

جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

مستوى الاكثتاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت

الانتباه في محافظة القدس

آمنة أسامة "محمد عطية" دعنا

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1444هـ - 2023م

مستوى الاكثاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في

محافظة القدس

إعداد:

آمنة أسامة "محمد عطية" دعنا

بكالوريوس في الأدب تخصص علم نفس / جامعة القدس / فلسطين

إشراف الدكتورة: ميساء النابلسي

إشراف الدكتورة: نجاح الخطيب

قُدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية

كلية الدراسات العليا / جامعة القدس / فلسطين

1444هـ - 2023م



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

برنامج الصحة النفسية المجتمعية

## إجازة الرسالة

مستوى الاكتاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس

اسم الطالبة: أمّنة أسامة محمد عطية دعنا

الرقم الجامعي: 21811634

مشرف أول: د. ميساء حمدي النابلسي

مشرف ثانٍ: د. نجاح محمود الخطيب

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2023/01/04م من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم

وتواقيعهم:

التوقيع: ميساء حمدي النابلسي

التوقيع: نجاح محمود الخطيب

التوقيع: فادي عبدالله حلبية

التوقيع: نبيل جبرين الجندي

1. رئيس لجنة المناقشة: د. ميساء حمدي النابلسي

2. مشرف ثاني: د. نجاح محمود الخطيب

2. ممتحناً داخلياً: د. فادي عبدالله حلبية

3. ممتحناً خارجياً: د. نبيل جبرين الجندي

القدس - فلسطين

1444هـ - 2023م

## إهداء

بكل الحب إلى رفيق دربي....

إلى من سار معي نحو تحقيق الحلم..... إلى من أخذ بيدي خطوة بخطوة.....

بذريته معاً... وحصدناه معاً....

زوجي الحبيب الدكتور الصيدلاني " بلال أبو رميلة "

إلى قلبي النابض... إبني جاد

إلى القلب الناصع بالبياض، إلى من لا يمكن للكلمات أن توفي حقها (والدتي الحبيبة)

إلى من شجعني على المثابرة طوال عمري، إلى الرجل الأبرز في حياتي (والدي العزيز)

إلى القلوب الطاهرة إلى رياحين حياتي (إخوتي) نرمين، محمد

إلى عائلة زوجي الكريمة حباً وإعزازاً

إلى دكتورتي الفاضلة: ميساء النابلسي

إلى دكتورتي الفاضلة: نجاح الخطيب

## إقرار

أقر أنا مُعدة هذه الرسالة أنها قُدمت لجامعة القدس للحصول على درجة الماجستير تخصص الصحة النفسية المجتمعية مسار العلاج النفسي، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تم الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الدراسة أو أي جزء منها لم يُقدم للحصول على درجة عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

التوقيع: آمنة دعنا

الاسم: آمنة أسامة "محمد عطية" دعنا

التاريخ: 04.01.2323

## شكر وتقدير

الحمد لله ذي الفضل والمن والإحسان والصلاة والسلام على الامام المصطفى حبيبي رسول الله صلوات ربي وسلامه عليه، وبعد:

فالحمد لله طويت سهر الليالي، وتعب الأيام وخالصة مشواري لإتمام هذا العمل المتواضع، وإيماننا بفضل الاعتراف بالجميل وتقديم الشكر والامتنان لأصحاب المعروف، فأني أتقدم بالشكر الجزيل لكل الذين بذلوا كل جهد وعطاء لكي أصل إلى هذه اللحظة، وإلى من زرعوا التقاؤل في دربي وقدموا لي المساعدات والتسهيلات، وعلى رأسهم الدكتورة ميساء النابلسي والدكتورة نجاح الخطيب فقد منحاني الكثير من وقتهن وتوجيهاتهن وآرائهن القيمة، سائلة الله تعالى أن يجزيهن خير الجزاء ويعجز قلبي عن تسطير عبارات الشكر والعرفان لزوجي العزيز الذي ساندني وصاحبني في رحلتي العلمية هذه مقدما لي يد العون.

ولا أنسى فلذة كبدي وشمعة حياتي ابني (جاد) لتحمله انشغالي عنه

كما أشكر والدي ووالدتي اللذان لم يبخلا عليّ من خالص الدعاء

وأتوجه بالشكر لكل من مدّ لي يد العون ممن لم تسعفني الذاكرة بذكرهم، وفي الختام أسأل الله العلي القدير أن يكون عملي هذا خالصا لوجهه الكريم.

الباحثة: أمنة دعنا

## الملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس، وتكون مجتمع الدراسة من الأطفال المُشخصين في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والمسجلين في مدارس شرقي القدس الذين تراوحت أعمارهم ما بين (6-11) سنة حيث بلغ عددهم (221) طفلاً منهم (118) ذكوراً و (103) إناثاً، وقد تم استخدام منهج الدراسة الحشدية (Ex- post facto approach)، وبالتحديد منهج الدراسة بأثر رجعي، وتم استخدام مقياس بيرلسون لقياس الاكتئاب عند الأطفال.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة وجود الاكتئاب عند الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تشكل (4.53%) في حين أن نسبة الأطفال الذين لا يوجد لديهم اكتئاب شكلت (6.46%)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) بين مستوى الاكتئاب عند الأطفال المُشخصين في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للام لصالح الأمهات الذين كان مستواهم التعليمي أعلى، كما وجدت فروق تبعاً لمتغير مدى التزام الطفل في العلاج لصالح الأطفال الملتزمين جداً، ومتغير متى تم تشخيص الطفل لصالح الأطفال الذين تم تشخيصهم من سنة، ومتغير الفترة العلاجية لصالح الأطفال الذين كانت فترتهم العلاجية سنة ونوع التدخل العلاجي لصالح العلاج الدوائي، ومتغير وجود أعراض اكتئاب عند الطفل من وجهة نظر الأهل لصالح لا يوجد أعراض اكتئاب، بينما لم توجد فروق دالة إحصائية تبعاً لمتغير عمر الطفل وجنسه والمستوى التعليمي للأب.

وبناءً على النتائج المذكورة أعلاه خرجت الباحثة بمجموعة من التوصيات للأخصائيين العاملين في مجال الصحة النفسية، والباحثين المستقبليين وصناع القرار ومنها: أهمية توفير البرامج

النفسية والارشادية وتوفير الدعم النفسي والمجتمعي للأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة  
وتشتت الانتباه، بالإضافة إلى زيادة عدد الدراسات التي تهتم بفئة الأطفال المشخصين باضطراب  
فرط الحركة وتشتت الانتباه، زيادة وعي الأهل حول أدوية اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه  
وكذلك حول الأعراض الجانبية لهذه الأدوية.

# **The level of depression among children diagnosed with ADHD in**

## **Jerusalem Governorate**

**Prepared by: Amneh Osama Dana Abstract**

**Supervisors: Dr. Maysa Nabulsi and Dr. Najah M. Al- Khatib**

### **Abstract**

The study aimed to identify the level of depression among children diagnosed with ADHD in Jerusalem governorate. The study population were children registered in east Jerusalem schools and diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The age ranges between (6-11) years, the sample size was (221) children among (118) males and (103) females. The cohort retrospective method was used (Ex- post facto approach), specifically, the retrospective study method. To measure depression, the Birelson scale was used.

The results of the study showed that the percentage of depression among children diagnosed with ADHD constituted (53.4%), while the percentage of children who did not have depression constituted (46.6%). The results of the study indicated that there were statistically significant differences. At the level of significance ( $\alpha \geq 0.05$ ) between the levels of depression in children diagnosed with hyperactivity disorder and attention deficit hyperactivity disorder, according to the mother's educational level variable, in favour of mothers whose educational level was higher. There were also differences according to the variable of the extent of the child's commitment to treatment in favour of very committed children, and the variable of when the child was diagnosed in favour of children who were diagnosed from one

year, and the variable of the treatment period in favour of children whose treatment period was one year and the type of therapeutic intervention in favour of pharmacological treatment, and the variable of the presence of symptoms of depression at the child from the parents' point of view is in favour of no symptoms of depression.

There were no statistically significant differences according to the variable of the child's age, gender, and the educational level of the father.

Based on the above-mentioned results, the researcher came up with a set of recommendations for working specialists, future researchers and decision-makers, including: the importance of providing psychological and counselling programs, the importance of providing psychological and providing social support for children diagnosed with ADHD. In addition, increasing the research about ADHD, and increasing parent's awareness about ADHA medications, as well as about the side effects of these medications.

### خلفية الدراسة ومشكلتها

#### 1.1 المقدمة

تُعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل العمرية التي يمر بها الانسان في حياته، وقد اهتم الكثير من العلماء والباحثين بهذه المرحلة اهتماما كبيرا، وكانت قضية إعداد الطفل إعداداً صحيحاً من القضايا المهمة التي أشغلت الكثير من المهتمين، حيث اهتموا بدراسة مشكلات مرحلة الطفولة وتحليلها والتعرف على أسبابها ومن ثم تقديم العلاج الناجع لها، ومن أبرز الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة "اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه" وقد تعددت اتجاهات وأساليب علاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تبعاً للعوامل المؤدية إليه من ناحية، وتبعاً لتعدد اهتمامات المختصين من ناحية أخرى، فمن أهم هذه الأساليب البرامج الإرشادية النفسية والتدخلات العلاجية الدوائية التي لم تحظ حتى الان بالقدر الكافي من اهتمام الدراسات والبحوث خاصة حول تأثيرها على الأعراض النفسية للأطفال المُشخصين في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس.

إن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يتميز بزيادة النشاط الجسمي والحركي، الذي قد يستمر ويطول مداه لدى الطفل، بحيث لا يستطيع الطفل التحكم بحركات جسمه، ويقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة (أحمد، 2008).

وتذكر (الزهراء، 2011) إن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية هو الأكثر شيوعاً في الاضطرابات السلوكية للأطفال، وهو أحد الاضطرابات التي قد تصبح مزمنة وتمتد حتى مرحلة الرشد، وهو اضطراب عصبي نمائي وغالباً ما تظهر أعراضه بوضوح قبل سن السابعة، وتمثل شريحة هؤلاء الأطفال 6% من إجمالي الأطفال.

ولقد تضاربت الآراء بين العلماء حول طبيعة هذا الاضطراب، فقد رأى بعضهم أنه اضطراب له أعراض وأسباب خاصة لا تتداخل مع أي أعراض أخرى، والبعض يرى أن أعراضه قد تتداخل مع أعراض العديد من الاضطرابات التي قد يعاني منها الطفل كالتحصيل الدراسي المنخفض أو السلوك المضاد للمجتمع، ومن وجهة نظر أخرى أشار بعض الباحثين في مجال الطب النفسي أنه اضطراب ناشئ عن تلف في المخ، أو اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، أو زُملة الخلل البسيط في المخ، وذلك لما وجدوه من تشابه بين أعراض هذه الاضطراب وأعراض الأطفال المصابين بأفات دماغية، ويتم تشخيص هذا الاضطراب عند تواجد مجموعة من الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل، كما ينبغي أن تظهر قبل سن السابعة (عرار، 2001).

وهناك ثلاث خصائص أساسية تميز هذا الاضطراب عن غيره من المشكلات والاضطرابات السلوكية الأخرى وهي: الحركة المفرطة، الاندفاعية، نقص الانتباه، ولكل خاصية من هذه الخواص مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها لدى الطفل في البيت والمدرسة، فالطفل ذو النشاط الزائد يتحرك باستمرار، كثير الكلام، يقاطع الآخرين أثناء حديثهم، يقوم بأعمال خطيرة قد تؤذي نفسه، لا يستطيع أن ينتظر دوره أثناء اللعب، يتسرع في تقديم إجاباته للمعلم دون التفكير بها مسبقاً، ينتقل من نشاط لآخر دون إكمال لأي واحد منها، تصبح علاقته مع بيئته المحيطة مضطربة وهذا ما يجعل تقديره لذاته منخفضاً (ابراهيم، 2007).

## 2.1 مشكلة الدراسة:

بدأت فكرة البحث الحالي من خلال ملاحظة الباحثة أثناء عملها الأكاديمي تزايد اعداد الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وتظهر عليهم اعراض اكتئابية، والذين يعانون من اعراض قلق وضعف القدرة على التركيز، بالإضافة الى سوء العلاقات الاجتماعية وضعف

قدرتهم على التواصل الفعال وهو ما دفع الباحثة نحو البحث في الدراسات التي تناولت هذه الفئة للوقوف على حجم المشكلة وما يتعلق بها من متغيرات وبالتالي للتوصل الى سبل المواجهة والعلاج، ومن هنا جاء اهتمام الباحثة بموضوع الدراسة ( مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس).

### 3.1 أهمية الدراسة:

#### الأهمية النظرية:

1. توجيه انظار المختصين إلى أهمية تأثير الادوية على الجانب النفسي ودوره في زيادة أعراض ومظاهر الاكتئاب عند الأطفال المُشخصين بفرط الحركة وتشتت الانتباه.
2. تعريف القارئ العربي في مجال البحوث والدراسات النفسية بدور العلاج الدوائي كأحد الأساليب المستخدمة في تخفيض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
3. الاهتمام بشريحة عمرية تعتبر من الشرائح المهمة في المجتمع وهم الأطفال المصابون بفرط الحركة وتشتت الانتباه.
4. قلة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، حيث تعتبر هذه الدراسة الوحيدة محليا بحسب علم الباحثة.

#### الأهمية التطبيقية:

1. مساعدة المختصين في وضع تصور للمعايير التي يجب مراعاتها عند التعامل مع الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الذين يتلقون العلاجات الدوائية وغير الدوائية.
2. تسهم هذه الدراسة في معرفة تأثير العلاجات الدوائية على الطفل المُشخص في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ومعالجة المشكلات الناتجة عنه.

الهدف العام:

التعرف على مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس والذين تراوحت أعمارهم ما بين (11/6) سنة.

الأهداف الفرعية:

1. التعرف الى أنواع التدخلات العلاجية المقدمة للأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ومستوى أعراض الاكتئاب لديهم في محافظة القدس.
2. التعرف الى مدى انتشار أعراض الاكتئاب ومستوياته لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس.
3. التعرف الى مدى ارتباط المتغيرات المستقلة (عمر الطفل وجنس الطفل والمستوى التعليمي للأم والمستوى التعليمي للأب ومدى التزام الطفل بالعلاج ومن متى تم تشخيص الطفل والفترة العلاجية ونوع التدخل العلاجي ووجود اكتئاب من وجهة نظر الأهل) للأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بمستوى أعراض الاكتئاب لديهم.

#### 4.1 أسئلة الدراسة:

1. ما أنواع التدخلات العلاجية التي يتلقاها الأطفال المُشخصون باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس؟
2. ما مدى انتشار أعراض الاكتئاب ومستوياته لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس؟

3. هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب عند الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس تعزى لمتغيرات الدراسة (عمر الطفل وجنس الطفل والمستوى التعليمي للأم والمستوى التعليمي للأب ومدى التزام الطفل بالعلاج ومتى تم تشخيص الطفل والفترة العلاجية ونوع التدخل العلاجي ووجود اكتئاب من وجهة نظر الأهل).

### 5.1 محددات الدراسة:

اقتصرت الدراسة على المحددات التالية:

الإطار البشري: الأطفال في محافظة القدس وضواحيها والتي تتراوح أعمارهم ما بين 6 سنوات ولغاية 11 سنة من مرحلة التعليم الأساسي المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

الإطار المكاني: محافظة القدس (منطقة شعفاط، بيت حنينا، البلدة القديمة، الشيخ جراح، واد الجوز، الطور، ضاحية البريد، سلوان، راس العامود)، وشملت العينة المدارس الموجودة في تلك المناطق ولم تشمل المناطق التابعة للسلطة الوطنية الفلسطينية.

الإطار الزمني: الفترة الواقعة ما بين عامي 2021/2023.

الإطار المفاهيمي: مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه سواء أكان مباشراً أم غير مباشر.

### 6.1 مصطلحات الدراسة:

الطفل لغويا: الصغير، الشيء الناعم، وهو أيضا مرحلة عمرية من دورة حياة الكائن الإنساني تمتد من الميلاد إلى بداية المراهقة (الريماوي، 2003).

الطفل اصطلاحا: هم الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين 6-12 سنة من كلا الجنسين، ويمثلون مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة (العطية، 2008).

الاكتئاب: أحد الاضطرابات النفسية، حيث يرافقه الشعور العام بالحزن والكآبة في أغلب الأوقات، وقد يصيب الأطفال أحيانا سرعة البكاء، سرعة الغضب، والانفعال بسهولة، كما يتميز الاكتئاب عند الأطفال بفقدان الاستمتاع بأي شيء (العاب، نشاطات، رحلات) إحساس بالضجر وعدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة، الانسحاب من التعامل مع الآخرين، مشاعر انعدام الحب، زيادة الحساسية، الانفعالية المتسمة بالحزن، انخفاض تقدير الذات، فقدان الأمل والشعور بالوحدة والرغبة في الموت، صعوبة في التركيز، تعب سريع وفقدان الطاقة والنشاط، نقص أو زيادة في الوزن، أرق أو زيادة في النوم، الشعور ببعض الأعراض الجسدية مثل الصداع أو المغص (APA, 2015).

ويعرف الاكتئاب إجرائيا: على انه مجموع العلامات التي يحصل عليها المبحوث على مقياس بيرلسون للاكتئاب.

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه: نمط دائم لعجز أو قصور أو صعوبة في الانتباه أو فرط النشاط والاندفاعية، ويلاحظ عند هؤلاء الأطفال أكثر من الأطفال العاديين من أقرانهم في نفس مستوى النمو (APA, 2015).

تشتت الانتباه: هو اضطراب نمائي يظهر في مرحلة الطفولة، ويوصف بمستويات نمائية غير مناسبة في جانب من الانتباه البصري والسمعي، وسلوك النشاط الزائد والاندفاعية ويترك أثرا سلبيا على واحد أو أكثر من جوانب الحياة كالعلاقات الاجتماعية والأهداف الأكاديمية بالإضافة إلى الوظائف التكيفية والمعرفية. (Barkley, 2003).

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات السابقة

#### 1.2 مقدمة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس، ويتضمن هذا الفصل عرضاً للأدب النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة.

#### 2.2 اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

##### 1.2.2 تعريف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه :

التعريف الطبي بحسب الإصدار الخامس في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية هو: أحد اضطرابات النمو العصبية الذي ينتج عن نقص في كمية الموصلات الكيميائية (الدوبامين، النورأدرينالين) في قشرة الجزء الأمامي (الفص الجبهي) التي تسهل للخلايا تنفيذ عملها والتواصل بين -3 أطراف الدماغ، مما يؤدي إلى نمط مستمر من عدم الانتباه أو فرط الحركة والاندفاعية مما يتداخل ويتعارض مع التطور والأداء (APA, 2013)

بينما عرفه سالفى وزملائه (Salvi et al (2019 بأنه: حالة سريرية مبكرة تتميز بصعوبات الانتباه وفرط الحركة والاندفاع والتي يمكن أن تستمر طوال العمر مما يؤثر بشكل كبير على المسار التطوري للطفل ويسهل ظهور الأمراض النفسية المصاحبة.

ويشير رودريغز (Rodriguez 2020) الى أنه: حالة معقدة وغير متجانسة مرتبطة بالعمليات العصبية المعرفية والنفسية الاجتماعية المتنوعة التي غالبا ما تؤثر على الأداء العام للطفل. وعرفته الجمعية البريطانية لعلماء النفس (2003) بأنه: اضطراب عصبي نفسي يتمثل بضعف الانتباه والحركة المفرطة والاندفاعية ولا يلائم المرحلة النمائية العمرية للفرد ويسبب خلا في التفاعل الاجتماعي والتحصيل الأكاديمي وعجزاً في تنظيم السلوك ويمكن تحديده في مرحلة الطفولة ويستمر في مرحلة الرشد.

وترى الباحثة: أن الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديه قلق وعجز في التفكير وتدنٍ في المستوى الأكاديمي، وتهور وتتصف أغلب سلوكياته بالاندفاعية، ولا يشعر بالسعادة ويصعب عليه تكوين أصدقاء، وقد يتصف بالخوف والإنسحابية خوفاً من حدوث شيئاً ما.

## 2.2.2. مدى انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الأطفال عالمياً:

تشير التقارير الأمريكية أن معدل انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في الولايات المتحدة بين الأطفال وفقاً لآخر التقديرات 11%، أي ما يقدر بنحو 6 مليون طفل أمريكي تتراوح أعمارهم من 5-17 عاماً، تم تشخيصهم باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (المعهد الوطني للصحة العقلية، 2019).

وتشير التقديرات إلى أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يصيب ما بين 5.4 إلى 8.7 % من الأطفال في إفريقيا، وتقدر معدلات إصابة الأطفال في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في إسبانيا بنسبة 6.8% بين الأطفال دون سن 18 عاماً (إسماعيل ، 2021).

كما يرى البعض أن النسبة تزداد لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مع التقدم في العمر حيث أن حوالي (2.4) مليون من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-11 عاماً قد

تم تشخيصهم باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وتبدأ أعراض هذا الاضطراب عادة في عمر السنتين إلى ثلاث سنوات ولكن لا يتم التعرف عليها بشكل رسمي الا بعد التحاق الطفل في المدرسة، كما يظهر هذا الاضطراب لدى الافراد بغض النظر عن خلفياتهم الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية كما أنه قد يصيب الأطفال من مستويات الذكاء كافة. (وقار، 2018).

### 3.2.2 مدى انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بين الأطفال في محافظة

القدس:

بلغت نسبة الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس من 7-10% من إجمالي الأطفال أي ما يعادل 4000-6000 طفل وطفلة تم تشخيصهم باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس بحسب منظمة الصحة الإسرائيلية (2019).

وتبلغ نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس نسبة 5-7% من مجموع الأطفال في المرحلة الابتدائية، وينتشر اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بين أطفال المحافظة أكثر من انتشاره بين أطفال القرى ويشيع بين الذكور أكثر من شيوعه بين الاناث، ويوجد بين الأطفال المعاقين أكثر من الأطفال العاديين، كما أن نسبة انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بين الأطفال أكثر من المراهقين (www.jerusalem.muni.il.).

### 4.2.2 أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

بحسب الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2013) فإن اعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

1. يجد الطفل صعوبة في الانتباه لشكل المنبه ومكوناته، ولذلك يخطئ كثيرا في واجباته الدراسية والألعاب والأعمال التي يقوم بها، بالإضافة إلى الأنشطة التي يمارسها.

2. لا يستطيع تركيز انتباهه مدة زمنية طويلة على منبه محدد.
3. يجد الطفل صعوبة في عملية الإنصات، ولذلك فإنه يبدو وكأنه لا يستمع عندما نتحدث إليه.
4. تخلو أعماله دائما من النظام والترتيب، ودائما ما ينسى الأعمال اليومية المتكررة والمعتادة التي يقوم بها.
5. ينتشت انتباهه بسهولة للمنبهات الداخلية حتى ولو كانت قوة تنبيهها ضعيفة.
6. سرعة النسيان خلال النشاطات اليومية.

### 3.2 تشتت الانتباه:

يُعد مفهوم تشتت الانتباه من المفاهيم الحديثة، حيث إنه لم يتم التحديد الدقيق لهذا الاضطراب إلا في بداية الثمانينيات من القرن الماضي، حيث كان يشخص قبل ذلك على أنه ضعف في القدرة على التعلم أو أنه خلل بسيط في وظائف المخ أو أنه إصابة بسيطة في المخ (APA, 2013).

ويرى مجيد (2008) ان تشتت الانتباه حالة مرضية سلوكية تظهر لدى الأطفال تجعل من درجة الانتباه والتركيز لديهم لفترة زمنية قصيرة، مما تجعلهم غير قادرين على التركيز والتذكر والتنظيم، ويظهر عليهم عدم الاهتمام لما يجري حولهم، ويجدون صعوبة في بدء وإكمال ما يقومون به من نشاط، وكأنهم لا يسمعون عندما نتحدث معهم ولا ينفذون الأوامر المطلوبة منهم، ويفقدون أغراضهم وينسون أين وضعوا حاجياتهم.

وعرفه القش والمعايطة (2007) على أنه عدم القدرة على المتابعة والتركيز على المهمات، في حين يرى يونج (Young , 2008) بان الطفل الذي يعاني من تشتت الانتباه، هو ذلك الطفل الذي يبدي مستوى غير مقبول من القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة على إقامة علاقات

إيجابية مع الآخرين . وترى الباحثة أن هذا الاضطراب يتميز بعدم قدرة الطفل على التركيز في المهمات والأنشطة والواجبات المطلوبة منه لفترة زمنية طويلة، وصعوبة متابعتها وسرعة نسيانها.

### 1.3.2 الأعراض الأساسية لتشتت الانتباه عند الأطفال:

#### 1. ضعف الانتباه:

تشير هذه الخاصية إلى عدم قدرة الطفل على التركيز لمدة ملائمة على المثير المقدم له، وبناءً عليه فإنه قد يبدو أحياناً أن الطفل ينتبه ويركز على المثيرات من حوله، إلا أنه يفقد انتباهه بشكل سريع جداً، وهنا نلاحظ أن أهالي الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أحياناً ما يشيرون إلى أن أطفالهم قد ينخرطون في اللعب بلعبة معينة لمدة ساعة تقريباً دون انقطاع، إلا أنهم في الوقت ذاته لا يكونون قادرين على متابعة أوامر الوالدين، وهنا لا بد من الإشارة إلى أن نوعية المثيرات التي تقاطع انتباه الطفل وتركيزه تتنوع وتختلف من طفل إلى آخر، فبعض الأطفال تُشتت المثيرات البصرية مثل الحركة والألوان، والبعض الآخر تُشتت المثيرات الصوتية مثل الموسيقى والأصوات (مجيد، 2008).

#### 2. التشتت ويتمثل بـ:

- عدم الاستمرار بالانتباه لمدة كافية لإنهاء مهارة ما: أي أن مدى انتباه الطفل قصير ولا يمكنه من إنهاء المهارات أو تكرارها.
- عدم مقاومة التشتت: إن قدرة الطفل على مقاومة المثيرات المشتتة والمحافظة على الانتباه الانتقائي محدودة جداً.
- عدم الانتباه بفاعلية: أي أن قدرة الطفل على ملاحظة التفاصيل وإتمام الخطوات التسلسلية للمهارات غير متلائم مع عمره الزمني (الرويتع، 2002).

### 3. الاندفاعية وتتمثل بـ:

العجز في القدرة على كبح السلوك وذلك عند الاستجابة لمتطلبات المواقف المختلفة وذلك بالمقارنة مع الأقران من المرحلة العمرية ذاتها، والجنس ذاته، وغالبا ما ترتبط الاندفاعية بضعف القدرة على تأخير الاستجابة أو تأجيل الإشباع (باركلي، 1998).

### 4. الحركة الزائدة:

يُعتبر هذا العرض من أهم وأوضح السمات المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، حتى أن بعض الأهل قد يعلقون على ذلك بقولهم إن طفلهم كان كثير الحركة قبل أن يولد، وهنا يبدو الطفل وكأنه في حالة دائمة من النشاط، وينتقل من نشاط إلى آخر بعشوائية وبطريقة غير هادفة ودون توقف حتى لو طلب منه ذلك، وخلال هذه الحركة يكون هناك عديد من الخسائر والحوادث في البيئة المحيطة للطفل، وأحيانا لدى الطفل نفسه (العتوم، 2004).

### 2.3.2 مميزات الانتباه:

للانتباه ثلاث مميزات هامة يذكرها (الوقفي، 1998) وهي:

1. يحسن المعالجة العقلية، لأن تركيز الانتباه في مهمة معينة يساعد على تقديم أحسن ما يستطيع الإنسان فيه.
2. إنه يوفر الجهد، فتركيز الانتباه لفترة طويلة يترك الإنسان متعبا لا يستطيع الاستمرار بتركيز الجهد إلا بصعوبة.
3. إن الانتباه يتصف بالمحدودية فعندما يركز الإنسان انتباهه على مثير معين فإنه يهمل المثيرات الأخرى المحيطة به.

## الاضطرابات النمائية المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

يتداخل اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مع بعض الاضطرابات النمائية التي تتصاحب معه في كثير من الحالات مثل الاكتئاب خاصة اذا كانت البيئة المحيطة به غير متفهمة لحالته وتصبح مشاعر الحزن والقلق ملازمة له في اغلب الوقت، اضطراب الوجداني ثنائي القطب حيث يتعرض الطفل لحلقات مختلفة من المزاج المتقلب وبشكل غير متوقع تمتد لأيام او أسابيع،القلق وهو من الاعراض الأكثر شيوعا لدى أطفال اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، فقدان الشهية، صعوبات النوم خاصة لدى الأطفال الذين يتلقون علاجات دوائية، متلازمة توريت حيث يقوم الطفل بإصدار حركات او أصوات لا ارادية، الاضطراب السلوكي مثل السلوك العدواني او الفوضوي، اضطراب العناد الشارد حيث يتميز هؤلاء الأطفال بانهم كثيرو العناد والمجادلة والغضب (سالم، 2001).

### تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

من المهم أن نفهم أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هو اضطراب حقيقي، وتركه بدون تشخيص وعلاج يمكن أن يؤدي إلى عواقب وخيمة، لذلك يعتبر تشخيص الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد خطوة هامة وضرورية قبل اتخاذ القرارات التي تتعلق بتقديم الخدمات واستخدام الأسلوب العلاجي الملائم للطفل، ففي العادة يُستخدم أسلوب التقييم المتعدد عند تشخيص الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، فبالإضافة إلى محاكات الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المعدل للاضطرابات العقلية الخاصة بتشخيص اضطراب فرط الحركة، ومقابلة الوالدين والمعلمين والطفل نفسه ويتم استخدام مقاييس تقدير سلوك الطفل للمعلمين والآباء (الرويتع، 2003).

ويعتمد التشخيص الأولي لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على ثلاثة مصادر رئيسة هي المعلومات التي يتم الحصول عليها من أولياء الأمور، والسجلات الطبية والنفسية التي تحتوي على تاريخ نمو الطفل العضوي والنفسي والتربوي، والملاحظات التي يتم تسجيلها مباشرة عن الاعراض

الكلينيكية حول سلوك الطفل وحالته العقلية من قبل الاخصائي او الطبيب المعالج (البلاوي وأيهاب، 2007).

وحالة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه حالة سلوكية ونفسية وعاطفية ، وتشخيصها يعتمد على الملاحظة المستمرة لسلوكيات الطفل خلال حياته اليومية في المنزل والشارع والمدرسة، بالتالي فان التشخيص والعلاج يعتمد على مجموعة من الأشخاص الذين يقومون برعاية الطفل وهم الطبيب النفسي وطبيب الاعصاب ووالدي الطفل والمعلم أو المرشد المدرسي والاختصاصي النفسي (مجيد، 2008).

### علاج نقص الانتباه وفرط الحركة:

بما أن نقص الانتباه وفرط الحركة ترجع إلى أسباب مختلفة، لذلك تعددت الأساليب العلاجية المستخدمة لمعالجة هذا الاضطراب ومن أهم هذه الأساليب، العلاج الطبي، التدخل العلاجي الغذائي، والعلاج الأسري، التنظيم البيئي وأخيرا العلاج السلوكي.

وفيما يلي عرض لهذه الطرق والأساليب في معالجة مشكلة ضعف الانتباه وفرط الحركة:

أولاً: العلاج الطبي: ساد العلاج الطبي لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في الأوساط الطبية ويتضمن هذا النوع من العلاج إعطاء الطفل بعض العقاقير المهدئة للحد من نشاطه الحركي المفرط، وهو إيقاف مؤقت لحركة الطفل لا يلبث أن يعود إلى حالته السابقة ولكن ظهرت آثار جانبية سلبية في العمليات العقلية والعصبية والانفعالية للأطفال الذين استمرو على هذه المهدئات لفترة طويلة.

ثم شاع نوع آخر من العلاج الطبي وهو إعطاء الطفل عقاقير منبهة ومنشطة تؤدي إلى زيادة النشاط الوظيفي للجسم، فتحدث تعادلاً بين النشاط الحركي الزائد لدى الطفل ووظائف الجسم التي زاد نشاطها بفعل الدواء المنشط، فنقل بذلك الحركات العشوائية والسلوك القهري غير الموجه ليحل محله السلوك النشط الموجه والمقصود، وتزيد فترة انتباه الطفل وتزيد فترة تركيزه، ومن ثم يستطيع أداء واجباته، ولكن هناك تأثيرات جانبية سيئة للأدوية، حيث ظهرت حالات الأرق والصداع وفقدان الشهية، كما

ظهرت عند بعض الأطفال الذين تعاطوا هذه الأدوية لفترة ليست طويلة الأمد مشاكل في المعدة والنوم بالإضافة الى أن هذه الأدوية تعمل على زيادة تركيز الدوبامين في النهايات العصبية، وبالتالي توفر زيادة الموصلات العصبية، وأشار إلى أن الاستخدام المناسب لمثل هذه العقاقير يؤدي إلى تحسن ملموس في السلوك، ويسهل عملة التعلم ويجعل الطفل أكثر قدرة على الاستيعاب وذلك بنسبة 90% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وتستخدم هذه العقاقير للسيطرة على الحركات والنشاط غير الهادف عند الطفل (نايف، 2007).

وبحسب مانور إيريس (Manor Iris, 2017) فإن 80%-85% من الأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يستجيبون بطريقة جيدة وإيجابية للأدوية المنشطة، مما يعني حصولهم على تحسن ملحوظ في مستوى الانتباه لديهم، ورفع مستوى السيطرة الذاتية لديهم، وتعمل الأدوية المستخدمة في علاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الأطفال على تهدئة الأعصاب، من خلال التأثير على الجهاز العصبي المركزي، أي أنه يقوم في الواقع بالعمل المعاكس أي تنشيط الدماغ، ويتمثل التأثير في زيادة كميات الدوبامين وهي المادة المؤثرة على التوصيل الكهربائي العصبي في الدماغ، بحيث يتم اصلاح نقص التوازن بين بعض الموصلات العصبية في الفص الجبهي وفي مناطق أخرى في الدماغ، ويبدو أن نقص التوازن هذا هو أحد مسببات اضطراب نقص الحركة وتشتت الانتباه وبارتفاع مستويات الدوبامين تتحسن بعض القدرات الأساسية عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وبالرغم من ذلك لا توجد احصائيات واضحة لعدد الأطفال المتلقين للأدوية ولا مستوى تحسن هؤلاء الأطفال.

ثانيا: التدخل العلاجي الغذائي: يعتمد هذا النوع من التدخل على اتباع حمية غذائية معينة، وذلك بالابتعاد عن تناول الأطعمة التي تحتوي المواد الملونة والمواد السكرية والحافظة، اضافة الى استخدام نظام غذائي محدد لخفض نسب المواد السكرية والذرة والدقيق، واطافة بعض الفيتامينات مثل فيتامين

(B) إلى الأطعمة والخضراوات الطازجة، يعمل على تحسين الذاكرة والأداء التعليمي المعرفي وتحسن الانتباه لدى الأطفال (كامل، 2003).

ثالثا: العلاج النفسي: إن ضعف الانتباه يؤدي إلى مشكلات سلوكية مختلفة كالفوضى، والاندفاع، والعناد، العدوان، والنشاط الزائد وغيرها من المشكلات الاجتماعية غير المقبولة، والتي ينتج عنها اضطراب في علاقة الطفل بالمحيطين به، نتيجة لضعف التكيف الاجتماعي لدى الطفل، وهذا يؤدي بدوره إلى اضطراب علاقة الطفل بوالديه، ولذلك فالطفل بحاجة إلى العلاج النفسي الفردي والأسري والذي اشار يشير إليه دانفورث الذي اكد أن تدريب الوالدين على ضبط سلوكهم مع أطفالهم الذين يعانون من ضعف الانتباه، أدى ذلك إلى نتائج إيجابية حيث تم خفض أعراض ضعف الانتباه لديهم (سيد وبدر، 1999).

رابعا: العلاج السلوكي: يشير بوسافاك وشيرادون (Posavac & Sheridan, 1999) إلى أن استخدام الأساليب العلاجية السلوكية من أنجح الطرق استخداما في مساعدة الأطفال الذين يعانون من ضعف الانتباه، حيث إن هذه الأساليب تزيد من قدرتهم على تركيز انتباههم والسيطرة على مشكلاتهم السلوكية، وقام كل من (Abramowitz & Sasan, 1991) بمراجعة مجموعة من الدراسات استخدمت أساليب سلوكية مختلفة في معالجة سلوك ضعف الانتباه حيث أشارت نتائج المراجعة إلى أن أكثر الأساليب السلوكية استخداما جاءت على الترتيب التالي:

(التعزيز الرمزي، تنظيم البيئة الصفية، التعزيز الإيجابي، إجراءات تقليل السلوك المعتمد على التعزيز، التدخلات السلوكية المعرفية)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأساليب السلوكية السابقة كافة كان لها تأثيرات إيجابية في تقليل من سلوك ضعف الانتباه وزيادة التركيز لدى الطفل، ويتميز العلاج السلوكي بسهولة ضبط سلوك الأطفال، وسهولة تطبيق هذا البرنامج من قبل الوالدين في البيت والمعلمين في

المدرسة، ويتميز هذا الأسلوب عن العلاج الطبي الدوائي بعدم وجود آثار جانبية سلبية على الأطفال، كما يتميز بتقديم معززات مادية ومعززات رمزية للطفل. (Dills, 2000).

**النظريات التي تفسر سبب اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:**

**نظرية التحليل النفسي:**

حاولت نظرية التحليل النفسي تفسير الاضطرابات السلوكية من خلال خبرات الأطفال في الفترات المبكرة من الحياة في ظل مبادئ التحليل النفسي، حيث أن بعض الخبرات السابقة غير السارة تكبت في اللاشعور، إلا أن هذه الخبرات المكبوتة تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك، وتؤدي بالتالي إلى الاضطرابات السلوكية فيما بعد (نايف، 2007).

**النظرية السلوكية:**

يرى هذا الاتجاه أن الاضطراب السلوكي هو سلوك متعلم يتعلمه الفرد من البيئة التي يعيش فيها، حيث يعتبر هذا الاتجاه بأن الإنسان ابن البيئة بما تشمل عليه من مثيرات واستجابات مختلفة، لها علاقة بمختلف مجالات الحياة الاجتماعية والنفسية والبيولوجية وغيرها، وتتشكل لدى الفرد حتى تصبح جزءاً من كيانه النفسي، كما يفسر هذا الاتجاه أن الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقبل من درجة توتره ودرجة الدافعية لديه (يحيى، 2000).

**الاتجاه الفسيولوجي:**

يعتقد هذه الاتجاه أن كل الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي للإصابة بالاضطرابات السلوكية، ومع أن هذا الاستعداد قد لا يكون سبباً في اضطرابات السلوك إلا أنه قد يدفع الطفل إلى الإصابة بالاضطرابات السلوكية، فالأدلة على الأسباب البيولوجية واضحة في أكثر الاضطرابات السلوكية، ويشير هذا الاتجاه إلى أن الاضطرابات السلوكية هي نتاج ومحصلة لخلل في وظائف

وأعضاء الجسم ، الامر الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك, اضطراب القلق,الاكتئاب, صعوبات التعلم واضطرابات النوم (القاسم، 2000).

### الاتجاه البيئي:

يقوم هذا المبدأ على أن المشكلات السلوكية لا تحدث للطفل من العدم أو من الطفل وحده، بل تحدث نتيجة التفاعل بين الطفل والبيئة المحيطة به، حيث يرى البيئيون أن حدوث الاضطراب السلوكي والانفعالي لدى الأفراد يعتمد على نوع البيئة التي ينمو بها، فالبيئة السليمة لا تؤدي إلى حدوث الاضطراب السلوكي للطفل والعكس صحيح (يحيى، 2000).

## 4.2 الاكتئاب عند الأطفال:

### 1.4.2 تعريف الاكتئاب عند الأطفال:

يُعتبر الاكتئاب عند الأطفال من الاضطرابات الانفعالية بالغة الخطورة، وهو عبارة عن مجموعة من الأعراض المركبة التي تسمى بمفهوم الزملة الاكتئابية حيث يتضمن الشعور بالكآبة والحزن والنزعة لإيذاء الذات، وانخفاض مستوى النشاط والدافعية، بالإضافة إلى ذلك تشمل أعراضه التعب والكسل والعجز والشعور بالإحباط، وتدني احترام الذات وزيادة الحساسية الانفعالية وفقدان الامل والشعور بالوحدة، وفقدان الشهية والتشاؤم والشكوى من الالام الجسمية، وتوهم المرض والانسحاب الاجتماعي وصعوبة التركيز والهروب الاجتماعي وتأنيب الذات.

ويرى المختصون بأن الاكتئاب قد يرتبط بأنواع أخرى من المشكلات النفسية عند الأطفال والمراهقين، مثل التبول اللاإرادي والإعياء النفسي وثورات الغضب والفشل الدراسي والنشاط الزائد. وقد يتطور الاكتئاب في المراحل العمرية المبكرة ويستمر ويتعمق في مرحلة المراهقة (الزغول، 2006).

الاكتئاب لغة: مشتق من كآب وكآبة وتعني تغير وحنين وهم في نفس الشخص ويقال في اللغة كآب فلانا أي تسبب في حزنه، والكآبة تعني الحزن الشديد، ويقال اكتأب وجه الأرض أي ضرب إلى السواد (المنجد، 1989).

ويعرفه (Beck, 1974) بأنه حالة انفعالية مزاجية، وقد صنف مظاهر الاكتئاب ضمن أربع مجموعات أساسية تتمثل في الأعراض الانفعالية والمعرفية والجسدية والسلوكية، وتضمنت مجموعة من الاتجاهات والأعراض التي تتمثل في الحزن والمزاج والتشاؤم ولوم الذات والشعور بالذنب، وعدم الرضا والفشل وكره الذات والانسحاب الاجتماعي والتفكير في الانتحار، وفقدان الوزن واضطرابات النوم وفقدان الشهية ونوبات البكاء والانسحاب الاجتماعي.

وقد تم تعريفه في التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية: بأنه مجموعة من الأعراض التي تتميز بقلّة احترام الذات، وانعدام الثقة بالنفس، وعدم القدرة على التركيز، ومحاولات الانتحار وفقدان الأمل ونظرات تشاؤمية للمستقبل، إضافة إلى اضطرابات جسدية كاضطرابات النوم واضطرابات الشهية ونقصان الوزن (ICD, 1992).

ويرى زهران (2003): أن الاكتئاب هو حالة من الحزن الشديد، والذي قد ينتج عن وجود ظروف أو أحداث اليمّة للشخص، والذي قد لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه، ويصاحب هذا الحزن أعراض جسدية ونفسية، ومن أنواع الاكتئاب البسيط والحاد والمزمن والعصابي والذهاني.

ويشير البلاح (2004): بأن الاكتئاب حالة من المزاج الكئيب، ويميزه مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي تتمثل في نقص الاهتمامات الاجتماعية لدى الفرد، وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين، وقلّة الدافعية للعمل والعزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة والشعور بدونية الذات.

ويعرفه العجوري (2007) بأنه: حالة نفسية وانفعالية تتمثل في الشعور بالحزن والشعور بالذنب وفقدان الشهية وانعدام قيمة الذات والتشاؤم والإحباط وفي الحالات الشديدة قد يصل إلى كراهية النفس وايزاء الذات ومحاولة الانتحار وذلك نتيجة تعرض الفرد لخبرات صادمة في حياته.

ومن المنظور التطوري للاكتئاب فإنه قد يظهر في مرحلة الطفولة ولكنه يُعدّ واسع الانتشار في مرحلة الرشد، كما أنه يأخذ صورة حادة أثناء مرحلة البلوغ، وهو منتشر بين الذكور والإناث، ففي السنوات المبكرة الأولى يكون معدل الانتشار بين الجنسين متساويا ولكن بعد مرحلة البلوغ يزداد معدله لدى الإناث مقابل الذكور بنسبة 1:2 (النيال، 2008).

ويتم التعبير عن الاكتئاب لدى الأطفال في الغالب سلوكيا من خلال الانطواء والميل إلى العزلة، وقلة الإقبال على ممارسة الأنشطة اليومية، وكلها تعبيرات عن الغضب وعدم الرضى ورفض الواقع (الطراونة، 2010).

#### 2.4.2 أشكال الاكتئاب عند الأطفال:

يقسم الاكتئاب عند الأطفال إلى ثلاثة أنواع:

- الاكتئاب الحاد أو غير المزمن: يظهر هذا النوع من الاكتئاب بشكل مفاجئ نتيجة حدث مؤلم أو فقدان شخص عزيز ويمتاز بشدة أعراضه، ويكون الطفل مشهورا بنشاطه وعلاقاته الطبيعية قبل الوقوع بهذا النوع من الاكتئاب.
- الاكتئاب المزمن: تظهر على الطفل أعراض الاكتئاب دون ارتباطها بحادثة معينة، ولكن نتيجة التوترات والصراعات الداخلية، وتلعب الحوادث غير السارة أو الأزمات النفسية دورا بزيادة تقاومه وشدته، وتظهر أعراض هذا النوع بشكل متكرر (ملحم، 2007).

- الاكتئاب المقنع: وهو أكثر أنواع الاكتئاب شيوعاً لدى الأطفال، ولا تظهر أعراض الاكتئاب المعروفة في الأشياء التي تظهر أمامه، وقد يتخذ سلوك الطفل شكلاً من أشكال التكسير دون قصد، والعدوانية والاستجابة السلبية نحو الثناء أو اللوم وفقدان الشهية أو السمنة أحياناً (أبو سكينه وراغب، 2012).

### 3.4.2 أعراض الاكتئاب عند الأطفال:

أشار ملحم (2007) إلى أن أعراض الاكتئاب قد تظهر أحياناً عند الشخص ببطء وأحياناً أخرى تظهر فجأة خاصة عند وجود عوامل مثيرة، حيث يبدأ التغيير في شخصية وسلوك الطفل قبيل ظهور الأعراض الإكلينيكية الخاصة بالاكتئاب، وقد يظهر المرض في البداية بأعراض عامة كعدم القدرة على اتخاذ القرارات، التردد، أعراض جسدية، صعوبة في التركيز، توهم، محاولات انتحار، وتتمثل الأعراض الإكلينيكية في الأعراض التالية:

- أعراض اكتئابية وجدانية: وتتمثل بالشعور بالحزن الشديد واليأس والعجز والشعور الشديد بالكآبة والنظرة الدونية للذات والشعور بالتشاؤم والشعور بعدم وجود قيمة للحياة.
- الأعراض النفسية: وتتمثل بالشعور بالتعب وعدم امتلاك الطاقة، بالإضافة إلى عدم القدرة على الاستمتاع بالأشياء، الابتعاد عن الأصدقاء والمواقف الاجتماعية، عدم النوم بشكل جيد والتعرض إلى الكوابيس أو النوم لفترة طويلة جداً، الشعور بالرفض من المحيطين.
- اضطراب الوظائف العقلية: هناك العديد من الأعراض الذهنية التي تظهر لدى مريض الاكتئاب ومنها قلة التركيز وكثرة السرحان وقلة الانتباه والبطء في الاستجابة.
- اضطراب التفكير: اجهاد في التفكير، تأنيب الضمير والشعور بالذنب بشكل مستمر، قلة التركيز وصعوبة في التفكير، هلوسات وضلالات.

- الأعراض الجسدية: وتتمثل في اضطراب في الشهية للطعام (فقدان أو زيادة في الشهية) أو اضطرابات في النوم (زيادة في النوم أو قلة في النوم).
  - الأعراض السلوكية: إهمال المظهر الخارجي حيث يظهر على الطفل الحزن والكآبة، وعدم قدرة الطفل على المشاركة بأي أنشطة اجتماعية وقلّة القدرة على العطاء
- أما الدليل التشخيصي الأمريكي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM, 2013) فقد حدد بعض الأعراض والتي اعتبرها مميزة للاكتئاب:
1. أن تتواجد خمسة أعراض أو أكثر خلال فترة زمنية مدتها أسبوعين إضافة إلى وجود فقدان المتعة والسرور ومزاج مكتئب وحزين والأعراض هي:
    - مزاج كئيب وحزين معظم اليوم وبشكل يومي.
    - عدم الشعور بالمتعة والسرور في أغلب الأنشطة معظم اليوم وبشكل يومي.
    - تغير في وزن الجسم (أما نقص في الوزن أو زيادة في الوزن) نتيجة التغير في الشهية للطعام.
    - اضطرابات في النوم إما الأرق أو زيادة في عدد ساعات النوم.
    - فقدان الطاقة والشعور بالتعب يوميا.
    - بلادة وتأخر حركي.
    - عدم الشعور بالقيمة.
    - لوم الذات.
    - الشعور المبالغ فيه بالذنب (تقريبا كل يوم).
  2. لا تعود الأعراض إلى فقدان عزيز كالموت مثلا أو تستمر إلى أكثر من شهرين أو تتسم بضعف وظيفي واضح كالأعراض الذهانية أو التأخر النفسي الحركي.
  3. تسبب الأعراض قصور في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي في مجالات الأداء الهامة.

4. لا تعود الأعراض إلى سوء استخدام العقاقير أو التأثيرات الجسدية لتعاطي دواء معين أو لحاله طبية عامة مثل زيادة افراز الغدة الدرقية.

#### 4.4.2 أسباب الاكتئاب عند الأطفال:

لقد أشار العديد من الباحثين أنه لا يوجد سبب مباشر أو معين للاكتئاب، فهو عبارة عن مجموعة من العوامل المتداخلة والتي قد تتسبب بإصابة الفرد باضطراب الاكتئاب مع مراعاة الفروق الفردية والخصوصية التي يتميز بها كل فرد، والتي تبين إصابة فرد بالاكتئاب وعدم إصابة الآخر بالرغم من العيش بنفس الظروف والتجارب وتشابه العوامل، كما انه من الممكن أيضا أن يصاب الشخص بالاكتئاب على الرغم من عدم وجود أي من العوامل المساعدة أو المسببة للاضطراب، إضافة إلى أن هناك من يصاب بالاكتئاب نتيجة تعرضه المستمر للأحداث الضاغطة والصادمة، وخالصة القول أن هناك العديد من العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية والتي قد تسهم وتساعد في وجود اضطراب الاكتئاب متفردة أو مجتمعة معا (محمد، 2000).

#### 5.4.2 النظريات التي تفسر الاكتئاب عند الأطفال:

هناك العديد من النظريات التي فسرت الاكتئاب، فمن هذه النظريات ما ركز على العوامل الفسيولوجية البيوكيميائية كالمنظور البيو كيميائي، ومنها ما ركز على العوامل الاجتماعية والبيئية كالمنظور السلوكي ومنها ما ركز على الإدراكات المعرفية في الاكتئاب كالمنظور المعرفي، والمنظور السيكودينامي الذي يركز على العوامل السيكلوجية الدينامية كنظرية التحليل النفسي.

ومما لا شك فيه ان الاكتئاب من الظواهر النفسية الهامة والتي أصبحت تظهر بصورة واضحة وملحوظة في مجتمعاتنا في الآونة الأخيرة ووفقا لذلك من المهم الوقوف على جميع جوانب هذه الظاهرة،

وتتصف أعراض الاكتئاب بانها تحتوي على جانبين الأول بيولوجي وفق التقديرات البيوكيميائية والفسولوجية والثاني اجتماعي يركز على النسق الاجتماعي والثقافي والعوامل البيئية.

#### 1. النظرية البيولوجية:

يرى أصحاب النظرية البيولوجية ان الاكتئاب يحدث بسبب عوامل فسيولوجية وعوامل وراثية وفيما يلي تفسير العاملين:

##### أ. التفسير الوراثي:

ويظهر هذا التفسير أهمية الجانب الوراثي في نشأة الاضطرابات النفسية والوجدانية حيث يرث الأفراد استعداداً للعمليات البيولوجية المضطربة، وقد أثبتت بعض الدراسات تأثير المكونات الوراثية في حدوث الاضطرابات الوجدانية والنفسية (كتانة، 2017)

##### ب. التفسير البيولوجي:

يشير (القريطي، 1998) إلى أن الاكتئاب يحدث نتيجة حدوث خلل في المثيرات العصبية بالجهاز العصبي، الذي يقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل (السيروتونين) حيث إن هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي كما ثبت أن الأطفال المكتئبين لديهم خلل ما في نواتج عمليات التمثيل الغذائي للناقلات العصبية والتي يتم معالجتها من خلال استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب، وقد وجد أن هناك خللاً في إفراز بعض الهرمونات عند الأطفال المصابين بالاكتئاب وقد يعود هذا الاختلال إلى اضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على المثيرات الكيميائية في المخ.

##### نظرية التحليل النفسي:

تتمحور نظرية التحليل النفسي بتركيزها على أهمية السنوات والخبرات الأولى من عمر الطفل إذ يرى فرويد الاكتئاب حالة عصبية يثيرها فقدان عزيز، وتتسم بالقلق وانتقاد الذات والحط من شأنها واستكثارها، فالإكتئاب عصاب يغطيه القلق بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة. ويعود الاكتئاب إلى الاحتياجات

الفموية للطفل، أي أن الطفل يحصل له تثبيتاً عند المرحلة الفموية، لذلك فإن أعراض هذه المرحلة تكون إما بالامتناع عن الأكل أو الشرب، فإما أن يبالغ أو يقلل في اشباعها كما قد يحدث نكوص إلى أنشطة تتسم بها هذه المرحلة ومنها مص الأصابع، وقرض الأظافر.

كما قد يتعرض الطفل لفقدان الأم وهذا الفقد يصاحبه رفض شديد يترجم بغضب حيث يقوم الطفل بتحويل الغضب من الخارج إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب، لأنه يعتقد أنه السبب في ذلك الفقدان، فشعور الطفل بالإحباط أو الذنب يجعله غاضباً على نفسه، وقد يؤدي نفسه بطريقة ما، ويتم التعبير عن الغضب عند الأطفال بحركات جسدية من خلال شتم أنفسهم أو غيرهم والتقليل من قيمة ذواتهم، كما أن غضب الأطفال ترافقه في العادة الكآبة وميلهم إلى الانزواء وهذا من أخطر المسالك الضارة في الصحة النفسية للطفل (شيفر وميلمان، 1996).

وتبنت النظرية التحليلية وجهة النظر التي مؤداها بأن الأمراض النفسية التي تظهر على الشخص بما فيها الاكتئاب هي نتاج الصراعات المبكرة التي عاشها الشخص، ويمثل الاكتئاب اضطهاداً من أُلانا الأعلى وعلى ذلك نجد أُلانا الأعلى تعامل أُلانا بالطريقة التي كان يرغبها المريض لا شعورياً، وإن مفهوم اللاشعور الذي أوجده فرويد ليبين أن ظهور الأمراض النفسية بعد مرحلة الطفولة هو تكرار لا شعوري رمزي لكل ما يحدث خلال الست سنوات الأولى من عمر الطفل، في مرحلة الطفولة أي أن القلق والاكتئاب أو الاضطرابات النفسية هي جزء بسيط من الأسباب الحقيقية، وأن الجزء الأكبر المؤدي إلى تلك الاضطرابات مدفون في اللاشعور، فحياة الطفل بحسب فرويد تتميز بالصراعات.

## 2. النظرية السلوكية:

إن من أكثر النظريات السلوكية التي اهتمت في تفسير الاكتئاب نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا ونظرية التعليم السلوكي والاجتماعي لليونسون، وتفسر النظرية السلوكية أن الاكتئاب يحدث نتيجة خسارة شخص

عزيز أو فقدان مهنة أو علاقة اجتماعية كانت تشكل مصدر دعم للشخص الفاقد (عبد الصادق، 2013).

وتفترض النظرية السلوكية أن الاكتئاب يحدث نتيجة زيادة الأحداث المؤلمة، وانخفاض معدل التعزيز الإيجابي والثواب، فالإكتئاب عند السلوكيين يحدث نتيجة مجموعة من العوامل تتضمن زيادة الخبرات المؤلمة والسيئة وانخفاض تفاعل الفرد مع البيئة التي تؤدي إلى نتائج إيجابية له (عبد الخالق والصبوة، 1996).

### 3. النظرية المعرفية:

قدمت النظرية المعرفية إطاراً لتفسير السلوك الإنساني، ومن أهمها نظرية بيك للاكتئاب، وقد اهتمت هذه النظرية بالبحث حول كيفية إدراك الفرد لذاته والعالم من حوله وتوقعاته واعتقاداته عن الأحداث التي يمر بها (كامل، 2003)، وفسر بيك وزملاءه أسباب الاكتئاب من المنحى المعرفي، حيث اعتبره من أكثر أنواع الاضطرابات النفسية شيوعاً وأكثرها خطراً على الإنسان، فقد فسّر أن الاكتئاب يحدث نتيجة العمليات المعرفية السلبية لدى الفرد، فعندما ينظر الفرد إلى نفسه وإلى خبراته وإلى مستقبله بصورة سلبية قد يؤدي ذلك إلى حدوث الاكتئاب، ويسمى بيك نظرة الفرد إلى نفسه وإلى خبراته وإلى مستقبله صورة سلبية بالثالوث المعرفي السلبي كما يلي:

أولاً: نظرة الفرد إلى نفسه:

يقول بيك أن غالبية مرضى الاكتئاب تنقصهم الخصائص الأساسية التي تساعد على تحقيق السعادة، حيث إن الفرد ينظر إلى نفسه بطريقة سلبية، ويعتبر أن لديه نقص في الكفاءة ولديه قصور ويعزو خبراته غير السارة إلى العديد من التناقضات التي يفترضها في نفسه، حيث يرى الفرد أن عالمه الشخصي مليء بالصعوبات والعراقيل والتي من الصعب تجاوزها، وأن هذا العالم يتطلب منه أموراً غير معقولة فوق قدراته وطاقاته مما يؤدي إلى عدم تحقيق أهدافه (موسى وآخرون، 2017).

ثانياً: نظرة الفرد السلبية إلى المستقبل:

لا يرى الفرد هنا مستقبل جيد وإنما يستمر في رؤية الصعوبات والحرمان والإحباط ويتوقع استمرارية هذه الصعوبات إلى نهاية عمره ويتوقع الفشل في كل أموره (كامل، 1990). ويرى بيك أن الفرد المكتئب يتعرض للاكتئاب نتيجة لتفسيراته المشوهة والخاطئة للخبرات والأحداث التي يمر بها مما يؤدي إلى لوم الذات (إبراهيم، 1998).

## 6.4.2 العلاقة بين الاكتئاب وفرط الحركة وتشتت الانتباه:

يُعد اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من الاضطرابات السلوكية الشائعة للطفل والتي تؤثر تأثيراً كبيراً على حياته، كونه ما زال في مراحل النمو والتطور وبناء الذات والشخصية سواء في الطفولة أو المراهقة، وتلعب الظروف الأسرية وعدم تلقي الدعم في البيت والمدرسة سبباً في حدوث الاكتئاب للطفل في هذه الفترة.

ويُعتبر اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والاكتئاب اضطرابين منفصلين بحيث يتسم كل منهما بأعراض مختلفة، ومع ذلك هنالك ارتباط بينهما، حيث ان فرط الحركة وتشتت الانتباه يؤدي إلى الاكتئاب في الكثير من الأحيان في حال لم يتلق الطفل التدخل العلاجي المناسب، بالرغم أنه من الممكن أن نرى الاضطرابين مجتمعين معاً، أي أن الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قد يكون لديه اكتئاب، وهناك رابطة قوية بين الاكتئاب وفرط الحركة وتشتت الانتباه حيث إن وجود أعراض اضطراب فرط الحركة يصاحبها اكتئاب داخلي عند الطفل في بعض الأحيان، كما أن الاكتئاب هو عرض جوهري مشترك في الاضطرابات النفسية فهو محور العصاب والعديد من الاضطرابات السلوكية (هيندز، 2008).

وكما ترى الباحثة أن هناك علاقة ترابط بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وحدوث الاكتئاب عند الأطفال المتلقين للعلاجات الدوائية، وذلك بسبب الأعراض الجانبية التي تسببها تلك الأدوية للأطفال مثل (الصداع، العصبية، قلة الشهية والنوم، الشعور بخفقان القلب السريع، فقدان الوزن) وبالتالي يصبح الطفل أكثر حساسية للمحفزات والمثيرات، وتصبح ردات فعله عدوانية مما يجعله أكثر عرضه للإصابة بالاكتئاب، وبالرغم من ذلك لا نستطيع الجزم بأن استخدام الأدوية هي السبب الرئيسي في حدوث الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وذلك نظرا لخصوصية الظروف التي يعيشها أطفال المجتمع الفلسطيني من صعوبات سياسية واجتماعية ونفسية والتي من شأنها أن تزيد من احتمالية إصابة الأطفال باضطرابات القلق والاكتئاب.

## 5.2 الدراسات السابقة

### 1.5.2 الدراسات العربية

دراسة عز الدين (2018) والتي هدفت الى تقييم اكتساب المهارات الاجتماعية وارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى الأطفال ذو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، شارك في الدراسة (70) طفل تتراوح أعمارهم ما بين 8- 12 سنة ، منهم (47) طفلا من ذو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه و (23) طفلا عاديا ، واستخدمت الدراسة قائمة المهارات الاجتماعية والمقابلات شبه المنتظمة مع الأطفال واولياء الأمور لتحديد الأطفال ذو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من خلال معايير التشخيص الواردة في الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس ، وكان من اهم نتائج الدراسة ان الأطفال ذو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قد اظهرو عجزا في الأداء الاجتماعي وارتفاع في مستوى القلق والاكتئاب مقارنة باقرانهم العاديين .

دراسة كتانة (2017) بعنوان: "أنماط التعلق وعلاقته بالاكنتاب لدى الأطفال الأيتام المسجلين لدى وزارة التنمية الاجتماعية في محافظة نابلس" هدفت الدراسة إلى التعرف على أنماط التعلق وعلاقته بالاكنتاب النفسي لدى الأيتام المسجلين لدى وزارة التنمية الاجتماعية والذين يعيشون داخل أسرهم في محافظة نابلس، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وقد بلغت عينة الدراسة 313 يتيما مقسمين الي (153) ذكرا و(160) أنثى، شملت أدوات الدراسة كل من مقياس ماركوس لقياس أنماط التعلق ومقياس بيرلسون للاكنتاب.

كانت أبرز نتائج الدراسة وجود اكنتاب لدى الأطفال الأيتام بنسبة (32%)، وكانت هناك علاقة ارتباطية بين التعلق غير الأمان والاكنتاب، فكلما كان التعلق غير آمن زاد من نسبة الاكنتاب لدى الأطفال الأيتام.

دراسة هويوة (2016) بعنوان: "المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية من وجهة نظر المعلمين" هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم المشكلات السلوكية المنتشرة عند الأطفال المحرومين من البيئة الأسرية من وجهة نظر المعلمين في المدراس الابتدائية ومركز الطفولة المسعفة بمنطقة عين التوتة بولاية باتنه في الجزائر، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي وشملت إداة الدراسة تطبيق استبيان يتضمن المشكلات السلوكية المتمثلة في السرقة والكذب والنشاط الزائد وفرط الحركة والسلوك العدوانى. كانت أبرز النتائج تتمحور حول انتشار المشاكل السلوكية بنسبة كبيرة لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية، وكانت مشكلة السلوك العدوانى من أكثر المشاكل انتشارا، ثم مشكلة فرط الحركة وتشنت الانتباه من المشكلات السلوكية الأكثر انتشارا.

دراسة محمد، (2010) بعنوان: "دراسة أثر برنامج غذائي مقترح للتخفيف من حدة أعراض اضطرب فرط الحركة وتشنت الانتباه" استخدم الباحث المنهج التجريبي بتصميم القياس القبلي والبعدي على مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتم تحديد مجتمع البحث من الأطفال في المرحلة

العمرية 10 سنوات بمحافظة الجيزة وأجري البحث على عينة مكونة من 30 طفلاً تم اختيارهم بالطريقة العمدية من الأطفال الذكور الحاصلين على أعلى درجات في مقياس نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وتم توزيع العينة عشوائياً إلى مجموعتين مجموعة ضابطة وعددها (15) طفلاً المطبق عليهم البرنامج الغذائي المقترح قيد الدراسة، وكانت مدة البرنامج (8) أسابيع، تم تقديم (6) وجبات في اليوم لأفراد العينة وكان عدد الوجبات الإجمالي (336). وكانت نتائج الدراسة ان البرنامج الغذائي المقترح له تأثير إيجابي على تخفيف حدة أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

دراسة غراب، (2010) بعنوان: "التعرف على أثر برنامج ارشادي مقترح للتخفيف من حدة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم" استخدم الباحث المنهج التجريبي على عينة البحث التي تكونت من (20) طفلاً من الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم من الصف الخامس الابتدائي بمدرسة نور المعرفة للتربية الخاصة بمخيم النصيرات في المحافظة الوسطى في قطاع غزة، وكانت أعمار التلاميذ 11 عاماً، وتم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين مجموعة تجريبية وتضم (10) أطفال ومجموعة ضابطة وتضم (10) أطفال وقد كان عدد جلسات البرنامج الارشادي (14) جلسة. وقد كانت نتائج الدراسة تحسن مستوى الانتباه لدى أطفال المجموعة التجريبية، وانخفاض في مستوى نقص الانتباه والتشتت لديهم بعد تطبيق البرنامج الارشادي عليهم.

دراسة القرعان (2008) بعنوان: "الكشف عن أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى طلبة المرحلة الأساسية في الأردن" تكونت عينة الدراسة من (100) طالب من طلبة الصف الرابع والخامس والسادس الأساسي الذين يعانون من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. وتم توزيعهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية عددها (50) طالبا، ومجموعة ضابطة عددها (50) طالبا أيضاً، حيث تلقت المجموعة التجريبية البرنامج التدريبي الذي تضمن استخدام استراتيجيتين هما: التعلم الذاتي، مراقبة الذات، بينما استمرت المجموعة

الضابطة في برنامجها الاعتيادي، واستغرق تطبيق البرنامج مدة عشرة أسابيع بواقع (40) حصة تدريبية. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الابعاد الفرعية والكلية للمقياس بصورتيه المدرسية والمنزلية لصالح المجموعة التجريبية. وهذا يشير إلى أن البرنامج التدريبي كان فعّالاً في خفض ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

دراسة ملكاوي (2003) بعنوان: "الكشف عن فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في معالجة اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الطلبة" تكونت عينة الدراسة من (30) طالباً من الصفين الثالث والرابع في مديرية اربد الثانية في الأردن وتم توزيعهم إلى مجموعتين، هما تجريبية وضابطة، وتم تحديد أفراد الدراسة من خلال قائمة تقدير سلوك ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، وطبق أسلوب التعزيز الرمزي على المجموعة التجريبية لمدة شهر ونصف. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تُعزى إلى متغير المستوى الصفي، وإلى التفاعل بين الصف وطريقة العلاج.

دراسة معصومة (2003) بعنوان: "الكشف عن طبيعة العلاقة بين اضطراب النشاط الزائد وبعض المتغيرات الديموغرافية وسمات الشخصية لدى عينة من تلاميذ الصف الرابع" اشتملت عينة الدراسة على 376 طفلاً (224 ذكوراً، 152 أنثاً) واستخدمت الباحثة أربعة مقاييس رئيسة وهي: مقياس النشاط الزائد، مقياس الاكتئاب للأطفال، مقياس العصابية ومقياس القلق، واستخدمت الباحثة تحليل التباين الأحادي ومعامل بيرسون، وكان من أهم نتائج هذه الدراسة أن الذكور حصلوا على درجات أعلى من الإناث على مقياس النشاط الزائد كما أنهم أكثر ميلاً إلى الكأبة كما كانوا أكثر قلقاً.

دراسة إبراهيم (2002) بعنوان: "التعرف على النشاط الزائد لدى عينة من رياض الأطفال وعلاقة هذا الاضطراب ببعض المتغيرات الأسرية" تكونت عينة الدراسة من 240 طفلاً مقسمة إلى 129 ذكوراً

و 111 إنثاءً، واستخدمت الباحثة اختبار الذكاء، واستمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي و الثقافي، واستمارة الملاحظة ومقياس النشاط الزائد من اعداد الباحثة، واعتمدت الباحثة على عدة أساليب إحصائية كالمتوسط الحسابي ومعاملات الارتباط، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها أن النشاط الزائد ينتشر بنسبة أكبر بين الذكور عنه لدى الاناث، وأن المتغيرات الأسرية كحجم الأسرة وترتيب الطفل بين إخوته وعمل الأم أو غياب الأب لا تكفي لحدوث اضطراب النشاط الزائد، ولكن كلما زاد عدد العوامل السلبية التي تقترن بكل عامل منها في بيئة الطفل زادت فرصة تعرضه للاضطراب السلوكي، كما أوضحت النتائج أنه لم يكن هناك ارتباط بين النشاط الزائد والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة.

الدراسة الإحصائية التي أجراها المعهد الوطني للصحة النفسية (2000 National Intitute

of Mental Health) بعنوان: "حول وجود فعالية واضحة للعلاج الأسري والعلاج السلوكي في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه" في بيانه لمؤتمر تشخيص وعلاج اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه حول وجود فعالية واضحة للعلاج الاسري والعلاج السلوكي في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، توصل إلى أن تقنيات العلاج السلوكي أكثر استخداما من تقنيات العلاج الأسري، وأن العلاج متعدد الأوجه الذي يشمل العلاج النفسي، وبرامج تعديل السلوك والعلاج الطبي يمتاز ببعض المزايا الإضافية المحدودة بالمقارنة مع استخدام برامج العلاج الطبي بشكل منفرد.

دراسة المعهد القومي للصحة النفسية (National Intitute of Mental Health,

1999) بعنوان: "حول اطار البرامج العلاجية متعددة الأوجه" والتي تعتبر من أكبر الدراسات العلمية ضمن إطار البرامج العلاجية متعددة الأوجه، وقد اشتملت العينة على (579) طفلا في الولايات المتحدة الامريكية، يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتراوح أعمارهم ما بين (7-9) سنة، ثم تقسيمهم إلى أربع مجموعات، الأولى خضعت إلى برنامج علاجي سلوكي يحتوي على شقين أحدهما

موجه للطفل، والأخر تدريب للوالدين وتعديل البيئة المدرسية، أما المجموعة الثالثة فقد خضعت إلى تطبيق كلا البرنامجين معاً، والمجموعة الرابعة هي المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي معالجة. وقد أظهرت النتائج بعد (14) شهراً من المتابعة أن هناك انخفاضاً في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في المجموعات التجريبية الثلاث، إلا أن مستوى انخفاض السلوكيات للمجموعات التي تلقت علاجاً مشتركاً (دوائي وسلوكي) كان أعلى من معدل انخفاض سلوك المجموعة السلوكية فقط أو الدوائية فقط.

دراسة الدردير (1999) بعنوان: "التعرف على الأطفال الذين لديهم نشاط زائد والعوامل النفسية التي تميزهم عن الأطفال الأسوياء" بلغت عينة الدراسة 72 طفلاً لديه نشاط زائد و72 طفلاً من الأسوياء، وقد اعتمد الباحث في اختيار عينته على مجموعة من الأدوات منها مقياس النشاط الزائد ومقياس القلق العام ومقياس مفهوم الذات واختبار القدرة الإدراكية، ومن الأساليب الإحصائية التي استخدمها الباحث في دراسته حساب النسب المئوية واختبار "ت"، ومعامل ارتباط بيرسون وتوصلت الدراسة إلى أن التلاميذ المصابين بالنشاط الزائد يتميزون بانخفاض في مفهوم الذات وارتفاع القلق العام والعدوانية، وانخفاض في مستوى التحصيل الدراسي والقدرة الابتكارية والضبط الخارجي للمواقف التعليمية وهذه الخصائص تميزهم عن باقي التلاميذ.

دراسة عبد القادر (1993) بعنوان: "التي هدفت إلى التعرف على بعض المشكلات السلوكية للأطفال زائدي النشاط، ومعرفة مدى الاختلاف بينهم وبين الأطفال العاديين في التحصيل الدراسي، الذكاء، المستوى الاجتماعي والاقتصادي، الاتجاهات الوالدية" تكونت عينة الدراسة من 279 تلميذاً، وقد بينت النتائج بعد أن استخدم الباحث طريقة التحليل العاملي للوصول إلى النتائج أن هناك بعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد منها: الحركة المفرطة، عدم الانضباط، عدم القدرة على الانتباه، الاندفاعية كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق بين أطفال النشاط الزائد والأطفال العاديين

في التحصيل الدراسي والذكاء لصالح الأطفال العاديين، كما بينت النتائج أن اتجاهات آباء وأمهات الأطفال ذوي النشاط الزائد أكثر تسلطاً وإهمالاً وحماية زائدة من أمهات وآباء الأطفال العاديين.

## 2.5.2 الدراسات الأجنبية

دراسة ليوناردو وزاغيو (Leonardo Assumpcao & Zhiguo, 2021) بعنوان:

"التعرف على فعالية التدخلات غير الدوائية على الأعراض العاطفية المصاحبة مثل الاكتئاب والقلق واضطراب الانتظام العاطفي لدى الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه".

. تكونت عينة الدراسة من 44 طفلاً ومراهقاً مصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه منهم (23) طفلاً و(21) مراهقاً في ألمانيا، استخدم المنهج الوصفي الارتباطي، وطبق عليهم تحليل مخاطر التحيز وتقييم عدم التجانس وتحليلات المجموعات الفرعية، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن العلاجات التي استهدفت التدخل مع الوالدين كانت فعالة في علاج أعراض القلق والاكتئاب لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في مرحلة ما بعد التدخل، أما بالنسبة للمراهقين فقد أظهرت النتائج أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في تحسين أعراض القلق والاكتئاب في كل من مرحلة ما بعد التدخل والمتابعة. وقد توصلت الدراسة إلى أن فعالية التدخلات الغير دوائية تختلف اختلافاً كبيراً بين الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

دراسة هيننغ وزملائه (Henning et al, 2021) بعنوان: "تحديد العلاقة بين اضطراب

فرط الحركة وتشتت الانتباه والنجاح الأكاديمي لدى طلاب المرحلة الابتدائية"، وشارك في الدراسة ( 1024 طالب و 2664 طالبة ) من طلاب المرحلة الابتدائية في كندا ، واستخدمت الدراسة مقياس **Conners** للتقدير الذاتي لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال ، وتم قياس النجاح الأكاديمي من خلال مراجعة السجلات الأكاديمية الرسمية للطلاب ، وكان من أهم نتائج الدراسة أن

الطلاب الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه اظهروا انخفاض في معدل النجاح الاكاديمي يرجع الى قلة التحصيل الاكاديمي .

دراسة جوسي (Jose, 2021) بعنوان: "اكتشاف التوافق النفسي والانفعالي والاجتماعي لدى طلبة المرحلة الابتدائية ذو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وقرانهم العاديين"، وشارك في الدراسة (80) طالب و(40) طالبة من ذو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه واستخدمت الدراسة مقياس التوافق النفسي والانفعالي والاجتماعي "نسخة المعلمين" وتم تحديد الطلاب ذو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بالرجوع الى سجلاتهم المدرسية وكان من اهم نتائج الدراسة وجود فروق دالة في كل من التوافق النفسي والاجتماعي بين الطلاب ذو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وقرانهم العاديين.

دراسة بار وأنا (Bar Lambez & Anna, 2020) بعنوان: "التعرف على تأثير التدخلات العلاجية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على الأعراض الأساسية للاضطراب" تكونت عينة الدراسة من 18 طفلاً تم تقسيمهم إلى 4 فئات الفئة الأولى استخدمت العلاج الدوائي والفئة الثانية استخدمت العلاج المعرفي السلوكي، والفئة الثالثة استخدمت العلاج المعرفي، والرابعة استخدمت العلاج بالتمارين الرياضية، تم توزيع استبانة على كل طفل من أجل فحص التأثيرات النفسية والعصبية لتلك التدخلات على الأطفال، وتم استخدام أداة كوكرين لضمان عدم التحيز. أظهرت النتائج أن الوظائف المعرفية للأطفال مثل الانتباه والتركيز والذاكرة كانت أعلى لصالح الأطفال الذين تلقوا العلاج المعرفي، وأن التأثير الإيجابي للتدخلات النفسية أعلى من التدخلات الدوائية للأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

دراسة كاون وزملائه (Kwon et al, 2018) بعنوان: "استكشاف الصعوبات التي يواجهها طلبة المرحلة الابتدائية الذين يعانون من اعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه"، وتكونت عينة الدراسة

من (12) طالبا يعانون من اعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، واستخدمت الدراسة المقابلات المباشرة وجها لوجه ، وكان من اهم نتائج الدراسة انه يمكن تصنيف الصعوبات الى أربعة محاور أساسية وهي الافتقار الى الروتين اليومي ، وعدم الرضا عن الأداء الاكاديمي والانجاز ، وانخفاض المهارات الشخصية والمخاوف المستمرة .

دراسة لوسابيو (Losapio,2010) بعنوان: "التعرف على التصورات الوالدية حول اضطراب فرط الحركة والنشاط الزائد وطرق علاجه وأي الطرق يفضل الوالدان" تكونت عينة الدراسة من 206 من الإباء، 69 من الإباء لديهم أطفال يعانون من فرط الحركة والاندفاعية، 69 من الإباء لديهم أطفال يعانون من تشتت الانتباه، و68 من الإباء لديهم أطفال اجتمعت فيهم أعراض النشاط الزائد الثلاثة (فرط الحركة، الاندفاعية، تشتت الانتباه) وتراوح عمر الأطفال من 5-16 سنة وتم تقديم مقياس Kadds ويتضمن هذا المقياس ثلاث أجزاء فرعية (الأعراض، طرق العلاج، ومعرفة عامة حول الاضطراب)، ومن التحليلات الإحصائية المستخدمة تحليل التباين أنوفا، وأشارت النتائج أنه لم يكن هناك فروق كبيرة في الدرجات بين الآباء على فرع الأعراض والمعرفة العامة حول اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، أما حول طرق علاج النشاط الزائد فقد كان من المتوقع أن يختار الآباء طريقة تعديل السلوك ولكن معظم الآباء فضلوا استخدام الأدوية كطريقة لعلاج النشاط الزائد خاصة الآباء الذين لديهم أطفال اجتمعت فيهم فروع النشاط الزائد الثلاثة.

دراسة بلهام (Pelham, 2005) بعنوان: "التعرف على فاعلية العلاج متعدد الأوجه على مجموعة من الأطفال الأمريكيين المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه" تكونت عينة الدراسة من (27) طفلا في أمريكا، تراوحت أعمارهم بين (4-10) سنوات، تم توزيعه بشكل عشوائي على ثلاث مجموعات تجريبية، المجموعة الأولى تمت معالجتها بعقار الريتالين، والمجموعة الثانية فقد أخضعت لبرنامج مكثف لتعديل السلوك قامه بتطويره بلهام سنة 2003، أما المجموعة الثالثة فقد تم

أخضعهم لبرنامج تعديل السلوك بالإضافة إلى العلاج الدوائي بعقار الريفالين، أظهرت النتائج أن التطور السلوكي والادائي الذي حصل لدى المجموعة الأولى التي خضعت للعلاج الدوائي والمجموعة الثانية التي تعرضت للعلاج السلوكي هو تطور متكافئ، أما المجموعة الثالثة التي أخضعت للعلاج السلوكي والدوائي في الوقت ذاته فقد أحتاج أفرادها إلى جرعة من الدواء أقل بمعدل 67% من تلك التي يتناولها أفراد المجموعة الأولى لتحقيق النتائج ذاتها لدى أفراد كلتا المجموعتين.

دراسة ساونسون (Swanson, et al, 2000) بعنوان: "التعرف على فاعلية العلاج متعدد الأوجه في الولايات المتحدة الأمريكية" تم تطبيق الدراسة على عينة من (53) طفلاً مصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتراوح أعمارهم بين (6-7) سنوات، عملوا على توزيعهم على ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تلقت علاجاً دوائياً، والثانية تلقت علاجاً دوائياً وسلوكياً متتابعاً، أما المجموعة الثالثة فهي المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي معالجة، وقد أوضحت النتائج تحسناً في أداء المجموعتين التجريبتين بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، ولم تظهر فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبتين في معدلات الإنجاز بشكل عام.

دراسة ميراندا وبرزنتيشن (Miramda & Presentation, 2000) بعنوان: "التعرف على فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في الضبط الذاتي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه" تم تطبيق البرنامج السلوكي المعرفي في الضبط الذاتي على عينة مكونة من (32) طفلاً يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه منهم (25) ذكراً والباقي إناث تراوحت أعمارهم بين (9-12) سنة تم اختيارهم من مدارس المرحلة الأساسية في إنجلترا تم في هذه الدراسة استخدام مقياس كورنر لتقدير السلوك ومعايير الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية، ومقابلة الوالدين أظهرت النتائج أن الإجراءات التي استخدمت في البرنامج العلاجي أدت إلى تحسن الأعراض

الأساسية لهذا الاضطراب لدى عينة الدراسة وأظهرت عدم وجود فروق تُعزى إلى متغير الجنس في خفض أعراض تشتت الانتباه وفرط الحركة.

دراسة ماثيس وبندر (Mathes & Binder, 1997) بعنوان: "اختبار فعالية منهج معالجة مشترك يجمع بين التدخل السلوكي المعرفي المكثف مع خطة دوائية في تعزيز السلوك على الانتباه لثلاثة من الأطفال الذكور المصابين بالنشاط الزائد في فرنسا" تراوحت أعمارهم بين 8-11 سنة، واشتمل البرنامج التدريب على مراقبة الذات وأشارت النتائج إلى ان استعمال مزيج من إجراءات مراقبة الذات والتدخلات الدوائية إلى تعزيز وتحسين سلوك الانتباه عند الأطفال على المهمات الموكلة إليهم.

دراسة والتردورف (Waltersdorf, 1992) بعنوان: "التعرف على أسلوب فعالية النمذجة في خفض بعض المظاهر السلوكية غير التكيفية لدى أطفال فرط الحركة وتشتت الانتباه" تكونت عينة الدراسة من أربعة أطفال ذكور، يعانون من سوء التوافق، وقد تم تشخيصهم جميعا أنهم يعانون من اضطراب ضعف الانتباه، المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، وقد تراوحت أعمارهم بين 9-10 سنوات، حيث استخدم الباحث عددا من المقاييس (مقياس تقدير المعلم، مقياس الإنجاز). وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة احصائيا بين القياسين القبلي والبعدي في المظاهر السلوكية غير التكيفية، لصالح القياس البعدي، حيث ظهر انخفاض واضح في المظاهر السلوكية غير التكيفية، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة في مستوى الأداء بين القياسين القبلي والبعدي. وقد استخدم الباحثون بعض فنيات العلاج السلوكي المعرفي، كبديل للعلاج الدوائي، والمتمثلة في النمذجة والتعليمات الذاتية اللفظية، والضبط الذاتي إضافة إلى التدريب المباشر على بعض الأنشطة، وقد اسفرت نتائج الدراسة عن فعالية التدريب المعرفي في خفض التشتت عند الأطفال.

دراسة بيرل ونيترز (Baer & Nietzel, 1991) بعنوان: "التعرف على فعالية أساليب تعديل السلوك باستخدام التعزيز من أجل خفض تشتت الانتباه" قامت الدراسة بمراجعة عدد من الدراسات التي

استخدمت أساليب تعديل السلوك، باستخدام التعزيز من أجل خفض تشتت الانتباه، وتم مراجعة (36) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث استخدم في تلك الدراسات: أسلوب التعلم الذاتي، وتكلفة الاستجابة، والنمذجة، والتعزيز، والتدريب على الاسترخاء، وتراوحت أعمار أفراد تلك الدراسات من (15\_4) سنة، وكان معظم أفراد تلك الدراسات ذكورا باستثناء (10) دراسات أجريت فقط على الإناث، وبلغ المجموع الكلي لأفراد جميع الدراسات (1550) فردا، نشر منها (21) دراسة، أظهرت نتائج الدراسة المسحية أن جميع تلك الدراسات أشارت إلى وجود انخفاض في نسبة تشتت الانتباه لدى معظم أفراد تلك الدراسات، كما أشارت النتائج إلى فاعلية استخدام أسلوب النمذجة والتعزيز في الدراسات التي استخدمت هذه الأساليب.

دراسة هورن وزملائه (Horn, et al, 1990) بعنوان: "التعرف على فاعلية العلاج متعدد الأوجه للأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه" قامت الدراسة على عينة تكونت من (42) طفلا يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ولا يتناولون أي عقاقير طبية، تتراوح أعمارهم بين (6-11) سنة تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات، المجموعة الأولى تلقت برنامجا تدريبيا سلوكيا، أما المجموعة الثانية فقد تلقت برنامجا علاجيا سلوكيا ينفذ من قبل الوالدين، والمجموعة الثالثة تلقت كلا البرنامجين معا، وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائيا في تقدير الوالدين لسلوكيات أطفالهم قبل وبعد تنفيذ البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي في جميع المجموعات التدريبية، كذلك أوضحت النتائج أن التغيير الذي حدث لدى أفراد المجموعة الثالثة في مستوى التحسن والتقدم عند الأطفال كان أعلى من باقي المجموعات وبفروق دالة احصائيا عما حدث في المجموعتين الأولى والثانية ولصالح المجموعة الثالثة.

### 3.5.2 التعقيب على الدراسات السابقة

يتضح من خلال العرض السابق للدراسات السابقة العربية والأجنبية، والتي تناولت اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إلى وجود علاقة بين التدخلات العلاجية الدوائية وغير الدوائية وعلاقتها في مستوى أعراض الاكتئاب عند الأطفال المشخصين في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

كما يتضح مدى الاهتمام بضرورة الحد من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ومدى شمول هذا الاضطراب بين الأطفال، ومدى خطورته على حياة الطفل الجسدية والنفسية حيث أشارت الدراسات إلى أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يؤثر في الحياة التكيفية للطفل، وفي مدى إعاقته من تنفيذ مهامه الحياتية، وفي تأثيره بسلوكه الاجتماعي والأكاديمي.

لقد ساعدت الدراسات السابقة الباحثة في تحديد مشكلة الدراسة، والاطلاع والتعرف على العديد من المقاييس والبرامج التي يتوفر فيها الصدق والثبات لقياس اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، والتي ساعدتها على اختيار أداة الدراسة الحالية، المتضمنة مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال.

كما كان هناك تباين واختلاف في تلك الدراسات وفقا لمتغير الجنس بين الذكور والإناث حيث أشارت كل من دراسة الصواف (2015) ودراسة رامجوبال وآخرين (2016) بأن مستوى الاكتئاب لدى الإناث على من الذكور، واتفقت معهم دراسة بارون (2011) الذي أشار إلى أن مستوى درجات الإناث على مقياسي القلق والاكتئاب أعلى من الذكور.

في حين أكدت دراسة إسماعيل (2009) عكس ذلك حيث أشار بأن مستوى الاكتئاب للذكور أعلى من الإناث، كما أضاف بأن هناك اختلافا بين الأطفال العاديين والأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في ظهور المشاكل السلوكية بدرجات أعلى مقارنة عند الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

ولقد اختلفت وتباينت تلك الدراسات في أثر العوامل والمتغيرات سلبا وإيجابا على حدوث الاكتئاب عند الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، كما تنوعت الدراسات السابقة في استخدامها لإجراءات البحث من حيث أدوات الدراسة وأدوات المعالجة الإحصائية بحسب اهداف واحتياجات الدراسة، كما اتضح من خلال الدراسات فاعلية البرامج العلاجية النفسية المعدة في خفض حدة أعراض ومظاهر النشاط الزائد، كما نجد تنوع هذه البرامج ما بين برامج سلوكيه وبرامج معرفية وأخرى جمعت بين الاسلوبين كان لها الأثر الأكبر في خفض أعراض النشاط الزائد من البرامج الطبية والدوائية.

كما بينت أغلب الدراسات ان الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه معرضون بشكل كبير لمشكلات جسمية وحسية ووجدانية، مما قد يسبب لهم الكثير من الاضطرابات النفسية والسلوكية، وبالتالي يصبحوا عرضه أكثر للإصابة بالاكتئاب كما هو في دراسة بلان (2011)، ودراسة إسماعيل (2009)، ودراسة فوزي وفؤاد (2010).

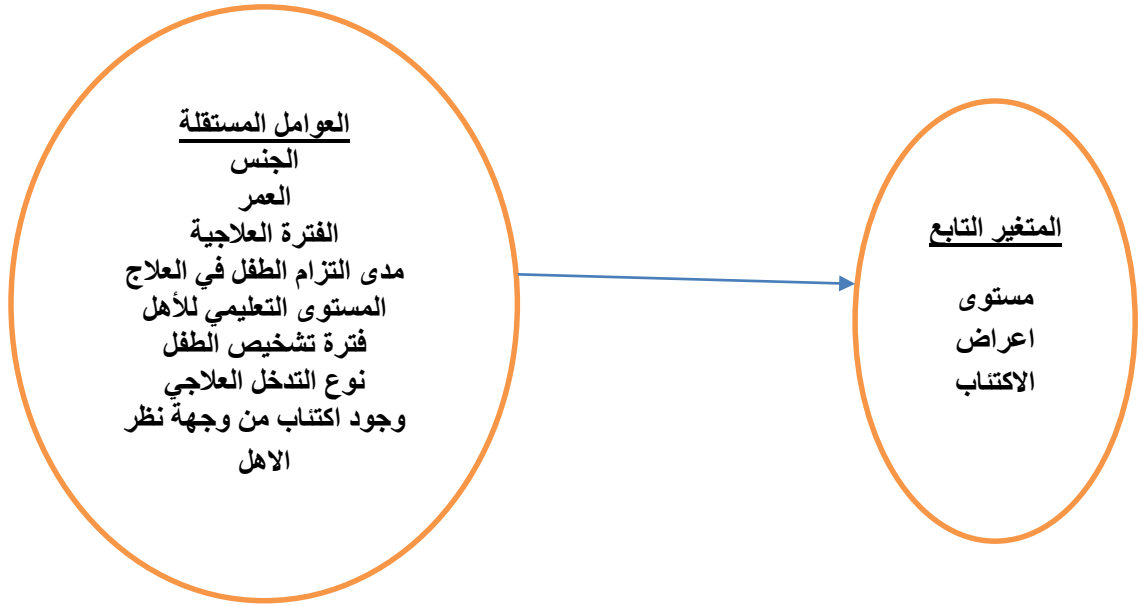
وهناك ارتفاع كبير وواضح في مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والأطفال العاديين مثل دراسة ملكاوي (2003).

كما أظهرت الدراسات السابقة أن طفل النشاط الزائد يعاني من مستويات حركية مفرطة وفترة انتباه قصيرة وتصرفات سريعة بدون تفكير، ويلعب المستوى الثقافي للألم دورا كبيرا في تراجع أو تحسن مستوى الاضطراب لدى طفلها، وأظهرت أن من الآثار السلبية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه انخفاض مفهوم الذات لدى الطفل وارتفاع مستوى القلق والاكتئاب والعدوانية لديه، وانخفاض مستواه الدراسي وهذا ما أكدته دراسة عبد الغفار (2006)، كما أنه لا توجد اختلافات بين الذكور والإناث في أعراض النشاط الزائد بل يشتركون في معظم الأعراض وهذا ما اثبتته دراسة جانا (2010).

وعلى الرغم من تنوع وتعدد الدراسات السابقة إلا أن الدراسة الحالية تُعد الأولى من نوعها التي قامت بدراسة التدخلات العلاجية الدوائية وغير الدوائية وعلاقتها في حدوث الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس، حيث إن الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لم يحظى بدراسات كثيرة من قبل سواء على المستوى العربي أو المستوى المحلي.

## 6.2 الإطار المفاهيمي للدراسة:

يشير الشكل التالي إلى الإطار النظري للدراسة الحالية حيث إن العوامل المستقلة في الدراسة تشمل (العمر والجنس، الفترة العلاجية، الالتزام العلاجي المستوى الثقافي للأهل، فترة تشخيص الطفل، نوع التدخل العلاجي، وجود اكتئاب من وجهة نظر الأهل) بينما شملت العوامل التابعة على (الاكتئاب)، وسيتم في الدراسة التعرف على تأثير العوامل المستقلة على العوامل التابعة، كما سيتم التعرف على مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس.



## الفصل الثالث

### المنهجية والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للطريقة التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ الدراسة، ومنهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، وإعداد أداة الدراسة (الاستبانة)، والتأكد من صدقها وثباتها، وإجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات:

#### 1.3 منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة منهج الدراسة الحشدية Ex- post facto approach، وبالتحديد منهج الدراسة بأثر رجعي وهو أحد المناهج الوصفية، ويستخدم بهدف الكشف عن تأثيرات إدخال أنواع من العلاج أو التدخلات على حياة المبحوثين دون أن تستخدم الباحثة المنهج التجريبي، ولكن الباحثة قامت بدراسة ما تم عمله من قبل معالجين آخرين قاموا باستخدام العلاج وانتهوا منه أو جربوه على فئة معينة، ويهدف هذا المنهج أيضاً إلى فحص العلاقة بين متغيرين (متغير مستقل، متغير تابع)، ومن ثم التنبؤ بمستوى معين من الدلالة في صورة رقمية، وقد قامت الباحثة باستخدامه من أجل الكشف عن العلاقة بين نوع التدخل العلاجي (الدوائي - غير الدوائي) ومستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين بفرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس، والتعرف على طبيعة العلاقة بين المتغيرات من خلال معادلات التحليل الإحصائي واستخلاص النتائج.

### 2.3 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6 سنوات ولغاية 11 سنة من مرحلة التعليم الأساسي، والمُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه غير المصحوب بأية اضطرابات أخرى من خلال طبيب أعصاب، وخاضعين للمعالجة الدوائية والمعالجة النفسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في مدارس شرقي القدس وضواحيها التابعة لوزارة التربية والتعليم الفلسطينية والمدارس الخاصة، والذين بلغ عددهم 241 طفلاً.

### 3.3 عينة الدراسة:

تم اختيار العينة البالغ عددها (221) طفل من أصل (241) الذين شكلوا مجتمع الدراسة بعد توافر شروط عينة الدراسة لديهم من ناحية، وموافقة ذويهم للانضمام للدراسة من الناحية الأخرى، وبعد أن تم التأكد من انطباق المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المعدل عليهم.

تم الحصول على عينة الدراسة من خلال الحصول على قوائم الطلبة الخاصة في كل مدرسة ومن ثم التواصل مع ذويهم والحصول على موافقتهم، وتم تعبئة الاستمارة مع الأطفال الذين وافق ذويهم على مشاركتهم في الدراسة والبالغ عددهم (221) طفل وتم استبعاد (20) طفل الذين رفض ذويهم مشاركتهم في الدراسة .

جدول (1.3) خصائص عينة الدراسة

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
عمر الطفل	6 سنوات	18	8.1
	7 سنوات	26	11.8
	8 سنوات	33	14.9
	9 سنوات	48	21.7
	10 سنوات	60	27.1
	11 سنة	36	16.3
جنس الطفل	ذكر	118	53.4
	انثى	103	46.6
المستوى التعليمي للأم	اعدادي فما دون	15	6.8
	ثانوي	35	15.8
	دبلوم	75	33.9
	بكالوريوس	81	36.7
	دراسات عليا	15	6.8
المستوى التعليمي للأب	اعدادي فما دون	25	11.3
	ثانوي	40	18.1
	دبلوم	52	23.5
	بكالوريوس	86	38.9
	دراسات عليا	18	8.1
مدى التزام الطفل بالعلاج	ملتزم جداً	70	31.7
	ملتزم	75	33.9
	متقطع	45	20.4
	غير ملتزم	31	14.0
متى تم التشخيص	سنة	115	52.0
	اكثر من سنة	91	48.0
الفترة العلاجية	أقل من 6 شهور	50	22.6
	من 6 أشهر إلى سنة	67	30.3
	سنة فأكثر	104	47.0
وجود أعراض اكتئاب حسب رأي الوالدين	نعم	72	32.6
	لا	149	67.4

يبين الجدول (1.3) أن الفئة العمرية من (9-11) سنة شكلت النسبة الأكبر من عينة الدراسة حيث بلغت نسبتهم (60.1%)، في حين بلغت نسبة المشاركين من الفئة العمرية (6-8) سنوات (34.8%)، كما بين الجدول أن عدد المشاركين في الدراسة من الذكور يشكلون نسبة (53.4%)، في حين بلغ عدد الإناث المشاركات نسبة (46.6%)، وفيما يتعلق بأمهات الأطفال الذين تم شملهم في الدراسة من حملة درجة البكالوريوس كانت نسبتهم (36.7%) يليهم الأمهات من حملة درجة الدبلوم ونسبتهم (33.9%) وأقل نسبة كانت للأمهات من حملة درجة الدراسات العليا واعدادي فما دون ونسبتهم (13.6%)، وبخصوص مدى التزام الطفل بالعلاج وضح الجدول أن النسبة الأكبر من عينة الدراسة ملتزمون في العلاج وكانت نسبتهم (33.9%) يليهم ملتزمون جدا ونسبتهم (31.7%) وأقل نسبة كانت لغير ملتزم ونسبتها (14%)، وبخصوص متى تم تشخيص الطفل كانت النسبة الأكبر للأطفال الذي تم تشخيصهم من سنة بنسبة (52%) أي تقريبا نصف العينة أما الأطفال الذي تم تشخيصهم منذ أكثر من سنة كانت نسبتهم (48%)، كما بين الجدول أن ما نسبته (47%) كانت الفترة العلاجية لهم سنة فأكثر في حين كانت النسبة لمن كانت فترتهم العلاجية من 6 إلى سنة بنسبة (30.3%) والباقي كانت فترتهم العلاجية أقل من 6 أشهر، أما بخصوص رأي الاهل فيما إذا كان لدى أبنائهم اكتئاب أم لا كانت النسبة (67.4%) لمن يعتقدون أن أبنائهم لا يوجد لديهم اكتئاب، أما الأهل الذين يعتقدون أن لدى أبنائهم اكتئاب كانت نسبتهم (32.6%).

معايير اشتمال المبحوثين:

- أن يكون المشاركون اطفال مشخصين في اضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه.
- أن يكون عمر الطفل ضمن الفئة العمرية من 6-11 سنة.
- أن يكون الاطفال من مدارس محافظة القدس وأحيائها.
- أن يكون الاطفال يتلقون تدخل علاجي دوائي أو غير دوائي.

معايير استبعاد المبحوثين:

- أن يكون الاطفال أصغر من 6 سنوات أو أكبر من 11 سنة.
- أن يكون الطفل مشخص باضطراب نفسي آخر في ذات الوقت.
- أن يكون الطفل غير مشخص باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

### 4.3 أداة الدراسة:

تم استخدام مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال، حيث تمت موائمة الاستبيان لتلائم البيئة الفلسطينية ليسهل استخدامها وفهمها، كما تم تعديل المقياس بعد ملاحظات المحكمين على أن يكون بلغة مناسبة للأطفال.

يتكون المقياس من 18 بنداً قامت الباحثة بنفسها بتعبئته مع كل طفل على حده ومساعدته في وضع إجابته على كل بند في الخانة التي تنطبق على حالته وهذه الخانات هي (لا، أحياناً، دائماً). لقد تم استخدام هذا المقياس في عدة دراسات على الأطفال الذين يعيشون في بيئات ضاغطة من النكبات، وممن تعرضوا للحروب، كما يوجد دراسات فلسطينية استخدمت هذا المقياس مثل دراسة دعاء سليمان (2009) ودراسة لبنى كتانة سنة (2017).

تكونت أدوات الدراسة من البيانات التالية:

- القسم الأول: اشتمل على المعلومات الشخصية والتي تمثل المتغيرات المستقلة.
- القسم الثاني: وشمل مقياس بيرلسون للاكتئاب لدى الأطفال والذي تم تعبئته مع الأطفال من قبل الباحثة.

### مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال:

تم استخدام مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال والذي قام بترجمته د. ثابت ويتكون المقياس من 18 بنداً مناسباً للأطفال، ويغطي أعراض الاكتئاب المسجلة لدى الأطفال، يطلب من الطفل وضع إجابته على كل بند في الخانة التي تنطبق على حالته قبل أسبوع من تعبئة الاستمارة، وهذه الخانات هي (لا، أحياناً، دائماً) حيث لا تأخذ صفر، أحياناً تأخذ 1، ودائماً تأخذ 2.

### 5.3 ثبات الأداة:

قامت الباحثة من التحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات للدراسة بحسب معادلة الثبات كرونباخ ألفا، وكانت الدرجة الكلية لمستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس (0.860)، وهذه النتيجة تشير إلى تمتع هذه الأداة بثبات يفي بأغراض الدراسة .

### 6.3 صدق الأداة:

قامت الباحثة بتصميم القسم الأول من الاستبانة، ومن ثم قامت بعرضها على (4) محكمين من أعضاء هيئة التدريس في قسم علم النفس، وقد استقادت الباحثة من ملاحظات المحكمين وذلك بأخذ الملاحظات التي تم الاتفاق عليها سواء أكانت بالحذف أم بالإضافة أم بالتعديل إلى أن ظهرت أداة الدراسة بشكلها النهائي.

من ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة ويدل على أن هناك التساق داخلي بين الفقرات. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (2.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات

مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	0.480**	0.000	7	0.601**	0.000	13	0.753**	0.000
2	0.686**	0.000	8	0.656**	0.000	14	0.365**	0.000
3	0.459**	0.000	9	0.480**	0.000	15	0.620**	0.000
4	0.497**	0.000	10	0.554**	0.000	16	0.564**	0.000
5	0.356**	0.000	11	0.624**	0.000	17	0.566**	0.000
6	0.235**	0.000	12	0.708**	0.000	18	0.518**	0.000

\*\* داله احصائية عند 0.001

\* داله احصائية عند 0.050

جدول (3.3): نتائج معامل الثبات حسب معادلة الثبات كرونباخ الفا لفقرات مستوى الاكتئاب لدى

الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس

الرقم	كرونباخ الفا	الرقم	كرونباخ الفا	الرقم	كرونباخ الفا
1	0.856	7	0.851	13	0.842
2	0.846	8	0.848	14	0.860
3	0.857	9	0.856	15	0.850
4	0.857	10	0.853	16	0.852
5	0.862	11	0.849	17	0.852
6	0.865	12	0.845	18	0.854

### 7.3 إجراءات الدراسة:

تم اتباع الإجراءات التالية من قبل الباحثة وذلك من أجل تنفيذ الدراسة:

- مراجعة المادة النظرية المتعلقة بالإطار النظري والأدبيات والدراسات السابقة.
- اختيار أدوات الدراسة التي تتعلق في الاكتئاب لدى الأطفال.

- التواصل مع إدارة المدارس التابعة لوزارة التربية والتعليم الفلسطينية للحصول على قوائم مسجلة لعينة الدراسة.
- حصر الفئة المستهدفة وتحديد عينة الدراسة التي تنطبق عليها شروط الدراسة وفقا للمعايير من خلال التواصل مع العاملة الاجتماعية في كل مدرسة.
- الاتصال بذوي الأطفال المبحوثين لأخذ موافقتهم على إجراء الدراسة عليهم.
- تعبئة الاستمارة مع الأطفال من قبل الباحثة في المدارس المسجلين بها.
- تنفيذ إجراءات تعبئة الاستمارات، حيث سيتم تعبئة القسم الأول من الاستمارة من قبل الأهالي، بينما تم تطبيق القسم الثاني من الاستمارة استمارة الاكتتاب على الأطفال من قبل الباحثة نفسها.
- قامت الباحثة بتطبيق الأداة على أفراد عينة الدراسة، حيث تم توزيع استمارة ورقية، وبعد أن اكتملت عملية تجميع الاستبيانات من أفراد العينة بعد إجابتهم عليها بطريقة صحيحة، حيث قامت الباحثة بتعبئة الاستمارة مع كل طفل على جده وكانت الباحثة تقرأ كل سؤال للطفل وتقوم بشرحه، بالإضافة إلى الإجابة على أي استفسار أو ملاحظة من قبل الطفل واستمرت في مرافقة الطفل من بداية تعبئة الاستمارة وحتى نهايتها، استغرقت مدة تعبئة الاستمارة مع كل طفل من 20 إلى 25 دقيقة. ولم تواجه الباحثة أي صعوبة خلال تعبئة الاستمارة مع الأطفال فكانت الأسئلة واضحة وسهلة الفهم بالنسبة لهم، وتبين للباحثة أن عدد الاستبيانات المستردة الصالحة والتي خضعت للتحليل الإحصائي: (221) استمارة.

### 8.3 الاعتبارات الأخلاقية:

- موافقة لجنة برنامج الصحة النفسية المجتمعية على تطبيق الدراسة.
- موافقة اللجنة الأخلاقية في كلية الصحة العامة.
- موافقة إدارة المدارس على الحصول على بيانات الفئة المستهدفة.
- توضيح الهدف من الدراسة على أولياء أمور أفراد العينة والحصول على موافقتهم للمشاركة في الدراسة.
- موافقة الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على مشاركتهم في الدراسة والذين لم يوافقوا تم استبعادهم من الدراسة.
- كل الملفات المتعلقة بالرسالة والبيانات حول المبحوثين تم حفظها على جهاز الحاسوب الشخصي للباحثة مع استخدام كلمة مرور خاص بالملف ولن يتم الاطلاع على المعلومات الشخصية للطفل إلا من قبل الباحثة.
- حيادية الباحثة وعدم التحيز في تفسير النتائج.

### 9.3 تجريب أداة الدراسة:

تم تجريب أداة الدراسة على عينة استطلاعية مكونة من (10) أطفال مشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (5) إناث و (5) ذكور، من مدرسة الحصاد النموذجية، وذلك للتأكد من وضوح بنود أداة الدراسة: استمارة الاكتئاب عند الأطفال، وقد تم تعديل بعض الفقرات بناء على نتائج العينة الاستطلاعية والاختبارية وتوجيهات الدكتورة المشرفة على الرسالة، وسيتم استبعادهم من عينة الدراسة.

### 10.3 متغيرات الدراسة:

اشتملت الدراسة على المتغيرات التالية:

#### المتغيرات المستقلة:

- جنس الطفل.
- عمر الطفل: 6- 7- 8- 9- 10- 11 سنة
- المستوى التعليمي للأُم ولها 5 مستويات: (اعدادي فما دون، ثانوي، دبلوم، بكالوريوس، دراسات عليا).
- المستوى التعليمي الأب ولها 5 مستويات: (اعدادي فما دون، ثانوي، دبلوم، بكالوريوس، دراسات عليا).
- مدى التزام الطفل في العلاج ولها 4 مستويات: (ملتزم جدا، ملتزم، متقطع، غير ملتزم).
- فترة تشخيص الطفل ولها مستويان: (سنة، أكثر من سنة).
- الفترة العلاجية للطفل ولها 3 مستويات: (أقل من 6 أشهر، من 6 أشهر لسنة، أكثر من سنة).
- نوع العلاج الذي يتلقاه الطفل وله 5 مستويات: (علاج نفسي، دوائي، تعبيرى، جميع ما ذكر، علاجات لم يتم ذكرها).

المتغير التابع: أعراض الاكتئاب.

#### معيقات الدراسة:

- قلة المصادر والمراجع المتعلقة بموضوع الدراسة.
- صعوبة الوصول إلى مجتمع الدراسة الخاص في البحث نتيجة إغلاق المدارس بسبب فايروس كورونا.

### 11.3 المعالجة الإحصائية:

بعد جمع الاستبيانات والتأكد من صلاحيتها للتحليل تم ترميزها (إعطائها أرقاماً معينة)، وذلك تمهيداً لإدخال بياناتها إلى جهاز الحاسوب الآلي لإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة، وتحليل البيانات وفقاً لأسئلة الدراسة وبيانات الدراسة، وقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات الاستبانة، واختبار (ت) (t- test)، واختبار تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA)، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعادلة الثبات

كرونباخ ألفا

(IBM SPSS Statistics 19, Statistical Package for Social Sciences)

## الفصل الرابع

### نتائج الدراسة

#### 1.4 مقدمة

تضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، التي توصلت إليها الباحثة عن موضوع الدراسة وهو مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس، وبيان أثر كل من المتغيرات من خلال استجابة أفراد العينة على أداة الدراسة، وتحليل البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها.

#### 4. 2 نتائج أسئلة الدراسة:

##### 1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والذي نصه " ما أنواع التدخلات العلاجية التي يتلقاها

الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس؟ "

للإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بحساب الأعداد والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة

الدراسة على الاستبانة التي تعبر عن أنواع التدخلات العلاجية المقدمة للأطفال المشخصين باضطراب

فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس.

جدول (1.4): أنواع التدخلات العلاجية التي يتلقاها الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة

وتشتت الانتباه في محافظة القدس

النسبة المئوية	العدد	نوع التدخل العلاجي
39.4	87	نفسي
52.5	116	علاج دوائي
8.1	18	علاج نفسي ودوائي

#### 2.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ما مدى انتشار أعراض الاكتئاب ومستوياته لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة

وتشتت الانتباه في محافظة القدس؟

للإجابة على هذا السؤال قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مستوى الاكتئاب لدى الأطفال

المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس، وتم اعتماد نقطة الحسم 17

بحسب توصيات بيرلسون بحيث يكون لدى المبحوث اكتئاب في حال حصل على هذا المجموع.

جدول (2.4): الأعداد والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى أعراض الاكتئاب لدى

الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس

النسبة المئوية	العدد	المستوى	الرقم
46.6	103	لا يوجد اكتئاب (أقل من 17)	1
53.4	118	يوجد اكتئاب (من 17 فأكثر)	2

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن الأعداد والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس أن الذين لا يوجد لديهم اكتئاب كانت نسبتهم (46.6%)، وبنسبة (53.4%) للذين يوجد لديهم اكتئاب، وهذا يدل على أن مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس جاءت بنسبة مئوية (46.6%).

#### 3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب عند الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس تعزى لمتغيرات الدراسة (عمر الطفل، جنس الطفل، المستوى التعليمي للام، المستوى التعليمي للاب، من متى تم التشخيص، الفترة العلاجية، مدى التزام الطفل بالعلاج، نوع التدخل العلاجي، وجود أعراض اكتئاب من وجهة نظر الأهل)

للإجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضيات التالية:

نتائج الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير عمر الطفل.

تم فحص الفرضية الأولى بحساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير عمر الطفل.

جدول (6.4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس

#### يعزى لمتغير عمر الطفل

عمر الطفل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
6 سنوات	18	12.6667	7.15377
7 سنوات	26	15.8846	7.38824
8 سنوات	33	15.6970	6.50713
9 سنوات	48	17.2083	6.81974
10 سنوات	60	17.6333	6.24626
11 سنة	36	18.4444	7.06478

يلاحظ من الجدول رقم (6.4) أنه لا يوجد فروق في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير عمر الطفل، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (7.4).

جدول (7.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى

#### لمتغير عمر الطفل

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	516.325	5	103.265	2.260	0.050
داخل المجموعات	9824.362	215	45.695		
المجموع	10340.688	220			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (2.260) ومستوى الدلالة (0.050) وهي تساوي مستوى الدلالة (0.05) أي أنه توجد فروق دالة إحصائياً ولو أنها ضعيفة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى

الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير عمر الطفل، وبذلك تم رفض الفرضية الأولى.

نتائج الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) بين متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس تعزى لمتغير جنس الطفل.

تم فحص الفرضية الثانية بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير جنس الطفل.

جدول (8.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى

الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى

#### لمتغير جنس الطفل

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	جنس الطفل
0.642	0.465	6.79047	16.9746	118	نكر
		6.95613	16.5437	103	انثى

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.465)، ومستوى الدلالة (0.642)، أي أنه لا توجد فروق في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير جنس الطفل، وبذلك تم قبول الفرضية الثانية.

نتائج الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم.

تم فحص الفرضية الثالثة بحساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم.

جدول (9.4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي للأم
7.42069	10.9333	15	اعدادي فما دون
5.65344	17.2571	35	ثانوي
4.71902	16.8800	75	دبلوم
7.39258	17.7284	81	بكالوريوس
11.50900	15.8000	15	دراسات عليا

يلاحظ من الجدول رقم (9.4) وجود فروق ظاهرية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (**one way ANOVA**) كما يظهر في الجدول رقم (10.4).

جدول (10.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى

#### لمتغير المستوى التعليمي للأم

مستوى الدلالة	قيمة "ف" المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.010	3.378	152.181	4	608.724	بين المجموعات
		45.055	216	9731.964	داخل المجموعات
			220	10340.688	المجموع

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (3.378) ومستوى الدلالة (0.010) وهي أقل من مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم، وبذلك تم رفض الفرضية الثالثة. وتم فحص نتائج اختبار (LSD) لبيان اتجاه الفروق وهي كما يلي:

الجدول (11.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد

عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي للأم

المتغيرات	الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
اعدادي فما دون	ثانوي	-6.32381*
	دبلوم	-5.94667*
	بكالوريوس	-6.79506*
	دراسات عليا	-4.86667*
ثانوي	اعدادي فما دون	6.32381*
	دبلوم	0.37714
	بكالوريوس	-0.47125
	دراسات عليا	1.45714
دبلوم	اعدادي فما دون	5.94667*
	ثانوي	-0.37714
	بكالوريوس	-0.84840
	دراسات عليا	1.08000
بكالوريوس	اعدادي فما دون	6.79506*
	ثانوي	0.47125
	دبلوم	0.84840
	دراسات عليا	1.92840
دراسات عليا	اعدادي فما دون	4.86667*
	ثانوي	-1.45714
	دبلوم	-1.08000
	بكالوريوس	-1.92840

يلاحظ أن الفروق كانت بين المستوى التعليمي للأم (دراسات عليا) و(اعدادي فما دون) لصالح (دراسات عليا) وكان مستوى أعراض الاكتئاب لديهم أعلى، وبين (بكالوريوس) و(اعدادي فما دون) لصالح (بكالوريوس) حيث كان مستوى أعراض الاكتئاب لديهم أعلى، وبين (دبلوم) و(اعدادي فما دون) لصالح

(دبلوم)، وبين (ثانوي) و(اعدادي فما دون) لصالح (ثانوي)، ومن هنا نستنتج أن نسبة الاكتئاب أقل عند الأطفال الذين مستوى تعليم أمهاتهم أقل.

نتائج الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب.

تم فحص الفرضية الرابعة بحساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب.

جدول (12.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس

يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي للأب
6.62520	15.3200	25	اعدادي فما دون
5.20201	17.6250	40	ثانوي
5.57558	17.1731	52	دبلوم
7.63869	16.8372	86	بكالوريوس
9.59303	15.4444	18	دراسات عليا

يلاحظ من الجدول رقم (12.4) وجود فروق ظاهرية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (13.4).

جدول (13.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى

#### لمتغير المستوى التعليمي للأب

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	122.265	4	30.566	0.646	0.630
داخل المجموعات	10218.423	216	47.308		
المجموع	10340.688	220			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.646) ومستوى الدلالة (0.630) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب، وبذلك تم قبول الفرضية الرابعة.

نتائج الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير مدى التزام الطفل بالعلاج.

تم فحص الفرضية الخامسة بحساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير مدى التزام الطفل بالعلاج .

جدول (14.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس

يعزى لمتغير مدى التزام الطفل بالعلاج

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مدى التزام الطفل بالعلاج
7.91199	17.4571	70	ملتزم جداً
6.40523	16.6000	75	ملتزم
5.74148	16.8889	45	متقطع
6.94680	15.4839	31	غير ملتزم

يلاحظ من الجدول رقم (14.4) وجود فروق ظاهرية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير مدى التزام الطفل بالعلاج، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (**one way ANOVA**) كما يظهر في الجدول رقم (15.4).

جدول (15.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى

الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى

لمتغير مدى التزام الطفل بالعلاج

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	87.130	3	29.043	0.615	0.606
داخل المجموعات	10253.558	217	47.251		
المجموع	10340.688	220			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.615) ومستوى الدلالة (0.606) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال

المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير مدى التزام الطفل بالعلاج، وبذلك تم قبول الفرضية الخامسة.

نتائج الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير متى تم التشخيص.

تم فحص الفرضية السادسة بحساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير متى تم التشخيص.

جدول (16.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس

يعزى لمتغير متى تم التشخيص

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	متى تم التشخيص
5.46917	16.2957	115	سنة
13.79747	37.57	106	اكثر من سنة

يلاحظ من الجدول رقم (16.4) وجود فروق ظاهرية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير متى تم التشخيص، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (**one way ANOVA**) كما يظهر في الجدول رقم (17.4).

جدول (17.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى

لمتغير متى تم التشخيص

مستوى الدلالة	قيمة "ف" المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.051	3.012	139.009	2	278.018	بين المجموعات
		46.159	218	10062.670	داخل المجموعات
			220	10340.688	المجموع

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (3.012) ومستوى الدلالة (0.051) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير متى تم التشخيص، وبذلك تم قبول الفرضية السادسة.

نتائج الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير الفترة العلاجية.

تم فحص الفرضية السابعة بحساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير الفترة العلاجية.

جدول (18.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس

#### يعزى لمتغير الفترة العلاجية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الفترة العلاجية
5.11804	15.3600	50	أقل من 6 شهور
5.76060	16.7612	67	من 6 أشهر إلى سنة
16.0915	35.9023	104	سنة فأكثر

يلاحظ من الجدول رقم (16.4) وجود فروق ظاهرية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير الفترة العلاجية، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (19.4).

جدول (19.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى

#### لمتغير الفترة العلاجية

مستوى الدلالة	قيمة "ف" المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.028	3.092	141.290	3	423.870	بين المجموعات
		45.700	217	9916.818	داخل المجموعات
			220	10340.688	المجموع

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (3.092) ومستوى الدلالة (0.028) وهي أقل من مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير الفترة العلاجية، وبذلك تم رفض الفرضية السابعة، وتم فحص نتائج اختبار (LSD) لبيان اتجاه الفروق وهي كما يلي:

يلاحظ أن الفروق كانت بين (أكثر من سنة) و(أقل من 6 شهور) لصالح (أكثر من سنة) حيث كان مستوى أعراض الاكتئاب لديهم اعلى، وبين (أكثر من سنة) و(من 6 أشهر إلى سنة) لصالح (أكثر من سنة) حيث كان مستوى أعراض الاكتئاب لديهم اعلى.

نتائج الفرضية الثامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) بين مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس تعزى لمتغير وجود أعراض اكتئاب من وجهة نظر الأهل تبين من خلال استجابات افراد عينة الدراسة الذين أجابوا بوجود اكتئاب من وجهة نظر الأهالي لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس أن نسبتهم 33.3%، وأن الذين ليس لديهم اكتئاب من وجهة نظر الأهل نسبتهم 67%.

جدول (20.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى

الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى

لمتغير وجود أعراض اكتئاب من وجهة نظر الأهل

مستوى الدلالة	قيمة "t"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	وجود أعراض اكتئاب
0.000	9.208	5.38901	21.9722	72	نعم
		6.03637	14.2617	149	لا

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (9.208)، ومستوى الدلالة (0.000) أي أنه توجد فروق في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت

الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير وجود أعراض اكتئاب من وجهة نظر الأهل، حيث كانت الفروق لصالح الذين لديهم أعراض اكتئاب، وبذلك تم رفض الفرضية التاسعة.

نتائج الفرضية التاسعة : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير نوع التدخل العلاجي

جدول (3.4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات

مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس

يعزى لمتغير نوع التدخل العلاجي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	نوع التدخل العلاجي
6.45116	14.5862	87	نفسي
6.79079	18.1552	116	علاج دوائي
6.73203	18.4444	18	علاج نفسي ودوائي

يلاحظ من الجدول رقم (3.4) وجود فروق ظاهرية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس تعزى لنوع التدخل العلاجي، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (**one way ANOVA**) كما يظهر في الجدول رقم (4.4).

جدول (4.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى

الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى

#### لمتغير نوع التدخل العلاجي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	687.93 3	2	343.96 6	7.768	0.001
داخل المجموعات	9652.75 5	218	44.279		
المجموع	10340.6 88	220			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (7.768) ومستوى الدلالة (0.001) وهي أقل من مستوى الدلالة

( $\alpha \geq 0.05$ ) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين

باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لنوع التدخل العلاجي، وبذلك تم رفض

الفرضية. وتم فحص نتائج اختبار (LSD) لبيان اتجاه الفروق وهي كما يلي:

الجدول (5.4) نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد

عينة الدراسة حسب متغير نوع التدخل العلاجي

المتغيرات	الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
نفسي	علاج دوائي	-3.56897*
	علاج نفسي ودوائي	-3.85824*
علاج دوائي	نفسي	3.56897*
	علاج نفسي ودوائي	-0.28927
علاج نفسي ودوائي	نفسي	3.85824*
	علاج دوائي	0.28927

يلاحظ أن الفروق كانت بين (علاج دوائي) و(علاج نفسي) لصالح (علاج دوائي) حيث كان مستوى أعراض الاكتئاب أعلى للعلاج الدوائي، وبين (علاج نفسي ودوائي) و(علاج نفسي) لصالح (علاج نفسي ودوائي) الذي جاء أعلى في مستوى أعراض الاكتئاب. أي أن العلاج النفسي له تأثير إيجابي على مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس أكثر من العلاج الدوائي والعلاج النفسي والدوائي معاً.

## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج

#### 1.5 المقدمة

يشمل هذا الفصل مناقشة نتائج الدراسة التي تم الحصول عليها بعد التحليل الاحصائي، كذلك سيتم عرض التوصيات المنبثقة عن نتائج الدراسة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما أنواع التدخلات العلاجية التي يتلقاها الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس؟

أشارت نتائج الدراسة إلى أن أنواع التدخلات العلاجية التي يتلقاها الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس هي التدخلات العلاجية النفسية، والتي شكلت نسبة (14.5%) بينما شكلت نسبة الأطفال الذين يتلقون تدخلات علاجية دوائية نسبة (18.1%)، وكانت نسبة الأطفال الذين يتلقون التدخلات العلاجية الدوائية والنفسية معا بنسبة (18.4%).

وترى الباحثة أن سبب ارتفاع نسبة الأطفال الذين يتلقون تدخلات علاجية دوائية يعود إلى أن العلاج الدوائي أقل تكلفة وجهداً من العلاج النفسي من وجهة نظر الأهل، حيث إن الجلسات النفسية تحتاج من الأهل إلى الوقت والالتزام في أوقات الجلسات، على خلاف الأدوية التي تأخذ في أي وقت، بالإضافة إلى أن المجتمع الفلسطيني ذو نسيج واحد، يتميز في الكثير من الصفات والعادات والقيم المشتركة، حول نظريته للعلاج النفسي والوصمة التي من الممكن ان تصبح ملازمة للطفل نتيجة ذهابه

أو متابعته في عيادة نفسية، وبالتالي فإن تلك النظرة تؤثر على نسبة الأطفال الذين يلجأون إلى التدخلات العلاجية النفسية.

## 2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ما مدى انتشار أعراض الاكتئاب ومستوياته لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس؟

أشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب بين الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تبلغ (4.53%)، بينما تشكل نسبة الأطفال الذين ليس لديهم اكتئاب (6.46%) وهذا يعطي مؤشراً أن الاكتئاب متواجد بنسبة النصف تقريباً لدى عينة الدراسة.

ومن خلال استعراض النظريات ومنها النظرية السلوكية، والتي اهتمت في تفسير الاكتئاب التي ترى أن الاكتئاب ممكن أن يحدث نتيجة مرور الفرد بتجارب قاسية تسبب له عراقيل في حياته وفي تفكيره الذي قد يؤدي إلى حدوث الاكتئاب (بارون، 2011)، كما تستعرض نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا حيث فسرت أن الاكتئاب يحدث نتيجة خسارة أو فقدان علاقة اجتماعية أو أي مصدر يعتبر مصدر دعم للطفل

اتفقت نتائج الدراسة الحالية فيما يتعلق بانتشار أعراض الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مع نتائج دراسة الصواف (2015) حيث بينت ارتفاع مستوى الاكتئاب بنسبة 37.6% لدى الأطفال، كما أن دراسة بارون (2011) أكدت نتائجها أن الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أكثر قلقاً واكتئاباً من بقية مجموعات الأطفال، وفي دراسة بلان (2011) كانت النتائج تشير إلى انتشار الاضطرابات السلوكية والوجدانية بين الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بصورة ملحوظة، كما أكدت أيضاً دراسة فوزي وفؤاد

(2010) أن هناك نسبة عالية من الاضطرابات العاطفية والتطورية بين الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فكان معدل انتشار الاكتئاب 21% وفي دراسة إسماعيل (2009) تبيأ أن أكثر المشكلات التي يعاني منها الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بالدرجة الأولى هو " العصاب والاكتئاب، والأعراض العاطفية، كما أظهرت دراسة ثابت وآخرين (2007) ان لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه معدلات عالية من الاكتئاب بنسبة (49%) والقلق ( 28.5%).

واتفقت أيضا نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات الأجنبية ففي دراسة رحمن وآخرين (2012) أظهرت النتائج ارتفاعا في انتشار الاضطرابات العاطفية والسلوكية بين الأطفال المشخصين في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بلغت 40.35%.

وترى الباحثة ان الاكتئاب من أكثر الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في حال لم يتلق الطفل العلاج المناسب، حيث تزداد فرصة إصابة الطفل به خاصة إذا كانت البيئة المحيطة له غير داعمة له، فتهتز ثقته بذاته وفي الآخرين وقد يؤدي ذلك إلى تراجع الأداء الدراسي عند الطفل ويصبح كثير المجادلة والغضب والعناد وبالتالي تؤدي إلى الانطواء والعزلة.

### 3.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب عند الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس تعزى لمتغيرات الدراسة (عمر الطفل، جنس الطفل، المستوى التعليمي للام، المستوى التعليمي للأب، مدى التزام الطفل بالعلاج، متى تم تشخيص الطفل، الفترة العلاجية نوع التدخل العلاجي، وجود أعراض اكتئاب من وجهة نظر الأهل .

الاكتئاب مع متغير عمر الطفل: لم يكن هنالك فروق بحسب متغير العمر حيث اتفقت هذه النتيجة مع دراسة صواف (2015) وثابت وآخرين (2007) حيث لم تظهر أي فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير العمر لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، في حين لم تتفق مع دراسة بلان (2011) حيث كانت هناك فروق ذات دلالة في شدة الاضطرابات السلوكية والوجدانية بين الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وفقاً لمتغير العمر.

ويعتبر هذا الجانب من الدراسة المتعلق بعمر الطفل مثيراً للتساؤل، كون الأطفال بحسب المرحلة العمرية التي يمرون بها يختلفون في حاجاتهم، ولكن الفئة المستهدفة في الدراسة كانوا في مرحلتي الطفولة المبكرة والمتوسطة، لذلك فحاجاتهم النمائية والعاطفية ومدى تأثرهم بالاضطرابات السلوكية تكون متشابهة، وبالتالي فإن تلك الأزمة النفسية والظروف الصعبة التي مر بها الطفل حالت دون حل الصراع النفسي والسلوكي للطفل في مراحل طفولته، مما أدى إلى ظهور الاضطرابات السلوكية والنفسية للطفل. الاكتئاب مع متغير جنس الطفل:

أشارت النتائج إلى أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين انتشار الاكتئاب عند الذكور والإناث فقد بلغت نسبة انتشار الاكتئاب عند الذكور (9.16%)، في حين بلغت نسبة انتشار الاكتئاب عند الإناث (5.16%).

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة عبد الخالق (2003) في الكويت التي أظهرت أنه لا يوجد اختلاف بين متوسط وجود الاكتئاب بين الإناث والذكور، وكذلك مع دراسة قشطة (2017)، وأيضاً دراسة ثابت وآخرون (2007).

بينما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة عبد الخالق (2003) على العينة السورية حيث أظهرت النتائج أن متوسط وجود الاكتئاب لدى الإناث أعلى منه عند الذكور، وكذلك مع دراسة صواف (2015) وبارون (2011) وبلان (2011)، حيث كانت متوسطات درجات الإناث على مستوى

الاكتئاب أعلى من الذكور، ودراسة شعبان (1994) الذي أظهرت نتائج دراسته إلى عدم وجود فروق بين الأطفال الذكور والإناث في الاكتئاب، ولعل ذلك يرجع إلى ما يتعرض له الذكور والإناث من الضغوط المدرسية المماثلة، أو قد يرجع ذلك إلى طبيعة الواقع الاجتماعي المتشابه الذي يعيشه كل من الذكور والإناث، وقد يعود ذلك إلى نوع التدعيم الذي يناله كل من الذكور والإناث حيث إن هذا التدعيم واحد لا يختلف باختلاف الجنس.

وترى الباحثة أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يؤثر على جميع جوانب حياة الطفل السلوكية والنفسية والاجتماعية والأكاديمية، مما يدل أنه بغض النظر عن الجنس فالأطفال يتأثرون بالاضطرابات السلوكية بنفس الدرجة، فالطفل سواء أكان ولداً أو بنتاً يتأثر بالاضطرابات السلوكية في مختلف المراحل العمرية وبالتالي فإن إصابة الطفل باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يؤدي إلى عدم الاستقرار النفسي والخوف والقلق لديه.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً بأن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ينشأ لدى الأطفال الذكور والإناث على السواء، ونظراً لأننا نعيش الآن في عصر تساوت فيه إلى حد ما أساليب تعامل الوالدين مع أطفالهما الذكور والإناث، حيث لم تعد توجد أساليب للتفرقة فيما بينهما، فيمكن لنا أن نتصور عدم وجود فروق فيما بينهما فيما يتعلق بردود أفعالهما على ما يتعرضون له من احباطات وصددمات نفسية، فالإكتئاب هو رد فعل يقوم به الطفل مهما كان جنسه، نتيجة لما يتعرض له من احباط لحاجته إلى الدعم والاحتواء.

الاكتئاب مع متغير المستوى التعليمي للأُم:

تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن المستوى التعليمي للأُم له علاقة عكسية في التأثير على الاكتئاب عند الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، حيث إنه كلما كان المستوى التعليمي للأُم أعلى وأفضل فإن ذلك يساعد في أن يكون مستوى الاكتئاب عند الأطفال أقل، وكلما قل المستوى

التعليمي للأم فإن الفرصة لوجود الاكتئاب عند الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تكون أعلى.

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة قام بها عبد القادر (1970) تشير إلى أن التفاهم والأسلوب التربوي الإيجابي الناتج عن وعي الأم وثقافتها، يزيد من قدرة الطفل على التقدم وبناء العلاقات الاجتماعية والتوازن الاجتماعي، في حين أن أسلوب التعامل المتسلط الناتج عن تدني المستوى الثقافي و التعليمي للأم يؤدي إلى القلق والاكتئاب، وعدم التوافق والاتكالية وعدم الرضا عند الطفل، وكذلك تتفق مع ما أشارت إليه أحمد (2000) أن أساس الصحة النفسية لدى الطفل يستمد من العلاقة الوثيقة مع الأم والتي تربط الطفل بأمه، وأن أي ظرف يمر به الطفل يحرمه من الدعم والاحتواء المقدم من الأم قد يؤدي إلى حدوث العديد من المشاكل وقد تؤثر عليه بشكل سلبي، وكذلك ما أشار إليه بولبي (1980) حول أهمية العلاقة الدافئة بين الطفل وأمه وأكد على حدوث العديد من المشاكل للطفل عند حدوث خلل في هذه العلاقة.

وترى الباحثة ان الطفل الذي يعتبر أمه قاعدة آمنة ويشعر أنها تقوم بتوفير احتياجاته العاطفية والبيولوجية تتكون لديه توقعات إيجابية نحو الآخرين، وتزيد ثقته بنفسه ويكون قادراً على اكتشاف البيئة المحيطة به، وبالتالي تقل لديه فرصة التعرض للاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، بالإضافة إلى أن التناغم والتفاهم بين الأم وطفلها واستخدامها للأسلوب التربوي الإيجابي الناتج عن وعي الأم وثقافتها يزيد من قدرة الطفل على النمو النفسي والاجتماعي السوي.

الاكتئاب مع متغير متى تم تشخيص الطفل:

تشير النتائج إلى أن نسبة الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الذين لديهم اكتئاب وكانت فترة تشخيصهم سنة بنسبة (16.2%) بينما كانت نسبة الاكتئاب للذين فترة تشخيصهم أكثر من سنة (37.5%).

ومن هنا ترى الباحثة أن نسبة الاكتئاب أعلى للأطفال الذين تم تشخيصهم من سنة فأكثر، وقد يعود السبب بحسب رأي الباحثة أنه كلما زادت فترة إصابة الطفل باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كلما زادت احتمالية ظهور أعراض اكتئابية لديه، بسبب عدم قدرته على التكيف والتأقلم بالإضافة إلى ضعف ثقته بنفسه، مما يولد لديه شعور بالإحباط والوحدة والذي بدوره قد يؤدي إلى الاكتئاب

الاكتئاب مع متغير الفترة العلاجية:

تشير النتائج إلى أن نسبة الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الذين لديهم اكتئاب وكانت الفترة العلاجية لديهم أقل من 6 أشهر (15.3%) والذين كانت فترتهم العلاجية من 6 أشهر إلى سنة (16.7%).

ولمن كانت فترتهم العلاجية من سنة فأكثر (19.6%) ومن هنا نرى أن نسبة الاكتئاب أعلى للذين كانت فترتهم العلاجية سنة فأكثر، سواء تلقوا تدخلات علاجية دوائية أو غير دوائية.

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة بلان (2011) فكانت النتائج تشير إلى زيادة شدة الاضطرابات مع ازدياد الفترة العلاجية، ولم تتفق الدراسة الحالية مع دراسة ثابت وآخرين (2007) حيث أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة احصائياً تعزى لمتغير الفترة العلاجية.

وترى الباحثة بأن تلقي الطفل لتدخل علاجي سواء أكان نفسياً أو دوائياً، يشعر الطفل بالوحدة، وبأنه مريض ويحتاج إلى الرعاية والدعم، على خلاف الأطفال الذين تلقوا تدخلات علاجية بسيطة ولفترة زمنية قصيرة، الأمر الذي يقلل من توتر الطفل وقلقه وانشغاله وشعوره بأنه مريض، ومن هنا نرى أن مدة الفترة العلاجية كان لها دور كبير في الزيادة من شدة أعراض الاكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في حين أن قلة الفترة العلاجية كان لها دور في التقليل من شدة الاكتئاب.

الاكتئاب مع متغير نوع التدخل العلاجي :

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى أعراض الاكتئاب كان أعلى لدى الأطفال الذي يتلقون تدخلاً علاجي دوائياً، يليه الأطفال الذي يتلقون العلاج الدوائي والنفسي معاً، وأقل مستوى من الأعراض كان لدى الأطفال الذي يتلقون التدخلات العلاجية النفسية.

وترى الباحثة بأن ارتفاع مؤشرات الاكتئاب لأغلبية الأطفال الذين يتلقون تدخلات علاجية دوائية مؤشر واضح كنتيجة للآثار الجانبية للأدوية التي يتعرض لها الطفل، سواء تمثلت في قلة الشهية فقدان الوزن، العصبية، الصداع، جميع تلك الأعراض وغيرها تؤثر على نفسية الطفل وسلوكه، حيث يقارن الأطفال دائماً أنفسهم بالآخرين وبالتحديد بأصدقائهم فيزداد لديهم الشعور بالدونية، وأنهم مرفوضون وغير مرغوبين، فيتطور لديهم الشعور بالحزن، كما أن فكرهم دائم الانشغال والتفكير بالأحداث والخبرات السلبية التي يعيشونها، كما وأن بسبب فرط حركتهم يصبح الجميع غير راضٍ عن سلوكياتهم فيعتبرون انفسهم سببا لمشاكل وحزن الآخرين، فيصبحون دائمو التفكير والانسحاب، وبالتالي جميعها أسباب رئيسية لظهور وتفاقم أعراض الحزن واليأس التي تقود إلى الاكتئاب عند الأطفال ، وهذا ما أكدته دراسة (Pelham,2005) حيث أظهرت أن الأطفال الذي تم استخدام عقار الريفالين معهم لعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كانوا أكثر قلقاً واكتئاباً ولم يظهر عليهم نتائج سلوكية وأدائية واضحة، بخلاف الأطفال الذين استخدم معهم العلاج السلوكي.

بخلاف التدخلات النفسية التي في أغلب الأحيان تكون فعّالة في علاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الأطفال مثل العلاج السلوكي المعرفي، العلاج التعبيري، العلاج باللعب هذه العلاجات من شأنها أن تساعد الطفل على التكيف مع أزمته، ومساعدته على الاسترخاء والتخلص من القلق والضغوطات الناتجة عن عدم تقبل المحيطين له، كما تساعد الطفل على التحدث مع مشاعره،

تشجيع الطفل ودعمه، جميع هذه العوامل تساعد على خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الطفل وبالتالي فرصة اكتئاب لديه تكون أقل.

الاكتئاب مع متغير مدى التزام الطفل بالعلاج:

أشارت النتائج أنه لا يوجد علاقة بين متغير مدى التزام الطفل بالعلاج ومستوى أعراض الاكتئاب عند الأطفال، وقد يعود السبب في ذلك أن هنالك العديد من المتغيرات التي من الممكن أن تسهم في ظهور الاكتئاب في مرحلة الطفولة بمستوى أعلى من التزام الطفل بالعلاج الدوائي أو النفسي الذي يتلقاه، مثل رابطة العلاقة بين الطفل وأمه فاضطراب هذه الرابطة أو غيابها من شأنه أن يؤدي إلى حدوث العديد من المشاكل لدى الطفل، أهمها الاكتئاب والقلق وكذلك البيئة التي يعيش بها الطفل لها دور كبير في التأثير على نمط سلوكيات الطفل، بمعنى أن الأطفال الذين يتلقون الدعم والاحتواء من الأسرة يكونون أقل عرضه للإصابة بالاكتئاب من الأطفال الذين لم يتلقوا الدعم والتشجيع بالرغم من التزامهم بالجلسات النفسية أو الأدوية العلاجية.

الاكتئاب مع متغير وجود اكتئاب من وجهة نظر الأهل:

تشير النتائج إلى أن نسبة وجود أعراض اكتئاب لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من وجهة نظر الأهل كانت 33%، بينما شكلت نسبة عدم وجود أعراض اكتئاب 67% وقد يعود السبب في ذلك إلى أن الاكتئاب ينشأ كاضطراب مصاحب لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه نتيجة للإخفاقات التي يمر بها الطفل وعدم قدرته على تكوين أصدقاء، بالإضافة إلى تشتته وعدم قدرته على ضبط انفعالاته، فتلك الخبرات المؤلمة التي يعيشها الطفل تؤدي إلى نمو صورة مشوهة وسلبية عن ذاته وعن الآخرين، والتي تشكل أساس الاكتئاب، وعلى اعتبار أن الأهل يقدمون الرعاية فهم أو من يلاحظ علامات التغير والاختلاف على طفلهم، فيبدأ الطفل بفقدان المتعة في الأشياء، بالإضافة إلى الانزواء وعدم الرغبة على الاختلاط مع الآخرين، وتراجع المستوى الدراسي للطفل.

الاكتئاب مع متغير المستوى التعليمي للأب : لم يكن ذو دلالة إحصائية

## 6.5 التوصيات والاقتراحات:

من خلال نتائج الدراسة الحالية ومن خلال استعراض الأدبيات حول موضوع التدخلات العلاجية الدوائية وغير الدوائية وعلاقتها في الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس، توصي الباحثة بعدة توصيات على ثلاثة مستويات على النحو التالي:

### 1.6.5 توصيات للباحثين:

1. القيام بالمزيد من الدراسات التي تبحث في مواضيع التدخلات العلاجية مع الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والتركيز على الأبحاث النوعية كونها قليلة.
2. إجراء دراسات مقارنة بين المجتمع الفلسطيني والعربي والغربي حول التدخلات العلاجية مع الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
3. إجراء المزيد من الدراسات حول اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه باستخدام عوامل لم تتطرق لها الباحثة (مستوى الدعم النفسي، عدد أفراد الأسرة، الخ).

### 2.6.5 توصيات للأخصائيين والمهنيين:

- زيادة الاهتمام بالأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
- توفير الخدمات الإرشادية والعلاجية لمعالجة الآثار السلبية للتدخلات العلاجية الدوائية وغير الدوائية لدى الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
- رفع الوعي على المستوى الأسري وخاصة لدى الأمهات وتدريبهم وتأهيلهم للتعامل مع أطفالهم المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

- رفع الوعي على المستوى المجتمعي لأهمية دورهم ومسؤوليتهم في دعم الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
- ضرورة توفير البرامج التي تعمل على توفير الأنشطة الملائمة لاحتياجات الأطفال المُشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه للتخفيف من وطأة الضغوطات النفسية التي يعانون منها.
- التركيز على توفير العلاج النفسي لكل طفل شُخص باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وأن يتلقى الخدمات النفسية.

### 3.6.5 توصيات لصناع القرار:

1. تفعيل دور الاعلام في القاء الضوء على ماهية اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ومحاولة تغيير صورة هؤلاء الأطفال في المجتمع الفلسطيني.
2. إنشاء وحدات ومراكز مجانية إضافية في فلسطين وتوفير الخدمات بمناطق مختلفة لتغطية الاحتياجات المتزايدة لهذه الفئة من الأطفال ولمساعدتهم على تلقي أفضل الخدمات العلاجية وبأقل التكاليف الممكنة.
3. العمل على تعزيز الاهتمام بحاجات هؤلاء الأطفال خصوصا في المدارس والمؤسسات، وتوفير مدرسين مؤهلين للعمل مع هؤلاء الأطفال ومراعاة خصوصيتهم، وتوفير اخصائي نفسي قادر على تقديم الدعم النفسي لهؤلاء الأطفال وأهاليهم.
4. الانتباه لعوامل الخطر وتكثيف اللقاءات التوعوية والورشات التي تتحدث عن المضاعفات والاضطرابات الأخرى المرتبطة بالعلاجات الدوائية المستخدمة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كالاكتئاب والقلق.

## قائمة المصادر والمراجع

### المراجع العربية

إبراهيم، (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه. سلسلة عالم المعرفة، العدد 239، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

أبو زيد، (2003). علم نفس الطفل الجزء الأول: قلق الأطفال. دار المعرفة الجامعية الإسكندرية.

أبو زيد، (2000). الاكتئاب. دراسة في السيكوباتومتري. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

ابو زيد، هيام المهدي. (2013). المهارات الاجتماعية وعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه المصحوب بالاندفاعية لدى اطفال المرحلة الابتدائية. مجلة كلية التربية، جامعة بورسعيد، العدد (14).

أبو سكينه، راغب، (2012). مشكلات الطفولة بين النظرية والتطبيق. ط 1 دار الفكر، عمان، الأردن. أحمد، عبد المجيد سيد، والشربيني، زكريا أحمد. (1998). علم النفس الطفولة " الأسس النفسية والاجتماعية. القاهرة، دار الفكر العربي.

بخيت، محمد السيد. (2015). المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات والثقة بالنفس كمنبئات بالشعور بالاكتئاب لدى طلاب المدرسة، المجلة المصرية لعلم النفس الاكلينيكي والارشادي، الجمعية المصرية للمعالجين، المجلد (3)، العدد (4).

البلاح، خالد عوض. (2004). تحسين مستوى التواصل وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى المراهقين. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

الحامد، جمال. (2000). نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، جامعة الملك فيصل.

الحامد، جمال. (2002). اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال، أسبابه وعلاجه، أكاديمية التربية الخاصة: الرياض.

الحفني، عبد المنعم. (1994). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة، مكتبة مدبولي.

حقي ، (1996). سيكولوجية الطفل (علم نفس الطفولة). مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.

الحو ، (2012). اضطراب الكآبة عند الأطفال، قياسها وانتشارها وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة كلية الآداب، بغداد، العدد (98).

الخشرمي، سحر. (2004). العلاج التربوي والأسري لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وكالة دار المصمك للدعاية والإعلان: الرياض.

الخليدي، وهبي. (1997). الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال. ط1، دار الفكر العربي، بيروت.

الدجوى، عزة محمد فؤاد. (2004). فاعلية برنامج موسيقي مقترح في تخفيف الاكتئاب والشعور بالوحدة لدى طالبات الصف الثالث الإعدادي. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة حلوان.

الدسوقي، مجدي. (2006). اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، مكتبة الانجلو: القاهرة.

الرشيدي، عبد الله سالم عايش. (2009). الفروق في الشعور بالكفاءة الذاتية الأكاديمية بين ذو صعوبات الانتباه مع فرط النشاط وقرانهم العاديين بالمرحلة المتوسطة بدولة الكويت، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي، البحرين.

الرفاعي، نعيم. (1987). الصحة النفسية (دراسة في سيكولوجية التكيف). مكة، مكتبة اجياد للتراث.

ريان، عبد الله. (2008). أثر برنامج سلوكي في خفض اضطراب عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى أطفال المرحلة الأساسية في منطقة يافا. رسالة ماجستير، جامعة عمان العربية.

الريماوي، محمد. (2003). علم نفس الطفل، الطبعة الثانية، عمان، دار الشروق.

زاير، فاطمة الزهراء. (2004-2005). مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المدرسي وعلاقته

ببعض المتغيرات الأخرى، جامعة ورقلة.

الزغلول، ع. (2006). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال. ط1، دار الشروق للنشر

والتوزيع، الكرك.

زهرا، حامد عبد السلام. (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة، عالم الكتب.

زهرا، حامد عبد السلام. (2001). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة، عالم الكتب.

سالم، كمال. (2001). اضطراب نقص الانتباه والحركة المفرطة، خصائصها وأساليب علاجها، دار

الكتاب الجامعي: الامارات العربية، العين.

السيد، فائقة. (2004). اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال، أسبابه وتشخيصه

وعلاجه، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة: الرياض.

شلون، منار. (2011). فاعلية برنامج علاج سلوكي مستند إلى التعزيز الإيجابي في خفض تشتت

الانتباه لدى أطفال الروضة، جامعة عمان العربية.

الشهراني، حزمي محمد فهيد. (2019). العزو السلبي لدى عينة من ذوي اضطراب الانتباه المصحوب

بفرط النشاط والعاديين من طلاب المرحلة الابتدائية، دراسات في الارشاد النفسي والتربوي،

مركز الارشاد النفسي والتربوي، كلية التربية، جامعة اسبوط، العدد (4).

الطراونة، . (2010). الاكتئاب، أسبابه. أعراضه. أنواعه. طرق علاجه. ط1، دار الطريق للنشر

والتوزيع، عمان.

عبد الباقي، سلوى. (1992). الاكتئاب بين تلاميذ المدارس. دراسات نفسية.

عبد الخالق، أ. (2016). اكتئاب الطفولة والمراهقة. مكتبة انجلو المصرية، مصر

عبد الخالق، أ، كاظم، ع، عيد، غ. (2011). العوامل المنبه بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينتين من الأطفال والمراهقين في الكويت وعمان. مجلة جامعة دمشق، المجلد (27)، العدد (4+3) ص 231-165، دمشق.

عبد القادر، فرج، وآخرون. (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. دار سعاد الصباح، الكويت. عبد المعطي،. (2003). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الأسباب - التشخيص - العلاج. ط1، دار القاهرة، القاهرة.

العجوري، جاد حسين إبراهيم. (2007). فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية، الجامعة الإسلامية غزة كلية التربية. جامعة في مصر، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، المجلد الرابعة والعشرون العدد 3.

عز الدين، رزان. (2013). نقص الانتباه والنشاط الزائد وعلاقته بالمهارات الاجتماعية لدى الاطفال، مجلة جامعة البحث للعلوم الانسانية، المجلد (35)، العدد (13).

العطية، . (2008). اضطرابات القلق لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة. ط1، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

عكاشة، أحمد. (1998). الطب النفسي المعاصر. القاهرة مكتبة الانجلو المصرية.

العيسوي، . (2000). اضطرابات الطفولة وعلاجها. ط1، دار الراتب الجامعية، بيروت.

القريطي، عبد المطلب. (1998). في الصحة النفسية. دار الفكر العربية، القاهرة.

قنديل، محمد متولي. (2006). مدخل إلى رعاية الطفل والأسرة. الطبعة الأولى، عمان دار الفكر.

قنطار، فايز. (1992). الأمومة نمو العلاقة بين الطفل والأم. عالم المعرفة. الكويت.

كتانة، لبنى. (2017). أنماط التعلق وعلاقتها في الاكتئاب لدى الأطفال الأيتام المسجلين لدى وزارة

التممية الاجتماعية في محافظة نابلس. رسالة ماجستير.

كفافي، علاء الدين. (1997). الصحة النفسية. دار هجر للطباعة والنشر، القاهرة.  
محمد، عادل عبد الله. (2000). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. القاهرة، دار الرشاد.  
مختار، . (1998). مشكلات الأطفال السلوكية (الأسباب وطرق العلاج). ط1، دار العلم والثقافة،  
القاهرة.

ملحم، . (2007). المشكلات النفسية عند الأطفال. ط1، دار الفكر، عمان.  
مليكة، لويس كامل. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. دار القلم، الكويت.  
المنجد في المترادفات والمتجانسات لعامة الأدباء ولتلاميذ الصفوف العليا. (1989). دار الشرق، بيروت.  
موسى، . (2001). أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط1، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع،  
القاهرة.

هويوة، . (2016). المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية من وجهة نظر  
المعلمين. رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر – بسكرة، الجزائر.

وزارة الصحة الإسرائيلية . [www.jerusalem.muni.il](http://www.jerusalem.muni.il) . (2019)

يحيى، خولة. (2000). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر للطباعة والنشر، الطبعة الأولى.

Allen-Meares, Colarossi, Oyserman, & DeROOS, (2003): Assessing Depression in

Childhood and Adolescence: A guide for Social Work Practice. **Journal of Child and**

**Adolescent Social Work.**

American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental**

**Disorders (5) Washington**, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental**

**Disorders.** 5th ed. (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing.

Barbara, Muph. (2000): **Attachment Style to Depression. School of Social and Behavioral**

**Sciences.** Ph. D. University of California, Los Angeles.

Beck, A. &Freeman, , (1993): **Cognitive Therapy of Personality Disorders.** New York. The

Guilford Press.

Beck, A. T. (1974). The development of depression: **A cognitive model.** In R. Friedman, &

M. Katz (Eds.), *Psychology of depression: Contemporary theory and research.*

Washington, DC: Winston-Wiley

Benjamin, James Sadock, M.D & Virginia Alcott Sadock, M.D(2004): **Kaplan & Sadocn's,**

**Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry.**

Benjami,n James Sadock, M.D & Virginia Alcott Sadock, M.D(2004): **Kaplan & Sadocn's ,**

**Synopsis of Psychiatry,** Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry.

Benjamin. James Sadock, M.D& Virginia Aloctt Sadock, M.D (2005): **Kaplan & Sadocn's,**

**Comprehensive Tickets Book of Psychiatry,** Seven Edition , Clinical Psychiatry.

Carvalho, J. P., & Hopko,. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. **Journal of Behavior**

**Therapy and Experimental Psychiatry**, 42(2), P.154-162.

improvement, subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity.

Gay, C. Arms den (1990): Attachment on Early Adolescent Depression, **Journal of**

**Abnormal Child**, Adol psychiatry.

Gnanavel s et al. (2019). **Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature**. World j Clin cases 2019 september 6; 7(17): 2420-2426.

Oral A. (1993): **Relationships between Depression and Attachment** † Cesurs†-Hortacsu N **Styles in Parent and Institution Children**, Department of Psychology.

**International Classification of Mental disorders and Diseases**. Tenth Revision (2010).

Konstantin, Mechler (2022), **Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents**.

Ollendick, T. H., King, N. J., & Yule, W. (Eds.). (2013). **International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents**. Springer Science & Business Media.

Pediatrics.Dalsgaard, S. H.S. nielsen and M. simonsen (2012), **effects of pharmacological treatment of ADHD on children's later educational success and criminal behavior**, mimeo, aarhus University.

Reynolds, W. M., & Johnston, H. F. (Eds.). (2013). **Handbook of depression in children and adolescents**. Springer Science & Business Media.

Roberts, J.E., & Kassel, J.D. (1997): **Labile Self-esteem, Life stress, and Depressive Symptoms: Prospective Data testing a model of vulnerability.** Cognitive therapy and Research.

Rosanna, Breaux .(2022.) **A Mini-Review of Pharmacological and Psychosocial Interventions for Reducing Irritability Among Youth With ADHD.**

Ruttenberg, B. A., & Angert, A. J. (1980). **Psychotic disorders. In Emotional Disorders in Children and Adolescents** (pp. 415-455). Springer, Dordrecht.

Sameroff, A. J., Lewis, M., & Miller, S. M. (Eds.). (2000). **Handbook of developmental psychopathology.** Springer Science & Business Media.

Silverman, W. K., & Field, A. P. (Eds.). (2011). **Anxiety disorders in children and adolescents.** Cambridge University Press.

Steven, Jeffy, A. Simpson.(2004): **Ambivalent of Attachment and Depression Symptoms,** Dissertation Abstracts International.

Van de Walle, M., Bijttebier, P., Braet, C., & Bosmans, G. (2016). Attachment anxiety and depressive symptoms in middle childhood: The role of repetitive thinking about negative affect and about mother. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 38(4), P. 615-630.

Young, S and Amarasinghe, M (2009). Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. **Journal of child psychology and psychiatry**, 51:2 (2010), pp 116–133.

## الملاحق

### ملحق (1)

#### أداة الدراسة

الاهل الكرام

تحية طيبة وبعد

تقوم الباحثة / الطالبة: امنة دعنا بإجراء دراسة بعنوان "مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس" وذلك استكمالاً لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، ولتحقيق هذه الرسالة، تضع الباحثة بين أيديكم استبانة تتكون من قسمين، لجمع المعلومات اللازمة للدراسة، القسم الأول يعبئ من قبل ولي أمر الطفل، والقسم الثاني ستقوم الباحثة بنفسها بتعبئته مع الطفل.

أرجو من حضرتكم التكرم بالإجابة على جميع الأسئلة بكل صراحة ومصداقية، مع التأكيد على أن جميع المعلومات ستعامل بسرية تامة ولن تستخدم الا لغرض البحث العلمي، وأن مشاركتكم في هذه الدراسة طوعية، كما أنكم تستطيعون الانسحاب متى شئتم.

شاكرين لكم حسن تعاونكم.

الباحثة / امنة اسامة دعنا.

مشرف أول الدكتورة ميساء النابلسي.

مشرف ثانٍ الدكتورة نجاح الخطيب.

القسم الأول:

البيانات الأولية:

عمر إبني / إبنتي : ( )

جنس الطفل: ذكر ( ) أنثى ( )

المستوى التعليمي للأم: اعدادي فما دون ( ) ثانوي ( ) دبلوم ( ) بكالوريوس ( ) دراسات  
عليا ( )

المستوى التعليمي للأب: اعدادي فما دون ( ) ثانوي ( ) دبلوم ( ) بكالوريوس ( ) دراسات  
عليا ( )

ما مدى التزام إبنيك / إبنتك في العلاج : ملتزم جدا ( ) ملتزم ( ) متقطع ( ) غير ملتزم ( )  
من متى تم تشخيص إبنيك / إبنتك في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه: سنة ( ) أكثر من سنة  
( )

الفترة العلاجية لابنيك / ابنتك : أقل من 6 أشهر ( ) من 6 أشهر إلى سنة ( ) سنة فأكثر ( )

نوع التدخل العلاجي الذي يلتقاه ابنيك / ابنتك: علاج نفسي ( ) علاج دوائي ( ) علاج تعبيرى ( )  
جميع ما ذكر ( ) علاجات أخرى لم يتم ذكرها ( )

هل تعتقد أن ابنيك / ابنتك المشخص/ة بزيادة الحركة وتشتت الانتباه لديه أعراض اكتئاب  
من وجهة نظرکم. نعم ( ) لا ( )

ملحق رقم (2): مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال

Birleson Depression Scale-Questionnaire

ترجمة د. عبد العزيز ثابت

عزيزي / عزيزتي الطالب/ه

لدينا أسئلة تتحدث عن مشاعرك خلال الأسبوع الماضي، الرجاء ضع إشارة صح عند الشعور المناسب لك وينطبق عليك

الرقم	البند	دائماً	بعض الاحيان	لا
1	لسا بشوف الحياة منيحة مثل دايمما			
2	بنام منيح			
3	بحس إني بدي أبكي			
4	بحب ألعب في الشارع			
5	بدي اهرب بعيد			
6	عندي وجع في معدتي			
7	عندي كثير طاقة وبحب أتحرك			
8	يستمتع عند تناول الطعام			
9	أعتمد على نفسي في الأمور اليومية ( بلبس، بتحمم و حدي )			
10	بحس انه الحياة ما الها فايده ( قيمة )			
11	بعمل الأشياء بشكل منيح			
12	لساتني بنبسط لما بعمل الأشياء زي زمان			
13	بحب احكي مع أهلي ومع الناس			
14	بحلم أحلام مزعجة			
15	بحس اني لحالي			
16	من السهل أن أفرح وانبسط			
17	بحس انه الحياة ليس لها قيمة ( فائدة )			
18	بحس اني مائل ( زهقان )			

## ملحق (3): الموافقة الأخلاقية

Al-Quds University  
Jerusalem  
School of Public Health



جامعة القدس  
القدس  
كلية الصحة العامة

التاريخ: 2022/1/10  
المرجع:

عزيزتي الطالبة امنة دعنا المحترمة  
برنامج: الصحة النفسية المجتمعية/ مسار العلاج النفسي

الموضوع: موافقة لجنة اخلاقيات البحث العلمي

قامت اللجنة الفرعية لأخلاقيات البحث التابعة لكلية الصحة العامة بمراجعة مشروع الرسالة بعنوان: "التدخلات العلاجية الدوائية وغير الدوائية وعلاقتها في الاكتئاب لدى الاطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في مدينة القدس" المقدم من (مشرفي الرسالة/ د. ميساء النابلسي ود. نجاح الخطيب) يعتبر مشروعك مستوفياً لمتطلبات أخلاقيات البحث في جامعة القدس. نتمنى لكم كل التوفيق في تسيير المشروع.

رئيسة لجنة اخلاقيات البحث



د. نهى الشريف

نسخة/ أعضاء لجنة البحث

نسخة/ الملف

Jerusalem Branch/Telefax 02-2799234  
Gaza Branch/Telefax 08-2644220 -2644210  
P.O. box 51000 Jerusalem

فرع القدس / تليفاكس 02-2799234  
فرع غزة / تليفاكس 08-2644220-2644210  
ص.ب. 51000 القدس

ملحق (4): قائمة أسماء المحكمين

المؤسسة	التخصص	الاسم
جامعة القدس	تربية خاصة	د. سهير الصباح
جامعة بيرزيت	محاضر	د. لمى التريزي
مستشفى الأمراض العقلية	طبيب نفسي	د. نعيم الشيخ
عيادة لحول للصحة النفسية	طبيب نفسي	د. إياد العزة

## فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
97	أداة الدراسة	.1
99	مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال	.2
100	قائمة أسماء المحكمين	.3

## فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
49	خصائص عينة الدراسة	1.3
53	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس	2.3
53	نتائج معامل الثبات حسب معادلة الثبات كرونباخ الفا لفقرات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس	3.3
58	أنواع التدخلات العلاجية التي يتلقاها الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس	1.4
58	الأعداد والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى أعراض الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس	2.4
60	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير نوع التدخل العلاجي	3.4
60	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير نوع التدخل العلاجي	4.4
61	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع التدخل العلاجي	5.4
62	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير عمر الطفل	6.4
63	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير عمر الطفل	7.4
64	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير جنس الطفل	8.4

65	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم	9.4
65	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم	10.4
66	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي للأم	11.4
67	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب	12.4
68	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب	13.4
69	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير مدى التزام الطفل بالعلاج	14.4
69	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير مدى التزام الطفل بالعلاج	15.4
70	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير متى تم التشخيص	16.4
71	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير متى تم التشخيص	17.4
72	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمتوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير الفترة العلاجية	18.4
72	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير الفترة العلاجية	19.4

74	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في متوسطات مستوى الاكتئاب لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في محافظة القدس يعزى لمتغير وجود أعراض اكتئاب من وجهة نظر الأهل	20.4
----	--	------

## فهرس المحتويات

1	إهداء
1	إقرار
2	شكر وتقدير
3	الملخص
هـ	Abasract
1	الفصل الأول
1	خلفية الدراسة ومشكلتها
1	1.1 المقدمة
3	2.1 مشكلة الدراسة:
3	3.1 أهمية الدراسة:
4	4.1 أسئلة الدراسة:
5	5.1 محددات الدراسة:
6	6.1 مصطلحات الدراسة:
8	الفصل الثاني
8	الإطار النظري والدراسات السابقة
8	1.2 الإطار النظري
8	اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:
9	مدى انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الأطفال عالمياً:
10	مدى انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بين الأطفال في محافظة القدس:
11	تشتت الانتباه:
12	الأعراض الأساسية لتشتت الانتباه عند الأطفال:
13	مميزات الانتباه:
14	أنواع الانتباه:
14	الاضطرابات النمائية المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:
14	تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:
15	علاج نقص الانتباه وفرط الحركة:
18	النظريات التي تفسر سبب اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:
19	2.2 الاكتئاب عند الأطفال:

19	تعريف الاكتئاب عند الأطفال:
21	أشكال الاكتئاب عند الأطفال:
22	أعراض الاكتئاب عند الأطفال:
24	أسباب الاكتئاب عند الأطفال:
25	العوامل التي قد تسهم في إصابة الفرد بالاكتئاب:
26	النظريات التي تفسر الاكتئاب عند الأطفال:
27	نظرية التحليل النفسي:
30	العلاقة بين الاكتئاب وفرط الحركة وتشتت الانتباه:
31	3.2 الدراسات السابقة.....
31	1.3.2 الدراسات العربية.....
37	2.4.2 الدراسات الأجنبية.....
44	2.5.2 التعقيب على الدراسات السابقة.....
<b>46</b>	<b>6.2 الإطار المفاهيمي للدراسة:</b>
47	الفصل الثالث
47	المنهجية والإجراءات.....
47	1.3 منهج الدراسة:
48	2.3 مجتمع الدراسة:
48	3.3 عينة الدراسة:
51	4.3 أداة الدراسة:
52	5.3 ثبات الأداة:
52	6.3 صدق الأداة:
53	7.3 إجراءات الدراسة:
54	8.3 الاعتبارات الأخلاقية:
55	9.3 تجريب أداة الدراسة:
55	10.3 متغيرات الدراسة:
56	11.3 المعالجة الإحصائية:
57	الفصل الرابع
57	نتائج الدراسة.....
57	1.4 مقدمة.....
57	2.4 نتائج أسئلة الدراسة:
57	1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:
58	2.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:
59	3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:
61	4.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

75.....مناقشة النتائج.....

75.....1.5 المقدمة.....

75.....مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: .....

76.....2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: .....

77.....3.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: .....

79.....4.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: .....

80.....الاكتئاب مع متغير جنس الطفل: .....

81.....الاكتئاب مع متغير المستوى التعليمي للأم: .....

82.....الاكتئاب مع متغير متى تم تشخيص الطفل: .....

83.....الاكتئاب مع متغير الفترة العلاجية: .....

83.....الاكتئاب مع متغير نوع التدخل العلاجي: .....

85.....الاكتئاب مع متغير مدى التزام الطفل بالعلاج: .....

85.....الاكتئاب مع متغير المستوى التعليمي للأب: .....

85.....الاكتئاب مع متغير وجود اكتئاب من وجهة نظر الأهل: .....

86.....6.5 التوصيات والاقتراحات: .....

86.....1.6.5 توصيات للباحثين: .....

86.....2.6.5 توصيات للأخصائيين والمهنيين: .....

87.....3.6.5 توصيات لصناع القرار: .....

88.....قائمة المصادر والمراجع.....

88.....المراجع العربية.....

93.....المراجع الأجنبية.....

96.....الملاحق.....

97.....ملحق (1): أداة الدراسة.....

99.....ملحق رقم (2): مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال.....

100.....ملحق (3): قائمة أسماء المحكمين.....

101.....فهرس الملاحق.....

102.....فهرس الجداول.....

105.....فهرس المحتويات.....