مجلـــــة
التربيـــــة

مجلة مُحكَّمَة
للبحوث العلمية والتربوية والنفسية والاجتماعية

العدد (١٤٥ الجزء الأول)
يناير ٢٠١١م – محرم ١٤٣٢هـ

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ نَرْفَعُ دَرَجَاتٍ مَّن نَّشَاءُ
وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٌ ﴾

(سورة يوسف: ٧٦)

صدق الله العظيم

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

الحمد لله رب العالمين، والصلاة على أشرف المرسلين، سيدنا محمد النبي الأمين، وعلى آله وصحبه والرسل أجمعين، وبعد . . .

إن البحث العلمي هو من أهم ركائز نهضة الأمم، ونحن نشكر ونقدر لقيادتنا بالجامعة مساندتهم لنا في هذا المضمار، آملين أن تستمر مسيرة الريادة لجامعة الأزهر في نشر العلم والتعليم الإسلامي الصحيح عبر قارات العالم.

إن التحدي الحقيقي الآن هو إثبات الذات، والجدارة العلمية، والمثال الطيب في العطاء العلمي والنهضة من أجل الأخذ برقي القيم الروحية التي غابت في خضم التسارع المادي وتسابق النفوذ من أجل السيطرة، فنحن بحاجة إلى مراجعة الواقع والعمل على السمو بمكارم الأخلاق التي دعا إليها الدين الإسلامي الحنيف، وإننا نعاهدكم على أن نسير على هدى المصطفى صلى الله عليه وسلم، لما فيه خير مصرنا الحبيبة، وعالمنا الإسلامي، والبشرية جمعاء .

والله ولي التوفيق .....

رئيس مجلس إدارة المجلة
أ.د/ صلاح صادق صديق

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوي التوافق النفسي لدي بعض الأطفال المُساء إليهم

إعـــــداد

د. محمد بن سالم محمد القرني

أستاذ علم النفس المساعد- رئيس قسم علم النفس

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوي التوافق النفسي لدي بعض الأطفال المُساء إليهم

ملخص الدراسة

استهدفت الدراسة الحالية إلقاء الضوء على ظاهرة إساءة معاملة الأطفال دوافعها وآثارها ومستوياتها وأنواعها الجسمية والنفسية والسلوكية؛ بالإضافة إلى التحقق من فاعلية البرنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين مستوى التوافق النفسي لدى عينة من الأطفال المُساء إليهم.

وتكونت عينة الدراسة الإكلينيكية من (١٨) حالة من الأطفال المُساء إليهم والمترددين على العيادات النفسية ومراكز رعاية الأطفال بمحافظة جدة . وتم تقسيم عينة الدراسة إلي (الذكور ن= ١٠، والإناث ن= ٨) ممن تراوحت أعمارهم ما بين ١٠ – ١٣ عاما، بمتوسط وقدره (١١,٦) وانحراف معياري (١,١٠) ، واستخدمت الدراسة مجموعة من الأدوات منها: استمارة جمع البيانات الأولية – مقياس الإساءة للأطفال – مقياس التوافق النفسي – برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها:

- تتعدد الدوافع المُرتبطة بالإساءة فهي تتضمن دوافع نفسية وسلوكية واجتماعية واقتصادية.
- تتعدد الآثار الجسمية والنفسية والسلوكية والاجتماعية السيئة الناتجة عن الإساءة.
- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى التوافق النفسي بين عينة الدراسة الكلية لصالح القياس البعدي؛ مما يؤكد على فاعلية البرنامج العلاجي المُستخدم في تحسين مستوى التوافق النفسي لدى الأطفال المُساء إليهم.
- تمتد فاعلية البرنامج العلاجي لما بعد فترة المُتابعة مما يؤكد على استمرار كفاءة البرنامج.

* يتوجه الباحث بالشكر والتقدير إلى جامعة الملك عبد العزيز متمثلة في عمادة البحث العلمي على دعمها لهذا البحث رقم (١٥- ٠٠٧ / ٤٣٠)

Efficacy of cognitive behavioral therapy in improving the level of psychological adjustment for abused children

ABSTRACT

This study aims at studying children abuse phenomenon and its psychological, social, behavioral, neurological, and motor reflects. In addition, the study verifies the efficacy of cognitive behavioral therapy in improving the level of psychological adjustment for a sample of abused children. The clinical sample consists of 18 cases of abused children from psychological clinics and children care centers in Jeddah Governorate. The cases are divided into "10 male & 8 female" and their ages are between 10 to 13 years. Their mean age is (11.6) with (1.1) year as a standard deviation. The tools of this study include the following:

- A questionnaire to collect preliminary data.-Abused children scale. - Psychological adjustment scale.- Cognitive behavioral treatment program.

The results of the study show the following:

- ***There are a lot of motives associated with abuse such as psychological, social, behavioral, and economic motives.-There are a lot of physical psychological, behavioral and social effects associated with abuse. - There are significant statistical differences at (0.01) level between***
- ***Pre-administration and the post-administration procedures in the level of psychological adjustment towards the post-administration procedure. Thus, this indicates that our therapeutic program is effective in improving the level of psychological adjustment for abused children***
- ***The therapeutic program continues after the period of following up. This also proves the efficacy of the program.***

المقـــــدمة

لمرحلة الطفولة أهمية كبيرة في حياة الفرد والمجتمع، ومن ثم وجب علينا أن نهتم بالنمو النفسي والاجتماعي والعقلي والخلقي السليم للأطفال. فإن تم تشكيل الطفل وتنشئته حال صغره سيكون النواة المكونة له حال شبابه وكبره، والأسرة هي العامل الأهم في صبغ سلوك الطفل بصبغة اجتماعية مقبولة، ويؤكد "براون" (Brown,1985:193) على أن الأطفال يولدون، ولا يمتلكون الثقافة التي تؤهلهم للتعامل مع المحيطين بهم، وتقع مسئولية إكسابهم هذه الثقافة على الأسرة باعتبارها المسؤول الأول عن رعاية الطفل وتربيته.

وعلى الرغم من ذلك قد تساء تربية الطفل؛ ولذا فإن مُشكلة إساءة معاملة الأطفال Children abuse النفسية والجسدية والجنسية والاجتماعية، وما يتعرضون له من إهمال Neglect وتقصير في عملية العناية والرعاية والمتابعة والإشراف من المشكلات التي لها آثارها على الطفل، وتستمر معه في مراحل حياته، وقد تجعله يُمارس أشكال الإساءة على المحيطين به في المجتمع، وقد يتطور الأمر معه حتى يُصبح شخصيةً سيكوباتيةً أو سوسيوباتيةً، ولا يقف الأمر عند هذا الحد بل قد تمتد آثاره لأن يُمارس الإساءة مع أطفاله في المستقبل، وغالباً ما سيواجه مشكلات في علاقاته الاجتماعية سواء أكانت مع أقاربه أم مع من هم أكبر منه سناً. (Hersen & Gross: 2008:867)

ويترتب على إساءة معاملة الأطفال اتجاهات سلبية نحو العالم الخارجي، ونحو ذاته، وقد أكدت منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٥) أن العنف يُمارس ضد الأطفال في الفترة العمرية من الميلاد وحتى (١٤) سنة في المنزل؛ مما يلحق الضرر بصحة الأطفال تاركة آثاراً سلبية على الصحة ومتسببة في زيادة مخاطر ضحايا العنف من جديد.

وقد أكدت الكثير من الدراسات أن نسبة الإساءة ضد الأطفال بلغت نحو (٨٤%).(Dilillo, et al, 2006:386) وذكر هيرسون وجروس (Hersen & Gross, 2008.859) أن (٥٧) ألف طفل يموتون سنوياً نتيجة للإساءة والقسوة والإهمال على مستوى العالم.

وتشير دراسة مارجريت (Margaret, et al.2009) إلى أن (٩٥٠) ألف طفل قد تعرضوا للإساءة بأنواعها المتعددة من قبل أفراد أسرهم من بين (٣٦) مليون طفل أمريكي مما يشير إلى أن (٢٦,٤ %) من الأطفال الذين تم فحصهم في المجتمع الأمريكي يُعانون من الإساءة بأنواعها المتعددة. (Wilmshurst, 2005)

ومن أسباب الاضطرابات النفسية لدى الأطفال هو خلل المعاملة مع الطفل، وأن الأطفال الذين تساء معاملتهم هم ضحايا للاضطراب النفسي والانحراف والنبذ والقهر والإيذاء البدني والنفسي للآباء في طفولتهم (أحمد، ٢٠٠١).

ويرى الباحث أن من بين آثار الإساءة سوء التوافق لدى الأطفال خاصة التوافق النفسي بأنواعه المختلفة وأشكاله المتعددة.

ويتفق الباحث مع (الجلبى، اليحي، ١٩٩٦، ص ٢٧٢، المحارب، ٢٠٠٠: ٧٦) على ضرورة التدخلات العلاجية لتحسين مستوى التوافق النفسي لدى الأطفال المُساء إليهم، أو على الأقل لتخفيف الآثار الضارة المترتبة على سلوكيات الطفل. ولذلك ظهرت اتجاهات ومدارس علاجية وجهت اهتمامها لتحسين مستوى التوافق النفسي لدى الأطفال المُساء إليهم، من هذه الاتجاهات اتجاه العلاج المعرفي السلوكي الذي يتميز

بسهولة الإجراءات. كما يعتبر العلاج المفضل والقابل للتطبيق في المجتمعات المختلفة، بل إن هذا العلاج قابل للتطبيق أيضاً في المجتمعات العربية المسلمة.

مما سبق يتبين أن الإساءة بأنواعها وأشكالها المتعددة التي يتعرض لها الأطفال، وما يترتب عليها الكثير من المشكلات والاضطرابات التي تهدد حياة الطفل وكيانه، وما تحدثه من آثار سلبية في سلوكيات الطفل من الناحية النفسية والاجتماعية والتعليمية والصحية والأسرية قد تؤثر على توافقهم النفسي؛ مما يدعو إلى ضرورة التدخل العلاجي للحد من تلك الآثار بأساليب علاجية يتم من خلالها تعليم الطفل كيفية التعامل والمواجهة لتحسين مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لديه.

مشكلة الدراسة

بناء على ما سبق ومن خلال الدراسات المتعددة التي تناولت مشكلة إساءة معاملة الأطفال مثل: (دراسة كل من جونسون وزملائه "Johnson, et al,2002"، وكولكو وآخرين "Kolko et al, 2002 "، وزوروجلو وآخرين "Zoroglu, et al,2003"، وبيليكس وآخرين "Peleikis et al,2005" ، وكيم وآخرين " Kim et al,2009" ، ، وديليو "Dilillo, et al, 2006")

والتي أكدت على أن هؤلاء الأطفال يُعانون من الكثير من مظاهر الاضطراب الشامل، وسوء التوافق النفسي والاجتماعي الذي يُسيطر عليهم، ويترك العديد من الآثار السلبية لديهم مثل الإصابة بالأعراض الاكتئابية depressive symptoms واضطرابات القلق العام والاضطرابات المزاجية mood disorders، وعُسر المزاج dysthmic، والشعور بالعجز helplessness، وفقدان الأمل- اليأس-، واضطرابات النوم والشهية appetite، وانخفاض تقدير الذات law self –esteem، والكوابيس nightmares، والأحلام المُفزعة والمخارف phobia، والهلع panic، والنقص inferiority، والعجز اللغوي والعلاقات الاجتماعية المضطربة .

وفي المجتمع السعودي باتت مشكلة إيذاء الأطفال children abuse تطفو على السطح من خلال الشكاوى العديدة من أطباء الإسعاف، وأطباء الأطفال في المستشفيات، ووسائل الإعلام المختلفة، الذين يشكون من تعدد مظاهر الإيذاء التي يتعرض لها الأطفال وبشكل خاص: الإيذاء النفسي ، والبدني، والجنسي، والعاطفي والإهمال، وكذلك الشكاوى العديدة من العاملين في أقسام الشرطة، والمسئولين عن الرعاية الاجتماعية وغيرها من الجهات ذات العلاقة (العنقري، ١٤٢٥: ٢) وقد أشارت نتائج دراسات (الزهراني، ١٤٢٤هـ، وآل سعود، ١٤٢٠هـ) إلى أن إيذاء الأطفال داخل المملكة العربية السعودية قد وصل إلى نسب مُخيفة، حيث تبين أن (٤٥%) من الأطفال مُعرضين للإيذاء بصورة يومية، و(٢١%) يتعرضون للإيذاء بشكل دائم،

و(٢٤%) يتعرضون للإيذاء أحيانا، و(٣٣.٦%) يتعرضون للإيذاء النفسي، و(٢٥.٣%) يتعرضون للإيذاء البدني، و(٢٣.٩%) معرضون للإهمال؛ وهذه النسب والإحصاءات تـنذر بالخطر.

وفي الأشهر الثمانية الأولى من عام (٢٠٠٧) في مجتمعنا السعودي رصد ما يزيد عن (٤٠) حالة إساءة معاملة للأطفال، نسبة الاعتداء الجنسي (٢٠%) منها، وتجاوزت نسبة الوفيات (١٥%) من الحالات، فيما لم يتجاوز متوسط أعمار الضحايا العامين والنصف، وقد تتنوع الإصابات الجسدية الناتجة عن الاعتداء الجنسي. (المحروسة، ٢٠٠٨)

والجدير بالذكر أن الإساءة للطفل تحدث في نطاق الأسرة خاصةً الأسرة التي تتسم في طبيعتها بزيادة مُعدلات المُشكلات والاضطرابات السائدة في نطاقها، وانتشار العنف بين أفرادها، وهذا ما أكد عليه كل من فيشبك وهربرت (Fischbach& Herbert 1997:15- 25).

وفي ضوء ما تقدم يتبين لنا تعدد الآثار النفسية الناتجة عن إساءة معاملة الأطفال، ومن ثم بات من الضروري البحث عن آلية لرفع مستوى توافق هؤلاء الأطفال؛ وعليه يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الرئيس الآتي:

ما مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح في تحسين مستوى التوافق النفسي بأنواعه (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) لدى عينة من الأطفال المُساء إليهم؟

ويتفرع من هذا السؤال مجموعة من التساؤلات الفرعية منها:

١- ما الدوافع النفسية المرتبطة بالإساءة؟

٢- ما الآثار النفسية الناجمة عن تعرض الأطفال للإساءة ؟

٣- ما فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في تحسين مستوى التوافق (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) لدى عينة الدراسة؟

أهداف الدراسة الحالية:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

١- إعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي لتحسين مستوى التوافق النفسي لدى عينة من الأطفال المُساء إليهم.

٢- الوقوف على الدوافع التي تقود إلى ظاهرة الإساءة للأطفال.

٣- التعرف على الآثار الناجمة عن الإساءة في المجتمع السعودي.

٤- التقدم ببعض التوصيات والمقترحات لاتخاذ التدابير الاحترازية التي يمكن من خلالها الحد من ظاهرة الإساءة للأطفال في المجتمع السعودي.

أهمية الدراسة الحالية

- تبرز أهمية الدراسة الحالية من خلال ما أكدته نتائج الدراسات القليلة التي أُجريت حول ظاهرة الإساءة للأطفال في المجتمع السعودي، وما تحمله من نسب وإحصاءات تُنذر بالخطر ، بالإضافة إلى كونها تمس شريحةً هامةً من شرائح المجتمع؛ وهي الأطفال.
- تعد الدراسة الحالية إضافة إلى التراث النفسي خاصة في المجال العلاجي .
- إمداد المكتبة العربية بمقياس التعرف على مظاهر الإساءة للأطفال في البيئة السعودية.
- إعادة تقنين مقياس التوافق النفسي لـــ " زينب شقير " على البيئة السعودية.
- تصميم برنامج علاجي سلوكي معرفي لتحسين مستوي التوافق النفسي وعلاج التبعات النفسية التي يُعاني منها الأطفال المُساء إليهم.
- الاستفادة من نتائج الدراسة في ميدان التربية والتعليم والشؤون الاجتماعية، والصحة النفسية، والإرشاد، والعلاج النفسي والأسري، ومؤسسات المجتمع المدني العقابية والإصلاحية، وكذلك في ميدان البحث العلمي المتعلق بالأطفال.

مصطلحات الدراسة:

العلاج المعرفي- السلوكي Cognitive- Behavioral Therapy:

هو"أسلوب علاجي يركز على المهارات السلوكية والعمليات المعرفية، ومحاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي الذي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك، والجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغيرات مطلوبة في سلوكه؛ أي لمساعدة الأطفال المُساء إليهم على مواجهة وتحسين توافقهم النفسي، والتقليل من حجم التبعات النفسية الناتجة عن الإساءة". (القرني،٢٠٠٨)

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

عبارة عن سلسة من الخطوات العلاجية المتتابعة التي تطبق على هيئة جلسات تجمع بين المعالج والأطفال المُساء إليهم (من إعداد الباحث) في ضوء المنظور المعرفي

السلوكي من منطلق أعمال بيك Beck متمثلاً في عدد من الأهداف المطلوب تحقيقها. والفنيات المستخدمة لتحسين مستوى التوافق النفسي لدى الأطفال المُساء إليهم.

التوافق النفسي: Psychological Adjustment

يُعرف التوافق إجرائياً على أنه "حاصل الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص باستخدام مقياس التوافق النفسي المستخدم في الدراسة الحالية". بأبعاده (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي)

الإساءة: Abuse:

تُعَرف الإساءة إجرائياً على أنها "الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها الطفل المُساء إليه على مقياس إساءة معاملة الأطفال" من اعداد الباحث.

المفاهيم الأساسية للدراسة

الإطار النظري للدراسة

أولاً: إساءة المعاملة

بالرغم من التقدم الذي تشهده البشرية في جميع مجالات الحياة وخاصة في مجال حقوق الإنسان، إلا أن هناك العديد من الظواهر التي لازالت تشكل واحدةً من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات في سن الطفولة، وهي إساءة معاملة الأطفال، وبالرغم من وجودها أصبح من غير المستغرب أن تنتشر الإساءة في مجتمعاتنا العربية والإسلامية والتي تمتاز عن غيرها بأنها مجتمعات مبنية على أسس عقائدية وروابط أسرية قوية بما تحويه من العطف والحنان والحب والاحترام المتبادل، وحثنا الدين الإسلامي على ضرورة العمل على تجنب أي شكل من أشكال الإساءة إلى الأبناء، فأوصى الرسول ﷺ بضرورة العدل بين الأبناء وعدم التفرقة بينهم منعاً للإحساس بالتمييز، ودرءاً للبغض والعداوة والكراهية بين الأبناء، وسورة يوسف، وما ورد فيها خير دليل على ضرورة العدل بين الأطفال والمساواة بينهم حتى في القبلات. كما ورد عن رسول الله ﷺ أنه قال : "ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويعرف حق كبيرنا" رواه البخاري. ويروى أن إعرابياً جاء إلى النبي ﷺ فقال : أتقبلون صبيانكم ؟ فما نقبلهم، فأجاب النبي ﷺ، أو أملك أن نزع الله الرحمة من قلبك؟.. رواه البخاري (البخاري، ١٤٠٩).

وروى أبو هريرة رضي الله عنه قال: " قبل رسول الله ﷺ وسلم الحسن بن علي رضي الله عنه، وعنده الأقرع بن حابس التميمي. فقال الأقرع : إن لي عشرة من الولد ما قبلت منهم أحداً، فنظر الرسول ﷺ إليه ثم قال: من لا يرحم لا يُرحم" رواه البخاري.

فقد دعا الإسلام إلى المساواة في المعاملة بين الأبناء، وحث على تعديل سلوكهم، وغرس القيم في نفوسهم في كل الجوانب والمناحي النفسية والجسمية، ووضع الآليات التي تضمن تعديل سلوك الأبناء.

يشير مفهوم الإساءة إلى أي فعل يؤدي بشكل مُتعمد إلى إيذاء الطفل يترتب عليه ضرر مادي أو جسمي أو نفسي، أو اجتماعي، أو جنسي. (آل سعود، ٢٠٠٥: ٢٣، فهمي،٢٠٠٧: ٢٥).

وإساءة معاملة الأطفال Child abuse تُشير إلى مجموعة من التعديات على الأطفال داخل الأسرة أو خارجها سواء أكانت هذه التعديات مادية كالضرب أم إلحاق الأذى والضرر المادي وإحداث جروح وعاهات وإصابات أم كانت أذى نفسياً مثل تخويف الطفل وإرهابه والتأثير السلبي على حالته النفسية والمعنوية، وإهماله أم كانت تأثيراً جنسياً كالاعتداء الجنسي على الطفل، أم كانت تأثيراً اجتماعياً مثل إشعار الطفل بالتأنيب والنبذ والطرد والرفض من قبل أفراد الأسرة وغيرها من أساليب التنشئة الاجتماعية غير السوية، أم كانت إساءة لفظية كالتعدي بالسب والقذف والقول المُسيء للطفل، مما يترتب عنه حرمانه من السعادة وعدم التوافق.

أنماط إساءة مُعاملة الأطفال: تتعدد أنماط الإساءة لدى الأطفال، ومنها:

أولاً: الإساءة الجسدية physical abuse: وتعتبر الإساءة الجسدية من أكثر أنماط الإساءة شيوعاً؛ وهي مجموعة السلوكيات والأفعال التي توجه للطفل، وينجم عنها إصابة الجسم بخدوش أو حروق أو لكمات أو عض أو رفس أو مسك بعنف أو شد الشعر أو كسور في العظام أو إصابة في أي من أطراف الجسم أو أي شكل من أشكال الأذى الجسدي الذي يلحق بالطفل، وقد ينتهي به إلى الوفاة. (الصايغ، ٢٠٠١).

وهناك العديد من الآثار النفسية السيئة التي تنجم عن تعرض الطفل للإساءة الجسدية من أسرته. فقد أكدت دراسات (مليسيا وآخرين "Melissa,et al 2010 "، والأشول، ٢٠٠١، وكولكو وآخرون "Kolko,et al 2000"، ودراسة عمر، ٢٠٠٤) أن الإساءة الجسمية ينجم عنها المعاناة من بعض الاضطرابات النفسية الاكتئاب، والقلق، والخوف، والتبول اللاإرادي، والنزاعات العدوانية والانطواء.

ثانياً: الإساءة النفسية Psychological abuse : يرى الباحث أن الإساءة النفسية هي أية سلوكيات أو تصرفات من الوالدين أو القائمين على رعاية الطفل. والتي

من شأنها أن تشعره بأنه منبوذ أو محروم من الحب والرعاية والحنان والعطف والمكافآت أو تهديده بالعقاب أو الحبس أو العزل أو كل السلوكيات التي من شأنها ترهيب الطفل وتهديده نفسياً.

وفي عام ١٩٨٣ اقترح المؤتمر العالمي للإساءة النفسية للأطفال والمراهقين التعريف التالي للإساءة النفسية "الإساءة النفسية تتألف من أفعال التقصير أو الإهمال أو التفريط، أو الإجرام، والتي تحكم عليها المعايير الاجتماعية وخبرة المختصين بأنها مؤذية نفسياً للطفل، ويرتكب هذه الأفعال أشخاص منفردون أو مجتمعون، والذين من خلال خصائصهم العمرية والاجتماعية والعقلية والوظيفية يوضعون في موقع السلطة التي تجعلهم يعرضون الطفل للإيذاء ومثل هذه الأفعال تؤثر مباشرة، وعلى المدى البعيد على النواحي السلوكية والمعرفية والانفعالية والوظائف النفسية للطفل، ومن أمثلة أنماط الإساءة النفسية الرفض refuse والتخويف والإذلال والإهانة والعزلة أو العزل isolation والتهديد العاطفي والاستغلال وسوء معاشرة الأطفال والحرمان من الحاجات الأساسية والأشياء القيمة والمشاركة في الأنشطة غير المشروعة كالسرقة وتعاطي المخدرات (Pesrce, et al: 1996:19 Moran,et al,2002, Mullin, et al,1996).

ويتفق الباحث مع بفليكو وآخرون (Bifulco,et al:2002) على أن التعرض لإساءة المعاملة النفسية يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات Self esteem كما ترتبط الإساءة النفسية باضطراب السلوك والتبول اللاإرادي لدى الأطفال، وهذا ما سوف يترتب عنه المعاناة من اضطرابات الشخصية Personality disorders، كما أن التعرض للإساءة النفسية في مرحلة الطفولة يرتبط بسلوك الانتحار Suicide behavior والاكتئاب في مرحلة الرشد، وكذلك بالمشكلات السلوكية وباضطرابات التعلم، الكذب، والسرقة، والاضطرابات الانفعالية، والاعتمادية، والاكتئاب، والانتحار، والعدوانية، والجنوح، وارتكاب جرائم القتل.

ثالثاً: الإهمال Neglecting وهو حرمان الطفل من الحاجات الأساسية كالطعام والشراب والملبس، وعدم الاهتمام بالنظافة والرعاية الطبية والأخلاقية والعاطفية، والعزل عن المجتمع وتجاهل الطفل، وعدم توفر البيئة المناسبة. (عبد المجيد،٢٠٠٤: ٢٣٨)، كما يتمثل الإهمال أيضاً في ترك الطفل دون تشجيع من والديه –وخاصة الأب– على أي سلوك مرغوب فيه قد أتى به الطفل أو عدم مُحاسبته من ناحية أخرى على إتيانه بسلوك غير مرغوب فيه، هذا بالإضافة إلى تركه دون توجيه إلى ما يجب أن يفعله أو ما لا يفعله، وقد يكون الإهمال في شكل عدم إثابة للسلوك المرغوب فيه، فعندما ينجح الطفل في المدرسة يأتي إلى البيت فرحاً، فلا يجد تشجيعاً من الوالدين،

وهنا يصاب بالإحباط ولا يجد جدوى من الاستذكار في ظل أسرة لا تقدر، والإهمال يترتب عنه اضطرابات عديدة في الشخصية لدى الطفل. (مختار،٢٠٠٠).

ويعتبر الإهمال من أهم الضغوط النفسية على الطفل، والإهمال من الناحية الصحية يعني عدم الإسراع بعلاج الطفل من أي مرض قد يتعرض له لان أي مرض عضوي يشكل عبئاً نفسياً على الطفل، وبالتالي يؤثر عليه، كما أن التغذية غير الصحية تؤثر على الصحة النفسية للطفل، وتشكل ضغطاً نفسياً يؤدي إلى ضعفه وعدم استطاعته بذل أي مجهود ولو بسيط، وشعوره بالوهن وعدم القدرة على استيعاب دروسه أو القيام بأي عمل. (مرسى،٢٠٠٣).

رابعاً: الإساءة الجنسية Sexual abuse الإساءة الجنسية من العوامل المأساوية التي تؤثر على الأطفال مهما اختلفت أعمارهم وطرق حياتهم، وغالباً ما تكون هذه الإساءة من قبل أشخاص تثق بهم الأسرة كالأقارب والجيران والأصدقاء، وتعتبر الإساءة الجنسية مشكلة سرية لا يُخبر عنها الطفل بسبب عدم رغبة الأطفال بإزعاج ذويهم ولشعورهم بالخجل الشديد، وأنهم السبب في الإساءة من شخص معروف للطفل. (الصايغ، ٢٠٠١).

ومن الحقائق الهامة عن الإساءة الجنسية أنها تحدث في جميع المستويات الاجتماعية، وأن الأطفال في جميع الأعمار قد يتعرضون لها، فالإساءة الجنسية تحدث للذكور أو للإناث، وترتبط الإساءة الجنسية بمستويات عالية من القلق والاكتئاب والميول الانتحارية واضطراب ما بعد الصدمة. (Douglas, et al,1997:351-358)

عوامل إساءة الأطفال: تتولد الإساءة نتيجة تفاعل عوامل عدة تتضمن التفاعل بين الأطفال أنفسهم وعائلاتهم، والمحيط الذي يسكنون فيه، وفي هذا النطاق يؤكد ريبوسس وآخرون (R ppucci,et al:1997) على أن إساءة مُعاملة الأطفال لا يؤدي إليها عامل واحد، ولكن هناك عوامل متعددة تساعد على حدوثها مثل العوامل الاجتماعية والاقتصادية: كالبطالة والمستوى الوظيفي المتدني، والضغوط ووجود تاريخ من العنف العائلي والدعم الاجتماعي للعنف؛ وعزلة الوالدين الاجتماعية والمساندات العائلية الضعيفة، والقيم الثقافية والاجتماعية كالموافقة والتقبل العائلي للعنف، كما أن الكثير من حالات الإساءة تنتج عن التوقعات غير المناسبة لقدرات الطفل. ويؤكد عبد المجيد (٢٠٠٤) على أن من بين الأسباب التي تؤدي إلى إساءة معاملة الطفل السياق الاجتماعي الذي تحدث فيه سوء المعاملة كالعوامل الاجتماعية البيئية فالمكانة الاجتماعية، والوضع الاقتصادي، والصعوبات المالية وظروف السكن والمعيشة، والأسرة وحجمها ووضعها، والضغوط، والبطالة والفقر، والأمية كلها عوامل تقترن بسوء المعاملة. بالإضافة إلى التفكك الأسري وغياب روح المودة والأنانية والعزلة الاجتماعية. ويرى الدخيل (١٩٩٧) أن من الاسباب التي تؤدي إلى إساءة معاملة

الأطفال التصورات الحضارية، فالمجتمع الذي يرى في القسوة عنصراً ضرورياً في تربية الطفل سيبرر الإساءة إذا حدثت على أساس أن للأب الحرية في أن يفعل ما يشاء بطفله في سبيل تربيته، وهذا يُعطي الضوء الأخضر لاستخدام القسوة، وتؤكد سلامة (١٩٩١: ٦-١٣) أن التاريخ النفسي للآباء المسيئين لأطفالهم يشير إلى خبرات من الحرمان أو القسوة والإساءة البدنية والوالدية، كما أن لديهم معتقدات خاطئة حول دورهم. كآباء وأمهات وحول كيفية تربيتهم لأطفالهم، ويعانون من ضعف في البناء النفسي الذي يتيح للمحفزات العدوانية أن تعبر عن نفسها بلا ضوابط.

مما سبق يتضح أن إساءة معاملة الأطفال تؤدي إلى سوء توافق نفسي بكافة أنواعه وأشكاله، وهو ما ستحاول الدراسة الحالية التعامل معه من خلال برنامج علاجي شامل لرفع مستوى التوافق لدى الأطفال المُساء إليهم.

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي:Cognitive Behavioral Therapy

الأطفال المُساء إليهم مهما اختلفت درجات وأنواع الإساءة التي تعرضوا لها يكونوا في أمس الحاجة إلى المُساندة والمُساعدة من المُحيطين بهم بهدف العمل على تخطي الآثار النفسية السيئة المُصاحبة للإساءة خاصة سوء التوافق. ولعل العلاج النفسي بفنياته المتعددة يُعد من أفضل أساليب العلاج التي يُمكن استخدامها في علاج الأطفال المُساء إليهم، وهذا ما أكدت عليه نتائج العديد من الدراسات مثل دراسة: (Elizabeth & Tutty,1999- Price, et al,2000- Candace, et al,2000- Jacqueline and Kevin,2009- Melissa,et al,2010

وأصبح العلاج المعرفي السلوكي من أسرع طرق العلاج نمواً، وأكثرها انتشاراً، وتطور العلاج المعرفي السلوكي في أطره النظرية والعلاجية والمفهومية.

ويرى بيك وآخرون (Beck, et al, 1990) أن العلاج المعرفي السلوكي يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة، وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، ويستند على نموذج المعالجة المعرفية للمعلومات (العمليات العقلية)، والذي من خلاله يمثل العلاج المعرفي السلوكي في هذا الإطار شكلاً من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم، وبالتعاون بين المعالج والمريض من أجل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق ، ونماذج تخيلاته وتفكيره، وفحصها والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية؛ أي أنه يتعامل مع معتقدات المريض على أنها فروض تتم دراستها من خلال الفحص اللفظي والتجارب السلوكية، وتتحدد أهداف هذا النمط العلاجي في تعليم المريض أن يصحح أداءه المعرفي الخاطئ والمشوه، وفي تغيير معتقداته المختلة وظيفياً، والتي تعرضه للخبرات المحرفة، حيث يقوم التغير المعرفي بإثارة التغير السلوكي مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة، ثم يحدث توسيع لهذا المنظور مدعما

بالتغير الانفعالي؛ وذلك عندما يبدأ التفكير في حلول بديلة للانفعالات (محمد،٢٠٠٠: ٢١).

وقد تعددت الأساليب السلوكية التي استخدمها المعالجون المعرفيون السلوكيون وتضمنت جدولة نشاط معين، والتعزيز الذاتي، والتدرج في أداء مهمة معينة، والتدريب على التواصل وحل المشكلات، والتدريب على الاسترخاء، ولعب الدور، والنمذجة، وقد ظهرت فنيات جديدة مثل رؤية أو تصور الأفكار السلبية من جانب المريض بطريقة منظمة، ومساعدته في التعرف على العلاقات القائمة بين المواقف والأفكار والمشاعر، وأن يحاول من خلال المناقشة مع المعالج البحث عن بدائل لتلك الأفكار، والتعرف على الأفكار المشوهة، وفحص مدى صحة التعميمات المطلقة الموجودة لديه، وتقييم احتمالات النتائج (محمد، ٢٠٠٠: ٥٤).

مما سبق يتضح أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على العمليات المعرفية وتأثيراتها اللغوية على الانفعالات والسلوك معاً، ويهدف إلى إقناع المريض بأن معتقداته غير صحيحة، وأن توقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية إنما هي إرجاع لسوء التكيف الذي يعيشه المريض، ويهدف العلاج إلى تعديل الإدراك المشوه لدي المريض وإبداله بطرق أخرى للتفكير تكون أكثر ملائمة، مما يؤدي إلى إحداث تغيرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدي المريض، كما يهدف إلى المساعدة على نمو وتطور مهارات التحكم الذاتي (شقير،٢٠٠٢: ٢١٥).

بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على استخدام مجموعة من الفنيات التي تدور حول اكتشاف الأفكار السلبية المشوهة وتحليلها وتعديلها واستبدالها بأفكار إيجابية أكثر فاعلية، ومن هذه الفنيات:

- تسجيل الأفكار السلبية أو المشوهة Thought – Catching والهدف منها هو جعل المريض قادر على أن يراقب، ويسجل أحاديثه وأفكاره عندما يشعر المعالج بأن المريض قد أصبح قادراً على البدء في تحديد أفكاره أثناء الجلسة، فبالإمكان أن يطلب منه أن يراقب تفكيره الخاص ويقوم بتسجيل هذه الأفكار. ثم يتم توجيهه نحو ما هو سلبي من هذا الأفكار. وضرورة استبدالها بأفكار جديدة أكثر إيجابية وفاعلية (Williams: 1992:149) من خلال:

- الإبعاد والتركيز: يساعد المعالج المريض على التعرف بواقعية أن هناك أفكاراً تلقائية مشوهة، وعليه أن يبعدها ويتخلص منها، ومن ثم يعمل على تصحيحها.

- الوصول إلى دقة الاستنتاجات: ويتم ذلك بتدريب المريض وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة، وإخضاعها للمنطق والنقد للخروج باستنتاجات واقعية.

وهنا يتحتم على المعالج حث المريض ومساعدته على القيام باستنتاجات وتقييمها في ضوء الواقع.

- التخلي عن المطالب: وهو أسلوب يهدف إلى حث المريض على التخلي عن مجموعة المبادئ السلوكية التي تتحكم في سلوكه؛ والتي تأخذ صياغات لفظية مثل: " يجب أن "، أو " ينبغي أن "، وهي تعمل كقواعد منظمة للسلوك ومسببه للاضطرابات المختلفة، ثم مساعدة المريض على استبدال تلك القواعد والمبادئ السلوكية بقواعد مرنة ومتوافقة وواقعية.

- التحويل: ويعني تحويل اهتمام المريض من التركيز على مجموعة القواعد الواجبة Musts التي تسبب له الاضطراب إلى أوجه نشاط سلوكي، مثل: الأنشطة الاجتماعية والرياضية.

- التحصين التدريجي: وهو إجراء سلوكي، يتمثل في تخفيف الحساسية المبالغ فيها للمواقف، ويكون من خلال التعريض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق إلى أن يفقد الموقف خاصيته المهددة، ويتحول إلى موقف محايد؛ أي تلغى العلاقة الشرطية بين المثير والاستجابة (محمد، ٢٠٠٠: ٦٩-٧٠).

- التدريب على حل المشكلات Problem Solving بهدف تحديد المشكلة ومجموعة الاستجابات البديلة، وتوقع النتائج المختلفة لكل بديل ثم اختيار الاستجابة أو الحل الأكثر احتمالاً في الوصول للنتيجة المرجوة، ومن أشهر البرامج المُصممة للتدريب على حل المشكلات لتعليم الأطفال كيفية التعامل مع المشكلات الشخصية من خلال التدخل الذي استمر أسابيع، ثم تقديم مدى واسع من مواقف الصراع من خلال استخدام قصص، وألعاب، دمى، وتقمص أدوار لتعليم الأطفال تحديد المشكلة، وتكوين حلول بديلة وتوقع النتائج المحتملة، وتشجيع الأطفال على ممارسة الحلول المناسبة، وإمدادهم بالتغذية المرتدة. (Spence, H S, 1994: 1191-1227, Williamson, et al, 2002:243).

- جداول الأنشطة السارة : تُعتبر جداول الأنشطة السارة أحدى الفنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي، وترتكز جداول الأنشطة على زيادة معدل أحداث الحياة الايجابية التي يُمكن أن تنشأ عن نشاطات وأحداث سارة مثل رُؤية الأصدقاء، تناول الطعام خارج المنزل، ممارسة التدريبات البدنية، وينوه "أرجايل" إلى أن أبحاثاً عديدة انتهت إلى طرق لعلاج الاكتئاب عن طريق استثارة مزيد من السعادة، حيث يُطلب من الأفراد فيها أن يُسجلوا يوميا لفترة ما الأحداث السارة من قائمة مُعدة لذلك، ثم يُجرى التحليل لاكتشاف أي النشاطات لها أثر أكبر على الحالة

المزاجية للفرد. واستخدمت طرق عديدة لتشجيع المرضى على الاشتراك في هذه الأنشطة، مثل: التخطيط لزيادة الأنشطة بين الجلسات، إعطاء مكافأة من المعالج إذا مارس المريض مزيداً من النشاط أو تعليم المرضى كيف يكافئون أنفسهم.(أرجايل،١٩٩٣، ٢٦٣).

- لعب الدور Role- Playing إذا أتيح للفرد أن يعبر عن معتقد عقلاني مناسب بطريقة متكررة؛ فإن هذا المعتقد العقلاني الجديد سيتحول إلى سمة، فالفرد من خلال قيامه بلعب أدوار مختلفة يُمثل الموقف الذي يُمكن أن يُؤدى إلى اضطراب. وبالتالي فإن هذا الفرد سيتمكن من أن يستبق من خلال التفكير في هذه المواقف – نوع السلوك الذي سيحدث؛ ولذا فإنه سوف يكون لديه توقع واستجابة مسبقة بما يجب عليه عمله فور حدوث السلوك، ومن هنا فإن حدوث السلوك بطريقة فعلية لن يُمثل مُشكلة لديه لأنه مُدرب مسبقاً على التعامل مع مثل هذه السلوكيات إن حدثت؛ ولذا فإن الفرد سوف يتعامل مع المواقف التي تواجهه بإيجابية؛ لأنه مُدرب في الأساس للتعامل معها؛ ولذا فإن الفرد يدخل المواقف الجديدة بثقة وإيجابية وفاعلية أكبر (إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣: ١٣٢).

- التدريب المعرفي: Cognitive Training ويرى وليليامز (Williams, 1992:170) أن عملية التدريب المعرفي الذي يقوم بها العميل تُساهم بشكل كبير في مساعدته علي تخيل المواقف المحبطة وأساليب الحلول أو المواجهة لهذه المواقف، وهذا النوع من النشاط العقلي التخيلي الذي يقوم به العميل يُساهم بشكل كبير في جعل العميل أكثر فاعلية وإيجابية، ويُساهم في دعم وتعزيز الدافعية لديه، حيث يساعده على تخيل الحلول الفاعلة إذا ما قابلته مواقف أو مشكلات مستقبلية.

- الواجب المنزلي Home work: لكي يتمكن العميل من تعميم التغيرات الإيجابية والخبرات الفاعلة التي اكتسبها أثناء عملية العلاج فإنه من الواجب تعميم مثل هذه الخبرات والتغيرات على غيرها من المواقف الأخرى المشابهة في سياق حياته اليومية؛ وبالتالي فإن على المعالج مُساعدة العميل على نقل تغيراته وخبراته الجديدة التي اكتسبها إلى المواقف الحياتية اليومية، لكي نُقوى ونُدعم أفكاره ومعتقداته الصحية الجديدة، ومن ثم يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الواجبات الخارجية التي يتم إعدادها بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية، وبعلاج المشكلة التي يُعاني منها العميل (إبراهيم وآخرون، ١٩٩٢: ١٣٣).

وعلى ذلك فإن الباحث الحالي يتفق مع كل من موري وجارلان (Moore & Garland, 2003) في أن العلاج المعرفي- السلوكي يتضمن في طياته مجموعة من الفنيات التي تجمع بين مزايا العلاج المعرفي الخاص بتعديل الأخطاء في الأفكار

والتصورات والاتجاهات العقلية لدى العميل، وتجمع أيضا فنيات العلاج السلوكي الخاص باكتشاف السلوكيات الخاطئة وتعديلها وإحلال سلوكيات بديلة أكثر إيجابية وفاعلية محلها.

الدراسات السابقة:

سوف يكتفي الباحث بعرض للدراسات التي اهتمت بأساليب التدخل وعلاج الأطفال المُساء إليهم، وهي على النحو الآتي:

دراسة كل من ميليسا وآخرين (Melissa,et al,2010) "بعنوان العلاج المعرفي السلوكي للآباء والأبناء المعرضين لخطر الإساءة الجسدية" دراسة أولية. وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: الأولى تشتمل على (٢٤) أباً وأماً وأطفالهم الذين تعرضوا للإساءة الجسدية على أيدي الوالدين، وقد خضعت هذه العينة للعلاج المعرفي السلوكي المشترك بين الآباء والأبناء، والمجموعة الثانية تكونت من (٢٠) أباً، وتم استخدام العلاج المعرفي السلوكي CBT معهم فقط دون أبنائهم، وتضمنت جلسات البرنامج من (١٥) جلسة علاجية استغرقت ثلاثة أشهر.

وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال وآباءهم الذين خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي المشترك أظهرت تحسناً ملحوظاً وأكبر في جملة الأعراض الناتجة عن الآثار النفسية، وأعراض ما بعد الصدمة التي كانت تعاني منها هذه المجموعة من قبل، كما أظهرت مهارات والدية إيجابية مقارنة بمجموعة الآباء الذين تعرضوا للعلاج المعرفي السلوكي بمفردهم دون أبنائهم.

دراسة فيلتمان وآخرين (Veltman,et al,2010) بعنوان " استخدام العلاج المعرفي السلوكي والتربية النفسية في علاج وتحسين التوافق النفسي وضغوط ما بعد الصدمة المرتبطة بالإساءة في الطفولة لدى مجموعة من الأطفال: دراسة استطلاعية". وقد اعتمدت الدراسة على استخدام العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى استخدام التربية النفسية السوية، وتكونت العينة من (٣٦) فرداً ممن يعانون من ضغوط نفسية مصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة بسبب تعرضهم للإساءة في طفولتهم، وقد اتسمت هذه الاضطرابات بالتعقد الشديد.

وخضعت العينة لبرنامج علاجي معرفي سلوكي، واستمر هذا البرنامج لمدة (٢٠) أسبوعاً بواقع جلستين أسبوعياً بإجمالي (٤٠) جلسة علاجية، تمثلت في البرنامج العلاجي بالإضافة إلى القياس القبلي والبعدي وجلسات ما بعد المتابعة، وقد أظهرت نتائج البرنامج أن ٧٨% من العينة التي خضعت للبرنامج قد حدث لها تحسن ملحوظ، وأكدت نتائج المتابعة على وجود فروق دالة في التوافق النفسي لدى العينة. مما يعبر

عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوى الاستقرار والتوافق النفسي لدى العينة.

واستهدفت دراسة جاكلين وكيفن (Jacqueline and Kevin,2009) التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي CBT في علاج الآثار النفسية، واضطراب ما بعد الصدمة لدى مجموعة من الأطفال المُساء إليهم، وتكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال يعانون من سوء التوافق، واضطراب ما بعد الصدمة Post- traumatic stress disorder الناتجة عن تعرضهم للإساءة الجسدية والنفسية، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (٩-١٣) عاماً، وتم استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي تضمن بعض الفنيات السلوكية. وتضمن البرنامج (١٣) جلسة، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوى التوافق النفسي وعلاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال المُساء إليهم.

وأجرى أبو عيطة ومحمود (٢٠٠٥) دراسة بعنوان: "فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تحسين التوافق النفسي، ومفهوم الذات لدى الأطفال المُساء إليهم"، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (١٢-١٧) سنة ممن تعرضوا للإساءة الجسمية. أو الإهمال، وتم تقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية. والمجموعة الضابطة. عدد كل منهما (١٥) طفلاً مُساء إليهم.

وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً في التوافق النفسي لدى المجموعة التجريبية.

وأجرت ساندرا وكريستين (Sandra and Kristin,2005) دراسة استهدفت التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باعتباره أحد المداخل المعرفية الجديدة في علاج الأطفال الذين تعرضوا للإساءة في صغرهم.

وقد تكونت عينة هذه الدراسة من (١٢) طفلاً ومراهقاً تراوحت أعمارهم بين (١٠-١٤) عاماً خضعت لبرنامج علاجي معرفي سلوكي تضمن (١٢) جلسة علاجية، وتم استخدام العديد من الفنيات المعرفية السلوكية مع هذه الحالات، وأسفرت الدراسة عن تحسن ملحوظ في النواحي المعرفية والسلوكية المرتبطة بالصدمة أو الإساءة التي تعرضوا لها.

دراسة أنجيلا وآخرين (Angela,et al,2004) بعنوان " العلاج المعرفي السلوكي للإساءة الجسدية المرتبطة بالاضطرابات النفسية لما بعد الصدمة لدى طفل: دراسة حالة"

وقد تكونت عينة الدراسة من طفل واحد يبلغ من العمر (١٢) عاماً يعاني من اضطرابات نفسية نتيجة تعرضه للإساءة الجسدية والعاطفية الشديدة من قبل والده، وقد خضع هذا الطفل لبرنامج علاجي مكثف وأشتمل على (١٥) جلسة علاجية سلوكية

معرفية، وفي نهاية البرنامج أكدت الجلسات على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات والأعراض النفسية المصاحبة للإساءة الجسدية والصدمات الانفعالية التي تعرض لها الطفل.

وأجرى كيسلر وزملاؤه (Kessler, et al, 2003) دراسة استهدفت التعرف على فاعلية العلاج الجماعي في التخفيف من الآثار النفسية المترتبة على الإساءة الجنسية لمجموعة من النساء الراشدات اللاتي تعرضن للإساءة الجنسية في طفولتهن، وتكونت عينة الدراسة من (٤٧) سيدة ممن كانت لديها خبرة سيئة مع الإساءة الجنسية في الطفولة، وقد أكدت نتائج التطبيق البعدي للدراسة أن العلاج النفسي الجماعي له فاعلية في تحسين مستوي التوافق النفسي والشخصي لدى عينة الدراسة.

وأجري كنداس وزملاؤه (Candace, et al 2000) دراسة بعنوان" الإساءة الجنسية الأسرية المُفرطة: علاج الضحايا من الأطفال وأسرهم" وتكونت عينة الدراسة من (٢٤٦) طفلاً من ضحايا الإساءة الجنسية ممن تراوحت أعمارهم بين (٢، ١٤) عاماً، وخضعت عينة الدراسة من الضحايا وآبائهم لجلسات العلاج النفسي الجماعي، وتم تطبيق مجموعة من المقاييس النفسية لبيان مدي التحسن النفسي والتغير الذي طرأ عليهم قبل العلاج وبعد، وقد أظهرت نتائج الملاحظة والتغذية المرتدة للضحايا وجود العديد من النتائج الإيجابية الدالة على تحسن الحالة النفسية للضحايا وأسرهم عقب خضوعهم لجلسات الإرشاد والعلاج النفسي الجماعي الذي استمر (٩) أشهر، وأظهرت نتائج المتابعة استمرار عملية التحسن، كما أكدت النتائج على أن عملية المساندة النفسية والاجتماعية لأسر الضحايا لها دور هام في العملية العلاجية.

تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد العرض السابق للدراسات التي أتيح للباحث الإطلاع عليها يمكن القول بأن الدراسات السابقة في ميدان علاج مشكلة الإساءة والإهمال للأطفال والبرامج الإرشادية والعلاجية لها أهمية كبيرة في تحسين مفهوم الذات والتوافق النفسي. كما نلاحظ تنوع أساليب الإرشاد والعلاج النفسي المستخدمة في التعامل مع الأطفال المُساء إليهم، والتي تتنوع ما بين العلاج الفردي فيلتمان وآخرون (Veltman,et al,2010) والعلاج الجماعي (أبو عيطة ٢٠٠٥) سواء أكان بالطريقة التحليلية التقليدية أم من خلال العلاج السلوكي وأساليبه المتعددة، كما أكدت النتائج الخاصة بالدراسات السابقة أن العلاج السلوكي المعرفي بما تتضمنه من فنيات سلوكية ومعرفية يُعد من أهم أساليب العلاج المستخدمة مع الأطفال المُساء إليهم وأسرهم ميلسيا وآخرون (Melissa,et al,2010) أنه بجانب علاجه للأفكار والاضطرابات اللاعقلانية المصاحبة للإساءة، وعلاجه سلوكيات السلبية والمضطربة الناتجة عن الإساءة فإنه يساهم أيضاً بإمداد الضحية ع من الأفكار والاتجاهات الإيجابية تجاه ذاته وتجاه المحيطين به، وهذا ما يقصد به

إعادة البناء المعرفي الذي يعد من الفنيات الهامة في العلاج المعرفي. علاوة على ذلك فإنه بجانب هذا التعديل المعرفي فإنه يساهم أيضاً في التعديل السلوكي حيث يساعد العميل (الضحية) على تعديل سلوكياته السلبية أو المضطربة المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة الناتجة عن الإساءة، ويستبدلها بسلوكيات جديدة تتسم بالفاعلية والإيجابية، وهذا ما يؤكد على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوى التوافق النفسي، وعلاج التبعات النفسية لدى ضحايا الإساءة.

وعلى الرغم من كون غالبية الدراسات التي تناولت العلاج السلوكي المعرفي في علاج ضحايا الإساءة قد أجريت في البيئة الغربية، وفي حدود الباحث لا توجد دراسة واحدة أجريت في البيئة السعودية لتحسين مستوى التوافق لدى الأطفال المُساء إليهم، وهذا ما يُعطي أهمية لهذه الدراسة باعتبارها من الدراسات الرائدة في المملكة العربية السعودية، والتي تعتمد على استخدام العلاج السلوكي المعرفي في تحسين مستوى التوافق النفسي لدى الأطفال المُساء إليهم.

- ثمة محدودية في الدراسات العربية (في حدود علم الباحث) حول نقص البرامج العلاجية للتصدي لتبعات الآثار النفسية وذلك بواسطة تصميم برنامج علاجي للتقليل من آثار إساءة معاملة الأطفال؛ وهذا ما يعطي أهمية لإجراء الدراسة الحالية في المجتمع السعودي.

فروض الدراسة:

من خلال نتائج الدراسات السابقة والإطار النظري للدراسة تم التوصل إلى صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو الآتي:

١-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور المُساء إليهم في متوسطي درجات التوافق النفسي بأبعاده (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) قبل تطبيق البرنامج.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور المُساء إليهم في متوسطي درجات التوافق النفسي بأبعاده (الانفعالي الأسري والصحي والاجتماعي) بعد تطبيق البرنامج.

٣-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور المُساء إليهم في متوسطي درجات التوافق النفسي بأبعاده (الانفعالي الأسري والصحي والاجتماعي) بعد إجراء التطبيق التتبعي.

٤- توجد فروق ذات دالة إحصائيا في متوسطي درجات التوافق النفسي بأبعاده (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) لصالح التطبيق البعدي لدى مجموعة الإناث.

٥- توجد فروق ذات دالة إحصائيا بين متوسطي درجات التوافق النفسي بأبعاده (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) قبل وبعد البرنامج لدى مجموعة الذكور.

٦-توجد فروق ذات دالة إحصائياً بين متوسطي درجات التطبيق القبلي والبعدي لدى عينة الدراسة من الذكور والإناث في عملية التوافق النفسي بأبعاده (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي)

٧-لا توجد فروق ذات دالة إحصائياً بين متو سطي درجات التطبيق البعدي والتتبعي في التوافق النفسي لدى عينة الإناث المُساء إليهن.

٨-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائياً بين متوسطي درجات التطبيق البعدي والتتبعي في التوافق النفسي بأبعاده (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) لدى عينة الذكور.

٩-لا توجد فروق ذات دالة إحصائياً بين متوسطي درجات التطبيق البعدي والتتبعي في التوافق النفسي بأبعاده (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) لدى العينة الكلية من الذكور الإناث المُساء إليهم.

منهج الدراسة:

أولاً: المنهج المستخدم:

اتبع الباحث في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي، إذ إن تصميم الدراسة مبني على أساس تشخيص وتصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي لعلاج الآثار النفسية المترتبة على إساءة معاملة الأطفال وتحسين مستوى التوافق النفسي لديهم، واعتمدت الدراسة التصميم التجريبي للمجموعة الواحدة بإجراء القياس القبلي للمجموعة التجريبية، والقياس البعدي بعد التدخل العلاجي، ثم قياس تتبعي بعد شهرين من دون تدخل علاجي لمعرفة الفروق في متوسطات درجات مستوى التوافق النفسي لدى العينة والوقوف على مدى صلاحية البرنامج بعد الدراسة.

عينات الدراسة:

العينة الاستطلاعية: قد بلغ عددها (٨٤) طفلا ممن تتراوح أعمارهم من (١٠-١٣) عاماً منهم (٤٩) طفلا من غير المُساء إليهم و(٢٥) طفلاً من المُساء إليهم بهدف تقنين الأدوات.

العينة الأساسية للدراسة:

تم اختيار العينة من بين حالات الأطفال المُساء إليهم ممن راجعوا، وما زالوا يراجعون العيادات النفسية، ودار الحماية الأسرية، ودور الرعاية، ومراكز الإرشاد الأسري بجدة خلال الأشهر الثلاثة الماضية من تاريخ بداية البرنامج والمسجلة ببياناتهم في تلك العيادات والمراكز، وبلغ عدد العينة (١٨) طفلاً مُساء إليهم (٨إناث و١٠ ذكور) ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٠-١٣) عاماً بمتوسط قدره (١١,٦) عاماً، وانحراف معياري قدره (١,١٠).

ثانياً: الخطوات الإجرائية للدراسة:

١- الاتصال بالمسئولين في العيادات النفسية، والمراكز المعنية التي تم فيها التطبيق للتنسيق معهم، وأخذ موافقتهم على تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

٢- قام الباحث باستقبال الأطفال وإجراء مقابلة أولية لجمع المعلومات والبيانات، وعرض عليهم الاشتراك في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وبعد الموافقة اتفق الباحث معهم ومع أولياء أمورهم على ضرورة حضور الجلسات لضمان فاعلية البرنامج.

٣- تطبيق مقياس التوافق النفسي للأطفال للوقوف على الحالات التي تعاني من انخفاض في مستوى التوافق النفسي.

٤- تم البدء بتطبيق البرنامج بتاريخ ١٤٣١/٩/٧هـ، واستمر البرنامج بجلساته العشرة إلى ١٤٣١/١١/١٥هـ.

٥- قام الباحث بتطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على عينة الدراسة واشتمل على (١٠) جلسات علاجية لمدة (٥) أسابيع، وبعد الانتهاء من التطبيق تم تطبيق مقياس التوافق النفسي للأطفال على أفراد المجموعة، لمعرفة فاعلية البرنامج (التقييم البعدي).

٦- بعد شهرين من تطبيق البرنامج (فترة المتابعة) قام الباحث بتطبيق مقياس التوافق النفسي للأطفال على عينة الدراسة لمعرفة الفروق في متوسطي درجات مستوى التوافق النفسي لدى أفراد العينة في التطبيقين البعدي والتتبعي.

ثانيا: أدوات الدراسة:

قام الباحث باستخدام الأدوات التالية:

استمارة جمع البيانات الأولية: -إعداد الباحث- قام الباحث بإعداد هذه الاستمارة لجمع البيانات والمعلومات حول عينة الدراسة من الأطفال المُساء إليهم، وتتضمن هذه الاستمارة بيانات ومعلومات أساسية حول الطفل مستواه التعليمي وعدد أفراد الأسرة والحالة الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والمهنية للوالدين، وكذلك جمع بيانات حول العلاقات السائدة داخل نطاق الأسرة وعلاقة الطفل المُساء إليه بالأب والأم والأخوة والأخوات ونوع للإساءة التي يُعاني منها وعدد مرات تردده على المستشفى أو المركز لتلقي العلاج، ومعرفة الدوافع الكامنة أو الأسباب التي أدت إلى تعرضه للإساءة، وكذلك الآثار النفسية والسلوكية الناتجة عنها.

٢- مقياس أنماط الإساءة للأطفال: -إعداد الباحث- قام الباحث بتصميم مقياس أنماط الإساءة لدى الأطفال بهدف التعرف على نمط الإساءة ودرجة شدتها، ولأجل ذلك اطلع الباحث على الدراسات والمقاييس المشابهة الخاصة بتشخيص الإساءة لدى الأطفال مثل: مقياس الإساءة والإهمال للأطفال العاديين وغير العاديين ، إعداد/ آمال أباظة ٢٠٠٥، ومقياس الكشف عن الأطفال المُساء إليهم بدنياً والمُهملين إعداد طه عمر (٢٠٠٤)، ومقياس سوء مُعاملة الطفل Q.T. C إعداد ديفيد برنشتين ترجمة د. أحمد أبو العزايم، د. عادل دسوقي (١٩٩٥).

ويتضمن المقياس الحالي (٣٠) بنداً موزعة على ثلاثة أبعاد فرعية تتعلق بنمط الإساءة، وتم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين في مجال علم النفس والصحة النفسية والعلاج النفسي، وأعطى لكل فقرة وزن متدرج (٢-١- صفر)، وتم إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون، وبلغت عبارات المقياس النهائية (٣٠) بنداً موزعة على الأبعاد التالية:

١- بعد الإساءة النفسية. ٢- بعد الإساءة الجسدية. ٣- بعد الإهمـــــال.

والدرجات تتراوح ما بين (صفر- ٦٠) درجة، والعبارات (٩، ١٢، ١٨، ٢١، ٢٤، ٢٧) في الاتجاه السلبي، وباقي البنود في الاتجاه الإيجابي.

تقنين الأدوات: تم تقنين الأدوات على عينة مكونة من (٨٤) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (١٠-١٣) عاماً لقياس صدق وثبات المقياس.

الصدق: تم اتباع الطرق التالية لتقدير الصدق:

١- صدق المحكمين: قام الباحث بعرض المقياس على عشرة محكمين من المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية والعلاج النفسي من أجل

تقدير مدى صلاحية المقياس في قياس ما وضع لقياسه (إساءة معاملة الأطفال) وقام الباحث بحذف العبارات التي لم تحظى بنسبة اتفاق ٨٠% فأكثر.

٢- الاتساق الداخلي: قام الباحث بحساب صدق مقياس إساءة معاملة الأطفال عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للبعد، وكل بعد والدرجة الكلية للمقياس كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (١)

معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (ن= ٨٤)

البعد	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
الإساءة الجسدية	١	٠,٧٧١٤**	١٦	٠,٦٧٥٧**
	٤	٠,٦٤١٤**	١٩	٠,٧٥٩٥**
	٧	٠,٦٣٦٥**	٢٢	٠,٦٩٢٩**
	١٠	٠,٧١١٤**	٢٥	٠,٧١٤١**
	١٣	٠,٦٦١٦**	٢٨	٠,٥٨٦٣**
الإساءة النفسية	٢	٠,٧٦٤٤**	١٧	٠,٦٨١٠**
	٥	٠,٧٤٠٤**	٢٠	٠,٧٤٨٣**
	٨	٠,٦٢٦٤**	٢٣	٠,٤٠٦٧**
	١١	٠,١٨٤٥**	٢٦	٠,٧١٣١**
	١٤	٠,٧٥٨٩**	٢٩	٠,٥٩٤٥**
الإهمال	٣	٠,٥٢٧٦**	١٨	٠,٣٤٨٥**
	٦	٠,٥٧٥٤**	٢١	٠,٣٠٧٢**
	٩	٠,٤١٩٨**	٢٤	٠,٤٧٤٥**
	١٢	٠,٣٧٩١**	٢٧	٠,٤٠٥٦**
	١٥	٠,٥٦٤١**	٣٠	٠,٥٤٨٦**

** دالة عند مستوى ٠,٠١

يلاحظ من الجدول (١) أن جميع المفردات مرتبطة بأبعادها بدرجة دالة عند ٠,٠١، وهذا يعني أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

كما قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، وهذا ما يوضحه الجدول (٢)

جدول (٢)

معاملات ارتباط أبعاد مقياس إساءة معاملة الأطفال بالدرجة الكلية للمقياس (ن= ٨٤)

البعـــــد	بعد الإساءة الجسدية	بعد الإساءة النفسية	بعد الإهمال
معامل الارتباط	٠,٩٣٦٠**	٠,٩٣٤٧**	٠,٨١٣٠**

** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (٢) أن هناك ارتباطاً دالاً عند ٠,٠١ بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.

الثبات: استخدمت الدراسة الحالية الطريقتين الآتيتين لحساب ثبات الأداة.

١- حساب معامل ألفا كرونباخ.

قام الباحث بحساب ثبات المقياس باستخدام طريقة ألفا كرونباخ ، وقد بلغ معامل الثبات للمقياس ككل ٠,٩٢ وجدول (٣) يوضح قيمة ثبات مقياس إساءة معاملة الأطفال.

جدول (٣)

معاملات ثبات أبعاد مقياس إساءة معاملة الأطفال (ن= ٨٤)

البعـــــد	الإساءة الجسدية	الإساءة النفسية	الإهمال	الثبات
عدد البنود	١٠	١٠	١٠	٣٠
معامل ثبات ألفا كرونباخ	٠,٨٨	٠,٨٧	٠,٥٨	٠,٩٢

٢- التجزئة النصفية:

تم حساب قيمة معاملات الارتباط بين نصفي المقياس، ويوضحها الجدول التالي:

جدول (٤)

معاملات ثبات أبعاد مقياس إساءة معاملة الأطفال ن= ٨٤

البعـــــد	الإساءة الجسدية	الإساءة النفسية	الإهمال	الثبات
عدد البنود	١٠	١٠	١٠	٣٠
ثبات التجزئة النصفية	٠,٨٨	٠,٧٨	٠,٥٠	٠,٩٢

ويتضح من الجدول (٤) أن معاملات الارتباط مرتفعة، وبالتالي فإن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

وبناء على ما سبق فإن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، مما يؤكد صلاحيته للتطبيق.

٣- مقياس التوافق النفسي:

وهو مقياس "تقرير ذاتي" من إعداد زينب شقير (٢٠٠٣) يقيس أربعة أبعاد للتوافق هي: التوافق الانفعالي، والتوافق الصحي، والتوافق الأسري، التوافق الاجتماعي، بالإضافة إلى درجة التوافق العام (٢٠) مفردة، يقوم (العميل) بالإجابة عليها طبقاً لمقياس فرعي متدرج (موافق "نعم"، محايداً "أحياناً"، ومعارض"لا")، وأمام هذه التقديرات الثلاثة يُوجد ثلاث درجات هي٢، ١، صفر، وذلك عندما يكون اتجاه التوافق إيجابياً بمعنى ارتفاع درجة التوافق، بينما تكون التقديرات الثلاثة في اتجاه عكسي(صفر، ١ ، ٢) عندما ينخفض تقدير التوافق، وبذلك تتراوح الدرجات الكلية للتوافق ما بين (صفر – ١٦٠) وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع درجة التوافق بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض درجة التوافق النفسي.

وتميز المقياس بصدق وثبات عاليين، وقد حصلت الباحثة على نوعين من الصدق هما:

صدق التكوين: Contrast Validity حيث قامت الباحثة باستخراج معاملات الارتباط بين كل فقرة وبين الدرجة الكلية للمقياس، وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١ مما يؤكد على صدق المقياس.

صدق التمييز: حيث قامت الباحثة باستخراج قيمة (ت) لدلالة الفروق بين الذكور والإناث على أبعاد المقياس الأربعة بالإضافة إلى درجة التوافق العام، وقد تبين أن قيم"

ت جميعها دالة عند مستوى ٠,٠١ وبذلك أمكن للمقياس التمييز بين مجموعتى الذكور والإناث مما يطمئن على صلاحية المقياس وصدقه.

واتسم المقياس بمعاملات ثبات مرتفعة عن طريق إعادة التطبيق، وبلغت معاملات الثبات ٠,٨٣ وكذلك طريقة التجزئة النصفية، حيث تبين أن جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى ٠,٠١

وقد قام الباحث الحالي بحساب معامل الصدق والثبات للمقياس لإعادة تقنين المقياس على البيئة السعودية على عينة مكونة من (٧٨) طفلاً، تراوحت أعمارهم بين (١٠-١٣) عاماً، وفقاً لما يلي:

الصدق: قام الباحث بحساب صدق المقياس بالطرق التالية:

صدق المحكمين :

- **قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية والتي بلغت (٨٠) بنداً على عشرة محكمين في مجال علم النفس والصحة النفسية والعلاج النفسي، واتفق المحكمون على صلاحية (٧٠) بنداً من البنود الكلية للمقياس، وتم استبعاد عشرة بنود لاتفاق المحكمون على عدم صلاحيتها. وقد قام الباحث بالإبقاء على البنود التي حظيت بنسبة ٨٠% فأكثر من الاتفاق.**
- **كما تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين درجة كل بند من بنود المقياس البالغة (٧٠) بنداً وبين الدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه على عينة استطلاعية مكونة من (٧٨) طفلاً، وقد أكدت النتائج على أن (٨٨%) من بنود المقياس دالة عند ٠,٠١ ، و ١٢% دالة عند (٠,٠٥) مما يعبر عن ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي للمقياس، كما تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس التوافق النفسي، والدرجة الكلية للمقياس، كما يوضحها الجدول التالي:**

جدول (٥)

معاملات ارتباط أبعاد مقياس التوافق النفسي بالدرجة الكلية للمقياس (ن=٧٨)

البعـــــد	الانفعالي	الصحي	الأسري	الاجتماعي
معامل الارتباط	٠,٨٨٠٧**	٠,٨٥٢٤**	٠,٩١١٥**	٠,٨١٢٢**

** دالة عند مستوى ٠,٠١

وقام الباحث بحساب الصدق التلازمي عن طريق إيجاد العلاقة بين المقياس الحالي، وقياس التوافق (هيو. م. بل) وكانت معاملات الارتباط وفقاً لما هو موضح بالجدول (٦)

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس الحالي ومقياس التوافق (لبل) بأبعاده و درجته الكلية (ن=٧٨)

البعد / البعد	التوافق الانفعالي	التوافق الصحي	التوافق الأسري	التوافق الاجتماعي	الدرجة الكلية
الانفعالي	–	,٦٤٢	،٦٩٤	،٥٥٧	،٦١٨
الصحي	–	–	,٧٠٢	،٧٤١	،٦٩٧
الأسري	–	–	–	,٧٩١	،٧٠٥
الاجتماعي	–	–	–	–	،٦٩٨
الدرجة الكلية	–	–	–	–	–

ثانيا: ثبات الأداة: لحساب ثبات مقياس التوافق اتبع الباحث ما يلي:

١- معامل ألفا كرونباخ.

- قام الباحث بحساب ثبات المقياس باستخدام ألفا كرونباخ ، وقد بلغ معامل الثبات الكلي للمقياس ٠,٩٤، وجدول (٧) يوضح قيمة ثبات مقياس التوافق النفسي.

جدول (٧)

معاملات ثبات أبعاد مقياس التوافق النفسي (ن=٧٨)

البعد	الانفعالي	الصحي	الأسري	الاجتماعي	الثبات الكلي لمقياس التوافق النفسي
عدد البنود	١٥	١٨	٢٠	١٧	٠,٩٤
معامل ثبات ألفا كرونباخ	٠,٧٧	٠,٧٤	٠,٨٨	٠,٨٠	

٢- التجزئة النصفية:

تم حساب قيمة معاملات الارتباط بين نصفي المقياس، كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (٨)

معاملات ثبات أبعاد مقياس التوافق النفسي عن طريق التجزئة النصفية (ن=٧٨)

البعـــــد	الانفعالي	الصحي	الأسري	الاجتماعي	الثبات الكلي لمقياس التوافق النفسي
عدد البنود	١٥	١٨	٢٠	١٧	٠,٨٥
ثبات التجزئة النصفية	٠,٧٠	٠,٥٤	٠,٨٦	٠,٧٣	

من الجدول (٨) يتبن أن معامل الثبات للأبعاد تراوحت بين (٥٤,) و (٨٦,) والدرجة الكلية مما يؤكد على ارتفاع معامل ثبات المقياس.

البرنامج المعرفي السلوكي : إعداد الباحث

قام الباحث بإعداد هذا البرنامج لقياس فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوى التوافق النفسي لدى عينة من الأطفال المُساء إليهم، والبرنامج مؤسس على نظرية بيك (Beck) للعلاج المعرفي ودور العلاج فيها يرتكز على تعديل الأفكار، وإعادة البنية المعرفية من خلال التدريب على معرفة وتحديد الأفكار التلقائية السلبية، والتحريفات المعرفية، والعمل على أن يحل محلها طرق أكثر واقعية للتفكير والتدريب على مهارات سلوكية، مثل: جدول نشاط معين، والتعزيز الذاتي، والتدريب على التواصل، وحل المشكلات، والتدريب على الاسترخاء، وتأدية الدور، والنمذجة، والمساندة الاجتماعية.

أهداف البرنامج: يهدف هذا البرنامج إلى:

الهدف العام: تحسين مستوى التوافق النفسي لدى الأطفال المُساء إليهم، ويتدرج تحت هذا الهدف عدة أهداف تتمثل في:

١- تزويد الأطفال بمعلومات عن الإساءة؛ مما يجعلهم أكثر تفهماً لطبيعتها وأسبابها، وأهم الآثار المترتبة عليها، وكيفية التغلب عليها، وزيادة تبصرهم بأسباب معاناتهم، وسوء توافقهم.

٢- مساعدة الأطفال على تحديد الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول ما يتعرضون له من إساءة نفسية وجسدية وإهمال في حياتهم، وتصحيحها واستبدالها بأفكار إيجابية والتدريب على تحديدها.

٣- تدريب الطفل على الاسترخاء النفسي والعضلي، للتغلب على حالات القلق، والتوتر، والضيق الذي يعاني منه.

٤- تنمية مهارة حل المشكلات والتدريب عليها.
٥- تعريف الأطفال بأهم الطرق والأساليب التي تساعدهم في الحد من آثار الإساءة وتحسين مستوى التوافق النفسي والتفاعل الإيجابي.
٦- تعلم مهارات اجتماعية جديدة لتنمية الثقة بالنفس والتدريب على تكوين الاتجاهات الإيجابية وتنمية مهارة المشاركة الاجتماعية.

مصادر بناء البرنامج: أعتمد الباحث في تصميم البرنامج على المصادر التالية:
١- الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة، خاصة نظرية بيك.
٢- آراء الأساتذة المحكمين في مجال علم النفس والصحة النفسية والعلاج النفسي.
٣- خبرة الباحث في مجال العمل العيادي والحياة الاجتماعية والمجتمع.

محتويات البرنامج: يتكون من (١٠) جلسات فردية بمعدل جلستين أسبوعياً، وتستغرق الجلسة من (٥٠- ٦٠ دقيقة)، وتم طبق البرنامج في العيادة النفسية ومكتب الأخصائيين النفسيين بالمستشفيات ومراكز رعاية الأطفال، وبمحافظة جدة، كانت فترة المتابعة شهرين.

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

١- المحاضرة: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية تقديم معلومات مبسطة وواضحة للطفل حول مفهوم الإساءة، وأسبابها، وأنواعها، ومظاهرها، وآثارها، وكيفية التغلب عليها، ودور الأفكار السلبية في سوء التوافق النفسي والاجتماعي.

٢- المناقشة: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية تبادل الرأي والحوار حول موضوع المحاضرة مع الطفل ومناقشة أفكاره الخاطئة وتعديل التواصل والتفاعل بينه وبين أسرته.

٣- إعادة البناء المعرفي: تهدف هذه الفنية إلى إعادة البناء المعرفي للطفل ومناقشة أفكاره الخاطئة وتعديلها وتعزيز التواصل والتفاعل والترابط بينه وبين أسرته وأعضاء الجماعة التي يعيش فيها، وما يترتب على هذا من إعادة البناء المعرفي لهذا الطفل وتكوينه لأفكار جديدة وإيجابية حول طبيعة مشكلاته واضطراباته التي يعاني منها؛ مما يؤدي إلى تحسين مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لديه.

٤- تسجيل الأفكار: ويمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية قيام الطفل بتسجيل أفكاره مما يساعده في الاستبصار والوعي بأفكاره ومظاهر الخطأ فيها، والهدف من هذه الفنية هو جعل المريض قادراً على أن يراقب ويسجل أحاديثه وأفكاره بصورة صحيحة وسليمة، وهنا يطلب من الطفل القيام بتسجيل أفكاره حول ثلاثة أشياء:

أ- رصد أفكار الطفل حول نفسه.

ب- رصد أفكاره حول الأسرة والناس.

ج- رصد أفكاره تجاه المستقبل.

٥- لعب الدور: ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة الطفل على التعبير عن موقف أو معتقد خاطئ، وأن يعيد ويكرر ذلك بحيث يتحول الموقف الجديد إلى خاصية دائمة. حتى يدخل في الموقف الجديد بثقة أكبر بالإضافة إلى المشاعر الإيجابية التي تسيطر عليه بعد إتقان تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة تسهم في تحسين مستوى التوافق النفسي.

٦- التعزيز الإيجابي: يتمثل في تقديم مدعمات (ثناء، مدح، مشاركة وجدانية) للأطفال خاصة عندما يشاركون في الحوار والمناقشة والأنشطة بطريقة إيجابية.

٧- الواجب المنزلي: وهنا يتم تكليف الطفل بواجبات منزلية متنوعة، ويطبق ما تعلمه في الجلسات العلاجية، كأن يقوم بتسجيل الأفكار السلبية التي أكتسبها على مواقف واقعية حية، أو يكتب الأفكار السلبية حول ما يتعرض له من إساءة واستبدالها بأفكار إيجابية.

٨- الاسترخاء العضلي: ويهدف إلى مساعدة الأطفال على إجراء تمارين الاسترخاء ضمن الواجبات المنزلية.

٩- التدريب على حل المشكلات: لتعليم الأطفال كيفية التعامل مع المشكلات أثناء التدخل، ثم تقديم مدى واسع من مواقف الصراع لتعليم الأطفال تحديد المشكلة، وتكوين حلول بديلة، وتوقع النتائج المحتملة؛ مما يساعدهم على الوصول إلى مستوى مناسب من التوافق.

جلسات البرنامج:

لتطبيق البرنامج قام الباحث بعقد عشر جلسات موزعة على خمسة أسابيع، بواقع جلستين أسبوعياً، مدة كل جلسة تتراوح من (٥٠- ٦٠) دقيقة، وتضمنت الموضوعات الآتية:

الجلسة الأولى: موضوعها "التمهيد والتعارف وبناء العلاقة العلاجية".

وفيها تتم الخطوات التالية:

١- الترحيب بالطفل وتهيئته وتعريف الباحث بنفسه مع إظهار روح الود والتقبل والرغبة في مساعدته.

٢- تعريف الطفل بالبرنامج وأهدافه وفوائده والإجراءات المتبعة في الجلسات والمهام المطلوبة منه بأسلوب مبسط وسهل ومفهوم.
٣- حث الطفل على التعاون لتحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج وأهمية الانتظام في الجلسات والاستعداد للمشاركة، والاتفاق على مواعيد الجلسات، والحث على ضرورة الالتزام والمواظبة.
٤- تطبيق أدوات الدراسة (القياس القبلي).
٥- استخدام أساليب الحوار والمناقشة والتسجيل الكتابي والتدعيم والمساندة وإظهار الألفة.

الجلسة الثانية: وتدور حول "رصد الخبرات المؤلمة" وفقاً للخطوات التالية:

١- شكر الطفل على حضوره للجلسة والعمل على إشاعة روح الود والألفة والاستمرارية.
٢- الاستماع للطفل لإكسابه المقدرة على الحوار والمناقشة والتعبير عما بداخله.
٣- الإلمام بحجم الإساءة التي يعاني منها الطفل ومصادرها وأبعادها ومظاهرها.
٤- الاستمرار في شرح الهدف من البرنامج، وما يجب على الطفل عمله لاكتساب الثقة بالنفس.
٥- توضيح كيفية ملء نموذج الخبرات المؤلمة وارتباطها بالأفكار الخاطئة وفقاً للنموذج (١) التالي:

نموذج (١) للخبرات المؤلمة وارتباطها بالأفكار الخاطئة.

الخبرات المؤلمة	الفكرة السلبية المرتبطة بها	الفكرة الصحيحة

استخدام فنيات: التسجيل الكتابي، والحوار، والمناقشة، والتعزيز، والتخيل، والحث والتشجيع، والمساندة والدعم، والتعبير، ورصد الأفكار، والواجب المنزلي.

الجلسة الثالثة:

وتدور حول "الاسترخاء النفسي والعضلي"،وقد ركزت على:

١- استقبال الطفل بكل ألفة وإعطائه فكرة عن الاسترخاء العضلي.
٢- تدريب الطفل على الاسترخاء النفسي والعضلي لتخفيف القلق والتوتر عن طريق:
- تنمية قدرته على الاسترخاء ورصد الأفكار.
- تحديد مستوى الدافعية لمواصلة العلاج وتحفيز الطفل للاستمرار.
- الواجب المنزلي، وإعطاء الطفل درجة من عشر درجات عن كل واجب يقوم به.
- تطبيق الاسترخاء النفسي والعضلي مع الشريط الصوتي المسجل بصوت الباحث يومياً؛ وذلك وفقا لنموذج الاسترخاء العضلي الموضح أدناه:

نموذج (٢) يوضح الاسترخاء العضلي ورصد الأفكار

عدد محاولات الاسترخاء العضلي والنفسي	مدة كل محاولة	تاريخها	موعدها	الأفكار المصاحبة لها أو بعدها

بعة:

اهتمامها "التصور المعرفي عن آثار الإساءة" ، وقام الباحث بالخطوات التالية:

شكر الباحث الطفل على التزامه وحضوره.

مناقشة ومراجعة الواجب المنزلي لمعرفة مدى استفادته من إجراءات البرنامج في حياته اليومية في تحسين مستوى توافقه النفسي.

الاستمرار في مساندة الطفل ومساعدته وزيادة الاستبصار بأسباب معاناته.

إعطاء تصور عن مفهوم الإساءة وأنواعها وآثارها وكيفية التغلب عليها.

تنمية الدافعية والقدرة على الحوار والمناقشة وضرورة التغلب على الآثار السلبية للإساءة.

مواصلة التدريب على الاسترخاء وتسجيل الأفكار.

التدريب على التطمين التدريجي، وإزالة الحساسية تجاه مثيرات التوتر والاكتئاب ومصادر القلق من الإساءة داخل نطاق الأسرة، وذلك باستخدام نموذج ترتيب درجة حساسية الإساءة التي تعرض لها الطفل كما في نموذج (٣).

نموذج (٣) ترتيب درجة حساسية الإساءة التي تعرض لها الطفل

موقف الإساءة	درجة الحساسية من الأقل إلى الأشد حسب تقدير الطفل من ١٠٠%	عينة وصفية من كلام الطفل

توضيح كيفية ملء استمارة رصد الأفكار الخاطئة.

تدريب الطفل على الحد من الأفكار المرتبطة بحادثة الإساءة والقيام بأنشطة معينة لوقفها.

-التعزيز بأهمية الصبر والمثابرة والعزيمة والتحمل.

لستان الخامسة والسادسة:

حورهما "إعادة البناء المعرفي"، وركزتا على:

التعرف على الأفكار والعمليات العقلية العالقة بذهن الطفل والمرتبطة بالإساءة التي تعرض لها.

تدريب الطفل على استخدام مقياس الوحدات الذاتية للاضطراب، وكيفية استخدامه لتسجل الأفكار.

٣- تسجيل الأفكار السلبية والانفعالات الناتجة عنها والمواقف التي تحدث في استمارة الأفكار الخاطئة، وإعطاء تقدير من (صفر- ١٠٠)

٤- مناقشة الأفكار السلبية والانفعالات المدونة في استمارة الأفكار الخاطئة مع الطفل حول ذاته وأسرته ومستقبله.

٥- إعادة البناء المعرفي ولعب الدور لاكتشاف الأفكار السلبية المرتبطة بالإساءة واستبدالها بأفكار إيجابية منطقية. ثم إعادة تقدير الأفكار والانفعالات على استمارة الأفكار الخاطئة على نفس المدرج السابق.

٦- الواجبات المنزلية من خلال تسجيل الأفكار الخاطئة على سجل بيك اليومي لتسجيل الأفكار التلقائية، وقائمة التحريفات اليومية، ومتابعة تطبيق تمارين الاسترخاء.

الجلستان السابعة والثامنة هدفتا إلى:

المساندة الاجتماعية. - تنمية الدافعية. - التدريب على المواجهة وتعديل الاتجاهات.

واتبع الباحث الخطوات التالية في الجلستين :

١- الترحيب بالطفل وشكره على حسن تعاونه واستمراره في حضور البرنامج. ثم استعراض مختصر لما تم إنجازه في الأسبوع الماضي، مع تقديم تغذية راجعة، والاطلاع على الأحداث الرئيسة، ومراجعة الواجب المنزلي مع الطفل لمعرفة مدى تعلمه واستفادته من إجراءات البرنامج.

٢- تدريب الطفل على استثارة وتنمية الدافعية وشحذها لتحسين مستوى التوافق النفسي والاجتماعي.

٣- تحديد العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة والاستفادة منها.

٤- تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الطفل، وتدريبه على قبول المساندة من الأشخاص الذين يثق بهم، والذين يشعر بأنهم يحبونه ويقدرونه، ويمكن اللجوء إليهم والاعتماد عليهم عندما يحتاج لهم.

٥-زيادة المساندة الاجتماعية والدعم والتدعيم للطفل وإشعاره بالمشاركة وعدم الوحدة، وأن هناك من يقف بجانبه ليساعده على إعادة تنظيم أفكاره، من أجل التخفيف التدريجي من الآثار المترتبة على الإساءة.

٦- العمل على دحض الأفكار والاعتقادات السلبية التي يمكن أن تسبب الضيق والانزعاج للطفل، واستبدالها بأفكار مناسبة تؤدي إلى التكيف والاستقرار النفسي.

٧- تنمية قدرة الطفل على المواجهة والتصدي للمشكلات، وتدريبه على إيجاد حلول بديلة لمواجهة مصادر الصراع والقلق والتوتر والاضطراب، وتدريبه على مقاومة الرغبات وتعديل الاتجاهات السلبية، ومواجهة الأحداث المؤلمة.

٨- تدريب الطفل على مقاومة أعراض الاساءة باستخدام النموذج (٤).

نموذج (٤) يوضح مواجهة أعراض الإساءة

والتاريخ	عمل المواجهة الذي قمت به	مدة عملية المواجهة	نسبة التوتر والقلق صفر -١٠٠	وسائل التغلب وكيفية استخدامها

لسة التاسعة:

مت بالثقة بالنفس وإعادة البناء المعرفي، واتبع الباحث الخطوات التالية:

١- الترحيب بالطفل واستعراض الواجب المنزلي، ثم مراجعة ما تم تعلمه في الجلسات السابقة، وما خرج به من نتائج إيجابية، وتحولات فاعلة.

٢- تحديد مستوى عدم الثقة في النفس لدى الطفل.

٣- قام الباحث بشرح أساليب الضبط الذاتي والتعليم الذاتي، وحل المشكلات.

٤- شرح الباحث بعض المواقف التي كان الطفل فيها غير واثق من نفسه.

٥- إعادة وتنمية البناء المعرفي من خلال التدريب على تعديل الأفكار السلبية، واستبدالها بأفكار منطقية، وتعليم مهارات معرفية وسلوكية لتحسين مستوى التوافق النفسي من خلال تكوين اتجاهات إيجابية لدى الطفل.

٦- تدريب الطفل على المهارات والأساليب التي يمكن من خلالها تنمية ثقته بنفسه وبمن حوله وكيفية التحلي بمهارات الاتزان الانفعالي، والقدرة على التصدي للعقبات والمشكلات التي تواجهه في سياق حياته اليومية.

٧- تسجيل الأفكار الجديدة نحو ذاته وأفراد أسرته والمحيطين به ومستقبله وتطلعاته. ثم القيام بمناقشة هذه الأفكار، وما بها من اتجاهات سلبية، ومحاولة استبدال هذه الاتجاهات باتجاهات إيجابية.

٨-تكليفه بالواجب المنزلي من خلال الاستمرار في تطبيق الاسترخاء العضلي، والاستمرار في تسجيل الأفكار الخاطئة.

الجلسة العاشرة:

ودارت حول "تقويم فاعلية البرنامج ومرحلة الانتهاء أو الختام"، وذلك وفقاً لما يأتي:

١- الترحيب بالطفل واستعراض الواجب المنزلي، ومراجعة ما تم تعلمه في البرنامج.

٢- تقيم السلوك الجديد للطفل، والتأكد من الاستمرار في التدريبات.

٣- تحديد المشاكل المتوقعة بعد ذلك ومناقشة الطفل في كيفية مواجهتها.

٤- تأكيد مداومة استخدام السلوك الجديد في تحديد المواقف الجديدة المقبلة.

٥- معرفة درجة تأثير التدخل العلاجي في الانجازات التي تحققت وتعزيز التغيرات الإيجابية التي قام بها.

٦- تطبيق مقياس التوافق النفسي على عينة الدراسة (القياس البعدي).

٧- قام الباحث بمناقشة جميع التقارير التي أعدها بعد انتهاء كل جلسة وعمل مقارنة بين ما هو مدون بهذه التقارير وبين الوضع الذي وصل إليه الأطفال من تحسن مستوى التوافق النفسي، واكتساب العديد من المهارات الاجتماعية، ومهارة حل المشكلات.

في نهاية الجلسة قدم الباحث الشكر والتقدير لكل طفل على مشاركته، والتشجيع، وقدم هدايا لهم على مشاركتهم في البرنامج (أقلام، ساعات، ألعاب)، والإشارة إلى أنه سوف يكون هناك لقاء معهم بعد شهرين (بعد فترة المتابعة) لتطبيق مقياس التوافق النفسي للأطفال للاطمئنان عليهم.

تحكيم البرنامج: قام الباحث بإعداد وصف تفصيلي للبرنامج، وتم عرض البرنامج في صورته الأولية على عشرة من الأساتذة المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية، والعلاج النفسي، بهدف معرفة مدى ملائمة البرنامج لأفراد العينة، وصحة الإجراءات التطبيقية للبرنامج، ووفقاً لتعليمات المحكمين أجريت التعديلات المطلوبة، ومن ثم إعداد الصورة النهائية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، والذي تم تطبيقه على عينة من الأطفال المُساء إليهم.

تقييم فاعلية البرنامج:

يتم التعرف على فاعلية البرنامج بعد التطبيق القبلي والبعدي، وفترة المتابعة، وذلك من خلال الاستجابة على مقياس التوافق النفسي للأطفال من تقنين الباحث.

الوسائط المتعددة المستخدمة في البرنامج:

- جهاز الحاسب الآلي، وجهاز عارض المعلومات، الورق المقوى، عرض بصري باستخدام (البور بوينت)، جهاز الفيديو بغرض عرض بعض المواقف التوضيحية للأطفال، أو CD، جهاز تسجيل صوتي لعرض بعض المعلومات والتعليمات عن بعض الأساليب العلاجية كتعليمات تطبيق الاسترخاء، وكراسة رسم + أقلام ، وملفات التقارير الخاصة بكل طفل، مسرح العيادة لكي يقوم الطفل بلعب الدور.

بالإضافة إلى ما سبق فقد اتبع الباحث كل ما يعين على المتابعة الميدانية لهؤلاء الأطفال أفراد العينة.

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها:

فقد أسفر تحليل استمارة جمع البيانات الأولية التي قام الباحث بإعدادها عن مجموعة من النتائج الهامة المتعلقة بالدوافع والآثار الناتجة عن الإساءة، وللإجابة على التساؤل الأول، والذي ينص على:

١- ما الدوافع النفسية المرتبطة بالإساءة ؟

أسفرت النتائج عن تعدد الدوافع المرتبطة بالإساءة التي يتم عرضها في الآتي:

١- الدوافع الاجتماعية للإساءة: أكدت النتائج على أن انتشار الطلاق والتفكك الأسري يُعد من أكثر الدوافع الاجتماعية المرتبطة بالإساءة من وجهة نظر (عينة الدراسة) وقد بلغ ٦١% من عينة الدراسة، علاوة على موت أحد الوالدين والذي بلغ ٢٩% من عينة الدراسة، مما يُعبر عن الاضطراب الاجتماعي والتفكك الأسري الذي يُعاني منه ضحايا الإساءة، وقد اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (Magaret,et al:2009) والتي أكدت في نتائجها على أن الأطفال المُساء إليهم يأتون من أسر مضطربة ومُفككة اجتماعياً يسودها الطلاق والانفصال العاطفي والجسدي.

٢- الدوافع النفسية المرتبطة بالإساءة: اكدت النتائج على أن الاضطرابات النفسية والسلوكية المتمثلة في القلق والاكتئاب والعدوان والغضب والعنف كانت من أكثر الدوافع النفسية التي ارتبطت بالإساءة وقد بلغت نحو نحو(٥٠%) من جملة الأسباب والدوافع النفسية المرتبطة بالإساءة، كما أن عدم رغبة المعتدي في وجود الضحية والرغبة في التخلص منها وإلحاق الضرر بها كان من أكثر الدوافع تكراراً أيضاً، وقد بلغ (٢٩%) من جملة الدوافع النفسية المرتبطة بالإساءة، علاوة على إدمان المُعتدي للخمور والمخدرات، وبلغت نسبته (٢٢%) من جملة الأسباب والدوافع النفسية المُرتبطة بالإساءة وهذا ما يُعبر عن عدم السواء النفسي الذي يعاني منه المعتدي. وقد اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة مارجريت وآخرين (Margaret, et al,2009) والتي أكدت على أن ضحايا الإساءة يأتون من أسر يسودها إدمان الخمور والمُخدرات والاضطرابات النفسية والسلوكية.

السؤال الثاني وينص على:

٢- ما الآثار النفسية الناجمة عن تعرض الأطفال للإساءة والإهمال ؟

أسفر تطبيق وتحليل استمارة جمع البيانات الأولية عن مجموعة من النتائج حول الآثار المرتبطة بالإساءة ومنها:

١- الآثار الجسمية الناتجة عن الإساءة: تعددت الآثار الجسمية الناتجة عن تعرض العينة للإساءة وقد تراوحت هذه الآثار ما بين الحروق الجسمية بلغ (٣٩%) من جملة أفراد العينة، والإصابة بالجروح وبلغ (٣٣%) من العينة الكلية، علاوة على الإصابة بكدمات متعددة في سائر أنحاء الجسم بلغ (٢٨%) من جملة عين الدراسة، وهذا ما يُعبر عن الآثار الجسمية السيئة الناتجة عن التعرض للإساءة.

٢- الآثار النفسية الناتجة عن الإساءة: أكدت النتائج على تعدد الآثار النفسية الناتجة عن الإساءة، فعينة الدراسة تعاني من اضطرابات نفسية عديدة تمثلت في (القلق والاكتئاب والارتباك والهلع والفزع وضعف الثقة بالنفس) ومثلت (٧٨%) من العينة، كما أن (٢٢%) من أفراد العينة يعانون من الحساسية المفرطة، وهذا بدوره يعبر عن سوء التوافق النفسي والاجتماعي الذي يُعاني منه أفراد العينة الكلية للدراسة من الذكور والإناث، وقد اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت إليه نتائج العديد من الدراسات مثل (دراسة Anderson,et ، Douglas,et al,1997 ،al,2000 Kolko et al, 2002 Sandra, ، Madu & peltzer,2000 ،2008 Kim et al,2009) في أن الأطفال ضحايا الإساءة يعانون من اضطرابات نفسية عديدة تمثلت في القلق، والاكتئاب، والخوف، والفزع، والهلع، والارتباك، والتوتر، وضعف الثقة بالنفس، والأرق، وضعف تقدير الذات والشعور بالخجل الاجتماعي وعدم القدرة على مجاراة الآخرين أو التحدث معهم بسبب الرهبة والصدمة النفسية العنيفة الناتجة عن التعرض للإساءة.

٣- الآثار السلوكية الناتجة عن الإساءة: أكدت النتائج على تعدد الاضطرابات السلوكية التي يُعاني منه الأطفال الذين تعرضوا للإساءة، فقد تبين أن (٧٢%) من العينة الكلية للدراسة التي تعرضت للإساءة تُعاني من العدوان والتمرد والعناد والعزلة والانطواء والميول السيكوباتية، علاوة على معاناتهم من الانحرافات الجنسية، وهذا ما يُعبر عن خطورة التعرض للإساءة، كما تبين من النتائج أن (٢٧%) من العينة يعانون من الاندفاعية والكذب والنشاط الزائد، علاوة على مُعاناتهم من التبول اللاإرادي، واللامبالاة وقضم الأظافر، والغيرة والسرقة، والاضطرابات الكلامية. ومثل هذه الاضطرابات تشكل خطورة بالغة على حياة الأطفال المُساء إليهم، وحياة المحيطين بهم. وقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج العديد من الدراسات مثل: دراسة كل من: (Kolko et al, 2002 ، Hall,et al,2001، Echo, 1998، Madu & peltzer, 2000)

٤- الآثار الحركية والعصبية الناتجة عن الإساءة: وقد أكدت النتائج على مُعاناة العينة من اضطرابات حركية وعصبية شديدة، فهناك (٥٦%) من عينة الدراسة تعاني من تشنجات عصبية، كما أن (٢٢%) من العينة تعاني من تشنجات عضلية، علاوة على معاناة (١٧%) من عينة الدراسة من الصرع، كما أن (٥%) من عينة الدراسة تعاني من هبوط في الطاقة الحركية.

نتائج فروض الدراسة وتفسيرها:

الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث المُساء في التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) قبل تطبيق البرنامج".

للتحقق من صحة الفرض استخدام الباحث اختبار مان –وتني (Mann-Whitney) لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين، للتعرف على دلالة الفروق بين درجات الذكور والإناث المُساء إليهم في التطبيق القبلي لمقياس التوافق النفسي. والجدول التالي يوضح النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول (٩)

اختبار مان وتني (u) لدلالة الفروق بين درجات الذكور والإناث في التطبيق القبلي لمقياس التوافق النفسي

البعد	النوع (الجنس)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
الانفعالي	ذكر	١٠	١٠,١٥	١٠١,٥٠	٣٣,٥٠	غير دالة
	أنثى	٨	٨, ٩	٦٩,٥٠		
الأسري	ذكر	١٠	٨,٩٠	٨٩,٠٠	٣٤,٠٠	غير دالة
	أنثى	٨	١٠,٢٥	٨٢,٠٠		
الصحي	ذكر	١٠	٩,١٠	٩١,٠٠	٣٦,٠٠	غير دالة
	أنثى	٨	١٠,٠٠	٨٠,٠٠		
الاجتماعي	ذكر	١٠	١١,٥٠	١١٥,٠٠	٢٠,٠٠	غير دالة
	أنثى	٨	٧,٠٠	٥٦,٠٠		
الدرجة الكلية للتوافق النفسي	ذكر	١٠	١٠,٦٠	١٠٦,٠٠	٢٩,٠٠	غير دالة
	أنثى	٨	٨,١٣	٦٥,٠٠		

يتضح من الجدول (٩) أن قيم (u) غير دالة في الأبعاد: (البعد الانفعالي، البعد الأسري، البعد الصحي، البعد الاجتماعي)، وفي الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي؛ مما يشير إلى تكافؤ مجموعة الذكور والإناث محل الدراسة، وهذا يعني تحقق الفرض الأول، والذي من خلاله سوف تتضح فاعلية البرنامج من عدمها، وذلك لتدني مستوى التوافق لدى كل من الذكور والإناث أفراد العينة الأساسية قبل تطبيق البرنامج.

الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث المُساء إليهم في درجات التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) بعد تطبيق البرنامج".

للتحقق من صحة الفرض استخدام الباحث اختبار مان –وتني (u) لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين، للتعرف على دلالة الفروق بين درجات الذكور والإناث المُساء إليهم في التطبيق البعدي لمقياس التوافق النفسي. والجدول التالي يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (١٠)

اختبار مان وتني (u) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث في التطبيق البعدي لمقياس التوافق النفسي

البعد	النوع (الجنس)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
الانفعالي	ذكر	١٠	١٠,٣٠	١٠٣,٠٠	٣٢,٠٠	غير دالة
	أنثى	٨	٨,٥٠	٦٨,٠٠		
الأسري	ذكر	١٠	٩,٢٠	٩٢,٠٠	٣٧,٠٠	
	أنثى	٨	٩,٨٨	٧٩,٠٠		
الصحي	ذكر	١٠	٨,٨٠	٨٨,٠٠	٣٣,٠٠	
	أنثى	٨	١٠,٣٨	٨٣,٠٠		
الاجتماعي	ذكر	١٠	٨,٨٥	٨٨,٥٠	٣٣,٥٠	
	أنثى	٨	١٠,٣١	٨٢,٥٠		
الدرجة الكلية للتوافق النفسي	ذكر	١٠	٩,٣٠	٩٣,٠٠	٣٨,٠٠	
	أنثى	٨	٩,٧٥	٧٨,٠٠		

يتضح من الجدول (١٠) أن قيم (u) غير دالة في الأبعاد: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي)، وفي الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي، مما يشير إلى أن درجة التأثر بالبرنامج متشابهة لدى كل من الذكور والإناث محل الدراسة، وقد يرجع ذلك إلى طبيعة الثقافة السائدة، وقبول الباحث لدى أفراد العينة من الذكور والإناث، والمستوى الثقافي والاجتماعي المتشابه لدى أفراد العينة ذكور وإناث.

الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث المُساء إليهم في درجات التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) بعد إجراء التطبيق التتبعي".

للتحقق من صحة الفرض استخدام الباحث اختبار مان- وتني (u) لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين. للتعرف على دلالة الفروق بين درجات الذكور والإناث المساء بهم في التطبيق البعدي لمقياس التوافق النفسي. والجدول التالي يوضح النتائج التي التوصل إليها:

جدول (١١)

اختبار مان وتني (U) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث في التطبيق التتبعي لمقياس التوافق النفسي

البعد	النوع (الجنس)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
الانفعالي	ذكر	١٠	٩,١٥	٩١,٥٠	٣٦,٥٠	غير دالة
	أنثى	٨	٩,٩٤	٧٩,٥٠		
الأسري	ذكر	١٠	٩,٣٠	٩٣,٠٠	٣٨,٠٠	
	أنثى	٨	٩,٧٥	٧٨,٠٠		
الصحي	ذكر	١٠	٩,٥٠	٩٥,٠٠	٤٠,٠٠	
	أنثى	٨	٩,٥٠	٧٦,٠٠		
الاجتماعي	ذكر	١٠	٩,٣٠	٩٣,٠٠	٣٨,٠٠	
	أنثى	٨	٩,٧٥	٧٨,٠٠		
الدرجة الكلية للتوافق النفسي	ذكر	١٠	٩,٨٠	٩٨,٠٠	٣٧,٠٠	
	أنثى	٨	٩,١٣	٧٣,٠٠		

يتضح من الجدول (١١) أن قيم (u) غير دالة في الأبعاد: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي)، والدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي، مما يشير إلى تحقيق الفرض الثالث، وهذا يعني أن فعالية البرنامج مستمرة، وأن مستوى التحسن ورفع درجة التوافق النفسي بأبعاده ودرجته الكلية لم تتأثر بعد انتهاء البرنامج، وهذا يدل على أن البرنامج قد حقق أهدافه، وأن تطبيق البرنامج كان جيداً؛ مما جعل فاعلية البرنامج مستمرة وممتدة.

الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي التطبيق القبلي والبعدي في التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي الأسري والصحي والاجتماعي) لمجموعة الإناث المُساء إليهن لصالح التطبيق البعدي".

للتحقق من صحة الفرض، قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون (z) لدلالة الفروق بين مستقلتين، للتعرف على دلالة الفروق بين درجات الذكور والإناث المساء إليهم في التطبيق البعدي لمقياس التوافق النفسي، والجدول التالي يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (١٢)

اختبار ويلكوكسون (Z) لدلالة الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لعينة الإناث في درجات مقياس التوافق النفسي

البعد	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z
الانفعالي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٥٢
	البعدي أكبر من القبلي	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	
	البعدي يساوي القبلي	٠			
الأسري	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٥٣
	البعدي أكبر من القبلي	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	
	البعدي يساوي القبلي	٠			
الصحي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٥٢
	البعدي أكبر من القبلي	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	
	البعدي يساوي القبلي	٠			
الاجتماعي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٥٣
	البعدي أكبر من القبلي	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	
	البعدي يساوي القبلي	٠			
الدرجة الكلية للتوافق النفسي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٥٢
	البعدي أكبر من القبلي	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	
	البعدي يساوي القبلي	٠			

يتضح من الجدول (١٢) أن قيم (z) دالة عند مستوى ٠,٠١ في الأبعاد: (البعد الانفعالي، البعد الأسري، البعد الصحي، البعد الاجتماعي)، وفي الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي، مما يعني تحقق الفرض الرابع، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة أنجيلا وآخرين (Angela,et al,2009) ودراسة فيلتمان وآخرين (Veltman,et al,2010) في أن العلاج المعرفي السلوكي قد أظهر تحسنا ملحوظا لدى الأطفال المساء إليهم في

تحسين مستوى التوافق. وهذا يرجع إلى استجابة الأطفال لفعاليات البرنامج. هم في التخلص من آثار الإساءة لديهم، علاوة على تشجيع الباحث والقائمين على هم لمساعدتهم للتخلص من الآثار المترتبة على الإساءة، وتحسين مستوى ي النفسي بأبعاده ودرجته الكلية.

ن الخامس:

ينص الفرض الخامس على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي تين القبلي والبعدي في درجات التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي والأسري دي والاجتماعي) لمجموعة الذكور المُساء إليهم لصالح التطبيق البعدي".

للتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث باستخدام اختبار (z) لدلالة الفروق ستقلتين، للتعرف على دلالة الفروق في درجات التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي ري والصحي والاجتماعي) بين التطبيقين القبلي والبعدي لمجموعة الذكور المُساء وجاءت النتيجة كما يوضحها جدول (١٣)

جدول (١٣)

اختبار ويلكوكسون (Z) لدلالة الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لعينة الذكور في درجات مقياس التوافق النفسي

البعد	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
فعالي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٨١	دالة عند مستوى ٠,٠١
	البعدي أكبر من القبلي	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	البعدي يساوي القبلي	٠				
سري	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٨٢	
	البعدي أكبر من القبلي	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	البعدي يساوي القبلي	٠				
صحي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٨١	
	البعدي أكبر من القبلي	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	البعدي يساوي القبلي	٠				
تماعي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٨١	
	البعدي أكبر من القبلي	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	البعدي يساوي القبلي	٠				
ة الكلية ق النفسي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٨١	
	البعدي أكبر من القبلي	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	البعدي يساوي القبلي	٠				

يتضح من الجدول (١٣) أن قيم (z) دالة عند مستوى ٠,٠١ في الأبعاد: . الانفعالي، البعد الأسري، البعد الصحي، البعد الاجتماعي)، وفي الدرجة الكلية س التوافق النفسي، وهذا يعني تحقق الفرض الخامس، وتتفق هذه النتيجة مع

دراسة كل من جـاكلين وكـيفن acqueline and Kevin,2009- Melissa, et al,2010) حيث التأكيد على فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وتنسجم هذه النتيجة م نتائج الفرض الثالث والرابع، وهذا يعني أن البرنامج له فاعلية عاليـة مـع التـشج المستمر من المحيطين بالأطفال، وكذلك رغبة الأطفال في العلاج، فقد أظهـرت العين تحسناً ملحوظاً بعد تطبيق البرنامج في مستوى التوافق النفسي بأبعاده محل الدراسة.

الفرض السادس:

ينص الفرض السادس على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية فـي درجـا التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي)، ودرجته الكلية ب متوسطي التطبيقين القبلي والبعدي لعينة الدراسة من الذكور والإنـاث المُـساء إلـي لصالح التطبيق البعدي".

للتحقق من صحة الفرض، قام الباحث باستخدام اختبار (z) لدلالة الفـروق بـي مجموعتين مستقلتين، للتعرف على دلالة الفروق في درجات التوافق النفسي بأبعـاد (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) بين التطبيقين القبلي والبعـدي لمجموعـ الذكور والإناث المُساء إليهم، وجاءت النتيجة كما يوضحها جدول (١٤)

جدول (١٤)

اختبار ويلكوكسون (Z) لدلالة الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لعينة الدراسة في درجات مقياس التوافق النفسي

البعد	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مست الدا
الانفعالي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣,٧٣	
	البعدي أكبر من القبلي	١٨	٩,٥٠	١٧١,٠٠		
	البعدي يساوي القبلي	٠				
الأسري	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣,٧٣	
	البعدي أكبر من القبلي	١٨	٩,٥٠	١٧١,٠٠		
	البعدي يساوي القبلي	٠				
الصحي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣,٧٣	
	البعدي أكبر من القبلي	١٨	٩,٥٠	١٧١,٠٠		
	البعدي يساوي القبلي	٠				
الاجتماعي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣,٧٣	
	البعدي أكبر من القبلي	١٨	٩,٥٠	١٧١,٠٠		
	البعدي يساوي القبلي	٠				
الدرجة الكلية للتوافق النفسي	البعدي أقل من القبلي	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣,٧٣	
	البعدي أكبر من القبلي	١٨	٩,٥٠	١٧١,٠٠		
	البعدي يساوي القبلي	٠				

دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (١٤) أن قيم (z) دالة عند مستوى ٠,٠١ في الأبعاد: (البعد الانفعالي. البعد الأسري. البعد الصحي، البعد الاجتماعي)، وفي الدرجة الكلية لمقيـاس

التوافق النفسي، وهذا يشير إلى تحقق الفرض السادس، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة كل من (فيلتمان وآخرين Veltman,et al,2010 ، ودراسة ساندرا وكريستين) Sandra and Kristin, 2005 في أن قيمة البرنامج تكمن في رفع مستوى التوافق، وهذا ما أكدته الدراسة الحالية، حيث لوحظ وجود فروق دالة إحصائياً لصالح التطبيق البعدي، وهذا يرجع إلى دقة الإجراءات واتباع الخطوات العلمية الدقيقة مع الأطفال، بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية من قبل الباحث والقائمين على أمر هؤلاء الأطفال.

الفرض السابع:

ينص الفرض السابع على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) ، بين متوسطي التطبيقين البعدي والتتبعي لمجموعة الإناث المُساء إليهن".

للتحقق من صحة الفرض، قام الباحث باستخدام اختبار (z) لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين، للتعرف على دلالة الفروق في درجات التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) والدرجة الكلية بين التطبيقين القبلي والبعدي لمجموعة الإناث المُساء إليهن، وجاءت النتيجة كما يوضحها جدول (١٥).

جدول (١٥)

اختبار ويلكوكسون (Z) لدلالة الفروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي لعينة الإناث في درجات مقياس التوافق النفسي

البعد	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الانفعالي	التتبعي أقل من البعدي	٣	٣,٠٠	٩,٠٠	١,٢٩	غير دالة
	التتبعي أكبر من البعدي	٥	٥,٤٠	٢٧,٠٠		
	التتبعي يساوي البعدي	٠				
الأسري	التتبعي أقل من البعدي	٤	٣,٣٨	١٣,٥٠	٠,٦٥	
	التتبعي أكبر من البعدي	٢	٣,٧٥	٧,٥٠		
	التتبعي يساوي البعدي	٢				
الصحي	التتبعي أقل من البعدي	٣	٥,٠٠	١٥,٠٠	٠,٩٥	
	التتبعي أكبر من البعدي	٣	٢,٠٠	٦,٠٠		
	التتبعي يساوي البعدي	٢				
الاجتماعي	التتبعي أقل من البعدي	٦	٤,٠٨	٢٤,٥٠	١,٨١	
	التتبعي أكبر من البعدي	١	٣,٥٠	٣,٥٠		
	التتبعي يساوي البعدي	١				
الدرجة الكلية للتوافق النفسي	التتبعي أقل من البعدي	٦	٤,٨٣	٢٩,٠٠	١,٥٥	
	التتبعي أكبر من البعدي	٢	٣,٥٠	٧,٠٠		
	التتبعي يساوي البعدي	٠				

يتضح من الجدول (١٥) أن قيم (z) غير دالة في الأبعاد: (البعد الانفعالي. البعد الأسري. البعد الصحي. البعد الاجتماعي)، وفي الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي، وهذا يدل على تحقق الفرض السابع حيث لوحظ عدم وجود فروق دالة بين التطبيقين البعدي والتتبعي، وهذا يرجع إلى كفاءة البرنامج حيث تكمن قيمته في استمرار النتائج الإيجابية له، كما يدل على أن الفنيات التي تم انتقاؤها كانت منتقاه بعناية فائقة، علاوة على قناعة الأطفال بالبرنامج وفنياته. ولإسهام الدعم الاجتماعي المقدم من قبل الباحث والمسئولين عن الأطفال في المؤسسات المعنية بعلاج هؤلاء الأطفال.

الفرض الثامن:

ينص الفرض الثامن على أنه"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) ، بين متوسطي التطبيقين البعدي والتتبعي لمجموعة الذكور المُساء إليهم".

للتحقق من صحة الفرض، قام الباحث باستخدام اختبار (z) لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين، للتعرف على دلالة الفروق في درجات التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) بين التطبيقين القبلي والبعدي لمجموعة الذكور المُساء إليهم، وجاءت النتيجة كما يوضحها جدول (١٦)

جدول (١٦)

اختبار ويلكوكسون (Z) لدلالة الفروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي لعينة الذكور في درجات مقياس التوافق النفسي

البعد	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الانفعالي	التتبعي أقل من البعدي	٧	٥,٥٧	٣٩,٠٠	٢,٠١	دالة عند مستوى ٠,٠٥
	التتبعي أكبر من البعدي	٢	٣,٠٠	٦,٠٠		
	التتبعي يساوي البعدي	١				
الأسري	التتبعي أقل من البعدي	٧	٤,٨٦	٣٤,٠٠	١,٤١	غير دالة
	التتبعي أكبر من البعدي	٢	٥,٥٠	١١,٠٠		
	التتبعي يساوي البعدي	١				
الصحي	التتبعي أقل من البعدي	٣	٦,٦٧	٢٠,٠٠	٠,٢٩	
	التتبعي أكبر من البعدي	٥	٣,٢٠	١٦,٠٠		
	التتبعي يساوي البعدي	٢				
الاجتماعي	التتبعي أقل من البعدي	٧	٥,٠٠	٣٥,٠٠	٠,٧٨	
	التتبعي أكبر من البعدي	٣	٦,٦٧	٢٠,٠٠		
	التتبعي يساوي البعدي	٠				
الدرجة الكلية للتوافق النفسي	التتبعي أقل من البعدي	٦	٥,٠٠	٣٠,٠٠	٠,٢٦	
	التتبعي أكبر من البعدي	٤	٦,٢٥	٢٥,٠٠		
	التتبعي يساوي البعدي	٠				

يتضح من الجدول (١٦) أن قيم (z) دالة عند مستوى ٠,٠٥ في البعد: (الانفعالي). مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين البعدي والتتبعي على مجموعة الذكور في هذا البعد من أبعاد مقياس التوافق النفسي، وكانت تلك الفروق لصالح التطبيق البعدي.

وقد يرجع هذا الفرق لدى الذكور إلى أن الجوانب الانفعالية متقلبة بتغير العوامل البيئية والجسمية والأسرية، أو قد يرجع إلى طول الفترة بين القياس البعدي والقياس التتبعي (شهران).

كما يتضح من الجدول (١٤) أن قيم (z) غير دالة في الأبعاد: (البعد الأسري، البعد الصحي، البعد الاجتماعي)، وفي الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين البعدي والتتبعي على مجموعة الذكور في تلك الأبعاد وكذلك في الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي، وهذا ينسجم مع ما أكدته دراسة فليتمان وآخرين "Veltman,et al, 2010"، ودراسة مليسيا " Melissa, et al, 2010" مما يعني أن التحسن في التوافق لم تتأثر على الرغم من مرور وقت على تطبيق البرنامج في الأبعاد الأسرية والاجتماعية والصحية والسلوكية.

الفرض التاسع:

ينص الفرض التاسع على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) ، بين متوسطي التطبيقين البعدي والتتبعي لعينة الدراسة من الذكور والإناث المُساء إليهم".

للتحقق من صحة الفرض، قام الباحث باستخدام اختبار (z) لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين، للتعرف على دلالة الفروق في درجات التوافق النفسي بأبعاده: (الانفعالي والأسري والصحي والاجتماعي) بين التطبيقين البعدي والتتبعي لعينة الدراسة من الذكور والإناث المُساء إليهم، والجدول التالي يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (١٧)

اختبار ويلكوكسون (Z) لدلالة الفروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي لعينة الدراسة في درجات مقياس التوافق النفسي

البعد	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الانفعالي	التتبعي أقل من البعدي	١٠	٨,٧٠	٨٧,٠٠	٠,٥١	غير دالة
	التتبعي أكبر من البعدي	٧	٩,٤٣	٦٦,٠٠		
	التتبعي يساوي البعدي	١				
الأسري	التتبعي أقل من البعدي	١١	٧,٦٨	٨٤,٥٠	١,٤٤	
	التتبعي أكبر من البعدي	٤	٨,٨٨	٣٥,٥٠		
	التتبعي يساوي البعدي	٣				
الصحي	التتبعي أقل من البعدي	٦	١١,٢٥	٦٧,٥٠	٠,٩٦	
	التتبعي أكبر من البعدي	٨	٤,٦٩	٣٧,٥٠		
	التتبعي يساوي البعدي	٤				
الاجتماعي	التتبعي أقل من البعدي	١٣	٨,٦٥	١١٢,٥٠	١,٧٣	
	التتبعي أكبر من البعدي	٤	١٠,١٣	٤٠,٥٠		
	التتبعي يساوي البعدي	١				
الدرجة الكلية للتوافق النفسي	التتبعي أقل من البعدي	١٢	٩,٢٩	١١١,٥٠	١,١٤	
	التتبعي أكبر من البعدي	٦	٩,٩٢	٥٩,٥٠		
	التتبعي يساوي البعدي	٠				

يتضح من الجدول (١٧) أن قيم (z) غير دالة في الأبعاد: (البعد الانفعالي، البعد الأسري، البعد الصحي، البعد الاجتماعي)، وفي الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي، مما يعني تحقق الفرض التاسع، وهذه النتيجة تتسق مع نتائج الفرضين السابع والثامن؛ مما يدل على أن البرنامج أثبت فعالية في تحقيق أهدافه سواء في القياس البعدي أو القياس التتبعي، وقد رأى الباحث أن ذلك يرجع إلى :

- تعاون القائمين على المؤسسات التي بها أفراد العينة.
- التعزيز والدعم الاجتماعي سواء من الباحث أو مديري المؤسسات التي بها الأطفال.
- كفاءة البرنامج وحسن تصميمه.
- رغبة الأطفال في التخلص من الإساءة وآثارها.
- العلاقة الطيبة وحسن المعاملة للأطفال سواء من الباحث أو من المسئولين عنهم في دور الإرشاد والعلاج والرعاية بمحافظة جدة.

توصيات الدراسة:

وبناء على نتائج الدراسة فإن الباحث يوصي بالآتي:

١- أكدت الدراسة مقولة أن الوقاية خيرٌ من العلاج في مجال المرض النفسي، وقد كشفت الدراسة الحالية عن معاناة الأطفال المُساء إليهم والمعرضين للإساءة بأنواعها المتعددة الصحية والنفسية من العديد من الاضطرابات والآثار النفسية والسلوكية والصحية والعصبية والسيكوسوماتية؛ ومن هنا فإن من المجدي مُحاولة وقاية الأطفال والأسر من التعرض للإساءة لما تمثله من خطر داهم يهدد حياة الأطفال المستقبلية عن طريق البرامج المعدة والتي تناسب المستوى الثقافي والاجتماعي للأطفال وأسرهم.

٢- ينبغي نشر الوعي النفسي والثقافة النفسية والأسرية، وأساليب التربية السوية، وحث الأسر على الالتزام بها.

٣- يجب على المدرسة القيام بدورها الأساسي في رعاية الأطفال وأسرهم، والتوعية بمخاطر الإساءة من خلال الندوات والاجتماعات والأنشطة المختلفة.

٤- يجب القضاء على الأمية الأسرية؛ وذلك عن طريق الإعلام والجهات المعنية بوزارتي التربية والتعليم والشئون الاجتماعية.

٥- ينبغي العمل على التأصيل لظاهرة الإساءة من خلال إجراء دراسات مسحية متعمقة على كافة الأصعدة في أرجاء المملكة بهدف الوصول إلى بيانات حقيقية عن أنماط الإساءة في المجتمع السعودي ومدى انتشارها وأعدادها.

٦- يجب العمل على ضرورة تعميم البرنامج الإرشادية والعلاجية النفسية، وخاصة التي تجمع الأساليب السلوكية والمعرفية لفاعليتها في تحسين مستوى التوافق النفسي لدى الأطفال المُساء إليهم والمعرضين للإساءة.

٧- نشر القيم الإسلامية والثقافية السائدة؛ حيث أنها الأساس الذي تستمد منه مبادئ العلاج وحل المشكلات.

٨- ينبغي العمل على توعية الأمهات بدورهن الأساسي في التربية والرعاية والعناية بالأبناء، وأن رسالتهن رسالة سامية لا تقل بأي حال من الأحوال عن رسالة الآباء، وكونهن مسئولات عن إصلاح جيل بأكمله، وكذلك توعية الآباء بالدور الأساسي في الرعاية والتربية، وأنهم مسؤولون عن الأبناء مسئولية كاملة.

٩- يجب تغليظ العقوبات التي توقع على مقترفي ومرتكبي الإساءة للأطفال أياً كان نوع هذه الإساءة من خلال سن القوانين والإعلان عنها.

١٠- يجب بث الوعي الجماهيري الهادف إلى بناء علاقات إنسانية ثابتة وأخلاقية ترعى الأطفال وتحميهم . وتحافظ على حرمتهم من الاستغلال والتعدي والإساءة.

١١- ضرورة العمل على توسيع إطار مساهمة ومسئوليات المنظمات التربوية والإدارية والاجتماعية بما فيها إدارات المدارس لتكون مراكز استشارية لمعالجة هذه الظاهرة، وتدريب الكوادر وتأهيلها بهدف مساعدة الأطفال للتحدث عن أنواع الإساءة التي قد يتعرضون لها داخل نطاق أسرهم.

١٢- ضرورة الاستفادة من الفنيات الواردة في البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في تحسين مستويات التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأطفال ضحايا الإساءة.

Acknowledgement

This Project was funded by the Deanship of Scientific Research (DSR), King Abdul-Aziz University, Jeddah, under grants number 15-007/430- Dr- Mohammed Salem algarni, acknowledge with thanks DSR support for Scientific Research

Principal investigator

Dr. Mohammed Salem algarni

المراجع

١- أباظة، أمال (٢٠٠٥). مقياس الإساءة والإهمال للأطفال العاديين وغير العاديين. مكتبة الأنجلو المصرية: القاهرة

٢-أبو عيطة، سهام، عطا، أحمد (٢٠٠٥). فاعلية برنامج إرشادي جمعي لتحسين التوافق النفسي ومفهوم الذات لدى الأطفال المُساء إليهم. مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلد (٦) العدد (٣) ص ص ١٦٧-١٩٨.

٣-إبراهيم، عبد الستار، عبد العزيز الدخيل ورضوي إبراهيم (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل : أساليبه ونماذج من حالاته، سلسلة عالم المعرفة، ع ١٨٠، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

٤-أحمد، سهير كامل (٢٠٠١). الصحة النفسية للأطفال. الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب.

٥-أرجايل، مايكل (١٩٩٣). ترجمة: فيصل يونس، سيكولوجية السعادة، سلسلة عالم المعرفة، ع ١٧٥، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

٦-البخاري، الحافظ محمد بن إسماعيل (١٤٠٩). صحيح البخاري. بيروت: دار الجيل.

٧-الجلبي ، قتيبة ، اليحيا ، فهد (١٩٩٦م). العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي. الرياض: الإعلامية للطباعة والنشر .

٨-الدخيل، عبد العزيز عبد الله (١٩٩٧). إساءة معاملة الأطفال: تلمس الأسباب والظروف، (المجلة العربية) السعودية، ص ص ٧- ٣٢.

٩-ديفيد برنشتين (١٩٩٥). مقياس سوء معاملة الطفل Q.T.C. ترجمة: أحمد أبو العزايم وعادل دسوقي. مكتبة الانجلو المصرية: القاهرة.

١٠- الصايغ، ليلى(٢٠٠١). الإساءة: مظهرها وأشكالها وأثرها على الطفل. ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر نحو بيئة خالية من العنف للأطفال، ومركز حماية الطفل، عمان. الأردن.

١١- الأشول ، عادل عز الدين، (٢٠٠١م). "حماية الأطفال من الإساءة "، مجلة الإرشاد النفسي ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، عدد ١٤.

١٢-سلامة، ممدوحة محمد (١٩٩١). الإساءة للأطفال وعواقبها. تأليف راتشل كلام وكريستينا فراتشي. مجلة علم النفس، العدد(٢٢) القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص ص ٦-١٣.

١٣-شقير، زينب (٢٠٠٣). مقياس التوافق النفسي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

١٤-شقير، زينب (٢٠٠٢). علم النفس العيادي والمرض للأطفال والراشدين ط (١) عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

١٥- عبد المجيد، السيد (٢٠٠٤). إساءة المعاملة والأمن النفسي لدى عينة من تلاميذ المدرسة الابتدائية، دراسات نفسية. المجلد ١٤، ٢٤ (٢٧٥- ٢٧٨).

١٦- عمر، طه محمد محمد (٢٠٠٤). مقياس الكشف عن الأطفال المساء إليهم بدنيا ــ المهملين) والعاديين. مكتبة الانجلو المصرية: القاهرة

١٧- عمر، طه محمد محمد (٢٠٠٤) : دراسة مقارنة لمستوى العدوانية لدى الأطفال (المساء إليهم بدنيا ــ المهملين ، رسالة ماجستير ، قسم الصحة النفسية، كلية التربية _ جامعة بنـــها.

١٨- فهمي، مصطفى (١٩٦٧). علم النفس الإكلينيكي، مكتبة مصر: القاهرة.

١٩- القرني، محمد سالم (٢٠٠٨). تصميم برنامج علاجي معرفي لتخفيف مستوى الكدر الزواجي. الرياض: مطبوعات جامعة الإمام.

٢٠- الزهراني، سعد بن سعيد،(١٤٢٤هـ). ظاهرة إيذاء الأطفال في المجتمع السعودي: دراسة ميدانية على عينة من الأطفال الذكور في مناطق المملكة الثلاث الكبرى: الرياض ومكة والدمام. مركز أبحاث الجريمة ، بوزارة الداخلية. الرياض.

٢١- آل سعود، منيرة بنت عبد الرحمن،(١٤٢٠هـ). إيذاء الأطفال ، أنواعه وأسبابه وخصائص المتعرضين له : تحديات لمهنة الخدمة الاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، ، قسم الدراسات الاجتماعية، الرياض جامعة الملك سعود.

٢٢- العنقري، سلطان عبد العزيز (١٤٢٥). كيفية مواجهة مشكلة سوء معاملة الأطفال في المجتمع السعودي . ندوة الطفولة المبكرة، وكالة الوزارة للشئون الثقافية، وزارة التربية والتعليم السعودية، الرياض.

٢٣- المحارب ، ناصر (٢٠٠٠). المرشد في العلاج الإستعرافي السلوكي . الريـــاض : دار الزهراء.

٢٤- المحروسة، فضيله (٢٠٠٨). تأثيرات وعواقب إيذاء الأطفال. بحث مقدم للـــدورة التدريبية للمهنيين المتعاملين مع حالات إساءة معاملة الأطفال (برنـــامج الأمـــان الأسري الوطني) والمنعقدة للفترة من ٢٧-٣- جماد الأول الموافق ١-٤ يونيـــو ٢٠٠٨.

٢٥- محمد، عادل محمد (٢٠٠٠). العلاج المعرفـــي الـــسلوكي، أســـسه وتطبيقاتـــه، القاهرة: دار الإرشاد

٢٦- مختار، رفيق صفوت(٢٠٠١). أبناؤنا وصـــحتهم النفـــسية، دار العلـــم للثقافـــة، القاهرة.

٢٧- مرسي، فاطمة (٢٠٠٣). الضغوط النفسية وأثرها على الطفل، مجلة علم الـــنفس المطمئنة، العدد (٧٣) ص ص ٣-٣٧، القاهرة.

٢٨- موقع منظمة الصحة العالمية على الانترنت
(http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/ar/index.html)

29- Anderson, K. P, Laporte, D. J & Crawford, S (2000) Child Sexual Abuse & Bulimic Symptomatology, Journal of Child Abuse & Neglect, vol 24, No11, Pp. 1495- 1502.

30- Angela, E.W, De Arellano, A and Michael, A (2004) Cognitive Behavioral Treatment for physical Abuse- Related ptsDinan African American child: acase study, Journal of cognitive and Behavioral practice, vol 11 (4), pp. 343-352.

31- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Davis, D., Ottaviani, R., Beck, J., Simon, K., Padesky, C., Meyer, J., and Trexler, L. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press.

32- Brown, R (1985)Social Psychology, Macmillan Company,New York.

33- Bifulco, A moran, PM, Bernazzani. (2002) Adult attachment stylel its relationship to clinical depression, social psychiatry &Psychiatric Epidemiology. Copyright of Bulletinof The Manager Clinic publications inc. Pp 10-50.

34- Candace, A. G, Ruth, S. K & Kelly, M (2000) Extra Familial Sexual Abuse: Treatment of Child Victims & their Families, Journal of Child Abuse & Neglect, vol 24, No1, Pp. 9- 23.

35- Dilillo, D, Perry, A.R& Fortier, M (2006) Child Physical Abuse & Neglect, in: Hersen, M, Thomas, J. C& Ammerman, T, Child Psychopathology , 3rd ed , John Wiley & Sons, Inc, New Jersey.

36- Douglas, M.A, Rivas, V.G & Robert, F (1997) Sexual & Physical Abuse among Men & Women, Journal of Substance Abuse Treatment, Vol 14, No 4, Pp.351- 358.

37- Echo, L. T(1998) Sexual Abuse Trauma among Chinese Survivors, Journal of Child Abuse & Neglect, vol 22, No10, Pp. 1013- 1026.

38- Elizabeth, W & Tutty, L. M (1999) The Efficacy of group treatment for abused children, Journal of Child Abuse & Neglect, vol 23, No1,Pp.31- 44.

39- Fischbach, C & Herbert, G. A (1997) Domestic Violence & Mental Health, Journal of Clinical Psychology, vol 6, Pp. 15- 25.

40- Hall, D. K, Mathews, F& Pearce, J (2002) Sexual Behavior Problems in sexually abused children, Journal of Child Abuse & Neglect, vol 26, Pp. 289- 312.

41- Hersen, M & Gross, A.M (2008) Hand book of Clinical Psychology, John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey.

42- Jacqueline, S.F and Kevin. R.R (2009) Trauma- focused CBT with maltreated children, journal of Australien psychologist, vol 44 (3),pp174-194.
43- Johnson, J .G, Cohen, P, Kasen, S & Brook, J. S (2002) childhood adversities association with risk for eating disorders or weight problems during early adolescence or early adulthood, American Journal of Psychiatry, vol159,No3, Pp.394- 400.
44- Kessler, R.M, White, M. B & Nelson, B.S (2003) Group Treatments for Women Sexually Abused as Children, Journal of Child Abuse & Neglect, vol 27, No6, Pp. 1045- 1061.
45- Kim, J, Talbot, N. L & Dante, C (2009) Child hood Abuse & Current Interpersonal Conflict, Journal of Child Abuse & Neglect, vol 33, Pp. 362- 371.
46- Kolko, D. J, Mammen, O .K & Pilkonis, P. A (2002) Negative affect & Parental Aggression in Child Physical Abuse, Journal of Child Abuse & Neglect, vol 26, Pp. 407- 424.
47- Madu, N. S & Peltzer, K (2000) Risk Factors & Child Sexual Abuse among Secondary School Students in South Africa, Journal of Child Abuse & Neglect, vol 24, No 2, Pp.285- 268.
48- Margaret, T, Legano, L & Palusci, V. J (2009) Child Abuse, John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey.
49- Melissa,R. K,Deb linger,E and steer,R.A (2010) Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: an initial study, journal of child and Family Behavior Therapy, vol 32 (3) pp.169-218.
50- Moran, patricia؛ Bifulco, antonia؛ Ball, caroline؛ Jacobs, catheeine؛ and Ben aim, kaite.(2002) Exploring psychological abuse in childhood :I. Developing new interview Scale. Summer vol. 66 issue 3, 28 Bulletin of the manager clinic, Master File Premier, Pp 213- 10.
51- Moore, R. G & Garland, A (2003) Cognitive Therapy for chronic persistent depression, John Wiley & Sons Ltd, London.
52- Mullin, P.; Martin, J.; Anderson, J. Romans, S. &Others.(1996), The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: A community study. Child Abuse and Neglect, 20(1),7-21.
53- Peleikis, D. E, Mykletun, A & Dahl, A. A (2005) Current Mental Health in women with childhood sexual abuse who had out patient psychotherapy, Journal of European Psychiatry, vol 20m Pp. 260- 267.
54- Pesrce, John, Pezzot,Terry, Pezzot, Pearce. (1996): psycho therapy of abused and Neglected children. The Guilford, New York. London, book.
55- Price, J. L, Hilsenroth, M. J, Callahan, K.L, Patricia, A. J & Bonge, D (2004) Psycho dynamic psychotherapy for adult

survivors of child hood sexual abuse, Journal of Clinica Psychology & Psychotherapy, vol11, Pp.378-391.

56- Sandra, L (2008) Child Sexual Abuse in pregnant & adolescence, Journal of Child Abuse & Neglect, vol 32, No5, Pp. 869- 877.

57- Sandra, A and Kristin,W.H (2005) Cognitive Behavioral approach for child maltreatment and childhood Injury, Journal of pediatric psychology, vol 30 (7),pp. 598-614.

58- Reppucci, Dickson؛ Preston, Britner؛ and Jennifer, Woo lard (1997) Preventing child abuse and Neglect Through Parent Education. American ournal of Psychiatry. Vol. (8) October. Pp. 453-595.

59- Spence, H.S (1994) Cognitive therapy with children & adolescent, Journal of child psychology& Psychiatry, voll1, No2, P.1191- 1227.

60- Veltman, D.J, Ethe, D.T, Johannes, H and Nel,D.(2010) stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho education and cognitive behavioral therapy :a pilot study, child abuse and Neglect, vol 34 (4) pp. 284-288.

61- Williams, J. M (1992) the Psychological Treatment of Depression, Rutledge Company, London.

62- Williamson, D. A, Kohlmaier, J. R & White, and M. (2002) Behavioral Weight Control Therapies, in: Encyclopedia of Psychotherapy, John Wiley & Sons, Ltd, London.

63- Wilmshurst, L (2005) Essentials of child psychopathology, John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey.

64- Zoroglu, S. S, Tuzun,U, Aar, V & Ozturk, K (2003) Suicide attempts & self mutilation among Turkish high school in relation with abuse, neglect & dissociation, Psychiatry and clinical Nero Sciences, vol 57, Pp.119- 126.