدى قابلية البرنامج للتطبيق في ضوء الإمكانيات المتاحة (مكتب الأخصائي النفسي، قاعة للاسترخاء، ساحة صغيرة).
 - مدى مناسبة أنشطة البرنامج في ضوء القدرات المعرفية واللغوية للأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.
 - التعرف على مدى تفاعل الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة مع الأنشطة التي يحتويها البرنامج.
 - تحديد الزمن المناسب لكل جلسة في البرنامج.
 - الوقوف على نقاط الصعوبة أو الغموض التي يواجهها أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة أثناء تطبيق البرنامج.
 - وبناء على الدراسة الاستطلاعية توصل الباحث إلى ضرورة مراعاة خصوصيات أطفال هذه الفئة من خلال:
 - اختيار الألعاب المعرفية المناسبة لنموهم الفيزيولوجي والنفسي واللغوي.
 - اختيار ألعاب بسيطة سهلة التعلم.
 - السير في هذه الألعاب من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المركب.

4- الأنشطة والأدوات والأساليب المستعملة في البرنامج: (انظر الملحق رقم 01)

يعتمد البرنامج الحالي على مفاهيم وإجراءات العلاج باللعب السلوكي المعرفي، حيث قام الباحث بتصميم مجموعة من الأنشطة تعمل على:

- تنمية استراتيجيات ضبط الذات خاصة: المراقبة الذاتية، التقييم الذاتي والتعزيز الذاتي.
 - تنمية مهارات الانتباه السمعي والبصري خاصة مهارات: انتقاء المثيرات، تتبع المثيرات، وسعة الانتباه ومرونة نقل الانتباه من مثير إلى آخر. أنشطة هذا المحور قائمة على اللعب بمختلف أنواعه (اللعب الحركي، اللعب المعرفي، اللعب الترفيهي)
 - تعلم طريقة الاسترخاء خاصة: استرخاء الكتفين، استرخاء الظهر واسترخاء الساقين.
- وهي أنشطة متكاملة وموحدة الأهداف تهدف إلى تحسين درجة الانتباه لدى الأطفال الذين اعد البرنامج من اجلهم من خلال التدريب على التركيز والانتباه والتروي وعدم الاندفاع مع مختلف المثيرات بالإضافة إلى خفض السلوك الغير المرغوب فيه (الحركة الزائدة) وتعويضه بسلوك جديد (الاسترخاء) هذا من جهة ومن جهة أخرى تسمح هذه الأنشطة للطفل بالمشاركة في الجماعة بأسلوب بسيط ومشوق يعتمد على الممارسة الفعلية التي تشعره بأهمية الأداء الذي يقوم به مما يساعده على تجاوز التوترات النفسية والقلق الذي يعيشه نتيجة هذا الاضطراب.
- بالإضافة استعان الباحث لتنفيذ البرنامج المقترح بمجموعة من الوسائل التعليمية نظرا لأهميتها في تسهيل عملية اكتساب الخبرات. حيث اختار الباحث هذه الوسائل بطريقة تناسب الخصائص العمرية والعقلية لهذه الفئة من الأطفال وكان منها: بازل، متاهات، صلصال، قصص، جهاز كمبيوتر، جهاز عرض، الصور، مكبر صوت، ساعة توقيت، أقراص، بطاقات، ورق شفاف، غراء، كرات وبالونات.

5- حدود البرنامج:

زمنيا: استغرق البرنامج المقترح في الدراسة الحالية من أول سبتمبر 2014 حتى نهاية نوفمبر 2016 حيث تم اختيار العينة التجريبية والضابطة وإجراء الدراسة الاستطلاعية الخاصة بأدوات الدراسة والبرنامج المقترح، وتم خلالها التعارف بين الباحث والأطفال والقائمين على رعايتهم وتطبيق القياس القبلي، ثم تطبيق برنامج الدراسة وإجراء القياس البعدي.

وقد بدا التطبيق الفعلي للبرنامج في الفترة من (29 ماي 2016 حتى 14 سبتمبر 2016) وقد استغرق التطبيق (14) أسبوعا بواقع جلستين في الأسبوع.

مكانيا: تم إجراء الدراسة الحالية بوحدة الكشف والمتابعة المدرسية المركزية والوحدة الفرعية بثانوية ابن رشيق بولاية سطيف.

بشريا: (20) طفل ممتدرس مصاب بقصور الانتباه وفرط الحركة مقسمين إلى مجموعتين متجانستين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة.

6- إجراءات تنفيذ البرنامج:

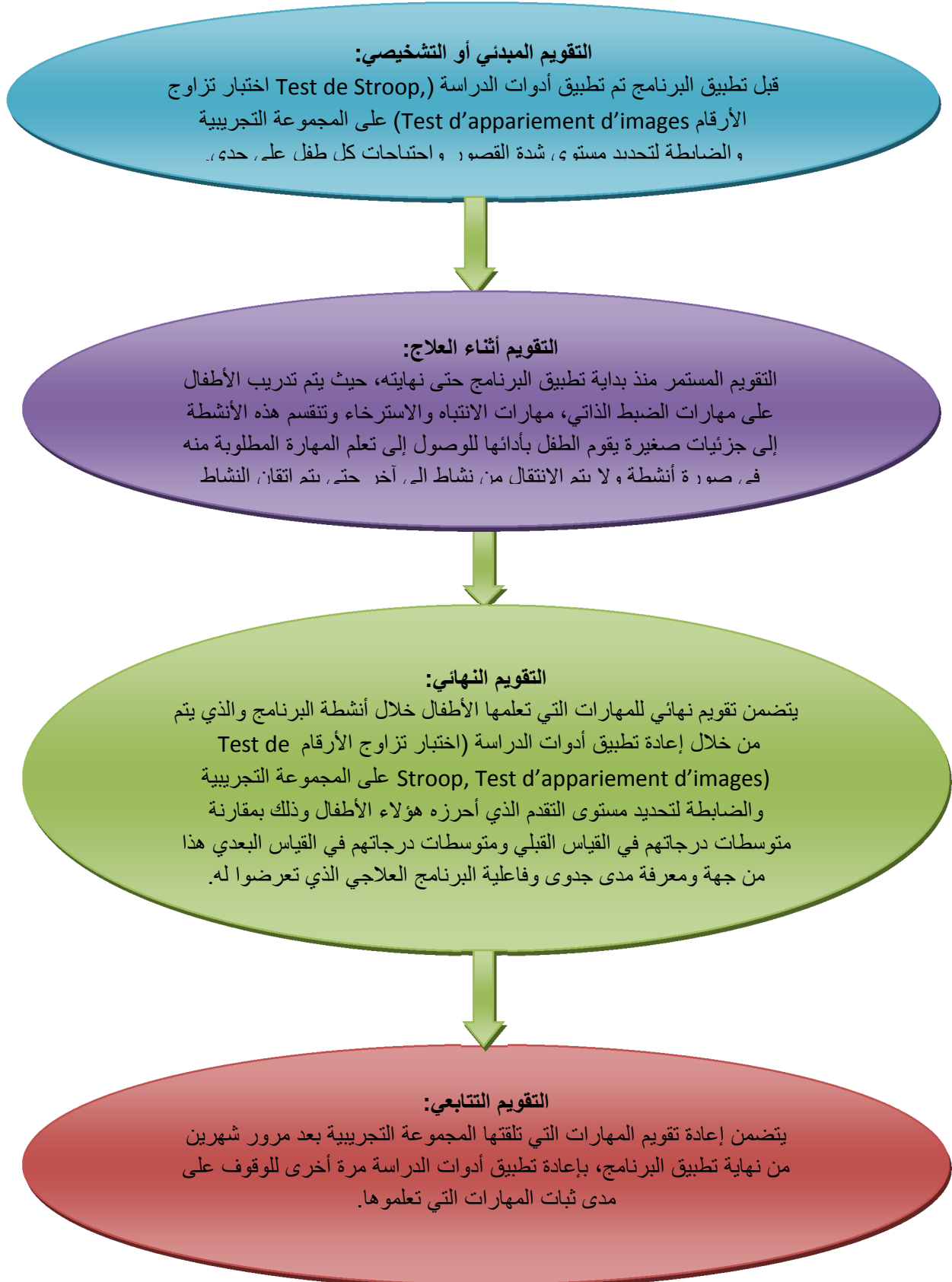
استعان الباحث ببعض الفنيات أثناء تطبيقه للبرنامج وهي كالتالي:

- **التعزيز:** يعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يترتب عليه وقد يكون التعزيز الإيجابي إما ماديا مثل مكافأة الطفل ببعض النقود أو قطع الحلوى أو معنويا مثل تقبيل الطفل أو مداعبته أو مدحه بعبارات شكر مختلفة (فانقة بدر وآخرون، 1999، ص88)
- **التدعيم:** يتضمن تقديم شيء سار للطفل مثل مدح أو ثناء أو منحه امتياز ما يرتبط بأداء السلوك المرغوب مثل زيادة وقت اللعب أو منحه نجمة في لوحة إذا نجح بنسبة 80% مثلا في نشاط معين. (لويس كامل مليكة، 1990، ص104-105)
- **التغذية الرجعية:** إبلاغ الطفل بنتائج تعلمه أو أدائه الحالي من أجل مساعدته على إكسابه آلية لتصحيح أخطائه وإثبات الإجابات الصحيحة.
- **المحاضرة:** استعان الباحث بهذه الفنية بطريقة مبسطة تناسب سن هؤلاء الأطفال من خلال عرض مصور حيث كان الهدف منها شرح بعض المفاهيم والخطوات التي سيتم تناولها في البرنامج.
- **الملاحظة والنمذجة:** أسلوب يستعمل للتدريب على سلوك جديد بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين تستند هذه الطريقة إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج وتزداد فاعلية النمذجة إذا جمع بينها وبين إجراءات أخرى. (لويس كامل مليكة، 1990، ص104-105)
- **لعب الأدوار:** بعد قيام القائم على تعليم الطفل المصاب بقصور الانتباه وفرط الحركة بأداء مهارة معينة يأتي دور الطفل لتقمص الدور وإعادته.
- **الواجب المنزلي:** أنشطة مكملة للمهارة الممارسة خلال الحصة يقوم الطفل بإنجازها في المنزل، استعان الباحث من أجل خلق همزة وصل بين الأسرة والطفل والباحث، أيضا لتنشيط الأداء الصحيح للأطفال.

7- إجراءات تقويم البرنامج:

اتبع الباحث الخطوات التالية لتقويم البرنامج الحالي:

شكل رقم (05): يمثل إجراءات تقويم برنامج الدراسة المقترح.



8- كيفية تطبيق البرنامج:

- عدد الجلسات: يضم البرنامج الحالي (30) جلسة علاجية بواقع جلستين في كل أسبوع، تراوحت بين جلسات فردية وجلسات جماعية.
- مدة الجلسة: قدرت مدة الجلسة الافتتاحية بـ (30) دقيقة، بينما غالبية الجلسات الأخرى فتراوحت مدتها بين (40-50) دقيقة.
- مخطط الجلسة العلاجية: تسير كل جلسة علاجية في البرنامج وفق مخطط معين يضم:
 - عنوان الجلسة.
 - طبيعة الجلسة (فردية/جماعية).
 - الهدف العام للجلسة والأهداف الخاصة لها.
 - أدوات تحقيق أهداف الجلسة.
 - اسم اللعبة.
 - محتوى الجلسة وإجراءاتها.
 - الفنيات المستخدمة.
- المهارات التي يتضمنها البرنامج: يعالج البرنامج المقترح في الدراسة لدى أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة ثلاثة أبعاد (الانتباه السمعي، الانتباه البصري، الاندفاعية وفرط الحركة) وكل بعد يتضمن مجموعة من الجلسات تم توزيعها على المدى الزمني للبرنامج، والجدول رقم (05) يوضح مهارات برنامج الدراسة وعدد الجلسات، والموضوعات التي تتناولها كل مهارة.

جدول رقم (30): يلخص مكونات البرنامج العلاجي: الأبعاد والجلسات.

المكونات	رقم الجلسة	عنوانها	محتواها	مدة الجلسة	ملاحظات
الجلسة الافتتاحية (جلسات للتعرف)	01	ألعب وأتعرّف على زميلي	بعض ألعاب البرنامج	30 دقيقة	
	02	الطفل المنتبه	عرض بعض الصور والألعاب	40 دقيقة	
	03	أضبط ذاتي لأنتبه جيدا	عرض فيلم كرتوني	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
تنمية الانتباه السمعي	04	اسمع جيدا لأنتبه جيدا	لعبة حارس الكنز	40 دقيقة	جلسة بدون بواجب منزلي
	05	أصغي، انتبه وأتعرّف على الحروف	لعبة من المتحدث	40 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	06	أصغي، أنتبه وأعد	لعبة عداد الكلمات	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	07	أسمع، أنتبه وأصفق	لعبة أسمع وصفق	40 دقيقة	جلسة بدون بواجب منزلي
	08	أسمع لأتابع كلمات القصة	لعبة التعرف على الكلمات	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	09	أنتبه لاختار اللون والشكل المناسب	بازل الألوان	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	10	ألعب بالصلصال	لعبة الصلصال	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	11	ألعب، أنتبه وألون	لعبة الرسم والألوان	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	12	أنتبه لأكتشف الجزء المفقود	لعبة الجزء المفقود	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
تنمية الانتباه البصري	13	أنتبه جيدا وأجد الاختلاف	لعبة الأخطاء السبعة	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	14	أنتبه للكلمة وأقرأها	لعبة النقاط والحروف والكلمات	40 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	15	أنتبه لأركب الصورة	بازل الحيوانات والحروف	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	16	أنتبه لأسمع لأقرأ وأتعلم الكلمات	لعبة الكلمات	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	17	أنتبه لأخرج من المتاهة	لعبة المتاهة	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	18	أنتبه لأتعلم كيف استرخي	جلسة استرخاء	50 دقيقة	جلسة بدون بواجب منزلي
	19	أنتبه جيدا لأستجيب جيدا	لعبة بحر، بر، جو	40 دقيقة	جلسة بدون بواجب منزلي
	20	أنتبه جيدا لأستجيب جيدا	لعبة بحر، بر، جو	40 دقيقة	جلسة تكرار
	21	أنتبه جيدا لألون المرور	لعبة ألوان المرور	40 دقيقة	جلسة بدون بواجب منزلي
خفض الاندفاعية وتصريف الطاقة الزائدة	22	أنتبه لأتعرّف على قدراتي	لعبة سباق الأبطال	40 دقيقة	جلسة بدون بواجب منزلي
	23	أصغي جيدا لأتحكم في حركاتي	لعبة الحيوانات الطائرة	50 دقيقة	جلسة بدون بواجب منزلي
	24	أنتبه لصندوق الأوامر	لعبة صندوق الأوامر	50 دقيقة	جلسة بدون بواجب منزلي
	25	أنتبه لحركات جسمي	لعبة القفز بين المربعات	50 دقيقة	جلسة بدون بواجب منزلي
	26	أصغي، أنتبه، أصفق، أوقف	لعبة كابح التصفيق	50 دقيقة	جلسة بدون بواجب منزلي
	27	أنتبه لأسمع وأقرأ وأتعلم الكلمات	لعبة الكلمات والأفعال والصفات	50 دقيقة	جلسة بواجب منزلي
	28	أنتبه جيدا لأتحكم في قدراتي	لعبة القراءة السريعة	40 دقيقة	جلسة بدون بواجب منزلي
	29	لنرى ماذا تعلمنا	قياس بعدي		
	30	لنتذكر ماذا تعلمنا	قياس تنبعي		
الجلسة الختامية (جلسات تقييمية)					

9- كيفية تنفيذ البرنامج:

يتم تنفيذ البرنامج على ثلاث مراحل هي:

- **مرحلة التقويم القبلي:** تشمل جلسات التعارف والقياس القبلي.
- **مرحلة تنفيذ إجراءات البرنامج:** تشمل على جلسات لتنمية الانتباه وجلسات لخفض الاندفاعية وفرط الحركة.
- **مرحلة التقويم البعدي:** وهي مرحلة التقويم البعدي للمهارات المكتسبة من قبل الأطفال خلال جلسات البرنامج للتعرف على مدى فاعلية البرنامج.
- **مرحلة التقويم التبعي:** وهي مرحلة إعادة التقويم بعد مرور (02) شهرين من نهاية تطبيق البرنامج المقترح لمعرفة مدى ثبات واستمرار التحسينات كنتيجة لتطبيق البرنامج.

الفصل الخامس:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة والتحقق من الفروض

تمهيد

5-5- عرض نتائج الدراسة

5-1-1- عرض نتائج الفرض الأول

5-1-2- عرض نتائج الفرض الثاني

5-1-3- عرض نتائج الفرض الثالث

5-1-4- عرض نتائج الفرض الرابع

5-6- مناقشة النتائج

5-2-1- مناقشة نتائج الفرض الأول

5-2-2- مناقشة نتائج الفرض الثاني

5-2-3- مناقشة نتائج الفرض الثالث

5-2-4- مناقشة نتائج الفرض الرابع

5-7- استنتاج عام للدراسة

5-8- مقترحات الدراسة

المراجع

الملاحق

تمهيد:

يتناول هذا الفصل في الجزء الأول منه على عرض وتحليل مفصل للنتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية وفي الجزء الثاني مناقشة وتفسير لهته النتائج في ضوء ما توصلت إليه الدراسات السابقة والإطار النظري وأخيرا استنتاج عام لنتائج الدراسة ودراسات مقترحة.

5-1- عرض نتائج الدراسة:

5-1-1- عرض نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على انه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

لاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب كل من قيمة "T" (T.Test) وقيمة "Z" (Mann Whitney Test) لتحديد وجهة ودلالة الفروق بين المجموعات المستقلة: التجريبية والضابطة في القياس البعدي على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة. وتوضح الجداول رقم (31)، (32)، (33) نتائج الفرض الأول كمايلي:

جدول رقم (31): يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على اختبار ستروب (Test de stroop).

مستوى الدلالة *	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	المجموعة	بطاقات الاختبار	تجريب (Test de stroop)
0.005	18	-3.220	3.779	32.50	10	ضابطة	درجة الصواب في قراءة الكلمات	
			4.131	38.20	10	تجريبية	درجة الصواب في قراءة الكلمات	
0.009	18	2.910	0.516	1.40	10	ضابطة	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	
			0.699	0.60	10	تجريبية	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	
0.004	18	-3.328	4.142	25.40	10	ضابطة	درجة الصواب في قراءة الكلمات	
			4.581	31.90	10	تجريبية	درجة الصواب في قراءة الكلمات	
0.001	18	3.882	1.663	4.00	10	ضابطة	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	
			1.075	1.60	10	تجريبية	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	
0.000	18	-4.661	3.225	36.20	10	ضابطة	درجة الصواب في تسمية ألوان الأشكال	
			1.430	41.40	10	تجريبية	درجة الصواب في تسمية ألوان الأشكال	
0.004	18	3.250	0.699	1.40	10	ضابطة	درجة الخطأ في تسمية ألوان الأشكال	
			0.527	0.50	10	تجريبية	درجة الخطأ في تسمية ألوان الأشكال	
0.000	18	-5.025	1.494	4.70	10	ضابطة	درجة الصواب في تسمية حبر الكلمات	
			1.703	8.30	10	تجريبية	درجة الصواب في تسمية حبر الكلمات	
0.000	18	9.267	1.317	11.80	10	ضابطة	درجة الخطأ في تسمية حبر الكلمات	
			1.337	6.30	10	تجريبية	درجة الخطأ في تسمية حبر الكلمات	

*مستوى الدلالة عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (31) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في اختبار ستروب (Test de stroop) لصالح أفراد المجموعة التجريبية حيث كانت قيمة "T" دالة في كل أجزاء الاختبار ($P \text{ Value} \leq 0.01$). وهذا يعني أن تدريب الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة في المجموعة التجريبية على مهارات الانتباه البصري التي يحتويها البرنامج أدى إلى تحسن ملحوظ لديهم في سيرورات الانتباه البصري مما يظهر فاعلية وجدوى البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية لتنمية مهارات الانتباه البصري المختلفة (انتقاء المثيرات، سعة الانتباه ومرونة نقله) عند أطفال المجموعة التجريبية.

جدول رقم (32): يمثل الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على اختبار تزاوج الأرقام.

أجزاء الأداة	المدة	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "W"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة *
الخطأ المرتكبة خلال اختبار	3 دقائق	ضابطة	10	15.50	155.00	0.000	55.000	3.811	0.000
		تجريبية	10	5.50	55.00				
	6 دقائق	ضابطة	10	14.60	146.00	9.000	64.000	-3.119	0.002
		تجريبية	10	6.40	64.00				
	9 دقائق	ضابطة	10	13.90	139.00	16.000	71.000	-2.631	0.009
		تجريبية	10	7.10	71.00				
	12 دقائق	ضابطة	10	14.35	143.00	11.500	66.500	-2.952	0.003
		تجريبية	10	6.65	66.50				
	15 دقيقة	ضابطة	10	14.40	144.00	11.000	66.000	-2.985	0.003
		تجريبية	10	6.60	66.00				
	20 دقيقة	ضابطة	10	14.20	142.00	13.000	68.000	-2.898	0.004
		تجريبية	10	6.80	68.00				
	المجموع الكلي للأخطاء	ضابطة	10	15.50	155.00	0.000	55.000	-3.782	0.000
		تجريبية	10	5.50	55.00				
الكمالات المتروكة خلال الاختبار	3 دقائق	ضابطة	10	14.10	141.00	14.000	69.000	-2.801	0.005
		تجريبية	10	6.90	69.00				
	6 دقائق	ضابطة	10	14.55	145.50	9.500	64.500	-3.158	0.002
		تجريبية	10	6.45	64.50				
	9 دقائق	ضابطة	10	15.10	151.00	4.000	59.000	-3.565	0.000
		تجريبية	10	5.90	59.00				
	12 دقائق	ضابطة	10	14.30	143.00	12.000	67.000	-2.934	0.003
		تجريبية	10	6.70	67.00				
	15 دقيقة	ضابطة	10	14.10	141.00	14.000	69.000	-2.832	0.005
		تجريبية	10	6.90	69.00				
	20 دقيقة	ضابطة	10	14.55	145.00	9.500	64.500	-3.116	0.002
		تجريبية	10	6.45	64.50				
	المجموع الكلي للمتروك	ضابطة	10	15.30	153.00	2.000	57.000	-3.650	0.000
		تجريبية	10	5.70	57.00				

*مستوى الدلالة عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (32) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في اختبار تزاوج الأرقام حيث كانت قيمة "Z" دالة في كل مراحل الاختبار ($P \text{ Value} \leq 0.01$) لصالح المجموعة التجريبية. وهذا يعني أن تدريب الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة في المجموعة التجريبية على مهارات الانتباه السمعي التي يحتويها البرنامج أدى إلى تحسن ملحوظ لديهم في سيرورات الانتباه السمعي مما يظهر فاعلية وجدوى البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية لتنمية مهارات الانتباه السمعي المختلفة (انتقاء المثيرات، سعة الانتباه ومرونة نقله) عند أطفال المجموعة التجريبية.

جدول رقم (33): يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد

تطبيق البرنامج على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)

متغيرات الأداة	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
متوسط زمن التفكير بالثواني	ضابطة	10	23.7500	2.31481	-9.361	18	0.000
	تجريبية	10	36.5500	3.65217			
الزمن الكلي (TT) لجميع البطاقات	ضابطة	10	494.30	55.031	2.491	18	0.023
	تجريبية	10	442.00	37.142			
عدد الإجابات الصحيحة منذ الوهلة الأولى (R)	ضابطة	10	2.20	1.135	-3.660	18	0.002
	تجريبية	10	3.80	0.789			
عدد الإجابات الخطأ (E)	ضابطة	10	24.30	4.547	4.952	18	0.000
	تجريبية	10	15.90	2.846			
مؤشر الدقة index d'exactitude	ضابطة	10	0.2770	0.17595	-3.355	18	0.004
	تجريبية	10	0.5200	0.14667			
مؤشر الاندفاعية index d'impulsivité	ضابطة	10	2.9490	0.48294	4.684	18	0.000
	تجريبية	10	2.0040	0.41682			

اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)

*مستوى الدلالة عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (33) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images) وذلك لدلالة قيمة "T" في كل متغيرات الأداة ($P \text{ Value} \leq 0.01$) لصالح المجموعة التجريبية باستثناء فروق الزمن الكلي للإجابات الذي لم يكن دال ويرجع للصدفة ($P \text{ Value} \geq 0.01$). وهذا يعني أن تدريب الأطفال

المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة في المجموعة التجريبية على مهارات الضبط الذاتي والاسترخاء التي يحتويها البرنامج أدى إلى انخفاض ملحوظ لديهم في الاندفاعية وفرط الحركة مما يظهر فاعلية وجدوى البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية لتنمية مهارات الضبط الذاتي المختلفة (المراقبة الذاتية، التقييم الذاتي والتعزيز الذاتي) عند أطفال المجموعة التجريبية.

5-1-2- عرض نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة لصالح القياس البعدي.

لاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب كل من قيمة "T" (T.Test) وقيمة "Z" (Willcoxon Test) لتحديد وجهة ودلالة الفروق بين المجموعات المرتبطة: التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة. وتوضح الجداول رقم (34)، (35)، (36) نتائج الفرض الثاني كما يلي:

جدول رقم (34): يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على اختبار ستروب (Test de stroop).

بطاقات الاختبار	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
A	درجة الصواب في قراءة الكلمات	قبلي	39.90	5.446	-7.465	9	0.000
		بعدي	38.20	4.131			
	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	قبلي	2.10	2.025	3.143	9	0.012
		بعدي	0.60	0.699			
B	درجة الصواب في قراءة الكلمات	قبلي	24.30	6.499	-5.840	9	0.000
		بعدي	31.90	4.581			
	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	قبلي	4.20	2.573	4.333	9	0.002
		بعدي	1.60	1.075			
C	درجة الصواب في تسمية ألوان الأشكال	قبلي	37.30	3.335	-5.805	9	0.000
		بعدي	41.40	1.430			
	درجة الخطأ في تسمية ألوان الأشكال	قبلي	2.00	1.491	3.503	9	0.007
		بعدي	0.50	0.527			
B	درجة الصواب في تسمية حبر الكلمات	قبلي	4.70	1.160	-10.590	9	0.000
		بعدي	8.30	1.703			
	درجة الخطأ في تسمية حبر الكلمات	قبلي	13.20	1.476	11.776	9	0.000
		بعدي	6.30	1.337			

*مستوى الدلالة عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (34) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج في اختبار ستروب (Test de stroop) وذلك لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، حيث كانت قيمة "T" دالة في كل أجزاء الاختبار ($P \leq 0.01$). مما يدل على تحسن سيرورات الانتباه البصري لدى أفراد المجموعة التجريبية، وذلك يؤكد فاعلية البرنامج المقترح في الدراسة الحالية على لتنمية مهارات الانتباه البصري المختلفة (انتقاء المثيرات، سعة الانتباه ومرونة نقله) عند أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.

جدول رقم (35): يمثل الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على اختبار تزاوج الأرقام.

أجزاء الأداة	المدة	اتجاه الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة *
الأخطاء المرتكبة خلال الاختبار	3 دقائق	سالبة	10	5.50	55.00	-2.840	0.005
		موجبة	0	0.00	0.00	0	
		تساوي	0				
	6 دقائق	سالبة	10	5.50	55.50	-2.825	0.005
		موجبة	0	0.00	0.00	0	
		تساوي	0				
	9 دقائق	سالبة	10	5.50	55.50	-2.814	0.005
		موجبة	0	0.00	0.00	0	
		تساوي	0				
	12 دقائق	سالبة	8	5.44	43.50	-2.492	0.013
		موجبة	1	1.50	1.50	1	
		تساوي	1				
	15 دقيقة	سالبة	10	5.50	55.50	-2.814	0.005
		موجبة	0	0.00	0.00	0	
		تساوي	0				
	20 دقيقة	سالبة	6	5.50	33.00	-2.111	0.035
		موجبة	2	1.50	3.00	2	
		تساوي	2				
	المجموع الكلي للأخطاء	سالبة	10	5.50	55.50	-2.803	0.005
		موجبة	0	0.00	0.00	0	
		تساوي	0				
الكلمات المتروكة خلال الاختبار	3 دقائق	سالبة	9	5.78	52.00	-2.537	0.011
		موجبة	1	3.00	3.00	0	
		تساوي	0				
	6 دقائق	سالبة	10	5.50	55.50	-2.820	0.005

اختبار تزاوج الأرقام

		0.00	0.00	0	موجبة			
				0	تساوي			
0.004	-2.842	55.50	5.50	10	سالبة	9 دقائق		
		0.00	0.00	0	موجبة			
				0	تساوي			
0.005	-2.825	55.50	5.50	10	سالبة	12 دقائق		
		0.00	0.00	0	موجبة			
				0	تساوي			
0.013	-2.481	43.00	5.38	8	سالبة	15 دقيقة		
		2.00	2.00	1	موجبة			
				1	تساوي			
0.036	-2.095	40.00	5.71	7	سالبة	20 دقيقة		
		5.00	2.50	2	موجبة			
				1	تساوي			
0.005	-2.812	55.50	5.50	10	سالبة	المجموع		
		0.00	0.00	0	موجبة	الكلي		
				0	تساوي	للمتروك		

*مستوى الدلالة عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (35) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج في اختبار تزاوج الأرقام لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، حيث كانت قيمة "Z" دالة في كل مراحل الاختبار ($P \text{ Value} \leq 0.01$)، باستثناء فروق المرحلة السادسة (مرحلة 20 دقيقة) التي لم تكن دالة وترجع للصدفة ($P \text{ Value} \geq 0.01$). مما يدل على تحسن سيرورات الانتباه السمعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وذلك يؤكد فاعلية البرنامج المقترح في الدراسة الحالية على لتنمية مهارات الانتباه السمعي المختلفة (انتقاء المثيرات، سعة الانتباه ومرونة نقله) عند أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.

جدول رقم (36): يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)

أجزاء الأداة	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
متوسط زمن التفكير بالثنائي	قبلي	10	19.9100	3.05376	-9.717	9	0.000
	بعدي	10	36.5500	3.65217			
الزمن الكلي (TT) لجميع البطاقات	قبلي	10	511.40	35.759	6.030	9	0.000
	بعدي	10	442.00	37.142			
عدد الإجابات الصحيحة منذ الوهلة الأولى (R)	قبلي	10	2.00	0.667	-7.216	9	0.000
	بعدي	10	3.80	0.789			
عدد الإجابات الخطأ (E)	قبلي	10	27.00	2.667	11.708	9	0.000
	بعدي	10	15.90	2.846			
مؤشر الدقة index d'exactitude	قبلي	10	0.2350	0.08683	-6.880	9	0.000
	بعدي	10	0.5200	0.14667			
مؤشر الاندفاعية index d'impulsivité	قبلي	10	3.1690	0.29214	8.579	9	0.000
	بعدي	10	2.0040	0.41682			

اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)

*مستوى الدلالة عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (36) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج في اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images) لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وذلك لدلالة قيمة "T" في كل متغيرات الأداة ($P \text{ Value} \leq 0.01$). مما يدل على انخفاض ملحوظ في الاندفاعية وفرط الحركة لدى أفراد المجموعة التجريبية، وذلك يؤكد فاعلية البرنامج المقترح في الدراسة الحالية على لتنمية مهارات الضبط الذاتي المختلفة (المراقبة الذاتية، التقييم الذاتي والتعزيز الذاتي) عند أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.

5-1-3- عرض نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة الضابطة في درجات القياسين القبلي والبعدي وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة.

لاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب كل من قيمة "T" (T.Test) وقيمة "Z" (Willcoxon Test) لتحديد وجهة ودلالة الفروق بين المجموعات المرتبطة: الضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة. وتوضح الجداول رقم (37)، (38)، (39) نتائج الفرض الثالث كما يلي:

جدول رقم (37): يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على اختبار ستروب (Test de stroop).

بطاقات الاختبار	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
A	درجة الصواب في قراءة الكلمات	قبلي	33.00	4.595	0.550	9	0.596
		بعدي	32.50	3.779			غير دالة
	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	قبلي	1.50	0.850	0.429	9	0.678
		بعدي	1.40	0.516			غير دالة
B	درجة الصواب في قراءة الكلمات	قبلي	23.90	6.367	-1.307	9	0.224
		بعدي	25.40	4.142			غير دالة
	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	قبلي	4.50	1.509	1.627	9	0.138
		بعدي	4.00	1.633			غير دالة
C	درجة الصواب في تسمية ألوان الأشكال	قبلي	35.90	3.348	-0.745	9	0.457
		بعدي	36.40	2.757			غير دالة
	درجة الخطأ في تسمية ألوان الأشكال	قبلي	1.90	0.876	1.861	9	0.096
		بعدي	1.40	0.699			غير دالة
B	درجة الصواب في تسمية حبر الكلمات	قبلي	4.40	1.506	-1.406	9	0.193
		بعدي	4.70	1.494			غير دالة
	درجة الخطأ في تسمية حبر الكلمات	قبلي	13.00	2.309	2.092	9	0.066
		بعدي	11.80	1.317			غير دالة

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (37) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياسين القبلي والبعدي في اختبار ستروب (Test de stroop) وذلك لعدم دلالة قيمة "T" في كل الأجزاء ($P \text{ Value} \geq 0.05$). وترجع هذه النتيجة إلى عدم تعرض أفراد المجموعة الضابطة لبرنامج هادف للخفض من أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لديهم، مما يدعو إلى ضرورة الاهتمام ببرنامج الدراسة الحالية.

جدول رقم (38): يمثل الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على اختبار تزاوج الأرقام.

أجزاء الأداة	المدة	اتجاه الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة *
الأنظمة المبرمجة خلال الاختبارات	3 دقائق	سالبة	5	3.70	18.50	-0.483	0.629 غير دالة
		موجبة	4	6.63	26.50		
		تساوي	1				
	6 دقائق	سالبة	5	5.10	25.50	-1.066	0.286 غير دالة
		موجبة	3	3.50	10.50		
		تساوي	2				
	9 دقائق	سالبة	6	6.50	39.00	-1.178	0.239 غير دالة
		موجبة	4	4.00	16.00		
		تساوي	0				
	12 دقائق	سالبة	6	6.75	40.50	-1.338	0.181 غير دالة
		موجبة	4	3.63	14.50		
		تساوي	0				
	15 دقيقة	سالبة	5	3.80	19.00	-0.850	0.395 غير دالة
		موجبة	2	4.50	9.00		
		تساوي	3				
	20 دقيقة	سالبة	4	5.00	20.00	-0.287	0.774 غير دالة
		موجبة	4	4.00	16.00		
		تساوي	2				
	المجموع الكل للأخطاء	سالبة	5	6.00	30.00	-0.889	0.374 غير دالة
		موجبة	4	3.75	15.00		
		تساوي	1				
خلال الاختبار	3 دقائق	سالبة	4	4.00	16.00	-0.378	0.705 غير دالة
		موجبة	3	4.00	12.00		
		تساوي	3				
	6 دقائق	سالبة	4	3.25	13.00	-1.518	

0.129		2.00	2.00	1	موجبة			
غير دالة				5	تساوي			
0.558	-0.586	22.00	5.50	4	سالبة	9 دقائق		
غير دالة		14.00	3.50	4	موجبة			
				2	تساوي			
0.722	-0.356	15.50	3.88	4	سالبة	12 دقائق		
غير دالة		20.50	5.13	4	موجبة			
				2	تساوي			
0.623	-0.491	18.50	4.63	4	سالبة	15 دقيقة		
غير دالة		26.50	5.30	5	موجبة			
				1	تساوي			
0.811	-0.239	20.50	5.13	4	سالبة	20 دقيقة		
غير دالة		24.50	4.90	5	موجبة			
				1	تساوي			
0.959	-0.051	28.00	5.60	5	سالبة	المجموع		
غير دالة		27.00	5.40	5	موجبة	الكلية		
				0	تساوي	للمتروك		

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (38) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياسين القبلي والبعدي في اختبار تزاوج الأرقام حيث كانت قيمة "Z" غير دالة في كل مراحل الاختبار ($P \text{ Value} \geq 0.05$) وترجع هذه النتيجة إلى عدم تعرض أفراد المجموعة الضابطة لبرنامج هادف للخفض من أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لديهم، مما يدعو إلى ضرورة الاهتمام ببرنامج الدراسة الحالية.

جدول رقم (39): يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)

متغيرات الأداة	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
متوسط زمن التفكير بالثواني	قبلي	10	20.9700	5.49506	-1.954	9	0.082
	بعدي	10	23.7500	2.31481			غير دالة
الزمن الكلي (TT) لجميع البطاقات	قبلي	10	515.00	47.067	1.551	9	0.155
	بعدي	10	494.30	55.031			غير دالة
عدد الإجابات الصحيحة منذ الوهلة الأولى (R)	قبلي	10	2.10	0.876	-0.429	9	0.678
	بعدي	10	2.20	1.135			غير دالة
عدد الإجابات الخطأ (E)	قبلي	10	26.40	3.438	1.728	9	0.118
	بعدي	10	24.30	4.547			غير دالة
مؤشر الدقة index d'exactitude	قبلي	10	0.2490	0.12270	-0.705	9	0.499
	بعدي	10	0.2770	0.17595			غير دالة
مؤشر الاندفاعية index d'impulsivité	قبلي	10	3.0650	0.20748	0.787	9	0.451
	بعدي	10	2.9490	0.48294			غير دالة

اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (39) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياسين القبلي والبعدي في اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images) وذلك لعدم لدلالة قيمة "T" في كل متغيرات الأداة ($P \text{ Value} \geq 0.05$). وترجع هذه النتيجة إلى عدم تعرض أفراد المجموعة الضابطة لبرنامج هادف للخفض من أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لديهم، مما يدعو إلى ضرورة الاهتمام ببرنامج الدراسة الحالية.

5-1-4- عرض نتائج الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على انه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس المتابعة، وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة. لاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب كل من قيمة "T" (T.Test) وقيمة "Z" (Mann Whitney Test) لتحديد وجهة ودلالة الفروق بين المجموعات المستقلة: التجريبية في القياس البعدي والتجريبية في القياس التتبعي على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة. وتوضح الجداول رقم (40)، (41)، (42) نتائج الفرض الرابع كما يلي:

جدول رقم (40): يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على اختبار ستروب (Test de stroop).

بطاقات الاختبار	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
A	درجة الصواب في قراءة الكلمات	بعدي	38.20	4.131	1.114	18	0.280
		تتبعي	36.30	3.466			غير دالة
	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	بعدي	0.60	0.669	0.728	18	0.476
		تتبعي	0.40	0.516			غير دالة
B	درجة الصواب في قراءة الكلمات	بعدي	31.90	4.581	-0.467	18	0.646
		تتبعي	32.80	4.022			غير دالة
	درجة الخطأ في قراءة الكلمات	بعدي	1.60	1.075	0.747	18	0.464
		تتبعي	1.30	0.675			غير دالة
C	درجة الصواب في تسمية ألوان الأشكال	بعدي	41.40	1.430	-1.151	18	0.265
		تتبعي	42.10	1.287			غير دالة
	درجة الخطأ في تسمية ألوان الأشكال	بعدي	0.50	0.527	0.429	18	0.673
		تتبعي	0.40	0.516			غير دالة
B	درجة الصواب في تسمية حبر الكلمات	بعدي	8.30	1.703	0.407	18	0.689
		تتبعي	7.90	2.601			غير دالة
	درجة الخطأ في تسمية حبر الكلمات	بعدي	6.30	1.337	1.454	18	0.163
		تتبعي	5.40	1.430			غير دالة

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (40) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياسين البعدي والتتبعي في اختبار ستروب (Test de stroop). حيث كانت قيمة "T" في أجزاء الاختبار على الترتيب (1.114، 0.728، -0.467، 0.747، -1.151، 0.429، 0.407، 1.454) وهي قيم غير دالة إحصائياً ($P \text{ Value} \geq 0.05$).

جدول رقم (41): يمثل الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على اختبار تزاوج الأرقام.

أجزاء الأداة	المدة	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "W"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة *
الأخطاء الممرتكبة خلال الاختبار	3 دقائق	بعدي	10	11.60	116.00	39.000	94.000	-0.854	0.393
		تتبعي	10	9.40	94.00				غير دالة
	6 دقائق	بعدي	10	8.45	84.50	29.500	84.500	-1.580	0.114
		تتبعي	10	12.55	125.50				غير دالة
	9 دقائق	بعدي	10	9.05	90.50	35.500	90.500	-1.142	0.253
		تتبعي	10	11.95	119.50				غير دالة
	12 دقائق	بعدي	10	8.95	89.50	34.500	89.500	-1.199	0.231
		تتبعي	10	12.05	120.50				غير دالة
	15 دقيقة	بعدي	10	8.70	87.00	32.000	87.000	-1.420	0.156
		تتبعي	10	12.30	123.00				غير دالة
	20 دقيقة	بعدي	10	11.70	117.00	38.000	93.000	-0.946	0.344
		تتبعي	10	9.30	93.00				غير دالة
الملاحظات المتروكة خلال الاختبار	3 دقائق	بعدي	10	10.10	101.00	46.000	101.00	-0.326	0.744
		تتبعي	10	10.90	109.00		0		غير دالة
	6 دقائق	بعدي	10	9.80	98.00	43.000	98.000	-0.557	0.577
		تتبعي	10	11.20	112.00				غير دالة
	9 دقائق	بعدي	10	9.30	93.00	38.000	93.000	-0.945	0.354
		تتبعي	10	11.70	117.00				غير دالة
	12 دقائق	بعدي	10	9.05	90.50	35.500	90.500	-1.122	0.262
		تتبعي	10	11.95	119.50				غير دالة
	15 دقيقة	بعدي	10	11.75	117.50	37.500	92.500	-1.000	0.317
		تتبعي	10	9.25	92.50				غير دالة
	20 دقيقة	بعدي	10	8.95	89.50	34.500	89.500	-1.219	0.223
		تتبعي	10	12.05	120.50				غير دالة
	المجموع الكل للمترك	بعدي	10	9.30	93.00	38.000	93.000	-0.913	0.361
		تتبعي	10	11.70	117.00				غير دالة

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (41) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياسين البعدي والتتبعي في اختبار تزاوج الأرقام حيث كانت قيمة "Z" في مراحل الاختبار على الترتيب (0.854، -1.580، -1.142، -1.199، -1.420، -0.946، -1.290، -0.326، -0.557، -0.945، -1.122، -1.000، -1.219، -0.913) وهي قيم غير دالة إحصائياً (P Value $\geq$ 0.05).

جدول رقم (42): يمثل الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)

متغيرات الأداة	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة *
متوسط زمن التفكير بالثواني	بعدي	10	36.5500	3.65217	0.513	18	غير دالة
	تتبعي	10	35.5700	4.81803			
الزمن الكلي (TT) لجميع البطاقات	بعدي	10	442.00	37.142	-1.251	18	غير دالة
	تتبعي	10	463.10	38.304			
عدد الإجابات الصحيحة منذ الوهلة الأولى (R)	بعدي	10	3.80	0.789	1.282	18	غير دالة
	تتبعي	10	3.30	0.949			
عدد الإجابات الخطأ (E)	بعدي	10	15.90	2.846	-1.081	18	غير دالة
	تتبعي	10	17.30	2.946			
مؤشر الدقة index d'exactitude	بعدي	10	0.5200	0.14667	1.268	18	غير دالة
	تتبعي	10	0.4330	1.15986			
مؤشر الاندفاعية index d'impulsivité	بعدي	10	2.0040	0.41682	-1.362	18	غير دالة
	تتبعي	10	2.2470	0.38041			

اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images)

*مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (42) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياسين البعدي والتتبعي في اختبار تطابق الصور (Test d'appariement d'images) حيث كانت قيمة "T" في متغيرات الاختبار على الترتيب (0.513، -1.251، 1.282، -1.081، -1.362) وهي قيم غير دالة إحصائياً (P Value $\geq$ 0.05).

5-2- مناقشة النتائج:

جمعت نتائج فرضيات الدراسة التي تم عرضها في جزئيات العنصر السابق على فاعلية برنامج موضوع الدراسة الحالية في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأفراد الذين تلقوا برنامج اللعب المقترح بمختلف أنشطته وأدواته وتقنياته والتي ساعدت هؤلاء الأطفال على اكتساب تقنيات لضبط الذات وحسنت لديهم سيرورات الانتباه المختلفة (انتقاء، تتبع وسعة)، وذلك بمقارنة أدائهم على مختلف اختبارات المستخدمة في الدراسة (اختبار ستروب Test de Stroop، اختبار تزاوج الأرقام، اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images) قبل وبعد التدريب، أيضا بمقارنة أدائهم مع الأفراد الذين لم يتلقوا جلسات البرنامج، بالإضافة بمقارنة أدائهم في القياس البعدي والتتبعي.

قبل تطبيق البرنامج تم تثبيت المتغيرات التي يمكن أن تؤثر على نتائج الدراسة، حيث روعي التجانس بين أفراد عيني الدراسة (المجموعة التجريبية والضابطة) من حيث العمر الزمني، درجة الذكاء، مستوى شدة اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، مما يجعل الباحث يرجع أي تحسن ملحوظ قد طرأ على أفراد المجموعة التجريبية إلى تأثير البرنامج العلاجي المقترح في الدراسة والذي يهدف أساسا إلى خفض أعراض الاندفاعية، فرط الحركة وتحسين الانتباه لدى الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة.

5-2-1- مناقشة نتائج الفرض الأول:

يتضح من نتائج الفرض الأول (انظر الجداول رقم 31، 32، 33) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مختلف الاختبارات المستخدمة في الدراسة (اختبار ستروب Test de Stroop، اختبار تزاوج الأرقام، اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images) لصالح أفراد المجموعة التجريبية. وهذا يعني أن تدريب الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة في المجموعة التجريبية على مختلف المهارات التي يحتويها البرنامج أدى إلى تحسن ملحوظ لديهم في مختلف مهارات الضبط والانتباه دون المجموعة الضابطة.

وبمقارنة أفراد المجموعة التجريبية بأفراد المجموعة الضابطة في كل من الاختبارات المستخدمة في الدراسة، تتضح الفروق التي طرأت على المجموعة التجريبية التي أخضعت للبرنامج وتقنياته المختلفة والذي يتميز بأساليب سلوكية وذهنية محددة وموجهة يمكن الاستدلال بأثرها موضوعيا وقياسها في تعديل السلوك المضطرب.

وهذه الفروق تعني أن الخبرات التي مر بها أفراد المجموعة التجريبية ضمن البرنامج الحالي ساعدتهم على تجاوز التوترات النفسية والقلق الذي عايشونه جراء هذا الاضطراب مما انعكس إيجابا على هؤلاء الأطفال ومكنهم من خفض السلوكيات الغير مرغوبة لديهم، وجعلهم أكثر ضبطا للسلوك يتفاعلون داخل الجماعة ويتصرفون بدون

اندفاعية ويستجيبون للمثيرات البيئية المختلفة بطريقة صحيحة، حيث أوضحت (فادية حطيط، 2006) أن "وفق هذه التقنية يقوم المعالج بشكل غير مباشر بواسطة اللعب بإحداث تغير معرفي وتأسيس سلوك أكثر تكيفا لديه ويلجأ المعالج إلى تعزيز انخراط الطفل في العلاج من خلال تدريبه على وسائل للضبط والسيطرة ولتحمل مسؤولية تغيير سلوكه ويشجعه على أن يكون مشاركا فعالا في تغيير السلوك الذاتي"

وعليه يعزو الباحث هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج المقترح في الدراسة وتأثيره الايجابي، حيث أدى إلى تنمية مهارات الضبط الذاتي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث ساعدتهم هذه المهارات على تثبيط السلوك المعرفي والحركي الغير مرغوب ومكنتهم من استعمال مهارات الضبط الداخلي للسلوك بدلا من الضبط الخارجي، كل ذلك بإتباع حوار داخلي في الذات قائم على تقييم السلوك المطلوب انجازه وتعزيزه ذاتيا من خلال مخطط معرفي يسرون به لاستقبال المثيرات المختلفة التي تصادفهم بانتقائها بطريقة صحيحة في الأول ليقوموا بتقديم حلول لها دون الاندفاع في الأخير. وهو الأمر الذي أكد عليه **Berkley** حيث يرى أن "آليات التثبيط في طبيعتها تنمو بطريقة تدريجية بموازاة النضج والخبرة لاكتساب ما يعرف بالتركيب السلوكي «Syntaxe Comportementale» وذلك بالتنسيق مع النمو اللغوي خاصة الحوار الداخلي الذي ينمو في مرحلة الطفولة والذي يمكن الفرد من تنظيم السلوكات الخاصة به" (Michel Habib, 2011, p29).

كذلك استخدام الاسترخاء كأسلوب علاجي مصاحب للأساليب الأخرى أثر إيجابا على أفراد المجموعة التجريبية حيث ساعدهم بالإضافة لأسلوب ضبط الذات على خفض التوترات العضلية والحركات الاندفاعية لديهم، وتجدر الإشارة إلى أن هذا الأسلوب استعمل في بداية الجلسات فقط أي قبل شروع الأطفال في النشاط الجلسة، وهو الأمر الذي ساعدهم أيضا على الانتباه والتركيز وعدم الاندفاع خلال الحصص، حيث تتميز هذه التقنية على حد قول (Clémence Guilé et al, 2011, p66) بـ "القدرة على التقليل من التوتر العضلي والقدرة على توفير للفرد وسيلة لضبط سلوكه الاندفاعي من خلال التركيز على المعطيات الجسمية"، وفي نفس السياق أوضحت دراسة (إبراهيم الحسن الحكي، 2008، ص19) أهمية الاسترخاء كتقنية علاجية وأثرها الايجابي على خفض الاندفاعية لدى الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة.

إضافة إلى هذا تم استخدام عدة أنواع من الألعاب بالتوازي مع تقنيات ضبط الذات والاسترخاء مع المجموعة التجريبية، حيث تراوحت ألعاب البرنامج بين اللعب المعرفي (البصري والسمعي)، والحركي الجماعي. وكانت معظمها نشاطات تنافسية محببة من قبل الأطفال تميزت باحتوائها لعنصر التشويق والقدرة على جذب الحواس، وتنمية الانتباه وخفض الاندفاعية. حيث أكدت (حنان العناني، 2005) المشار إليها في دراسة (تهاني محمد عثمان منيب وآخرون، 2013، ص825) على أن اللعب "يتيح فرصة تكوين علاقة صداقة بين الطفل ذي قصور الانتباه وفرط النشاط أو أقرانه داخل الصف الدراسي وخارجه فيستطيع أن يعبر عن مشاعره وأحاسيسه ويقوم

بالتنفيس عن رغباته وأفكاره وأيضا من خلال ممارسته للعب يستطيع الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي معرفة جوانب القوة وجوانب الضعف لدى الطفل وتحليل الصراعات والانفعالات التي يصدرها الفرد"، كما توصل (Barkley,1998) "أن للعب وظيفة حسية وحركية تتمثل في زيادة الوعي الحسي للتنبيه والإثارة إذ أن أعضاء الجسم تنقل المعلومات الحسية إلى الدماغ ليقوم بتنظيمها وتنميتها" (نعيم على موسى العتوم، 2013، ص340) وفي نفس السياق يضيف (عبد العزيز السيد الشخص وآخرون، 2012، ص723) على "أن اللعب يمكن الأطفال من التعرف على الأشكال، الأحجام، الألوان، الأصوات واستهلاك الكثير من الطاقة الحركية الزائدة لديهم".

حيث مكنت أنشطة اللعب السمعي المجموعة التجريبية من تنمية عملية الإصغاء لما للقناة السمعية من قدرة وحجم كبير على استقبال وانتقاء وترتيب المثيرات السمعية المختلفة، كما مكنت أنشطة اللعب البصري نفس المجموعة من خلال الأنشطة التركيبية والفنية والإدراكية على تنمية القدرة على تمييز وترتيب المثيرات الخاصة بالقناة البصرية، بينما الألعاب الحركية فحسنت من قدرة هؤلاء الأطفال على استعمال محيطهم الجسمي بطريقة صحيحة ضمن الحيز الفضائي ومكنتهم من تحويل الفائض الحركي خلال الأنشطة الرياضية إلى حركات مفيدة ومحددة مسبقا ساعدتهم على الحد من مستويات الاندفاعية لديهم.

وفي مقابل ذلك يمكن تفسير عدم تحسن أفراد المجموعة الضابطة إلى عدم تعرضهم للبرنامج المقترح في الدراسة واكتفائهم فقط بالأساليب المعتادة التي يتلقوها في البيئة الأسرية والمدرسية والقائمة على الآراء الشخصية للوالدين والمعلمين، والتي تقتصر إلى الأساليب الصحيحة والمناسبة للتعامل مع أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة، ويؤكد (Ross et Ross,1976) أن من ميزات أطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة المستوى العالي للنشاط في المواقف الغير المناسبة، وعدم القدرة على خفض هذا النشاط حتى وإن طلب منه ذلك (محاسن بهاء الدين خاشقجي، 1999، ص20) (معصومة سهيل المطيري، 2005، ص82) وهو الأمر الذي يزيد أهمية للبرامج التدخل الخاصة للرعاية هذه الفئة من الأطفال.

وبالنظر إلى نتائج الدراسات السابقة والتي تؤكد بدورها كذلك على أهمية البرامج العلاجية والتكفل المتخصص لأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة، نجد أن نتيجة الدراسة الحالية اتفقت مع العديد منها كدراسة (محاسن بهاء الدين خاشقجي، 1999)، (ظافر بن محمد حمد القحطاني، 2005)، (غادة جلال عبد الحكيم، 2006)، (سهير محمد على معروف، 2008)، (F.Naderi et all,2010)، (Jagtheesan Alagesan et all,2011)، (Barzegary, et all,2011)، (Vasileios Tasimaras et all,2014).

5-2-2- مناقشة نتائج الفرض الثاني:

كما دلت نتائج الفرض الثاني (انظر الجداول رقم 34، 35، 36) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مختلف

الاختبارات المستخدمة في الدراسة (اختبار ستروب Test de Stroop، اختبار تزاوج الأرقام، اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images) وذلك لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

وهي نتيجة تشير إلى فاعلية البرنامج المقترح في خفض فرط الحركة وعلاج جوانب قصور الانتباه لديهم، ولعل ما يبرر هذه النتيجة تناسب طبيعة أنشطة اللعب الممارسة ضمن الجلسات، مع الخصائص العمرية والعقلية والثقافية لهؤلاء الأطفال. حيث هيأت هذه الأنشطة للمجموعة التجريبية أرضية وبيئة تعليمية آمنة جعلتهم يتفاعلون فيها بصورة صحيحة مع بعضهم البعض. كذلك عمد الباحث إلى توظيف عدة طرق تناسب المستوى المعرفي لهؤلاء الأطفال للشرح للجلسات ولجذب اهتمامهم من بينها المحاضرة (عرض قصصي يحتوي على صور)، النمذجة، ولعب الأدوار وهي في مجملها شجعت الأطفال للبرنامج وحفزتهم بطريقة فعالة على الاندماج فيه وسهلت عليهم انجاز الأنشطة المختلفة التي يحتويها.

كذلك وبالتوازي مع أنشطة اللعب المختلفة التي يحتويها البرنامج تفردت محاسن الكمبيوتر كوسيط علاجي عبر استخداماته المختلفة ضمن الحصص العلاجية، وذلك كوسيلة لشرح مضمون الجلسات وأهدافها من جهة وكوسيلة للتطبيق الألعاب الالكترونية من جهة أخرى. حيث سهل الكمبيوتر على تدريب الأطفال في جو تنافسي مليء بالمتعة على ألعاب الكترونية تحتوي على مثيرات تجذب الانتباه وتريح الحواس مما اثر إيجابا على قدرة الأطفال على تحسين مهارات الانتباه المختلفة والمتعلقة بانتقاء وتتبع المثيرات السمعية والبصرية والحركية حيث أصبح باستطاعة كل طفل في المجموعة التجريبية القدرة على إيجاد حل للعب المعقدة وللأنشطة التعليمية المشابهة التي تحتوي على مثيرات عديدة، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (عهود عدنان سفر، 2007) التي أكدت على أهمية توظيف الكمبيوتر لدعم عملية تعليم وعلاج اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال.

إضافة إلى ما تضمنه البرنامج من تدريبات والتي تسير من السهل إلى الصعب، تميز كذلك بفنيات هادفة وقائمة على مبدأ التعزيز والتدعيم الإيجابي، حيث راع الباحث على تعزيز كل طفل أحسن الأداء لما لذلك من أثر طيب على تقوية السلوك المرغوب وتنشيطه.

وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه نتائج دراسات كل من (هنادي محمد إسماعيل عفاشة، 2008)، (إبراهيم حسن الحكمي، 2008)، (أمينة إبراهيم شلبي، 2009)، (فاتن إبراهيم سلوت، 2010)، (هشام احمد غراب، 2010) (فوزية محمدي، 2011)، (Niloufar Jafari et all, 2011)، (Ahmadi Nasab Maryam et all, 2014) (Elham Foroozandeh et Malihe Mahdieh, 2014).

5-2-3- مناقشة نتائج الفرض الثالث:

بينما أكدت النتائج الخاصة بالفرض الثالث من الدراسة (انظر الجداول رقم 37، 38، 39) على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياسين القبلي والبعدي على مختلف الاختبارات المستخدمة في الدراسة (اختبار ستروب Test de Stroop، اختبار تزاوج الأرقام، اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images). وترجع هذه النتيجة إلى عدم تعرض أفراد المجموعة الضابطة للبرنامج المقترح في الدراسة واكتفائهم فقط بالأساليب المعتادة والتي يتلقونها في البيئة الأسرية والمدرسية القائمة على الآراء الشخصية للوالدين والمعلمين مما قد لا يتناسب مع مستويات شدة الاضطراب ويتعارض مع أساليب التعامل الصحيحة والمناسبة مع هذه الفئة من الأطفال. وهذا يؤكد التأثير الدال للبرنامج المقترح على المجموعة التجريبية التي تعرضت على عكس المجموعة الضابطة إلى جلسات متكاملة الأهداف تحتوي على:

- أنشطة لعب محببة من قبل الأطفال تقدم بطريقة متدرجة من السهل إلى الصعب تتميز في نفس الوقت باحتوائها لعنصر التشويق، تطبق على شكل أنشطة فردية، جماعية (تنافسية)، حركية، فنية وتمثيلية مشتقة من بيئة الطفل الثقافية ومكيف بصورة تتماشى مع سنه ومستوى نموه. وكلها أمور جعلت من أفراد المجموعة التجريبية نشطين وفعالين يتصفون بدافعية كبيرة للتعلم أساليب منظمة للتعامل مع المثيرات البيئية المختلفة بهدف القضاء على الانزعاج الذي يسببه الاضطراب، ما سهل عليهم الاندماج في علاقة علاجية جيدة مع الباحث.

- تظهر أهمية البرنامج بالإضافة إلى أنشطته في التقنيات المختلفة التي وظفت خلال الجلسات، من أبرزها الواجب المنزلي. مكنت هذه التقنية من وضع همزة وصل بين الباحث والأسرة مما سهل على الوالدين التعرف على خصائص الاضطراب لدى طفلهم وتقويم نقاط القوة والضعف لديه، واكتساب معلومات مختلفة عن الطرق التعامل الصحيحة مع ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة، ما خلق تواصل أسري صحيح ومكن الطفل من تلقي تشجيع كبير من طرف والديه.

تدعم نتيجة الفرض الثالث كل من نتائج الفرض الأول والثاني والرابع من الدراسة التي تتفق مع نتائج دراسات (J.Marquet-Doléac et al,2006)، (S.Janatian Msc et al,2009)، (إيمان فؤاد الحاج إبراهيم،2011)، (Azar Validi Pak et al,2014)، (محفوظ بنت سالم بن ناصر اليعمدي،2014)، (Badrie Mohammed Nour ElDaou et al,2015) والتي تؤكد على مبدأ العلاج والتكفل المتخصص لأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والنمائية المختلفة. مما يدعو إلى ضرورة الاهتمام ببرنامج الدراسة الحالية واستعماله في نطاق واسع في علاج الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة.

5-2-4 - مناقشة نتائج الفرض الرابع:

ومن خلال نتائج الفرض الرابع (انظر الجداول رقم 40، 41، 42) يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات نفس المجموعة في القياسين البعدي والتتبعي على مختلف الاختبارات المستخدمة في الدراسة (اختبار ستروب Test de Stroop، اختبار تزاوج الأرقام، اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images). وهذا يدل على عدم وجود انتكاسة أو انخفاض في التحسنات التي طرأت على أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهرين من توقف البرنامج التدريبي، مما يؤكد التأثير المستمر له والفعال مع هذه المجموعة.

تميزت جلسات البرنامج المقترح بتركيب متكامل فيما بينها حيث كل جلسة تخدم الجلسة التي تليها. تم تدريب أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد البرنامج من خلال السير من البسيط إلى المعقد حيث كان الانتقال من مهارة لأخرى لا يتم إلا بعد أن أتقن الطفل المهارة السابقة لها. خلال الحصص وضمن هذا الأسلوب لاحظ الباحث أن مستوى دافعية أطفال المجموعة التجريبية اتجه البرنامج ارتفع بصورة غير مباشرة وبطريقة تدريجية وبشكل موازي مع قدراتهم الانتباهية حيث كلما تعلموا مهارة جديدة كلما قل توترهم وزادت رغبتهم وإنتاجيتهم في التعلم.

ولا شك أن تدريب أطفال المجموعة التجريبية على مهارة ضبط الذات في بداية جلسات البرنامج، ساعدهم من جهة على اكتساب وتوظيف طريقة منظمة لحل المشكلات خلال الحصص وضمن لهم استمرارية استعمالها في الوضعيات المشابهة من جهة أخرى، تشير ملاحظات الأولياء والمعلمين إلى أن الأطفال الذين اخضعوا للبرنامج أصبحوا أقل اندفاعا وأكثر انتباها مما كانوا عليه من قبل، حيث أصبحوا يتفاعلون مع الغير بصورة صحيحة ويشاركون في الأنشطة الأكاديمية بفعالية دون توتر. إن فلسفة البرنامج الحالي لا تركز فقط على البيئة العلاجية القائمة بين المعالج والطفل أو على توظيف هذه المهارات ضمن هذه الجلسات وإنما تركز على الربط بين الوسائط المتعددة، المعالج، الأسرة، والمدرسة وهو الأمر الذي ساعد هؤلاء الأطفال على تلقي تدريب متكامل يربط بين البيئات المختلفة ومكنهم في الأخير من كسب قدر كبير من الخبرات، بحيث أصبح باستطاعة كل طفل في المجموعة التجريبية على انتهاز هذه المهارات خارج الحصص العلاجية وتعميم استعمالها في البيئة الأسرية والمدرسية.

ولعل ما زاد من تثبيت المهارات واستمراريتها أيضا، التعزيز المستمر من قبل الباحث خلال الجلسات حيث أوضحت دراسة (فوزية محمدي، 2011، ص130) أهمية التعزيز لتدعيم وتثبيت السلوك المرغوب وزيادة احتمال حدوثه مستقبلا في المواقف المشابهة، وكذلك حرص الأولياء على الأخذ بإرشادات الباحث وتطبيقها في التعامل

مع أبنائهم وهذا خلق حلقة علاجية متكاملة وفعالة وفرت للأطفال بيئة آمنة ساعدتهم على تجاوز سلبيات الاضطراب.

وتتفق النتيجة السابقة مع ما توصلت إليه نتائج دراسات كل من دراسة (Pascal Boulanger, 2004)، (احمد محمد يونس قزاقزة، 2005)، (J.Chagneau et R.Soppelsa, 2010)، (Martine Verreault et al, 2014)

5-3- استنتاج عام للدراسة:

توصلت الدراسة الحالية إلى مجموعة من النتائج كما يلي:

1- فيما يخص الفرض الأول أظهرت الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة (اختبار ستروب Test de Stroop، اختبار تزاوج الأرقام، اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images) في الدراسة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

2- وفيما يتعلق بالفرض الثاني أشارت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة (اختبار ستروب Test de Stroop، اختبار تزاوج الأرقام، اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images) لصالح أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج (القياس البعدي).

3- بينما أكدت النتائج الخاصة بالفرض الثالث من الدراسة انه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في درجات القياسين القبلي والبعدي وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة (اختبار ستروب Test de Stroop، اختبار تزاوج الأرقام، اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images).

4- كما أوضحت النتائج الخاصة بالفرض الرابع من الدراسة انه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس المتابعة، وذلك على كل درجات الاختبارات المستخدمة في الدراسة (اختبار ستروب Test de Stroop، اختبار تزاوج الأرقام، اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images).

أظهرت الدراسة اتفاق بين نتائج الفروض والدراسات السابقة التي تناولت نفس الموضوع، وفي ضوء مخرجات الدراسة يبرز دور وفعالية البرنامج الحالي في خفض الاندفاعية الملاحظة على الأطفال سواء كانت اندفاعية معرفية أو حركية هذا من جهة، وتنمية العمليات الإنتباهية المختلفة من انتقاء وتتبع وسعة من جهة أخرى. وكل

هذه التحسينات تنعكس إيجاباً على قدرة الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة وتساعدهم على الاندماج بطريقة صحيحة وفعالة مع محيطهم الأكاديمي والاجتماعي.

5-4- مقترحات الدراسة:

في ضوء الإشكالية والأهداف والفروض وحدود العينة، وبناءً ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج وما قدمه الباحث من تفسيرات، تكشف الدراسة الحالية العديد من النقاط البحثية المثيرة لاهتمام الباحثين والتي لا تزال إلى الحاجة لمزيد من البحث والتقصي، وعليه يقترح الباحث إجراء بحوث ودراسات أخرى مثل:

- إجراء دراسات أخرى لتعميم برنامج الدراسة الحالية مع عينات كبيرة من الأفراد ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة والتحقق من بقاء أثر البرنامج بعد مرور سنة من التطبيق.
- تطوير برنامج علاجية أخرى قائمة على ألعاب الكمبيوتر والتحقق من فاعليتها في تنمية الانتباه وخفض الاندفاعية المعرفية لدى فئة قصور الانتباه وفرط الحركة.
- تطوير برنامج تدريبية قائم على اللعب موجه للوالدين بهدف علاج وتحسين أساليب المعاملة الوالدية لأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.
- تطوير برامج علاجية متكاملة قائمة على اللعب ضمن حصص الرياضة موجهة للمعلمين التعليم الابتدائي من أجل تقديم اهتمام علمي وتربوي لعلاج التلاميذ ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة ضمن الفصول الدراسية.
- إجراء دراسات أخرى لتنمية مهارات التواصل الاجتماعي والسلوك التكيفي لدى فئة قصور الانتباه وفرط الحركة.
- إجراء دراسات تشخيصية لتحديد أثر مشاهدة التلفزيون على اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لدى أطفال المرحلة الابتدائية.
- إجراء دراسات أخرى لبناء وتكيف مقاييس لتشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال خاصة بالبيئة الجزائرية.
- إجراء دراسات أخرى للوقوف على أثر اللعب في علاج الاضطرابات النمائية الأخرى كالتوحد.

المراجع

أولاً/ المراجع العربية

ثانياً/ المراجع الأجنبية

أولا/ المراجع العربية:

- 1- إبراهيم الحسن الحكي (2008)، مدى فاعلية برنامج علاجي لاضطراب الانتباه المصاحب بفرط النشاط لذوي صعوبات التعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية جامعة المنصورة (17)، ص 3-47.
- 2- أحمد محمد يونس قزاقزة (2005)، فاعلية التدريب على المراقبة الذاتية في مستوى الانتباه لدى الأطفال الذين لديهم قصور فيه، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.
- 3- أحمد عبد اللطيف أبو اسعد (2012)، علم النفس الإرشادي، دار المسيرة، الأردن.
- 4- أمجد أبوجدي (2009)، العلاج باللعب مفهومه وتطبيقاته، مجلة الجمعية الأردنية للبحث العلمي (1)، ص 103-110.
- 5- أمل كرم خليفة (2009)، فاعلية ألعاب الكمبيوتر التعليمية في خفض تشتت الانتباه-فرط النشاط لدى طفل المدرسة الابتدائية، المؤتمر السنوي (الدولي الأول-العربي الرابع) الاعتماد الأكاديمي لمؤسسات وبرامج التعليم العالي النوعي في مصر والعالم العربي "الواقع والمأمول" من 8-9 أبريل 2009، كلية التربية النوعية بالمنصورة، مصر، ص 2547-2581.
- 6- أمينة إبراهيم شلبي (2009)، أثر فاعلية برنامج تربوي فردي مقترح للتخفيف من أعراض صعوبات الانتباه مع فرط الحركة لدى تلاميذ الحلقة الثانية من المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية-جامعة المنصورة (69)، ص 208-259.
- 7- إسماء هاشم احمد هاشم (2006)، فاعلية برنامج للتدريب على الضبط الذاتي في خفض السلوك العدواني لدى عينة من المراهقات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.
- 8- إيمان فؤاد الحاج إبراهيم (2011)، فاعلية برنامج سلوكي في معالجة شدة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق.
- 9- تهاني محمد عثمان منيب، السيد يس التهامي والهام عادل عبد الوهاب خوندنة (2013)، برنامج تدريبي مقترح لخفض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المتفوقين عقليا وتحسين مهاراتهم الاجتماعية، مجلة كلية التربية-جامعة عين الشمس (37)، ص 805-854.
- 10- خالد عبد الرزاق السيد (2001)، فاعلية استخدام أنواع مختلفة من اللعب في تعديل بعض اضطرابات السلوك لدى طفل الروضة، مجلة الطفولة والتنمية (3)، ص 75-101.
- 11- خالد عبد الرزاق السيد (2003)، سيكولوجية اللعب لدى الأطفال العاديين والمعاقين، ط1، دار الفكر للنشر، عمان.

- 12- خميس بن خلفان بن حمدان الهنائي(2013)، فاعلية برنامج إرشادي جمعي باللعب لتنمية مفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الأبوين بسلطنة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نزوى، عمان.
- 13- رزان سامي عويس وحسنا أبو النور(2005)، فاعلية اللعب في إكساب أطفال الروضة مجموعة من المهارات الرياضية، مجلة جامعة دمشق(12)، 1، ص 367-398.
- 14- رياض زكرياء المنشاوي(1999)، فاعلية برنامج الأنشطة الحركية في تخفيف بعض مظاهر اضطرابات قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية، المؤتمر العلمي "التربية البدنية والرياضة بين النظرية والتطبيق"، كلية التربية الرياضية للبنين جامعة حلوان القاهرة، ص159-180.
- 15- زكية بن عربية(2010)، اضطراب الانتباه وعلاقته بالأداء المدرسي لدى تلاميذ ذوي صعوبات التعلم رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
- 16- سعد بن عبد الرحمن سعد الشهري(2007)، أثر برنامج تدريبي قائم على اللعب بالتشكيل في خفض السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية لجامعة الملك خالد، المملكة العربية السعودية.
- 17- سعيد بن عبد الله إبراهيم دببب والسيد إبراهيم السمدوني(1998)، فاعلية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم، مجلة علم النفس-ابريل-مايو-يونيه، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، ص88-121.
- 18- سلطان الصعيدي(2012)، فاعلية غرفة المثيرات الحسية (Snoezelen) في خفض اضطراب عجز الانتباه المصاحب لفرط الحركة لدى الأطفال المتخلفين عقليا تخلفا بسيطا، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر 2.
- 19- سليمان عبد الوحيد يوسف إبراهيم(2010)، المرجع في صعوبات التعلم، ط1، المكتبة الأنجلومصرية القاهرة، مصر.
- 20- سوزانا ميلر ترجمة حسين عيسى(1987)، سيكولوجية اللعب، سلسلة الكتب الثقافية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- 21- سهير محمد على معروف(2008)، فاعلية الألعاب التعليمية في تحسين الانتباه لدى المتأخرين دراسيا، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.
- 22- سيرين ربيع البنا(2013)، فاعلية العلاج باللعب في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال المساء إليهم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان الأهلية، الأردن.

- 23- شريفة غطاس ومفتاح بن عروس وعائشة بوسلامة(2006)، رياض النصوص-كتابي في اللغة العربية-
للسنة الرابعة ابتدائي، الديوان الوطني للمطبوعات المدرسية، الجزائر.
- 24- صباح السقا(2000)، العلاج باللعب، مجلة خطوة(10)، القاهرة، ص10-12.
- 25- ظافر بن محمد حمد القحطاني(2005)، فاعلية برنامج سلوكي لخفض درجة عجز الانتباه المصحوب
بالنشاط الزائد لدى المتخلفين عقليا القابلين للتعلم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود المملكة
العربية السعودية.
- 26- عبد الرحمن السيد سليمان ومحمود محمد الطنطاوي(2011)، اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط
الزائد: التشخيص والتشخيص الفارق، مجلة الإرشاد النفسي-جامعة عين الشمس (28)، ص273-331.
- 27- عبد العزيز السيد الشخص ومحمود محمد الطنطاوي و رضا خيرى عبد العزيز حسين(2012)، برنامج
مقترح لعلاج اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، مجلة
كلية التربية-جامعة عين الشمس(36)4، ص720-777.
- 28- عبد الكريم احمد حمزة(2008)، سيكولوجية عسر القراءة، دار الثقافة، عمان، الأردن.
- 29- عبد الكريم بن مصطفى (2013)، مدى فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض شدة اضطراب
ضعف الانتباه والنشاط الزائد، مجلة كلية التربية-الأزهر(152)2، ص 831-851.
- 30- عزة خليل(2011)، علم النفس اللعب في الطفولة المبكرة بين النظرية والتطبيق، دار الفكر العربي،
القاهرة، مصر.
- 31- عهود عدنان سفر (2007)، فاعلية برنامج حاسوبي في تعديل سلوك النشاط الزائد وخفض وقت التعديل
باستخدام تصميم العينة الفردي لفئة الإعاقة العقلية البسيطة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك
سعود.
- 32- غادة جلال عبد الحكيم(2006)، تأثير برنامج ألعاب تعاونية على اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط
الزائد والإدراك الحركي لتلاميذ المرحلة الابتدائية، المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضية- جامعة
حلوان(48)، ص 241-316.
- 33- فانتن إبراهيم سلوت(2010)، أثر توظيف الألعاب التعليمية في التمييز بين الحروف المتشابهة شكلا
المختلفة نطقا لدى تلاميذ الصف الثاني أساسي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 34- فادية حطيظ(2006)، اللعب كعلاج نفسي، الهيئة اللبنانية للعلوم التربوية، كتاب متوفر على موقع
www.laes.org/_chapters.php?lang=ar&chapter_id=247 يوم 2015/02/20 الساعة 17.00.

- 35- فائقة محمد بدر والسيد علي سيد أحمد (1999)، اضطراب الانتباه لدى الأطفال أسبابه وتشخيصه وعلاجه، ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
- 36- فضل سلامة (2006)، سيكولوجية اللعب عند الأطفال، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع ودار المشرق الثقافي، الأردن، عمان.
- 37- فوزية محمدي (2011)، فاعلية برنامجيين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة ورقلة، الجزائر.
- 38- قحطان احمد الظاهر (2008)، مدخل إلى التربية الخاصة، ط2، دار الواصل للنشر، عمان، الأردن.
- 39- كريستين ماكنتاير ترجمة خالد العامري (2003)، أهمية اللعب للأطفال لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1 دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 40- كلارك موستاكس ترجمة عبد الرحمن سيد سليمان (1990)، علاج الأطفال باللعب، دار النهضة العربية، القاهرة.
- 41- لويس كامل مليكة (1990)، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
- 42- مازن عبد الهادي احمد، فلاح أجاز، نغم صالح نعمه (2006)، استخدام اللعب كوسيلة لمعالجة بعض أنواع صعوبات التعلم لدى الأطفال بعمر 9 سنوات، مجلة علوم التربية الرياضية-جامعة بابل (5) العراق، ص41-54.
- 43- محاسن بهاء الدين خاشقجي (1999)، فاعلية برنامجي التدريب على ضبط الذات والتعزيز الايجابي في خفض النشاط الزائد لدى عينة من التلميذات في المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
- 44- محفظة بنت سالم بن ناصر اليحمدي (2014)، فاعلية برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائد لدى طلبة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في سلطنة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، عمان، الأردن.
- 45- محمد احمد صوالحة (2004)، علم النفس اللعب، ط1، دار المسيرة للنشر، عمان.
- 46- محمد احمد محمود خطاب (2009)، فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين، مجلة علم النفس (يوليو-ديسمبر) جامعة الملك سعود، ص188-191.
- 47- محمد احمد محمود خطاب (2010)، فاعلية برنامج علاجي باللعب في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال المتأخرين عقليا، المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، مصر، ص 375-408.

- 48- محمد جواد محمد الخطيب (2007)، مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي تربوي لتخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الدنيا باستخدام أساليب اللعب (فن-دراما)، مجلة الأزهر (09)1، ص 213-272.
- 49- محمد علي كامل (2003)، الأخصائي النفسي والمدرسي وفرط النشاط واضطراب الانتباه، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
- 50- معصومة سهيل الميطري (2005)، دراسة اضطراب الانتباه وفرط النشاط في علاقته بالمشكلات السلوكية لدى عينة من طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الكويت، مجلة الإرشاد النفسي-جامعة عين الشمس (19)، ص 81-138.
- 51- مفيدة بن حفيظ (2014)، تصميم برنامج علاجي متا معرفي للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الحاج لخضر-باتنة-الجزائر.
- 52- ميادة محمد الناطور وجهاد القرعان (2008)، أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، مجلة دراسات نفسية (18)2، ص 303-331.
- 53- نعيم على موسى العتوم (2013)، أثر الألعاب المحسوبة في علاج اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية (21)3، ص 335-351.
- 54- نوره محمد طه حسين بدوي (2005)، برنامج إرشادي لتنمية السلوك التوافقي لدى ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه من أطفال الروضة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة، مصر.
- 55- هاندي بنت محمد إسماعيل عفاشة (2008)، فاعلية برنامج إرشادي في خفض اضطراب "فرط النشاط-قصور الانتباه" لدى تلميذات ذوات صعوبات التعلم بالمرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الطيبة، المملكة العربية السعودية.
- 56- هدى خرياش (2007)، فاعلية برنامج تعليمي لتنمية المهارات اللغوية للأطفال المصابين بمتلازمة داون، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة سطيف، الجزائر.
- 57- هدى خرياش وعبد الناصر تزكرات (2016)، قراءة تحليلية لبعض برامج علاج قصور الانتباه وفرط الحركة في الدراسات المعاصرة، مجلة دراسات (41)، جامعة عمار تليجي بالأغواط، ص 165-185.
- 58- هشام احمد غراب (2010)، برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من حدة اضطراب التشتت ونقص الانتباه لدى أطفال يعانون من صعوبات التعلم، مجلة مستقبل التربية العربية (17)، ص 345-422.

- 59- Abdenacer Tezkratt, Houda Kherbach et Ali Hamaidia(2016), **A Propos d'un Protocole Thérapeutique De Play-thérapie Visant De Réduire les symptômes de TDAH chez des enfants écoliers du cycle primaire**, Poster présentée au congré Français de psychiatrie 8em édition, Montpellier du 23 au 26 novembre 2016, France.
- 60- Ahmadi Nasab Maryam, Alizei Mohammadi Mona & Mazloomi Akram(2014), **Effectiveness of Group Play Therapy Through Cognitive-Behavioral Method on Social Adjustment of Children with Behavioral Disorder**, Kuwait Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review(03)12, Unite, p356-362.
- 61- Amélie Dussault(2010), **L'attention dans le trouble du déficit d'attention/hyperactivité(TDAH) chez les enfants**, thèse de doctorat non publié Université Laval, Canda.
- 62- American Psychiatric Association(2000), **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-4R)**, Édition Masson, France.
- 63- Azar Validi Pak, Shadie Khaledi, Iraj Mirkhan & Marzie Atai(2014), **The Positive Impact of Play Therapy on Writing Performance of Students With Dysgraphia**, Int School Health (1)2, p1-4.
- 64- Badrie Mohammed Nour ElDaou & Sara Ibrahim El-Shamieh(2015), **The Effect Of Playing Chess On The Concentration Of ADHD Students in The 2nd Cycle**, Procedia- social and behavioral sciences(192), p638-643.
- 65- Barzegary & Zamini(2011), **The Effect Of Play Therapy On Children With ADHD**, Procedia-Social and Behavioral Sciences(30), p2216-2218.
- 66- Benoit Blanchard et Yoann Loisel(2008), **Hyperactivité de L'enfant «une prise en charge avant tout psychoéducative** », Médecine, France, p165-167.
- 67- Berkouche Faiza(2014), **Le Trouble d'hyperactivité avec Déficit de L'attention Chez L'enfant**, Santé-MAG(29), p16-18.
- 68- Catherine Bernier(2009), **Evaluation d'un Programme Pour Parents D'enfants Présentant un Déficit de L'attention/Hyperactivité**, thèse de doctorat non publié, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada.
- 69- Clémence Guilé et Ingrid Zammouri(2011), **L'abord du Trouble Déficitaire de L'attention avec ou sans Hyperkiésie Par La Psychomotricité**, Perspective Psy(50)1, p62-68.
- 70- Casnav Guyane(2008), **Jeux D'écoute : Mémoire et Attention**, repéré à URL : www.webtice.ac-guyane.fr/clin/ Le 01/12/2014 à 13.00.
- 71- Corinne Boutard et Magalie Bouchet(2007), **Attention et Mémoire : mot à mot spécialiste de l'orthophonie**. repéré à URL : www.mot-a-mot.com Le 06/12/2014 à 18.45.

- 72- Daniel S.Sweeney, Jennifer N.Baggerly & Dee C.Ray(2014), **Group Play Therapy “ A Dynamic Approach”**, Édition Routledge, New York.
- 73- David A.Crenshaw & Anne L.Stewart(2015), **Play Therapy “a comprehensive guide to theory and practice”**, Edition Guilford Press, New York.
- 74- Elham Foroozandeh et Mahdiah(2014), **Effect of Play Therapy on Visual Memory in ADHD children**, International journal of sport studies(8)4, p1005-1009
- 75- F.Baylé et J.Bouchez(2010), **Le Déficit de L’attention avec ou sans Hyperactivité Chez L’adulte**, entretiens de Bichat, repéré à URL : www.lesentretiensdebichat.com le 19/11/2014, p401-403.
- 76- F.Naderi, A.Heidarie, L.Bouron & P.Asgari(2010), **The Efficacy of Play Therapy On ADHD, Anxiety and social maturity in 8 to 12 years aged clientele children of Ahwaz Metropolitan counseling clinics**, Journal of Applied Sciences(3)10, p 189-195.
- 77- F.Gonon, JM,Guilé et D,Cohen(2010), **Le Trouble Déficitaire De L’attention avec Hyperactivité :données récents des neurosciences et de l’expérience nord-américaine**, Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence(58)5, P 273-281
- 78- F.Prayer , I Wodon,S, Van Hyfte et P.Linkowski (2012), **Trouble Déficitaire De L’attention Avec Hyperactivité Et Maltraitance Durant L’enfance**, Revue Médical de Bruxelles(33), p 75-86.
- 79- Francine Lussier(2014), **Programme d’intervention auprès des enfants qui souffrent de TDAH /H**, Psychologie Québec (31)3, p 39-45.
- 80- Garry L.Landerth(2001), **Innovations in Play Therapy “Issues, Process, and Special Populations”**, Édition Burnner-Routledge, New York.
- 81- Garry L.Landerth(2012), **Play Therapy “The art of the relationship”**, 3rd edition, Routledge, New York.
- 82- I.Simoes, F.Lowenthal, L .Lefebvre et L.Vaivre-Douret(2009), **Le Trouble Déficitaire de l’attention chez l’enfant à haut potentiel : étude exploratoire** Revue Approche Neuropsychologique des apprentissages chez l’enfant(102), p188-194.
- 83- Jacques Thomas et Guy Willems(2001), **Trouble De L’attention, Impulsivité et Hyperactivité chez l’enfant**, 2em Édition, Masson, France.
- 84- Jacques Thomas, Célia Vas-Cerniglia et Guy Willems(2007), **Troubles de L’attention Chez L’enfant Prise en charge psychologique**, Édition Masson, France.
- 85- Jagatheesan Alagesan, Sardesai A, Shradha & Sankar B.Mani(2011), **Effect of Play Therapy in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder- a**

- single blinded randomized controlled study**, Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy(1)5, p70-72
- 86- J.Changeau et R.Soppelsa(2010), **Protocole de Rééducation D'enfant Porteur d'un TDAH Par Une Technique De Résolution De Problème**, Revue Entretiens de Bichat, repéré à URL : www.lesentretiensdebichat.com le 09/12/2014, p 19-31.
- 87- Jean-françois Cardin(2011), **Les Symptômes D'hyperactivité et D'inattention Chez Les Enfants De La Période Préscolaire à La Deuxième Année Du Primaire**, Portraits et Trajectoires(12), p 1-8.
- 88- J.Marquet-Doléac, R.Soppelsa et J.M.Albaret(2006), **Validation D'un Protocole D'apprentissage De L'inhibition Sur Une Population D'enfants Avec Trouble De L'attention/Hyperactivité**, Revue Entretiens de Psychomotricité, p90-99. Repéré à URL : www.researchgate.net/publication/237831574_Validation_d'un_protocole_d'apprentissage_de_l'inhibition_sur_une_population_d'enfants_avec_Trouble_de_l'AttentionHyperactivite
- 89- Jean-Michel Albaret et Laetitia Migliore(1999), **Test de Stroop**, Institut de formation en psychomotricité faculté de médecine, Université Toulouse 3 France.
- 90- Jean-Michel Albaret et Jérôme Marquet-Doléac (2011), **Psychomotricité Et Trouble Déficit De L'attention /Hyperactivité ; nouvelle perspectives dans l'approche de l'enfant agité et distrait**, Développement(9)3, p 9-16.
- 91- Josée Juneau et Louis-Philippe boucher (2004), **Le Déficit de L'attention /Hyperactivité Et Les Comportements Violents Des Jeunes En Milieu Scolaire : L'état de la question**, Revue Education et francophonie(32)1, p 38-53.
- 92- Kevin J.O'Connor & Charles E.Schaefer(1994), **Handbook of Play Therapy** volume two "Advances and Innovations", Wiley-Interscience, Canada.
- 93- Khaoula Khemakhem, Héla Ayadi, Yousr Moalla, Sourour Yaich, Imen Hadjkacem, Adel Wahla, Jamel Damak et Farhat Ghribi (2015), **Caractéristiques Epidémiologiques Du Trouble Déficit De L'attention/Hyperactivité En Population Scolaire Dans La Région De Sfax Tunisie : étude transversale**, La Tunisie Médicale, (93)5, p302-307
- 94- Laurent Victoor(2006), **Les Enfants Hyperkinétiques, mythe ou réalité ?**, La Revue de la médecine générale(238), Bruxelles, Belgique, p 496-500.
- 95- Linnet McMahon(1992), **The Handbook of Play Therapy**, Édition Routledge, New York.
- 96- Marie-Claude Guay, Samuel Giroux et Carine Chartrand(2011), **Impact D'une Thérapie Comportementale Sur Les Comportement d'Opposition et De Provocation D'enfants D'âge Préscolaire Qui Présentent Un TDAH, Un**

- Trouble Oppositionnel Et Un Retard De Langage**, Perspectives Psy(50)3, p256-262.
- 97- Marie Vanier(1991), **Test de Stroop**, institut de réadaptation de Montréal Québec.
- 98- Martine Verreault, Claudia Verret et Line Massé(2014), **Impact D'un Programme D'interventions Multidimensionnel Conçu Pour Les Parents Et Leur Enfant Ayant un TDA/H Sur Leurs Habiletés Sociales Et Leur Difficulté d'adaptation**, La Nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation(68)4, pp53-69.
- 99- Maryam Farahzadi & Saeede Masafi(2013), **Effectiveness Of Gestalt And Cognitive-behavioural Play therapy in Decreasing Dythymic Disorder** Procedia- Social and behavioral sciences(84), p1642-1645.
- 100- Michel Bader(2012), **Le Traitement Des Enfants Et Des Adolescents Sportifs Ayant Un Trouble Du Déficit D'attention-Hyperactivité** Schiweizerische Zeitschrift fur « sportmedizin und sporttraumatologie »(60)4, p153-156.
- 101- Michel Bader(2013), **Trouble Du Déficit D'attention/Hyperactivité De L'enfant Et De L'adolescent : Nouvelle Perspectives**, Swiss Archive of Neurology and Psychiatry(164)2, p 70-74.
- 102- Michel Habib(2011), **Le Cerveau De L'hyperactive : entre cognition et comportement**, Développements(9)3, p 26-40.
- 103- Michèle la Pierre(2008), **Mise Au Point et Validation d'un Programme de Rééducation Pour Les Enfants Présentent Une Dyslexie à Prédominance Visuelle ou Mixe**, thèse de doctorat, Université trois Rivières, Canada.
- 104- Nancy le blanc(2009), **Le Trouble Déficitaire De L'attention Avec Hyperactivité Au Préscolaire ; Nature, Evaluation Et Traitement**, Santé Mentale au Québec, vol(34)2, p199-215.
- 105- Noura abdel shahid et Stéphanie St-Pierre(2008), **Mise à Jour Du Traitement Du Trouble Déficitaire De L'attention Avec Hyperactivité Chez L'enfant (1^{er} partie)**, Revue Québec Pharmacie(55)7, p 31-38.
- 106- Niloufar Jafari, Mohamed Reza Mohammadi et Mehdi Khanbani(2011), **Effect Of Play Therapy On Behavioral Problems of Maladjusted Preschool Children**, Iranian Journal Psychiatry(06)1, p37-42.
- 107- Olivier Revol, Pierre Fournert(2002), **Approche Diagnostique D'un Enfant Instable**, La revue du Praticien(52), p 1-6.
- 108- Patrick Berquin,Amiens(2005), **Le Trouble Déficitaire D'attention Avec Hyperactivité: Aspects Neurofonctionnels**, PAEDIATRICA(16)6, p 14-16.
- 109- Pascal Boulanger(2004), **Effets D'un Programme D'éducation Expérientielle Personnalisé En Loisir Auprès D'un Elève Ayant Un Trouble Déficitaire De L'attention**, Mémoire de master, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada.

- 110- Raynald Goudreau(2000), **Le Développement Des Processus De Contrôle Attentionnels**, Psychologie Québec (novembre), p 24-27.
- 111- Rinda Blom(2006), **The Handbook Of Gestalt Play Therapy**, Édition Jessica Kingsley, Philadelphia, USA.
- 112- Roger Misès(2012), **Classification Française Des Troubles Mentaux De L'enfant et L'adolescent-CIM 10-**, 5em édition, Presses de l'EHESP, France.
- 113- Sébastien Barraud(2009), **Jeu d'attention**, repéré à URL : www.mhpss.net Le 14/12/2014 à 11 :30.
- 114- S.Janatian, A.Nouri, A.Shafti, H.Molavi & H.Samavatyan(2009), **Effectiveness Of Play Therapy On The Base Of Cognitive Behavior Approach On Severity Of Symptoms Of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder(ADHD) Among Primary School Male Students Aged 9-11**, University of Applied Science and Technology,(مجلة تحقيقات علوم رفتاری(6)2، ص109-118).
- 115- Sir Alexander Crichton(1798), **An Inquiry Into The Nature and Origin of Mental Derangement**, T CADELL, JUNIOR AND W, DAVIES, vol 1, LONDON, repéré à URL : <http://adhd-npf.com/english-adhd-history-1798-alexander> Le 10/05/2015 à 12:00.
- 116- Susan M.Knell(2004), **Cognitive-Behavioral Play Therapy**, Edition Rowman and Littlefield, Oxford, UK.
- 117- Terry Kottman(2001), **Adlerian Play Therapy**, International Journal of Play(10)2, pp1-12.
- 118- Vallée Louis(2005), **Le Déficit D'attention Avec Hyperactivité Chez L'enfant «approche neuropédiatrique»**, Carnet Psy(78), p63-72.
- 119- Vasileios Tsimaras, Maria Papaionnou, Miltiadis Proios, Eleni Fotiadou, Dimitrios Kokaridas & Marianna Kotzamanidou(2014), **The Effect of a Digital Interactive Game in Distractibility, Hyperactivity and Impulsivity in Individuals With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Intellectual Disability**, Journal of Physical Education and Sport (14)4, p500-506.
- 120- Violet Oaklander(2001), **Gestalt Play Therapy**, International Journal of Play(10)2, p45-55.

الملاحق

الملحق رقم(1): برنامج علاجي مقترح لخفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

الملحق رقم(2): استمارة استطلاع آراء المحكمين على البرنامج العلاجي المقترح.

الملحق رقم(3): أسماء لجنة التحكيم ومؤسسة انتمائهم.

الملحق رقم(4): بعض أنشطة البرنامج.

الملحق رقم(5): استبيان كونر - الصورة الأسرية -

الملحق رقم(6): استبيان كونر - الصورة المدرسية -

الملحق رقم(7): استمارة استطلاع آراء المحكمين حول ترجمة اللغوية لاستبيان كونر - الصورة الأسرية والمدرسية)

الملحق رقم(8): جدول درجة السلم على اختبار الذكاء NNAT.

الملحق رقم(9): جدول درجة الذكاء على اختبار الذكاء NNAT.

الملحق رقم(10): بطاقات اختبار ستروب Test de Stroop.

الملحق رقم(11): دفتر تنقيط اختبار ستروب Test de Stroop.

الملحق رقم(12): الجداول المعيارية لاختبار Test de Stroop.

الملحق رقم(13): اختبار تزاوج الأرقام.

الملحق رقم(14): بطاقات اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images.

الملحق رقم(15): بطاقة تنقيط اختبار Test d'appariement d'images.

الملحق رقم(16): الجداول المعيارية للاختبار Test d'appariement d'images.

الملحق رقم(17): نسخة لتسريح إجراء تربص ميداني.

ملحق رقم (01)

برنامج علاجي مقترح لخفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

إعداد:

تزكرات عبد الناصر

إشراف:

أ.د هدى خرياش

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

جامعة محمد لمين دباغين- سطيف 2-

الجزائر

ملحق رقم (02)

استمارة استطلاع آراء المحكمين على البرنامج العلاجي المقترح

ملحق رقم (02): استمارة استطلاع آراء المحكمين على البرنامج العلاجي المقترح

جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

استمارة تحكيم الخبراء

إلى السيد(ة) الأستاذ الدكتور/ المختص(ة):

التخصص: مكان العمل:

تحية طيبة وبعد.....

في إطار التحضير لأطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الصحة والموسومة ب: فاعلية العلاج باللعب في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

ونظر لحاجة الدراسة إلى اقتراح وتصميم برنامج علاجي كأداة رئيسية لتحقيق أهداف الدراسة، ولمعرفة مدى قابلية البرنامج للتطبيق يسر الباحث أن تكون أحد أعضاء لجنة التحكيم لإبداء رأيك في ما يلي:

- ملائمة البرنامج العلاجي لما يرجو علاجه.
- وضوح الأهداف العامة والأهداف الإجرائية لجلسات البرنامج.
- صحة المادة العلمية لمحتوى البرنامج.
- مدى مناسبة النشاطات والفنيات والأساليب التي يقترح البرنامج استخدامها مع كل نشاط.
- ملائمة عدد الجلسات وترتيبها.
- نقائص ترون إضافتها.

المفاهيم الأساسية في البرنامج:

العلاج باللعب (Play Therapy): مجموع الإجراءات والأنشطة التدريبية المنظمة، الإرشادات والعلاجات المتنوعة قائمة على اللعب تهدف إلى علاج وخفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة ومساعدتهم لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والأكاديمي.

قصور الانتباه وفرط الحركة: إحدى المتلازمات الفردية التي تعرف وفق المواقف المعرفية والسلوكية من؛ قصور في الانتباه، اندفاعية وفرط في الحركة والتي تظهر في بيئتين مختلفتين لمدة تفوق 6 أشهر بدرجة غير مناسبة إذا ما تمت مقارنتها بالعمر الزمني للفرد ونموه العقلي، تظهر هذه المتلازمة لدى الفرد قبل السن السابعة، كما أن نشأتها غير مرتبطة بإصابات عضوية أو اضطرابات نمائية شاملة، مرض نفسي أو عقلي.

أهداف البرنامج العلاجي:

يهدف هذا البرنامج إلى خفض درجة قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ويتفرع من هذا الهدف أهداف فرعية هي:

- مساعدة الطفل الذي يعاني من قصور في الانتباه وفرط الحركة على تركيز انتباهه (السمعي-البصري) لمدة زمنية معينة بتدريبه على مهارات الانتباه والمتمثلة في: الانتقاء، التتبع سعة الانتباه ومرونة نقله.
- تدريب الطفل على ضبط الذات في التعامل مع المثيرات المختلفة وعدم الاندفاع خلال الألعاب التي يحتويها البرنامج.
- خفض السلوكيات الغير المرغوب فيه (الحركة الزائدة) وتعويضه بسلوك جديد (الاسترخاء) بتصريف الطاقة السلبية من خلال الأنشطة الحركية التي يحتويها البرنامج.

الفنيات والأساليب المستعملة في البرنامج:

يعتمد البرنامج الحالي على مفاهيم وإجراءات العلاج باللعب السلوكي المعرفي، بهدف زيادة معدل ممارسة الطفل للسلوك المرغوب (الانتباه)، أو تقوية هذا السلوك أو تعلم سلوك جديد، وخفض معدل ممارسة الطفل لسلوك غير مرغوب (الاندفاعية والحركة الزائدة) وتم توظيف خلال الجلسات الفنيات التالية: التعزيز، التكرار، التدعيم، التغذية الراجعة. بالإضافة إلى استعمال فنيات أخرى المحاضرة، المناقشة الجماعية، الملاحظة، النمذجة، التمثيل، لعب الأدوار، الواجب المنزلي.

مكونات البرنامج:

- تنمية مهارات الانتباه السمعي: الانتقاء، التتبع، سعة الانتباه، مرونة نقل الانتباه.
- تنمية مهارات الانتباه البصري: الانتقاء، التتبع، سعة الانتباه، مرونة نقل الانتباه.
- خفض الاندفاعية وتصريف الطاقة الزائدة.

عناصر التحكيم	ملائمة	ملائمة إلى حد ما	غير ملائمة	اقتراحاتكم
01	ملائمة البرنامج العلاجي لما يرجو علاجه.			
02	وضوح الأهداف العامة والأهداف الإجرائية لجلسات البرنامج.			
03	صحة المادة العلمية لمحتوى البرنامج			
04	مدى مناسبة النشاطات والفنيات والأساليب التي يقترح البرنامج استخدامها مع كل نشاط.			
05	ملائمة عدد الجلسات وترتيبها.			

إضافات:

شكرا على تعاونكم.

إشراف: أ.د. خرياش هدى

الباحث: تزكرات عبد الناصر

ملحق رقم (03)

أسماء لجنة التحكيم ومؤسسة انتمائهم

ملحق رقم (03): أسماء لجنة التحكيم ومؤسسة انتمائهم

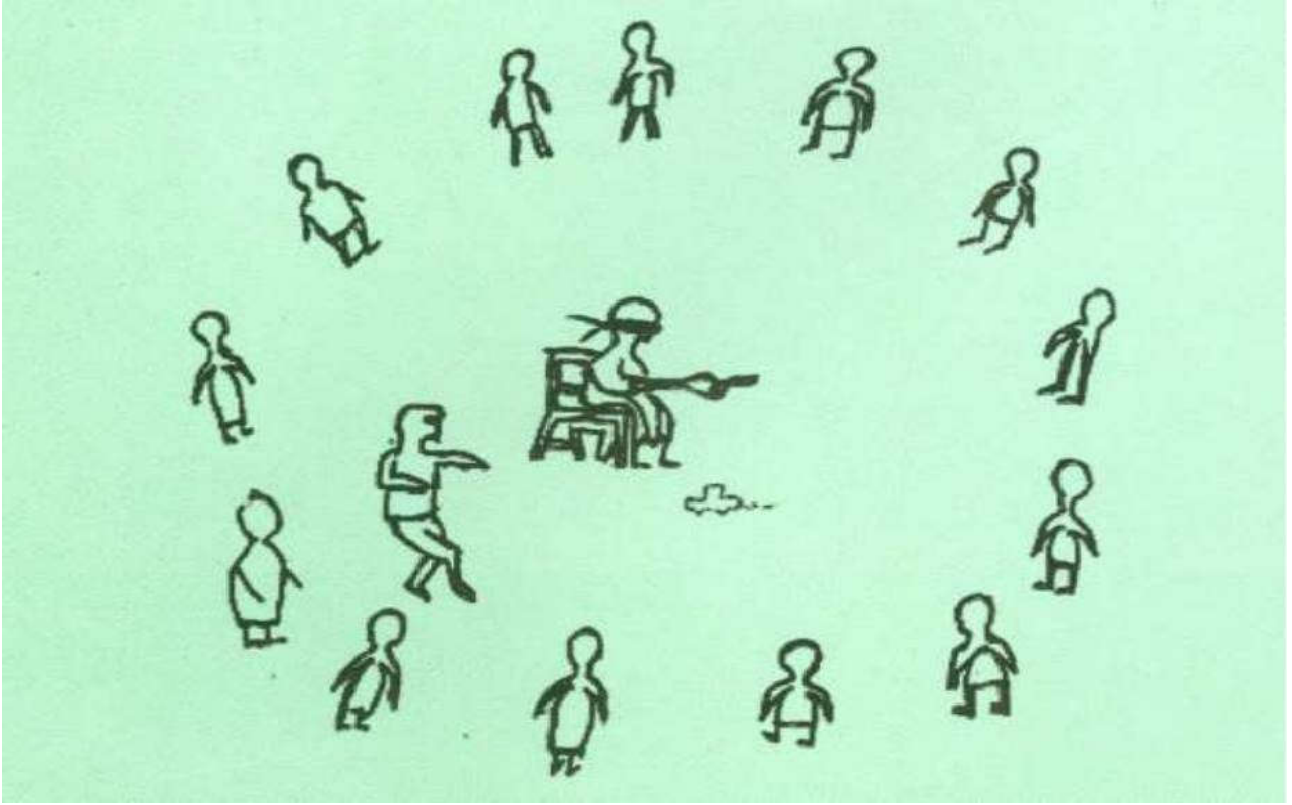
أسماء لجنة التحكيم	مؤسسة انتمائهم
أ.د خرياش هدى	أستاذ التعليم العالي بجامعة سطيف-2-
د. حمادية علي	أستاذ محاضر بجامعة سطيف-2-
د. صحراوي عبد الله	أستاذ محاضر بجامعة سطيف-2-
قادوري فطيمة	أخصائية نفسية عيادية رئيسية بوحدة الكشف والمتابعة المدرسية- سطيف-
مزرب ابتسام	أخصائية نفسية عيادية بوحدة الكشف والمتابعة المدرسية-سطيف-
مخفي نورة	أخصائية أرطوفونية بوحدة الكشف والمتابعة المدرسية-سطيف-

ملحق رقم (04)

بعض أنشطة البرنامج

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

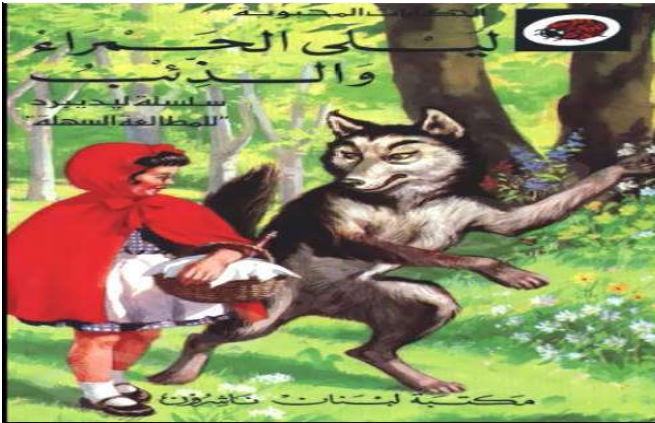
لعبة حارس الكنز



ملقطات من العرض الكرتوني لقصة العش الغريب



ملقطات من العرض الكرتوني للقصة ليلى الحمراء والذئب



ليلى الحمراء والذئب
لكنك أنه عاشت في قديم الزمان بنت صغيرة
اسمها ليلى .
كانت تملك ثوباً أحمر جميل .
كانت جدتها تقيها كثيراً وتغطيها الهدايا .
ول يوم من الأيام سمعت الهدنة رداً خبيثاً
من الخيل الأحمر وأخذت ليلى
أجبت ليلى ذلك الزمراء الأحمر كثيراً . فكانت
تلبس ثوبها الأحمر .
رأها الناس دائماً تلبس ذلك الزمراء الأحمر .
سموها ليلى الحمراء .

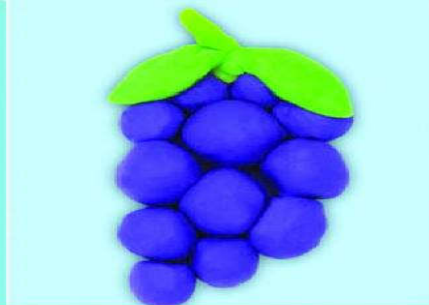


رأت ليلى الحمراء عيوناً كبيرتين . فصرخت
متعجبة :
« جدي ! جدي ! ما أحمر عينيكي ! »
قال الذئب مُقلداً صوت الجدوة : « عيني
كبيرتان لأرأى جيداً يا حبيبتي . »
ثم نظرت ليلى الحمراء . فزادت يديها كبيرتين .
فصرخت متعجبة :
« جدي ! جدي ! ما أحمر يديكي ! »
قال الذئب مُقلداً صوت الجدوة : يدي
كبيرتان لأحسك جيداً يا حبيبتي .
نظرت ليلى إلى وجه جدتها . فزادت ثوبها كثيراً .
فصرخت :
« جدي ! جدي ! ما أحمر ثوبي ! »
فأجابها الذئب : « قلمي كبير لا تملك يا حبيبتي . »

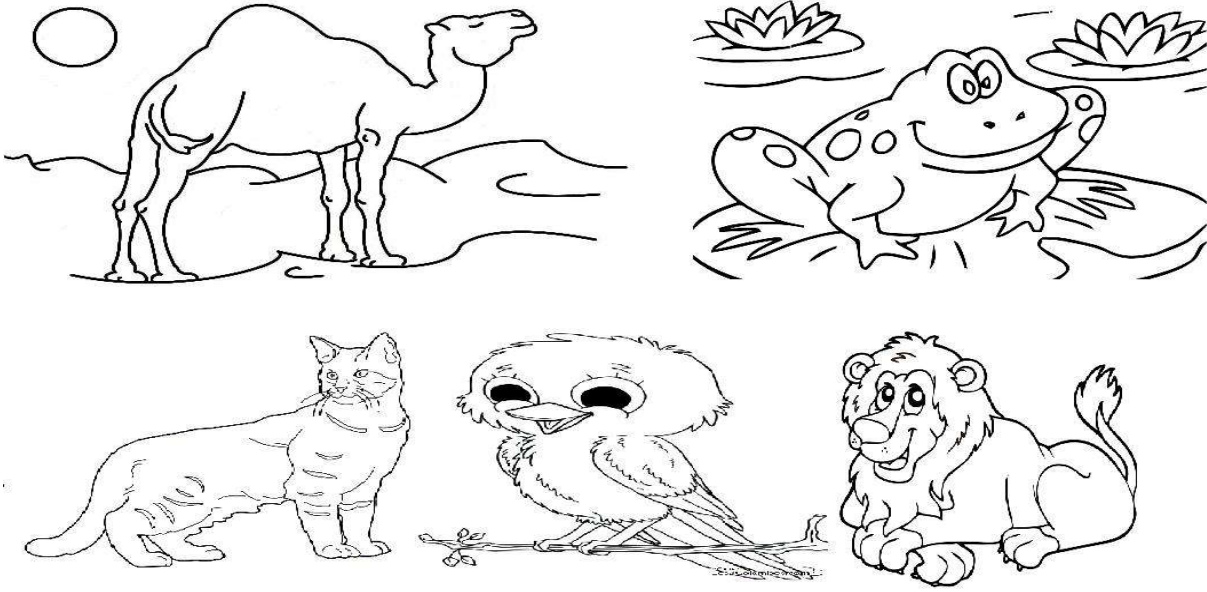


فالتفت ليلى الحمراء لأبيها : « أو يا أبي ! كم جئت
وأنا في خطر الذئب . لأن أكلهم كان شديداً .
وكانت جدتي ليلى الحمراء لا تزال حية أيضاً .
ولكنها كانت ضعيفة . ففقدت أن تخرج من
تحت الذئب .
ساعدنا أو نل وأخرجها . »

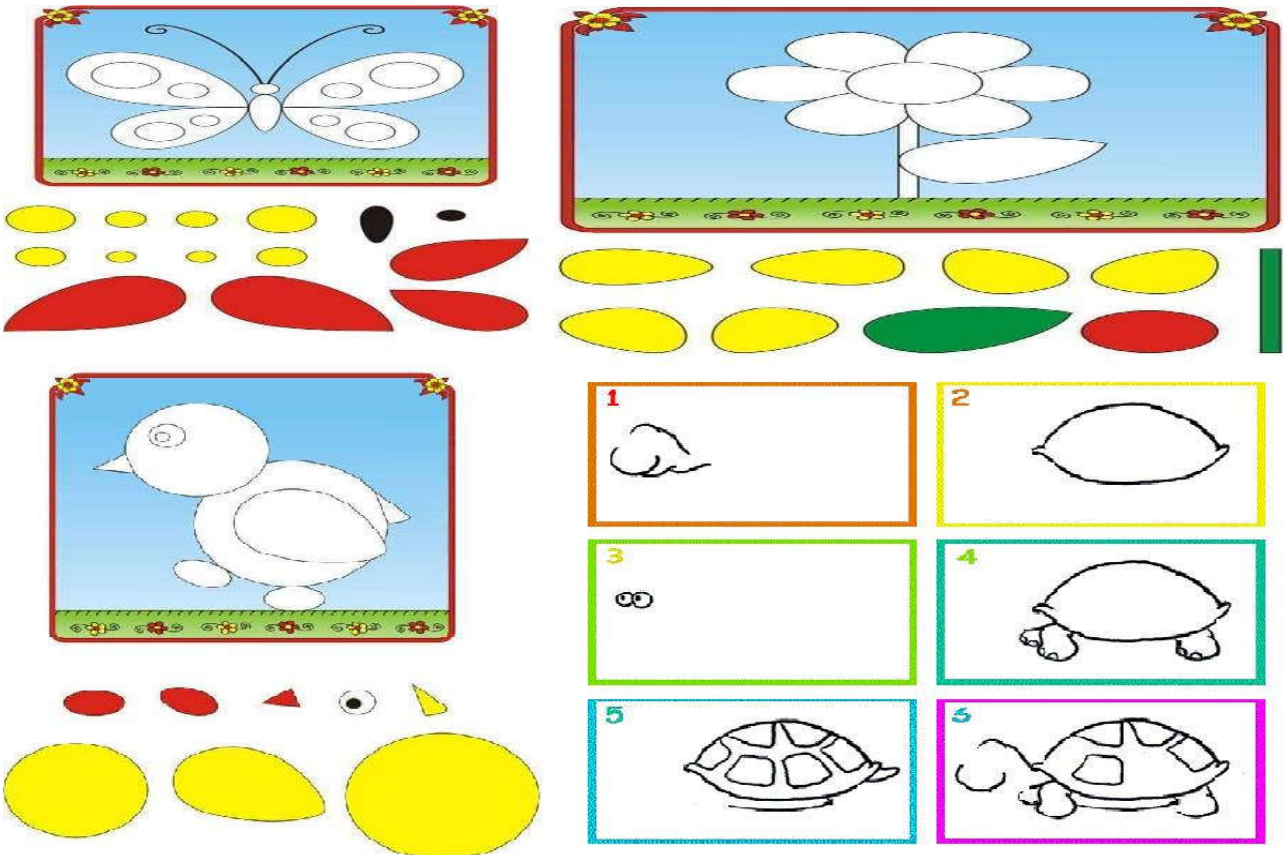
بطاقات لعبة الصلصال



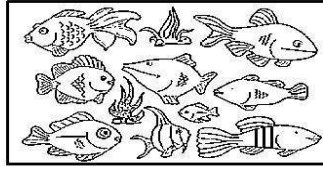
بطاقات لعبة الرسم والألوان



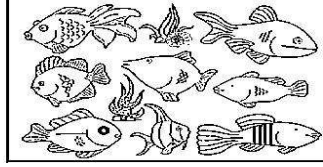
بطاقات لعبة الجزء المفقود



بطاقات لعبة الأخطاء السبعة

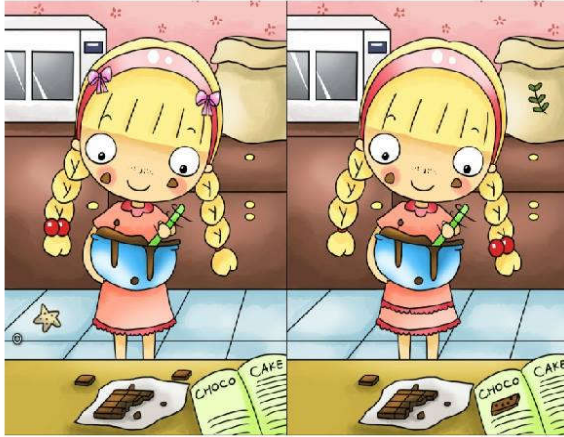
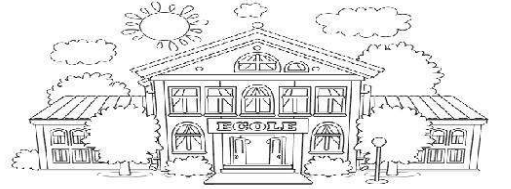
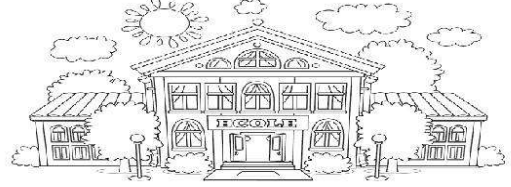
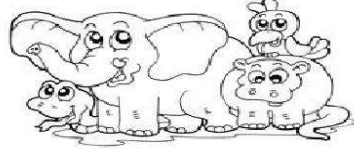
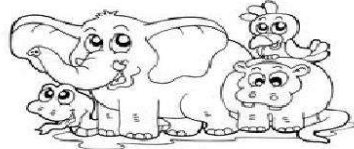


Les 7 différences



Les erreurs

Entoure les 7 différences entre ces 2 dessins.



نص لعبة النقاط والحروف

الأسنان:

الأسنان جزء من أجزاء الجسم، هي بيضاء اللون تعطي رونقا وجمالا للوجه، وهي التي تساعد على مضغ الطعام.

قد يحدث أن تختل وظيفة الأسنان فلا يمكنها القيام بعملها، فعندما يشعر الإنسان بالآلام في أناته يصعب عليه تناول المأكولات. والتسوس هو المسؤول عن هذه الآلام، وهو مرض يصيب الجزء الخارجي من السن فتتآكل الأجزاء الصلبة منه.

أسباب تسوس الأسنان كثيرة من أهمها عدم تنظيفها، والإفراط في تناول المشروبات المثلجة أو الساخنة وكسر الأجسام الصلبة بها وفتح القارورات الزجاجية، والعيب بالآلات الحديدية بها.

ولكي نتجنب مشكلة التسوس يجب علينا أن ننظف أسناننا بعد كل وجبة وأن نحرس على شرب الجليب وأن نتناول الأغذية الغنية بالأملاح والفيتامينات لتقويتها، وأن نزرور الطبيب.

النص: سعيد وشجيرة الرمان

عندما انتقل سعيد إلى منزلهم الجديد غرس شجيرة رمان إلى جوار الدار، وتعهدها بالسقي والتسميد، فكان يهتم بها اهتماما عظيما. كبرت وصارت شجرة وكثرت أواقيها وتفرعت أغصانها وكم كانت فرحته عظيمة حين استقبلته يوما بباقة من الأزهار ثم بحفنة من الثمار.

ذات يوم أقبل أبوه نحوه ليخبره أنه سيجتث شجيرته لبناء مستودع لسيارته الجديدة، فتسمر في مكانه من هول ما سمعه ودمعت عيناه فترجى أباه متوسلا أن يختار مكانا آخر لذلك، وذكره بحديث النبي صلى الله عليه وسلم: "مَا مِنْ مُسْلِمٍ يَزْرَعُ زَرْعًا أَوْ يَغْرِسُ غَرْسًا فَيَأْكُلُ مِنْهُ طَيْرٌ أَوْ إِنْسَانٌ أَوْ بَيْهِيمَةٌ إِلَّا كَانَ لَهُ بِهِ صَدَقَةٌ".

فأشفق الأب على ابنه وافق على اختيار مكان آخر، وأسعده اهتمام ابنه بالغرس وحبّه للطبيعة.

لعب البازل (اليدوية/ على الكمبيوتر/ الورقية)



نص قصة الشهيدة مليكة قايد من كتاب سنة الرابعة ابتدائي

الشَّهِيدَةُ مَلِيكَةُ قَايِد

في قَرْيَةٍ يَمْتَنِقُاشَتْ فِي الْقَبَائِلِ الصَّغْرَى ، كَانَ كُلُّ شَيْءٍ يَسِيرُ عَلَى عَادَتِهِ ، وَلَكِنْ هُنَاكَ شَيْءٌ يَخْدُثُ فِي أَسْفَلِ الْقَرْيَةِ فِي دَارِ مُحَمَّدٍ أَمْرِيَان . فَقَدْ كَانَتْ هَذِهِ الدَّارُ تَصُحُّ بِالْحَرَكَةِ ¹ فِي انْتِظَارِ مَوْلُودٍ جَدِيدٍ . أَتَجَبَّتْ طَارُومٌ رَوْحَةَ الشَّيْخِ أَمْرِيَانِ حَفْلَةً لَهَا قَدْ جَمِيلٌ ² وَبَشَرَةٌ بَيْضَاءُ وَغَيْثَانِ سَوْدَاوَانِ وَنَظَرُ حَادٍ ³ ففَرَحَ الْجَمِيعُ وَسَمَّوْهَا مَلِيكَةَ .

كَانَتْ مَلِيكَةُ الْجَمِيلَةَ تَكْبُرُ يَوْمًا بَعْدَ يَوْمٍ . وَكَانَتْ عَائِلَتُهَا تَدُلُّهَا لِأَنَّهَا كَانَتْ أَصْغَرَ الْإِخْوَةِ . وَلَكِنْ لَمْ تَقْدَمْ حَيَاتُهَا طَوِيلًا فِي الزَّيْفِ ، فَقَدْ انْتَقَلَ أَبُوْهَا مَعَ عَائِلَتِهِ إِلَى الْعَاصِمَةِ وَبَقِيَتْ تَحِيَّ ⁴ دَائِمًا إِلَى مَسْقِطِ رَأْسِهَا ⁵ وَإِلَى قَرْيَتِهَا الْجَمِيلَةِ الْهَادِتَةِ .

كَانَتْ مَلِيكَةُ تَكْبُرُ وَيَكْبُرُ مَعَهَا حُبُّ الْوَطَنِ وَيَدْفَعُهَا إِلَى الْاجْتِهَادِ فِي دِرَاسَتِهَا . وَلَقَدْ نَجَحَتْ وَأَصْبَحَتْ مُمَرِّضَةً ، فَانْتَقَلَتْ إِلَى قَرْيَتِهَا وَبَنَدَتْ عَمَلُهَا هُنَاكَ . فَكَانَتْ تَدَاوِي السُّكَّانَ وَقَرَعَاهُمْ وَتَقْدِّمُ لَهُمُ النَّصَائِحَ .

وَاجْتَانِجَهَا إِخْوَانُهَا الْمُجَاهِدُونَ لِمُعَالَجَةِ الْجَرْحَى فَانْتَقَلَتْ إِلَى الْجَبَلِ وَبَنَدَتْ فِي رِعَايَتِهِمْ ، وَلَكِنَّهَا كَانَتْ تَنْزِلُ إِلَى الْقَرْيَةِ لِقَرَعَى سُكَّانِهَا أَيْضًا . وَحِينَ تَنْتَهِي تَعَوُّدٌ إِلَى مُسْتَوَاضِعِهَا الْجَبَلِيِّ حَيْثُ كَانَتْ قَشْعُرُ بِقَرْحَةٍ كَبِيرَةٍ وَهِيَ تَوْدِي وَاجِبَهَا الْوَطَنِي . وَلَمْ تَنْسَ فِي كُلِّ ذَلِكَ أَسْرَتَهَا ، فَقَدْ كَانَ قَلْبُهَا مُعْلَقًا بِمَنْ حُبَّ أَسْرَتَهَا وَحُبَّ وَطَنِهَا .

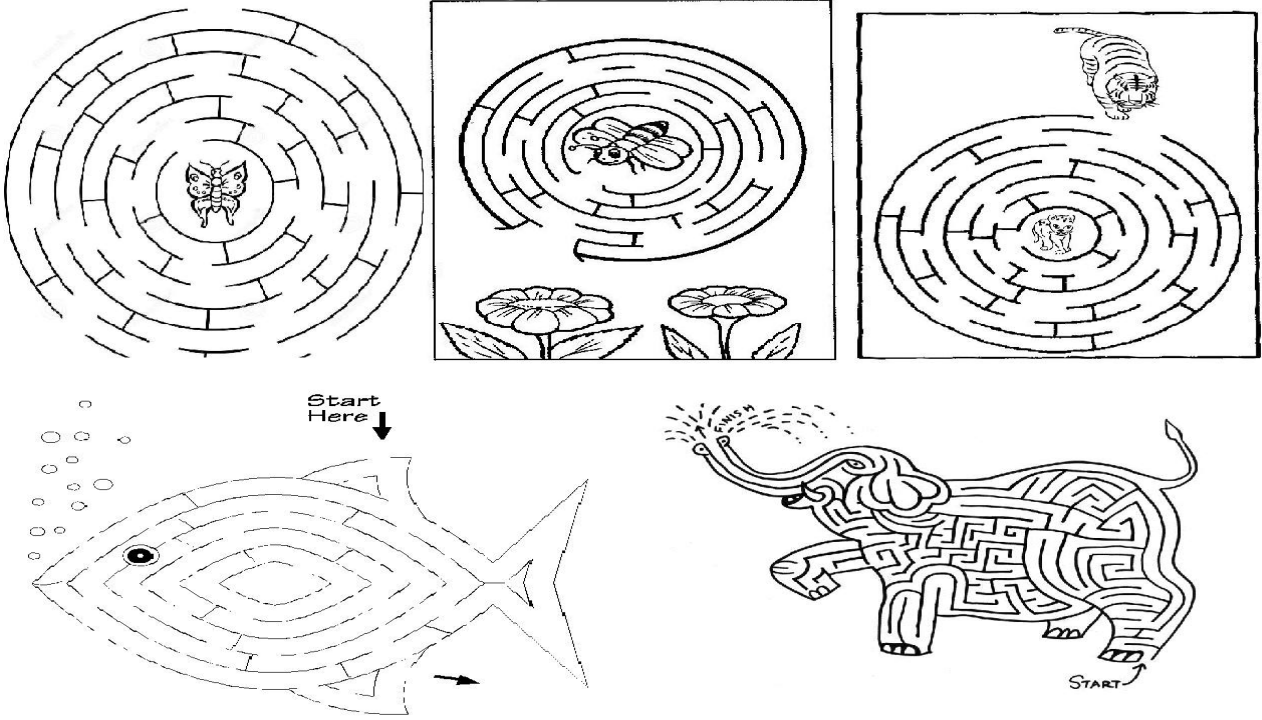
فِي أَحَدِ الْأَيَّامِ وَصَلَتْهَا رِسَالَةٌ وَعَلِمَتْ مِنْهَا أَنَّ أُمَّهَا مَرِيضَةً فَأَخْبَتْ بِخَوْنِ شَدِيدٍ



وَلَكِنَّهَا فَحَلَّتْ انْتِفَاءً مَعَ إِخْوَانِهَا مِنَ أَجْلِ الْوَطَنِ ، وَقَالَتْ لَهُمْ : " أَحِبُّ هَذِهِ الْأَمَاكِنَ أَكْثَرَ وَلَيْدَتْ فِيهَا وَتَأْدِيقَ عَتَهَا " .

فِي صَبِيحَةِ يَوْمٍ مِنْ أَيَّامِ شَهْرِ جَوَانِ اسْتَحْقَقَتْ عَلَى زُقُوفَةِ الْعَصَا فُحِطَسَتْ الْقَطُورُ ثُمَّ عَالَجَتْ بَعْضَ الْجَرْحَى وَقَدَّمَتْ لَهُمْ قَطُورَهُمْ . وَحِينَمَا كَانَتْ مُسْتَوَلَّةً فِي الْعَارِ يَطْطُهِرُ بَعْضَ الْقَادِرَاتِ الْمُطَبِّبَةِ ، سَبَّحَتْ مَلْعَابَ نَارِيَّةٍ فَاسْتَرَعَتْ إِلَى الْخَارِجِ بَعْدَ أَنْ طَمَأْنَتِ الْجَرْحَى فَوَجِدَتْ السُّكَّانَ مُعَاوِزًا ⁶ مِنَ الْقَمْعِ وَالْفَرْطِيسِ . قَارَنْتْ بِمُحَاوِةٍ مَعَ زَمِيلَاتِهَا حَتَّى سَقَطَتْ شَهِيدَةً فِي حَبْلِ وَلَيْدَتْ فِيهِ .

بطاقات لعبة المتاهة



بطاقة كلمات لعبة الحيوانات الطائرة

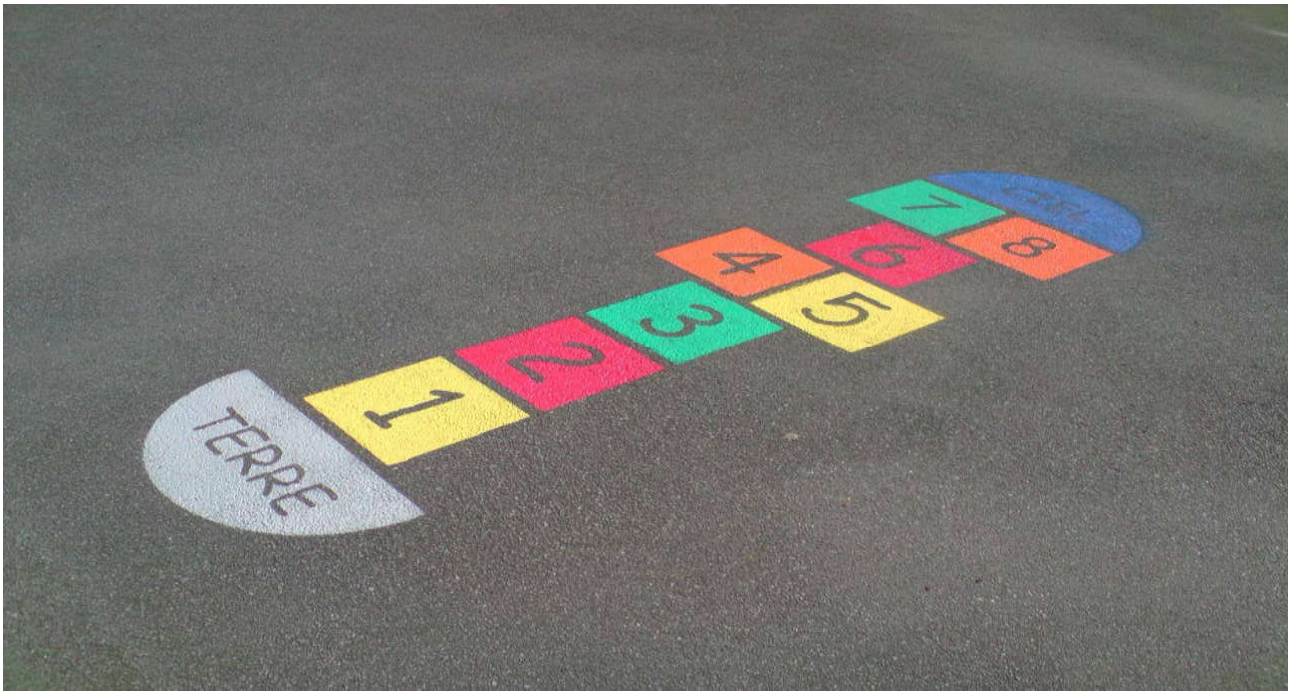
الحيوانات تطير:

خفاش، حمامة، نسر،
ببغاء، بطة، بومة،
غراب، عصفور، نقار
الخشب، هدهد، ذباب،
فراشة، نحلة، الجراد،
الصرصور، دعسوقة
الخ.....

حيوانات لا تطير:

نعامة، بطريق، أسد،
جمل، الديك الرومي،
دب، دجاج، دلفين،
سلحفاة، ذئب، الحصان،
نمل، العقرب، الدود
الخ.....

لعبة القفز بين المربعات (La marelle)



نص لعبة الكلمات والأفعال والصفات

البطلة لالة فاطمة نسومر

جلس الطمّل سعيد أمام بيته سعيد الزحيم الذي كان يحمل كيسا فقال له : " يا هذا الكيس يا سعيد ؟ " فاجابه " إنه كيس يمتلئ من البطايا ، وشأخكي لك بشئ من بطلات بلادنا . إنها البطلة لالة فاطمة نسومر " .

قال سعيد : " هذا جميل ، أريد أن أعرف عنها كل شيء " .
قال الجند : " اسمع الآن يا بني " .

كانت طفلة صغيرة اسمها فاطمة . تشكّن الجبال العالية ، وتلعب بالقلج وكانت تحضر عطرها من شدى الأزهار ، وتكسب الماء الصافي من المرتفعات العالية .

ولدت لالة فاطمة نسومر سنة 1830 في قرية وزجة ، بلدية أبي يوسف دائرة الحزام ولاية تيزي وزو . كانت جميلة كاللؤلؤ الزريع ، حرة كفراش الحدائق . وجدت أخضا والديها الشيخ محمد بن عيسى شيخ الزاوية ، والديها لالة خديجة التي تسمى باسمها اليوم قرية حرجرة ، فتزنت في صلال العلم والدين وامتلا قلبها بالإيمان وحب الوطن .

كانت فاطمة تقرأ القرآن وتلقي الأذان وتحب الخير والإحسان وتكره الظلم والطغيان .



احلقت فرنسا وطمعها الغريز ، وكلت كانت الظروف صعبة . فالشعب فقير والأمراض منتشرة والجهل خفي ، والأطفال محرومون من الدراسة . ولكن فاطمة كانت شجيرة وشجيرة منها الإنسان يتخلص شغبها من عيابه القاسية . وهاهي ذي ترفع راية المقاومة وتلتحق بالجهاد الذي كان تقومها بتفعل في نواحي التسونام .

50

الجزيرة

بدأت المعارك وكانت فاطمة تتقدم الصفوف بشجاعة . وأصبحت قائدة للمقاومة الشعبية في حرجرة . قاومت بجيشها جيوش المحتل وانتصرت عليها عدة مرات .

كانت لالة فاطمة في المعارك صارمة ، ثقيل ولا تدبر وتلدح الهزيمة بلو الهزيمة بالمتحليين .

إنها امرأة من الجزائر تصارع جيش فرنسا . لالة فاطمة نسومر غرّس الجبال ، بتك الجزائري دعت في كل قرية للتسلم أحرارا وللاسلام انصارا .

داود خدوسي
بمصر

كلمات لعبة القراءة السريعة:

أسد، ازرق، بطاطة، مطر، ازرق، سيارة،
طائرة، باخرة، اخضر، تفاحة، دراجة،
احمر، مدرسة، زهرة، حمامة، دب، بني،
علم، برتقالة، برتقالي، كرسي، مسجد،
فاصوليا، دجاجة، اسود، قميص، وردي،
وردة، اخضر، كرة، سلحفاة..... الخ

ملحق رقم (05)

استبيان كونر-الصورة الأسرية -

إعداد: Conner (1969)

ترجمة الباحث

ملحق رقم (05): استبيان كونر-الصورة الأسرية -

استبيان كونر (1969) الصورة الأسرية

اسم ولقب الطفل:

تاريخ ميلاد الطفل:

المدرسة:

تاريخ الفحص:

بناء على ملاحظتكم اليومية لسلوك الطفل، يطلب منكم وضع علامة (X) أمام كل فقرة من فقرات المقياس وفق أربعة بدائل: نادرا، قليلا، غالبا، دائما.

رقم	العبارات	نادرا	قليلا	متوسطا	كثيرا
01	يلمس أو يقضم أشياء حوله (أضفر، أصابع، شعر، ملابس)				
02	وقح مع الكبار				
03	لديه صعوبة على إقامة صداقات والمحافظة عليها				
04	منذفع وسريع الإثارة				
05	يريد السيطرة على كل شيء				
06	يمص أو يمضغ الإبهام، الملابس أو البطانية				
07	يبكي بسهولة أو في الكثير من الأحيان				
08	يتخذ موقف دفاعي (يشعر بان الغير يهاجمه)				
09	يعاني من شرود وأحلام اليقظة				
10	لديه صعوبات في التعلم				
11	يعاني من صعوبة على البقاء جالسا (يلتوي أثناء الجلوس)				
12	يعاني من مخاوف (الوضعيات والأماكن الجديدة، الأشخاص الجدد، من الذهاب إلى المدرسة)				
13	إفراط حركي مستمر وحاجة ملحة للقيام بسلوكات أي كانت طوال الوقت.				
14	يتلف الأشياء (مدمر)				

رقم	العبارات	نادرا	قليل	متوسطا	كثيرا
15	يروي قصص غير حقيقية أو كاذبة				
16	خجول				
17	يجذب الكثير من المشاكل مقارنة بأقرانه من الأطفال في نفس السن				
18	يتكلم بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين من نفس العمر (يتكلم كالرضع، تأتأة بحيث من الصعب فهمه)				
19	ينكر أخطائه ويلقي اللوم على الآخرين				
20	كثير الخصام				
21	شخص بيرطم (أي يقلب شفتيه غيظا أو غضبا)				
22	يستولي على أشياء وحاجيات الآخرين				
23	غير مطيع				
24	مقارنة بغيره من الأطفال يعاني من خوف وحساسية زائدة من المرض، الموت، الوحدة				
25	يفشل في إنهاء المهام التي يبدأها				
26	يضجر بسهولة				
27	يهدد أو يخيف أصدقائه				
28	اندفاعي وغير قادر على إيقاف حركاته خلال النشاط المتكرر				
29	قاسي وعنيف				
30	سلوكه صبياني أو غير ناضج (يطلب المساعدة في الأشياء التي يستطيع القيام بها لوحده، لاصق)				
31	تشنت في الانتباه والتركيز				
32	صداع في الرأس				
33	سرعان ما ينقلب مزاجه				
34	غير مطيع أو يكره تقييده بالنظم أو القواعد				
35	يتشاجر باستمرار				
36	دائم الاختلاف مع إخوته وأخواته				
37	يتعرض بسرعة للإحباط في الجهود التي يقوم بها				
38	يزعج غيره من الأطفال				
39	نجده في غالب الأحيان تعيس				
40	يعاني من اضطرابات في سلوك الأكل (فقدان الشهية، يقف من مكانه بعد كل لقمة)				

رقم	العبارات	نادرا	قليلًا	متوسطا	كثيرا
41	ألام في المعدة				
42	يعاني من اضطرابات في النوم (ارق، يستيقظ في وقت مبكر جدا أو في الليل)				
43	شكاوي وألام جسدية أخرى				
44	قيء، غثيان				
45	يشعر بأنه مظلوم في الأسرة				
46	متفاخر، ويثرثر				
47	شخص يتلاعب به الغير بسهولة				
48	يعاني من صعوبات في الإفراغ المعوي (إمساك، إسهال)				

ملحق رقم (06)

استبيان كونر-الصورة المدرسية -

إعداد: Conner (1969)

ترجمة الباحث

ملحق رقم (06): استبيان كونر-الصورة المدرسية -

استبيان كونر (1969) الصورة المدرسية

اسم ولقب الطفل:

المستوى الدراسي:

المدرسة:

تاريخ الفحص:

عزيزي المعلم(ة) بناء على ملاحظتكم اليومية لسلوك الطفل، يطلب منكم وضع علامة (X) أمام كل فقرة من فقرات المقياس وفق أربعة بدائل: نادرا، قليلا، غالبا، دائما.

رقم	العبارات	نادرا	قليلا	متوسطا	كثيرا
01	عدم الراحة، يلتوي أثناء الجلوس على الكرسي				
02	يحدث ضجيج في وضعيات تستلزم الهدوء				
03	غير صبور، ويجب أن تؤدي مطالبه في الحال				
04	شخص يتصنع المكر				
05	نوبات غضب و سلوكيات لا يمكن توقعها				
06	حساس جدا للنقد				
07	انتباه متشتت				
08	يشوش ويزعج غيره من الأطفال				
09	يعاني من شرود وأحلام اليقظة				
10	شخص يبرطم (أي يقلب شفتيه غيظا أو غضبا)				
11	متقلب المزاج وبشكل واضح				
12	محب للعراك				
13	يتخذ موقف خضوعي تجاه السلطة				
14	هائج، ينتقل من شيء إلى آخر أو من نشاط إلى آخر بشكل غير هادف				

رقم	العبارات	نادرا	قليل	متوسطا	كثيرا
15	اندفاعي ومتحمس بشدة				
16	يتطلب اهتمام كبير من طرف المعلم				
17	ضعف في التواصل الاجتماعي: يبدو وكأنه غير مقبول من طرف الجماعة				
18	من السهل قيادته من قبل غيره من الأطفال				
19	لاعب سيء ولا يتمتع باللعب				
20	يبدو غير قادر على قيادة الآخرين				
21	يفشل في إنهاء المهام التي يبدأها				
22	سلوكه صبياني وغير ناضج				
23	ينكر أخطائه ويلقي اللوم على الآخرين				
24	لديه صعوبات في التوافق مع غيره من الأطفال				
25	غير متعاون مع أصدقائه				
26	يغضب بسرعة أثناء أدائه لجهد ما				
27	غير متعاون مع زملائه في القسم				
28	صعوبة في التعلم				

ملحق رقم (07)

استمارة استطلاع آراء المحكمين حول ترجمة اللغوية لإستبيان كونر-الصورة الأسرية والمدرسية)

ملحق رقم (07): استمارة استطلاع آراء المحكمين حول ترجمة اللغوية لإستبيان كونر

جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

استمارة تحكيم الخبراء

إلى السيد(ة) الأستاذ الدكتور/ المختص(ة):

التخصص: مكان العمل:

تحية طيبة وبعد.....

في إطار التحضير لأطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الصحة والموسومة ب: فاعلية العلاج باللعب في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

يسر الباحث أن تكون أحد أعضاء لجنة التحكيم لإبداء رأيك في كل فقرات المقياس المترجم (استبيان كونر، 1969) من صورته الأصلية الفرنسية إلى العربية من حيث صلاحيتها أو عدم صلاحيتها وتطابقها لمعنى ما يقبلها في النسخة الأصلية باللغة الفرنسية ذلك بإعطاء تقدير نسبي يمتد من 0 % إلى 100% ولذا الرجاء منكم إعطاء ملاحظتكم فيما يخص:

- ملائمة الأداة لما ترجو قياسه.

- مدى تقديم الأداة، وتصحيح السلامة اللغوية.

شكرا على تعاونكم.

إشراف: أ.د. خرياش هدى

الباحث: تزكرات عبد الناصر

استبيان كونر (1969) الصورة الأسرية (نسخة 48 بند)

رقم العبارة	العبارة الأصلية	عبارات المقياس مترجمة	النسب المئوية					ملاحظات حول البنية اللغوية واقتراحات
			0 %	25 %	50 %	75 %	100 %	
1	Tripote ou ronge certaines choses (ongles, doigts, cheveux, vêtements)	يلمس أو يقضم أشياء حوله (أصفر، أصابع، شعر، ملابس)						
2	Insolent avec les grandes personnes.	وقح مع الكبار						
3	A du mal à se faire des amis et à les garder.	لديه صعوبة على إقامة صداقات والمحافظة عليها						
4	Excitable, impulsif.	مندفع وسريع الإثارة						
5	Veut-tout commander.	يريد السيطرة على كل شيء						
6	Suce ou mâchonne (pouce, vêtements, couvertures)	يمص أو يمضغ الإبهام، الملابس أو البطانية						
7	Pleure facilement ou souvent.	يبكي بسهولة أو في الكثير من الأحيان						
8	Se sent attaqué est sur la défensive.	يتخذ موقف دفاعي (يشعر بان الغير يهاجمه)						
9	Rêvasse	يعاني من شرود وأحلام اليقظة						
10	A des difficultés d'apprentissages	لديه صعوبات في التعلم						
11	Se « tortille », ne tient pas en place.	يعاني من صعوبة على البقاء جالسا (يلتوي أثناء الجلوس)						

						يعاني من مخاوف (الوضيعات والأماكن الجديدة، الأشخاص الجدد، الذهاب إلى المدرسة)	A peur (de nouvelles situations, endroits, et personnes nouvelles, d'aller à l'école).	12
						إفراط حركي مستمر وحاجة ملحة للقيام بسلوكات أي كانت طوال الوقت.	Agité, a toujours besoin de faire quelque chose.	13
						يتلف الأشياء (مدمر)	Destructeur.	14
						يروى قصص غير حقيقية أو كاذبة	Ment ou raconte des histoires qui ne sont pas vraies.	15
						خجول	Timide.	16
						يجذب الكثير من المشاكل مقارنة بأقرانه من الأطفال في نفس السن	S'attire plus d'ennuis (se fait plus attraper) que les autres enfants de son âge.	17
						يتكلم بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين من نفس العمر (كلام طفيلي، تأتأة ومن الصعب فهمه)	Ne parle pas comme les autres enfants de son âge (parle comme un bébé, bégaye, est difficile à comprendre)	18
						ينكر أخطائه ويلقي اللوم على الآخرين	Nie ses erreurs ou accuse les autres.	19
						كثير الخصام	Querelleur.	20
						شخص يبرطم (أي يقلب شفتيه غيظا أو غضبا)	Fait la moue et boude.	21
						يستولي على أشياء وحاجيات الآخرين	Prend des choses qui ne lui appartiennent pas.	22
						غير مطيع	Est désobéissant.	23

						مقارنة بغيره من الأطفال يعاني من خوف وحساسية مرتفعة من المرض، الموت، الوحدة	S'inquiète plus que les autres (de la maladie, de la mort, la solitude).	24
						يفشل في إنهاء المهام التي يبدأها	Ne termine pas ce qu'il (elle) a commencé.	25
						يضاجر بسهولة	Se sent facilement froissé.	26
						يهدد أو يخيف أصدقائه	Brutalise ou intimide ses camarades.	27
						اندفاعي وغير قادر على إيقاف حركاته خلال النشاط المتكرر	Ne peut pas s'arrêter lors d'une activité répétitive.	28
						قاسي وعنيف	Cruel.	29
						سلوكه صبياني أو غير ناضج (يطلب المساعدة في الأشياء التي يستطيع القيام بها لوحده، لاصق)	Comportement « bébé » ou immature (demande qu'on l'aide pour quelque chose qu'il peut faire tout seul, est « collant » a constamment besoin d'être rassuré).	30
						تششت في الانتباه والتركيز	Problème de fixation de l'attention ou distractibilité.	31
						صداع (ألام في الرأس)	Maux de tête.	32
						سرعان ما ينقلب مزاجه	Changements d'humeur rapide.	33
						غير مطيع أو يكره تقييده بالنظم أو القواعد	N'obéit pas ou n'aime pas obéir aux règles ou interdits.	34
						يتشاجر باستمرار	Se bagarre constamment	35

						لديه علاقات سيئة مع إخوته وأخواته	Ne s'entend pas avec ses frère et sœurs.	36
						يتعرض بسرعة للإحباط في الجهود التي يقوم بها	Se décourage facilement lorsqu'un effort est nécessaire.	37
						يزعج غيره من الأطفال	Dérange les autres enfants	38
						نحده في غالب الأحيان تعيش	Enfants foncièrement malheureux.	39
						يعاني من اضطرابات في سلوك الأكل (فقدان الشهية، يقف من مكانه بعد كل لقمة)	Problèmes d'alimentation (mauvaise appétit, se lève après chaque bouchée)	40
						ألام في المعدة	Maux d'estomac.	41
						يعاني من اضطرابات في النوم (ارق، يستيقظ في وقت مبكر جدا أو في الليل)	Problèmes de sommeil (ne peut s'endormir, se réveille trop tôt, se réveille pendant la nuit)	42
						شكاوي وألام جسدية أخرى	Autres plaintes physiques et douleurs.	43
						قيء، غثيان	Vomissements, nausées.	44
						يشعر بأنه مظلوم في الأسرة	Se sent « lésé » à la maison.	45
						متفاخر، ويثرثر	Se vante, fanfaronne.	46
						شخص يتلاعب به الغير بسهولة	Se laisse écraser, manipuler par les autres.	47
						يعاني من صعوبات في الإخراج المعوي (إمساك، إسهال)	Problèmes d'évacuation intestinale (selles molles, va à la selle irrégulièrement, constipation)	48

استبيان كونر (1969) الصورة المدرسية (نسخة 28 بند)

رقم العبارة	العبارة الأصلية	عبارات المقياس مترجمة	النسب المئوية					ملاحظات حول البنية اللغوية واقتراحات
			0 %	25 %	50 %	75 %	100 %	
1	Agité, se « tortille » sur la chaise.	عدم الراحة، يلتوي أثناء الجلوس على الكرسي						
2	Fait des bruits incongrus quand il ne faut pas.	يحدث ضجيج في وضعيات تستلزم الهدوء						
3	On doit répondre immédiatement à sa demande.	غير صبور، ويجب أن تؤدي مطالبه في الحال						
4	Fait le malin.	شخص يتصنع المكر						
5	Crises de colère et conduites imprévisibles.	نوبات غضب وسلوكيات لا يمكن توقعها						
6	Trop sensible à la critique.	حساس جدا للنقد						
7	Distract ou attention fluctuante.	انتباه متشتت						
8	Perturbe les autres enfants.	يشوش ويزعج غيره من الأطفال						
9	Rêveur.	يعاني من شروء وأحلام اليقظة						
10	Fait la moue et boude.	شخص يبرطم (أي يقلب شفثيه غيظا أو غضبا)						
11	Humeur changement rapidement et de façon marquée.	متقلب المزاج وبشكل واضح						
12	Bagarreur.	محب للعراك						

					يتخذ موقف خضوعي تجاه السلطة	Attitude soumise face à l'autorité.	13
					هائج، ينتقل من شيء إلى آخر أو من نشاط إلى آخر بشكل غير هادف	Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche.	14
					اندفاعي ومتحمس بشدة	S'excite facilement, impulsif.	15
					يتطلب اهتمام كبير من طرف المعلم	Demande une attention excessive de l'enseignant.	16
					ضعف في التواصل الاجتماعي: يبدو وكأنه غير مقبول من طرف الجماعة	Semble mal accepté par le groupe.	17
					من السهل قيادته من قبل غيره من الأطفال	Se laisse mener par les autres enfants.	18
					لاعب سيء ولا يتمتع باللعب	Est mauvais joueur.	19
					يبدو غير قادر على قيادة الآخرين	Semble manquer de capacité à entraîner ou mener les autres.	20
					يفشل في إنهاء المهام التي يبدأها	Difficultés à terminer ce qu'il commence.	21
					سلوكه صبياني وغير ناضج	Puéril et immature.	22
					ينكر أخطائه ويلقي اللوم على الآخرين	Nie ses erreurs et accuse les autres.	23
					لديه صعوبات في التوافق مع غيره من الأطفال	A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants.	24
					غير متعاون مع أصدقائه	Peu coopérant avec ses camarades.	25
					يغضب بسرعة أثناء أدائه لجهد ما	S'énervé facilement quand il doit faire un effort.	26
					غير متعاون مع زملائه في القسم	Peu coopérant avec ses camarades de classes.	27

						صعوبة في التعلم	Difficulté d'apprentissage.	28
--	--	--	--	--	--	-----------------	-----------------------------	----

ملحق رقم (08)

جدول درجة السلم على اختبار الذكاء NNAT

ملحق رقم (09)

جدول درجة الذكاء على اختبار الذكاء NNAT

إعداد: Naglieri (1985)

ملحق رقم (10)

بطاقات اختبار ستروب Test de Stroop

إعداد: Jean-Michel Albaret & Laetitia Migliore (1999)

ترجمة الباحث

ملحق رقم (11)

دفتر تنقيط اختبار ستروب TEST DE STROOP

إعداد: Jean-Michel Albaret & Laetitia Migliore (1999)

ترجمة الباحث

ملحق رقم (12)

الجداول المعيارية لاختبار Stroop

إعداد: Jean-Michel Albaret & Laetitia Migliore (1999)

ملحق رقم (13)

اختبار تزواج الأرقام

إعداد: إبراهيم السيد الساموندي (1990)

ملحق رقم (13): اختبار تزواج الأرقام

تعليمات التطبيق:

ستسمع الآن على شريط كاسيت مجموعة من الأرقام المزدوجة بين الرقم الأول والثاني ثانية واحدة. سأطلب منك التركيز معي على الأرقام التي تسمعها وترفع إصبعك عندما تسمع الأرقام المزدوجة التالية:
(5-5)، (7-3)، (1-0).

يعني لو سمعت الرقم (5) وسمعت بعده مباشرة الرقم (5) مرة ثانية ارفع إصبعك وأيضا لو سمعت الرقم (3) وسمعت بعده مباشرة الرقم (7) ارفع إصبعك، وكذلك لو سمعت الرقم (0) وسمعت مباشرة الرقم (1) ارفع إصبعك أيضا. الآن ركز على الأرقام المسجلة على الشريط.

2-5	5-5	1-0	0-1	2-0	6-5	3-1
3-1	3-7	7-1	7-3	5-5	7-3	6-3
2-1	0-1	5-0	7-1	0-5	3-5	0-1
1-7	5-5	7-5	5-4	4-5	0-0	1-0
0-0	0-5	7-3	3-7	7-3	4-3	2-3
3-5	9-5	0-5	2-5	0-1	1-0	7-0
0-3	8-3	3-7	1-3	7-3	3-7	5-5
4-5	1-0	4-0	1-0	1-0	0-1	2-0
0-0	1-1	0-1	0-5	9-0	5-5	1-5
7-3	6-2	2-7	3-7	7-0	1-0	1-0

20 دقيقة	15 دقيقة	12 دقيقة	9 دقائق	6 دقائق	3 دقائق	زمن المحاولة
						عدد الأخطاء
						المثيرات المتروكة

5-5	1-5	0-0	0-5	3-7	9-7	7-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

3-7	7-3	0-3	1-3	0-5	0-5	3-5
5-5	0-3	6-3	4-3	1-3	7-3	3-7
1-0	0-0	0-0	2-5	7-5	5-5	0-5
1-0	5-5	0-0	0-5	1-5	6-5	4-0
3-2	7-3	5-3	2-3	1-1	0-1	0-0
0-1	0-0	1-1	1-0	5-5	3-0	7-7
1-1	0-0	7-3	3-2	7-7	3-3	7-0
7-5	8-5	2-5	7-5	5-5	1-0	0-1
5-3	8-3	7-2	3-7	1-0	5-0	0-5
4-5	3-5	0-0	1-0	2-1	1-1	0-1
2-3	3-7	7-3	4-3	7-3	5-5	7-5
0-1	0-0	0-1	1-0	7-0	0-0	0-5
2-3	3-7	7-0	1-0	1-0	0-0	0-1
0-5	3-7	9-7	7-3	7-3	6-3	7-7
4-7	7-7	7-5	1-1	1-0	0-0	0-0
0-0	0-3	1-3	7-3	7-3	3-7	6-7
9-0	7-5	5-5	5-0	0-5	1-0	0-1
7-3	7-3	0-1	1-0	5-0	5-1	1-5

20 دقيقة	15 دقيقة	12 دقيقة	9 دقائق	6 دقائق	3 دقائق	زمن المحاولة
						عدد الأخطاء
						المنثرات المتروكة

ملحق رقم (14)

بطاقات اختبار تطابق الصور Test d'appariement d'images

إعداد: Jérôme Marquet-Doléac et all (1999)

ملحق رقم (15)

بطاقة تنقيط اختبار Test d'appariement d'images

إعداد: Jérôme Marquet-Doléac et all (1999)

ملحق رقم (16)

الجدول المعيارية للاختبار Test d'appariement d'images

إعداد: Jérôme Marquet-Doléac et all (1999)

ملحق رقم (17)

نسخة لتسريح إجراء تربص ميداني

الملحق رقم (17): نسخة لتسريح إجراء تربص ميداني

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

مديرية الصحة و السكان لولاية سطيف
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سطيف
المديرية الفرعية للموارد البشرية
الرقم 39/م.ع.ص.ج.س/م.ف.م.ب/2016

إن مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسطيف،

- بمقتضى الأمر رقم : 06-03 المؤرخ في : 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية
- بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم: 07 - 140 المؤرخ في: 19 ماي 2007 و المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.
- بناء على: المراسلة الواردة إلينا من جامعة سطيف كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس و علوم التربية و الأورطوفونيا المتعلقة بطلب ترخيص إجراء تربص ميداني .
- بناء على: موافقة إدارة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سطيف.

بـقـرـر

المادة الأولى: توجه السيد(ة): عبد الناصر تزكرات بصفته: طالبة بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية والأورطوفونيا نحو وحدة الكشف و المتابعة المركزية لإجراء تربص ميداني

لمدة 01 سنة ابتداء من:
16 FEB 2016

المادة الثانية: يكلف السادة الطبيب المنسق و المراقب الطبي، و المعني بالأمر بتنفيذ هذا المقرر .

سطيف في:**15.FEV.2016**....

المدير

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - سطيف
نائب مدير مكتب الموارد البشرية
جسابونسي فيصل



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Wilaya de Sétif

Etablissement public de santé de proximité de Sétif

S.E.M.E.P

SANTÉ SCOLAIRE

UDS CENTRALE

N° : 159/088/2007

Attestation de stage

Je soussignée, psychologue coordinatrice de la santé scolaire, déclare que l'étudiant « en phase doctoral », **Mr TEZKRATT ABDENACER** a assuré un stage pratique à temps partiel au niveau de l'UDS centrale d'une durée d'une (01) année, depuis le 16/Février 2016.

Sétif le : 19/03/2017

Chef de service



Psychologue coordinatrice



ملخص الدراسة:

تمحور هدف هذه الدراسة حول التحقق من فاعلية العلاج باللعب في خفض أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال المتمردين. للإجابة عن أسئلة الدراسة اعتمدنا عينة تتكون من (20) طفل من كلا الجنسين، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (8-10) سنوات بنسبة ذكاء من (90-110) حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين متجانستين إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة. واستخدمت الدراسة الأدوات التالية:

1- استمارة كونر-الصورة الأسرية والمدرسية (إعداد كونر-1969-وتكيف الباحث)

2- اختبار الذكاء الغير لفظي (Test d'intelligence non verbale de Naglieri-NNAT, 1985)

3- اختبار ستروب (Test de Stroop, John Ridley Stroop, 1935)

4- اختبار تزاوج الأرقام لإبراهيم السيد السمدوني (1990).

5- اختبار تطابق الصور (Test appariement images, Jérôme Marquet-Doléac et al, 1999)

وفي ضوء النتائج المتحصل عليها أوضحت الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في تحقيق الهدف المصمم من أجله وهو خفض الاندفاعية المعرفية وتنمية العمليات الإنتباهية المختلفة من انتقاء، تتبع، مرونة وسعة لدى أطفال متمردين من ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.

Abstract:

The aim of this study was to elaborate the effect of a play therapy program on reducing the symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) with primary school children. In order to validate the effect of the therapeutic program, an experimental research plan was used. The sample of study was composed of 20 subjects (boys and girls) affected by this disease, aged between 8 and 10 years with an intellectual quotient from 90 to 110, divided into two equal and homogeneous groups (experimental group/the control group).

The study has used the following tools:

- 1- Questionnaire of Conner (1969) Parents and teachers versions.
- 2- Non-Verbal intelligence test of Naglieri-NNAT (1985).
- 3- Stroop Test by John Ridley Stroop (1935).
- 4- Numbers Matching Test by d'Ibrahim Saed assamoundi (1990).
- 5- Image Matching test by Jérôme Marquet-Doléac et al (1999).

The results of the study indicate that the therapy program proposed seems particularly effective as an early intervention on primary school children who affected by ADHD. Also the proposed program has achieved the goals that were designed for, that are reduction of cognitive impulsivity and improvement in concentration skill and period: selective attention, alternating and sustained attention.

Résumé de l'étude :

L'étude a pour but d'élaborer l'effet d'un programme de thérapie à base de jeux (play-therapy) qui vise à réduire les symptômes du trouble déficitaire d'attention et d'hyperactivité-TDAH-chez des enfants scolarisés du cycle primaire.

Afin de valider l'effet du programme thérapeutique, on a utilisé un plan de recherche expérimental, dont le groupe expérimental et le groupe contrôle sont divisés en parties égales et homogènes à partir d'une population de (20) sujets (garçons et filles) scolarisés ayant le TDAH. D'une tranche d'âge entre (8-10) ans avec un quotient intellectuel de (90-110).

L'étude a utilisé les outils suivants :

- 1- Questionnaire de Conner (1969) versions- parents et enseignants-.
- 2- Test d'intelligence non verbale de Naglieri- NNAT (1985).
- 3- Test de Stroop de John Ridley Stroop (1935).
- 4- Test d'appariement de chiffres d'Ibrahim Saed Assamoundi (1990).
- 5- Test d'appariement d'images de Jérôme Marquet-Doléac et al (1999).

Les résultats de l'étude indiquent que le programme de thérapie par le jeu semble particulièrement efficace comme intervention précoce chez les enfants qui souffrent du TDAH. Ainsi le programme a atteint les objectifs qui ont été conçus pour, à savoir : apaisement de l'impulsivité et amélioration des processus d'attention sélective, divisée et soutenue.