

**فعالية برنامج علاجي سلوكي لخفض اضطراب
فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه
لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي**

مقدم من الباحثة

د. داليا شحاته محمد عليه

ملخص البحث

هدف البحث: الكشف عن فعالية برنامج علاجي سلوكي لخفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى من (-7-12) سنة، وفهم ظاهرة فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى و تبصير الآباء و المعلمين بأهمية العلاج السلوكى للأطفال ذوى الشلل الدماغى الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه ووتكونت عينة البحث فى 20 طفلا: من ذوى الشلل الدماغى المصابون باضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه الاطفال المترددين على مركز علاج وتأهيل الاطفال ذوى الاحتياجات الخاصة سلوكياً ونفسياً التابع للتأمين الصحى بكفر الشيخ، وتمثلت أدوات البحث فى البرنامج العلاجي السلوكي لخفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى: إعداد الباحث، اختبار نقص الانتباه / مفرط الحركة تعريب عبد الرقيب أحمد البحيري(2014)، استمارة متابعة سلوك الأطفال من قبل الآباء والامهات، استمارة الطفل لمتابعة السلوك اليومي، الاعتماد على المنهج شبه التجريبي الذى يقوم الاختبار القبلي، والاختبار البعدي، وإجراءات تتبعه، مع مجموعة واحدة تجريبية تم تطبيق المعالجة عليها من خلال البرنامج العلاجي وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة احصائية فى خفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه بعد تطبيق البرنامج العلاجي لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى لصالح المجموعة التجريبية بالاضافة الى وجود فروق ذات دلالة احصائية فى خفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه بعد تطبيق البرنامج العلاجي لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى لصالح القياس البعدي والتبعي.

الكلمات المفتاحية: علاجي سلوكي - اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه - الأطفال ذوى الشلل الدماغى.

Research Summary

Research title: Effectiveness of a behavioral therapy program to reduce attention deficit hyperactivity disorder in children with cerebral palsy, research objective: Detecting the effectiveness of a behavioral treatment program to reduce attention deficit hyperactivity disorder and movement disorder in children with cerebral palsy (7-12) years old, and understanding the phenomenon of hyperactivity and movement accompanied by distracted attention in children with cerebral palsy and enlightening parents and teachers of the importance of behavioral therapy for children with Cerebral palsy with ADHD .-: The research sample consisted of (20) children with cerebral palsy who suffer from hyperactivity and movement disorder accompanied by distracted attention. Children who hesitated to the treatment and rehabilitation center for children with behavioral and psychological needs of the health insurance in Kafr El Sheikh

The research tools were represented in the behavioral treatment program to reduce attention deficit hyperactivity and movement disorder in children with cerebral palsy: the researcher's preparation, the Attention Deficit Hyperactivity Scale: Attention Deficit / Hyperactivity Test, Arabization of Abdul Raqeeb Ahmad Al-Beheiri (2014), form for the follow-up of children's behavior by parents, a form for the child to follow up on daily behavior, relying on the experimental method that performs pre-testing, post-testing, and follow-up procedures, with one experimental group on which the treatment was applied through the treatment program. The results of the search reached to: There are statistically significant differences in the reduction of hyperactivity disorder and movement accompanied by distraction of attention after applying the treatment program in children with cerebral palsy in favor of the experimental group.

- There are statistically significant differences in the reduction of hyperactivity and movement disorder accompanied by distraction of attention after applying the treatment program in children with cerebral palsy in favor of the post and tracer measurement

Key words: behavioral therapy - attention deficit hyperactivity disorder- children with cerebral palsy

مقدمة:

تعتبر اضطرابات فرط النشاط والحركة المصحوبة بتشتت الانتباه من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال، وهي تتواجد في جميع المجتمعات تقريباً، ويعد اضطراب النشاط الزائد أحد الاضطرابات السلوكية الهامة التي يعاني منها الأطفال، والتي يترتب عليها الكثير من الصعوبات التي تواجه هؤلاء الأطفال، حيث يعانون من صعوبة في الانتباه وضبط مستوى النشاط والتحكم في الاندفاعية مما يؤدي إلى نقص في المهارات الأكاديمية التي تحتاج إلى تركيز الانتباه مثل: القراءة والكتابة، والحساب وكل ذلك يسبب الكثير من المشكلات لدى أسر هؤلاء الأطفال.

ويعتبر العلاج السلوكي اتجاهاً حديثاً نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ويعتمد الي التعامل مع الاضطرابات المختلفة من المنظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، كما يعتمد على إقامة علاقة تعاونية بين المعالج والفرد، تتحدد في ضوئها المسؤولية الفردية للمريض عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعانيها الفرد، وبنفس المنطق يتحمل الفرد مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح وتعديل السلوكيات الخاطئة واستبدالها بسلوكيات صحيحة ومقبولة (عادل عبدالله محمد، 68، 2000).

مشكلة الدراسة:

- يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في الأسئلة التساؤلات الآتية:
1. ما فعالية برنامج علاجي سلوكي لخفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى اضطراب الشلل الدماغى؟
 2. ما إمكانية استمرار برنامج علاجي سلوكي لخفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى اضطراب الشلل الدماغى؟

أهداف الدراسة:

1. الكشف عن فعالية برنامج علاجي سلوكي لخفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى.
2. الكشف عن استمرارية فعالية البرنامج العلاجي السلوكي بعد التطبيق بشهرين في خفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى.

أهمية الدراسة:

1. تأتي أهمية هذه الدراسة فى محاولتها معرفة مدى فاعلية فاعلية العلاج السلوكي في معالجته فرط الحركة المصحوب بقصور الانتباه لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغى.
2. تحاول هذه الدراسة تقديم برنامج علاجي سلوكي لخفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى من خلال استخدام الاساليب والفنيات المختلفة.

فروض الدراسة:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى في اتجاه المجموعة التجريبية.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى في اتجاه القياس البعدي.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي على مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى.

حدود الدراسة:

- الحدود الموضوعية: الأطفال المصابون بالشلل الدماغى ذوى اضطراب فرط الحركة المصحوب بقصور الانتباه.
- الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة على الاطفال المترددين على مركز علاج وتأهيل الاطفال سلوكياً ونفسياً التابع للتأمين الصحى بكفر الشيخ
- الحدود الزمانية: فى الفترة من 2020/8/15 الى 2020/10/15م

التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

1. العلاج السلوكي: Behavioral Therapy

مجموعة من الخطوات العلمية توصف بأنها مخططة ومتنوعة ومنظمة متكاملة وذات مغزى سيكولوجي معين التي تستخدم أدوات وأساليب معينة مختارة بدقة في التنفيذ والتقويم وتسير وفق تسلسل منطقي بهدف إحداث تغير مقصود في سلوك المشاركين أثناء البرامج وبعد انتهاء سواء كان هذه التغيير راجعاً إلى التعلم أو التدريب والارشاد أو العلاج النفسي بصورة عامة وبالتالي تقديم خدمة علاجية (فتحي الزيات، 2004، 89)

2. الشلل الدماغى: Cerebral Palsy

يصف الشلل الدماغى مجموعة من الاضطرابات المستديمة في تطور حركة الجسم فالأطفال المشلولون دماغياً أطفالاً لديهم إعاقات أخرى تكون مصاحبة لشلل الدماغى وتؤثر على المظاهر النمائية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية للفرد ونرى أن هذه الإعاقة ثابتة لا تزداد سوءاً وذلك بسبب تقديم الخدمات الطبية المناسبة في الوقت المناسب وكذلك برامج التدخل والعلاج الطبيعي التي تساهم في تخفيف وتحسين الحالة وتنمية الوظائف الحركية للفرد، وهذه الإعاقة كما ذكر سابقاً تنتج نتيجة لتلف في الدماغ مراكز الحركة في الدماغ (Balaban, & Yazicioglu 2007. 139).

3. فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه Reduce attention deficit hyperactivity:

عرف (عبد الرقيب أحمد البحيري، 2014، 78-77) اضطراب الانتباه المصحوب بفرط الحركة بأنه يتكون من ثلاثة أنواع رئيسية (عدم الانتباه - فرط الحركة - الاندفاعية):

- النوع الأول هو عدم الانتباه ومن أعراضه عدم انتباه الطفل وعدم الاستماع وعدم التروي وفشل الطفل في إنهاء مهامه المطلوبة ولا يتبع الطفل التعليمات.
- النوع الثاني فرط الحركة ومن أعراضه غالباً ما يترك مقعده في الصف وغالباً ما يركض في المكان ويجد صعوبة في انتظار دوره ويجد صعوبة في القيام بنشاط هادئ.
- النوع الثالث الاندفاعية ومن أعراضها أن الطفل يجيب على الأسئلة قبل الانتهاء من السؤال وكثيراً ما يقاطع الآخرين.

الإطار النظري:

أولاً: الشلل الدماغي: (Cerebral palsy)

1. تعريف الشلل الدماغي:

تشير كلمة cerebral إلى المخ؛ وهو الجزء المصاب من الدماغ (على الرغم من أن الخلل الحادث في أغلب الأحيان يتعلق بالاتصالات بين قشرة المخ وأجزاء الدماغ الأخرى مثل المخيخ). أما كلمة palsy، فتشير إلى الاعتلال المرتبط بالحركة. وينشأ الشلل الدماغي نتيجة للتلف الذي يحدث لمراكز التحكم في الحركة داخل الدماغ الذي لا يزال في مرحلة النمو، ويمكن أن يحدث ذلك أثناء الحمل أو أثناء الولادة أو بعد الولادة وحتى العام الثالث من عمر الطفل تقريباً. Macgregor et al.2007.239

ويصف الشلل الدماغي مجموعة من الاضطرابات المستديمة في تطور حركة الجسم ووضعه مما يسبب عجزاً في النشاط يرجع إلى اضطرابات لا تتطور إلى الأسوأ تعرض لها دماغ الجنين قبل أن يخرج إلى الدنيا أو دماغ الطفل الصغير وهو في سنوات عمره الأولى. وعادةً ما يصاحب اضطرابات الحركة التي تحدث لمريض الشلل الدماغي اضطرابات في الإحساس والإدراك الحسي والإدراك المعرفي والتواصل والسلوك. كذلك، يصاحب هذه الاضطرابات مرض الصرع وبعض المشكلات العضلية الهيكلية الثانوية. (Farmer. 2007.253).

وهذا الخلل في الدماغ قد يحدث خلال فترة الحمل، خلال عملية الولادة أو خلال فترة ما بعد الولادة، حتى سن 5 سنوات. ولا يتغير خلل الدماغ، المسمى الشلل الدماغي

(Cerebral palsy)، مدى الحياة كلها، لكن تأثيراته الجسدية تتغير مع النمو. ويشكل الشلل الدماغي المسبب الأساسي لإعاقات الأطفال وتبلغ نسبة انتشاره نحو 1/400 (أي: واحدة من بين كل 400 ولادة لمولود حي). وهناك ثلاثة أنواع أساسية من الشلل الدماغي يجري تصنيفها، عادة، طبقاً لصورة الاضطراب في الحركة: الشنك فرط التوتر التشنجي (Spasticity)، الكنك حركات موجية مستمرة في الأطراف (Athetosis) والرَنك، فقد الانتظام (Ataxia). Hensey. 2006.126.

2. أعراض الشلل الدماغي:

عرض كل من (عبد الرؤوف إسماعيل محفوظ، 2011، 111-110)؛ (مريم ثابت عبدالملاك مرزوق، 2012، 79) العديد من أعراض الشلل الدماغي والتي تتمثل في مشاكل الحركة والاستجابة وردود الأفعال، من بين الأعراض الشائعة نذكر:

- تصلب العضلات مع الانعكاسات العادية.
 - تشنج العضلات مع الانعكاسات المبالغة والبطء وحركات التلوي.
 - إيجاد صعوبة في المشي. كل ذلك يوضع تحت الإطار النظري
 - نقص الاتزان اختلال التوازن ونقص تنسيق العضلات والارتعاش أو الرعاش بمعنى أدق.
 - تغيرات في الشدة العضلية: متصلبة أو مرنة للغاية وصعوبة في تناول الطعام المؤدي الى مشاكل البلع.
 - تفضيل أحد أعضاء الجسم، مثل تفضيل استخدام اليد أو الساق اليمنى على اليسرى.
 - اضطرابات النطق والكلام.
 - صعوبة في المهارات الحركية التي تتطلب الدقة، مثل تركيب الخيط في ثقب الإبرة.
- وتصاحب الإصابة بالشلل الدماغي مشاكل عصبية أخرى، نذكر منها:
- الإعاقات الذهنية واعتلال الصحة العقلية.

- مشكلة سلس البول، وخاصة عند التقدم في العمر
- صعوبة في التركيز والاستجابة المباشرة. (Van Zelst et al.، 2006، 341)

3. أسباب حدوث الشلل الدماغي:

ويمكن تقسيم هذه الاسباب إلى فئتين رئيسية وهي:

أ- أسباب ما قبل الولادة (الحمل) واثناء الولادة:

حيث أن تعرض الجنين لمشكلات خاصة بالنمو والتطور داخل الرحم (مثل تعرضه للإشعاع أو للعدوى) وتعرض الجنين لحالة الاختناق قبل الولادة وتعرض الدماغ لحالة نقص التأكسج وتعرض الوليد لحالة رضخ الولادة أثناء المخاض والولادة، وكذلك المضاعفات التي يمكن أن تصيب الطفل في فترة حوالي الولادة أو في فترة طفولته المبكرة وتكون الإصابة بالشلل الدماغي أكثر شيوعاً في حالة تعدد المواليد. Jenks، & van.2007.236

ب- أسباب بعد الولادة

تعرض الطفل لبعض الحوادث مثل تعرض الدماغ لنقص التأكسج (في حالة مرور الطفل بتجربة الغرق الوشيك) وإصابته بمرض التهاب الدماغ أو التهاب السحايا. ويمكن اعتبار أن الأسباب الثلاثة الأكثر شيوعاً لإصابة الطفل الصغير بالاختناق هي: اختناق الشرة بسبب دخول جسم غريب إلى مجرى التنفس، مثل الألعاب وأجزاء الطعام، وكذلك التسمم والتعرض للغرق الوشيك. Workinger، 2005.213

4. تصنيفات الشلل الدماغي:

يرى كل من Balaban (137-136:2007، et.al.) و (Jenks.et al.2007:246-) (247) أنه يمكن تقسيم الشلل الدماغي التشنجي وفقاً للمنطقة المصابة من الجسم إلى الأنواع التالية:

- الشلل الدماغي التشنجي: يعتبر الشلل الدماغي التشنجي أكثر أنواع الشلل الدماغي شيوعاً؛ فهو يصيب نسبة تتراوح ما بين 70% و80% من إجمالي الحالات المصابة بالشلل الدماغي. علاوةً على ذلك، تصاحب إصابة المريض بأحد أنواع الشلل الدماغي الأخرى إصابته أيضاً بالشلل الدماغي التشنجي؛ وذلك في نسبة 30% من إجمالي عدد الحالات. Touyama، &، Touyama، 2008.345

- الشلل الرباعي التشنجي: لا تكون الرغبة في المشي موجودة لدى المرضى المصابين بهذا النوع من أنواع الشلل الدماغي - في حالة كونهم قادرين على المشي بالفعل، وذلك لأن عضلاتهم تكون مشدودة للغاية ولأن المشي يستلزم منهم بذل مجهود ضخم. ويصيب ارتعاش الشلل الشقي بعض الأطفال المصابين بالشلل الرباعي التشنجي
 - الشلل الدماغي الكنعي أو الشلل الدماغي المتميز بعسر الحركة: حيث يواجه المصابون بالشلل الدماغي الكنعي صعوبة في الإبقاء على أجسادهم في وضع منتصب وثابت عند الجلوس أو المشي. أيضاً، وعادةً ما يقومون ببعض أنواع الحركة اللاإرادية. وتحدث الإصابة في نسبة تتراوح ما بين 10% إلى 20% من إجمالي الحالات المصابة.١.
 - الشلل الطرفي المزدوج: ويعتبر هذا النوع هو أكثر الأنماط التشنجية شيوعاً. ويكون معظم المصابين بالشلل الطرفي المزدوج قادرين تماماً على المشي والتنقل، وتعرف طريقتهم في المشي باسم مشية المقص. (713-712). (Arnould، 2008).
5. تشخيص الشلل الدماغي:

الشلل الدماغي ليس مرضاً بحد ذاته ولكن مجموعة من الأعراض المرضية لأسباب متعددة، وللحصول على التشخيص يجب وجود العناصر التالية:

- تلف مركزي للجهاز العصبي: السبب في حدوث الأعراض هي إصابة الجهاز العصبي المركزي (الدماغ والحزم العصبية) في مناطق مهمة، وهي قشر المخ (الدماغ)، العقد العصبية القاعدية Basal ganglion، المخيخ، Cerebellum Kirby، & Braun، 2011.256
- وقت حدوث الإصابة: الإصابات الدماغية التي تؤدي إلى حدوث الشلل الدماغي هي الإصابات التي تحدث قبل إكمال نمو وتطور الدماغ، وتلك المراحل الخطيرة في نمو الجهاز العصبي هي مراحل ما قبل الولادة، مرحلة الولاد Kim،2011.312
- مرحلة ما بعد الولادة (وخصوصاً في السنوات الأولى) غير متطور: الإصابة لا تزيد كما أن الأعراض لا تزداد سوءاً مع الوقت، فالإصابة تؤدي إلى عطب في الخلايا المخية

أو الحزم العصبية مما يؤدي إلى عدم القدرة على التحكم في مجموعة من العضلات، قد لا تظهر الأعراض في الأشهر الأولى من العمر، وعند ظهورها فيكون ذلك بشكل تدريجي، ولكن في الحقيقة ليس زيادة في درجة الإصابة ولكن توقيت ظهور تلك الأعراض، ولكن في حالة إهمال العناية بالطفل، فقد يحدث له تشوهات في الأطراف والعمود الفقري، كما تحدث مشاكل أخرى متنوعة ليست جزءاً من الأعراض المرضية بل من المشاكل اللاحقة، والمشكلة الرئيسة الشلل الجزئي أو الكامل، وقد تكون مصحوبة بأضطرابات حسية (السمع، البصر، اللمس) وفكرية ونفسية.

6. العلامات المتقدمة للتشخيص:

• المرحلة المبكرة:

توجد علامات تخمن وجود الشلل الدماغي ولكن لا يمكن التأكد من التشخيص سوى بظهور العلامات المرضية الكاملة، ومن هذه العلامات:

- تأخر الحصول على المهارات الحركية لدى الرضيع.
- ظهور أنماط حركية غير طبيعية.
- ظهور علامات جسدية غير طبيعية كالتيبس العضلي.
- ضعف الحركة وتقوس الظهر.
- سرعة التهيج والإنفعال مع الصعوبة في تهدئة الطفل والتحكم في انفعالاته.
- النوم الكثير ينام مايقارب العشرين ساعة يومياً في الشهر الأول من العمر.
- عدم الإهتمام بما يدور حوله، البكاء الضعيف
- التقيؤ المستمر وضعف النمو (Happenstall, 2009:176-177)

• المرحلة المتوسطة Semi-syndrome

هي مرحلة لا تظهر فيها العلامات التي تدل على وجود الشلل الدماغي، وغالباً ما تكون في الستة أشهر الثانية من العمر، وهي مرحلة إنتقالية قبل ظهور الأعراض الكاملة للحالة، في هذه المرحلة نلاحظ:

- أ استمرار المنعكسات البدائية Neonatal reflexes بعد الوقت المتوقع لإنتهائه
- قد تأخذ العضلات فترة من نقص التوتر Hypotonia قبل حصول زيادة التوتر العضلي

- حصول زيادة شديدة في التوتر العضلي Howard، & Graham 2005.236

• المرحلة النهائية (الصورة الكاملة)

حيث تظهر على الطفل العلامات الكاملة للشلل الدماغي، هذه الصورة تتكون بين ستة أشهر وسنة ونصف من العمر، وهي الحالة التي يستمر عليها الطفل بقية حياته، وفي هذه المرحلة يمكن تقسيم الشلل الدماغي إلى إحدى أنواعه الرئيسية حسب التقسيم السريري:

- الشلل الدماغي التشنجي Spastic CP بأنواعه (الشلل الرباعي، الشلل الشقي، شلل النصف السفلي، شلل أحادي الطرف).
- الشلل الدماغي الرنحي (اللاتناسقي الحركي) Ataxic CP
- الشلل الدماغي الكنعي (الدودي) Athetoid CP
- الشلل الدماغي الرخو (الواهن) Hypotonic CP
- الشلل الدماغي المختلط Kirby، & Braun، 2011.364

7 - علاج الشلل الدماغي:

ويمكن أن يشتمل العلاج على واحد أو أكثر من الإجراءات التالية:

- العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق واستخدام الأدوية للتحكم في النوبات التي تصيب المريض وتسكين الألم أو التخفيف من وطأة التقلصات العضلية (ومن أمثلة الأدوية التي يتم استخدامها للقيام بذلك: البنزوديازيبينات والباكوفين والإنترائيكال فينول والإنترائيكال باكوفين) Howard، & Graham، 2005.136
- العلاج بالأوكسجين ذي الضغط العالي واستخدام مادة البوتوكس لإرخاء تقلص العضلات والتدخل الجراحي لتصحيح أشكال الشذوذ التشريحية أو تحرير

العضلات المشدودة واستخدام الدعامات والأجهزة التقييمية الأخرى والمشيات المتحركة والوسائل التي تساعد على تواصل المرضى مع الآخرين؛ مثل أجهزة الكمبيوتر التي تتصل بها أجهزة ملحقه لاصطناع الأصوات في حالة عدم قدرة المريض على الكلام. مثل استخدام رموز بليس (Blissymbols). (مريم ثابت عبدالملاك و اخرين،2012، 155)

- التغذية والمواد المستخدمة مع مرضى الشلل الدماغى حيث أن التغذية والنمو الكافيين يلعبان دورًا وقائيًا في السيطرة على الإصابة بالشلل الدماغى.
- العلاج باستخدام دم الحبل السرى: لم يتم نشر أي بيانات مستقاة من التجارب العشوائية المراقبة أو من التحليل الجمعي لشرح دور هذه الوسيلة العلاجية في التعامل مع حالات الإصابة بالشلل الدماغى. (مجدي محمد الدسوقي،2006، 117)

- العلاج بالأكسجين ذي الضغط العالى (HBOT)، وفيه يتم استنشاق الأكسجين داخل غرفة الضغط العالى، وذلك لعلاج مرضى الشلل الدماغى وفقاً للنظرية التي تقول إن تحسين حالة توافر الأكسجين بالنسبة لخلايا الدماغ التي تعرضت للتلف يمكن أن يعيد تنشيط بعضها حتى تعاود العمل بشكل طبيعي.

- العلاج الوظيفي، ويساعد كل من البالغين والأطفال على الحياة بأفضل شكل ممكن وعلى التكيف مع إعاقاتهم والحياة في استقلالية قدر الإمكان 0 (خالد السيد زيادة،2011، 96)

(.Robbin.2009. 345)

ثانياً: اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه:

يعد اضطراب اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه حد الاضطرابات السلوكية الهامة التي يعانى منها الأطفال، والتي يترتب عليها الكثير من الصعوبات التي تواجه هؤلاء الأطفال، حيث يعانون من صعوبة في الانتباه وضبط مستوى النشاط والتحكم في الاندفاعية ويؤدى إلى نقص في المهارات الأكاديمية التي

تحتاج إلى تركيز الانتباه مثل: القراءة والكتابة، والحساب وكل ذلك يسبب الكثير من المشكلات لدى أسر هؤلاء الأطفال وهذا السلوك يتسم بالاندفاعية والعدوانية مما يمثل خطورة بالغة على الطفل والآخرين لذا واجب الاهتمام به الى أقصى حد ممكن مع حصوله على الرعاية والعناية الكاملتين سواء من جانب الوالدين أو المتخصصين بشأن الأطفال. (أحمد عبد الرحمن إبراهيم والسيد محمد أبو هاشم، 2002، 95).

1. مفهوم اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه:

- اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه نقص الانتباه وفرط الحركة من الاضطرابات التي تتضمن درجات غير مناسبة لعجز الانتباه والدافعية والنشاط المفرط ويسمي اضطراب عجز الانتباه حيث إنه يصف حالة الطفل عند وجود النشاط الزائد مقترناً بتشتت الانتباه وقصر مداه (كمال عبد الحميد زيتون، 2003، 39).

- كما عرف بأنه اضطراب نمائي يرتبط بالتحكم في الذات، ويتضمن مشكلات في الانتباه وعدم التحكم في الاندفاعية ومستوى عالي من فرط الحركة. Bartley، R. 2005، 19

- وحددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي ثلاثة أبعاد رئيسية للاضطراب وهي: قصور الانتباه، الاندفاعية، النشاط الزائد، وان يتوافر لدى الطفل أما خصائص قصور الانتباه بشكل منفرد أو النشاط الزائد المصحوب بالاندفاعية بشكل منفرد أو تجمع لدى الطفل الخصائص المميزة لكل من قصور الانتباه والنشاط الزائد معا (خالد سعد القاضي، 2011، 57).

2 - أعراض النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه

الأعراض الأساسية:

- أ- الاندفاعية: يشير (عماد عبد الرحيم) إلى هذه السمة في عدد من المظاهر:
- تقلب المزاج بشكل متكرر، وسرعة الاستثارة والانفعال لأتفه الأسباب.
- التورط في أعمال خطيرة دون الأخذ بالاعتبار في النتائج المترتبة عليها.
- العصيان وعدم الامتثال للأوامر والتعليمات.

- الاتسام بالفوضى وعدم النظام، وصعوبة الانتظام في الدور.
 - يقاطع كلام الآخر ولا يتوقف عن الكلام (عماد عبد الرحيم زغلول، 2006، 119).
 - ب - نقص الانتباه: وقد حددت رابطة الطب النفسي الأمريكي في دليلها التشخيص الرابع (DSM-IV) عدة خصائص تميز الطفل الذي يعاني من اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه، وهذه الخصائص أو الأعراض هي:
 - كثيراً ما يعجز عن الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء إهمال في العمل المدرسي أو المهني أو الأنشطة الأخرى.
 - كثيراً ما يجد صعوبة في الانتباه في المهام المكلف بها أو الأنشطة اللعبي.
 - كثيراً ما يتجنب أو يكره أو ينفر من الاشتراك في المهام التي تتطلب جهداً ذهنياً متصلاً (مثل العمل المدرسي والواجب المدرسي).
 - كثير النسيان في نشاطاته اليومية. Alison، & Jon، 1999، 15
 - ج - الحركة المفرطة: ويرى دو 2002 (do) أن الأطفال ذوي النشاط الزائد وتشتم الانتباه غالباً يعانون من جوانب عجز يؤثر على أدائهم ووجد أن هذا العجز مرتبط بصعوبات التعلم.
 - ويضيف (عماد عبد الرحيم زغلول) إلي السلوكيات السابقة:
 - ممارسة حركات عصبية في اليدين والرجلين والرأس.
 - اللعب بطريقة عنيفة قد تؤذي الآخرين.
- 2- الأعراض الثانوية:**
- بالإضافة إلى الأعراض الأساسية السابقة هناك مجموعة من الأعراض الثانوية التي تلازم الأعراض الأساسية وهذه الأعراض كثيرة منها:
- أ- صعوبات التعلم: ويعاني ذلك الطفل من الناحية التعليمية من:
 - صعوبة القراءة والكتابة.

- صعوبة إجراء العمليات الحسابية حتى البسيطة منها.
- اللامبالاة وعدم الاكتراث.
- صعوبة تذكر ما يتعلمه. (سيدني وولكر، 20، 2003). (علا عبد الباقي إبراهيم، 2007، 31).

ب - السلوك العدواني: ويتمثل هذا السلوك في عدم احترام المعلمين والاحتكاك بهم والتحدي وتخريب أثاث المدرسة وجدران الفصول ودورات المياه والإهمال المعتمد لنصائح المعلم وبالتالي للمناهج الدراسية والنظم والقوانين المدرسية (خالد عز الدين، 2010، 7).

ج - ضعف العلاقة بالآخرين: والطفل الذي يعاني من النشاط الزائد لا يعطي للآخرين فرصة وعنيف في تعامله معهم، وكثيراً ما يقع في خصام مع زملائه، لذلك نراهم يتعدون عنه بالتدريج مما يجعله يشعر بالعزلة، ويزيد من سوء تعامله معهم (خالدة تأبي نيسان، 2008، 153).

د- نقص الاتزان الانفعالي: ويصف (وليد السيد احمد ومراد على عيسى) ذلك الطفل إنه غير ناضج انفعالياً فهو متقلب الانفعالات فنجدته معتدل المزاج وفجأة ينفجر في ثورة من الغضب يصاحبها بكاء حار بدموع غزيرة ويقوم بتحطيم الأشياء التي تقع تحت متناول يده (وليد السيد أحمد ومراد على عيسى، 2007، 141).

و- عدم الطاعة: يتميز الطفل ذوى النشاط الزائد بعدم طاعة الأوامر التي تصدر من أبويه أو معلميه وعلى وجه الخصوص عدم طاعة أمه التي تشكو من هذا السلوك كثيراً (خالد سعد القاضي، 2011، 54).

3 - أسباب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه:

أ- الأسباب الوراثية:

وقد أشارت نتائج العديد من البحوث والدراسات إلى أن حوالي (25%) تقريباً من الأطفال ذوى اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه يعانون أقرباؤهم - من الدرجة الأولى - من أعراض ذلك الاضطراب، وذلك مقارنة بالأقارب من الدرجتين الثانية أو الثالثة (مجدى محمد الدسوقي، 2006، 99).

ب- العوامل الاجتماعية والمنزلية والمدرسية:

أن الأسرة لها دور مهم في إحداث اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه لما لها من تأثير قوى في الطفل وخاصة في مراحل نموه الأولى، فيرى باركلي النشاط الحركي الزائد المصحوب بقصور الانتباه ليس أكثر من أن يكون نتيجة ضعف في ضبط سلوك الطفل من قبل والديه (السيد ابراهيم السمدادوني وسعيد بن عبد الله دبديس، 1998، 95).

ج- الأسباب العصبية وتشمل تلف المخ:

من أهم أسباب الإصابة باضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه يرجع إلى التلف الناتج عن حادث ((Trauma أو عدوى ميكروبية أو فيروسية أو الناتج عن تسمم بمادة مثل الرصاص أو محسنات الطعام الصناعية (Additives Food) التي تكسبه طعماً أو لوناً أو تلف المخ الناتج عن نقص الأكسجين قبل أو أثناء الولادة، وأن نقص نضج المخ خاصة الفص الجبهي من المخ المرتبط بالسلوك والانتباه، وإن عدم التناسق بين نصفي كرة المخ ((Cerebral hemispheres الأيمن والأيسر ونقص في بعض الناقلات الكيميائية العصبية بالمخ (Neuro-Chemical Transmitters) مثل السيروتونين ((Serotonin (إلهامي عبد العزيز إمام وآخرون، 2001، 341-342). (السيد على السيد وفائقة بدر، 2004، 40).

د- الأسباب البيئية:

قد أوضحت العديد من الدراسات أن الحالة الجسمية للأم الحامل لها تأثير مباشر على مستوى نشاط الطفل وقدرته على التركيز فيما بعد، ولقد وجد إن الإصابة بالأمراض أثناء الحمل أو تعاطي العقاقير أو التعرض للتوتر والقلق الشديد لفترات طويلة ترتبط كلها بالنشاط الزائد لدى الطفل في السنوات الأولى من العمر (شيفر، شالز وهوارد ميلمان، 2001، 212).

4 - برامج وطرق خفض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه:

طرق خفض هذا الاضطراب متنوعة وتشمل:

أ. العلاج بالعقاقير: إن اللجوء إلى استخدام العقاقير الطبية لخفض النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه ينبع من أن استخدام تلك العقاقير ذو تأثير في تهدئة الطفل وتحسين مستوى الانتباه وهذه العقاقير لا تجعل الطفل طبيعياً ولكنها تخفف من حدة الاضطراب لديه، وإن هذه العقاقير تعيد تنشيط التوازن في خلايا المخ فتخفف حدة أعراض هذا الاضطراب ولكن هذا يستغرق عدداً من الأشهر يتوقف طولها على حدة حالة الإعاقة وجرعة العقاقير المستخدمة (عثمان لبيب فراج، 2002، 184).

ب. العلاج السلوكي: العلاج السلوكي أو تعديل السلوك أحد الأساليب الحديثة في العلاج وهو يقوم على أساس من نظريات التعلم ويشتمل على مجموعة كبيرة من فنيات العلاج، ويمتاز العلاج السلوكي بفاعليته في علاج مدي واسع من الاضطرابات الحركية ويمتاز أيضاً بسهولة النسبية وقلة أثاره الجانبية إذا ما قورن بالعقاقير، وينصب الاهتمام في العلاج السلوكي لاضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه على تقوية الانتباه لدى هؤلاء الأطفال كوسيلة لخفض الأنماط السلوكية غير المناسبة أو الاستجابات التي لا تتعلق بالمهام المطلوب تأديتها (جمعه سيد يوسف، 2000، 244).

والاقتراحات التالية من الممكن أن تقدم طرق للسيطرة على النشاط الزائد في الفصل:

- أن تسمح للأطفال بالحركة في أثناء الحصة بأن توفر لهم الفرصة بالتحرك أثناء الحصة مثلاً

- تطلب من الطلاب أن يضعوا الأوراق التي اكتملت في مكان ما في الفصل.

- أن تسمح للأطفال أن يتركوا مقاعدهم لعمل لوحة حائط بعد ما يكملوا مهمة.

- أعطى ممرات تسمح للتلاميذ أن يذهبوا ليبروا الأقلام.

- أن تسمح للأطفال أن يذهبوا إلى حجرة الكمبيوتر لاستخدامه

(Lerner، & Frank،، 2006). (مجدي محمد الدسوقي، 2006: 285-259).

ج- العلاج المعرفي السلوكي: العلاج السلوكي المعرفي يطور فنيات ووسائل دفاعية جديدة لدي الطفل تساعد على التغلب على المظاهر والمشكلات المصاحبة لاضطراب قصور الانتباه / النشاط الزائد ومن أهم هذه الفنيات أو الوسائل الدفاعية

التي تطورها ضبط النفس والتحكم في الاستجابات والإصرار علي إنجاز العمل وزيادة التركيز أثناء الأداء (McKee.T.E. et al.، 2004، 169).

د- العلاج التربوي: المدخل التربوي يركز على معالجة أعراض ضعف الانتباه المصحوب بفرط الحركة على استراتيجيات تربوية تعتمد على جذب الانتباه، والتعامل الايجابي بين المعلم والمتعلم، وفحص العلاقة الاجتماعية بين المصاب وأقرانه، وفحص تقدير الذات لدى هؤلاء الأطفال (شوقي أحمد ممدى، 2012، 135).

هـ- العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني: يركز العلاج على التغييرات السلوكية وتنظيم الذات مع فحص التعديلات الممكنة للأفكار والمعتقدات، والمشاعر، والتوقعات، حيث يساعد العلاج الأطفال على معرفة أثر تشتت الانتباه والنشاط الزائد على سلوكياتهم وأدائهم داخل الفصل، ويوفر الفرصة لزيادة وعي الطفل بقيمة النجاح المدرسي. (Webbe، L.، 2003، 110).

و- تدريب الآباء: يشتمل تدريب الآباء على مهارات ضبط السلوك تدريبهم على التعامل مع سلوكيات أطفالهم من خلال تعزيز السلوكيات المناسبة وتجاهل أو عقاب السلوكيات غير الملائمة (9، 2009، Thiruchelvam، D.).

ثانياً: دراسات سابقة

- أولاً: الدراسات السابقة التي تناولت الاطفال ذوي اضطراب الشلل الدماغي:
 1. دراسة هنادي القحطاني(2013)، هدفت إلى معرفة مدى فاعلية برنامج تدخل مبكر في تنمية الانتباه المشترك وأثره في تحسين بعض المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة (إعاقة عقلية - وشلل دماغي)، وتكونت عينة الدراسة من (10) أطفال من ذوي الإعاقات المتعددة (إعاقة عقلية وشلل دماغي) وترأوحت أعمارهم ما بين (4 - 6)، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال في القياسين القبلي والبعدي على مقياس المهارات اللغوية للاطفال (إعاقة عقلية وشلل دماغي) لصالح القياس البعدي لدى أفراد العينة.
 2. دراسة عوض احمد غرم الله الزهراني (2014)، هدفت الى التعرف على فاعلية البرنامج التدريبي بمثابة (المتغير المستقل) وبعد تحسين المهارات اللغوية بمثابة

(المتغير التابع) لدى عينه من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المصحوبة بالشلل الدماغي، وقد تكونت عينه الدراسة الحالية من (20) طفلاً، أسفرت الدراسة تحسن درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس المهارات اللغوية مما يدل على تأثير البرنامج التدريبي الذي استخدمه الباحث مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المصحوبة بالشلل الدماغي.

3. دراسة (Laura et al 2016)، هدفت إلى إجراء بتقييم شامل لاحتياجات النفسية والاجتماعية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي الخفيف، والتعرف على بعض الإحتياجات النفسية والاجتماعية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي وذلك من أجل التوصل لإستفادة هؤلاء الأطفال تكونت العينة من (71) طفل يعانون من الشلل الدماغي الذي تتراوح أعمارهم ما بين (7-15) سنة وتوصلت في النتائج إلى التشابه بين الأطفال والمراهقين في الوعي الذاتي ومواجهتهم صعوبة أثناء ممارسة أنشطة الحياة اليومية ولم يتوصل إلى علاقة بين العمر والجنس 0

4. دراسة مصطفى العتيق، محمد عبد العدل الصاوي، غادة محمد محمد خليل الجمال (2017) هدفت إلى تصميم برنامج للعلاج التنبيهي وتعديل البيئة لتحسين حالات الشلل الدماغي وتأهيلها وذلك في ضوء بعض المتغيرات النفسية والبيئية، والذي من خلاله يتضح فاعلية البرنامج في الفروق بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وطبق عليهم برنامج العلاج التنبيهي وبرنامج تعديل البيئة، وبين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ولم يطبق عليهم نفس البرنامج وتكونت العينة من عدد (80) طفل وطفلة مصابين بالشلل الدماغي تراوحت أعمارهم ما بين (9-4) سنوات، وأنتهت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية لبرنامج بورتاج قبل وبعد تطبيق كلاً من برنامج العلاج التنبيهي وبرنامج تعديل البيئة لصالح التطبيق البعدي تعديل البيئة لصالح التطبيق البعدي.

5. دراسة هبه حسين اسماعيل طه (2017) استهدفت هذه الدراسة الكشف عن فعالية برنامج التنمية المهارات الحس-حركية بغرض خفض أعراض أبراكسيا الكلام لدى عينة من الأطفال ذوي طيف الذاتوية؛ وتتضمن عينة الدراسة الأساسية 6 أطفال من ذوي طيف الذاتوية؛ وتتراوح أعمارهم ما بين (7-9) سنة بمتوسط 4/8

وانحراف معياري ١,٢٣، وتقع، وقد خلصت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

- 1- تحسنت درجة المهارات الحس-حركية لدى أفراد العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.
- 2- انخفضت درجة أعراض أبراكسيا الكلام لدى أفراد العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.
3. لا توجد فروق بين درجات أفراد العينة على مقياسي المهارات الحس-حركية وأبراكسيا الكلام في القياسين البعدي والتبقي.

6. وهدفت دراسة رمضان محمود عبد العال (2019) إلي فاعلية برنامج تروحي باستخدام بعض استراتيجيات الإدراك البصري على تحسين بعض المهارات الحركية الأساسية للطفل التوحدي، تكونت عينة الدراسة من (8) أطفال تتراوح أعمارهم من (6-9) سنوات واستخدم الباحث أدوات الدراسة مقياس تشخيص الطفل التوحدي الإصدار الثاني واختبارات المهارات الحركية الأساسية، إعداد الباحث، والبرنامج الإرشادي / إعداد الباحث، وأسفرت نتائج الدراسة عن تحقق جميع الفروض، مما يدل علي فاعلية برنامج التروحي باستخدام بعض استراتيجيات الإدراك البصري على تحسين بعض المهارات الحركية الأساسية للطفل التوحدي.

ثانياً: بعض الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي 0

7. دراسة دريزنر توماس (2008) Dreisorner، Thomas، والتي هدفت إلى فحص نتائج تجربة البرنامج التدريبي السلوكية والمعرفية للأطفال ذوى ADHD، تكونت العينة من (96) طفل تراوحت أعمارهم (7 - 13) وحقق برنامج ثوب تحسن طفيف في الانتباه ولكن ظهر تحسن ملحوظ في التعامل مع الأسر، والأطفال الذين كانوا يتناولون الأدوية بشكل منتظم أثناء البرنامج حققوا أفضل النتائج.

8. دراسة سحر أحمد الخشرمي (2007) والتي هدفت الي تقديم تصور واضح حول المظاهر التعليمية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وعلاقتها بصعوبات التعلم الأكاديمية و النمائية، توصلت الي أن الصعوبات التعليمية للطلاب الذين لديهم أعراض ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد تركز علي جوانب رئيسية مرتبطة بالقراءة

والكتابة والاستيعاب القرائي والفهم بالإضافة إلى مشكلات في مادة الرياضيات وتظهر الصعوبات النمائية بشكل واضح لدى هذه الفئة من الأطفال مثل مشكلة الذاكرة والانتباه وتقدير الوقت وتحديد الأهداف والعمل على تحفيز الذات لتحقيق الأهداف.

9. دراسة روابين مورثيل (2009) Morthel، Robbin والتي هدفت البحث تحديد الاختلاف في السلوك والتحصيل الأكاديمي: تم تجميع عينة من (29) ولد و(13) بنت يعانون من الاضطراب، وتم تجميع البيانات من مدارس ريفية ومدارس الأحياء، وتوصلت الدراسة إلي وجود اختلاف كبير بين الجنسين في التحصيل الأكاديمي مع السلوك غير مستقر أثناء تكملة الواجبات أو في الفصل أو في ساعة الغذاء.

10. دراسة جانا (2010) Jaana، والتي هدفت إلى معرفة ما إذا كانت أعراض النشاط الزائد لدى الذكور تختلف عن أعراضه لدى الإناث في البيت والمدرسة تكونت عينة الدراسة من (107) من الذكور و(29) من الإناث وتراوحت أعمارهم بين (3-5) سنوات.، استخدمت الباحثة معايير اضطراب الانتباه الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع بفروعه الثلاثة (ضعف الانتباه - فرط الحركة - الاندفاعية)، أشارت النتائج إلى عدم وجود اختلاف بين الذكور والإناث في أعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بل يشتركون في معظم الأعراض سواء في البيت أو في المدرسة أو المجتمع.

11. دراسة خالد السيد زيادة (2011)، والتي هدفت الدراسة إلي معرفة الفروق بين تقديرات الوالدين وتقديرات المدرسين للمشكلات السلوكية عند الأطفال ذوى الأنماط الفرعية من فرط النشاط المرتبط بقصور الانتباه، تكونت عينة الدراسة من أربع عينات من الأطفال ممن تتراوح أعمارهم بين (10-11) سنة، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين تقديرات المدرسين للمشكلات السلوكية عند الأطفال ذوى الأنماط الفرعية لاضطراب فرط النشاط والأطفال الأسوياء 0

ثالثاً: بعض الدراسات السابقة التي تناولت استخدام البرامج السلوكية العلاجية لعلاج اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي.

12. دراسة موري دار ينسبورج (2011) Maury، Darenbourg، والتي هدفت إلي تحديد الفروق في الأداء الأكاديمي والنفسي والاجتماعي، تكونت العينة من

بين مجموعتين من الأطفال الأولي تكونت من (25) طفل يعانون من اضطرابات الانتباه يشكل عام مصحوب بنشاط زائد بشكل خاص، والمجموعة الثانية تكونت من (20) طفلا يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، قد حققت الدراسة نتائج هامة فضلا عن القيود والافتراضات.

13. دراسة مي محمد بحيري (2017) هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي في خفض سلوك إيذاء الذات باستخدام المدخل الحس حركي لدى الأطفال الذاتويين، وتكونت عينة الدراسة من عدد (10) أطفال ذاتويين من الذكور، تم تقسيمهم إلى مجموعتين واحدة تجريبية والأخرى ضابطة متجانستين في العدد وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: خفض حدة سلوك إيذاء الذات للأطفال الذاتويين بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، فعالية البرنامج الإرشادي في خفض حدة سلوك إيذاء الذات للأطفال الذاتويين 0

14. دراسة (Egilson، Jakobsdóttir، & Ólafsdóttir، 2018). هدفت الدراسة للكشف عن فاعلية الاستراتيجيات الحديثة (العلاج الوظيفي لمساعدة الأطفال التوحدين على المشاركات المنزلية (السلوك الاستقلالي)، طبقت الدراسة على عينة قوامها (99) من آباء الأطفال ذوي الاداء العالي (241) من آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد المتوسط، اسفرت نتائج الدراسة من خلال الاستبيان المطبق على آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد على أن العلاج الوظيفي كان من أفضل الاستراتيجيات في تنمية السلوكيات المنزلية الايجابية.

15. دراسة رمضان محمود عبد العال (2019). هدفت الدراسة إلي فاعلية برنامج تروحي باستخدام بعض استراتيجيات الإدراك البصري على تحسين بعض المهارات الحركية الأساسية للطفل التوحدي، تكونت عينة الدراسة من (8) أطفال تتراوح أعمارهم من (6-9) سنوات وأسفرت نتائج الدراسة عن تحقق جميع الفروض، مما يدل علي فاعلية برنامج التروحي باستخدام بعض استراتيجيات الإدراك البصري على تحسين بعض المهارات الحركية الأساسية للطفل التوحدي.

16. دراسة بن فاضل فؤاد (2020). هدف البحث إلى إبراز العلاقة (ان وجدت وطبيعتها بين المهارات الحركية البنائية والإدراك الحس حركي للأطفال (5-6)

سنوات، استخدم في ذلك المنهج الوصفي العلائقي، وتكونت عينة البحث من 40 طفل من أطفال التعليم التحضيري (5-6) وكان من بين أهم النتائج المتوصل إليها: - وجود علاقة طردية قوية ذات دلالة إحصائية بين مختلف أبعاد الإدراك الحس حركي وجل المهارات الحركية البنائية قيد البحث.

• أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

1. الاستفادة من الأطر النظرية في معرفة الجديد بالنسبة لمفهوم الشلل الدماغي لدى الاطفال وخصائصه وأنواعه ودوره في تشكيل شخصية الطفل 0
2. معرفة خصائص وطبيعة الاطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي ومن ثم الوقوف على جوانب القوة وتدعيمها ومعرفة مناحى الضعف والعمل على تحسينها.
3. الاستفادة من الدراسات السابقة في تحديد المنهج المناسب والملائم لهذه الدراسة حيث تعتمد هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي.
4. الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة في تفسير النتائج الاحصائية.
5. الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة في وضع فروض الدراسة الحالية.
6. الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة في تحديد مشكلة الدراسة وأدوات الدراسة كما انه بمراجعة الباحث لنتائج الدراسات السابقة يتضح فاعلية البرامج العلاجية التدريبية المعدة في خفض النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه كما نجد تنوع هذه البرامج ما بين معرفية وسلوكية وطبية وبرامج اللعب وبرامج تدريب المعلمين والآباء والأمهات وكثير منها له أثر كبير في خفض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه وفقا لنتائج الدراسات وهي البرامج المعرفية والبرامج السلوكية.

المنهج والإجراءات الدراسة

منهج الدراسة:

أعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي حيث هدفت الى التعرف على فاعلية برنامج علاجي سلوكي لخفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت

الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي، واعتمدت الدراسة في خطوات اجراء البحث الحالي من خلال مجموعة تجريبية يطبق عليها البرنامج المستخدم في الدراسة ومجموعة ضابطة لا يطبق عليها البرنامج.

ثانيا: عينة الدراسة: وصف عينة الدراسة وشروط اختيارها:

- تشمل عينة الدراسة (20) طفل وطفلة من الاطفال ذوى اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه ذوى الشلل الدماغي المترددين على مركز علاج وتأهيل الاطفال ذوى الاحتياجات الخاصة سلوكياً ونفسياً التابع للتأمين الصحى بكفر الشيخ، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (9-11) سنوات، بمتوسط عمري قدره (110.65) شهرا، وانحراف معياري قدره (5.72)، وقد تم تقسيم العينة إلى:

- المجموعة التجريبية وتتكون من (10) طفل وطفلة من ذوى الشلل الدماغي والذي يعانون من فرط الحركة المصحوب بنقص الانتباه ونشاط حركي زائد وقد تم تدريبهم على البرنامج العلاجي السلوكي.

- المجموعة الضابطة وتتكون من (10) طفل وطفلة والذي يعانون من فرط الحركة المصحوب بنقص الانتباه ونشاط حركي زائد ولم يتعرضون لأي معالجة تجريبية.

• وقد روعي في اختيار عينة الدراسة الشروط والمواصفات التالية:

1. أن تكون العينة خالية من أي إعاقة سمعية أو بصرية أو عقلية أو حركية أو حرمان بيئي أو ثقافي.

2. يتراوح العمر الزمني للأطفال ذوى صعوبات التعلم ما بين (9-11) سنوات، حيث تشهد بداية مرحلة استقرار الذات كبعد من أبعاد الشخصية، كما أن تفكير الطفل في هذه المرحلة يكون أكثر مرونة، نتيجة نقص تمرّكه حول الذات.

3. أن تكون العينة في مستوى اجتماعي واقتصادي واحد تقريباً.

4. أن يظهر على الأطفال اضطراب فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه نشاط حركي زائد.

تكافؤ أفراد العينة:

تم التكافؤ بين أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية، من حيث العمر الزمني، ومعامل الذكاء، ودرجة الطفل على مقياسي اضطراب نقص الانتباه، وفرط الحركة وذلك على النحو التالي:

جدول (1)

نتائج اختبار مان - ويتني Mann - Whitney

لدراسة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في المتغيرات الدخيلة للدراسة

المتغيرات	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	مستوى الدلالة
العمر الزمني بالأشهر	التجريبية	10	110.60	6.39	10.90	109.00	46.00	0.304	غير دالة
	الضابطة	10	110.70	5.31	10.10	101.00			
معامل الذكاء	التجريبية	10	104.00	6.14	10.50	105.00	50.00	0.00	غير دالة
	الضابطة	10	104.00	6.14	10.50	105.00			
	الضابطة	10	34.70	3.94	10.70	107.00			

يتضح من جدول (1) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في كل من: العمر الزمني، ومعامل الذكاء، وهذا يدل على تكافؤ المجموعتين (التجريبية والضابطة) في التطبيق القبلي، الأمر الذي يمهّد للتطبيق العملي بصورة منهجية صحيحة.

- التكافؤ بين مجموعات العينة في النشاط الزائد وقصور الانتباه:

جدول (2)

نتائج اختبار مان - ويتني Mann - Whitney

لدراسة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في

النشاط الزائد وقصور الانتباه

الأبعاد	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	مستوى الدلالة
النشاط الزائد	التجريبية	10	17.10	1.19	12.90	129.00	26.00	1.934	غير دالة
	الضابطة	10	16.00	1.15	8.10	81.00			
الاندفاع	التجريبية	10	14.80	1.39	8.30	83.00	25.00	1.693	غير دالة
	الضابطة	10	16.20	1.93	12.70	127.00			
الانتباه	التجريبية	10	17.60	2.11	11.80	118.00	37.00	1.017	غير دالة
	الضابطة	10	16.60	2.54	9.20	92.00			
الدرجة الكلية	التجريبية	10	49.50	3.68	11.25	112.50	42.50	0.570	غير دالة
	الضابطة	10	48.80	4.18	9.75	97.50			

يتضح من جدول (2) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في كل من: النشاط الزائد، والاندفاع، والانتباه، والدرجة الكلية، وهذا يدل علي تكافؤ المجموعتين (التجريبية والضابطة) في التطبيق القبلي، الأمر الذي يمهد للتطبيق العملي بصورة منهجية صحيحة.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

1. اختبار نقص الانتباه / مفرط الحركة تعريب عبد الرقيب أحمد البحيري (2014)

2. البرنامج العلاجي السلوكي: اعداد الباحثة

وفيما يلي تناول هذه الأدوات بشيء من التفصيل:

1 - اختبار نقص الانتباه / مفرط الحركة تعريب عبد الرقيب أحمد البحيري (2014)

وصف الاختبار:

اختبار اضطراب نقص الانتباه / مفرط الحركة ADHD من إعداد جيليام Gil- (1995) وقد قام بأعداده وتقنيته على البيئة المصرية عبد الرقيب أحمد البحيري

(2014) وهو اختبار مقنن معياري يسهم في تشخيص الطلاب ذوي اضطراب نقص الانتباه / مفرط الحركة DSM-IV الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) لاضطراب نقص الانتباه / مفرط الحركة ويتألف اختبار نقص الانتباه مفرط الحركة من ثلاثة اختبارات فرعية تصل في مجموعها في (36) بند ترتبط البنود بالأعراض الثلاثة الجوهرية (ADHD).

وهذه الاختبارات الفرعية هي:

1 - الاختبار الفرعي الأول: هو النشاط الزائد ويقاس الحركة المفرطة ويتألف من البنود (1) الى (13).

2 - الاختبار الفرعي الثاني: هو الاندفاعية ويقاس مشكلات كبح السلوك وتأجيل عمل الاستجابة وهو يحتوي على البنود من (14) حتى (23).

3 - الاختبار الفرعي الثالث: هو عدم اضطراب الانتباه ويقاس مشكلات الفرد في التركيز وتوجيه الانتباه نحو المعالم الرئيسية وهو يحتوي على البنود من (24) الى (36). والاختبار من السهل تطبيقه في وقت قصير بواسطة الوالدين والمعلمين وغيرهم ممن لهم الاتصال دائم بالفرد. وتوضع التقديرات مدى ظهور السلوكيات كمشكلة بالنسبة للفرد وتستخدم الأدلة التالية في عمل التقديرات: صفر= لا توجد مشكلة. 1 = مشكلة متوسطة. 2 = مشكلة شديدة. ويتم حساب الدرجات الختام لكل اختبار فرعي، ويتم الحصول على الدرجة الكلية بجمع الدرجات الخام للاختبارات الفرعية وتحويل تلك القيمة الى نسب الاضطراب.

الكفاءة السيكو مترية للمقياس:

ثبات الاختبار:

قام مقنن المقياس بحساب ثبات ADHDت بإعادة الاختبار على عينة عشوائية من العينة المعيارية قوامها (24) فرداً وذلك بعد مدة تراوحت من (21) يوم الى (30) يوماً. كما تم أيضاً حساب الثبات لأبعاد الاختبار باستخدام معامل q، ويمثل الجدول (3) معاملات الثبات.

جدول (3)

ثبات الاختبار بإعادة الاختبار ومعامل ألفا (ن = 24)

أبعاد الاختبار	إعادة التطبيق	معامل Q
النشاط الزائد	**96,0	**74,0
الاندفاعية	**96,0	**79,0
نقص الانتباه	**82,0	**77,0
الدرجة الكلية	**95,0	**75,0

** دال عند مستوى 01,0

من الجدول (3) يمكن استنباط أن معاملات الثبات سواء بإعادة الاختبار أو معاملات Q بالفعل مرتفعة، مما يشير إلى أن الاختبار يتمتع بدرجة قوية من الثبات والاتساق الداخلي، ومن ثم يمكن للقائمين على استخدامه الوثوق بالاختبارات الفرعية عندما يتعرضون إلى مسؤولية صنع القرار أو تفسير النتائج التي يقر عنها الاختبار، حيث أن جميع الاختبارات الفرعية على درجة كافية من الثبات تسهم إيجابياً في صناعة القرارات التشخيصية المهمة.

صدق الاختبار: قام مقنن الاختبار بتقدير صدق الاختبار بطريقتين:

1 - صدق المضمون:

كان الهدف من هذا النوع من الصدق معرفة مدى تمثيل عبارات الاختبار للأنماط السلوكية الممثلة في أبعاده، ولتحقيق هذا الهدف قام الباحث بدراسة كيفية منظمة لأبعاد وعبارات المقياس لمعرفة مدى تمثيل هذا المضمون لكل بعد، وذلك في ضوء معايير DSM-IV. واتضح بالفحص لبنود المقياس أنها تمثل البعد الخاص بها.

2 - الصدق الخارجي:

تم حساب الصدق التلازمي ADHDT مع مقاييس كونرز تقدير المعلم لتقدير سلوك الأطفال والمراهقين بصورته المختصرة والمطولة (28،39) على الترتيب (عبد الرقيب أحمد البحيري، 2011: 25) (كما في أحد الجدولين الآتيين (4) (5)).

جدول (4)

معاملات الارتباط بين درجات التلاميذ على أبعاد ADHDT ودرجاتهم على مقياس كونرز

(38) لتقدير المعلم (ن = 220)

مقاييس كونرز 28				ADHDT
اضطراب المسلك	الحركة المفرطة	ضعف الانتباه	دليل الحركة المفرطة	
**79.0	**85.0	**48.0	**79.0	النشاط الزائد
**70.0	**76.0	**52.0	**72.0	الاندفاعية
**59.0	**48.0	**84.0	**71.0	نقص الانتباه
**79.0	**78.0	**72.0	**85.0	الدرجة الكلية

** دال عند مستوى 01,0

جدول (5)

معاملات الارتباط بين درجات التلاميذ على أبعاد ADHDT ودرجاتهم على مقياس كونرز

(39) لتقدير المعلم (ن = 210)

مقاييس كونرز 39							ADHDT
I	F	E	D	C	B	A	
**081.0	**044.0	**040.0	20	58	**85.0	**84.0	النشاط الزائد
**72.0	**046.0	**043.0	21	49	**73.0	**76.0	الاندفاعية
**64.0	**057.0	**054.0	42	32	**64.0	**71.0	نقص الانتباه
**82.0	**057.0	**053.0	33	52	**84.0	**87.0	الدرجة الكلية

A = فرط الحركة B = المشكلات السلوكية

C = الافراط الانفعالي D = القلق - السلبية

E = السلوك الاجتماعي F = أحلام اليقظة - مشكلة الانتباه

I = دليل فرط النشاط

** دال عند مستوى 01,0

من الجدولين السابقين رقم (5،4) يلاحظ ارتباط ADHDT بمقياس كونرز (39،28) حيث يتشابه كل من المقياسين (39،28) لكونرز مع اختبار ADHDT من حيث الهدف إذا أنهما يستخدمان لتقويم الأفراد ذوي الاضطرابات السلوكية لأغراض الفحص، حيث يشتمل مقياس كونرز لتقدير المعلم (28) على (28) من البنود ومقياس كونرز لتقدير المعلم (39) على (39) من البنود وقد بلغت جميع الارتباطات مستوى الدالة الاحصائية، مما يشير الى العلاقة بين اختبار ومقياس كونرز لتقدير المعلم ذي البنود (39،128) بنداً (عبد الرقيب أحمد البحيري 2014، -1 28).

2 - البرنامج العلاجي السلوكي لخفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه (اعداد الباحثة)

الهدف من البرنامج:

أولاً: الهدف العام:

يهدف البرنامج العلاجي السلوكي الى خفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوي الشلل.

ثانياً: الأهداف الإجرائية:

بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج العلاجي السلوكي يكون الأطفال قادرين على ما يلي:

1. أن يكون قادراً على التروي والتأني وعدم الاندفاعية.
2. أن يكون قادراً على الإنصات الجيد لحديث الآخرين دون مقاطعة.
3. أن يكون قادراً على الثبات والهدوء في المكان.
4. أن يكون قادراً على ممارسة بعض السلوكيات الايجابية التي تساعد على خفض النشاط الزائد وتحسين الانتباه مثل (الضبط الذاتي - مراقبة الذات).
5. أن يكون قادراً على خفض ممارسة السلوك الفوضوي.
6. أن يكون قادراً على النظام والترتيب.
7. أن يكون قادراً على عدم التسرع في الأمور.

1- الاجراءات العلمية لتنفيذ البرنامج العلاجي السلوكي:

1 - محتوى البرنامج: تم تحديد محتوى البرنامج بناءً على الأهداف التي تم تحديدها وذلك من خلال الاطلاع على الإطار النظري والاطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية السلوكية لتخفيض اضطراب الانتباه ويتضمن البرنامج (21) جلسة بواقع جلستين أسبوعياً ويصل زمن الجلسة ما بين (45 - 60) دقيقة وذلك حسب موضوع الجلسة والفنيات العلاجية المستخدمة ظروف العينة. ومدة المتابعة بعد شهرين من انتهاء الجلسات.

2 - طريقة العلاج المستخدمة: في البرنامج تم تطبيق البرنامج بطريقة جماعية على أفراد المجموعة التجريبية.

2 - مراحل البرنامج:

المرحلة الأولى: ويتضمن التعارف والتهيئة بين الباحثة وأعضاء المجموعة.

المرحلة الثانية: ويتضمن التنفيذ الفعلي للجلسات العلاجية السلوكية.

المرحلة الثالثة: تتم في هذه المرحلة معرفة الانجازات التي حققها البرنامج ومدى فاعليته في خفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي

المرحلة الرابعة: مرحلة المتابعة وذلك من خلال اجراء التطبيق البعدي لأدوات الدراسة.

3 - الأساليب الفنية المستخدمة في البرنامج:

(الحوار والمناقشة - الضبط الذاتي - النمذجة - لعب الدور - قلب الدور - التعزيز - التدريب على المطابقة - التدريب على الاسترخاء - التحسين التدريجي - الاستبعاد المؤقت - تعليمات الذات - تقديم الذات - الأنشطة)

نتائج البحث:

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه « توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب

فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه في اتجاه المجموعة التجريبية » ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني ويوضح الجدول التالي نتائج هذا الفرض:

جدول (6)

قيمة Z ودلالاتها للفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس

اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد

مستوى الدلالة	Z	U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط	ن	المجموعة	الابعاد
0.01	3.866	0.00	55.00	5.50	0.66	10.00	10	التجريبية	النشاط
			155.00	15.50	1.35	16.50	10	الضابطة	الرائد
0.01	3.838	0.00	55.00	5.50	0.91	8.80	10	التجريبية	الاندفاع
			155.00	15.50	1.25	16.30	10	الضابطة	
0.01	3.814	0.00	55.00	5.50	1.03	8.80	10	التجريبية	الانتباه
			155.00	15.50	2.31	16.40	10	الضابطة	
0.01	3.797	0.00	55.00	5.50	1.42	27.60	10	التجريبية	الدرجة الكلية
			155.00	15.50	3.88	49.20	10	الضابطة	

يتضح من الجدول (6) أن الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي دال عند مستوى (0.01) وهو في اتجاه القياس البعدي، حيث كانت قيمة $Z = (3.866 - 3.838 - 3.814 - 3.797)$ على التوالي في جميع الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس،

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني للدراسة على أنه « توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في اتجاه القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لصالح القياس البعدي » ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون « W » ويوضح الجدول التالي نتائج هذا الفرض.

جدول (7)

قيمة Z دلالتها الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدى لدى المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه

الأبعاد	ن	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	القياس القبلي / البعدى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
النشاط الزائد	10	القبلي	17.10	1.19	الرتب السالبة	10	5.50	55.00	2.829	0.01
	10	البعدى	10.00	0.66	الرتب الموجبة	صفر	0.00	0.00		
	10	الإجمالي			التساوي	صفر				
الاندفاع	10	القبلي	14.80	1.39	الرتب السالبة	10	5.50	55.00	2.816	0.01
	10	البعدى	8.80	0.91	الرتب الموجبة	صفر	0.00	0.00		
	10	الإجمالي			التساوي	صفر				
الانتباه	10	القبلي	17.60	2.11	الرتب السالبة	10	5.50	55.00	2.829	0.01
	10	البعدى	8.80	1.03	الرتب الموجبة	صفر	0.00	0.00		
	10	الإجمالي			التساوي	صفر				
الدرجة الكلية	10	القبلي	49.50	3.68	الرتب السالبة	10	5.50	55.00	2.809	0.01
	10	البعدى	27.60	1.42	الرتب الموجبة	صفر	0.00	0.00		
	10	الإجمالي			التساوي	صفر				

يتضح من الجدول (7) أن الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدى دال عند (0.01) في اتجاه القياس البعدى، حيث كانت قيمة $Z = (2.829 - 2.816)$ $(-2.829 - 2.809)$ على التوالي في جميع الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس 0

نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه « لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتبعي على مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه » ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون « W » والجدول التالي يوضح نتائج هذا الفرض.

جدول (8)

قيمة Z ودالاتها للفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتبعي لدى المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه

الأبعاد	ن	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	القياس البعدي/التبعي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدالة
النشاط الزائد	10	البعدي	10.00	0.66	الرتب السالبة	3	2.00	6.00	1.633	غير دالة
	10	التبعي	9.60	0.51	الرتب الموجبة	7	0.00	0.00		
	10	الإجمالي			التساوي	10				
الاندفاع	10	البعدي	8.80	0.91	الرتب السالبة	5	3.50	17.50	0.632	غير دالة
	10	التبعي	8.60	0.69	الرتب الموجبة	2	5.25	10.50		
	10	الإجمالي			التساوي	3				
الانتباه	10	البعدي	8.80	1.03	الرتب السالبة	3	2.50	7.50	1.000	غير دالة
	10	التبعي	8.60	0.69	الرتب الموجبة	1	2.50	2.50		
	10	الإجمالي			التساوي	6				
الدرجة الكلية	10	البعدي	27.60	1.42	الرتب السالبة	7	4.21	29.50	1.651	غير دالة
	10	التبعي	26.80	1.13	الرتب الموجبة	1	6.50	6.50		
	10	الإجمالي			التساوي	2				

يتضح من الجدول (8) أنه لا توجد فروق دالة بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتبعي في مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي، حيث كانت قيمة $z = (1.633 - 0.632 - 1.000 - 1.651)$ على التوالي في

مناقشة نتائج (الفرض الأول - الفرض الثاني - الفرض الثالث)

مناقشة نتائج الفرض الأول:

أظهرت نتائج قيمة Z للفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه وكانت النتائج في اتجاه المجموعة التجريبية.

وفي هذه النتيجة تشير فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي في خفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى اضطراب الشلل الدماغي.

حيث أن البرنامج الإرشادي كان له فاعلية في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال ذوى اضطراب الشلل الدماغي وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة كل من كارلسون ومان ولكسندر ((Carlson، Mann، Alexan-der (2000)، ودراسة فرويش وديبر وليمكون ((Fer4lichi Dopfrer، Lehm-kuhl (2000)، ودراسة بيترز (Peters. 2002) ودراسة سناء منير مسعود (2002) ودراسة محمد زايد (2003) ودراسة مجدى محمد شولي (2004) ودراسة هاستر كيلبي ((Hester، Kealey (2004) ودراسة كوليز وآخرون (Coles، et at.2005) ودراسة جهاد سليمان (2006) ودراسة نجاح ابراهيم الصايغ (2006) ودراسة جنتيان وآخرون (Ganatian، et al. 2008) ودراسة عبد الرؤوف محفوظ (2010) ودراسة محفظة بنت سالم اليحمدي (2011) ودراسة رضا خير حسن (2012).

مناقشة الفرض الثاني:

وأظهرت نتائج قيمة Z الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القلبي والبعدي وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس خفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى اضطراب الشلل وكانت تلك الفروق في اتجاه القياس البعدي.

وبالنظر الى النتيجة السابقة تبين أن هناك فروقا بين متوسطي درجات الأطفال في المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي عليهم ومتوسط درجاتهم بعد تطبيق البرنامج عليهم مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي في خفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بثمتت الانتباه لدى الأطفال ذوى اضطراب الشلل الدماغى 0

ويرجع ذلك الى أهمية البرنامج العلاجي السلوكي حيث أن الأطفال يحتاجون الى العلاج السلوكي في مراحل النمو والتي قد يصادف فيها الفرد مشكلات مما يؤكد الحاجة الى العلاج السلوكي لأن الحاجة الى اتوجيه السلوك من الحاجات النفسية. كما يعود نجاح البرنامج العلاجي السلوكي الى الاعتماد على المبادئ الارشاد التي تساعد الفرد على تعديل السلوكيات الغير مرغوب فيها الى السلوك المرغوب فيه من خلال التدريب في المواقف المختلفة.

كما ترجع فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي الى الفنيات والى الدقة التي راعاها الباحثة في تطبيق تلك الفنيات كالأنشطة المتنوعة التي ساعدت الطفل على جذب الانتباه مثل ورق القص واللزق من خلال تكوين الأشكال المحببة لهم وأنواع البازل المختلفة كبازل الحكايات الذى يتيح للطفل الفرصة فى القدرة على التخيل والابداع من خلال تكوين جمل بسيطة تعبر عن موقف يقوم به مجموعة من الأطفال بالإضافة الى بعض أشكال البازل التي تمثل شخصيات الكرتون المفضلة لديهم مما كان له الأثر فى جذب انتباههم وتركيزهم.

كما استخدمت الباحثة أسلوب الابعاد المؤقت لكل من يثير الشغب خلال الجلسة وكان له الأثر الكبير فى نجاح البرنامج، كما أثير الانتباه لدى الأطفال عن طريق عرض القصص السلوكية على الكمبيوتر التي تمثل نماذج ايجابية وأخرى سلبية وعند تأكيد الطفل للسلوكيات الايجابية تكافئه الباحثة بالمعزز المفضل له.

وقد ساهمت فنية تعليمات الذات فى قدرة الأطفال على الانتهاء من المهام عن طرق اعطاء الطفل تعليمات لنفسه، على سبيل المثال عند المرور بمتاهة أو تركيب الأشكال.

واستخدام الباحثة لفنية لعب الدور أتاحت فرصة لتفريغ الشحنات عند الأطفال عن طريق تمثيل المواقف والسلوكيات فى القصص وكافى الباحثة كل من يقوم بتمثيل دوره بجديه.

بالإضافة الى استخدام الباحثة فنيات أخرى مثل الواجب المنزلي التي أسهمت في تأكيد التحسينات السلوكية التي تعلمها الطفل خلال الجلسة، وعن طريق فنية الحوار والمناقشة استطاعت الباحثة أن تتعرف على ميول واتجاهات ومشاكل التلاميذ في الفصل وخارجه وتقديم المساعدة لهم.

كما أكدت الباحثة على استخدام أسلوب التكرار في أغلب الجلسات وساعد ذلك على زيادة التركيز والمتابعة وقد ساهمت بعض الأنشطة في زيادة التفاعل بين التلاميذ وبعضهم والاشتراك في العمل الجماعي.

مناقشة الفرض الثالث:

الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب الانتباه مفرط الحركة.

حيث يتضح أن متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية متقاربة على مقياس خفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى اضطراب الشلل في القياس البعدي والتتبعي مما يدل على استمرارية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي

وتفسر الباحثة استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي والذي يتضمن فنيات وأساليب متنوعة كان لها أثر فعال في خفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى اضطراب الشلل الدماغى وكذلك ما أظهرته المجموعة التجريبية من تفاعل وتعاون خلال جلسات البرنامج بسبب تشجيع الباحثة لأفراد المجموعة التجريبية على تعديل سلوكهم من السلوكيات السلبية الغير مرغوب فيها الى السلوكيات الايجابية المرغوب فيها والتي طبقوها بشكل متكرر وتفاعلوا معها ثم قاموا بتطبيقها في المواقف التعليمية المختلفة وهذا يشير الى استمرارية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض النشاط الزائد وتحسين الانتباه لدى الأطفال ذوى صعوبات التعلم حتى بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بفترة تصل شهرين.

ملخص نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة الحالية الى مجموعة من النتائج:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه في اتجاه المجموعة التجريبية 0
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في اتجاه القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لصالح القياس البعدي 0
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي على مقياس اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه

التوصيات التربوية والبحوث التربوية

اولا: التوصيات التربوية للدراسة:

- من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة وفي ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية تقدم الباحثة بعض التوصيات التي يمكن الاستعانة بها وتطبيقها وهي كالآتي:
1. ضرورة الاهتمام ببرامج علاجية متنوعة تسهم في خفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي، واستخدام استراتيجيات تعليمية مناسبة لخفضها.
 2. عقد دورات تدريبية للمعلمين والموجهين، وتشجيعهم على استخدام وتطبيق استراتيجيات معينة للحد من اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوي الشلل؛ لتشجيع أطفالهم بعد ذلك على التعاون والتفاعل مع الآخرين.
 3. تدريب المعلمين والموجهين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين بالمدارس على إعداد البرامج الإرشادية والعلاجية والتدريبية التي تتصدى للتغلب على المشكلات التي تواجه الأطفال ذوي الشلل الدماغي.

4. ينبغي علي كليات التربية إعداد أخصائي النفسي المؤهل تأهيلاً أكاديمياً - ومهنيًا من أجل التعامل مع هؤلاء الأطفال، حتي يتسنى له حل صراعاتهم النفسية حتي يجنبهم السلوكيات اللاتوافقية.

ثانياً: البحوث المقترحة:

- فيما يلي تعرض الباحثة بعض الدراسات التي يري إمكانية إجرائها في المستقبل:
1. استخدام استراتيجيات تعليمية أخرى غير التي استخدمتها الدراسة الحالية ومعرفة أثرها على فيخفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى بالصفوف الدراسية المختلفة 0.
 2. دراسة عن مدى تقبل الوالدين لبعض مشكلات طفلهم ذوي اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى 0
 3. فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية وأثره فيخفض اضطراب فرط النشاط والحركة المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى
 4. فاعلية السيكو دراما في تعديل بعض السلوكيات غير التكيفية الأخرى لدى الأطفال ذوي الشلل

قائمة المراجع والمصادر

- أرون بيك (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل عيد مصطفى، القاهرة: دار الآفاق العربية.
- أسماء إبراهيم الملا (2016). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ورفع الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
- أشرف الدسوقي شعلان (2006). الانحرافات القوامية الاكثر شيوعا لدى المصابين بالشلل الدماغي التشنجي. مجلة أسيوط لعلوم وفنون التربية الرياضية - مصر، ع 23، ج 2، ص ص 104 - 164
- أشرف محمد عبد الغنى؛ رحاب محمود صديق (2007). برنامج العلاج السلوكي للأطفال ذوي النشاط الزائد. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
- بن فاضل فؤاد (2020). المهارات الحركية البنائية وعلاقتها بالإدراك الحس حركي في مرحلة الطفولة المبكرة 5 - 6 سنوات، مجلة الابداع الرياضي، 1(11)، 266-281.
- جمال حامد الحامد (2002). اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى أسبابه وعلاجه، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية، الرياض: المملكة العربية السعودية.
- جمعه سيد يوسف (2000). الاضطرابات السلوكية وعلاجها، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- حامد عبد السلام زهران (2005). علم النفس النمو (الطفولة والمراهقة)، القاهرة: عالم الكتاب للطبع والنشر.
- خالد السيد زيادة (2011). المشكلات السلوكية عند الأطفال ذوي الأنماط الفرعية لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 1(70)، 147 - 201.

- خالد سعد القاضي (2011). تعديل سلوك الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، القاهرة: عالم الكتب.
- ديفيدل (ترجمة) كريمان بدير (2005). القياس النفسي للأطفال. القاهرة: عالم الكتب.
- زكريا أحمد الشربيني (2001). المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي.
- سحر أحمد الخشرمي (2007). العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم. ورقة بحثية مقدمة لمؤتمر التربية الخاصة بين الواقع والمألول، كلية التربية. جامعة بنها.
- سلافة حسن حواط، (2012). أثر برنامج علاجي في تنمية اللغة الاستقبالية عند أطفال الشلل الدماغي، رسالة ماجستير. التربية الخاصة. جامعة دمشق. كلية التربية. 2012
- السيد على السيد وفائقة بدر (2004). اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال، وأسبابه وتشخيصه وعلاجه، الرياض، اصدرات الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.
- سيدني وولكر (ترجمة) على محمود شعيب والسيد فرحات (2003). النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال، الأسباب والعلاج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عادل عبد الله محمد (2000). الأطفال الموهوبون ذوي صعوبات التعلم. مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق. العدد 43، ص 1-35.
- عادل عبد الله محمد (2006). المؤشرات الدالة على صعوبات التعلم للأطفال الروضة، دراسات تطبيقية، القاهرة: دار الرشد للنشر.
- عبد الرحمن سيد سليمان (2014). اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عند الأطفال: القاهرة، دار الجوهرة.
- عبد الرقيب أحمد البحيري (2014). اختبار اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- عبد الرؤوف إسماعيل محفوظ (2010). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي للضبط الذاتي قائم على أسلوب التعزيز التفاضل وخفض الاستجابة في معالجة تشتت الانتباه المصحوب بفرط الحركة والنشاط الزائد لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم في مدينة حيرة. مجلة كلية التربية، بنها، العدد 81، ص 185-221.
- عبد العزيز السيد الشخص (2010). قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوى الاحتياجات الخاصة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- علا عبد الباقي إبراهيم (2007). علاج النشاط الزائد لدى الاطفال باستخدام برامج تعديل السلوك. القاهرة: دار المعارف.
- على السيد شعيب والسيد فرحات (2009). النشاط الحركي الزائد لدى التلاميذ (الأسباب، العلاج، دراسات حالة)، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عوض أحمد غرم الله الزهران (2014). برنامج تدخل مبكر لتنمية بعض المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المصحوبة بالشلل الدماغي. رسالة ماجستير، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس
- فتحي مصطفى الزيات (2006). آليات التدريس المستخدم في الدراسة لذوى صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط، المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم، المملكة العربية السعودية، 22-18 نوفمبر ص 1453-1415.
- كريمان محمد بدير (2006). التعلم الايجابي وصعوبات التعلم «رؤى نفسية تربوية معاصرة». القاهرة: مكتبة دار عالم الكتب.
- مجدي محمد الدسوقي (2006). اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- محمد أحمد الثبتي (2011). فاعلية برنامج تدخل مبكر في تنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

- محمد صالح الإمام، محمد يعقوب عايش (2010). بناء برنامج إرشادي قائم على تطوير مهارات التعامل لأطفال ذوي الشلل الدماغي وقياس أثره في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفالهن. المجلة التربوية، مصر، ع 27، ص ص 255 - 286.
- محمد علي كامل (1996). سيكولوجية الفئات الخاصة. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- مريم ثابت عبدالملاك مرزوق; ميشيل صبحي مجلع، محمود السيد أبو النيل (2012). أثر برنامج تدريبي لتنمية القدرات المعرفية والسلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي المعاقين علقيا. مجلة دراسات الطفولة - مصر، مج 14، ع 50، ص ص 239 - 241.
- مصطفى العتيق، محمد عبد العدل الصاوي، غادة محمد محمد خليل الجمال (2017). فاعلية العلاج التنيهي وتعديل البيئة لتحسين حالات الشلل الدماغي وتأهيلها في ضوء بعض المتغيرات النفسية والبيئية، دراسة مقارنة، مجلة معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس المجلد الأربعون، الجزء الأول، ديسمبر
- نايف عابد الزارع (2007). اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، دليل عملي للآباء المتخصصين، الأردن: دار الفكر.
- هبه حسين اسماعيل طه (2017). فعالية برنامج تنمية المهارات الحس حركية في خفض أعراض أبراكسيا الكلام لدى أطفال طيف الذاتوية، مجلة دراسات عربية، 4(16)، 823-879.
- هبة صلاح مصيلحي (2013). فاعلية برنامج تخاطبي إرشادي لتنمية عملية النطق والكلام لدى عينة من الاطفال - رسالة دكتوراة - جامعة عين شمس
- وليد السيد أحمد ومراد على عيسى (2007). كيف يتعلم المخ ذوي النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه. الإسكندرية: دار الوفاء.

- American Psychiatric Association، (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder_TR. 4th ed. Washington DC. Author.
- Annika Dahlgren Sandberg (2006). Reading and Writing Correct in children Who Suffer from Severe speech and Cerebral palsy at 6،9 and 12 years of age in Relation to Cognitive Development: A longitudinal Study Journal of Developmental Medicine for children، Volume 48، Issue 8،pp.629-634.
- Arnould، C.; Penta، M.; Thonnard، J. (2008). "Hand impairments and their relationship with manual ability in children with cerebral palsy". Journal of Rehabilitation Medicine. 39 (9): 708–714.
- Balaban B، Yasar E، Dal U، Yazicioglu K، Mohur H، Kalyon TA (2007). "The effect of hinged ankle-foot orthosis on gait and energy expenditure in spastic hemiplegic cerebral palsy". Disability and rehabilitation. 29 (2): 139–44
- Barkley، R. (2005). Taking Charge Of ADHD. The Complete. Authoritative Guide For Parents. New York، The Guilford Press.
- Dahlgren- Sandberg – A (2006): Reading and spelling abilities in children with severe speech impairments and Cerebral palsy at 6،9 And 12 years of age in relation to Cognitive development، alongitudinal study، Dev – Med- child – Neurol. 2006 Aug: 48 (8):629 – 34 England.
- Farmer JP، Sabbagh AJ (2007). "Selective dorsal rhizotomies in the treatment of spasticity related to cerebral palsy". Child s Nervous System. 23 (9): 991.
- Howard، J.، Soo، B.، Graham، H (2005) Cerebral Palsy in Victoria Motor types، Topography، and Gross Motor Function. Pediatric Child Health، (41)، 71-83Hester، Kealy A. (2004). the impact of a cognitive behavioral self-control program on behaviors of Children diagnosed With Attention Deficit

- Jenkins, K. (2008). ADHD assessment practices used by general practitioners, pediatricians, psychiatrists, and psychologists in west virginia. Retrieved from pro Quest Digital Dissertations. (AAT332634).
- Jouna, L. (2010). Preschool Children With Attention Deficity Hyperactivity Disorder Gender Differences in Home and school Functioning P.H.D (Unpublished) Lehigh University, Cadiacy.
- Kim, H., Hasegan, M (2011) Vowel contrast and Speech Intelligibility in Cerebral palsy. Folia Phoniatica et logopaedica, (63) (4), 187-194
- King G, Law M, King S, Rosenbaum P, Kertoy MK, Young NL. A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities. Phys.Occup. Ther.Pediatr. 2003;23(1):63-90.
- Massetti, Greta m, Pariseau, meaghane, Robin, Melissa, Volkar, martin, (2010) . School Enhancing the effectiveness of special Education Programming for Children With attention deficit Hyperactivity Disorder using daily report card . Psychology. Vol . 39 (No.2), pp . 219 –239 .
- Macgregor R, Campbell R, Gladden MH, Tennant N, Young D (2007). «Effects of massage on the mechanical behaviour of muscles in adolescents with spastic diplegia: a pilot study». Developmental medicine and child neurology. 49 (3): 187–91.
- McKee, T. E . Harvey, E . Danforth, J . S . u Lasteh, W. R.& Friendman, J . L . (2004) . The Relation between Parental Coping Styles and Parent Child interaction before and after treatment for Children With ADHD and oppositional behavior: Journal of Clinical Psychology, Vol . 33, pp. 169 .

- Nieuwenhuijsen, C.; Donkervoort, M.; Nieuwstraten, W.; Stam, H. J.; Roebroek, M. E.; Transition Research Group South West Netherlands (2009). «Experienced problems of young adults with cerebral palsy: targets for rehabilitation care». Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 90 (11): 1891–1897
- Palisano, R & Rosenbaum, P. (2007). Gross Motor function classification system GMFCS. Can Child Center Research Mc of the psychosocial needs of children with mild hemiplegic cerebral palsy ed. D . dissertation. United States – New York. teacher's college, Columbia University
- Robbin Morthel, D (2009) . Agender based comparative study of attention – deficit / Hyperactivity Disorder on behavior and achievement of elementary students, trevecca Nazarene – University