

" فعالية برنامج تدريبي لتحسين بعض
المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال
المتأخرين لغوياً ذوي اضطراب النشاط الزائد
ونقص الانتباه "

ملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية برنامج تدريبي لتحسين بعض المهارات اللغوية لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة المتأخرين لغوياً ذوي اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه ، استعانت الدراسة بالمنهج شبه التجريبي ، وتكونت العينة من عدد (10) أطفال من المتأخرين لغوياً ممن يعانون من النشاط الزائد ونقص الانتباه ، تتراوح أعمارهم ما بين (3-5) سنوات من المترددين على العيادات النفسية بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، وقُسموا إلى مجموعتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة عدد كل منها (5) أطفال ، و استخدمت الباحثتان: استمارة دراسة الحالة ومقياس نقص الانتباه والنشاط الزائد للأطفال ، ومقياس نمو اللغة للأطفال ، والبرنامج التدريبي المستخدم (إعداد : الباحثتين)، كما تم استخدام الأساليب الإحصائية اللابارمترية (مان وتني Man – Whitey – ويلكوكسون Wilcoxon). وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في ضبط النشاط الزائد وتحسين القدرة على الانتباه وبعض المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد.

الكلمات المفتاحية: المهارات اللغوية- اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه- التأخر اللغوي .

Abstract :

The Effectiveness of a training program in improving some linguistic skills for children with delayed language and Attention deficit hyperactivity disorder.

The present study aimed to identify the effectiveness of a training program to improve some linguistic skills in a sample of children with Attention deficit hyperactivity disorder. The study used the semi- experimental method. And the sample consisted of 10 children aged (3-5)years old divided into two groups, experimental and control group, each group has(5) children. The study measurements are: case study, Attention deficit hyperactivity disorder scale , linguistic growing scale , and the training program to improve some linguistic skills by:

researchers . The results show that the training program was effective in improving linguistic skills in those children who are suffering from delayed language and Attention deficit hyperactivity disorder .

Key Words: *linguistic skills– Attention deficit hyperactivity disorder –language delay*

المقدمة:

تُعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل نمو الفرد، حيث تتشكل خلالها شخصيته وتظهر ملامحها في مراحل حياته المقبلة، كما تعتبر أسرع مراحل النمو اللغوي تحصيلاً وتعبيراً وفهماً، حيث يتجه التعبير اللغوي للطفل نحو الوضوح والدقة والفهم كلما انتقل لمرحلة نمائية تالية، ويتحسن النطق لدى الطفل ويختفي الكلام الطفلي، وتزداد قدرته على فهم كلام الآخرين والإفصاح عن حاجاته وخبراته، فكل طفل يولد ولديه طاقات كامنة وهائلة للنمو، وتتخذ مساراً إيجابياً وتزدهر إذا قدم لها الدعم والمساندة وقد تتخذ مساراً سلبياً وتزول إذا أهملت لذا تُعد مرحلة الطفولة فترة زاخرة بالقدرات التي لا حدود لها فهي الفترة الحاسمة التي يتعلم خلالها الطفل، ويكتشف خلالها العالم الخارجي. (الهورانة، 2012،، 3).

وتُعد مشكلة اضطراب نقص الانتباه *Attention Defecit Disorder* المُصاحب بالنشاط الزائد *Hyperactivity* من أكثر المشكلات انتشاراً لدى الأطفال والتي يمكن ملاحظتها في سنوات ما قبل المدرسة (Julik, M, 2014) على الرغم من أن كثير من الأطفال لا يحالون للعلاج إلا في سنوات متأخرة ولذا يجب الاكتشاف والتشخيص المبكر لمثل هذه الحالات لأنه كلما طالّت الفترة التي يعاني فيها الطفل كان العلاج أكثر صعوبة. (القرعان، 2006، 98).

وتشير العديد من الدراسات النفسية إلى أن نسبة تلك المشكلة بين المشكلات السلوكية الأخرى لدى الأطفال المحولين للعيادات النفسية تتراوح بين 40-50%، وهي مشكلة سلوكية يُطلق عليها عدة مصطلحات مثل: الحركة المفرطة، أو الحركة الزائدة أو يُطلق عليها أحيانا الخلل الوظيفي المحدود للجهاز العصبي والذي صنفته رابطة الطب النفسي الأمريكية ضمن الاضطرابات التي تصيب الشخصية في مرحلة الطفولة، ويظهر هذا الاضطراب في سلوك الطفل فيأتي باستجابات متناقضة، وببيدي حركات شاذة وغير مقبولة. (ماريني، 2003، 62);(سليمان، 2016)

وعادة ما يكون النشاط الزائد مُصاحباً لنقص الانتباه وقلة التركيز والانتباه هو تركيز الفرد على منبه بعينه والاستجابة له فهو عملية وظيفية في الحياة الفعلية تقوم

بتوجيه شعور الفرد نحو المواقف السلوكية ككل إذا كان هذا الموقف جديداً على الفرد أو توجيه شعوره نحو بعض أجزاء المجال الإدراكي إذا كان الموقف مألوفاً لديه .(الشرقاوي ، 1984 ، 30) .

ويُعد نقص الانتباه هو العرض الثاني في زملة أعراض اضطراب (ADHD) وهو ما يُعرف باسم النشاط الزائد ونقص الانتباه ويعنى قصر مدة الانتباه لدى الطفل وعجزه عن مواصلة الانتباه لموضوع ما أكثر من ثوان معدودة ، مما ينتج عنه مشكلات عديدة في التحصيل الدراسي والعمليات العقلية ، وقدرة الطفل على اكتساب اللغة وتعلم مهارات جديدة مختلفة . (النجار ، 2011 ، 71)

ما يُصنف اضطراب نقص الانتباه على أنه أحد أنواع الاضطرابات السلوكية التي تصيب الفرد خصوصاً في مرحلة الطفولة ، قد يرجع إلى وجود خلل بيولوجي مما يسبب اضطرابات سلوكية ونفسية تظهر في نشاط الفرد الاجتماعي وقد يصاب الطفل بإحدى ثلاثة أشكال للتشتت فيما أن يعاني الطفل من نقص في الانتباه أو أن يصيبه فرط في النشاط والحركة أو كلاهما معاً فيعاني من نشاط زائد في الحركة متزامناً مع نقص في الانتباه وفي كل تلك الحالات تبدو على الطفل علامات التشتت وقلّة التركيز بشكل واضح ومنتدج وشدهتها فقد تكون متوسطة أو خفيفة أو شديدة وفي جميع الحالات يجب أن يعرض الطفل على الأخصائي المناسب لتلقي العلاج . (Bendiksen, et al., 2014) ; (Visser, et al. 2016)

و يُعد النشاط الحركي المفرط من الأعراض الأكثر تميزاً لهذا الاضطراب عند الأطفال ويظهر لديهم سلوك مزعج وغير مريح فهو يفتقرون لإقامة علاقات اجتماعية طيبة مع الأقران والوالدين والمدرسين ويعانون من عدم قدرتهم على التحكم في حركاتهم الجسدية والاحتياجات الانفعالية فضلاً عن أنهم يتميزون بالتململ الحركي ، والركض والقفز بإفراط في أوقات غير مناسبة وصعوبة في مشاركة الأقران باللعب . *American Psychiatric Association , 2013, 268*)

ويشير *Barkely* إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يكونوا كثيري الحركة باستمرار، ويقفزون من نشاط إلى آخر دون تكملة أي من الأنشطة، ولديهم قصور في التناسق الحركي، ويشعرون بالملل وتقلب المزاج ويعانون من تشتت وصعوبة التركيز في المهام المطلوبة، كما يفشلون في إنجاز الأعمال المدرسية (*Barkely, 2005, 25*) ولا يتم تشخيص اضطراب فرط النشاط إلا بعد سن ست سنوات أو سبع سنوات، وينتشر بنسبة تصل إلى 10% تقريباً من أطفال العالم، و 50% من تلاميذ المرحلة الابتدائية الذين يحالون إلى العلاج بسبب مشكلات نفسية أو سلوكية تنتشر بينهم أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد، وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث (شلبي ، 2009 ، 65).

أما نسبة انتشاره بين الأطفال خلال مرحلة ما قبل المدرسة تصل حوالي 5% (James, 2002,58)، في حين أن معدل انتشاره في الأسر ذات المستوي الاقتصادي والاجتماعي المنخفض يصل إلى 20%. (الزراع، 2007، 18)؛ (May, 2010) ويشير الشربيني إلى أن اضطراب نقص الانتباه المصاحب بفرط النشاط ينتشر في البلدان العربية بنسبة 5-20% لدى أطفال المدرسة الابتدائية ويعاني منه أطفال مختلف الطبقات الاجتماعية (الشربيني، 1994، 202) كما يؤكد سيدني وولكر، أن عدد الذكور المصابين بالإفراط الحركي أكبر من عدد الإناث المصابات بهذا الاضطراب (سيدني وولكر، 2003، 52).

كما خلصت نتائج بعض الدراسات إلى أن آباء الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أكثر استخداماً للممارسات العدوانية، وتتسم أساليبهم بالقسوة والعقاب البدني الشديد، وأقل دعماً لأبنائهم وأكثر سلبية وأقل مرونة. (Harvey et al., 2003,2006)؛ (Khamis, 2006)؛ (Murray & Johnson, 2006).

لذلك فالطفل بحاجة ملحة إلى سرعة التدخل العلاجي قبيل إكسابه المهارات الأكاديمية وهو ما يسمى التدخل المبكر، من خلال المتخصصين بالتعامل مع المشكلات التي تعوق الطفل أو قد تعوقه في المستقبل في تحقيق ذاته أو قدرته على التكيف مع نفسه أو مع الآخرين من حوله، بحيث يؤدي هذا التدخل في النهاية إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية لتحقيق أفضل توافق ممكن. (عبد المنعم، 2008، 49)؛ (Rappley, 2005)

كما تناولت الدراسات الحديثة مدى أهمية التدخل المبكر *Early Intervention* لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، حيث أنه يساهم في تحسين كافة جوانب النمو المختلفة، وبصفة خاصة فإن التدخل المبكر لتنمية اللغة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة له أهمية كبيرة في تقليل مخاطر تنامي المشكلات السلوكية والأكاديمية والاجتماعية في المراحل العمرية التالية.

(Adams, C., 2003)؛ (Ladwig, 2003)؛ (Feil, et al, 2016, 95- 106)

ويكمن الهدف من تنمية اللغة لدى الأطفال ذوي اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه في مرحلة ما قبل المدرسة ليس لزيادة وتحسين المفردات والمهارات اللغوية لديهم فحسب بل يتضمن مواجهة مشكلات التوافق الاجتماعي *social adjustment*، وتحسين مهارات الفهم وللتحدث والتواصل *Talking, Comprehension And Communication Skills*، والمهارات قبل الأكاديمية لدى هؤلاء الأطفال (2003، سيدني وولكر، 2003)؛ (McInnes, et al (الكيلاني، 2012، 123) كما يهدف التدخل المبكر إلى تحسين متوسط النمو المعرفي واللغوي والأكاديمي للطفل *cognitive, linguistic*

and Academic Development ، فكلما كان التدخل مبكراً كانت الفائدة أكبر ولاسيما إذا تعاونت الأسرة. (Guralnick, Michael J., 1997)

وتمثل اللغة نظاماً من الرموز يتواصل به أعضاء جماعة من الجماعات ، ويتعلم الطفل لغة الجماعة بشكل طبيعي مثلما يتعلم المشي ، وتخضع اللغة في ذلك لعملية نمو في كل من الجانب الجسمي ، والعقلي ، والاجتماعي ، والانفعالي ، ومع نمو اللغة عند الطفل تنمو لديه عمليات التواصل (اللفظي والاجتماعي ، والعمليات العقلية والمعرفية ؛ كالإحساس والإدراك ، والذاكرة. (بطرس ، 1996 ، 27)

وتنقسم المهارات اللغوية إلى أربع مهارات هي الاستماع ، والتحدث ، والقراءة ، والكتابة ، وتعتبر مرحلة ما قبل المدرسة أهم المراحل من حيث إعداد الطفل لهذه المهارات ؛ وذلك عن طريق إكسابه مجموعة من المهارات المتصلة والمنتظمة تسمى بمهارات التهيئة اللغوية وحقيقة الأمر أن جميع المهارات اللغوية متداخلة ومتشابكة ، وأي مهارة يكتسبها الطفل تساعده على اكتساب المهارات الأخرى ، فالطفل من خلال الحوار والتحدث والاستماع يكتسب مفردات جديدة ، قد تكون أسماء لأشياء يرى صورها، ويقارن الصورة بالاسم المكتوب الدال عليها ، ويميز بين الأشكال بصريا، ويدرك التشابه والاختلاف في الصورة والصوت واللفظ والكلمة المطبوعة ، وكلها مهارات تدخل في عمليات اكتساب الطفل للقراءة. (الناشف ، 1991 ، 5) كما يشمل تطور اللغة عند الطفل حجم المفردات التي يمتلكها عبر مراحل النمو المختلفة والمهارات اللغوية *linguistic skills* لوظائف جهاز الكلام ودرجة الوصول إلى القدرة علي التعبير اللفظي والكتابي. وتتخذ اللغة مساراً خلال تطورها وقد يعوق ذلك المسار عوائق مختلفة قد تؤدي إلى إعاقة أو تأخير نمو اللغة وعادة ما يرجع ذلك إلى مشكلات تتعلق بالجهاز السمعي أو جهاز النطق أو إصابات الدماغ *Brain injuries* لدى الطفل . (Lewis, 2003 ,391)

وتعد الاضطرابات اللغوية من المشكلات الشائعة لدى الأطفال خاصة في سن ما قبل المدرسة فاللغة أساس التواصل بين الفرد والبيئة وأي اضطراب يحدث في هذا التواصل حتماً يؤثر في جميع الجوانب النمائية للطفل (عبد الله، 2002 ، 67) (Julie; Lewis, E.2014)؛ وحينما يعاني بعض الأطفال من تأخر النمو اللغوي، فقد يؤثر ذلك بصورة سلبية في جوانب النمو لديهم مثل الجانب الاجتماعي والانفعالي والمعرفي واللغوي ومعاناتهم من صعوبات التعلم والفهم والاستماع داخل الفصول الدراسية أو خارجها مما يؤدي إلى صعوبة التواصل بينهم وبين معلمهم وأقرانهم ، وبصورة عامة وجد أن تأخر النمو اللغوي لدى الأطفال يهدد النمو الطبيعي لديهم في مرحلة ما قبل المدرسة، ويكون ذلك بسبب التشخيص المتأخر والتدخل المتأخر، ووجود فترة طويلة تفصل بين التشخيص والتدخل. (الشخص والتهامي، 2010 ، 191).

وتتعدد أنواع اضطرابات اللغة فمنها عدم القدرة على التعبير أو القراءة أو الكتابة أو الحبسة الكلامية أو التأخر اللغوي وتتمثل في عدم مقدرة الطفل على استعمال الرموز اللغوية أو القيام بعملية التجريد اللغوي (William; Orlee, 2003, 197) وأيضاً فالاضطراب اللغوي قد يكون في جانب فهم اللغة والتعليمات الشفهية أي في الجانب الاستقبالي من اللغة وقد يكون في جانب إنتاج اللغة والقدرة على التعبير اللغوي، وقد يشمل كل من الجانبين معاً. وعند الحديث عن اضطراب اللغة التعبيري فقد يكون شاملاً لجميع المظاهر التعبيرية، أي يشمل القدرة على تكوين الكلمات واستخدام القواعد الصوتية واستخدام قواعد النحو والصرف والقدرة على استعمال اللغة واستخدامها بشكل صحيح. (الشخص، 2013، 68) وهناك اختلاف بين اضطراب اللغة واضطراب الكلام أو نطق الأصوات اللغوية، فقد يمتلك الطفل قدرات لغوية عادية إلا أنه يعاني من صعوبة أو عسر في النطق، أي أن اضطرابات النطق شيء مختلف عن الاضطرابات اللغوية من ناحية الأسباب والمظاهر، والتعامل معها من ناحية التقييم والعلاج يختلف كذلك بشكل جذري عن الاضطرابات اللغوية. ومنبع هذا الاختلاف هو الاختلاف الحاصل بين اللغة والكلام فاللغة هي قدرة ذهنية مكتسبة يتواصل بها الفرد مع الآخرين، وهي مجموعة من المعارف والتي تشمل المعاني والمفردات والقواعد التي تنظمها أو تضبطها، وهذه اللغة تتولد في ذهن الفرد وتمكنه من إنتاج وفهم العبارات والجمل المسموعة أو المكتوبة، بينما الكلام ما هو إلا حركة أعضاء النطق في إنتاج الأصوات اللغوية، أي إنها رموز منطوقة نتيجة حركة أعضاء النطق والكلام وسيلة تعبير عن اللغة، وهناك وسائل تعبير أخرى غير كلامية مثل الكتابة وإشارة اليد ولغة الجسم، وغير ذلك من وسائل التعبير. (باطلة، 2008، 63).

ونظراً لما أشارت إليه العديد من الدراسات السابقة إلى وجود علاقة ارتباطية بين فرط النشاط ونقص الانتباه والتأخر اللغوي لدى الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة (McInnes, et al2003) والحاجة الملحة إلى التدخل المبكر بهدف ضبط سلوك الأطفال المتأخرين لغوياً ذوى النشاط الزائد ونقص الانتباه وتحسين قدرتهم على الانتباه تسعى الدراسة الحالية من خلال محتوى الجلسات العلاجية للبرنامج التدريبي الذي يتضمن بعض الأنشطة التي تهدف لتنمية القدرة على التركيز والانتباه لدى هؤلاء الأطفال إلى مما يتيح الفرصة لإكسابهم المهارات اللغوية بصورة أفضل من خلال الاستفادة من جلسات البرنامج العلاجي.

مشكلة الدراسة:

يؤدي النشاط الزائد ونقص الانتباه إلى عجز الطفل عن اكتساب مفاهيم ومفردات لغوية جديدة ومن ثم تدنى مهارات التواصل اللفظي، ويمثل شريحة الأطفال المصابين بالنشاط الزائد ونقص الانتباه 8 - 10 % من الأطفال قبل سن السابعة ومن 30 - 50% من إجمالي الأطفال المترددين على العيادات النفسية (النجار، 2011 ، 65) كما تتراوح نسبة انتشار حالات تأخر نمو اللغة ما بين (3-5%) من مجموع الأطفال المترددين على العيادات النفسية. (susanna,s ,2009,193-196) وتمثل (20-25%) من اضطرابات اللغة والكلام والصوت لدى الأطفال بصفة عامة ، كما تشيع تلك الحالات بين عمر (3-5) سنوات. (الهورنة، 2012، 81) وتتفاقم حالة النشاط الزائد ونقص الانتباه لدى الطفل مما يؤدي إلى مزيد من التأخر اللغوي لديه ومن ثم تدنى الأداء الأكاديمي لديه والفشل دراسياً عند الحاقه بالمدرسة .

(Dupaul ,2001);(Bruce,2006);(Geurts;Embrechts,2008);
(Feldman,2014); (Feil,et al,2016)

و يؤثر النشاط الزائد بما يُصاحبه من نقص الانتباه سلباً علي العديد من جوانب النمو لدى الأطفال الذين يهدرون طاقاتهم في حركات عديمة الجدوى ، فتتضاءل قدرتهم على التركيز ولا يجدون وقتاً للتعلم ، مما يعرقل نمو مهاراتهم المعرفية واللغوية *Campbell, (Lieveld, 2007) cognitive and linguistics skills* ، (2000). كما يمكن أن يؤدي هذا الاضطراب إلى سوء التكيف الاجتماعي والمهني مستقبلاً. (Jean ,m 2001, 27-28) .

ونظراً لقلّة الدراسات العربية التي تناولت علاقة تأخر نمو اللغة للأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه المُصاحب بالنشاط الزائد سعت الدراسة الحالية إلى التدخل المُبكر لعلاج تأخر النمو اللغوي لدى هؤلاء الأطفال، حيث يثير تأخر اللغوي والنطق مخاوف وقلق الوالدين، الذين غالباً ما يربطون بين القدرة على الكلام وذكاء الطفل ونبوغه ونظراً لما لتأخر نمو اللغة من مشكلات وجدانية واجتماعية وأكاديمية على الطفل ذو اضطراب نقص الانتباه المُصاحب بالنشاط الزائد، فهناك حاجة مُلحة تتطلب التدخل العلاجي المُبكر لتخفيف اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه ليسهل تدريبه لغوياً من خلال التلقين وتدريبه على النطق والتحدث بكلمات يفهمها وتعبيره عن ذاته تعبيراً لفظياً سليماً من خلال إكسابه العديد من المفردات اللغوية باستخدام البرنامج التدريبي القائم على العديد من الأساليب العلاجية.

لذا تسعى الدراسة الحالية للإجابة عن التساؤلات التالية:

- 1- ما مدى فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في تخفيف حدة النشاط الزائد لدى عينة من الأطفال ذوي النشاط الزائد ونقص الانتباه للمتأخرين لغوياً ؟
- 2- هل يمتد تأثير البرنامج - إن وُجد في التخفيف من حدة اضطراب النشاط الزائد عينة من الأطفال ذوي النشاط الزائد ونقص الانتباه للمتأخرين لغوياً بانتهاء فترة المتابعة ؟
- 3- ما مدى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال ذوي النشاط الزائد ونقص الانتباه للمتأخرين لغوياً ؟
- 4- هل يمتد تأثير البرنامج التدريبي - إن وُجد في تنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال ذوي النشاط الزائد ونقص الانتباه للمتأخرين لغوياً بانتهاء فترة المتابعة ؟

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من مدى فعالية برنامج تدريبي في تحسين بعض المهارات اللغوية لدى الأطفال المتأخرين لغوياً ذوي اضطراب تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد.

أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة الحالية في الاعتبارات التالية:

- 1- أن المشكلات اللغوية تُعد من أهم المشكلات التي تواجه الأطفال ذوي اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه ومن ثم يساعد التدخل المبكر في تحسين السلوك الايجابي في سلوك هؤلاء الأطفال وإكسابهم بعض المهارات اللغوية.
- 2- تنتمي الدراسة الحالية إلى المنحى الإيجابي ممثلاً في التدخل المبكر والذي يهتم بتناول الطفل خلال السنوات الست الأولى من عمره نظراً لأهمية تلك المرحلة وفعاليتها في تنمية النمو اللغوي لديه بهدف تعديل السلوك المضطرب وبناء السلوك الايجابي لديه .
- 3- قلة الدراسات العربية التي اهتمت بالتدخل العلاجي المناسب لخفض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال المتأخرين لغوياً كما أهملت الدراسات تلك الفئة من الأطفال.
- 4- مساعدة القائمين علي رعاية الأطفال المتأخرين لغوياً وتدريبهم علي استخدام استراتيجيات لخفض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد من خلال فنيات التدخل المبكر المختلفة وأيضاً تنمية اللغة لدى هؤلاء الأطفال.

مصطلحات الدراسة:

- المهارة اللغوية: *language skill* -

- التعريف الإجرائي للمهارة اللغوية لدى الطفل هو مدى قدرة الطفل علي فهم الكلمات المنطوقة والتعبير عن أفكاره والأشياء التي يطلب منه تفسيرها في كلمات منطوقة، وإكمال جمل متجانسة في تركيبها اللغوي، ويتم قياس تلك المهارات من خلال المقياس المُستخدم في الدراسة.

- التأخر اللغوي: *language delay* -

-التعريف الإجرائي للطفل المتأخر لغوياً *The child with delay of language* : ويُعرف بوصفه نقص الحصيلّة اللغوية لدى الطفل أو في الصعوبات التحولية التي تحول بين الطفل وبين أن يعبر عن نفسه، وكذلك بالنسبة لأقرانه ممن هم في مستوي عمره، يتم تشخيصه من خلال استمارة دراسة الحالة المُستخدمة في الدراسة.

- اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه *Hyperactivity And Attention Deficit* :

- التعريف الإجرائي للطفل ذو النشاط الزائد ونقص الانتباه:

هو ذلك الطفل الذي يعاني من حالة مرضية تتضح من خلال النشاط العضوي المفرط وأسلوب حركي قهري يظهر في صورة حركات جسدية متتالية سريعة ، يصاحبها تدنى القدرة على التركيز والاندفاعية المفرطة في الاستجابة ، ويعبر عن شدة الاضطراب من خلال درجة الطفل التي يحصل عليها باستخدام مقياس الدراسة لتشخيص اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه .

الإطار النظري للدراسة:

ويشمل محاور المتغيرات المُستخدمة في الدراسة ومنها:

1- التدخل المُبكر *Early Intervention* : يُعرف التدخل المُبكر بأنه نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية التي تُقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن ست سنوات، لمن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة. (بحي وعبيد، 2005، 190).

كما يُعرف التدخل المُبكر هو تقديم خدمات منوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة. (Agnew,2004,21-25) ;(الخطيب والحديدي، 2009، 67)

ويُعرف أيضا بأنه عملية التعليم مع الأطفال قبل بدء المرحلة الأولى من التعليم المدرسي التقليدي مما يساهم في التعلم الذي يأتي فيما بعد بالنسبة للأطفال الصغار الذين

يعتقد تعرضهم لخطر مواجهة الإصابة بالإعاقة أو صعوبة في التعلم، أو الذين تم التعرف علي بعض المشكلات التي يعانون منها ويمكن تطبيقها منذ الميلاد بحيث تؤكد عملية التدخل الوقائي المانع. (الشخص، 2010، 154).

وهو مجموعة الخدمات المقدمة للأطفال ممن يعانون من إعاقة أو تأخر نمائى وتقديم البرامج الفاعلة والخدمات المناسبة لحالته للعمل على زيادة كفاءته وقدراته .

(اللالا ؛ قعدان ، 2014 ، 29)

ومن خلال تعريفات التدخل المبكر يمكن ملاحظة أهم ما يميزه: أنها عملية تبدأ من الولادة ولا تتجاوز سن السادسة، ويكون موجهاً للطفل أو للأسرة أو للمعلم كلاً علي حدة أو الجميع، أي أن التدخل المبكر غير قاصر علي الطفل فقط كما يعتقد البعض ويقوم به فريق من المتخصصين .

– أهمية التدخل المبكر ومبرراته. تُعد السنوات الأولى في حياة الأطفال الذين لا يقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات لفرص ضائعة ينبغي عدم حرمان الطفل منها والعمل على تأهيله وتعليمه وعلاجه مبكراً. (Adams, C., 2003) ويُعد تعلم الإنسان في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم خلال مراحل تالية حيث يكون التعلم أكثر بقاء ويقاوم النسيان. (Tomlin, 2002)

كما يسهم التدخل المبكر في توعية الآباء بأساليب التنشئة السوية حتى لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة فالاستعانة بالأخصائيين يجعل عملية التدخل متكاملة مترابطة بناءة. (Bruder, 2000, 105-115) كما يُعد التدخل المبكر الاهتمام بالبيئة ودوره الفعال في إكساب الطفل السلوك الإيجابي وتعديل السلوك السلبي والحفاظ عليه. (Julie ;Lewis.2014,337) ويُعد التدخل المبكر جهد مثمر واقتصادي حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة . (صابر وآخرون، 2010، 46-47).

أنواع برامج التدخل المبكر:

– البرامج الوقائية *Preventive Programs*، وهي البرامج التي تعمل علي منع المشكلات المحتملة وتزداد فعالية البرامج الوقائية كلما بدأت مبكراً .

–البرامج العلاجية *Remedial Programs* وترتكز على الاهتمام بجانب العجز لدى الفرد من خلال التعليم أو التدريب فقد تتمثل في تعليم الشخص الذي يعاني من عجز في جانب ما، المهارات الأساسية اللازمة لتحقيق استقلالته.

- البرامج التعويضية *Compensatory programs* وتهدف إلى مساعدة الفرد الذي يعاني من عجز ما علي التعويض عن هذا الجانب من خلال مساعدته علي تعلم استخدام مهارة بديلة أو أداة بديلة (عبد الحميد وسليمان، 2008، 16-17).

وقد استعانت الدراسة الحالية بالبرامج العلاجية لأنها تتفق مع أهدافها حيث تم استخدام برنامج تدريبي قائم علي التدخل المبكر في تخفيف حدة النشاط الزائد لما له من آثار إيجابية في أثره في تنمية اللغة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً .

التدخل المبكر للأطفال المتأخر لغوياً: يسعى التدخل المبكر إلى توفير بيئة مناسبة، ومهياة بالوسائل والأدوات التي تساعد علي تسهيل التواصل لدى الأطفال الذين يعانون من تأخر النمو اللغوي. (اللالا؛ قعدان ، 2014، 36) ويحتاج إنشاء مواقف التواصل التي تساعد علي النمو اللغوي إلى إعداد وتهيئة وتنظيم ودعم في صور متنوعة في شكل نص مكتوب وإشارات يدوية ورموز مجسمة وكروت مُصورة وابتكار مواقف للعب الدور والمناقشات الجماعية والتغذية الراجعة أثناء التواصل، وتهيئة الفرص للأطفال للمرور بخبرات التواصل الفعالة وتوفير برامج تساعد علي التواصل اللفظي من خلال المحادثات، وتحسين مهارات الإدراك، والذاكرة السمعية والبصرية وتوفير النماذج اللغوية الصحيحة وتحسين المهارات قبل الأكاديمية.

المبادئ التي يجب مراعاتها خلال التدخل المبكر لعلاج الأطفال المتأخرين لغوياً ومنها :

- استخدام الأنشطة المتنوعة التي تعمل علي تحسين الجوانب التي يعاني الأطفال من تأخر فيها، مع مراعاة أن تكون هذه الأنشطة ممتعة، وجذابة بحيث تستحوذ علي انتباه الأطفال وذلك لتنمية القدرة على الانتباه وتحسينه . والتركيز علي المهارات التي يستطيع الطفل إنجازها والنجاح فيها أولاً مع استبعاد المهارات غير الضرورية.

- تحليل المهام، يجب تعليم الأطفال المهام المطلوبة خطوة خطوة، حتى يتمكنوا من أدائها والنجاح فيها. ومساعدة الوالدين، وتوجيههم، وإكسابهم القواعد، والمفاهيم الخاصة بالأهداف التي يريد المعالج تحقيقها.

- وحث الوالدين علي تهيئة البيئة المنزلية التي تساعد في إظهار التحسن المطلوب وإتاحة الفرصة للتواصل مع المعلمين، والأقران من خلال الأنشطة المتنوعة . وتجنب تدريب الطفل خلال الأوقات غير المجدية والتي يشعر فيها بالإحباط . (الشخص والتهامي، 2010، 192-193) وبذلك يتضح أهمية برامج التدخل المبكر للطفل حيث إن هذه البرامج تساعد الطفل المتأخر لغوياً كما تساعد الأسرة علي تهيئة البيئة المناسبة للطفل وكيفية التعامل معه كما تساعد الأخصائي أو

المعلم الذي يتعامل من الأطفال في ابتكار طرق وأساليب حديثة تساعده في علاج تأخر النمو اللغوي عند الطفل.

2- النشاط الزائد ونقص الانتباه:

تعريف اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه: تعددت تعريفات اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه تبعاً لمنظور الباحثين، حيث ارتكزت بعضها الجانب الوراثي الجيني، كما نجد من عرف الاضطراب وفقاً للجانب السلوكي الملاحظ، خاصة الحركات الجسمية وتشنت الانتباه، إلا أن معظم التعريفات تتكامل في تعريفها لهذا الاضطراب. ويُعرف اضطراب الانتباه في الموسوعة الفلسفية 1960 بأنه الاضطراب الذي يشمل كل من الشكل التلقائي الإرادي للانتباه ويدور حول الضعف في القدرة على تركيز العمليات العقلية في الاتجاه المطلوب، وعدم القدرة على التأثير بالأحداث، وقصور في عدد الصور المتغيرة المنطبعة في الذهن. (كامل، 2003، 46)

ويُعرفه *Barkley (1990)* في نظريته عن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد على أنه اضطراب في صنع الاستجابة للوظائف التنفيذية قد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات، وعجز في القدرة على تنظيم السلوك تجاه الأهداف الحاضرة والمستقبلية مع عدم ملاءمة السلوك.

بينما يُعرف *Breggin (1991)* الأطفال ذوي فرط النشاط وقصور الانتباه بوصفهم أطفالاً يحظون باهتمام أكبر من جانب الآباء مما أدى لظهور علامات ذلك الاضطراب السلوكي.

كما يُعرف اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه بوصفه اضطراب عصبي سلوكي نمائي يوصف بأنه نقص دائم في الانتباه ونشاط حركي زائد، ويوصف على أنه اضطراب متعدد الأبعاد حيث يظهر الأطفال المصابين بهذا الاضطراب درجات متفاوتة في الصعوبة (*Chadd, 2004*).

ويشير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية *American psychiatric Association DSM4 (ApA)* إلى أن اضطراب فرط النشاط/قصور الانتباه *ADHD* أو ما يُعرف باضطراب عجز الانتباه واضطرابات السلوك المصدع أو المشوش *Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders* إلى أن الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد هم الذين لا ينجزون المهام بسرعة، ولا يستطيعون استيعاب التعليمات، ويخلطون بين المثبرات ويتصفون بتكرار الأخطاء، وبالاندفاعية مقارنة بمن هم في مثل عمرهم الزمني. (عبدالعزيز، 2012، 200)

العوامل المشتتة للانتباه:

تُعد ضعف القدرة على التركيز أو حصر الانتباه في المادة المراد دراستها وحفظها من أهم الاضطرابات الشائعة التي يعاني منها الأطفال أثناء التعلم أو استذكار الدروس، ويُقصد بحصر الانتباه تضيق مجاله لكي يمكن التركيز على الموضوع والحدث المنتبه إليه، بحيث تثبت بؤرة *Pocaliser* الحواس المستخدمة في هذا الموضوع بكل وعي وإدراك (عليما، 2009، 104)

أما التركيز فهو اصطلاح شائع يعني القدرة على التحكم في الانتباه، وخاصة القدرة على مقاومة التشتت، إن ضعف القدرة على التركيز يرجع إلى عدة عوامل مشتتة للانتباه، بعضها داخلي أو ذاتي، أي ترجع إلى الفرد ذاته، والبعض الآخر خارجي أي يرجع إلى البيئة.

أ- العوامل الذاتية: قد تكون هذه العوامل فيسيولوجية أو نفسية:

العوامل الفيسيولوجية:- كاضطرابات الأجهزة الجسمية مثل: اضطراب الجهاز التنفسي أو الهضمي أو الغدي (المليحي، 2004، 71:72) ، سوء التغذية أو عدم الانتظام في تناول وجبات الطعام .

ويشير بعض الباحثين أن اضطراب الجهازين العصبي والتنفسي مسؤول بوجه خاص عن كثير من حالات الشرود لدى الأطفال . (عليما ، 2009، 105)

- التعب والإرهاق والملل: فالتعب عبارة عن هبوط أو فقدان قابلية التنبه، أي أنه لا يمكن الجمع بين التعب والانتباه، إن فقدان قابلية التنبه من جهة، مع وجود شدة التنبه (كمحاولة المرء استخدام عقاقير طبية منبهة أو مكيفات مثلا)، يحدثان إرهاقا جسميا ونفسيا .

العوامل النفسية: أي العوامل التي تؤدي إلى الاضطراب النفسي بوجه عام، مثل:

- المشكلات النفسية والصراعات النفسية تستنفد قدرا كبيرا من الطاقة العصبية اللازمة لعملية الانتباه، مثال ذلك عقدة النقص أو الذنب أو الاضطهاد (المليحي، 2004، 72).

- الفشل في اصطفاء وتنقية المثيرات الهامة ومداومة التركيز عليها، واستبعاد ما عداها أثناء القيام بمختلف جوانب الموقف الذي يجذب انتباهه.

- تثبيت الانتباه: ويقصد به ثبات المتعلم على مثير معين لأنه يستهويه، أو عدم تمتعه بالمرونة الكافية لنقل انتباهه بين المثيرات المختلفة بسبب تعبه أو

إجهاده، وهو الأمر الذي يجعله لا يتابع عناصر الدرس المتتالية فلا يلم بطبيعتها الإجمالية فيحس بالعجز عن فهمها.

- الاندفاعية: أي عدم التروي في التعامل مع المثيرات، مما ينجم عنه سلوكيات كالرد السريع على السؤال قبل الانتباه إليه جيداً ومعرفة مضمونه، ما يوقع المتعلم في الخطأ، أو توهم الفهم والاستيعاب لجزء من الدرس ثم تحويل الانتباه إلى مثير آخر. (علميات ، 2009، 106)

العوامل الاجتماعية: وتشمل الأمور ذات الأهمية الخاصة بالنسبة للفرد كالمشكلات العائلية والمادية المرتبطة بالحرمان ، غياب الأمن . (المليحي، 2004، 73)

كما يرتبط الاضطراب بمدى شدة المعلم وقسوته ومدى ضعفه الأكاديمي ، وتدنى مهاراته وفشله في جذب انتباه الأطفال . (morgan;hall,1996)

العوامل البيئية: كالضوضاء أو سوء الإضاءة أو سوء التهوية وارتفاع درجة الحرارة ونسبة الرطوبة، هذه المؤثرات تؤدي إلى سرعة التعب وازدياد قابلية الفرد للتهيج وبالتالي إلى فقد القدرة على حصر الانتباه. يرتبط القدر على حصر الانتباه بالذكاء العام والعمر والخبرة والدوافع إليها، يمكن التغلب عليها إلا أن ذلك يحتاج إلى مجهود عظيم. (المليحي، 2004، 73)

يتضح مما سبق: أن النشاط الزائد ونقص الانتباه هو أحد الاضطرابات ذات المنشأ العصبي التي تظهر في مراحل النمو المبكرة يؤثر في الجوانب الشخصية والأكاديمية والاجتماعية للطفل وهو عبارة عن حركات جسمية عشوائية وغير مناسبة وتكون مصحوبة بضعف في التركيز. (Turnbull, Turnbull, Shank, & Smith, 2004) و أظهرت الأبحاث أن هنالك ثلاث أنواع فرعية يمكن تشخيصها حيث أظهرت الدراسة التي قام بها (Morgan, & Hall, 1996) أن الأطفال ذوي نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد المصابين بخصائص الاضطراب نقص الانتباه، والنشاط الحركي الزائد أظهروا أعراض أكثر من المشاكل السلوكية بالمقارنة بالأطفال الذين لديهم عرض أحادي ونقص الانتباه كما خلصت دراسة Bauermeister إلى أن الأسرة تتأثر بشكل أكبر إذا كان الطفل مصاب بالعرض الثنائي (Reina, 2003) .

ووفقاً لتقييم الجمعية الأمريكية للطب النفسي فإنه يوجد ثلاث أنواع فرعية من اضطراب النشاط الزائد ونقص.

النوع الأول: نقص الانتباه (*predominantly Inattentive*) وهو ما كان يطلق عليه ADD ويعاني الأطفال المصابين بهذا العرض بمشكلة في القدرة على التركيز والانتباه في غرفة الصف ويعانون من النسيان وسرعة التشويش عليهم

(Turnbull, at el, 2004). ويمكن تلخيص بعض خصائصهم والأعراض التي يعانون منها حسب ما ذكرتها . (Rief,2005) أ -سرعة تشتت الانتباه بأي مثير خارجي مثل الصوت أو الحركة مثل الصوت في البيئة المحيطة. - لا يعير انتباه عندما يتم التحدث مباشرة إليه. - صعوبة في تذكر وتأدية التعليمات. - صعوبة الحفاظ على الانتباه في المهمات ونشاطات اللعب - نسيان للنشاطات اليومية. - عدم إكمال المهام الأكاديمية حيث يحتاج العمل باستقلالية إلى درجة عالية من الانتباه.

النوع الثاني: النشاط الحركي الاندفاعي- (predominantly Hyperactive-Impulsive Type) ويشمل هذا النوع الأطفال الذين لا يستطيعون الجلوس بثبات ويتكلمون بكثرة ويعانون من عدم القدرة على اللعب بهدوء ويمكن تلخيص بعض خصائصهم والأعراض التي تبدو عليهم في الحركة الدائمة المتواصلة طوال اليوم حيث يترك المقعد في الصف الدراسي عندما يتوقع منه أن يكون جالساً في مقعده ولا يستطيع الجلوس بثبات ودائماً ما يقفز ويتحرك حول الكرسي أو يقف على الطاولة كما يتميز هؤلاء الأطفال بالطاقة العالية بمعنى حركة متسمرة لا يهدأ الطفل خلالها. ويجد الطفل صعوبة في المواقف التي تتطلب الانتظار والصبر.

(Turnbull, at el, 2004) ; (Rief,2005)

النوع الثالث: نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد: (Combined Type, ADHD): ويشمل الأطفال الذين لديهم نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد ويمكن القول أن أغلب الأطفال المضطربون ذوى (ADHD) لديهم كلا الاضطرابين وتقدر النسبة بحوالي % 85 من الأطفال من الأطفال الذين لديهم هذا العرض .

وبذلك يمكن إيجاز أهم أعراض التي تتضح لدى الطفل ذو اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه الحركة الدائمة المتواصلة طوال اليوم غير الهادفة والعجز عن الانتباه كذلك تأخر النمو اللغوي حيث يُعد التأخر اللغوي من أهم أعراض فرط الحركة ونقص الانتباه مما يوضح وجود علاقة ارتباطية بين النشاط الزائد وتأخر نمو اللغة عند الأطفال. (Agnew,2004,21-25) ; (Rief, 2005, 83)

علاج اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه: تبدأ أول خطوات العلاج للطفل الذي يعاني من تشتت الانتباه من المنزل حيث يجب على أهل توفير البيئة المناسبة الخالية من التفكك والمشاكل للطفل والابتعاد عن المشاجرات الأسرية وتجنب أسلوب التخويف لما يضعه في حاله من الاضطراب النفسي والخوف الشديد ويجب تقليل تناول الطفل من المحليات الصناعية لما لها أثر بالغ في زيادة نسبة النشاط الحركي الذي يزيد من نسبة تشتت الذهن، ويجب أن يتواجد بجانبه أحد البالغين في المنزل فيشعرونه بالأمان وعدم الخوف ويحثونه على تنظيم وقته من خلال وضع الضوابط الثابتة له وتدريبه على الالتزام

بالقوانين واحترامها. وعلي الرغم من تنوع الأساليب العلاجية المقترحة لعلاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد إلا أن الدراسات تبين أن أكثر الطرق العلاجية فاعلية لعلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير. (فتح الله، 2007، 193). ومن بين الأساليب التي يمكن إتباعها ما يلي:

- العلاج باستخدام العقاقير، إن إمكانية التأثير الدوائي للعقاقير تتمثل في تنشيط القشرة المخية للسيطرة علي مكونات ما تحت القشرة المخية وبالتالي تؤدي إلى خفض أعراض فرط النشاط الحركي واضطراب الانتباه (مصطفى، 2008، 193). وأظهرت الدراسات بشكل عام أن العقاقير ساهمت من خلال تقليل مستوي النشاط والإزعاج والفوضى والإزعاج والفوضى، وتشتت الانتباه وزيادة تركيزه (فتح الله، 2007، 193); (النجار، 2011، 84)

- العلاج النفسي: استعمال الأدوية والعقاقير غالباً لا يفي بالحاجة العلاجية والتحسن المرجو، علاوة على رفض الوالدين لتناول أطفالهم العقاقير الطبية النفسية خشية الاعتقاد عليها أو آثارها السلبية لذلك يجب أن يصحب العلاج بالأدوية العلاج النفسي ويشمل هذا الأخير الطرق التالية :

- العلاج بالاسترخاء: تتضمن هذه الطريقة استخدام الخيال بهدف مساعدة الأطفال علي تخيل مشاهد تبعث في نفوسهم الراحة أثناء الاسترخاء في دراسة قام بها كلاين ودفناشر" تم استخدام الاسترخاء العضلي لمعالجة النشاط الزائد لدى 24 طفلاً بنجاح (الزغلول، 2006، 123). كما أن العلاج بالاسترخاء يستند إلى افتراض مفاده " أن تدريب الطفل علي الاسترخاء يهدئ الطفل ويقلل من تشتته (القمش، 2007، 197).

- العلاج من خلال التدريس القائم علي برنامج التحكم الذاتي: يشمل البرنامج علي مجموعة من الجلسات يتم تدريس الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي خلالها علي التحكم الذاتي في مجموعة سلوكيات مستهدفة ومحددة وذلك بمتابعة وبتعاون كل من الأسرة في البيت والمعلم في المدرسة (مصطفى، 2008، 129).

- العلاج القائم علي ممارسة الأنشطة : ويتم تكليف الطفل بأداء مهام تتطلب الهدوء والتركيز ومن هذه الأنشطة: الرسم والتلوين ، تشكيل الصلصال - محاكاة بعض أعمال تقوم بها الأم أو الأب -تصنيف الأشكال الهندسية - سرد القصص ، حيث تساعد تلك الأنشطة على إطالة فترة تركيز الانتباه لدى الطفل.(النجار ، 2011، 85)

- العلاج السلوكي: من خلال تشجيع واستثارة أي سلوك منتج عند الطفل ومراقبة الطفل وهو يسلك بشكل مناسب، وعندما يبقي الطفل جالساً وهادئاً ومنتجاً ويكمل عمله يستطيع الأب أن يقول " كم هو جميل أن تجلس صامتاً ومنتبها". يجب تحديد الأهداف اليومية

للطفل وتشجيع جهود الطفل للوصول لتلك الأهداف وامتداح تلك الجهود (القمش، 2007، 199).

ومن أهم الأساليب التي يمكن الاستعانة بها خلال التدخل العلاجي:

- العلاج التربوي: يتطلب العلاج التربوي تحسين البيئة التربوية واستخدام أساليب المعاملة التي لا تزيد المشكلة استفحالا والاعتدال والمرونة في التفاعل وتوجيه النشاط الزائد وجهة بناءة ومعتدلة تحتاج إلى تركيز الانتباه مما يؤدي إلى ترشيده ويستخدم التعليم العلاجي "التدريس المطلق *Gentle teaching*" الذي يضمن تكوين علاقة وجدانية دافئة وصديقة وديمقراطية وعادلة، قائمة علي مساندة الطفل زائد النشاط ورعايته (زهران، 2005، 502).

-التعزيز الايجابي: ويعني تعزيز أي حدث يأتي بعد السلوك ويؤدي إلى الشعور بالارتياح أو الرضا، بمعززات إيجابية مثل الحلوى، والمأكولات والمشروبات المحببة، فإن هذا السلوك يقوي ويميل إلى التكرار أي أننا قد دعمنا السلوك وعملنا علي تقويته ليتكرر (عبد الباقي، 2001، 22)

- العلاج المعرفي: يشير منداجليو (1995) إلى أن العلاج المعرفي يعتبر من الأساليب المفيدة لهؤلاء الأطفال، حيث يتيح الفرصة للتحدث معهم بصراحة حول ما نتوقع منهم والمشكلات التي تواجههم والسبل لحلها، وإشراكهم في إعداد خطط معينة للأداء وذلك من خلال إكسابهم بعض المهارات المعرفية والتدريب عليها خلال مواقف حياتية مختلفة . (عبد الله، 2004، 231)

- يقوم الطالب بمقارنة تقييم أداءه بتقييم أداء المدرس كلما بلغ نقطة أعلى تحسب له نقطة على نظام تعزيز محدد مسبقاً ويقوم المدرس بالترج مع الطفل بإعطاء الطفل المسؤولية بمراقبة ذاته. (Leopold, et al , 2016)، (Feldman & Reiff, 2014) مما سبق يتضح للباحثين تنوع الأساليب العلاجية المقترحة للنشاط الزائد فمنها العلاج باستخدام العقاقير، والعلاج النفسي والعلاج السلوكي والعلاج التربوي، وقد استخدم الباحثان العلاج السلوكي بالإضافة للعلاج النفسي لأنه يتناسب مع أهداف الدراسة.

علاقة اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه بالتأخر اللغوي عند الأطفال:

يبدو على العديد من الأطفال الذين لديهم اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه في سن ما قبل المدرسة سلوكيات حركية نشطة تخلو من الراحة، وتغيرات كبيرة في المزاج ونوبات من الغضب، وإرهاق ناتج عن نقص النوم، كما يبدو معرضين للإحباط أكثر من غيرهم، وزمن الانتباه لديهم قصير جداً كما يظهر العديد من الأطفال في هذه المرحلة

العمرية مشكلات في اللغة والكلام ويصفون عادة بأن تصرفاتهم خرقاء، وتبدو مشكلاتهم اللغوية والنشاط الزائد أكثر وضوحا حين يكونون في مواقف ضمن مجموعات (ADHD2, 67, 2004) مما سبق يتضح العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عند الطفل وتأخر نمو اللغة لديه ، حيث يقلل من فرص تعلم الطفل مما يؤدي إلى تأخر الطفل في اكتساب اللغة وتنميتها من البيئة التي حوله ويجعله عرضه لتأخر اللغوي.

وتُعد جميع مراحل النمو اللغوي مترابطة ومتسلسلة ومنظمة في نسق متكامل كما أن أي خلل قد يصاحب أي مرحلة من المراحل حتما سيؤثر في المراحل التالية لها وقد يحدث تأخر لغوي عن المستوي الطبيعي لذا لا بد من الانتباه لهذه المراحل ودراستها والتركيز علي أهم خصائصها لأنها تطورية ونمائية وتتأثر بجميع جوانب النمو المختلفة.

العوامل المؤثرة في النمو اللغوي منها:

- الفروق الفردية عند الأطفال: واختلاف المعاملة الوالدية والبيئة وكذلك طبيعة التكوين البيولوجي للطفل، كذلك وجود عوامل أخرى تؤثر علي اكتساب اللغة عند الطفل ونظرا لاختلاف الوسط الاجتماعي من طفل لآخر نجد هناك فروق في اللغة.

-الجنس: نجد أن هناك فروقا فردية بين الجنسين لصالح الفتيات، فالفتيات أسرع اكتسابا للغة من الصبيان لكن بعد السنوات الخمس الأولى يتلاشي هذا التميز تدريجيا ويتعادل الطرفين في النمو اللغوي.

- الذكاء: يعتمد الذكاء علي سلامة الدماغ عند الفرد وبالتالي فان للذكاء ارتباطا بالنمو اللغوي وأثر عليه فالتأخر اللغوي لا يعني تأخر في الذكاء بل أن التأخر في الذكاء يستدعي تأخر في الكلام (أبو معال، 2002، 72).

- صحة الطفل: إذ أن الطفل الصحيح جسميا يكون أكثر نشاطا وقدرة علي اكتساب اللغة؛ إن مستوي الصحة لدى الأطفال يتدخل في مقدار اكتساب اللغة والسيطرة عليها، وتتعدد المجالات التي تتعلق بالصحة وتؤثر علي اللغة، فمنها الصحة النفسية، فإذا كان الطفل منحرفا من الناحية النفسية فان هذا الانحراف يظهر واضحا في ثروته اللغوية وطرق استخدامها.

- العلاقات الأسرية: إن وجود اضطرابات داخل أسرة في التواصل فيما بين أفرادها فمثل هذا الأمر سيعطل علي الطفل اكتساب اللغة من داخل أسرته فالأم في العمل وكذلك الأب والأخوة في دراستهم لا يجتمعون علي سفرة واحدة فمثل هذه الظروف تبقى الطفل في محصوله اللغوي البسيط حتى تأتيه فرص تواصل داخل الأسرة أو خارجها (غراب، 2007، 89-90).

التأخر اللغوي *Linguistic delay*: تعريف التأخر اللغوي: هو تأخر نمو اللغة عند الأطفال بصورة ملحوظة تتضح في تدنى كفاءة الحديث لدى الأطفال في مرحلة الطفولة. (98. Basavanna, 2000) وهو تأخر نمائي في النضج اللغوي يحدث متأخراً في المهارات اللغوية، يظهر في شكل لثغة وكلام طفولي، وأجنوزيا سمعية جبلية،. (كفاي وآخرون، 2009، 106)

يُعرف عدم قدرة الطفل علي تتبع المخطط والتسلسل الطبيعي لمراحل اكتساب اللغة، فإذا لم تنمو لغة الطفل - كما كان متوقعا لها حسب المخطط الطبيعي لنضوج اللغة (الهورانة، 2012، 81).

أسباب التأخر اللغوي:

أولاً: أسباب نفسية: الحرمان الأسري للطفل من شعوره بالانتماء وإعطائه الثقة بالنفس، الخوف المرضي لدى الأطفال يؤدي إلى عيوب في اللغة والنطق ونقص في الطلاقة والتعبير عن الذات، الإصابة بأحد الاضطرابات السيكومترية.

ثانياً: أسباب معرفية وعقلية: قد يعاني الطفل من خلل أو اضطراب في الإدراك، تشتت الانتباه والنشاط الزائد واضطرابات الذاكرة .

ثالثاً: الأسباب الاجتماعية: العزلة الاجتماعية للأطفال وتدنى المستوي الثقافي والاقتصادي للأسرة مما يقلل من المثيرات التي يتعرض لها الطفل كي تزيد من تميزه الإدراكي للأصوات والأسماء. (باطة، 2008، 82-89)

السمات العامة للطفل المتأخر لغوياً: يظهر الطفل المتأخر لغوياً مختلفاً عن الطفل الطبيعي من خلال بعض الجوانب، بحيث يصبح هذا الاختلاف صفات تميز الطفل المتأخر لغوياً عن غيره من الأطفال بما يلي: - يعاني الطفل من مشكلات اللغة التعبيرية وتظهر هذه المشكلات من خلال المؤشرات التالية: مقاومة الطفل للمشاركة في الحديث أو الإجابة عن الأسئلة، حيث يرفض الطفل الكلام عندما يطلب منه ذلك، الكلام الطفلي، المحدودية في عدد المفردات التي يستخدمها الطفل، وكذلك اقتصار إجاباته علي عدد معين من الأنماط الكلامية في كل كلامه، وعدم قدرة الطفل علي استغلال خبراته السابقة، بحيث يظهر كلامه متقطعاً.

- مشكلات اللغة الاستقبالية: وتظهر هذه المشكلات من خلال المؤشرات التالية: فشل الطفل في فهم الأوامر التي تلقي عليه بواسطة من يكبرونه سناً، وعجزه عن التعامل معها، - وصعوبة في فهم الكلمات المجردة "كبيرة، فراغ". - تبدو على الطفل علامات نقص الانتباه ويبدو للآخرين أنه لم يسمع ما يطلب إليه علماً أن

سمعه طبيعي كما قد يخلط الطفل في مفهوم الزمن، كأن يقول، ذهبنا إلى الحديقة غداً (قاسم، 2005، 56-59)

- السمات الاجتماعية والوجدانية: وتظهر هذه السمات من خلال المؤشرات التالية: - تبدو مشكلات في التعامل مع الأصدقاء فقد يظهر عدوانيا أو منعزلاً ويميل الطفل إلى مصادقة من هم أقل سناً.

- السمات الجسمية: يظهر الطفل المتأخر لغوياً بمظهر طبيعي، ولا يختلف عن الآخرين، غير أنه قد يعاني من مشكلات في نمو الأسنان أو من انشقاق الحلق "Cleft Palate"، وقد يعاني من الحساسية المفرطة في الجهاز التنفسي، وكذلك تعرضه للإصابة بنوبات برد متلاحقة، وقد يعاني من فقدان السمع أو إفراز اللعاب بشكل ملحوظ (مورتيير، 2004، 19).

علاج التأخر اللغوي: هناك مجموعة من التدريبات العلاجية التي تساعد الأطفال الذين يعانون من التأخر اللغوي الناتج عن الحرمان البيئي والذين لا يعانون من أي إعاقة سمعية أو عقلية ومن أهم هذه التدريبات العلاجية ما يلي: - التهيئة النفسية للطفل والتدريب الفسيولوجي لأعضاء الكلام والتدريب الحركي لعضلات الطفل .

- إكساب الطفل مضمون لغوي لتنمية قدرته علي فهم واستخدام الأشياء المحيطة به وتنمية قدرة الطفل علي التميز بين الألوان المختلفة والنطق بأسمائها , تنمية قدرة الطفل علي الإدراك والتمييز السمعي , تنمية قدرة الطفل علي فهم وتأدية الأوامر والتعبير عنها , تنمية قدرة الطفل علي فهم المفرد والجمع والتعبير عنها في المواقف المختلفة.

- إثراء حصيلة الطفل بجملة بسيطة والتعبير اللفظي عنها وذلك بالاستجابة إلى الآخرين استجابة لفظية مستخدماً التراكيب اللغوية التي تساعد علي اتصاله بالآخرين.(أمين، 2005، 68-69)

مما سبق يتضح أن هناك مجموعة من التدريبات والأنشطة تساعد الطفل المتأخر في نمو اللغة في تنمية اللغة لديه وقد استعانت الباحثتان بهذه التدريبات والأنشطة عند بناء البرنامج المستخدم في البحث.

ثانياً: دراسات سابقة.

وتنقسم إلى ثلاثة محاور هي (أ) دراسات تناولت التدخل المبكر لدى الأطفال المتأخرين لغوياً :

هدفت دراسة: Tomlin(2002) إلى التعرف علي فعالية برنامج التدخل المبكر لدى الأطفال المعاقين عقلياً مرحلة ما قبل المدرسة , تكونت عينة الدراسة, من (3) آباء لديهم أطفال معاقين عقلياً، يتراوح أعمار الآباء ما بين (35-45 سنة)، وعمر الأطفال ما بين (2-4) سنوات. توصلت الدراسة إلى أن التدخل المبكر من الآباء يُحسن من سلوك الأبناء، وإحداث توافق مع الآخرين، وفعالية التدخل المبكر في عملية دمج المعاقين والعاديين من خلال تنمية مهارات التواصل، وزيادة الحصيلة اللغوية لديهم .

وتناول كل من عليمات والفايز (2012) استقصاء فعالية برنامج تدريبي لغوي لتنمية مهارات اللغة الاستقبالية لدى الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية لدى عينة أردنية تكونت من (20) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (3-5) سنوات مُوزعين بالتساوي علي مجموعتين، مجموعة تجريبية وضابطة وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الاضطرابات اللغوية الاستقبالية، البرنامج، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في تنمية مهارات اللغة الاستقبالية لصالح الإناث .

وهدفت دراسة الجبة (2012) إلى الكشف المبكر عن المجالات اللغوية، والاجتماعية، والمعرفية، والحركية، والعناية الذاتية لدى كل من الأطفال ذوي التأخر اللغوي، والأطفال العاديين من عمر (3-6) سنوات باستخدام قائمة الشطب المنهجية (هيلب H.E.L.P) تناولت الدراسة عينه قوامها (24) طفلاً وطفلة من أطفال الروضة، وخلصت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الأطفال العاديين وذوي التأخر اللغوي في الجانب المعرفي واللغوي والمهارات الحركية الكبرى والصغرى والمهارات الاجتماعية لصالح الأطفال العاديين.

وأجرى الكرداوي (2015) دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج قائم علي التدخل المبكر للحد من اضطرابات قصور الانتباه المُصاحب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال وأثره في تحسين مهاراتهم الاجتماعية، وأستخدم المنهج شبه التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (4-6) سنوات من ذوي اضطراب قصور الانتباه المُصاحب بالنشاط الزائد واستعانت الدراسة بمقياس للنشاط الزائد ومقياس المهارات الاجتماعية وبرنامج التدخل المبكر (إعداد/ الباحثة). أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية برنامج التدخل المبكر في الحد من اضطراب قصور الانتباه المُصاحب بالنشاط الزائد لدى أطفال مجموعة التجريبية وتحسين العديد من مهاراتهم الاجتماعية المرتبطة باللعب والتعاون، والالتزام بالقواعد والتعليمات، ومهارات وآداب التعامل مع الآخرين.

تعقيب: تناولت الدراسات السابقة أهمية التدخل المبكر في تعديل السلوك والتوافق النفسي للأبناء وفعالية التدخل المبكر في علاج مشكلات التأخر اللغوي وتنمية المهارات اللغوية. (Tomlin, 2002); (عليجات والفايز, 2012) كما أضافت بعض الدراسات إمكانية تنمية المهارات الاجتماعية والحركية من خلال التدخل المبكر (الجبة , 2012) ; (الكرداوى , 2015) مما أفاد الدراسة الحالية في تناول متغيراتها والمرحلة العمرية للعينة (3: 5) سنوات , كما يتوقع فعالية البرنامج التدريبي والتدخل المبكر في تحسين الخصائص النفسية وتعديل السلوك الحركي لدى عينة الدراسة من الأطفال ذي النشاط الزائد ونقص الانتباه المتأخرين لغوياً وتحسين قدرتهم على الانتباه ومن ثم تنمية المهارات اللغوية لديهم .

(ب) - دراسات تناولت اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال المتأخرين لغوياً : دراسة: *McInnes, et al. (2003)* هدفت إلى دراسة العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عند الأطفال والاضطرابات اللغوية ، تكونت عينة الدراسة من (77) تلميذاً تتراوح أعمارهم بين 9-12 سنة ممن تم تشخيصهم بوصفهم لديهم *ADHD* فقط و(18) يعانون من *ADHD* وصعوبات لغوية, و(19) لديهم صعوبات لغوية بدون *ADHD*, و(19) آخرون لا توجد لديهم أية مشكلات . من أدوات الدراسة اختبار الاستماع والفهم واختبار الأخطاء في قطع للقراءة. أشارت نتائج اختبار الاستماع مع الفهم إلى أن جميع الأطفال الذين لديهم *ADHD* في عينة الدراسة كان أدائهم أقل من الأطفال في المجموعة الضابطة من حيث القدرة على الاستماع , إلا أنهم كانوا يظهرون أداء مقارب للعاديين وأفضل من الطلاب الذين لديهم مشكلات لغوية فقط أو *ADHD* مصاحب بمشكلات لغوية حيث توجه لهم. وأظهرت الدراسة أن هناك علاقة طردية بين اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والمشكلات اللغوية , كما توجد علاقة طردية بين ضعف مهارات الاستيعاب في المراحل الدراسية الأولى وتأثيرها على التحصيل الأكاديمي المتدني في المراحل الدراسية اللاحقة.

وهدفت دراسة الحكمي (2008) إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي مقترح في خفض اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بالمرحلة الابتدائية. وتكونت عينة الدراسة من 42 تلميذاً من ذوي صعوبات التعلم تمتد أعمارهم بين (11 - 13) سنة، من تلاميذ مدرسة الخليل الأهلية ومدرسة الجيل الأهلية بمحافظة الطائف. وقد بينت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي العلاجي التدريبي في خفض النشاط الزائد لدى التلاميذ وعلاج جوانب اضطرابات الانتباه لديهم، كما تبين من النتائج بأن البرامج التعليمية المعد لها إعداداً جيداً تؤدي إلى التحسن في عملية التعلم.

وفي دراسة أجراها *Jones, et al (2008)* هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لزيادة مستوى معرفة المعلمين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

وتكونت عينة الدراسة من (129) معلماً ، تم تقسيمهم علي مجموعتين. استعانت الدراسة، بمقياس معرفة المعلمين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والبرنامج التدريبي، و أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة في مستوي معرفة المعلمين باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لصالح المجموعة التجريبية. في حين هدفت دراسة (2011) ، *Graeper* إلى الكشف عن فاعلية ورشة تدريبية للمعلمين في مجال اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وعلاقتها ببعض المتغيرات، تكونت عينة الدراسة من (35) معلماً من مدينة نيويورك واستعانت الدراسة بمقياس مدى وعي المعلمين بالاضطراب، ومقياس ضغوط التدريس، ومقياس الكفاءة التدريسية، ومقياس مدي قبول المعلمين للتدخلات السلوكية وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة في مستوي معرفة المعلمين بالاضطراب لصالح المجموعة التجريبية، وعدم وجود فروق ذات دلالة فيما يتعلق بالكفاءة التدريسية للمعلمين المتعلقة بإدارة السلوك الصفي، وضغوط التدريس، أو في مستوي قبول المعلمين لاستراتيجيات تعديل السلوك قبل ورشة التدريبية وبعدها.

وتناول لحمري (2015) دراسة هدفت إلى بحث مدي فعالية برنامج علاجي قائم علي أسلوب التعزيز والنمذجة في خفض مستوي اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه لدى عينة من التلاميذ ذوي الذكاء الاجتماعي الذين يعانون من اضطراب النشاط الحركي الزائد ونقص الانتباه وتأثيره علي تحصيلهم الدراسي، وتكونت عينة الدراسة من 6 تلاميذ وأظهرت الدراسة فعالية البرنامج في خفض مستوي النشاط الحركي الزائد، كما ساهم البرنامج في الرفع من مستوي تحصيلهم الدراسي.

كما سعت دراسة الزعبي والقحطاني (2015) إلى التعرف على أثر التعزيز الرمزي في خفض مظاهر اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم. تكونت عينة الدراسة من (17) طالباً بمدارس نجران بالمملكة العربية السعودية، قُسموا عشوائياً إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية تمت ملاحظة مظاهر اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد باستخدام بطاقة للملاحظة السلوكية وتلقى أفراد المجموعة التجريبية التدريس بأسلوب التعزيز الرمزي لمدة سبعة أسابيع، في حين تم تدريس المجموعة الضابطة بالطرق التقليدية أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية التعزيز الرمزي في تعديل سلوك طلاب المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة .

تعقيب : من خلال استعراض المحور السابق من الدراسات التي تناولت علاقة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بالتأخر اللغوي والتحصيل الأكاديمي والتي أشارت الدراسات إلى أهمية دور المعلم في تنامي الاضطراب وأحد الأسباب التي قد تؤدي إلى تفاقمه أحياناً في حالة عدم وعيه بماهية الاضطراب أشارت بعض الدراسات إلى أهمية

توعية المعلم بالتعامل مع الاضطراب. (الحكمي 2008) ; (Jones, et al,2008)
(Mclmnes et al,2003) ;

ونظراً لما خلصت إليه تلك الدراسات من أهمية بعض الأساليب السلوكية كالتعزيز والنمذجة في علاج اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه. فقد استعانت الدراسة الحالية بتلك الأساليب من خلال البرنامج التدريبي. (الزعيبي والقحطاني،2015)؛(الحصري،2015)
(Graeper,2011) ; (

(ج) - دراسات تناولت تنمية اللغة لدى الأطفال المتأخرين لغوياً :

دراسة: (Justice (2003) وهدفت إلى تصميم برنامج للنهوض بمستوى تعليم القراءة والكتابة ومهارات اللغة الشفهية برياض الأطفال.تكونت أدوات الدراسة من ، - البرنامج التعليمي،اختبار المهارات اللغوية (القراءة ، والكتابة، والتعبير الشفوي)، وتم بناء الاختبار بحيث يقيس مهارات القراءة والكتابة والتعبير الشفوي ، وطبق على ثلاث مراحل ، وقد صمم الاختبار ليقاس قدرة الأطفال على كتابة أسمائهم ، والتعبير الشفوي لتدريب الأطفال على تكوين جمل واستغرق تطبيق البرنامج لمدة (12) أسبوعاً حيث تلقت المجموعة التجريبية البرنامج العلاجي ، والذي اشتمل على مجموعة من الأنشطة لتحسين اللغة منها :خيال الظل بالأصابع وأنشطة لتنمية العضلات ، الدقيقة والكبيرة ، والأنشطة الفنية والحركية الموجهة ، وتوفير الخبرات التفاعلية للأطفال من خلال مواقف الدراما المختلفة، أسفرت النتائج عن تحسن ملحوظ في مهارات اللغة الشفهية والقراءة والكتابة لصالح المجموعة التجريبية.

ومن خلال دراسة أجراها (Agnew, et al(2004) تناولت قياس أثر التدريب المكثف من خلال برنامج لغوي علاجي علي عملية المعالجة السمعية ومهارة القراءة، استخدم المنهج التجريبي، تكونت عينة الدراسة من (7) أطفال، وتم قياس قدرة الأطفال علي الحكم بدقة علي مثيرات سمعية وبصرية وذلك قبل وبعد إخضاعهم لبرنامج لغوي علاجي مكثف لتحسين مهاراتهم المرتبطة باللغة، وقد أظهرت النتائج ، أن الأطفال أظهروا تحسناً ملحوظاً في عملية المعالجة السمعية بعد التدخل العلاجي، في حين لم يلاحظ تحسناً مشابهاً في المجال البصري.

كما تناول (Mcneil & Fowler (2009) هدفت إلى معرفة أثر قراءة القصص لتحسين الأداء اللغوي للأطفال المصابين بتأخر اللغة، حيث تم تعليم خمس أمهات للأطفال ما قبل المدرسة المصابين بتأخر اللغة لبعض المهارات بهدف تشجيع الأطفال للمشاركة لفظياً في قراءة القصص، وتستخدم الأم في القراءة المدح والتوسع في وقت واحد مع إجراءات التدريب علي استراتيجية قراءة القصص، وأظهرت هذه الدراسة نتائج إيجابية من حيث زيادة الحصيلة اللغوية وطول الجمل لدى الأطفال المصابين بتأخر اللغة.

وهدفت دراسة أبو شعبان (2010) إلى بيان مدى فاعلية العلاج باللعب في تنمية اللغة لدى الأطفال المضطربين لغوياً . تكونت عينة الدراسة من 16 طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم من (4-6) سنوات ممن يعانون من الاضطراب اللغوي. استعانت الدراسة بمقياس الاستيعاب اللغوي وبطاقة الملاحظة والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحثة) وقد أسفرت النتائج إلى فاعلية العلاج باللعب في تنمية اللغة لدى الأطفال المضطربين لغوياً .

وتناول أحمد وآخرون (2013) دراسة هدفت إلى تعرف فاعلية برنامج تدريبي باستخدام بعض الوسائط المتعددة والتقليدية للتخفيف من بعض عيوب النطق لدى عينة من الأطفال المتأخرين لغوياً في مرحلة ما قبل المدرسة تناولت الدراسة عينة قوامها 30 طفلاً وطفلة مرحلة ما قبل المدرسة ممن يعانون من بعض اضطرابات النطق وتأخر النمو اللغوي، 4-6 أعوام، ثم تقسيمهم إلى مجموعتين واستعانت الدراسة، باختبار رسم الرجل لقياس معامل الذكاء ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة ، واستمارة بيانات شخصية للطفل المتأخر لغوياً ومقياس اضطرابات النطق وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج التدريبي باستخدام الوسائط المتعددة والتقليدية للحد من عيوب النطق وتنمية الحصيلة اللغوية لدى الأطفال المتأخرين لغوياً في مرحلة ما قبل المدرسة.

كما هدفت دراسة الهورانة (2012) إلى معرفة المتغيرات المرتبطة في تأخر نمو اللغة لدى أطفال الروضة، مثل، "المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة، الذكاء، الجنس، حجم الأسرة، المخاوف، الترتيب الميلاي". واستخدم المنهج الوصفي . تكونت عينة الدراسة من 100 طفل وطفلة من أطفال الروضة ، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (4-6) سنوات الدراسة ، وقد أشارت النتائج إلى ما يلي كلما انخفض المستوى الثقافي والاقتصادي والاجتماعي للأسرة ازداد تأخر نمو اللغة لدى الأطفال. كذلك كلما انخفض الذكاء وزادت مخاوف الطفل ازداد تأخر نمو اللغة لدى الأطفال. كما تتميز لغة الطفل المتأخر في نمو اللغة بالإجابات المقتضبة غير المفصلة، وقصر طول الجملة، وقلة عدد المفردات " قلة الحصيلة اللغوية"، وعدم وجود الكفاءة التواصلية، وقلة استخدام الأسماء.

وتناولت دراسة : *Jacob, et al (2015)* تأهيل الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية ومشكلات التواصل والمشكلات الأكاديمية ، لتفعيل وتحسين كفاءة عملية الدمج من خلال التدخل العلاجي المبكر حيث أكدت الدراسة فعالية التدخل المبكر في تحسين قدرة هؤلاء الأطفال على الفهم *Comprehension* ، الطلاقة *Fluency* ، القدرة على التعبير *Articulation Morphology* ومن ثم فعالية التدخل المبكر في علاج حالات التأخر اللغوي لدى الأطفال المتأخرون لغوياً.

تعقيب:

من خلال استعراض الدراسات السابقة قد لوحظ أنها قد تناولت عينات تنتمي للمرحلة الابتدائية، باستثناء القليل تناول الأطفال خلال مرحلة ما قبل المدرسة، وكشفت نتائجها عن فعالية برامج التدخل المبكر التي تبدأ الميلاد حتى سن الست سنوات وهي أفضل مرحلة يتعلم فيها الطفل بسرعة حيث يمكن تعديل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاج اضطرابات اللغة لدى الطفل. (أحمد وآخرون ، 2013)؛ *Jacob, et al* (2015) كما لوحظ قلة الدراسات التي تناولت النشاط الزائد لدى أطفال الروضة علي الرغم من انتشاره بين أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة. ففي دراسة (الكرادوي، 2015) تناول سلوك النشاط الزائد لدى أطفال الروضة (McInnes, et al, 2003) كما لوحظ قلة الدراسات التي جمعت بين متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة سواء عربية أو أجنبية مما يعنى مدى الحاجة لإجراء الدراسة الحالية بمتغيراتها الحالية كما استعانت الدراسة الحالية ببعض الأساليب العلاجية للبرنامج التدريبي من خلال ما أوصت وأشارت إليه نتائج الدراسات السابقة. (Mcneil & Fowler, 2009); (أبو شعبان، 2010)

فروض الدراسة:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه لصالح القياس البعدي.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه بالنسبة للقياسين البعدي والتتبعي.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس نمو اللغة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس نمو اللغة لصالح القياس البعدي.
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية علي مقياس نمو اللغة في القياسين البعدي والتتبعي.

إجراءات الدراسة:

أولاً: منهج الدراسة: استعانت الدراسة الحالية إلى المنهج شبه التجريبي .

ثانياً، عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة في صورتها المبدئية من (50) طفلاً من أطفال المتأخرين لغوياً ممن يعانون من اضطراب تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد، تراوحت أعمارهم ما بين (3-5) سنوات ، وتم اختيار العينة وفقاً للشروط الآتية: سلامة القنوات الحسية للطفل، من خلال الفحص الطبي للطفل والسجل الطبي والاطلاع على ملفات الأطفال بالعيادات التخصصية.

- تتراوح نسبة ذكاء أطفال العينة ما بين (90-110) ، وتم استخدام مقياس ستنافورد بينه (الصورة الخامسة) تعريب فرج (2015) للتحقق من ذلك . إجراء تجانس أفراد العينة من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي وتم الاستعانة باستمارة الشخص (2006) للتحقق من ذلك. - تم استبعاد الأطفال الذين لا تنطبق عليهم الشروط السابقة ومن ثم أصبح العدد النهائي للعينة (10) أطفال من المتأخرين لغوياً المترددين على العيادات النفسية بمركز النخبة بالرياض

- قُسمت أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين: أ- المجموعة التجريبية: وتتكون من (5) أطفال (3 ذكور، و2 إناث) طبق عليهم البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة. ب- المجموعة الضابطة: وتتكون من (5) أطفال (2 ذكور، و3 إناث) لم تخضع للبرنامج التدريبي.

- تم التحقق من تكافؤ المجموعتين في متغيرات (العمر الزمني، الذكاء، المستوي الاجتماعي الاقتصادي) وأيضاً في درجة النشاط الزائد، ودرجة نمو اللغة (القياس القبلي) وذلك باستخدام الأسلوب الإحصائي اللابرمتري "مان ويتني" . والجداول التالية توضح ذلك.

جدول (1)

قيم U لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات التكافؤ

المتغير	المجموعة التجريبية ن = 5			المجموعة الضابطة ن = 5			قيمة U	مستوي الدلالة
	المتوسط	مجموع الرتب	متوسط الرتب	المتوسط	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
العمر	5,00	25,50	5,10	5,20	29,50	5,90	10,50	غير دالة
نسبة الذكاء	98,00	35,00	7,00	95,800	24,00	4,80	9,00	غير دالة
مستوي الاجتماعي والاقتصادي	36,40	28,00	5,60	36,20	27,00	5,40	12,00	غير دالة

* دلالة U عند مستوى 0,05 بين (5-7) * عند مستوى 0,01 بين (1-5)

يتضح من جدول (1) تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات العمر الزمني، ونسبة الذكاء، والمستوي الاجتماعي الاقتصادي حيث لم تصل قيمة "U" في المتغيرات الثلاثة إلى مستوى الدلالة الإحصائية، كما يتضح من متوسطات الدرجات بالجدول أن أفراد المجموعتين من ذوي الذكاء المتوسط والذي يتراوح ما بين (90-110) ، وأنهم من المستوي الاجتماعي الاقتصادي المتوسط.

جدول (2)

قيم U لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياسي سلوك النشاط الزائد ونمو اللغة (القياس القبلي)

المقياس	أبعاد المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			قيمة U	مستوي الدلالة
		المتوسط	مجموع الرتب	متوسط الرتب	المتوسط	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
النشاط الزائد	_____	49,80	27,00	5,40	50,00	5,60	28,00	12,00	غير دالة
نمو اللغة	اللغة الاستقبالية	16,20	5,10	25,50	16,40	29,50	5,90	10,50	غير دالة
	اللغة التعبيرية	16,60	5,20	26,00	16,80	29,00	5,80	11,00	غير دالة
	الدرجة الكلية	33,00	5,10	25,50	33,20	29,50	5,90	10,50	غير دالة

* دلالة U عند مستوى 0,05 بين (5-7) * عند مستوى 0,01 بين (1-5)

يتضح من جدول (2) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي، حيث لم تصل قيمة "U" إلى مستوى الدلالة الإحصائية علي

مقياسي النشاط الزائد ونمو اللغة، مما يعني التكافؤ بين المجموعتين في درجة سلوك النشاط الزائد، وأيضاً في درجة نمو اللغة، وأبعادها الفرعية.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

أ- استمارة دراسة الحالة لتشخيص التأخر اللغوي (إعداد/ الباحثين)

تم تصميم تلك الاستمارة بهدف تشخيص التأخر اللغوي عند الأطفال وتتضمن

الآتي:

أ- التاريخ الشخصي والعائلي: يتم التعرف علي بيانات الطفل الشخصية وعدد الإخوة والأخوات إذا وجد وتربيته بينهم وكذلك المستوي الاقتصادي والاجتماعي للأسرة وعلى وجود قرابة بين الوالدين أو حالات مماثلة في الأسرة.

2- تاريخ الحمل والولادة: وتشتمل معلومات عن ظروف الحمل والولادة .

3- التاريخ النمائي للطفل: ويشمل معلومات عن التغيرات النمائية للطفل.

4- التاريخ الصحي: من خلال أسئلة ترتبط بحالة الطفل الصحية والجسمانية .

ب- مقياس تقدير المعلم/ الوالدين لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد للأطفال

المتأخرين لغوياً (إعداد الباحثين)

وذلك نظراً لعدم توفر الأداة المناسبة للتشخيص فقد إعداد مقياس سلوك اضطراب

تشتمت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد على النحو التالي:

الخطوات الإجرائية لإعداد مقياس النشاط الزائد ونقص الانتباه :

1- مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة، وما توافر من مقاييس اضطراب نقص

الانتباه والنشاط الزائد للأطفال بصفة عامة، ولذوي التأخر اللغوي علي وجه

الخصوص ومنها، مقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط

الزائد (الدسوقي، 2014)، (Willcutt, 2012) (McGoey et al, 2015)

مقياس النشاط الزائد ونقص الانتباه لدى الأطفال *ADHD* (الملا، 2012)، و

مقياس تقدير أعراض النشاط الزائد ونقص الانتباه لدى طلاب صعوبات التعلم

(الشخص، 2012).

2- استطلاع آراء أخصائي تعديل سلوك الأطفال من خلال الزيارات الميدانية حول

الخصائص السلوكية للأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والأخذ

بملاحظاتهم .

3- صياغة مجموعة من العبارات وعددها (44) عبارة تصف سلوك الأطفال واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في صور جملة خبرية مثل " يتحرك الطفل بكثرة ولا يهدأ" علي أن يتم الإجابة (نادراً، أحياناً، دائماً).

4- تم عرض المقياس في صورته المبدئية علي بعض المحكمين من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس، وذلك للتعرف علي مدى مناسبة العبارات لقياس اضطراب تشتت الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد وبعض السادة الأطباء المتخصصين في الطب النفسي للأطفال بمركز النخبة الطبي بمدينة الرياض ، وذلك للتعرف علي مدى انطباق تلك العبارات علي الأطفال الذين لديهم الاضطراب.

5- تم تعديل صياغة بعض العبارات ، وحذف العبارات التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها 80% وحُذفت (4) عبارات من الصورة المبدئية للمقياس وأصبح في صورته النهائية مكون من (40) عبارة.

6- تم وضع مدرج الإجابة ليضم ثلاثة اختيارات (نادراً، أحياناً، دائماً) ودرجاتها (3 - 2 - 1) علي التوالي وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (40 - 120).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

- صدق المقياس: أ- صدق المحكمين: حيث تم عرض المقياس على مجموعة من أساتذة علم النفس التربوي والصحة النفسية ، حيث حظيت عبارات المقياس على اتفاق بنسبة 80% من الأساتذة المحكمين باستثناء بعض العبارات رقم (6 , 10 , 15 , 22) تمت إعادة صياغتهم . (ملحق رقم 1)

ب- صدق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية للدراسة (ن=50) لكل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية، وجدول (3) يوضح ذلك.

جدول (3)

معاملات ارتباط درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمقياس النشاط الزائد

رقم العبارة	معاملات الارتباط	رقم العبارة	معاملات الارتباط	رقم العبارة	معاملات الارتباط	رقم العبارة	معاملات الارتباط
1	**0,534	11	*0,414	21	**0,671	31	*0,403
2	**0,612	12	**0,659	22	**0,664	32	**0,811
3	**0,715	13	**0,718	23	**0,811	33	**0,610
4	**0,489	14	**0,769	24	**0,610	34	**0,690
5	**0,553	15	*0,298	25	**0,690	35	**0,771
6	*0,256	16	*0,403	26	**0,534	36	*0,414
7	*0,391	17	**0,811	27	**0,612	37	**0,659
8	*0,411	18	**0,610	28	**0,715	38	**0,718
9	**0,671	19	**0,690	29	**0,489	39	**0,769
10	**0,664	20	**0,771	30	**0,553	40	*0,298

** دالة عند 0,01

* دالة عند 0,05

يتضح من نتائج جدول (3) أن معاملات الارتباط دالة إحصائياً.

ج- صدق الميزان (المحك): تم حساب صدق المقياس الحالي على نفس عينة الاستطلاعية (ن=50) من الأطفال المتأخرين لغوياً باستخدام مقياس تقدير إعراض اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد (الدسوقي، 2014) وقد بلغ معامل الارتباط بين مقياس الحالي وبين بعد النشاط الزائد 0,732 مما يدل على أن المقياس يحظى بصدق مقبول .

ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات المقياس بعدة طرق منها معامل ألفا كرونباخ للتأكد من ثبات المقياس على عينة استطلاعية من الأطفال المتأخرين لغوياً قوامها (50) طفلاً، تتراوح أعمارهم ما بين (3-5) عام، وجدول (4) يوضح ذلك.

جدول (4)

معاملات الثبات مقياس اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد للأطفال بطريقة ألفا-
كرونباخ (ن=50)

المقياس	ألفا - كرونباخ
اضطراب بالنشاط الزائد تشتت الانتباه	0.811

يتضح من نتائج جدول (4) أن جميع معاملات الثبات مرتفعة ودالة عند مستوي 0,01 مما يدل علي أن المقياس علي درجة مناسبة من الثبات. وبذلك يتضح أن مقياس النشاط الزائد للأطفال المتأخرين لغوياً يحظى بثبات وصدق مناسب في صورته النهائية

ج- مقياس نمو اللغة للأطفال المتأخرين لغوياً : نظراً لعدم توافر مقياس للأطفال المتأخرين لغوياً فقد تطلب ذلك إعداد مقياس نمو اللغة للأطفال من خلال الاستعانة بالخطوات التالية:

1- مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة، وما توافر من مقياس لنمو اللغة للأطفال بصفة عامة، ولذوي التأخر اللغوي علي وجه الخصوص ومنها، مقياس الحصيلة اللغوية لتشخيص تأخر اللغة للعاديين وغير العاديين (عيد، 2010) مقياس تشخيص اضطرابات اللغة والكلام (إبراهيم، 2009)، مقياس النمو اللغوي لمقياس المهارات اللغوية للأطفال المعاقين سمعياً (النصيري، 2004)

2- استطلاع آراء أخصائيين التخاطب من خلال الزيارات الميدانية المتكررة لبعض العيادات النفسية، والاسترشاد بآرائهم حول الخصائص نمو اللغة عند هؤلاء الأطفال.

3- تمت صياغة مجموعة من العبارات وعددها 44 عبارة موزعة بالتساوي علي بعدين بواقع (22) بند لكل منها علي النحو التالي:

- اللغة الاستقبالية: يقصد بها قدرة الفرد علي سماع وفهم وإدراك اللغة المنطوقة وتنفيذها دون نطقها، ويتكون من (22) عبارة.

- اللغة التعبيرية: يقصد بها الكلام المنطوق الذي يعبر به المتكلم في طلاقة وانسيابية مع صحة التعبير وسلامة الأداء، ويتكون من (22) عبارة.

4- تم عرض المقياس في صورته المبدئية علي (10) من الأساتذة المحكمين وتم تعديل صياغة بعض العبارات , وحذف العبارات التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها 80% , وقد حذفت (4) عبارات من الصورة المبدئية للمقياس وأصبح في صورته النهائية مكون من (40) عبارة.

5- تتم الاستجابة للمقياس وفقاً للتدرج التالي (نادرا، أحيانا، دائما) ودرجاتها (3 - 2 - 1) علي التوالي, وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (40 - 120).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس:

قامت الباحثتان بحساب معامل الصدق بعدة طرق منها:

- 1- صدق المحكمين: من خلال عرض بنود المقياس علي (10) من الأساتذة من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس وأخصائيو التخاطب والعلاج النفسي للأطفال بالعيادات النفسية بمركز النخبة الطبي الجراحي بمدينة الرياض ، وذلك للتعرف علي مدى مناسبة العبارات لقياس التأخر اللغوي ومدى ملائمة تلك البنود للأطفال المتأخرين لغوياً وتعديل بعض البنود وفقاً لآراء السادة المحكمين حيث حظيت البنود بنسبة الاتفاق تصل نحو(80%) . (ملاحق الدراسة)
- 2- الاتساق الداخلي: وذلك بحساب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس بعد استبعاد قيمة هذا البند من الدرجة الكلية للمقياس. كما تم حساب ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس.

جدول (5)

معاملات ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية لمقياس نمو اللغة (ن = 50)

رقم الفقرة	معاملات الارتباط	رقم الفقرة	معاملات الارتباط
1	**0,646	16	**0,584
2	**0,731	17	**0,619
3	**0,457	18	**0,734
4	*0,279	19	*0,234
5	*0,385	20	*0,398
6	**0,651	21	**0,487
7	*0,284	22	**0,581
8	**0,632	23	**0,677

رقم الفقرة	معاملات الارتباط	رقم الفقرة	معاملات الارتباط
9	*0,301	24	**0,834
10	**0,602	25	*0,222
11	**0,754	26	**0,715
12	**0,843	27	*0,377
13	**0,567	28	**0,498
14	**0,411	29	**0,753
15	**0,641	30	**0,669

* دالة عند 0,05 ** دالة عند 0,01

جدول (6)

معاملات ارتباط درجة كل بعد من البعدين بالدرجة الكلية لمقياس نمو اللغة

الدرجة الكلية	الثاني	الأول	البعد
**0,798	**0,684	---	الأول
**0,674	---	---	الثاني
**0,811	---	---	الدرجة الكلية

يتضح من نتائج الجدول (5)، (6) وجود معاملات ارتباط دالة بين درجة كل بند والدرجة الكلية حيث تراوحت بين 0,222 وهي دالة عند 0,05، 0,834 وهي دالة عند 0,05، كما كانت معاملات الارتباط بين الدرجات الكلية للبعدين ببعضها ببعض من جهة، وبينها وبين الدرجة الكلية من جهة أخرى دالة عند 0,01 مما يشير على صلاحية المقياس، واتفاق بنوده وبعديه في قياس نمو اللغة، ما يشير إلى صدقه إحصائياً.

3- الصدق التلازمي: حيث تم حساب الصدق التلازمي للمقياس الحالي مع مقياس الحصيلة اللغوية لتشخيص تأخر اللغة للعاديين وغير العاديين الذي أعده عيد (2010) كمحك خارجي، وقد تم تطبيقه على عينة التقنين مع المقياس الحالي، وبلغ معامل الارتباط بين مقياس الحالي وبين مقياس تأخر اللغة للعاديين وغير العاديين (عيد، 2010) 0,767 وهو معامل ارتباط مرتفع، مما يدل على أن المقياس على قدر مناسب من الصدق.

حساب ثبات مقياس: تم حساب ثبات المقياس على عينة الاستطلاعية للدراسة (ن = 50) تم باستخدام طريقة كرونباخ (معامل ألفا) للتحقق من ثبات المقياس.

جدول (7)

معاملات ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ (ن = 50)

م	أبعاد المقياس	ألفا كرونباخ
1	اللغة الاستقبالية	0,542
2	اللغة التعبيرية	0,678
3	الدرجة الكلية	0,741

يتضح من جدول (6) أن المقياس ببعديه يحظى بالثبات مما يُعد مقبولاً في الدراسة الحالية.

4- البرنامج التدريبي لتخفيف النشاط الزائد ونقص الانتباه وتحسين المهارات اللغوية لدى الأطفال المتأخرين لغوياً .

- أهمية البرنامج: يسعى البرنامج العلاجي إلى خفض اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه لدى الأطفال المتأخرين لغوياً والتوافق الاجتماعي وتنمية اللغة وعلاج التأخر اللغوي لديهم.

التخطيط للبرنامج: وتشمل تحديد الأهداف العامة والإجرائية للبرنامج ، والإجراءات العملية لتنفيذه، والأساليب العلاجية وعدد الجلسات ومكان إجراء البرنامج (العيادات النفسية بمركز النخبة الطبي بمدينة الرياض)

أهداف البرنامج: الهدف العام للبرنامج: يهدف البرنامج التدريبي لتحسين بعض المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه .

الأهداف الإجرائية للبرنامج: تعديل السلوك الفوضوي لدى الطفل من خلال تدريب الطفل المضطرب على ممارسة بعض الأنشطة التي تُعد بديلاً للسلوك الفوضوي الذي يقوم به الطفل والتي تناسب قدراته وتتطلب ضبط الحركة والقدرة على التركيز وبذلك يتم بناء سلوك إيجابي جديد.

- استمرارية السلوك الإيجابي: من خلال ربط التدعيم والتعزيز المُقدم للطفل بنجاحه في ضبط سلوكه المرتبط بالنشاط الزائد وزيادة القدرة على الانتباه والتركيز لديه والقدرة على الاستجابة للأوامر والتعليمات خلال الجلسات ومن ثم يتمكن الطفل من اكتساب مفردات لغوية جديدة .

- تنمية الحصيلة اللغوية لدى الأطفال وإكسابهم القدرة على التواصل مع الآخرين بصورة أفضل من خلال ممارسة الأنشطة وتعزيز الاستجابات الصحيحة وتحسين القدرة على التعبير لديهم خلال المشاركة في الجلسات العلاجية .

الأساس النظري للبرنامج:

استعانت الباحثتان بالأدبيات والتراث السيكلوجي المرتبطة بمتغيرات الدراسة ونتائج الدراسات السابقة وتوصياتها، ممثلة في النظرية السلوكية والتعلم بالأنموذج التي تعتمد عليها مبادئ وأسس تعديل السلوك عديدة وكذلك جمع المعلومات حول الأعراض التي تظهر في أكثر من محيط وإكساب الطفل السلوك المرغوب وخفض السلوك غير المرغوب باستخدام أساليب سلوكية عديدة تمت الاستعانة بها خلال جلسات البرنامج .

فنيات البرنامج:

استعانت الباحثتان ببعض الأساليب العلاجية منها :

1-المحاضرة وإعطاء التعليمات: وهي نوع من التوجيه المباشر وإعادة التربية، والهدف من استخدام هذه الفنية هي معرفة الطفل المتأخر لغوياً بسلوك النشاط الزائد وخصائصه وأضراره ومعرفة والمشكلات الناجمة عنه وكيفية التغلب على ها الاضطراب .

2-النمذجة: حيث يعطي الفرصة للطفل المتأخر لغوياً لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء العمل نفسه الذي يقوم به الأنموذج. ([Michael , et al](#) ,2007,165)

3- التعزيز: وهو إثابة السلوك المرغوب فيه , حيث تتوقف الإثابة علي السلوك المشروط بأدائه.

4- لعب الدور: ويُعد مكملاً للنمذجة فمن خلال لعب الدور يتدرب الطفل المتأخر لغوياً علي بعض السلوكيات الإيجابية المرغوبة والقيام بمحاكاة نماذج جيدة لتنمية التواصل اللفظي .

5- التغذية الراجعة: تعني إخبار الطفل المتأخر لغوياً بنتائج أدائه سواء كانت إيجابية أو سلبية بهدف تعديل السلوك لديه من خلال تقويم نتائجه، وتزويده بألية تصحيح أخطائه.

([Jensen , et al . ,2005 ,1629](#))

6- التلقين: هو حث الطفل المتأخر لغوياً علي أن يسلك سلوك معين من خلال التلميح له بأنه سيعزز علي ذلك السلوك.

7-الإخفاء: هو الإزالة التدريجية للتلقين بهدف مساعدة الطفل المتأخر لغوياً علي تأدية السلوك المستهدف باستقلالية.

(*Michael ,et al* ,2007,165-182)

ويصل عدد جلسات البرنامج إلى (31) جلسة جماعية عُقدت بإحدى العيادات النفسية بالرياض بمركز النخبة الطبي الجراحي، مُوزعة بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً متوسط مدة كل جلسة (30) دقيقة ، وفقاً لمتطلبات كل جلسة . (ملحق رقم 3)
الإجراءات التنفيذية للدراسة:

- 1- إعداد أدوات الدراسة ممثلة في: استمارة دراسة الحالة ومقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه للأطفال ونمو اللغة للأطفال والبرنامج التدريبي.
- 2- اختيار أفراد عينة الدراسة: من خلال الإستعانة بأدوات الدراسة الحالية لتشخيص حالات التأخر اللغوي والنشاط الزائد. حيث تناولت الدراسة عينة قوامها (10) أطفال قُسموا إلى مجموعتين ضابطة قوامها (5) وأخرى تجريبية قوامها (5)أطفال، تمت مجانستهم من حيث متغيرات (العمر الزمني، الذكاء، المستوى الاقتصادي والاجتماعي) . ودرجاتهم باستخدام المقاييس التشخيصية للدراسة الحالية من خلال ثم التطبيق القبلي لمقاييس النشاط الزائد للأطفال ونمو اللغة للأطفال.
- 3- تطبيق البرنامج: علي أفراد المجموعة التجريبية لمدة (10) أسابيع من خلال (31) جلسة.
- 4- التطبيق البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة لمقاييس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه للأطفال ونمو اللغة للأطفال بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج علي أفراد المجموعة التجريبية .
- 5- التطبيق التتبعي: للمقياسين علي أفراد المجموعتين التجريبية بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج.
- 6- الإستعانة بالأساليب الإحصائية المناسبة: تمثلت في الأساليب الإحصائية اللابارمترية (مان وتني *Man - Whitey* - ويلكوكسون *Wilcoxon* , قيمة *Z*) لاستخلاص النتائج وتفسيرها.

نتائج الدراسة:

أولاً: نتائج الفرض الأول: وينص علي أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الإنتباه في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثتان اختبار "مان ويتني" للمجموعات الصغيرة المستقلة، للكشف عن مدى دلالة الفروق بين المجموعتين، والجدول (8) يوضح ذلك.

جدول (8)

قيمة (U) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي والقبلي علي مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه

المقياس	المجموعة التجريبية (ن = 5)			المجموعة الضابطة (ن = 5)			قيمة U	مستوي الدلالة
	متوسط	مجموع الرتب	متوسط	متوسط	مجموع الرتب	متوسط		
اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه	29,20	15,00	3,00	50,00	40,00	8,00	صفر	0,01

دالة عند مستوي 0,05 بين (5-7)

عند مستوي 0,01 بين (1-5)

يتضح من جدول (8) أن قيمة (U) للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة دالة عند مستوي 0,01، وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات المدرجة يتضح أن هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، حيث قل متوسط درجات أفرادها في مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه، وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض الأول.

ثانياً، نتائج الفرض الثاني: وينص علي ما يلي، " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ويلكسون" قيمة "Z" للكشف عن الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، والجدول (9) يوضح ذلك.

جدول (9)

قيمة (Z) للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية

في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه

المقياس	اتجاه الفروق	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة ق	قيمة Z	مستوي الدلالة
اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه	سلبى	5	15	3,00	صفر	-2,022	0,05
	إيجابى	-	-	-	-		
	محايد	-	-	-	-		

يتضح من جدول (9) أن قيمة (Z) للفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي دالة إحصائياً عند مستوي 0,05 في مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات للقياسين بالجدولين (2 , 8) يتضح أن هذه الفروق لصالح القياس البعدي، حيث انخفضت درجة اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مقارنة بالقياس القبلي، وهذه النتيجة في مجملها تحقق صحة الفرض الثاني.

ثالثاً، نتائج الفرض الثالث: وينص علي أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه في القياسين البعدي والتتبعي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار "ويلكوكسون" وقيمة Z للكشف عن تلك الفروق، والجدول (10) يوضح ذلك.

جدول (10)

قيمة (Z) للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية

في القياسين البعدي والتتبعي علي مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الإنتباه

المقياس	اتجاه الفروق	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة ق	قيمة Z	مستوي الدلالة
اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه	سلبى	3	7,50	2,50	2,5	-	غير دالة
	إيجابى	1	2,50	2,50			
	محايد	1	-	-			

يتضح من جدول (10) أن قيمة (Z) للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لم تصل إلى مستوي الدلالة الإحصائية علي مقياس اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه ، وهذه النتيجة في مجملها تحقق صحة الفرض الثالث.

رابعاً: نتائج الفرض الرابع: وينص علي أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس نمو اللغة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية" .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثتان اختبار "مان ويتني" للمجموعات الصغيرة المستقلة، للكشف عن مدي دلالة الفروق بين المجموعتين، والجدول (11) يوضح ذلك.

جدول (11)

قيمة (U) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي والقبلي علي مقياس نمو اللغة

الأبعاد	المجموعة التجريبية (ن=5)			المجموعة الضابطة (ن=5)			مستوى الدلالة U
	المتوسط	مجموع الترتب	المتوسط	المتوسط	مجموع الترتب	المتوسط	
اللغة الاستقبالية	37,40	40,00	8,00	16,60	15,00	3,00	0,01
اللغة التعبيرية	38,80	40,00	8,00	17,20	15,00	3,00	0,01
الدرجة الكلية	76,20	40,00	8,00	33,80	15,00	3,00	0,01

يتضح من جدول (11) أن قيمة (U) للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة دالة عند مستوي 0,01، وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات المدرجة بالجدول يتضح أن هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، حيث ارتفع متوسط درجات أفرادها في أبعاد فرعية لمقياس نمو اللغة والدرجة الكلية، وهذه النتيجة في مجملها تحقق صحة الفرض الرابع.

خامساً، نتائج الفرض الخامس: وينص علي أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس نمو اللغة لصالح القياس البعدي" .

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم اختيار اختبار "ويلكسون" وقيمة Z للكشف عن الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية. والجدول (12) يوضح ذلك.

جدول (12)

قيمة (Z) للفروق بين متوسطات رتب درجات

المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس نمو اللغة

الأبعاد	اتجاه الفروق	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة ق	قيمة Z	مستوي الدلالة
اللغة الاستقبالية	سلبى	-	-	-	-	-	0,05
	إيجابى	5	15	3,00	صفر	2,032-	
	محايد	-	-	-	-	-	
اللغة التعبيرية	سلبى	-	-	-	-	-	0,05
	إيجابى	5	15	3,00	صفر	2,032-	
	محايد	-	-	-	-	-	
الدرجة الكلية	سلبى	-	-	-	-	-	0,05
	إيجابى	5	15	3,00	صفر	2,032-	
	محايد	-	-	-	-	-	

يتضح من جدول (12) أن قيمة (Z) للفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي دالة إحصائياً عند مستوى 0,05 في أبعاد الفرعية لمقياس اللغة والدرجة الكلية. وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات للقياسين بالجدولين (12،13) يتضح أن هذه الفروق لصالح القياس البعدي، حيث ارتفعت درجات ابعاد الفرعية لمقياس نمو اللغة والدرجة الكلية، مقارنة بالقياس القبلي، وهذه النتيجة في مجملها تحقق صحة الفرض الخامس.

سادساً: نتائج الفرض السادس. وينص علي أنه، "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية علي مقياس نمو اللغة في القياسين البعدي والتتبعي.

وللتحقق من صحة الفرض، تم استخدام اختبار "ويلكوكسون" وقيمة (Z) للكشف عن تلك الفروق. والجدول (13) يوضح ذلك.

جدول (13)

قيمة (Z) للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية

في القياسين البعدي والتتبعي علي مقياس نمو اللغة

الأبعاد	اتجاه الفروق	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة ق	قيمة Z	مستوي الدلالة
اللغة الاستقبالية	سلبى	3	8,50	2,83	4	-0,276	غير دالة
	ايجابى	2	6,50	3,25			
	محايد	-	-	-			
اللغة التعبيرية	سلبى	3	7,50	2,50	4,50	-1,001	غير دالة
	ايجابى	1	2,50	2,50			
	محايد	1	-	-			
الدرجة الكلية	سلبى	3	9,00	3,00	4	-0,412	غير دالة
	ايجابى	2	6,00	3,00			
	محايد	-	-	-			

يتضح من جدول (13) أن قيمة (Z) للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لم تصل إلى مستوي الدلالة الإحصائية علي مقياس نمو اللغة بأبعاده الفرعية، وهذه النتيجة في مجملها تحقق صحة الفرض السادس.

تفسير النتائج: تفسير نتائج الفرض الأول والثاني:

كشفت نتائج الفرضين الأول والثاني للدراسة عن فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في خفض اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المتأخرين لغوياً (عينة الدراسة)، وكان ذلك واضحاً (من نتائج الفرض الأول)، فقد جاءت الفروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، كما جاءت نتائج الفرض الثاني لتؤكد ذلك حيث جاءت الفروق لصالح القياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية. ومن هنا يتضح مدي نجاح البرنامج التدريبي المستخدم في خفض اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه عند الأطفال المتأخرين لغوياً ويرجع ذلك إلى تنظيم خطوات ومراحل بناء البرنامج وشمولية البرنامج التدريبي المستخدم حيث تنوعت فنيات البرنامج.

حيث أن برامج تعديل السلوك وتعنى استخدام أساليب سلوكية لتحويل السلوك الظاهري غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه لدى الطفل (الزارع ، 2007 ، 67). واستند البرنامج العلاجي إلى أساليب تعديل السلوك من خلال إطفاء السلوك السلبي وبناء سلوك إيجابي مقبول اجتماعياً، بالاستعانة ببعض الإجراءات لمساعدة الأطفال ذوي النشاط الزائد ونقص الانتباه على اكمال المهام المختلفة من خلال : تزويد الأطفال بالتعليمات والمهام المطلوب أدائها والتأكد من وضوحها واستيعاب الطفل لها ، توافر الأدوات اللازمة للقيام بالمهام وتدوين المهام بقائمة يقوم الطفل بشطب كل مهمة قام بها في القائمة بمساعدة الأم أو المعلمة . ومنح الطفل درجة باستخدام مقياس(1-10) التعرف على مدى أدائه على كل سلوك وحثه على الإنجاز بصورة أفضل . *Fabiano & Pelham, (2003); (Hallahan ,Kauffman, 2009)*

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة التي قام بها عبد الباقي (2007) والتي خلصت إلى فعالية البرنامج المستخدم في خفض اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه لدى الأطفال بما يؤكد فاعلية فنيات العلاج السلوكي التي منها التعزيز والتعلم بالأنموذج علي خفض سلوك النشاط الزائد لدى الأطفال. *(Plham,e;Fabiano,2008,148-214)* كما تمت الاستعانة بالعديد من الأساليب السلوكية لبناء البرنامج ومنها: التعزيزو لعب الدور والنمذجة والمحاضرة ، التغذية الراجعة ، والتلقين، الإخفاء. مما يعزى تفسير تلك النتيجة إلى تنوع الفنيات والأنشطة للبرنامج التي هدفت إلى ضبط السلوك وتحسين القدرة على الانتباه لدى هؤلاء الأطفال ، مما ساعد علي تخفيف حدة أعراض اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه لديهم عن طريق تعزيز السلوك إيجابي كذلك استخدام الألعاب العلاجية الهادفة للأطفال مما ساعدهم على الاستقرار والامثال للأوامر نظراً لتقديم المعززات بصورة مستمرة مما يتفق مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي استخدمت برامج الإرشادية بصفة عامة (الحكمي, 2008); *(Jones, 2008); (Graeper,2011); (حمري,2015)*, برامج التدخل المبكر بصفة خاصة مثل دراسة (الكرداوي, 2015)، *(Turnbull,.et al , 2004)*، (الحشمري وأحمد. 2005) حيث أشارت نتائج الدراسات إلى فعالية البرامج المستخدمة في التخفيف من حدة اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه لدى الأطفال وتتفق النتائج الدراسة الحالية مع دراسة *(Depry, 2007); (Harvey ,etal 2003)* التي جمعت بين نظرية التعلم الاجتماعي والعلاج السلوكي في علاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه .

تفسير الفرض الثالث: والذي يشير إلى استمرارية فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في خفض اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه لدى المجموعة التجريبية من الأطفال المتأخرين لغوياً بانتهاء المتابعة أي بعد مضي شهرين من تطبيق البرنامج حيث لم

توجد فروق دالة بين التطبيقين البعدي والتبقي (من نتائج الفرض الثالث) وهذا يعني أن البرنامج التدريبي كان له آثار إيجابية بعيدة المدى مما يوضح انتقال أثر التعلم العلاجي، وتستند تلك النتيجة إلى أهمية الدور العلاجي لأولياء أمور هؤلاء الأطفال وإطلاعهم على الخطة العلاجية وما تم انجازه خلال كل جلسة علاجية والتواصل الفعال مع الأسرة ومعلمو هؤلاء الأطفال بصفة مستمرة وحث الأطفال للإفادة مما تعلموه وتطبيقه خلال المواقف الحياتية اليومية مما قد أدى إلى استمرارية تحسن السلوك الإيجابي لدى الأطفال والقدرة على الانتباه بصورة أفضل خلال فترة المتابعة للبرنامج

كما تناولت الجلسات العلاجية تعديل أنماط التنشئة الوالدية التي يتبعها الآباء خلال التعامل مع أطفالهم ذوي سلوك النشاط الزائد والتأخر اللغوي، واستمرارية تعزيز الأهل والمعلمين لهؤلاء الأطفال علي كل سلوك إيجابي يقومون به أدى إلى استمرارية فاعلية البرنامج واستمرار أثر ما تم تعلمه الأطفال خلال الجلسات بانتهاء فترة المتابعة وتتفق نتائج الدراسة مع ما أكدته نتائج الدراسات السابقة (Campbell, 2000) (Riddle; الكرداوي, 2015) والتي بينت فاعلية التدخل المبكر للحد من اضطرابات قصور الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال وأثره الإيجابي في تحسين مهاراتهم الاجتماعية .

تفسير نتائج الفرض الرابع والخامس: كشفت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في تنمية اللغة لدى أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المتأخرين لغوياً (عينة الدراسة)، وكان ذلك واضحاً (من نتائج الفرض الرابع) جاءت الفروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، كما جاءت نتائج الفرض الخامس لتؤكد ذلك حيث جاءت الفروق لصالح القياس البعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية. ومن هنا يتضح أمام الباحثين مدى نجاح البرنامج التدريبي المستخدم في تنمية اللغة عند الأطفال المتأخرين لغوياً ويرجع الباحثة الأمر إلى تنظيم خطوات ومراحل بناء البرنامج وشمولية البرنامج التدريبي المستخدم حيث تنوعت فنيات البرنامج وهي: التعزيزو لعب الدورو النمذجة والمحاضرة، التغذية الراجعة والتلقين والإخفاء. وتنوع الأدوات المستخدمة في البرنامج من المجسمات والوسائل التعليمية والمسرح والدمي والأدوات المكتبية والأجهزة الإلكترونية وغيرها من الأدوات . وأيضاً تنوع الأنشطة المستخدمة في البرنامج من أنشطة اللعب، الرسم والألوان كل هذا أدى إلى تنمية الحصيلة اللغوية لدى الأطفال المتأخرين لغوياً تبعاً لتنوع الطرق المستخدمة والأساليب والأدوات أدى إلى زيادة حجم مفردات الطفل بالإضافة إلى زيادة قدرته علي تعبير عن طلباته. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي استخدمت برامج التدخل المبكر في تنمية المهارات اللغوية. (Tomlin, 2002) (علميات والفايز, 2012); (الجبة, 2012); (Geurts & Embrechts, 2008)

(،) (Kim & Kaiser, 2000); (Law & Garrett & Nye, 2003) قد أشارت نتائج هذه الدراسات إلى فعالية برامج التدخل المبكر في تنمية المهارات اللغوية للأطفال. كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما أشارت إليه الدراسات الحديثة على أهمية التدخل المبكر لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة حيث يساهم في تحسين جوانب النمو المختلفة وبصفة خاصة فإن التدخل المبكر لتنمية اللغة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة له أهمية كبيرة في الوقاية من المشكلات السلوكية والأكاديمية والاجتماعية للمراحل العمر التالية، فتنمية اللغة لدى الأطفال ما قبل المدرسة لا تهدف فقط إلى تحسين المهارات اللغوية لديهم، بل يتضمن أيضا مواجهة مشكلاتهم والتوافق الاجتماعي والنفسي ومهارات الفهم والتحدث، والتواصل، والمهارات قبل الأكاديمية.

(; (Riddle, et al, 2013) (الكيلاني, 2012) ; (Pliszka, et al , 2006) (; (Sciberras , et al., 2014.)

تفسير نتائج الفرض السادس: أوضحت نتائج الفرض السادس للدراسة استمرارية فعالية البرنامج التدريبي القائم على التدخل المبكر في تنمية المهارات اللغوية لدى المجموعة التجريبية من الأطفال المتأخرين ذوي النشاط الزائد المتأخرين لغوياً بانتهاء فترة متابعة أي بعد مضي شهر من تطبيق البرنامج حيث لم توجد فروق دالة بين التطبيقين البعدي والتتبعي. مما يعني أن للبرنامج التدريبي القائم على التدخل المبكر المستخدم آثار إيجابية بعيدة المدى، بما تتفق مع نتيجة دراسة (عليماط والفايز, 2012); (الجبة, 2012) ; (brawn, 2006) التي توصلت إلى أن برنامج التدخل المبكر المقدم لتنمية اللغة عند الأطفال كان ممتددة الفعالية خلال فترة المتابعة. كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Riddle, 2013); (أحمد وآخرون , 2013) والتي خلصت إلى فعالية البرنامج التدريبي باستخدام الوسائط المتعددة والتقليدية لتخفيف من عيوب النطق وتنمية الحصيلة اللغوية لدى الأطفال المتأخرين لغوياً في مرحلة ما قبل المدرسة.

تعقيب:

تفسر الباحثتان نتائج الدراسة إلى مدى أهمية استخدام الأساليب العلاجية والتدخل المبكر لما له من آثار إيجابية في علاج مشكلات الطفل وكذلك أهمية دور الأسرة من خلال توجيه أفرادها للتعامل مع الطفل بصورة أفضل والتعرف على أهم أساليب تعديل السلوك وضبطه لدى الأطفال ، والتوعية بأهمية ممارسة الأنشطة الحركية الموجهة خلال وقت محدد والتي تتطلب الهدوء والتركيز والقدرة على الانتباه ، واتضح ذلك من خلال اهتمام الأطفال ببعض التفاصيل في الأنشطة والقدرة على الاستمرار لانتهاج من بعض المهام ، والقدرة على الالتزام بالوقت المحدد لأداء بعض المهام كذلك مراجعة المفردات اللغوية الجديدة باستمرار وتوظيفها بصورة جيدة خلال المواقف المختلفة داخل

المنزل وحث الطفل على التواصل اللفظي مع الآخرين والمتابعة المستمرة، مما كان له الأثر الإيجابي وساعد على استمرارية تحسن هؤلاء الأطفال ، ومن خلال التعزيز المستمر مما أدى إلى استمرارية فعالية البرنامج التدريبي المستخدم في تنمية اللغة عند الأطفال المتأخرين لغوياً.

كذلك تُعزى تلك النتائج إلى التواصل المستمر مع أولياء أمور الأطفال المشاركين في البرنامج العلاجي لتوعيتهم بأهمية المشكلات اللغوية والسلوكية لدى أطفالهم وتبصيرهم بالطرق الايجابية المثلى الواجب اتباعها مع أطفالهم لتفادي هذه المشكلات لدى الطفل من خلال إرشادهم إلى أساليب التربية الإيجابية الواجب استخدامها ومراعاتها في التعامل مع الطفل بعيداً عن التسلط أو التوبيخ أو الإذلال، وحث الأمهات على ضرورة تصحيح المفردات الخاطئة والكلام الطفل لدى الطفل وتوجيه الأسئلة المفتوحة التي تنمي قدرة الطفل على التعبير وتمنحه الثقة بالنفس وذلك بمصاحبة تقديم المعززات المتنوعة بصفة مستمرة و بما يهدف إلى فاعلية البرنامج العلاجي مما كان له الأثر الإيجابي في خفض الاضطراب السلوكي وإكساب الطفل المهارات اللغوية اللازمة للتواصل خلال تلك المرحلة العمرية .

توصيات الدراسة:

- توصي الدراسة الحالية بضرورة الاهتمام بتفعيل برامج تعديل السلوك في السنوات الأولى من عمر الطفل بهدف تنشئة سوية للطفل .
- تصميم البرامج التدريبية القائمة على التدخل المبكر لخفض اضطراب نقص الانتباه المُصاحب بالنشاط الزائد في مرحلة ما قبل المدرسة وكذلك الصفوف الأولى بالمدرسة الابتدائية.
- ضرورة تدريب الأخصائيين وأولياء أمور الأطفال والمعلمين والتوعية بأهمية تلك البرامج لاستخدامها مع الأطفال .

البحوث المقترحة:

- من خلال نتائج الدراسة الحالية توصي الباحثتان بتناول الموضوعات البحثية التالية:
- دراسة فعالية برنامج تدريبي للذاكرة العاملة في تحسين الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة.
- دراسة العلاقة بين اضطرابات اللغة وأساليب المعاملة الوالدية لدى الأطفال ما قبل المدرسة.
- دراسة فعالية برنامج (إرشادي - تخاطبي) في التخفيف من السلوك العدواني وأثره في تنمية التواصل اللفظي لدى الأطفال المتأخرين لغوياً .

المراجع:

- إبراهيم، فيوليت (2009). مقياس تشخيص اضطرابات اللغة والكلام. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- أبو شعبان، شيماء. (2010). فاعلية العلاج باللعب في تنمية اللغة لدى الأطفال المضطربين لغوياً ، رسالة ماجستير، كلية التربية بقلسطين : الجامعة الإسلامية .
- أبو معال، عبد الفتاح (2002). تنمية الاستعداد اللغوي عند الأطفال. القاهرة: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- أحمد، جمال شفيق وعلي، فؤاد محمد ومحمد، مالة سيد عبد العزيز (2013). فاعلية برنامج تدريبي باستخدام الوسائط المتعددة والتقليدية للتخفيف من بعض عيوب النطق لدى عينة من الأطفال المتأخرين لغوياً . مجلة الدراسات الطفولية، القاهرة مج 16، ع 16، 107-113.
- الحكمي، إبراهيم الحسن .(2008). فاعلية برنامج إرشادي مقترح في خفض اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه لدى ذوى صعوبات التعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة ، ع67.
- الخشرمي، سحر أحمد. (2005). فاعلية طريقة العد في تخفيض الأعراض المصاحبة للاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه: دراسة تطبيقية على عينة من الأسر السعودية. مؤتمر التربية الخاصة العربي الواقع والمأمول ، الأردن : عمان . 2-24 .
- الجبة، هاتية محمد ياسين (2012). الكشف المبكر عن الجوانب اللغوية والاجتماعية والمعرفية والحركية والعناية الذاتية ، دراسة مقارنة على عينة من الأطفال العاديين وأطفال التأخر اللغوي من عمر 3-6 سنوات في محافظة دمشق. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية التربية، جامعة دمشق.
- الخطيب، جمال محمد والحديدي، مني صبحي (2009). التدخل المبكر، التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الدسوقي، مجدي (2014). مقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه بالنشاط الزائد. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- الزراع، نايف عابد الزراع (2007). اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد. دليل عملي للآباء والمختصين. الأردن : دار الفكر.

- الزعبي، سهيل والقحطاني، محمد . (2015) . أثر التعزيز الرمزي في خفض مظاهر اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم ، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 11 ، عدد 3 ، 373 - 386 .
- الزغلول، عماد عبد الرحيم (2006). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية. القاهرة، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- الشخص، عبد العزيز السيد (2010). قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة، إنجليزي - عربي، ط4، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- الشخص ، عبد العزيز السيد والتهامي، السيد (2010)، اضطرابات الكلام واللغة (مداخل وفنيات علاجية). القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
- الشخص، عبد العزيز السيد (2013). اضطرابات النطق والكلام (خلفيتها - تشخيصها - أنواعها - علاجها). الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- الشربيني، زكريا . (1994). المشكلات النفسية عند الأطفال ، القاهرة : دار الفكر العربي .
- الشراوي، أنور محمد (1984) : العمليات المعرفية وتناول المعلومات ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.
- القرعان، جهاد سليمان محمد (2006). " أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد". رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا. جامعة الأردن.
- القمش، مصطفى نوري (2007). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.
- الكرداوي، شريهان . (2015). فاعلية برنامج تدخل مبكر للحد من اضطرابات قصور الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال في تحسين مهاراتهم الاجتماعية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- الكيلاني، السيد . (2012). استراتيجيات التدخل المبكر علي ذوي الاحتياجات الخاصة. رسالة ماجستير. كلية التربية ، جامعة عين شمس.
- اللالا ، صائب؛ قعدان، هنادى . (2014) استراتيجيات التدخل المبكر والدمج في الطفولة المبكرة، الرياض ، مكتبة الرشد.
- المليحي ، حلمي . (2007) . علم النفس المعرفي ، بيروت : دار النهضة العربية .

- الناشف، هدي محمود .(1991).إعداد الطفل العربي للقراءة والكتابة ، القاهرة : دار الفكر العربي .
- النصيري، بدر بن فارس محمد .(2004). تطوير مقياس النمو اللغوي لقياس المهارات اللغوية للأطفال المعاقين سمعياً من الرضاعة وحتى خمس سنوات. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- النجار، فاطمة الزهراء. (2011) . مشكلات الأطفال السلوكية والانفعالية ، الإسكندرية : دار الوفاء.
- الهورانة، معمر نواف. (2012). دراسة بعض المتغيرات المرتبطة في تأخر نمو اللغة لدى أطفال الروضة (دراسة حالة). مجلة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، مج 28، ع 3، 2012، ص ص 71-111
- اليوسفى، مشيرة .(2005) . النشاط الزائد لدى الأطفال (الأسباب ویرامج الخفض)، سلسلة إشرافات تربوية، الكتاب الثاني، القاهرة : المركز العربي للتعليم والتنمية.
- أمين، سهير (2005). اضطرابات النطق والكلام – التشخيص والعلاج. القاهرة : عالم الكتب.
- باظة، آمال عبد السميع. (2008).التواصل والتخاطب لدى المعاقين سمعياً وعقلياً. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- بطرس ، بطرس حافظ .(1996). القدرات اللغوية وعلاقتها ببعض جوانب النمو العقلي والمعرفي والاجتماعي لدى أطفال ما قبل المدرسة الابتدائية، (مؤتمر ثقافة الطفل بين التعليم والإعلام) .
- زهران، حامد عبد السلام .(2005). علم النفس النمو (الطفولة والمراهقة). ط6، القاهرة ، عالم الكتاب للطبع والنشر.
- سالم، سماح (2006). فاعلية استخدام نظام التواصل بالصور في تنمية التواصل الوظيفي لدى الأطفال التوحدي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية – جامعة حلوان.
- سليمان، محمد سيد. (2016). معارف المعلمين عن اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة بالمرحلة الابتدائية. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، (1)23.
- سيدنى وولكر .(2003). النشاط الزائد لدى الأطفال الأسباب والعلاج (دراسات حالة) ترجمة شعيب، على وفرحات السيد ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق.

- صابر، خالد عواد وحمدى، محمد وجلال، بهاء الدين (2010). دليل الأخصائي الاجتماعي للتعامل مع المعاقين ذهنياً. القاهرة: دار العلوم للنشر والتوزيع.
- عبد الباقي، سلوي محمد (2001)، فن التعامل مع الطفل، الإسكندرية، القاهرة: مركز الإسكندرية للكتاب.
- عبد الحميد، سعيد كمال، سلميان، مصطفى أبو المجد (2008). مدخل إلى التخلف العقلي. الرياض: مكتبة الرشد.
- عبد العزيز، عمر (2012). فاعلية برنامج التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة في تحسين مستوى الانتباه وخفض النشاط الزائد لدى عينة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، مجلة التربية للبحوث التربوية والنفسية والاجتماعية. القاهرة. عدد (151)، ص ص (199-226)
- عبد الله، عبد الرحيم (2002). تعليم اللغة في منهج تربية الطفولة المبكرة في المنزل والروضة والمدرسة، ط2، عمان: دار حنين للنشر.
- عبد الله، عادل (2004). الأطفال الموهوبون ذوي الإعاقات. القاهرة: دار الرشد للطبع والنشر.
- عبد المنعم، آمال محمود (2008). استراتيجيات التدخل المبكر ورعاية الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عليمات، إيناس. (2009). دراسة مقارنة للاضطرابات النطقية والفونولوجية بين الأطفال العاديين وذوي الاضطرابات النطقية والفونولوجية على الصورة الأردنية من مقياس تقييم الاضطرابات النطقية والفونولوجية، رسالة دكتوراة غير منشورة قسم التربية الخاصة بكلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية.
- عليمات، إيناس والفايز، ميرفت (2012). اثر برنامج تدريبي لغوي لتنمية مهارات اللغة الاستقبالية لدى أطفال ما قبل المدرسة من ذوي الاضطرابات اللغوية في عينة أردنية. المجلة الأردنية في العلوم التربوية: الأردن. مجلد 8: عدد 1، 2012. 35-46.
- عيد، يوسف محمد (2010). مقياس الحصيلة اللغوية لتشخيص تأخر اللغة للعاديين وغير العاديين. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- غراب، هشام. (2007). المشكلات النفسية لدى الأطفال المعوقين في المدارس الجامعة من وجهة نظر معلمهم بمحافظة غزة وسبل التغلب عليها، مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية، مج 15، العدد الأول، 533-560.

- فتح الله،، فراز (2007). أنواع الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين. غزة: دار الكتاب للنشر والتوزيع.
- قاسم، أنسي محمد أحمد (2005). اللغة والتواصل لدى الطفل. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- كامل ، محمد على . (2003). أخصائي النطق والتخاطب ومواجهة اضطرابات اللغة عند الاطفال ، القاهرة : مكتبة ابن سينا .
- كفاقي، علاء الدين وسالم، سهير محمد والكومي، عفاف عبد المحسن (2009). في التربية المعوقين عقلياً. القاهرة: دار الفكر العربي.
- لحمري، أمينة (2015). فعالية أسلوب التعزيز والنمذجة في خفض مستوى النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوي الذكاء الاجتماعي وتأثيره علي تحصيلهم الدراسي. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- ليناس، رندي (2010). "خيارات التواصل في تعليم الصم" ترجمة سمير دبابنه، الأردن: مركز السلط للمصادر والتدريب.
- ماريني ميركولينوا وآخرون (2003). اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة دليل علمي للعيادين، ترجمة عبد العزيز السرطاوي وآخرون، دبي: دار القلم للنشر والتوزيع.
- مصطفى، منصور (2008). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- مورتيمير، هانا (2004). صعوبات اللغة والكلام. ترجمة خالد توفيق، خميس حسن. الجيزة: هلا للنشر والتوزيع.
- يحيي، خولة أحمد وعبيد، ماجدة السيد (2005). الإعاقة العقلية. عمان : دار وائل للنشر .

American Academy of Pediatrics. (2001). Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement, Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention-deficit= hyperactivity disorder. Pediatrics, 108, 1033-1044

Adams, C. (2003). *Relationship Of Early Intervention Service Coordination Model To Quality Of Transition And Family Empowerment. Dissertation Abstract International, 64(8), 112A. (UMI No. 3103705.*

ADHD2(2004). *An Introduction to AD/HD. The History and the Characteristics of AD/HD. http; // users2. Evi. Net. Adolescents With ADHD. From www.chadd.org. Culatta, R.,*

Agnew, J. Dorn, C. ; Eden, G (2004). *Effects of intensive training on auditory processing and reading Skills. Brain and Language, 88(1), 21-25.*

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington. VA. American Psychiatric Publishing.*

Barkely, R. (2005). *Taking charge of ADHD. the complete authoritative guide for parents, New York, The Guilford Press.*

Barkley, R. A.. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Guilford Publications.*

Basavanna, M. (2000). *Dictionary of Psychology. Allied publishers Limited.*

Bendiksen, B., Aase, H., Svensson, E., Friis, S., Myhre, A. M., Reichborn-Kjennerud, T., & Zeiner, P. (2014). *Impairment in young preschool children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and co-occurring oppositional defiant disorder and conduct disorder. Scandinavian J of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, 2(3), 95-105.*

- Breaux, R. P., Griffith, S. F., & Harvey, E. A. (2016). *Preschool Neuropsychological Measures as Predictors of Later Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J of abnormal child psychology, 1-17.***
- Bruce, B., Thernlund, G., & Nettelbladt, U. (2006). *ADHD and language impairment. European child & adolescent psychiatry, 15(1), 52-60.***
- Bruder, M. B. (2000). *Family-Centered Early Intervention. Clarifying Our Values For The New Millennium. Topics In Early Childhood Special Education, 20(2), 105-115.***
- Braun, j, m et al .(2006). *exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity in children .j of environ health perspect ,114(12)1904***
- Campbell, S. B. (2000). *Attention-deficit/hyperactivity disorder. In Handbook of developmental psychopathology (pp. 383-401.***
- Chadd. (2004). *Evidence-Based Psychosocial Treatment for Children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder [Clinical Psychology Review, Vol 26, 4, 486-502](#)***
- Cohen, N. J., Vallance, D. D., Barwick, M., Im, N., Menna, R., Horodezky, N. B., & Isaacson, L. (2000). *The interface between ADHD and language impairment. An examination of language, achievement, and cognitive processing. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41(3), 353-362.***
- Depry, J. (2007). *Treating family and behavioral problems in children with attention deficit hyperactivity disorder using parent-interaction training and structural family therapy, single - case experimental design, Psy .D. United States - California, Alliant International University, San Diego.***

- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001).** *Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(5), 508-515.*
- Fabiano, G. A., ; Pelham, W. E. (2003).** *Improving the effectiveness of classroom interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A case study. J of Emotional and Behavioral Disorders, 11, 122-128*
- Feil, E. G., Small, J. W., Seeley, J. R., Walker, H. M., Golly, A., Frey, A., & Forness, S. R. (2016).** *Early Intervention for Preschoolers at Risk for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Preschool First Step to Success. Behavioral Disorders, 41(2), 95-106.*
- Feldman, H. M., & Reiff, M. I. (2014).** *Attention deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents. New England Journal of Medicine, 370(9), 838-846.*
- Geurts, H. M., & Embrechts, M. (2008).** *Language profiles in ASD, SLI, and ADHD. Journal of autism and developmental disorders, 38(10), 1931-1943*
- Garber & Smith, M .(2003).** *Behavior Training Helps ADHD Kids Symptoms, Parents Coping Skills.*
- Graeper, K. (2011).** *ADHD in-service training: An examination of Knowledge, efficacy, stress, teaching behavior, and irrational thoughts. St.(John's University) (New York). ProQuest Dissertations and Theses, 135.*
- Guralnick, M. J. (1997).** *Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. American Journal on Mental Retardation, 102(4), 319-345*

Hallahan, d.; kuffman .j. (2006). expcetional learners introduction to special education 10th edition ,Englewood cliffs, new jersey.

Harvey, E.; et al (2003). Parenting of children with Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The Role of Parental ADHD Symptomology. Journal of Attention Disorders, 7, 31-42.

Health Center,(2000). Special Consideration at School & in The HealthCenter, [http// www.environment, for adhd. Con/English/Brain/adhd/books.htm](http://www.environment, for adhd. Con/English/Brain/adhd/books.htm).

Jacob, U. et al (2015) Developmental And Communication Disorders In Children With Intellectual Disability. The Place Early Intervention For Effective Inclusion Journal Of Education And Practice, V6 N36 Pp42-46

James, P.S. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Mstate of the Science. Best Practice. Kingston. Civic Research Institute.

Jensen, P., Hinshaw, S., Kraemer, H., Lenora, N., Newcorn, J., Abikoff, H., Vitiello, B. (2001). ADHD Comorbidity findings from the MTA Study: Comparing comorbid subgroups. Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 40(2), 147-158.

Jensen, ps, et al . (2005) Cost-effectiveness of adhd treatments: findings from the mta study. American journal of psychiatry. ,162 ,1628- 1636.

Jones, H., ; Chronis, A. (2008). Efficacy of teacher in-service training for attention –Deficit/Hyperactivity disorder. Psychology in the Schools, 45(10), 918-929 .

- Juliek ,m; Elizabeth ,I(2014) It's The Way You Talk To Them." The Child's Environment. Early Years Practitioners' Perceptions Of Its Influence On Speech And Language Development, Its Assessment And Environment Targeted Interventions , Child Language Teaching And Therapy, V30 N3 Pp337-352**
- Justice, L. M., Chow, S. M., Capellini, C., Flanigan, K., & Colton, S. (2003). Emergent Literacy Intervention for Vulnerable Preschoolers Relative Effects of Two Approaches. American Journal of Speech-Language Pathology, 12(3), 320-332.**
- Khamis, V. (2006). Family Environment and Parenting as Predictors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among Palestinian Children. Journal of Social Service Research, 32, 99-116.**
- Kim, O. H., & Kaiser, A. P. (2000). Language characteristics of children with ADHD. Communication Disorders Quarterly, 21(3), 154-165.**
- Ladwig, C. N. (2003). Transition From Early Intervention To Preschool. Family Needs, Concerns And Priorities. Dissertation Abstract International, 64(2), 461A. (UMI No. 3079992).**
- Lange, A. M., Daley, D., Frydenberg, M., Rask, C. U., Sonuga-Barke, E., & Thomsen, P. H. (2016). The Effectiveness of Parent Training as a Treatment for Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Study Protocol for a Randomized Controlled, Multicenter Trial of the New Forest Parenting Program in Everyday Clinical Practice. JMIR research protocols, 5(2).**

- Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2003). *Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Campbell Collaboration***
- Leopold, D. R., Christopher, M. E., Burns, G. L., Becker, S. P., Olson, R. K., & Willcutt, E. G. (2016). *Attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo throughout childhood: temporal invariance and stability from preschool through ninth grade. Journal of Child Psychology and Psychiatry.***
- Lewis, V. (2003). "Play and Language in children with autism", *Journal of Early Intervention. 7, 4, 391-399.***
- Liesveld, J. (2007). *Teachers Knowledge, Beliefs, and Values about Children with ADHD, The University of New Mexico Albuquerque, New Mexico, PHD.***
- May, D. E., & Kratochvil, C. J. (2010). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Drugs, 70(1), 15-40.***
- McGoey, K. E., Schreiber, J., Venesky, L., Westwood, W., McGuirk, L., & Schaffner, K. (2015). *Factor Structure of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms for Children Age 3 to 5 Years. Journal of Psychoeducational Assessment, 33(5), 430-438***
- McInnes, D. ; Jitendra, C. (2003). *Listening Comprehension Deficit In Boys With ADHD. Journal of Abnormal Child Psychology, 31, 427-433.***
- McNeil, H. ; Fowler, A. (2009). *Let's Talk: Encouraging Mother-Child conversations during story reading. Journal of early intervention, 22, (1), 52-69.***
- Michael ,e Foster et al .(2007) . Treatment for ADHD: Is More Complex Treatment Cost-Effective for More Complex Cases? [Health Serv Res. 2007; 42\(1\) pp 165-182](#)**

- Morgan , m;hall,j .(1996) . Validity of DSM-IV ADHD Predominantly Inattentive and Combined Types: Relationship to Previous DSM Diagnoses/ Subtype Differences j of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol35, (3), pp 325-333**
- Murray, C. ; Johnston, C. (2006). Parenting in Mothers with Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Abnormal Psychology, 115, 51-61.**
- Pliszka, S. R., Crismon, M. L., Hughes, C. W., Corners, C. K., Emslie, G. J., Jensen, P. S., ... & HYPERACTIVITY, P. O. C. A. D. (2006). The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45(6), 642-657.**
- Rappley, M. D. (2005). Attention deficit-hyperactivity disorder. New England Journal of Medicine, 352(2), 165-173**
- Reina,I.(2003). increasing Prevalence of Parent-Reported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Children , United States,new jersey press**
- Riddle, M. A., Yershova, K., Lazzaretto, D., Paykina, N., Yenokyan, G., Greenhill, L., ... & Kollins, S. H. (2013). The preschool attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATS) 6-year follow-up. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(3), 264-278.**
- Rief, S. F. (2005). How to reach and teach children with ADD/ADHD practical techniques, strategies, and interventions. San Francisco. Josser- Bass.**

- Sciberras, E., Mueller, K. L., Efron, D., Bisset, M., Anderson, V., Schilpzand, E. J., ... & Nicholson, J. M. (2014). Language problems in children with ADHD: A community-based study. *Pediatrics, peds-2013.***
- Sexton, J., Kimmel, R., French, W., Harrison, D. A., Kensington, K., Ratzliff, A., ... & Stephens, K. A. (2016). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Integrated Care: Creating Effective Mental and Primary Health Care Teams, 181-204.***
- Shong, S Y. L.; Cheng, s. (2009) Development Of A Screening Instrument For Early Language Delay In Hong Kong Chinese. A Preliminary Study, *Journal of Genetic Psychology, V170 N3 Pp193-196***
- Tomlin, A. (2002). Early Intervention critical roles of early childhood handicapped, *Journal of Early Intervention.***
- Turnbull, R.; Turnbull, A.; Shank, M., ;Smith, S. (2004). *Exceptional Lives, Special Education in Today's Schools. Columbus, OH: Upper Saddle River.Upper Saddle River.***
- Visser, J. C., Rommelse, N. N., Greven, C. U., & Buitelaar, J. K. (2016). Autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in early childhood: A review of unique and shared characteristics and developmental antecedents. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 65, 229-263.***
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics, 9(3), 490-499.***
- William, Y. ; Orlee, U. (2003). "Imaginative play in Language disordered children" .*J of Abnormal Child Psychology, 18, 3, 197-205.***