كفاءة حلِّ المُشكلاتِ الاجتماعيةِ وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لَدى عينةٍ مِن أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية

إيناس راضي عبد المقصود يونس [١]

الملخص

هدفت الدراسة الحاليَّة إلى الكشف عن كفاءة حل المشكلات الاجتماعية، وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية. والتنبؤ بمكونات حل المشكلات الاجتماعية من خلال القلق والاكتئاب والعمر والنوع ومستوى التعليم. وأيضًا الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية في كفاءة حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب وفقًا للمتغيرات الديموغرافية (العمر – النوع – مستوى التعليم)، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) طفل من أطفال الشوارع المودَعين في المؤسسات الايوائية (٥٣ ذكرًا–٤٧ أنثى). تتراوح أعمارهم بين (١٣–١٨)، وطُبِّقَت قائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة، وقائمة "سبيلبيرجر" لقلق الأطفال، ومقياس "بيك" للاكتئاب. وكشفت النتائج عن وجود علاقة موجبة دالة بين التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب وكل من القلق والاكتئاب لدى أطفال الشوارع. وعدم وجود علاقة دالة بين التوجه الإيجابي نحو المشكلة، وأسلوب الحل العقلاني، والدرجة الكلية لقائمة حل المشكلات الاجتماعية، وكل من القلق والاكتئاب. وكشفت النتائج عن تنبؤ العمر ومستوى التعليم بالتوجه الإيجابي نحو المشكلة وأسلوب الحل العقلاني للمشكلة. كما يتنبأ العمر والنوع ومستوى التعليم بالتوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب التجنب، وأسلوب الاندفاعية/ اللامبالاة، وفى حين لم يتنبأ القلق والاكتئاب بمكونات حل المشكلات الاجتماعية، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيًا في التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب في اتجاه أطفال الشوارع الذين تتراوح أعمارهم بين (١٣–١٥) سنة والإناث وفي مرحلة التعليم الإعدادي، كما توجد فروق دالة إحصائيًّا في القلق والاكتئاب في اتجاه أطفال الشوارع الإناث وفي مرحلة التعليم الإعدادي. ويوجد فروق دالة إحصائيًّا في التوجه الإيجابي نحو المشكلة، وأسلوب الحل العقلاني في اتجاه أطفال الشوارع في مرحلة التعليم الثانوي.

---

١ مُدرس علم النفس الإكلينيكي–كلية الدّراسات العليا للطفولة– جامعة عين شمس للمراسلة :

الكلمات المفتاحية:

كفاءة حل المشكلات الاجتماعية – القلق – الاكتئاب – أطفال الشوارع المودَعون في المؤسسات الإيوائية.

Social Problem–Solving Competence and its Relationship to Anxiety and Depression among a Sample of Street Children Placed in Residential Institutions

Enas Rady Younes[١]

Abstract

This research aims to investigate the Social Problem-Solving Competence and its relationship to Anxiety and Depression among a Sample of Street Children Placed in Residential Institutions, And predicting components of social problem solving by anxiety, depression, age, sex, and educational level, And also, at investigating the differences between the average scores of children street Placed in Residential Institutions in Social problem – solving competence, Anxiety, Depression, According to demographic variables age, sex, educational level. The study sample consisted of (100) street children Placed in Residential Institutions (53 males - 47 females). Ranging from (١٣-18) years old. . The researcher used a measure of social problem – solving inventory revised, Spiel Berger's anxiety inventory to children, and Beck Depression Scale II. The statistical analyzes showed that there is positive significant relationship between negative problem orientation, avoidance style, and impulsivity/carelessness style and each of anxiety, depression in the group of street children. There is no significant relationship between the total score on social problem solving inventory and positive problem orientation and rational problem solving style and each of anxiety, depression. The results revealed that age and educational level predicted the positive problem orientation and rational problem solving style. Moreover,

[1] Lecturer of Clinical Psychology- Faculty of Postgraduate Childhood Studies- Ain Shames University

predicted the age, sex, and educational level for the negative problem orientation and avoidance style and impulsivity/carelessness style. While anxiety and depression did not predict components of social problem solving. Study findings showed that there were statistically significant differences in negative problem orientation, avoidance style, and impulsivity/carelessness style favoring street children aged (13-15) years, females, and in middle school stage. There are significant differences in anxiety and depression favoring street children females, and in middle school stage. There are significant differences in positive problem orientation and rational problem solving style favoring street children in secondary education stage.

Key words: Social Problem−Solving Competence, Anxiety, Depression, Street Children Placed in Residential Institutions

المقدمــة

الأسرة هي المسئولة عن تشكيل السلوك الاجتماعي للأبناء، فهي التي تتبع أساليب تنشئة سوية، ينتج عنها أبناء قادرون على إقامة علاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين والتوافق معهم. كما أنها تؤدي دورًا مهمًّا في إشباع احتياجات الطفل الطبيعية. وقد كشفت نتائج الدراسات عن معاناة الطفل المحروم من الرعاية الوالدية؛ إذ ينعكس هذا الحرمان في شكل ضعف قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية مع المحيطين، وانخفاض شعوره بالأمن النفسي، وارتفاع مستويات القلق، وعدم الاتزان الوجداني.

وتعد مشكلة أطفال الشوارع من المشكلات اللافتة للنظر، كما أنَّها من الظواهر الاجتماعية السلبية، سواء على المستوى المحلي أو العربي أو العالمي في السنوات الأخيرة، وهي أيضًا من المشكلات التي تزداد انتشارًا في المجتمع المصري؛ نظرًا لكثرة التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي يمر بها المجتمع في المرحلة الحالية. وتظهر أهمية هذه المشكلات من خلال تأثيرها السلبي على الاستقرار السياسي والأمني للمجتمع (خضر؛ الدسوقي، ١٩٩٤).

ومما يزيد حجم المشكلة خطورة، أنه لا توجد عنها بيانات وإحصائيات

دقيقة حتى الآن، وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى وجود ما يزيد على (١٥٠) مليون من أطفال الشوارع في العالم موزعين على قارات العالم. إذ يوجد نحو (٤٠) مليون طفل من أطفال الشوارع في أمريكا اللاتينية والوسطى، ويوجد بين (٢٥-٣٠) مليون طفل شارع في آسيا، ونحو (١٠) ملايين منهم في قارة أفريقيا. والباقي موزع على باقي قارات العالم، أما بالنسبة لمصر لا توجد حتى الآن بيانات دقيقة ومحددة حول أعداد وإحصائيات أطفال الشوارع فيها، نظرًا إلى صعوبة حصر هذه الفئة بسبب التنقل المستمر من مكان إلى آخر بالشوارع، وعدم وجود مكان ثابت ودائم للإقامة (عصر، ١٩٩٩؛ الفلكي، ٢٠١٣).

ويتعرض أطفال الشارع إلى مجموعة من التحديات التي دفعتهم للخروج إلى الشارع؛ فهم ينشأون داخل أسر فقيرة ومفككة، وتعاني من الحرمان، وضيق المسكن، وكثرة العدد، يضاف إلى ذلك وجود خلافات وصراعات بين أفرادها. ويتعرض هؤلاء الأطفال إلى جميع أنواع إساءة المعاملة المختلفة داخل أسرهم. كما يلاحَظ انخفاض مستوى تعليم الوالدين، ومعظم هؤلاء الأطفال متسربين من التعليم؛ ومن ثم ينشأ هؤلاء الأطفال في بيئات معطلة لنموهم وتطورهم بصورة سوية، وتجعلهم عرضه لنشأة الاضطرابات والمشكلات السلوكية والانفعالية والنفسية والاجتماعية وفقدان الشعور بالأمن النفسي، ومن ثم سوء التوافق النفسي والاجتماعي، بالإضافة إلى قصور العمليات المعرفية لديهم، ومن ثم يندفع هؤلاء الأطفال هربًا إلى الشارع يحملون بداخلهم مشاعر القلق والاكتئاب والإحباط بحثًا عن مأوى بديل لهم (عصر، ١٩٩٩).

كما يعاني أطفال الشوارع من مجموعة من المشكلات الأكاديمية والبدنية والنفسية التي تؤثر سلبًا على تطورهم الطبيعي، فهُم يتعرضون لمشكلات صحية متعددة مثل التهابات الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي وغيرها من الأمراض. ويعانون أيضًا من مشكلات نفسية كالشعور بعدم الاستقرار، وعدم إشباع احتياجاتهم الأساسية التي تعد جميعها من أهم أسباب الضغوط النفسية

التي يتعرضون لها (Shaw,& Choi, 2019: 168). ومن ثم فهي من فئات المجتمع المهمة التي تحتاج إلى مزيد من الاهتمام بها، وإجراء مزيد من الدراسات عنها بهدف مساعدتها وتخفيف الضغوط النفسية التي يعانون منها، والحد من تأثيرها السلبي عليهم. وتعد المؤسسات الإيوائية، من الجهات التي تؤدي دورًا مهمًّا في تقديم الرعاية للأطفال والمراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية كأطفال الشوارع وغيرهم، وذلك بسبب التفكك الأسري أو الفقر أو سجن الوالدين أو العجز عن تنشئة الطفل، وغيرها من الأسباب المختلفة. وتهدف هذه المؤسسات إلى تقديم الرعاية الإيوائية والمهنية والتعليمية والتربوية والاجتماعية والصحية لهؤلاء الأطفال والمراهقين (العوبلي، ٢٠١١).

وتُعد القدرة على حل المشكلات الاجتماعية إحدى مؤشرات التوافق النفسي، وتعد من ضمن عوامل الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية عندما يكتسبها الفرد في مراحل حياته المبكرة. كما تساعد المهارات الاجتماعية الفرد على تحديد استراتيجيات المواجهة الفعالة وتساعده على تنفيذها بنجاح. وقد توصلت إحدى الدراسات إلى نتيجة مفادها أن قصور القدرة على حل المشكلات الاجتماعية إحدى المؤشرات المهمة للمرض النفسي عمومًا، والاكتئاب على وجه التحديد؛ إذ توجد علاقة سالبة دالة بين القدرة على حل المشكلات الاجتماعية والمزاج السيء والتعلق غير الآمن، كما وجدت علاقة موجبة دالة بين تدريب الفرد على حل المشكلات الاجتماعية وزيادة شعوره بالكفاءة، والسعادة، وجودة الحياة المدركة، وانخفاض الشعور بالضغوط النفسية والحياتية، والتفاؤل، والذكاء الوجداني، وفعالية الذات، وإدراك المساندة الاجتماعية، وزيادة كفاءة التحصيل الدراسي (المغربي، ٢٠١٤).

مشكلة البحث وأهميتها:

كشفت الدراسة التي قام بها المجلس القومي للطفولة والأمومة المصري (٢٠٠٩) بصفتها دراسة مسحية على أطفال الشوارع بمدينة القاهرة، عن وجود ٨٤،٥٪ من أطفال الشوارع بالقاهرة تحت سن ١٨ سنة، منهم ٨٥٪ ذكور،

و١٥٪ إناث، وأن ٥٨٪ من إجمالي الأطفال وافدون من خارج القاهرة، و٢٨٪ لم يلتحقوا بالتعليم، و٤٢٪ كانوا بالمدرسة ثم تركوها، و٧٠٪ من هؤلاء الأطفال لجأوا للشارع منذ سنة (في: عبد الغني، ٢٠١٠). ويمكن من خلال هذه الأرقام أن نستدل على خطورة هذه الظاهرة وآثارها السلبية على المجتمع.

ويتعرض أطفال الشوارع إلى مجموعة كبيرة من الأحداث الضاغطة والشدائد كالفقر، وعدم الاستقرار السكني، كما يعانون من صعوبات تنظيم الذات والقلق وفرط النشاط وصعوبات في الإدراك والانتباه، وقصور في الوظائف التنفيذية وترتفع لديهم معدلات المشكلات السلوكية والوجدانية، وذلك مقارنةً بالأطفال المستقرين مع أسرهم. وقد كشفت نتائج الدراسات عن وجود علاقة موجبة دالة بين البناء الأسري الذي يتصف بالدفء وجودة الرعاية الوالدية، وتحسن التنظيم الذاتي والوظائف التنفيذية وانخفاض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأبناء (حليم، ٢٠١٤؛ Herbers, Cutuli, Monn, Narayan,& Masten, 2014).

وقد أجريت العديد من الدراسات عن أطفال الشوارع؛ فقد توصلت دراسة (محمود، ٢٠١٠) إلى انتشار السلوك العدواني وانخفاض تقدير الذات لدى أطفال الشوارع، ووجود علاقة سالبة دالة بين تقدير الذات والسلوك العدواني. وتوصلت دراسة (موسى، ٢٠٠٩: ٧٠-٧١) إلى انتشار الاضطرابات السلوكية وانخفاض مفهوم الذات وتقدير الذات، وزيادة القلق والعدوانية والانعزالية لدى الأطفال المحرومين من أسرهم عمومًا وأودعوا في مؤسسات إيوائية.

ومن الملاحظ وجود ندرة في الدراسات التي تناولت كفاءة حل المشكلات الاجتماعية لدى أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية، وأيضًا ندرة الدراسات التي تناولت بحث العلاقة بين كفاءة حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب لديهم، وذلك في حدود ما اطلعت عليه الباحثة، وهل يختلف مستوى كفاءة حل المشكلات الاجتماعية ومستوى القلق والاكتئاب لديهم وفقًا لبعض المتغيرات الديموغرافية؟ فأغلب الدراسات التي أجريت سواء على أطفال الشوارع عمومًا أو أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية

كانت تهدف إلى دراسة السلوك العدواني، ودراسة تقدير الذات، ودراسة مفهوم الذات لديهم. وأيضًا من ضمن التساؤلات التي شغلت الباحثة ودفعتها لإجراء الدراسة الحالية، هي: هل أسهم تفاعل أطفال الشوارع مع فئات المجتمع المختلفة خلال تواجدهم في الشارع ثم انتقالهم للعيش داخل المؤسسات الإيوائية، في تطوير قدرتهم على حل المشكلات الاجتماعية التي يواجهونها خلال حياتهم اليومية؟

ومِن خلال العرض السابق تتبلور مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

١- هل هناك علاقة بين كفاءة حل المشكلات الاجتماعية وكل من القلق والاكتئاب، لدى عينة من أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية؟

٢- هل هناك إمكانية للتنبؤ بالمكونات الإيجابية والمكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية، لدى عينة من أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية من خلال القلق والاكتئاب، والعمر، والنوع، ومستوى التعليم؟

٣- هل توجد فروق بين أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية في حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب، وفقًا لبعض المتغيرات الديموغرافية (العمر – النوع – مستوى التعليم)؟

أهداف البحث:

يهدف البحث إلى الكشف عن كفاءةِ حلِّ المُشكلاتِ الاجتماعيةِ وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لَدى عينةٍ مِن أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية. والكشف عن إمكانية التنبؤ بمكونات حل المشكلات الاجتماعية من خلال القلق والاكتئاب وبعض المتغيرات الديمغرافية (العمر، النوع، التعليم)، والتحقق من وجود فروق بين متوسطات درجات أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية في كفاءة حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب وفقًا لبعض المتغيرات الديمغرافية (العمر، النوع، مستوى التعليم).

أهمية البحث:

تظهر أهمية البحث الحالي من خلال الأهمية النظرية والتطبيقية له والتي تتضح على النحو التالي:

أولًا: الأهمية النظرية:

١. وجود ندرة في الدراسات التي أجريت في المجتمع العربي والسياق المحلي – في حدود ما اطلعت عليه الباحثة– عن كفاءة حل المشكلات الاجتماعية وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى أطفال الشوارع.
٢. الإسهام في التأصيل النظري لمفاهيم الدراسة وتوضيح التعريفات الخاصة بها والأطر النظرية المفسرة لها، وإلقاء مزيد من الضوء عليها لدى أطفال الشوارع على وجه التحديد.
٣. دراسة فئة مهمة من فئات المجتمع، وهي فئة أطفال الشوارع، وهم عدد لا يُستهان به في المجتمع المصري، والتي تعد من مشكلات الحياة الاجتماعية الحديثة والمهمة، وذلك بهدف الوقوف على مشكلاتهم المختلفة ومن ثم تقديم المساعدات اللازمة لهم.
٤. يمكن الإفادة من نتائج الدراسة في إجراء مزيد مِن الدراسات والبحوث المستقبلية عن متغير حل المشكلات الاجتماعية خصوصًا، والمهارات الاجتماعية عمومًا لدى عينات أخرى، وكذلك إجراء مزيد من الدراسات عن أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية التي تهدف إلى تحقيق مزيد من الصحة النفسية والعقلية لديهم.

ثانيًا: الأهمية التطبيقية:

١. يمكن الاستفادة من توصيات الدراسة في دعم مراكز استقبال الأطفال وإمكانية إنشاء مراكز إضافية، وذلك لتوفير الخدمات الصحية والاجتماعية للأطفال بلا مأوى لجذبهم بعيدًا عن الشارع تمهيدًا لإعادتهم لأسرهم.
٢. تقديم دورات تدريبية وورش عمل للاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين

والإداريين في المؤسسات ودور الرعاية عن كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال من منظور حقوق الطفل، وكذلك التدريب على أساليب تطوير وتحسين مهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال.

٣. مساعدة المؤسسات المجتمعية في بناء برامج علاجية وإرشادية لأطفال الشوارع في ضوء نتائج هذه الدراسة.

٤. يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في وضع برامج لتحسين كفاءة حل المشكلات الاجتماعية، وكذلك تصميم برامج لخفض القلق والاكتئاب لدى أطفال الشوارع، سواء المقيمين في الشارع أو المودعين في المؤسسات الإيوائية، بما يحقق الارتقاء بالصحة النفسية لهم.

الإطار النظري ومفاهيم الدراسة:

أولًا: مفهوم كفاءة حل المشكلات الاجتماعية[1]

يعرِّف ديزوريلا ونيزو **المشكلة** بأنها أي موقف أو مهمة (حالية أو متوقعة) تمنع الفرد من تحقيق أهدافه، ويتطلب استجابة توافقية لحل المشكلة.

وتعرف حل المشكلات: بأنها العملية السلوكية المعرفية الموجهة ذاتيًا والتي يحاول الفرد من خلالها التعرف أو اكتشاف حلول فعالة أو توافقية لحل المشكلات التي يتم مواجهتها في الحياة اليومية (McGuire, 2005: 4; Argus,& Thompson, 2008).

والهدف من وصف المشكلة بأنها اجتماعية في مفهوم **حل المشكلات الاجتماعية**، هو الإشارة إلى ضرورة التركيز على المشكلات التي يتم مواجهتها في الحياة اليومية، وفي البيئة الاجتماعية التي نعيش فيها، التي تضم المشكلات الشخصية وغير الشخصية، وصولًا إلى المشكلات المجتمعية، ومن ثم فهو يؤكد السياق الشخصي والاجتماعي الذي يحدث خلاله حل المشكلات الحياتية التي تحدث على أرض الواقع (Erozkan, 2014).

(1) Social Problem-Solving Competence

وقد أشار ديزوريلا ونيوزو (D'zurilla& Nezu,1990) إلى أن المشكلة الاجتماعية هي المشكلات التي تحدث في البيئة الاجتماعية للفرد، ويعتمد حل هذه المشكلة على المهارات الاجتماعية المكتسبة وعلى عمليات التعلم الاجتماعي، وتضم المشكلات الاجتماعية كل المشكلات الحياتية الناتجة عن التفاعل الاجتماعي بين الأفراد وداخل الجماعات الصغيرة والمشكلات المجتمعية.

وتُعرف **مهارات حل المشكلات الاجتماعية** بأنها عملية معرفية وجدانية سلوكية يقوم الفرد خلالها باكتشاف أو تحديد أساليب فعالة لمواجهة المشكلات التي يواجها الفرد في حياته اليومية، وتتكون هذه المهارة من قدرات معرفية وسلوكية في تحديد المشكلات وتوليد الحلول البديلة وتقييمها، وتنفيذ الحل ومراقبة التقدم وتقييمه وتقويمه (عبد الستار، ٢٠١٥؛ Ozdemir, Kuzucu,& Koruklu, 2013). وقد عرَّف هبنر وزملاؤه (٢٠٠٧) **المشكلات الاجتماعية** بأنها نشاط موجه يتضمن جوانب معرفية ووجدانية وسلوكية يهدف إلى تغيير سبب المشكلة الضاغطة (المغربي، ٢٠١٤).

كما تعرف حل المشكلات الاجتماعية بأنها عملية سلوكية معرفية موجهه ذاتيًّا يحاول الفرد من خلالها اكتشاف أو تحديد أساليب فعالة توافقية يستطيع الفرد من خلالها مواجهة المواقف المشكلة التي يواجهها في حياته اليومية. وتعد القدرة على حل المشكلات من أكثر السمات التي تميز الفرد عند مواجهة المشكلات في حياته اليومية (D'zurilla, Maydeu-Olivares,& Kant, 1998). **وهو التعريف الذي تتبناه الباحثة في الدراسة الحالية.**

وتعرف الباحثة حل المشكلات الاجتماعية إجرائيًّا؛ بأنها الدرجة التي يحصل عليها المشارك في قائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة المستخدمة في الدراسة الحالية.

ويعتمد النجاح في حل المشكلات الاجتماعية على عدد من العوامل المهمة، من ضمنها معتقدات الفرد وأفكاره حول قدرته على حل المشكلات

(توجهه نحو المشكلة)، بالإضافة إلى قدرته على إيجاد حلول فعالة للمشكلات (Mia Romanoa, Moscovitcha, Maa,& Huppert, 2019).

النماذج النظرية المفسرة لآليات حل المشكلات الاجتماعية:

(أ) نموذج العوامل الخمسة لحل المشكلات الاجتماعية:

عرض ديزوريلا وجولدفريد (١٩٧١) نموذجًا لحل المشكلات الاجتماعية، فقد افتراض أن حل المشكلة عملية سلوكية تهدف إلى تقديم العديد من البدائل لمواجهة الموقف المشكل؛ ما يزيد من احتمالات اختيار الحل الكفء من بين البدائل المطروحة للحل. قد أكد ديزوريلا، ونيزو، ومايدي أولفيرا (D'Zurilla, Nezu,& Maydeu- Olivares, 2004) في نموذج العوامل الخمسة لحل المشكلات الاجتماعية على وجود مكونين للقدرة على حل المشكلات الاجتماعية، هما: التوجه نحو المشكلة وأساليب حل المشكلة.

المكوَّن الأول التوجه نحو المشكلة: يمكن تعريفه بأنه عملية ما وراء معرفية تتضمن تفعيل مجموعة من المخططات المعرفية الوجدانية المستقرة نسبيًّا، والتي تتضمن معتقدات الفرد العامة وتقييماته وطرق تفكيره ومشاعره حول المشكلة التي يمر بها، كما تتضمن إدراك الفرد لقدرته على حل هذه المشكلات التي تواجهه، ويفترض أن التوجه نحو المشكلة يؤدي دورًا أساسيًّا في تكوين الدوافع لحل المشكلات الاجتماعية، فقد يؤدي توجه الفرد نحو المشكلة إلى تيسير حلها أو منع حلها وتعطله.

ويتكون التوجه نحو المشكلة من مكونين فرعيين هما التوجه الإيجابي نحو المشكلة والتوجه السلبي نحو المشكلة

التوجه الإيجابي نحو المشكلة: ويشتمل على الميول العامة نحو المشكلة، وتُقيَّم المشكلة على أنها تحد ويمكن حلها، والاعتقاد بأن الحل الناجح للمشكلات يحتاج إلى وقت وجهد ومثابرة.

التوجه السلبي نحو المشكلة: يتضمن مجموعة من الميول العامة، إذ

تعد المشكلة مصدرًا للتهديد، كما يشك الفرد في قدرته على حل المشكلات، ويعتقد بأنها غير قابلة للحل ويشعر الفرد بالانزعاج والإحباط عندما تواجه مشاكل خلال حياته اليومية (Belzer, D'Zurilla,,& Maydeu-Olivares, 2002; Hasegawa& et al, 2018).

المكون الثاني لحل المشكلات الاجتماعية هو أسلوب حل المشكلات ويتضمن على ثلاثة أساليب لحل المشكلات وهي:

- أسلوب الحل العقلاني للمشكلة.- أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة. - وأسلوب التجنب.

ويشير الأسلوب الأول إلى المعالجة الكفء لحل المشكلة الاجتماعية، بينما يشير الأسلوبان الثاني والثالث إلى وجود قصور في القدرة على حل المشكلات الاجتماعية. وفيما يلي عرض أساليب حل المشكلات بمزيد من التفصيل.

أسلوب الحل العقلاني للمشكلة: هو نمط سلوكي معرفي يتضمن التطبيق المنهجي لمهارات حل المشكلات، وهو التنفيذ المنظم والمنطقي والمقصود للمهارات الفعالة لحل المشكلات الاجتماعية، ويتكون هذا الأسلوب من أربع مهارات، هي: تعريف المشكلة وتحديدها، وتوليد حلول بديلة، واتخاذ القرار، وتنفيذ الحل وتقيمه للتحقق من كفاءته (D'Zurilla, Nezu,& Maydeu-Olivares, 2004: 9). ويتم فيه إيجاد حلول فعالة للمشاكل بطريقة تقوم على العقلانية والمنهجية والدراسة والتطبيق الفعال لمهام وخطوات حل المشكلات (Hasegawa& et al, 2018).

أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة: هو نمط سلوكي معرفي غير ملائم في حل المشكلات، ويتم فيه القيام بمحاولات نشطة في تنفيذ أساليب واستراتيجيات حل المشكلة التي تتسم بعدم المبالاة، والاندفاعية، والتسرع، وعدم الاكتمال للنهاية. ويتصف الشخص الذي يتبع هذا الأسلوب عند حل المشكلات الاجتماعية التي تواجهه، بأنه يقدِّم بدائل قليلة لحل المشكلة، وينفذ أول فكرة تطرأ على ذهنه.

وأما أسلوب التجنب: يعرف بأنه نمط سلوكي معرفي مضطرب في حل المشكلات يميل فيه الفرد إلى السلبية والتسويف وتأجيل حل المشكلات لأطول وقت ممكن والاعتماد على الآخرين وإلقاء مسئولية حل المشكلة عليهم بدلًا منه، كما يميل الفرد إلى تجنب المشكلة والهروب منها أكثر من مواجهتها ويؤجل تقديم الحلول، أملًا في أن تحل بمفردها ودون تدخل منه. (D'Zurilla, Nezu,& Maydeu- Olivares, 2004: 11; Becker-Weidman., Jacobs, Reinecke, Silva,& March, 2010). وتتبنى الباحثة نموذج العوامل الخمسة لحل المشكلات الاجتماعية في هذه الدراسة.

وتعكس الدرجة المرتفعة على المكونين الإيجابيين، وهما: التوجه الإيجابي نحو المشكلة، وأسلوب الحل العقلاني للمشكلات، فاعلية وكفاءة عالية في القدرة على حل المشكلات الاجتماعية. بينما تعكس الدرجة المرتفعة على باقي المكونات السلبية كالتوجه السلبي نحو المشكلات، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب، انخفاض كفاءة الفرد في حل المشكلات الاجتماعية (محمود، ٢٠١٢).

الخصائص والصفات التي يتميز بها الأفراد داخل كل مكون من مكونات حل المشكلات الاجتماعية

- يتصف الشخص الذي يحصل على درجة مرتفعة على التوجه الإيجابي نحو المشكلة، بالميل نحو إدراك المشكلة على أنها تحدٍ وفرصة للاستفادة، ويعتقد أن أي مشكلة يوجد حل لها، ويثق في قدرته على حل المشكلة بنجاح، ويدرك أن أي حل ناجح لأي مشكلة، يحتاج إلى مزيد من بذل الوقت والجهد.
- في حين يتصف الشخص الذي يحصل على درجة مرتفعة على التوجه السلبي نحو المشكلة، بعدم قدرته على تحمُّل المشكلات التي يواجها، ويشعر دائمًا باليأس والإحباط عندما تصادفه أي مشكلة، ويشكك في قدرته على حل المشكلات نتيجة انخفاض ثقته في نفسه وانخفاض ثقته في قدراته

وإمكانياته على حلها، وينظر إلى المشكلة على أنها مصدر للتهديد.

- أما الشخص الذي يحصل على درجة مرتفعة على أسلوب الحل العقلاني للمشكلة، فيتصف بأن لديه قدرة مرتفعة على تحديد المشكلة وصياغتها، وإنتاج بدائل للحل واتخاذ القرار المناسب وتنفيذ الحل والتحقق منه وتقييمه.
- كما يتصف الفرد ذو أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة بأنه متسرع، وإنْ كان لديه بدائل لحل المشكلة، فإنها بدائل قليلة لحل المشكلات ويفشل في تقييم العواقب المترتبة على كل بديل من بدائل هذه الحلول.
- ويتصف الشخص ذو أسلوب التجنب، بأنه يميل إلى التسويف والسلبية، ويحاول إلقاء مسئولية حل المشكلات على الآخرين، ويعد أسلوب الاندفاعية/ اللامبالاة، وأسلوب التجنب هما نمط من أنماط الخلل السلوكي (عبد الستار، ٢٠١٥؛ Londahl, Tverskoy,& Dzurilla, 2005).

(ب) نموذج "نانسي جورا" لمعالجة المعلومات في حل المشكلات الاجتماعية

قدَّمت نانسي جورا نموذجًا لتفسير عملية معالجة المعلومات الاجتماعية لدى الفرد ودور المعتقدات في تفسير الفرد للموقف الاجتماعي، فهي ترى أن كل خطوة في حل المشكلة تعكس تقييم الفرد لمختلف الحلول ولمهاراته المعرفية.

وقد افترضت جورا وسلابي (١٩٨٨) وجود ستة مكونات لعملية معالجة الفرد لمشكلاته الاجتماعية وهي:

البحث عن المعلومات، وتحديد المشكلة، واختيار الهدف، وتقديم حلول بديلة، وتوقع العواقب، وصدور الاستجابات ذات الأولوية. وترى الباحثتان جورا وسلابي، أنه عندما يعتقد الفرد بأن السلوك الذي يصدره سوف يؤدي إلى نواتج مرغوبة، يترتب على هذا الاعتقاد دفع الفرد للقيام بهذا السلوك، كما تفترضان أن المهارات المعرفية والمعتقدات والأفكار التي يمتلكها الفرد تعد من المتغيرات الوسيطة التي تتوسط العلاقة بين إدراك المشكلة الاجتماعية وإيجاد حلول لها (في: المغربي، ٢٠١٤).

ثانيًا: القلق[1]:

يعد القلق والاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا في مرحلة المراهقة، ويعدان السبب الرئيسي للقصور المرتبط بالصحة العقلية؛ إذ ينتشر القلق بنسبة ١٠،٧٪ في مرحلة المراهقة، وينتشر الاكتئاب بنسبة ٦،١٪ في مرحلة المراهقة. وتتزايد هذه النسبة عندما ترتبط باضطرابات النوم التي يمكن أن تصل إلى ١٥-٣٥٪ لدى الأطفال والمراهقين المقيمين مع أسرهم، أو الأطفال المودعين في المؤسسات الإيوائية (Van Dalen,& et al, 2020).

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) **القلق** بأنه خوف أو توتر وضيق يصدر نتيجة توقع خطر ما غير معروف مصدره وسببه غير واضح، وغالبًا ما يصاحب القلق والخوف عدد من التغيرات الفسيولوجية (American psychiatric association, 1994: 435).

ويعرف القلق بأنه هو حالة انفعالية غير سارة وشعور بالتهديد وعدم الراحة والاستقرار، وهو أيضًا إحساس بالتوتر، وخوف مستمر غير مبرر من الناحية الموضوعية، وغالبًا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطرًا حقيقيًّا، والتي لا تخرج في الواقع عن حيز الحياة العادية، ولكن يستجيب لها الفرد الذي يعاني من القلق، كما لو كانت مواقف من الصعب مواجهتها والتصدي لها (مكتب الإنماء الاجتماعي، ١٩٩٥)، وهي ظاهرة شائعة لدى الأطفال والمراهقين (عبد الغني، ٢٠٠٧).

وقد أشار **بيك (Beck) إلى القلق** بأنه أحد الاضطرابات الانفعالية الناتجة عن اضطراب في تفكير الفرد، فطريقة تفكير الفرد وطريقة تفسيره للأحداث المحيطة به تعد من العوامل الأساسية في الاضطراب الانفعالي، إذ ينشغل الفرد القلق بفكرة أساسية وهي وجود خطر داهم يهدد صحته، وأسرته

(1)Anxiety

وممتلكاته ومكانته الاجتماعية ومركزه المهني وغيرها من أشكال التهديدات. كما يعد التفكير المأساوي من الأخطاء المعرفية الشائعة لدى مريض القلق، وهي تعني توقع أسوأ النتائج لأي موقف من المواقف التي سيمر بها، والمبالغة في تقدير المخاطر المحتمل حدوثها أو التعرض لها في المستقبل، تجعل الفرد يشك دائمًا في قدرته على المواجهة والمقاومة، ما تسبب له القلق باستمرار (الشطي، ٢٠١٥).

القلق بصفته حالة وبصفته سمة: يقصد بالقلق بصفته حالة بأنه وصف لحالة انفعالية غير سارة تتصف بمشاعر التوتر والكدر أو الهم ويُحفَّز فيها الجهاز العصبي المستقل أو اللا إرادي. وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص مثيرًا أو موقفًا معينًا على أنه يمكن أن يسبب الأذى أو التهديد أو الخطر بالنسبة له، بينما يقصد بالقلق بصفته سمة بأنه الفروق الفردية الثابتة نسبيًّا في الاستهداف للقلق بوصفه سمة في الشخصية (عبد الخالق، ١٩٩٤).

ويعرف عبد الخالق حالة القلق بأنها خبرة وقتية متغيرة ومرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب هنا والآن، أما سمة القلق فتشير إلى ميل أو تهيؤ أو سمة ثابتة نسبيًّا في الشخصية فهي تهدف إلى تقدير ما يشعر به المفحوص بوجه عام (عبد الخالق، ١٩٨٤). **وتتبنى الباحثة في الدراسة تعريف عبد الخالق للقلق بصفته حالة.**

وتعرفه الباحثة إجرائيًّا بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المشارك في اختبار القلق بصفته حالة المستخدم في الدراسة الحالية.

مظاهر القلق: للقلق عدة **مظاهر منها الفسيولوجية** وتنعكس في الألم المعدة، والإحساس بالصداع، واحمرار الوجه، وسرعة ضربات القلب، وزيادة إفرازات العرق، وصعوبة التنفس؛ أما **المظاهر الانفعالية** فتظهر في هيئة أحلام مزعجة، وسرعة الغضب، والعصبية، والحساسية الانفعالية، والمخاوف المرضية؛ وتنعكس **المظاهر المعرفية** في هيئة ضعف التركيز، واضطراب التفكير؛ وتكون **المظاهر الاجتماعية** على هيئة الإحساس بالعزلة والوحدة،

واضطراب العلاقات الاجتماعية كما تتأثر مهارات الفرد الاجتماعية سلبًا (عبد الغني، ٢٠٠٧).

الفرق بين القلق والاكتئاب

فرَّق **بيك، إيمري، جرين بيرج** (١٩٨٥) Beck, Emery,& Greenberg بين القلق والاكتئاب، فالتكوين المعرفي الذي يتسم بتوقع الفرد للمخاطر والشعور بالتهديد النفسي والاجتماعي والجسمي، غالبًا ما يرتبط بالقلق، أما التكوين المعرفي المتسم بفقدان الأمل والحزن والتشاؤم والشعور بعدم القيمة وعدم الكفاءة والتوجه السلبي نحو الذات والعالم والمستقبل، فهو يرتبط بالاكتئاب(Beck, Emery,& Greenberg, 1985: 4- 8) .

ثالثًا: الاكتئاب[1]

عرَّف **بيك (Beck) الاكتئاب** بأنه حالة انفعالية مضطربة تتصف بانخفاض في الحالة المزاجية للفرد، ويعبَّر عنها من خلال الشعور بالعزلة وقلة النوم وبعض التغيرات الواضحة في الوزن، وقد تصبح ردود أفعال الشخص بطيئة للمثيرات (Beck, 1976).

ويعرف **الاكتئاب** بأنه اضطراب نفسي يسبب انخفاض الحالة المزاجية للفرد، وفقدان الاهتمام بالأمور الشخصية والحياتية، وفقدان الطاقة وضعف الجهد والنشاط، وحدوث تغيرات في الشهية للطعام والوزن والنوم، ويصاحبه وجود صعوبة في التفكير والتركيز وشيوع أفكار حول الشعور بالذنب، والضعف، والتردد، والتفكير بالموت أو الانتحار (مقداد، ٢٠١١).

كما يعرف "بيك" الاكتئاب بأنه خبرة معرفية وجدانية تظهر في هيئة أعراض الحزن، والتشاؤم، والشعور بالوحدة، والعزلة الاجتماعية وتصور سالب للجسم وعدم احترام الذات ونقدها، والتهيج والاستثارة، والأفكار الانتحارية، وفقدان الاهتمام والشغف، والتردد والشعور بانعدام القيمة، وفقدان النشاط

(1) Depression

والطاقة، وتغيرات في النوم والشهية، وصعوبة في التركيز، والإرهاق والإجهاد، والشعور بالغضب، وفقدان الاهتمام بالجنس (عبد الفتاح، ٢٠٠٠ أ).

وهو التعريف الذي تتبناه الباحثة في الدراسة:

وتعرِّفه الباحثة إجرائيًّا بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المشارك في "قائمة بيك لاكتئاب الأطفال" المستخدم في الدراسة الحالية

أعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين

يشخِّص الطفل بأنه مكتئب عندما يظهر لديه خمسة أعراض على الأقل موجودة لمدة أسبوعين على الأقل وهذه الأعراض هي: مزاج مكتئب أو حزن، فقدان الاهتمام أو الاستمتاع، فقدان الوزن أو زيادته، الأرق أو فرط النوم، التعب والإرهاق أو انخفاض مستوى النشاط والطاقة، فرط النشاط أو انخفاضه، الشعور المفرط بانعدام القيمة، صعوبة التركيز واتخاذ القرار، التفكير أو التخطيط للانتحار، الشعور بصعوبة القيام بأداء الأعمال والمهام المطلوبة منه رغم بساطتها، الشكوى المتكررة من الأمراض والآلام الجسمية، قصور في العلاقات الاجتماعية والمهارات الاجتماعية، الشعور بالذنب، اضطرابات في الشهية، وجود أفكار سلبية حول الذات وحول الآخرين. ولا بد أن تؤثر هذه الأعراض على المجالات الاجتماعية أو الدراسية أو المهنة (المحارب، ٢٠٠٥؛ Goetz, 2000).

رابعًا: أطفال الشوارع(١)

سُمِّي أطفال الشوارع بعدة مسميات مختلفة في بعض الدول، وإنْ كانت جميعها متشابهة وتشترك في عدد من الخصائص والصفات؛ ففي الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، يُطلِقون عليهم "أطفال أو شباب بلا مأوى"، وفي البرازيل يطلقون عليهم "الأطفال المهملون". وفي المكسيك يطلقون عليهم "الأطفال المتخلى عنهم من قِبل أسرهم"، وفي مصر يطلقون عليهم "أطفال بلا

(1)Street Children

مأوى"، و"أطفال الشوارع"، و"الأطفال الهامشيون"، و"الأحداث المعرضون للانحراف"، و"الأطفال المعرضون للخطر"، و"أطفال بلا أسر" و"أطفال بلا حماية" (عبد الغني، ٢٠١٠؛ حسن، ٢٠١٥).

يعرِّف فهمي أطفال الشوارع بأنهم الأطفال الذين يقل عمرهم عن١٨ سنة، ويعيشون وينامون ويأكلون في الشارع، منهم من لا يعمل، وبعضهم الآخر يعمل في الشوارع بصورة غير رسمية وغير مرخصة به، وعلاقتهم بأسرهم غالبًا إما متقطعة أو مقطوعة (فهمي،٢٠٠٧: ٣٤).

وتعرف منظمة الصحة العالمية طفل الشارع بأنه الطفل الذي يقضي كل وقته أو معظمة بالشارع، نتيجة ظروفه غير المناسبة لحياته السوية مثل باقي الأطفال. وقدمت الصحة العالمية تصنيفًا لأطفال الشارع من حيث ارتباطهم أو انفصالهم عن الأسرة، فقد عُرِّف هؤلاء الأطفال بأنهم الذين يقضون معظم أو بعض أوقاتهم في الشارع أو كل أوقاتهم فيه. وقد يستمر أو تنقطع صلتهم بالأسرة تمامًا (في: فهمي، ٢٠٠٩: ١١).

ووفق تعريف منظمة اليونيسيف ينقسم أطفال الشوارع إلى: أطفال عاملين في الشوارع طوال ساعات النهار ثم يعودون إلى أسرهم للمبيت، وأطفال تنقطع صلاتهم مع ذويهم ويكون الشارع مصدرًا للدخل والبقاء، **وهنا يجب التمييز بين فئتين من أطفال الشوارع:**

١- الأطفال الذين يعيشون في الشارع[1] أي الذين يتصف وجودهم في الشارع بالاستمرارية.

٢- الأطفال الذين يعيشون على الشارع[2] الذين يمارسون مهنًا هامشية في الشارع، ولكنهم في الوقت نفسه على اتصال بأسرهم، ويقضون جزءًا من اليوم في سكن يجمعهم مع الأسرة (حسين، الحسناوي، ٢٠١٩؛ الخولي، ٢٠١٢).

(1) Children living on the street
(2) Children living off the street

كما عرَّف المجلس القومي للطفولة والأمومة طفل الشارع بأنه الطفل الذي عجزت أسرته عن إشباع حاجاته الجسمية والنفسية والصحية والثقافية وغيرها من الحاجات، نتاجًا لواقع اجتماعي واقتصادي تعايشه الأسرة في ظروف اجتماعية أشمل تدفع بالطفل للشارع كمأوى بديل معظم أو كل الوقت بعيدًا عن أي نوع من أنواع الرعاية والحماية، وذلك لمحاولة إشباع حاجاته من أجل البقاء، مما يعرضه للخطر والاستغلال والحرمان من الحصول على حقوقه الأساسية، وقد يتعرض للمساءلة القانونية (المجلس القومي للطفولة والأمومة، ٢٠٠٣؛ الفلكي، ٢٠١٣).

ويُعرف أطفال الشوارع المحرومون من الرعاية الأسرية: بأنهم الأطفال الذين ترعاهم مؤسسات أو جمعيات للإيواء، بدلًا من الوالدين بسبب السجن أو التفكك الأسري أو الإدمان، وغيرها من الظروف التي تؤدي إلى حرمان هؤلاء الأطفال من رعاية والديهم (محمد، ٢٠٠٦). **وهو التعريف الذي تتبناه الباحثة في الدراسة.**

وتعرِّف الباحثة أطفال الشوارع المودعين بالمؤسسات الإيوائية إجرائيًّا بأنهم الأطفال الذين أجبرتهم ظروف الحياة على ترك منازل أسرهم واللجوء إلى الشارع ليعيشوا ويأكلوا وينام على الأرصفة، ويقيموا في الأماكن العامة، وهُم بلا عائل ويعتبرون الشارع بيتًا لهم، ويعملون في الشارع بصورة غير رسمية وغير مرخصة، وقضوا فترة زمنية من حياتهم في الشارع قبل التحاقهم بإحدى المؤسسات الإيوائية بهدف تلقي الرعاية اللازمة لهم، تمهيدًا لدمجهم في المجتمع، وتتراوح أعمارهم بين (١٣-١٨) سنة.

نسبة انتشار أطفال الشوارع

تعد ظاهرة أطفال الشوارع من الظواهر الاجتماعية شديدة الأهمية وتنمو وتتطور على مستوى الدول الفقيرة والدول الغنية، فهي ظاهرة عالمية تختلف أسبابها من دولة لأخرى. وتوجد صعوبة في إحصاء العدد الفعلي لظاهرة أطفال الشوارع، لوجود اختلاف حول تحديد مفهوم أطفال الشوارع، بالإضافة إلى

صعوبة الوصول لجميع هؤلاء الأطفال لعدم وجود أماكن دائمة وثابتة لهم، ورغم ذلك توجد تقديرات تشير إلى أن عدد أطفال الشوارع في العالم يتراوح بين ١٠٠ إلى ١٥٠ مليون طفل، ويتراوح عدد أطفال الشوارع في العالم العربي ما بين ٧ إلى ١٠ ملايين طفل. وتعد مصر من الدول التي تبرز فيها مشكلة أطفال الشوارع وتتزايد مع تزايد التعداد السكاني والنزوح من الريف إلى الحضر وزيادة المناطق العشوائية. وتقدَّر نتائج بعض الدراسات عدد أطفال الشوارع في مصر بنحو ١،٥ مليون طفل (أحمد، ٢٠١٣)، في حين أشارت (وزارة التضامن الاجتماعي، ٢٠١٩) إلى أن عدد أطفال الشوارع قد يبلغ (١٦ ألف طفل) معظمهم يتركز في الحضر بنسبة ٨٨ ٪ وأغلبهم من الذكور بنسبة ٨٣٪. ونلاحظ وجود أرقام مختلفة حول هذه الفئة وحول نسب انتشارها ويمكن القول إنه يرجع هذا الاختلاف، نظرًا لصعوبة حصر هذه الفئة لأنها دائمة التنقل بالشارع من مكان لآخر وعدم وجود مكان ثابت أو دائم للإقامة.

المراحل التي يمر بها الطفل للعيش في حياة الشارع:

يمر الطفل بأربع مراحل رئيسة منذ بداية تفكيره في ترك الأسرة، إلى تحوله واعتماده الكلي على حياته في الشارع، وذلك كالآتي:

١-مرحلة **الضغوط والبحث عن بديل للأسرة:** وهي المرحلة التي يتعرض فيها الطفل للكثير من المشكلات داخل الأسرة، ويتعرض فيها للإساءة والعنف بكل أشكاله، بالإضافة إلى عدم إشباع احتياجاته، فيبدأ في التفكير والبحث عن بديل للأسرة.

٢-مرحلة **التفكير في الانفصال عن الأسرة:** وفي هذه المرحلة يشعر الطفل بأنه لا يستطيع تحمُّل مزيد من الضغوط الأسرية، وفي الوقت نفسه لديه شعور بالخوف الشديد من البقاء في الشارع، وعدم القدرة على التوافق مع الحياة في الشارع.

٣-**مرحلة التردد والتنقل فيما بين الأسرة والشارع:** وفي هذه المرحلة يتنقل الطفل ما بين الحياة مع أسرته وشعوره بعدم القدرة على التوافق معها وبين

الحياة في الشارع، ويحاول المقارنة بين مميزات وعيوب الحياة مع الأسرة وفى الشارع، وتتصف هذه المرحلة بالهروب المتكرر من البيت والتعرض لعدة أزمات كأزمة البحث عن الذات، وأزمة الشعور بعدم الانتماء، ومحاولة البحث عن الأمن والحماية.

٤-**مرحلة التعود الكامل على حياة الشارع:** وفيها يكتسب الطفل مفاهيم ومعايير أطفال الشوارع وقيمهم ومهاراتهم، والاندماج معهم، واعتبار الشارع هو الحياة والثقافة البديلة عن الأسرة، وهكذا تتحول جماعة أطفال الشوارع إلى نسق يحل محل الأسرة (القريطي، ٢٠١٣؛ حسن، ٢٠١٥).

الأسباب المؤدية لظاهرة أطفال الشوارع:

١-**الأسباب الخاصة بالطفل نفسه:** كالميل إلى المغامرة وحب الاكتشاف، والهروب من الضغوط الوالدية وأساليب المعاملة الوالدية السلبية، وتقليد رفقاء السوء، وعدم القدرة على التوافق مع الظروف الأسرية الصعبة، والتمرد والرغبة في الاستقلال، وحب التملك، وعدم إشباع حاجات الطفل المختلفة، والصورة السلبية عن الأم، وقد يكون الشارع عنصرَ جذبٍ للأطفال لما يحتويه من خبرات جديدة ومغامرات الإشباع العاطفي.

٢- **الأسباب الأسرية:** تضمنت انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة، وخروج الطفل إلى العمل في سن مبكرة، وتعاطى أحد الوالدين أو كليهما للمخدرات، والتفكك الأسري، وتصدع الأسرة بسبب اليتم أو الطلاق أو السجن أو الهجر وتشتت الأبناء، وسوء المعاملة والعنف المنزلي من الأبوين أو الأقارب المحيطين للأبناء، والتمييز بين الأبناء والتفرقة في المعاملة أو اتباع الوالدين لأساليب معاملة والدية سلبية كالقسوة والعقاب المستمر وما تسببه من اضطرابات نفسية للأبناء كالقلق والاكتئاب، وكبر حجم الأسرة، وغياب العائل، والإقامة لدى الأقارب نظرًا لغياب الوالدين، إما بسبب الوفاة أو الانفصال أو للعمل في الخارج؛ ما يؤدي إلى ضعف المتابعة للأطفال، ومن ثم الهروب إلى الشارع، وقد يكون تعاطي الآباء للمخدرات أو طبيعة

عمل الآباء كالأعمال المنحرفة سببًا في انحراف الأبناء وهروبهم إلى الشارع.

٣- **الأسباب المجتمعية وتضمنت** زيادة معدلات الهجرة من الريف إلى المدينة، والحرمان من التعليم أو التسرب منه، وانخفاض مستوى المعيشة، والعجز عن توفير الاحتياجات الأساسية للطفل، والبطالة، وانتشار العشوائيات، والعيش في بيئة اجتماعية سيئة يعيش بها المنحرفون، ما يؤدي إلى انحراف الأطفال بسبب مخالطة الأبناء للمنحرفين المقيمين في هذه الأماكن العشوائية (صالح؛ شاكر، ٢٠١٩؛ ناجي، ٢٠٢٠؛ الحامد، ٢٠١٩؛ حسن، ٢٠١٥؛ حافظ، ٢٠١٠؛ عصر، ٢٠٠٠: ١٦٤).

الصفات التي يتسم بها أطفال الشوارع:

يتسم أطفال الشوارع بمجموعة من الصفات وهي كالتالي:

الشعور القوي بالتدني وانخفاض تقدير الذات، القلق وعدم الشعور بالأمن النفسي والطمأنينة النفسية، عدم الاكتراث بالأعراف والتقاليد والقانون والضوابط الاجتماعية، الإصابة بعدد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية كالسرقة والكذب والشغب والتخريب، الشعور بالحرمان، الشعور بالقلق والاكتئاب والإحباط واليأس وعدم القدرة على تحمل الإحباط، الاعتماد على المواد النفسية، سوء التوافق الاجتماعي، والعنف الزائد والعدوانية، والرغبة في العمل ضد المجتمع، ضعف الشعور بالانتماء، الاندفاعية، وفقدان الضبط والتوجيه الذاتي، الشعور بالخوف والتهديد والوحدة، الإحساس بالنبذ والرفض، والإقصاء والتهميش، اضطراب في النوم، تأخر النضج الاجتماعي والمهارات الاجتماعية، وقصور العمليات المعرفية، النظرة التشاؤمية نحو الحياة والناس. قصور تنظيم الانفعالات، النزعة للإشباع الفوري للرغبات، وضعف القدرة على تأجيل إشباع الاحتياجات، وعدم الثقة بالنفس، والعزلة وانخفاض العزيمة، تأخر دراسي ووجود صعوبات تعلم لديهم، وتسرب من التعليم، وعدم القدرة على أداء الأعمال بكفاءة، وقصور مهاراتهم التنظيمية، حب التملك والسيطرة، عدم

التركيز وسرعة تشتت الانتباه، ليس لديهم مبدأ الصواب والخطأ بسبب غياب المسئول عن توجيههم، انخفاض مستوى الطموح، عدم القدرة على إقامة علاقات سوية مع الآخرين، بل يندمجون في شلل ومجموعات يشعرون من خلالها بالأمن والطمأنينة، وغير سعداء ولا يمكنهم مواجهة مشاكلهم والاندفاعية، وعدم المثابرة وقصور التفاعلات الاجتماعية مع الغير، الشعور بالغضب تجاه الوالدين بسبب عدم قيامهما بدورهما تجاه طفلهما وإشباع حاجاته، ضعف القدرة على حل المشكلات التي تواجههم، غير قادرين على اتخاذ القرارات الملائمة، واضطراب المزاج، وإيذاء الذات، ولديهم مفهوم ذات سلبي، ولديهم فقدان الثقة بالنفس والآخرين، كما أنهم يهربون من المشكلات التي تواجههم في حياتهم، بدلًا من مواجهتها والبحث عن حلول لها. أما **المشكلات الاجتماعية** فهم يعانون من الفقر والجهل وسوء التغذية ولديهم انخفاض في إشباع احتياجاتهم النفسية والمادية ما يدفعهم إلى السرقة والكذب والعنف والسرقة، يجدون صعوبة في تكوين صداقات ويعانون من ضعف مهارات التواصل مع الأخرين. أما **بالنسبة للمشكلات الأسرية** فنجد أن هؤلاء الأطفال يتعرضون لإساءة معاملة من قبل أسرهم، بالإضافة إلى اتباع الوالدين لأساليب تنشئة سلبية كالقسوة أو الرفض أو الإهمال مما يترتب على ذلك ترك آثار سلبية على الطفل (نخلة، وبطرس، ٢٠٠٠؛ فايد، ٢٠١٠: ١٦٨؛ عطية، والرشيد، ٢٠١٨؛ غانم،٢٠٠٣؛ عصر، ٢٠٠٠: ١٦٥؛ طشطوش، ٢٠٠٩؛ Le Roux& Smith, 1998; Zimmermann, 1997).

خامسًا: المؤسسات الإيوائية[1]

يعرِّف العوبلي (٢٠١١) المؤسسات الإيوائية بأنها مؤسسات اجتماعية لرعاية الأطفال والمراهقين المحرومين من الرعاية الأسرية بسبب التفكك الأسري أو الفقر أو سجن الوالدين أو إدمانهم أو العجز عن تنشئة الطفل، وتقدم لهم الرعاية الإيوائية والمهنية والاجتماعية والتعليمية والتربوية والصحية.

(1)Residential Institutions

وتعرفها وزارة التضامن الاجتماعي (٢٠١٨) بأنها دور لإيواء الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية من الجنسين، وذلك بسبب اليتم أو التفكك الأسري وفقًا لما يسفر عنه البحث الاجتماعي والغرض من هذه المؤسسة هو تقديم أوجه الرعاية الاجتماعية والتعليمية والصحية والمهنية والترويحية للأطفال من الجنسين المحرومين من الرعاية الأسرية.

كما تعرف المؤسسات الإيوائية بأنها جهة تربوية أُعدت خصيصًا لتنشئة الأطفال المحرومين من الجو الأسري الطبيعي (كأطفال الشوارع)، بسبب الفقر أو التفكك الأسري أو سجن الوالدين أو مرض الوالدين أو إدمانهم للمواد المخدرة أو عجز الأسرة عن تنشئة الأطفال، وتعمل وفق نظام عمل يضمن تحقيق ذلك (عبد الغني، شومان، عبد المنعم، ٢٠٢٠). وتهدف المؤسسات الإيوائية إلى توفير أوجه الرعاية المتكاملة الاجتماعية والنفسية والصحية والتعليمية والمهنية والدينية والترويحية لأعدادهم لحياة المجتمع، ويودع في هذه الدور الأطفال المحرومون من الرعاية الأسرية بسبب ظروف قوية كوفاة أحد الوالدين أو كليهما، أو مرض الأب أو الأم أو سجنهما أو نتيجة الطلاق أو الهجر أو التفكك الأسري. ويشترط ألا يقل سن الطفل عن (٦) سنوات، وألا يزيد على (١٨) سنة (نخلة، بطرس، ٢٠٠٠).

الدراسات السابقة:

المحور الأول: الدراسات التي اهتمت ببحث كفاءة حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب لدى أطفال الشوارع.

المحور الثاني: الدراساتُ التي تناولت العلاقة بين كفاءة حل المشكلات الاجتماعية وكل من القلق والاكتئاب

المحور الأول: الدراسات التي اهتمت ببحث كفاءة حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب لدى أطفال الشوارع

أجرى **خضر والدسوقي (١٩٩٤)** دراسةً هدفت إلى الكشف عن مفهوم

الذات والقلق (بصفته حالة وبصفته سمة) والمخاوف والتوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من الأطفال المودعين بالمؤسسات الإيوائية. تكونت عينة الدراسة من مجموعتين؛ المجموعة الأولى تكونت من (٣٣) طفلًا من المؤسسات الإيوائية أودعوا هناك، بسبب الفقر والتفكك الأسري. والمجموعة الثانية تكونت من (٣٠) طفلًا من الأطفال المقيمين مع أسرهم. وتراوحت أعمارهم جميعًا بين (٩-١٢) سنة. طُبِّق مقياس مفهوم الذات للأطفال، وقائمة القلق (الحالة-السمة) للأطفال، واختبار المخاوف للأطفال، واختبار الشخصية للأطفال. وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة بين المجموعتين في مفهوم الذات في اتجاه الأطفال المقيمين مع أسرهم، ووجود فروق دالة بين المجموعتين في القلق بصفته حالة في اتجاه الأطفال المودعين في المؤسسات. كما وجدت فروق دالة بين المجموعتين في التوافق النفسي والاجتماعي في اتجاه الأطفال المقيمين مع أسرهم.

وأجرى مينكي، واجنير (Menke& Wagner, 1997) دراسةً هدفت إلى الكشف عن الفروق بين أطفال الشوارع والأطفال المقيمين مع أسرهم في المشكلات السلوكية والقلق والاكتئاب. وتكونت عينة الدراسة من (١٠٤) طفل مقسمين إلى (٦٧) طفلًا من أطفال الشوارع، و(٣٧) طفلًا من المقيمين مع أسرهم. تراوحت أعمارهم جميعًا بين (٨-١٢) سنة، وطُبق قائمة المشكلات السلوكية للأطفال، وقائمة اكتئاب الأطفال، ومقياس قلق الأطفال. وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة بين أطفال الشوارع والأطفال المقيمين مع أسرهم في المشكلات السلوكية والقلق والاكتئاب في اتجاه أطفال الشوارع. كما تشير النتائج إلى احتمالات تعرض أطفال الشوارع الذين في سن المدرسة للقلق والاكتئاب بدرجة أكبر من الأطفال العاديين ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض.

وهدفت دراسة **الشوربجي (٢٠١٠)** إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين إساءة معاملة أطفال الشوارع وشعورهم بالاكتئاب لدى عينة من (٤٦) طفلًا من

أطفال الشوارع بمحافظة الفيوم مقسمين إلى (١٩ طفلًا-٢٦ طفلة). وتراوحت أعمارهم بين (٩-١٨) سنة. استخدمت الدراسة مقياس إساءة معاملة أطفال الشوارع، ومقياس الاكتئاب المعدل. وأظهرت النتائج وجود علاقة موجبة دالة بين إساءة معاملة أطفال الشوارع والاكتئاب. ووجود فروق دالة إحصائيًّا بين الجنسين على أبعاد الاكتئاب وعلى أبعاد مقياس الإساءة في اتجاه الذكور.

وتناولت دراسة **محمود (٢٠١٥)** الكشف عن بعض المتغيرات النفسية وعلاقتها بسلوك أطفال الشوارع، وتكونت عينة الدراسة من (١٦٠) طفل من أطفال الشوارع من الجنسين ثم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة الأولى وهي الأصغر سنًا تكونت من (٨٠) مشاركًا وتراوحت أعمارهم بين (١٣-١٥) سنة، والمجموعة الثانية: هي الأكبر سنًّا وتكونت من (٨٠) مشاركًا وتراوحت أعمارهم بين (١٦-١٨) عامًا. طبقت في الدراسة مقياس للقلق، ومقياس لتقدير الذات، ومقياس للسلوك العدواني. وانتهت الدراسة إلى وجود فروق دالة في السلوك العدواني في اتجاه مجموعة أطفال الشوارع الأكبر سنًّا وفي اتجاه الذكور. كما توجد فروق دالة بين المجموعتين في القلق في اتجاه المجموعة الأكبر سنًا وفي اتجاه الإناث. أما تقدير الذات فقد كانت الفروق دالة في اتجاه المجموعة الأكبر سنًّا ووفقًا لمتغير النوع كانت الفروق في اتجاه الذكور.

وهدفت دراسة **محمد (٢٠١٥)** إلى الكشف عن كل من القلق والشعور بالوحدة النفسية ومفهوم الذات لدى أطفال الشوارع وعلاقتهم بالتوافق النفسي والاجتماعي لديهم. تكونت عينة الدراسة من (٣٠٠) طفل، مُقسمين إلى (٢٠٠ ذكرٍ، ١٠٠ أنثى) بمتوسط عمري (١٢،٦ ±١،٩٢) من أطفال الشوارع. طُبِّق مقياس الوحدة النفسية، ومقياس القلق، ومقياس مفهوم الذات. وأظهرت النتائج وجود علاقة سالبة دالة بين الشعور بالوحدة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي، كما توجد علاقة سالبة دالة بين اكتساب المهارات الاجتماعية وبين أبعاد الوحدة النفسية لدى عينة الدراسة، كما توجد علاقة سالبة دالة بين القلق والتوافق النفسي والاجتماعي، كما توجد علاقة سالبة

دالة بين اكتساب المهارات الاجتماعية والقلق لدى عينة الدراسة، وتوجد علاقة موجبة دالة بين مفهوم الذات والتوافق النفسي الاجتماعي.

وأجرى **ديريفيسا، سيناتب، جوزيفك، كريد، والشهراوية (Derivoisa, Cénatb, Josephc, Karrayd,& Chahraouia, 2017)**. دراسةً هدفت إلى الكشف عن انتشار القلق والاكتئاب واضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الشوارع بمدينة هايتي. وتكوَّنت عينة الدراسة من (١٢٨) طفل ومراهق من أطفال الشوارع، تراوحت أعمارهم بين (٧-١٨) سنة. وطُبِّق مقياس التعرض للصدمات، ومقياس أحداث الحياة للأطفال، وقائمة اكتئاب الأطفال، وقائمة القلق. وتوصلت النتائج إلى انتشار القلق والاكتئاب واضطراب كرب ما بعد الصدمة بين أطفال الشوارع الذين خرجوا للشوارع بسبب التعرض لإساءة المعاملة الجسدية والنفسية التي تعرضوا لها داخل أسرهم. كما أشارت النتائج إلى إسهام الإساءة الجسدية والنفسية للأطفال داخل الأسر في تفسير الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة لديهم.

وقد أجرى **عبد الحليم (٢٠١٨)** دراسةً هدفت إلى التحقق من العلاقة بين المهارات الاجتماعية (من ضمنها مهارات حل المشكلات) والصلابة النفسية لدى عينة من أطفال الشوارع. وتكونت عينة الدراسة من (٦٢) مشاركًا مقسمين إلى (٣١) من الذكور، و(٣١) من الإناث. وتراوحت أعمارهم بين (٩-١٨) سنة. وطُبِّقت استمارة البيانات الأولية، مقياس المهارات الاجتماعية، ومقياس الصلابة النفسية. وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيًّا بين الذكور والإناث من أطفال الشوارع على مقياس المهارات الاجتماعية في اتجاه الذكور، إذ يعاني أطفال الشوارع عمومًا من وجود قصور في المهارات الاجتماعية، ويزداد هذا القصور لدى الإناث منهم، ولا يوجد علاقة بين الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية والدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية.

المحور الثاني: الدراساتُ التي تناولت العلاقة بين كفاءة حل المشكلات الاجتماعية وكل من القلق والاكتئاب

وأجرى **ديفيلا، هامين، بيرجي، بالي، دالي (Davila, Hammen, Burge, Paley,& Daley,1995)** دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين قصور حل المشكلات الاجتماعية وأعراض القلق والاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة. تكونت عينة الدراسة من (١١٥) طالب جامعيّ، تراوح متوسط أعمارهم (١٩،٨±٣،٤) سنة. وطُبِّقت قائمة حل المشكلات الاجتماعية، و"قائمة بيك للاكتئاب"، و"قائمة بيك للقلق". وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية دالة بين التوجه نحو المشكلة وأعراض الاكتئاب والقلق. في حين لم تصل العلاقة بين مهارات حل المشكلات (أسلوب الحل العقلاني، أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب) وأعراض القلق والاكتئاب إلى مستوى الدلالة.

وتناولت دراسة **فري، وجدمان (Frye& Goodman, 2000)** الكشف عن العلاقة بين التعرض للضغوط وأعراض الاكتئاب. والكشف عن العلاقة بين مهارات حل المشكلات الاجتماعية والاكتئاب، كما درست دور حل المشكلات الاجتماعية بصفته متغيرًا معدلا للعلاقة بين التعرض للضغوط وأحداث الحياة السلبية وأعراض الاكتئاب لدى عينة من المراهقات، تكونت عينة الدراسة من (٧٥) مراهقة، تراوحت أعمارهن بين (١٢-١٤) سنة، وطُبِّقت قائمة أحداث الحياة لقياس الضغوط، وقائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة، و"قائمة بيك للاكتئاب". وكشفت النتائج عن وجود علاقة موجبة دالة بين التعرض للضغوط وأحدث الحياة السلبية وأعراض الاكتئاب. كما توجد علاقة سالبة دالة بين مهارات حل المشكلات الاجتماعية وأعراض الاكتئاب، وتوجد علاقة موجبة دالة بين التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب التجنب، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة وأعراض الاكتئاب، وتوجد علاقة سالبة دالة بين التوجه الإيجابي نحو المشكلة وأعراض الاكتئاب، وقام التوجه الإيجابي نحو المشكلة بدور

المتغير المعدل للعلاقة بين التعرض للضغوط وأحداث الحياة السلبية وأعراض الاكتئاب.

وأجرى **بيلزير، ديزوريلا، ومايدى-اوليفاريس (Belzer, D'Zurilla,& Maydeu-Olivares, 2002)**. دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين القدرة على حل المشكلات الاجتماعية والقلق لدى عينة من طلاب الجامعة. تكونت عينة الدراسة من (٣٥٣) طالب جامعيّ، وكان متوسط أعمارهم (١٨،٨٥ ± ١،٥٧). وطُبقت قائمة حل المشكلات الاجتماعية النسخة المختصرة، واستبيان قلق ولاية بنسلفانيا، وقائمة القلق (بصفته سمة، وحالة) لسبليرجر. وكشفت النتائج عن وجود علاقة سالبة دالة بين التوجه الإيجابي نحو المشكلة والقلق. ووجود علاقة موجبة دالة بين القلق وكل من التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب.

وقد هدفت دراسة **ليبي (Luebbe, 2003)** إلى الكشف عن العلاقة بين القلق والاكتئاب وحل المشكلات الاجتماعية (القدرة على توليد أكبر عدد من بدائل الحل، وصنع القرار، وتحديد واختيار الحلول الفعالة والمناسبة والتوافقية للمشكلة) لدى عينة من الأطفال. وتكونت عينة الدراسة من (٢١٥) طفل في الصفوف من الثالث إلى السادس، وتتراوح أعمارهم بين (٨-١٣) سنة. وطُبِّقت قائمة اكتئاب الأطفال، وقائمة القلق لسبيلبرجر، واستبيان تقييم الأطفال لأحداث الحياة لقياس حل المشكلات الاجتماعية. وأظهرت النتائج وجود علاقة موجبة دالة بين الاكتئاب واختيار الاستجابات غير التوافقية على سبيل المثال (توليد عدد قليل من الاستجابات الاجتماعية، وتوليد بدائل للحل تتصف بالسلبية والتجنب)، ووجود علاقة موجبة دالة بين القلق واختيار استجابات غير توافقية لحل المشكلات الاجتماعية. وقد تضمَّن قصور حل المشكلات الاجتماعية في عدم القدرة على توليد عدد كبير من الحلول الفعالة، أو عدم القدرة على تقييم فعالية الحلول، أو في عدم القدرة على التنبؤ بنتائج الحلول التي تم توليدها.

وتناولت دراسة **أبو العز (٢٠٠٥)** الكشف عن مشكلات الاكتئاب

والقلق والصراعات الأسرية وأساليب التعامل معها وحل المشكلات لدى المراهقين في دولة الكويت. تكونت عينة الدراسة من (٦١١) مراهق ومراهقة يدرسون في الصفوف الأول والثاني والثالث الثانوي، وتراوحت أعمارهم بين (١٥-١٨) سنة، وطُبِّقت قائمة بيك للاكتئاب" الصورة الكويتية"، ومقياس جامعة الكويت للقلق، ومقياس الصراعات الأسرية، ومقياس أساليب التعامل وحل المشكلات. وكشفت النتائج عن وجود علاقة سالبة دالة بين الاكتئاب وكل من مهارة حل المشكلات واستخدام أساليب المساندة الاجتماعية.

وأجرى **بيكير ويدمان وآخرون (Becker-Weidman,& et al, 2010)** دراسة، هدفت إلى الكشف عن التوجه نحو المشكلة وأسلوب حل المشكلة وعلاقتهما بالاكتئاب والأفكار الانتحار لدى المراهقين. وتكونت عينة الدراسة من (٤٣٩) مراهق. تراوحت أعمارهم بين (١٢-١٧) سنة بمتوسط عمري (١٤،٦ ± ١،٥) سنة، وطُبق مقياس اكتئاب الأطفال، وقائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة، واستبيان الأفكار الانتحارية. وكشفت النتائج عن وجود علاقة موجبة دالة بين التوجه السلبي نحو المشكلة والاكتئاب والأفكار الانتحارية لدى عينة الدراسة. ووجود علاقة موجبة دالة بين أسلوب التجنب والاكتئاب والأفكار الانتحارية، كما توجد علاقة سالبة دالة بين التوجه الإيجابي نحو المشكلة والأفكار الانتحار والاكتئاب؛ إذ يبدو أن المشاركين يشكون في قدراتهم على حل المشكلات وتنخفض لديهم القدرة على تحمل مزيد من الإحباط وغير متفائلين بنتائج محاولاتهم لحل المشكلات، كما توجد علاقة سالبة دالة بين أسلوب الحل العقلاني والاكتئاب.

وهدفت دراسة **اوزدمير، كوزوكو، كوركلو (Ozdemir, Kuzucu,& Koruklu, 2013)** إلى الكشف عن العلاقة بين مهارات حل المشكلات الاجتماعية والاكتئاب والعدوان لدى عينة من المراهقين. تكونت عينة الدراسة من (٤١٣) مراهق، تراوحت أعمارهم بين (١٤-١٧) سنة، وطُبق مقياس حل المشكلات الاجتماعية، ومقياس العدوان، ومقياس الاكتئاب. وكشفت النتائج

عن وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة بين حل المشكلات الاجتماعية، وكلٍّ من الاكتئاب والعدوان. وأشارت النتائج إلى دور الاكتئاب بوصفها متغيرًا وسيطًا في العلاقة بين حل المشكلات الاجتماعية والعدوان.

كما أجرى **هسيجاوا، هاتوري، نيشيمورا، تانو (Hasegawa, Hattori, Nishimura,& Tanno,2015)** دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين حل المشكلات الاجتماعية وأعراض الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة باليابان. وتكونت عينة الدراسة من (١٦١) طالب متوسط أعمارهم (١٩،٧ ± ٣،٦). طُبِّقت قائمة "بيك للاكتئاب"، وقائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة. وكشفت النتائج عن وجود علاقة سالبة دالة بين التوجه الإيجابي نحو المشكلة وأعراض الاكتئاب. ووجود علاقة موجبة دالة بين التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب وأعراض الاكتئاب.

كما هدفت دراسة **كاسيك، وجاسبار، وجوتي، وزسولناي (Kasik, Gaspar, Guti,& Zsolnai, 2016)** إلى التحقق من العلاقة بين حل المشكلات الاجتماعية وكل من القلق والتعاطف لدى عينة من الطلاب المجريين. والكشف عن العلاقة بين حل المشكلات الاجتماعية وبعض المتغيرات الأسرية كالبناء الأسري، ومستوى تعليم الوالدين. وتكونت عينة الدراسة من (٤٤٥) طالب. تراوحت أعمارهم بين (١٢–١٦) سنة. استخدم في الدراسة قائمة حل المشكلات الاجتماعية المختصرة، ومقياس للتعاطف، واختبار القلق. وكشفت النتائج عن وجود علاقة موجبة دالة بين القلق وكل من التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب التجنب لدى عينة الدراسة. ووجود فروق بين مرتفعي القلق ومنخفضي القلق في التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب التجنب في اتجاه مرتفعي القلق. كما وجدت علاقة موجبة دالة بين بعض مكونات البناء الأسري (مثال اتباع أسلوب الديمقراطية، وتبادل الآراء ووجهات النظر بين أفراد الأسرة) والتوجه الإيجابي نحو المشكلة، وأسلوب الحل العقلاني لدى عينة الدراسة. وكشفت النتائج عن وجود تأثير قوي للبناء الأسري ومستوى تعليم الوالدين في تطوير حل المشكلات الاجتماعية لدى الأبناء.

وتناولت دراسة **هاسيجاو وآخرين (Hasegawa,& et al, 2018)** الكشف عن العلاقة بين حل المشكلات الاجتماعية والاجترار والاكتئاب لدى عينة من طلاب وخريجي الجامعات اليابانية. تكونت عينة الدراسة من (٢٨٤) مشارك بمتوسط عمري (٢٠ ± ٢،٥٠). استخدمت الدراسة قائمة حل المشكلات الاجتماعية، ومقياس للاجترار، وقائمة بيك للاكتئاب. وكشفت النتائج عن وجود علاقة سالبة دالة بين التوجه الإيجابي نحو المشكلة والاكتئاب، ووجود علاقة موجبة دالة بين الاكتئاب وكل من التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب. وتوصي الدراسة بضرورة التدريب على الحد من الاندفاعية في برامج علاج الاكتئاب وليس التدريب فقط على استخدام الأسلوب العقلاني في عملية حل المشكلات.

وهدفت دراسة **ميا رومانو، موسكوفيتش، ما، هوبيرت. (Mia Romanoa, Moscovitcha, Maa,& Huppert, 2019)** إلى الكشف عن الفروق بين الأطفال ذوي القلق الاجتماعي والأطفال الأسوياء في كفاءة حل المشكلات الاجتماعية، وتكونت عينة الدراسة من (٣٨) طفلًا يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي و(٣٠) طفلًا من الأسوياء ليس لديهم تاريخي مرضى للقلق، وطُبِّقت قائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة، وقائمة المخاوف الاجتماعية لتقييم أعراض الاكتئاب والقلق الاجتماعي. وكشفت النتائج عن وجود فروق بين المجموعتين في التوجه السلبي نحو المشكلة في اتجاه مجموعة أطفال ذوي القلق الاجتماعي. ووجود فروق بين المجموعتين في التوجه الإيجابي نحو المشكلة في اتجاه مجموعة الأسوياء. كما توجد فروق بين المجموعتين في استخدام الأساليب الفعالة لحل المشكلات الاجتماعية في اتجاه مجموعة الأسوياء، وأيضًا تنخفض القدرة على إيجاد حلول فعالة للمشكلات الاجتماعية لدى المكتئبين.

التعقيب على الدراسات السابقة:

مِن خلال العرض للدراسات السابقة، نعقِّب على أهم الملاحظات،

وذلك على النحو التالي:

١- أفادت الباحثة من اطلاعها على الدراسات السابقة في تحديد أدوات الدراسة الحالية، إذ طبَّقت أغلب الدراسات السابقة قائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة، لقياس كفاءة حل المشكلات الاجتماعية، وقائمة "بيك" للاكتئاب، وقائمة القلق (بصفته حالة وسمة لسبيلبيرجر).

٢- وجود ندرة في الدراسات السابقة على المستويين المحلي والعربي، التي هدفت إلى التحقق من مدى كفاءة حل المشكلات الاجتماعية لدى أطفال الشوارع عمومًا، وأطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية على وجه التحديد. كذلك وجود ندرة في الدراسات التي تناولت الفروق بين أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية في كفاءة حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب وفقًا لبعض المتغيرات الديمغرافية، باستثناء (عبد الحليم، ٢٠١٨) التي هدفت إلى دراسة الفروق بين الذكور والإناث من أطفال الشوارع في المهارات الاجتماعية عمومًا.

٣- وجود ندرة شديدة في الدراسات التي تناولت بحث العلاقة بين كفاءة حل المشكلات الاجتماعية، وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية.

٤- وجود تعارض بين نتائج الدراسات التي تناولت بحث العلاقة بين كفاءة حل المشكلات الاجتماعية، وكلٍّ من القلق والاكتئاب لدى العاديين.

فقد أشار بعضهم إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية وكل من القلق والاكتئاب (على سبيل المثال دراسة Hasegawa, Hattori, Nishimura,& Tanno., 2015; Mia Romanoa, Moscovitcha, Maa,& Huppert, 2019; Ozdemir, Kuzucu,& Koruklu, 2013). في حين توصلت دراسات أخرى إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب (Davila, Hammen, Burge, Paley,& Daley, 1995).

فروض الدراسة:

وفي ضوء نتائج الدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة الراهنة على النحو التالي:

١- لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية، وكل من القلق والاكتئاب لدى أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية.

٢- لا يمكن التنبؤ بالمكونات الإيجابية والمكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية، لدى عينة من أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية من خلال القلق والاكتئاب، والعمر، والنوع، ومستوى التعليم.

٣- لا توجد فروق دالة بين متوسطي درجات مجموعة أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية، في حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب، وفقًا لبعض المتغيرات الديمغرافية (العمر – النوع – مستوى التعليم).

منهج البحث وإجراءاته

منهج البحث:

اعتمدت الباحثة في الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، بهدف الكشف عن كفاءة حل المشكلات الاجتماعية وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أطفال الشوارع المودعين بالمؤسسات الإيوائية، والتحقق من إمكانية التنبؤ بمكونات حل المشكلات الاجتماعية، من خلال القلق والاكتئاب وبعض المتغيرات الديمغرافية، وكذلك دراسة الفروق بين أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية في كفاءة حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب، وفقًا لبعض المتغيرات الديمغرافية (العمر، النوع، مستوى التعليم).

إجراءات البحث:

١- عينة البحث الأساسية:

تتكون عينة الدراسة من (١٠٠) طفل من أطفال الشوارع المودعين في مؤسسة "بناتي" ومؤسسة "قد الحياة" لرعاية أطفال الشوارع بمحافظة الجيزة. وقد أقاموا

فترات كبيرة من حياتهم في الشارع قبل الانتقال للعيش في المؤسسة الإيوائية، وجميعهم علاقاتهم بأسرهم منقطعة. ويتراوح المدى العمري لعينة الدراسة بين (١٣-١٨) سنة، أما عن المستوى التعليمي لعينة الدراسة فهو يبدأ من الصف الأول الإعدادي فما فوق، حتى يستطيع المشاركون الاستجابة على أدوات البحث، وذلك نظرًا لانخفاض مستوى التعليم بين أطفال هذه الفئة نتيجة تسربهم من التعليم.

وفيما يلي عرض مزيد من التفاصيل حول خصائص عينة الدراسة من حيث العمر، النوع، مستوى التعليم، الأسباب المؤدية لهروبهم إلى الشارع.

يوضح جدول (١) التكرارات والنسب المئوية المتعلقة بالعمر والنوع والمستوى التعليمي لعينة الدراسة.

جدول (١)

التكرارات والنسب المئوية المتعلقة بالعمر والنوع والمستوى التعليمي لعينة الدراسة

العمر	التكرارات	النسب المئوية	النوع	التكرارات	النسب المئوية	المستوى التعليمي	التكرارات	النسب المئوية
(١٣-١٥) سنة	٤٤	٤٤٪	الذكور	٥٣	٥٣٪	المرحلة الإعدادية	٥٩	٥٩٪
(١٦-١٨) سنة	٥٦	٥٦٪	الإناث	٤٧	٤٧٪	المرحلة الثانوية	٤١	٤١٪

بالنظر إلى جدول (١) بالنسبة لمتغير العمر، نجد أن ٤٤٪ من عينة الدراسة تتراوح أعمارهم بين (١٣-١٥) سنة، و٥٦٪ من عينة الدراسة تتراوح أعمارهم بين (١٦-١٨) سنة. وبالنسبة لمتغير النوع، تبيَّن أن ٥٣٪ من عينة الدراسة ذكور، وأن ٤٧٪ من عينة الدراسة إناث. أما بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي تبين أن ٥٩٪ من عينة الدراسة في المرحلة الإعدادية، وأن ٤١٪ من عينة الدراسة في المرحلة الثانوية.

ويوضح الجدول التالي أسباب هروب أطفال هذه المجموعة إلى الشارع.

جدول (٢)

التكرارات والنسب المئوية المتعلقة بأسباب خروج أطفال هذه المجموعة إلى الشارع

الأسباب	التكرار	النسبة المئوية	الأسباب	التكرار	النسبة المئوية
التفكك الأسري	٣٠	٣٠٪	إدمان الأهل	١٠	١٠٪
الفقر	٢٠	٢٠٪	أسر الشارع	٩	٩٪
العنف الأسري	١٣	١٣٪	مرض الوالدين نفسيًا	٧	٧٪
سجن الوالدين	١١	١١٪	الإجمالي	١٠٠	١٠٠٪

يوضح جدول (٢) الأسباب المؤدية لهروب الأطفال إلى الشارع والعيش فيه، إذ يحتل التفكك الأسري (٣٠٪) النسبة الأعلى من بين الأسباب، ويليه الفقر (٢٠٪)، ثم العنف الأسري (١٣٪)، ثم سجن الوالدين (١١٪)، ثم إدمان الوالدين (١٠٪)، ثم أسر الشارع (٩٪)، ويُقصَد به وجود الطفل مع أسرته في الشارع، ووجود اضطراب نفسي لدى الوالدين (٧٪).

٢- أدوات البحث وخصائصها السيكو مترية:

أ) قائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة[1]

أعدَّ هذه القائمة "ديزوريلا" D'zurilla و" نيزو" Nezu و"مايديو-أوليفيرز" Maydeu-Olivares (٢٠٠٢)، وترجمتها دراسة محمود (٢٠١٢) للغة العربية.

وهي تستخدم لقياس القدرة على حل المشكلات الاجتماعية اليومية، الَّتي قد ترتبط بالفرد نفسه أو بعلاقاته مع الآخرين أو بيئته المحيطة أو ممتلكاته الخاصة، والتي يقابلها في حياته اليومية، وذلك وفقًا لنموذج ديزوريلا وزملائه، وهو نموذج خماسي المكونات.

ويوجد لهذه القائمة نسخة مطولة ونسخة مختصرة، وسيستخدم في هذه الدراسة النسخة المطولة التي تحتوي على (٥٢ بندًا) مصاغة في صورة

(1) Social Problem Solving Inventory Revised

عبارات تقريرية، يجاب عنها من خلال اختيار بديل من بين خمسة بدائل للإجابة. وقد عدَّلت الباحثة في الدراسة الراهنة بدائل الاستجابة على القائمة لتكون أربعة بدائل فقط، وذلك للتيسير على المشاركين في اختيار البديل الذي يعبِّر عنهم بدقة، وكانت بدائل الاستجابة، هي: (١) لا تنطبق. (٢) تنطبق إلى حد ما. (٣) تنطبق بدرجة كبيرة. (٤) تنطبق تمامًا.

وتعادل هذه البدائل الدرجات (مِن واحد إلى ٤)، إذ تَعني الدرجة (واحد) عَدم انطباق البند، وتَعني الدرجة (٤) انطباق البند بصورة تامة.

ولإعداد الاختبار فِي صورته العربية ترجمت محمود (٢٠١٢) عباراته، وتقيس القائمة المجالات التالية:

(١) **التوجه الإيجابي نحو المشكلات**[(١)] الَّذي يمثله (٥ بنود).
(٢) **التوجه السلبي نحو المشكلات**[(٢)] الَّذي يمثله (١٠ بنود).
(٣) **الحل العقلاني للمشكلات**[(٣)] الَّذي يمثله (٢٠ بندًا).
(٤) **أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة**[(٤)] الذي يمثله (١٠ بنود)
(٥) **أسلوب التجنب**[(٥)] والذي يمثله (٧ بنود).

طريقة التصحيح:

لا يتضمن هذا المقياس أي بنود معكوسة، ويُحصل على درجة فرعية لكل مكون من المكونات الخمسة، وكذلك الحصول على درجة كلية للمقياس وفقًا لمعادلة محددة [٦]، وتعكس الدرجة المرتفعة على المكونين الإيجابيين،

(1)positive problem orientation
(2)Negative problem orientation
(3)Rational problem solving
(4)carelessness style/ Impulsivity
(5)Avoidance Style

[٦] الدرجة الكلية للقائمة = [(التوجه الإيجابي نحو حل المشكلات ÷ ٥) + (الحل العقلاني للمشكلات ÷ ٢) + (٤٠ – التوجه السلبي نحو حل المشكلات) ÷ ١٠+ (٤٠–أسلوب الاندفاعية/ اللامبالاة) ÷ ١٠ + (٢٨ – أسلوب التجنب) ÷ ٧].

وهما: التوجه الإيجابي نحو المشكلة، وأسلوب الحل العقلاني للمشكلات، فاعلية وكفاءة عالية في القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، بينما تعكس الدرجة المرتفعة على باقي المكونات السلبية كالتوجه السلبي نحو المشكلات، وأسلوب الاندفاعية/ اللامبالاة، وأسلوب التجنب، انخفاض كفاءة الفرد في حل المشكلات الاجتماعية، بالإضافة إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي (محمود، ٢٠١٢).

التحقق من الكفاءة السيكو مترية لقائمة حل المشكلات الاجتماعية

أَجرت الباحثة في الدراسة الحالية، حساب الصدق والثبات لأدوات الدراسة (قائمة حل المشكلات الاجتماعية، قائمة القلق، وقائمة بيك للاكتئاب) على مجموعة من أطفال الشوارع المودعين بالمؤسسات الإيوائية، وعددها (٦٠) مشاركًا وتتراوح أعمارهم بين (١٣: ١٨) سنة، إذ بلغ متوسط أعمارهم (١٥,٧٧ ± ١,٦٨ سنة) وتنطبق عليه مواصفات العينة الأساسية.

وفيما يلي عرض نتائج حساب الصدق والثبات.

أولًا: الصدق:

حُسِبَ صدق قائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة بالصدق المرتبط بالمحك الخارجي، وذلك على النحو التالي: طبَّقت الباحثة مقياس حل المشكلات إعداد هبنز (١٩٧٨)، باعتباره محكًا لقائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة للدراسة الحالية، إذ بلغت قيمة معامل الارتباط (٠،٨٥٩) بما يشير إلى صدق المقياس.

وفيما يلي عرض طرائق حساب الثبات لقائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة:

ثانيًا: الثبات:

حُسِبَ ثبات قائمة حل المشكلات الاجتماعية بطريقتي معامل ألفا- كرونباخ، وطريقة القسمة النصفية على العينة السابق ذكرها.

- حساب ثبات قائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة بطريقتَي ألفا- كرونباخ والقسمة النصفية

يوضح الجدول التالي معامل الثبات بطريقتي ألفا- كرونباخ، والقسمة النصفية لدرجة القائمة على العينة السابق ذكرها.

جدول (٣)

معاملات ثبات قائمة حل المشكلات الاجتماعية بطريقتي ألفا- كرونباخ والقسمة النصفية لدى أطفال الشوارع

المقياس	أطفال الشوارع (ن=٦٠)	
	ألفا- كرونباخ	القسمة النصفية
التوجه الإيجابي نحو المشكلة	٠،٧٣٩	٠،٧٢٤
التوجه السلبي نحو المشكلة	٠،٨٠٧	٠،٧٩٦
أسلوب الحل العقلاني	٠،٨٨٢	٠،٨٩٣
أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة	٠،٨٦٣	٠،٨٥٧
أسلوب التجنُّب	٠،٨٧٤	٠،٨٧٢
قائمة حل المشكلات الاجتماعية	٠,٨٨٦	٠,٨٩٣

يتضح من جدول (٣) تمتُّع قائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة، بمعاملات ثبات تتراوح بين المقبولة والمرتفعة، سواء بطريقة ألفا- كرونباخ، أو بالقسمة النصفية.

ثالثًا: حساب الاتساق الداخلي للقائمة

ويوضح الجدول التالي قيم معاملات ارتباط المكونات بالدرجة الكلية للقائمة على العينة المشار إليها من قبل.

جدول (٤)

معاملات ارتباط درجات مكونات القائمة بالدرجة الكلية للقائمة لدى عينة التحقق من الخصائص السيكو – مترية

المكونات	أطفال الشوارع (ن=٦٠)
المكون الأول: التوجه الإيجابي نحو المشكلة	**٠,٧٢٥**
المكون الثاني: التوجه السلبي نحو المشكلة	**-٠,٨٠٤**
المكون الثالث: أسلوب الحل العقلاني	**٠,٦٩٥**
المكون الرابع: أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة	**-٠,٦٩٧**
المكون الخامس: أسلوب التجنب	**-٠,٧١٩**

ويتبين من جدول (٤) أن قيمة معاملات ارتباط مكونات القائمة بالدرجة الكلية للقائمة، تتراوح بين المقبولة والمتوسطة.

(ب) قائمة القلق (الحالة – السمة) للأطفال:

تأليف/ سبيلبيرجر، وإعداد وتعريب: عبد الخالق (١٩٨٤).

تعرف "حالة القلق" بأنها خبرة وقتية متغيرة ومرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب هنا والآن، أما "سمة القلق" فتشير إلى ميل أو تهيؤ أو سمة ثابتة نسبيًّا في الشخصية، فهي تهدف إلى تقدير ما يشعر به المفحوص بوجه عام. وتضم القائمة مقياسين للتقدير الذاتي لقياس حالة القلق وسمة القلق.

ويشتمل مقياس حالة القلق على عشرين عبارة تهدف إلى تقدير ما يشعر به المفحوص الآن، أي في اللحظة الحالية. ويشتمل مقياس سمة القلق على عشرين عبارة تهدف إلى تقدير ما يشعر به المفحوص عامةً. **وقد اعتمدت الباحثة في الدراسة على اختبار القلق بصفته حالة.**

طريقة التصحيح:

تأخذ كل عبارة من عبارات قائمة القلق، درجةً تتراوح بين (١ – ٤)، إذ

تعني الدرجة (١) أبدًا، والدرجة (٢) أحيانًا، والدرجة (٣) كثيرًا، والدرجة (٤) دائمًا. وتشير الدرجة ٤ إلى ارتفاع مستوى القلق في البنود التي تشير إلى وجود قلق، أما البنود المعكوسة تُصحح بالترتيب ١،٢،٣،٤.

وتُحسب الدرجة الكلية على القائمة عن طريق جمع درجات العشرين بندا للمقياس، إذ تتراوح الدرجات بين ٢٠ درجة إلى ٨٠ درجة.

أولًا: الصدق:

أُستخدمت عدة طرق لتقدير صدق قائمة القلق في صورتها العربية عن طريق استخدام الصدق التلازمي، وذلك على عينات من طلاب جامعة الإسكندرية، وطلاب المدارس الثانوية، والمدرسين، فقد وصل وسيط الارتباطات بين اختبار **القلق بصفته سمة**، ومقياس تايلور للقلق الصريح إلى (٠,٦٨)، كما وصل وسيط الارتباطات بين اختبار **القلق بصفته حالة** ومقياس "تايلور" للقلق الصريح (٠,٥٥). كذلك حُسِبَ الارتباط بين قائمة القلق بصفته سمة وحالة وكان الارتباط دال وموجب، فقد بلغ وسيط الارتباط (٠,٦٥٥) عند مستوى دلالة (٠,٠١). كذلك حُسِبَ الارتباط بين قائمة القلق والمقياس الفرعي للعصابية من قائمة "أيزنك" للشخصية، وكان الارتباط موجبًا دالًّا جوهريًّا، فقد بلغ وسيط الارتباطات (٠,٧١٢)، وهي مؤشرات تدل على صدق قائمة القلق. وقد اعتمدت الباحثة في الدراسة الراهنة على صدق القائمة التي حسبها عبد الخالق (١٩٨٤).

ثانيًا: الثبات:

حسب عبد الخالق (١٩٨٤) معاملات ثبات القائمة بطريقتي إعادة التطبيق والاتساق الداخلي، فقد تراوح ثبات إعادة التطبيق بين (٠,٤٧: ٠,٨٢)، وتراوح ثبات الاتساق الداخلي بين (٠,٧٧: ٠,٩٤) لدى الذكور والإناث، مما يشير إلى تمتع القائمة بالثبات.

ثبات اختبار القلق بصفته حالة في الدراسة الحالية

حسبت الباحثة ثبات اختبار القلق بصفته حالة بطريقتي ألفا –كرونباخ، والقسمة النصفية على العينة السابق ذكرها.

– حساب ثبات اختبار القلق بصفته حالة بطريقتَي ألفا– كرونباخ والقسمة النصفية

يوضح الجدول التالي معامل الثبات بطريقتَي ألفا– كرونباخ، والقسمة النصفية لدرجة اختبار القلق بصفته حالة على العينة السابق ذكرها.

جدول (٥)

معاملات ثبات اختبار القلق بصفته حالة بطريقتي ألفا– كرونباخ والقسمة النصفية لدى مجموعة أطفال الشوارع

المقياس	أطفال الشوارع (ن=٦٠)	
	ألفا– كرونباخ	القسمة النصفية
اختبار القلق بصفته حالة	٠,٧٩٤	٠,٧٨٦

يتضح من جدول (٥) تمتع اختبار القلق بوصفها حالة بمعاملات ثبات مقبولة سواء بطريقة ألفا– كرونباخ أو بالقسمة النصفية.

(ج) مقياس "بيك الثاني" للاكتئاب:

إعداد عبد الفتاح (٢٠٠٠ أ)، ويتكون المقياس من ٢١ بندًا مستخدمًا أسلوب التقرير الذاتي لقياس شدة الاكتئاب لدى المراهقين والبالغين، بدءًا بسن ١٣ عامًا. ونُظِّمت هذه البنود تَبعًا لشدة محتوى العبارات والبدائل الأربعة لكل بند، ورُتِّبت العبارات في كل بند على مقياس من ٤ نقاط من (صفر إلى ٣)، وذلك حسب شدة العرض الذي تمثله.

طريقة التصحيح

تُجمع التقديرات للبنود الـ٢١ التي يتكون منها المقياس، ويُقدَّر كل بند على مقياس يتكون من ٤ نقاط من صفر إلى ٣، ويعطي تقدير "صفر" للعبارة الأولى من كل بند، ثم تأخذ العبارة الثانية تقدير (١) والثالثة تقدير (٢) والرابعة تقدير (٣).

أولًا: الصدق

حُسِبَ التلازمي بين مقياس "بيك الثاني للاكتئاب" ومقياس "بيك الأول المعدل"، ووصل معامل الارتباط بينهما (٠,٧٦)، كما حُسِبَ الارتباط بين قائمة "بيك الثانية للاكتئاب"، ومقياس "القلق"، وبلغ معامل الارتباط بينهما (٠,٤٤)، وحُسِبَ العاملي. واتضح أن مقياس "بيك الثاني للاكتئاب" يتكون من عاملين أو بُعدين رئيسيين للاكتئاب هما: البُعد المعرفي الوجداني والبُعد الجسدي، وقد اعتمدت الباحثة في الدراسة الراهنة على صدق المقياس الذي حسبه عبد الفتاح (٢٠٠٠ ب).

ثانيًا: الثبات

حسب عبد الفتاح (٢٠٠٠ ب) ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار، وبلغ معامل الثبات (٠,٧٤) عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، وحُسِبَ معامل ألفا –كرونباخ، فقد وصل إلى (٠,٨٣).

ثبات مقياس "بيك الثاني" للاكتئاب في الدراسة الحالية

حسبت الباحثة ثبات مقياس "بيك الثاني للاكتئاب" بطريقتي ألفا – كرونباخ، والقسمة النصفية على العينة السابق ذكرها، **وفيما يلي عرض لطريقتي حساب ثبات مقياس "بيك الثاني للاكتئاب"**.

– حساب ثبات "مقياس بيك الثاني" للاكتئاب بطريقتي ألفا– كرونباخ والقسمة النصفية

يوضح الجدول التالي معامل الثبات بطريقتي ألفا– كرونباخ، والقسمة النصفية لدرجة "مقياس بيك الثاني للاكتئاب" على العينة السابق ذكرها.

جدول (٦)

معاملات ثبات مقياس "بيك للاكتئاب" بطريقتي ألفا– كرونباخ والقسمة النصفية لدى مجموعة أطفال الشوارع

المقياس	أطفال الشوارع (ن=٦٠)	
	ألفا– كرونباخ	القسمة النصفية
مقياس بيك الثاني للاكتئاب	٠,٨٤٩	٠,٨٥٤

يتضح من جدول (٦) تمتع مقياس "بيك للاكتئاب" بمعاملات ثبات مرتفعة، سواء بطريقة ألفا- كرونباخ أو بالقسمة النصفية.

إجراءات التطبيق

اُخْتِيرَتْ مجموعة أطفال الشوارع من بين الأطفال والمراهقين المقيمين في مؤسسة "بناتي" ومؤسسة "قد الحياة" لرعاية أطفال الشوارع والأطفال بلا مأوى بمحافظة الجيزة، وبعد تحديد المشارك والحصول على موافقته، تُهيّئه الباحثة وتحثه على مزيد من التعاون، ثم تُسْتَوْفَى استمارة البيانات الأساسية، ثم قائمة حل المشكلات الاجتماعية المعدلة، ثم اختبار القلق بصفته حالة، ثم مقياس بيك الثاني للاكتئاب. وقد طُبِّقت في الفترة من أغسطس ٢٠٢٠ إلى نوفمبر ٢٠٢٠، وكان التطبيق فرديًّا.

الأساليب الإحصائية المستخدمة

١- حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية.
٢- معامل ارتباط بيرسون لحساب معاملات الارتباط.
٣- تحليل الانحدار المتعدد[1] لمعرفة دلالة المعادلة التنبؤية.
٤- اختبار T-Test للعينات المستقلة لحساب دلالة الفروق.

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

النتائج الخاصة بالفرض الأول

ينص الفرض الأول على: "**لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين حل المشكلات الاجتماعية وكل من القلق والاكتئاب لدى أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، حُسِبَ معامل ارتباط بيرسون بين درجات الأطفال في قائمة حل المشكلات الاجتماعية ودرجاتهم في مقياس القلق والاكتئاب، وجدول (٧) يبين نتيجة هذا الإجراء:

(1) Multiple Regression Analysis

جدول (٧)

معاملات ارتباط "بيرسون" بين درجات حل المشكلات الاجتماعية ودرجات القلق والاكتئاب لدى عينةٍ من أطفال الشوارع (ن= ١٠٠)

حل المشكلات الاجتماعية	الدرجة الكلية للقلق	الدرجة الكلية للاكتئاب
التوجه الإيجابي نحو المشكلات	-٠,١٥٤	-٠,١٦٠
التوجه السلبي نحو المشكلات	**٠,٣٩٠	**٠,٣٨٦
أسلوب الحل العقلاني للمشكلات	-٠,١٩٢	-٠,١٧٠
أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة	*٠,٢٢٠	**٠,٢٥٧
أسلوب التجنب	*٠,٢٤٢	*٠,٢٤٥
الدرجة الكلية للقائمة	٠,٠٣٣	٠,٠٥٧

*داله عند ٠،٠٥ ** دالة عند ٠،٠١

يتضح من جدول (٧) الآتي:

١- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًّا عند مستوى (٠،٠١) بين درجات الأطفال في التوجه السلبي نحو المشكلة والدرجة الكلية للقلق، ووجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًّا عند مستوى (٠،٠٥) بين درجات الأطفال في كل من أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب والدرجة الكلية للقلق. بينما يتضح من الجدول عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًّا بين درجات الأطفال في كل من التوجه الإيجابي نحو المشكلات، وأسلوب الحل العقلاني للمشكلات، والدرجة الكلية لقائمة حل المشكلات الاجتماعية والدرجة الكلية للقلق لدى عينة أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية.

٢- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًّا عند مستوى (٠،٠١) بين درجات الأطفال في كل من التوجه السلبي نحو المشكلات، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة والدرجة الكلية للاكتئاب، ووجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًّا عند مستوى (٠،٠٥) بين درجات الأطفال في أسلوب

التجنب والدرجة الكلية للاكتئاب، بينما يتضح من الجدول عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين درجات الأطفال في كل من التوجه الإيجابي نحو المشكلات، وأسلوب الحل العقلاني للمشكلات، والدرجة الكلية لقائمة حل المشكلات الاجتماعية والدرجة الكلية للاكتئاب لدى عينة أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية.

وقد كشفت نتائج الدراسة عن قبول الفرض الأول جزئيًا، فقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود علاقة سالبة دالة بين التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية اللا مبالاة، وأسلوب التجنب وكل من القلق والاكتئاب، فقد اتفقت نتيجة الدراسة مع دراسة (محمد، ٢٠١٥) التي أكدت وجود علاقة سالبة دالة بين القلق وكل من المهارات الاجتماعية عمومًا والتوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال الشوارع، إذ ندرة في الدراسات التي تناولت كفاءة حل المشكلات الاجتماعية (على وجه الخصوص) وعلاقتها بالقلق لدى أطفال الشوارع. وقد تبين أيضًا من خلال اطلاع الباحثة على التراث النظري، ونتائج الدراسات السَّابقة في هذا الصدد وجود ندرة في الدراسات التي تناولت دراسة العلاقة بين كفاءة حل المشكلات الاجتماعية والاكتئاب لدى أطفال الشوارع على وجه التحديد؛ ولكن عند مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات التي أجريت على الأطفال والمراهقين عمومًا، نجد وجود اتفاق بين نتيجة الدراسة الحالية ونتائج عدد من الدراسات، وهي دراسة (Belzer, D'Zurilla,& Maydeu-Olivares, 2002; Kasik, Gaspar, Guti,& Zsolnai, 2016). فقد توصلوا إلى وجود علاقة موجبة دالة بين التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ اللامبالاة، وأسلوب التجنب والقلق، ووجود علاقة سالبة دالة بين التوجه الإيجابي نحو المشكلة والقلق، كذلك وجدت علاقة موجبة دالة بين القلق واختيار استجابات وبدائل غير توافقية لحل المشكلة. في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (Davila& et al,1995) التي توصلت إلى عدم وجود علاقة بين مهارات حل المشكلات الاجتماعية (أسلوب الحل العقلاني، وأسلوب

الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب) والقلق.

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت العلاقة بين حل المشكلات الاجتماعية والاكتئاب، نجد أنَّ هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (أبو العز، ٢٠٠٥؛ Mia Romanoa,& et al, 2019) التي توصلت إلى وجود علاقة دالة بين قصور حل المشكلات الاجتماعية والاكتئاب، كما توصل (Frye& Goodman, 2000; Becker- Widman& et al, 2010; Hasegawa& et al, 2015, 2018) إلى وجود علاقة موجبة دالة بين التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب والاكتئاب.

في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسات (Davila& et al, 1995**;** Goetz, 2000**)**؛ إذ كشفت النتائج عن عدم وجود علاقة دالة بين حل المشكلات الاجتماعية (أسلوب الحل العقلاني، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب) والاكتئاب.

ويُمكن تفسير النتيجة الخاصة بوجود علاقة موجبة دالة بين التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب وكل من القلق والاكتئاب على النحو التالي:

يساعد توجه الفرد نحو المشكلة على تجنُّب الانفعالات السلبية (كالقلق والاكتئاب) التي يمكن أن تعوق حل المشكلة، فقد أكد ديزوريلا وشيدي (D'Zurilla,& Sheddy, 1991) أهمية دور التوجه الإيجابي نحو المشكلة في الحد من الاستجابات الاندفاعية التي يمكن أن يصدرها الفرد لحل المشكلة، كما أنه يساعد في تجنب الانفعالات السلبية (القلق والاكتئاب) التي يشعر بها الفرد والتي يمكن أن تعوق حل المشكلات، في حين يؤدي التوجه السلبي نحو المشكلة إلى إصدار استجابات غير فعالة للمشكلات، ويترتب عليها تعقد المشكلات وليس حلها.

وقد توصلت دراسة كاسيك، وجاسبار، وجوتي، وزسولناي (Kasik, Gaspar, Guti,& Zsolnai,2016) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين حل

المشكلات الاجتماعية، وكل من القلق والتعاطف لدى عينة من الطلاب المجريين، والكشف عن العلاقة بين حل المشكلات الاجتماعية وبعض المتغيرات الأسرية كالبناء الأسري، ومستوى تعليم الوالدين، إلى وجود علاقة موجبة دالة بين القلق وكل من التوجه السلبي نحو المشكلة وأسلوب التجنب لدى عينة الدراسة (وهي النتيجة نفسها التي توصلت إليها الدراسة الحالية مع عينة أطفال الشوارع)، ووجود فروق بين مرتفعي القلق ومنخفضي القلق في التوجه السلبي نحو المشكلة وأسلوب التجنب في اتجاه مرتفعي القلق. كما وجدت علاقة موجبة دالة بين بعض مكونات البناء الأسري (اتباع أسلوب الديمقراطية وتبادل وجهات النظر عن التفاعل بين أفراد الأسرة) والتوجه الإيجابي نحو المشكلة وأسلوب الحل العقلاني لدى عينة الدراسة. وكشفت النتائج عن وجود تأثير قوي للبناء الأسري ومستوى تعليم الوالدين في تطوير حل المشكلات الاجتماعية لدى الأبناء.

وفي ضوء هذه النتيجة، يمكن تفسير نتيجة الدراسة الحالية، فقد أكد الباحثون وجود أسباب متعددة لظاهرة أطفال الشوارع والتي منها هو التفكك الأسري والعنف الأسري واتباع الوالدين لأساليب تنشئة سلبية وتسرب الأطفال من التعليم وانخفاض مستوى تعليم الوالدين، وهي من العوامل المؤثرة وبقوة والمؤدية إلى قصور مهارة حل المشكلات الاجتماعية لدى أطفال الشوارع، بل وانتشار الاضطرابات النفسية والسلوكية لديهم كالقلق والاكتئاب والعدوان.

كما توصلت دراسة (Luebbe, 2003) إلى وجود علاقة دالة بين الاكتئاب لدى الأطفال وقصور قدرتهم على توليد عدد كبير من بدائل الحل، وكذلك اختيار حلول غير فعالة للمشكلة، كما توجد علاقة دالة بين قصور حل المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال وإصابتهم بالقلق، فالأطفال القلقون لديهم القدرات اللازمة لتوليد حلول توافقية، ولكن لديهم صعوبة في تحديد واختيار الحلول الفعالة للمشكلة وتنفيذها، أما الطفل المكتئب فلديه قصور في كل من القدرة على توليد الحلول البديلة وفي عملية اختيار الحلول الفعالة وتنفيذها.

وقد أشار العديد من الباحثين إلى الصفات التي يتصف بها أطفال الشوارع والتي من ضمنها القلق والاكتئاب واليأس والإحباط والخوف وسوء التوافق النفسي والاجتماعي (عطية؛ الرشيد، ٢٠١٨) وهو ما يمكن أن نفسر به النتيجة المتعلقة بوجود علاقة موجبة دالة بين مكونات حل المشكلات الاجتماعية (التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ اللامبالاة، وأسلوب التجنب) والقلق لدى أطفال الشوارع؛ إذ تعني الدرجة المرتفعة على المكونات السالبة التالية التوجه السلبي نحو المشكلات، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب انخفاض كفاءة الفرد في القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، بالإضافة إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي (محمود، ٢٠١٢).

كما يؤثر القلق سلبًا على مهارات حل المشكلات الاجتماعية، إذ يزيد القلق من احتمالات أن ينظر الفرد إلى المواقف الاجتماعية على أنها مصدر للتهديد، ومن ثم ينشأ لديه عدم القدرة على التوافق مع المواقف الاجتماعية، ويزداد لديه التوجه السلبي نحو المشكلة، فقد يشعر الفرد عند المرور بالمشكلة، بأنها مصدر للتهديد ويشك في قدرته على حل المشكلة، ويعتقد أن أي جهود سوف يبذلها لحل المشكلة، سوف تؤدي إلى نتائج سلبية، في حين يعكس التوجه الإيجابي ميل الفرد نحو التفاؤل، ولديه ثقة مرتفعة في قدرته على حل المشكلة، وينظر إلى النتيجة بأنها تحتاج إلى بذل مجهود ووقت لتحقيقها والوصول إليها. (Mia Romanoa, Moscovitcha, Maa,& Huppert, 2019).

كذلك تعد مهارات حل المشكلات الاجتماعية إحدى المهارات المهمة التي تساعد الفرد في مواجهة المشكلات بكفاءة والتوصل إلى آليات بديلة لمواجهة هذه المشكلات وحلها، بدلًا من التصرف بطريقة عدوانية، إذ إن وجود قصور في مهارات حل المشكلات الاجتماعية، تصاحبه زيادة احتمالات الإصابة بالاكتئاب (Ozdemir, Kuzucu& Koruklr, 2013). ومن ثم؛ فإن قصور مهارة حل المشكلات الاجتماعية هو أحد عوامل الخطر المسببة للاكتئاب، إذ يعد حل المشكلات الاجتماعية هي عملية متعددة الأبعاد تساعد

على تحديد واختيار الاستجابات التوافقية، وتنفيذها بهدف معالجة المواقف المسببة للضغوط النفسية.

وقد أشارت النتائج إلى إسهام قصور مهارات حل المشكلات الاجتماعية، بوصفه سببًا في إصابة الأفراد الذين يواجهون أحداثًا حياتية ضاغطة بالاكتئاب (Nezu, Nezu,& Clark, 2008) وقد أكد الباحثون تعرض أطفال الشوارع لضغوط حياتية كبيرة ومستمرة، ونظرًا لقصور مهارة حل المشكلات الاجتماعية لديهم، يترتَّب على ذلك انتشار الاكتئاب بينهم. وهو ما أكدته نتائج دراسة (Goodman, Gravitt Jr,& Kaslow, 1995) التي توصَّلت إلى ارتفاع مستويات القلق لدى الأطفال منخفضي مهارات حل المشكلات الاجتماعية، ولدى من يتعرضون لأحداث حياة ضاغطة وسلبية لفترات طويلة، كما توصلت إلى وجود علاقة سالبة دالة بين مهارة حل المشكلات الاجتماعية (التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب التجنب) والاكتئاب. توجد كذلك فروق بين الأطفال مرتفعي مهارات حل المشكلات الاجتماعية والأطفال منخفضي مهارات حل المشكلات الاجتماعية، في التعامل بكفاءة مع مشكلات الحياة اليومية وأحداث الحياة الضاغطة والسلبية في اتجاه الأطفال مرتفعي مهارة حل المشكلات الاجتماعية، إذ تساعد مهارات حل المشكلات الاجتماعية في التعامل بفاعلية مع أحداث الحياة السلبية والمشكلات اليومية، ومن ثم ينخفض القلق والمزاج الاكتئابي.

وقد أكدت النتائج أهمية الدور الذي تؤديه مهارة حل المشكلات الاجتماعية في التخفيف من التأثير السلبي الناتج عن التعرض لأحداث الحياة السلبية والمشكلات اليومية، كما تعمل مهارة حل المشكلات الاجتماعية على التخفيف من حدة أعراض القلق والاكتئاب، ومن ثم يمكن القول إنه نظرًا لتعرض أطفال الشوارع لضغوط نفسية وأحداث حياتية سلبية، يؤثر سلبًا قدرتهم على حل المشكلات الاجتماعية التي يواجهونها في حياتهم اليومية ويؤدي إلى شعورهم بالقلق والاكتئاب.

ويمكن دعم هذا التفسير من خلال ما توصلت إليه دراسة أندرسون (Anderson,2007)، حول وجود قصور في جميع مكونات حل المشكلات الاجتماعية لدى الأفراد ذوي اضطراب الاكتئاب. كما تشير نتائج الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين التوجه السلبي نحو المشكلة والاكتئاب والأفكار الانتحارية لدى المراهقين، ومن ثم فإن عدم القدرة على الاحتفاظ بالتوجه الإيجابي نحو المشكلة، يعد من العوامل المهمة المسببة للاكتئاب.

ويرجع الباحثون وجود علاقة سالبة دالة بين أسلوب الحل العقلاني للمشكلات والاكتئاب، إلى ما يمكن أن يسهم به الفشل المتكرر في استخدام أسلوب الحل العقلاني للمشكلات إلى تطوير التوجه السلبي نحو المشكلة لدى الفرد بدرجة غير توافقية، وهذا يعني أن تكرار المحاولات الفاشلة في حل المشكلات، يسبب قصورًا في استخدام الأسلوب العقلاني لحل المشكلات، وقد يؤدي إلى تكوين توجه سلبي نحو المشكلات واستخدام أساليب غير توافقية عند حل المشكلات مثل أسلوب الاندفاعية اللا مبالاة، وأسلوب التجنب والذي يرتبط فيما بعد مباشرةً بخطر الإصابة بالاكتئاب والانتحار (Becker-Weidman& et al, 2010).

ويؤكد الباحثون أيضًا وجود العديد من الأمراض والمشكلات النفسية لدى أطفال الشوارع كالعدوان والقلق والاكتئاب والتبول اللا إرادي، وقصور في التوافق النفسي والاجتماعي والمهارات الاجتماعية الفعالة. كما يؤثر حرمانهم المبكر من الأسرة والذي يتعرضون له، على النمو المعرفي والقدرة على التحصيل الدراسي والقدرة على التفاعل السوي مع المحيط الاجتماعي (موسى، ٢٠٠٩)، الأمر الذي يفسر شكل العلاقة بين كفاءة حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب لدى أطفال الشوارع.

وقد كشفت النتائج عن زيادة احتمال الإصابة بأعراض الاكتئاب والحالة المزاجية السلبية لدى الأشخاص الذين يملكون توجها سلبيًّا نحو المشكلة ويتبعون أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة أو أسلوب التجنب عند حل المشكلات

الاجتماعية التي يواجهونها في حياتهم اليومية (Argus,& Thompson, 2008)، وهو ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية. ووفقًا للنظرية المعرفية للاكتئاب، فإن الأفراد المكتئبين تنخفض لديهم القدرة على تقديم حلول فعالة لحل المشكلات الاجتماعية التي تواجههم في حياتهم اليومية، وذلك مقارنةً بالأفراد غير المكتئبين.

كما اهتم الباحثون بدراسة آثار التعرض لإساءة المعاملة على التوافق الاجتماعي، فقد توصَّلت نتائج إحدى الدراسات إلى زيادة احتمال استخدام الأطفال الذين تعرضوا لإساءة معاملة لأساليبَ متحيزةٍ وغير فعالة لمعالجة المعلومات الاجتماعية الواردة إليهم من البيئة المحيطة بهم، بل وتطويرها أيضًا. بالإضافة إلى فشلهم في الانتباه إلى الإشارات الاجتماعية ذات الصلة بالموقف. وقدموا تفسيرات أكثر عدائية لسلوك الآخرين، فضلًا عن وجود قصور لديهم في الاستراتيجيات السلوكية المشاركة في حل المشكلات الاجتماعية بين الأشخاص.

وأكدت دراسة مانلي (١٩٩٤) وجود علاقة ارتباطية دالة بين التعرض المتكرر والشديد لإساءة المعاملة وزيادة المشكلات السلوكية لدى الأطفال وانخفاض مهارات حل المشكلات الاجتماعية لديهم، وانخفاض كفاءتهم الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال مقارنةً بالأطفال الذين تعرضوا لمستويات منخفضة من إساءة المعاملة. وتوصلت دراسة أخرى إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين التعرض لإساءة المعاملة وزيادة احتمالات الإصابة بالاكتئاب، فقد وجد كفومان (١٩٩١) أن ٣٠٪ من الذين تعرضوا لإساءة المعاملة تنطبق عليهم المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب (In: Levendosky, Okuy,& Parker, 1995). ومن ثم يمكن القول، تؤثر إساءة المعاملة بجميع أنواعها التي يتعرض لها أطفال الشوارع والتي تدخل ضمن أهم أسباب ظاهرة أطفال الشوارع، تؤثر سلبًا في تطور مهارة حل المشكلات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال، بل وتؤدي أيضًا إلى ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب لديهم.

الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه "**لا يمكن التنبؤ بالمكونات الإيجابية والمكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية، لدى عينة من أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية من خلال القلق والاكتئاب، والعمر، والنوع، ومستوى التعليم**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة تحليل الانحدار المتعدد[1] Multiple Regression Analysis لمعرفة دلالة المعادلة التنبؤية للقلق والاكتئاب، والعمر، والنوع، ومستوى التعليم في التنبؤ بالمكونات الإيجابية لحل المشكلات الاجتماعية (التوجه الإيجابي نحو المشكلات، وأسلوب الحل العقلاني للمشكلات). والتنبؤ بالمكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية (التوجه السلبي نحو المشكلات، أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، أسلوب التجنب) لدى أطفال الشوارع، والجداول (٨)، (٩)، يوضح ذلك:

جدول (٨)

نتائج معامل الانحدار المتعدد، المتغيرات المنبئة: القلق والاكتئاب، والعمر، والنوع، ومستوى التعليم المتغير التابع: المكونات الإيجابية لحل المشكلات الاجتماعية

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	B	Beta	ت	الدلالة	نسبة الإسهام
القلق	المكونات الإيجابية لحل المشكلات الاجتماعية	-٠,٣٢٤	-٠,١٤٧	٠,٩٧٤	٠,٣٣٢	٢٪
الاكتئاب		٠,١٦٧	٠,٠٥٤	٠,٣٥٦	٠,٧٢٣	١٪
العمر		-٨,٦١٢	-٠,١٩٣	٢,٠١٧	٠,٠٤٧	٦٪
النوع		-٤,٤٢٥	-٠,١٠٠	٠,٩٧٩	٠,٣٣٠	٢٪
مستوى التعليم		١٤,٣٣١	٠,٣١٨	٣,١٥٧	٠,٠٠٢	٩٪
الثابت		٦٥,٨٠				
ف		٣,٨٤٦			٠,٠٣	
نسبة الإسهام		٦٧٪				

(1)

تبين نتائج تحليل الانحدار المتعدد الواردة بجدول (٨) أن مستوى التعليم قادر على التنبؤ بالمكونات الإيجابية لحل المشكلات الاجتماعية (التوجه الإيجابي نحو المشكلات، وأسلوب الحل العقلاني للمشكلات) عند مستويات دلالة (٠,٠١)، ومتغير العمر قادر على التنبؤ بالمكونات الإيجابية لحل المشكلات الاجتماعية (التوجه الإيجابي نحو المشكلات، وأسلوب الحل العقلاني للمشكلات) عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، بينما لم تكشف متغيرات النوع والقلق والاكتئاب عن أي قدرة تنبؤية، ومن الجدير بالذكر أن المتغيرات جميعها فسرت ٦٧٪ من التباين في المكونات الإيجابية لحل المشكلات الاجتماعية. ونستخلص من الجدول السابق أيضًا أن متغير مستوى التعليم كان على رأس قائمة العوامل المفسرة للمكونات الإيجابية لحل المشكلات الاجتماعية، فقد فسر ٩٪ من هذا التباين، ثم يليه متغير العمر فقد وصلت نسبة إسهامه ٦٪، ثم جاء متغير القلق والنوع، فقد فسر ٢٪ من هذا التباين، ثم جاء متغير الاكتئاب، فقد فسر ١٪ من هذا التباين ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية كما يأتي:

المكونات الإيجابية لحل المشكلات الاجتماعية = ٦٥,٨٠ + (-٠,٣٢٤) القلق + (٠,١٦٧) الاكتئاب + (-٨,٦١٢) العمر + (-٤,٤٢٥) النوع

جدول (٩)

نتائج معامل الانحدار المتعدد، المتغيرات المنبئة: القلق والاكتئاب، والعمر، والنوع، ومستوى التعليم، المتغير التابع: المكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	B	Beta	ت	الدلالة	نسبة الإسهام
القلق	المكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية	٠,٠٠٥	٠,٠٠٤	٠,٠٢٩	٠,٩٧٧	٠,٩٪
الاكتئاب		٠,٣٩١	٠,٢٠٠	١,٦٠٣	٠,١١٢	٣٪
العمر		٧,٩٥٧-	٠,٢٨٥-	٣,٥٩١-	٠,٠٠١	٧٪
النوع		٩,٨١٣	٠,٣٥٤	٤,١٨٢	٠,٠٠٠	١٢٪
مستوى التعليم		٦,٢٢٥-	٠,٢٢١-	٢,٦٤٢-	٠,٠١٠	٥٪
الثابت		٧٥,٩٨٨				
ف		١٤,٠٤٩			٠,٠٠	
نسبة الإسهام		٧٢٪				

تبين نتائج تحليل الانحدار المتعدد الواردة بجدول (٩) أن متغيرات الدراسة العمر، والنوع، ومستوى التعليم قادرة على التنبؤ بالمكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية (التوجه السلبي نحو المشكلات، أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، أسلوب التجنب) عند مستويات دلالة (٠,٠١). بينما لم تكشف متغيرات القلق والاكتئاب عن أي قدرة تنبؤية، ومن الجدير بالذكر أن المتغيرات جميعها فسرت ٧٢٪ من التباين في المكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية (التوجه السلبي نحو المشكلات، أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، أسلوب التجنب). ونستخلص من الجدول السابق أيضًا أن متغير النوع كان على رأس قائمة العوامل المفسرة للمكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية، فقد فسر

١٢٪ من هذا التباين، ثم يليه متغير العمر، فقد وصلت نسبة إسهامه ٧٪، ثم جاء متغير مستوى التعليم، فقد فسر ٥٪ من هذا التباين، ثم جاء متغير الاكتئاب فقد فسر ٣٪ من هذا التباين، وأخيرًا القلق فقد جاءت نسبة إسهامه ٠,٩٪. ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية كما يأتي:

المكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية = ٧٥,٩٨٨ + (٠,٠٠٥) القلق + (٠,٣٩١) الاكتئاب + (−٧,٩٥٧) العمر + (٩,٨١٣) النوع +

تحققه؛ إذ يمكن التنبؤ بالمكونات الإيجابية والمكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية من خلال بعض المتغيرات الديمغرافية، ولم يصل إسهام القلق والاكتئاب في التنبؤ إلى مستوى الدلالة.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (عبد الحليم، ٢٠١٨) والتي توصلت إلى وجود قصور في المهارات الاجتماعية (من ضمنها مهارة حل المشكلات) لدى الإناث. واتفقت مع دراسة (المغربي، ٢٠١٤؛ D'zuriaal, Maydeu,& Kant, 1998) حول شيوع التوجه السلبي نحو المشكلات لدى الإناث، ووجود فروق في أسلوب الحل العقلاني للمشكلات في اتجاه المراهقات من عمر (١٥-١٧) سنة، والتي يمكن تفسيرها في ضوء بعض المؤشرات الثقافية ومنها عدم إتاحة الفرصة للإناث للتعبير عن ذواتهن وعدم تدريبهن على فهم المشكلات الاجتماعية، وكيفية حلها ووضع بدائل متنوعة للحل، وقد يكتفين بالشكوى للكبار وطلب المساعدة منهم أو حل المشكلة بأنفسهن متخذات ما يرونه مناسبًا وفق معالجتهن المعرفية للموقف المشكل. (BElzer, D'zurilla,& Maydue- Olivares, 2002)

ويمكن تفسير الفروق بين الجنسين في حل المشكلات الاجتماعية التي يواجهونها إلى طبيعة المشكلة (اجتماعية – دراسية – صحية – أسرية)، بالإضافة إلى وجود مجموعة من المتغيرات الأخرى التي يمكن أن تؤدي دورًا في تعديل العلاقة بين نوع الفرد وقدرته على حل المشكلات الاجتماعية، مثل

اعتقاده بأن أي مشكلة سوف يواجهها، هي فرصة لكي يكتشف الفرد إمكانياته النفسية والاجتماعية ويستبصر بها والتي يمكن أن تؤدي دورًا في تحسين جوانب حياته للأحسن، في حين يمكن أن يعتقد بعضهم الآخر بأن هذه المشكلة التي يواجهها، ليست إلا مصدرًا للإحباط، وأي محاولات سوف يبذلها لحل هذه المشكلة، سوف تؤدي إلى نتائج سلبية (in: Crum, Salovey& Achor, 2013).

كما تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة (Krenke, Spotts, Neiderhiser, Hetherington, & Reiss, Aunola & Nurmi, 2009; 2001) حول شيوع استخدام أسلوب الحل العقلاني للمشكلات، لدى المراهقين في مرحلة المراهقة المتأخرة.

كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة Kasik(2015 ,) التي توصلت إلى تطور التوجه السلبي نحو المشكلة والحل العقلاني وأسلوب الاندفاعية، وأسلوب التجنب وفقًا لمتغير العمر.

وقد اتفقت أيضًا نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (العدل، ١٩٩٨) وتوصلت إلى وجود علاقة دالة بين القدرة على حل المشكلات الاجتماعية وأبعادها الفرعية والمسئولية الاجتماعية والتحصيل الدراسي، وإنه يمكن التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات الاجتماعية وأبعادها من خلال درجات الطلاب في المسئولية الاجتماعية والذكاء الاجتماعي والتحصيل الدراسي.

كما تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (Gavin, Edna,& Anthony, 2009) وتوصلت إلى وجود فروق في القدرة على حل المشكلات الاجتماعية في اتجاه الطلاب ذوي المستويات الأعلى في التعليم.

النتائج الخاصة بالفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية في حل المشكلات الاجتماعية، والقلق، والاكتئاب وفقًا لبعض المتغيرات الديموغرافية**

(العمر – النوع – مستوى التعليم)، وللتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار النسبة التائية T-Test للعينات المستقلة والجداول (١٠)، (١١)، (١٢) توضح ذلك:

جدول (١٠):

دلالة الفروق بين متوسطات درجات أطفال الشوارع في حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب وفقًا للعمر (من ١٣-١٥) ومن (١٦-١٨)

المتغير	من ١٣-١٥ (ن=٤٤) م	ع	من ١٦-١٨ (ن=٥٦) م	ع	قيمة ت
التوجه الإيجابي نحو المشكلات	١٤,٥٠٠	٥,٧٠٨	١٣,٠٥٤	٤,٩١٩	١,٣٦٠
التوجه السلبي نحو المشكلات	٣٢,٦١٤	٦,٢٤٠	٢٨,٠٨٩	٧,١٧٩	٣,٣١١**
الحل العقلاني للمشكلات	٤٣,٩٠٩	١٩,٤٤٤	٣٨,٧١٤	١٦,٥٢٥	١,٤٤٣
أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة	٣٠,٣١٨	٤,٥٧٤	٢٨,٠٠٠	٥,٧٨١	٢,١٧٧*
أسلوب التجنب	٢٠,٧٧٣	٣,٦٧٨	١٧,٢٥٠	٤,٢٧٤	٤,٣٤٦**
الدرجة الكلية للقلق	٤٧,٦٣٦	٧,٦٣٧	٤٥,٢٦٨	١١,٦٩٢	١,١٦٢
الدرجة الكلية للاكتئاب	٢٢,١٨٢	٦,٤٤٦	٢١,١٢٥	٧,٦٥٦	٠,٧٣٤

* داله عند مستوى ٠,٠٥ ** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (١٠) وجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطات درجات أطفال الشوارع من عمر(١٣-١٥) سنة وعمر (١٦-١٨) سنة في التوجه السلبي نحو المشكلات، وأسلوب التجنب في اتجاه الأطفال من عمر (١٣-١٥) سنة، ووجدت فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطات درجات أطفال الشوارع من عمر (١٣-١٥) سنة ومن عمر (١٦ -١٨) سنة في أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة في اتجاه الأطفال من عمر (١٣-١٥) سنة. بينما لا توجد فروق دالة إحصائيًّا بين متوسطات درجات أطفال الشوارع من عمر (١٣-١٥) سنة، ومن عمر (١٦-١٨) سنة في التوجه الإيجابي نحو المشكلة، وأسلوب الحل العقلاني للمشكلات، والدرجة الكلية للقلق، والدرجة الكلية للاكتئاب.

جدول (١١)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات أطفال الشوارع في حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب وفقًا للنوع (ذكر – أنثى)

المتغير	ذكر (ن=٥٣)		أنثى (ن=٤٧)		قيمة ت
	م	ع	م	ع	
التوجه الإيجابي نحو	١٤,٥٦٦	٥,٢٦٤	١٢,٧٠٢	٥,٢٢٥	١,٧٧٣
التوجه السلبي نحو المشكلات	٢٧,٦٦٠	٧,٢٦١	٣٢,٨٠٩	٥,٩١٨	٣,٨٥٥**
الحل العقلاني للمشكلات	٤٣,٢٠٨	١٧,٧١٥	٣٨,٥١١	١٨,١٠٢	١,٣١٠
أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة	٢٧,٤٥٣	٥,٧٥٣	٣٠,٧٨٧	٤,٣٥٤	٣,٢٣٥**
أسلوب التجنب	١٦,٥٨٥	٣,٩٩٧	٢١,٢٩٨	٣,٣٢٣	٦,٣٦٤**
الدرجة الكلية للقلق	٤٣,٠٥٧	١٠,٧٠٣	٤٩,٩٧٩	٨,٠٩٦	٣,٦١١**
الدرجة الكلية للاكتئاب	٢٠,٢٠٨	٧,٤٨٤	٢٣,١٧٩	٦,٤٤٤	٢,٠٩٣*

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ ** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (١١) وجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات درجات أطفال الشوارع الذكور والإناث في التوجه السلبي نحو المشكلات، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب في اتجاه الإناث، ووجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات درجات أطفال الشوارع الذكور والإناث في الدرجة الكلية للقلق في اتجاه الإناث. كما وجدت فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات درجات أطفال الشوارع الذكور والإناث في الدرجة الكلية للاكتئاب في اتجاه الإناث. بينما يتضح من الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائيًّا بين متوسطات درجات أطفال الشوارع الذكور والإناث في كلٍّ من التوجه الإيجابي نحو المشكلة، وأسلوب الحل العقلاني للمشكلة.

جدول (١٢)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات أطفال الشوارع في حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب، وفقًا لمستوى التعليم (إعدادي- ثانوي)

المتغير	إعدادي (ن=٥٩)		ثانوي (ن= ٤١)		قيمة ت
	م	ع	م	ع	
التوجه الإيجابي نحو	١٢,٢٥٤	٥,١٣٥	١٥,٧٥٦	٤,٨٩٣	**٣,٤١٩
التوجه السلبي نحو	٣٢,٠٥١	٥,٤٦٠	٢٧,٢٤٤	٨,٢٥٥	**٣,٥٠٧
الحل العقلاني	٣٦,١٨٦	١٦,٣٧٨	٤٧,٩٢٧	١٨,٠٦٣	**٣,٣٨٠
أسلوب الاندفاعية/	٣٠,٢٨٨	٤,٥٧٩	٢٧,١٩٥	٥,٩٦٣	**٢,٩٣٢
أسلوب التجنب	١٩,٦١٠	٤,٠٩٤	١٧,٦٣٤	٤,٥٤٣	*٢,٢٦٩
الدرجة الكلية للقلق	٤٨,٢٣٧	١٠,٠٣٧	٤٣,٥٣٧	٩,١١٩	*٢,٣٣٢
الدرجة الكلية	٢٣,٦٤٤	٦,١١٩	١٨,٦٣٤	٧,٥١٦	**٣,٦٦٤

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ ** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (١٢) وجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات درجات أطفال الشوارع ذوي مستوى التعليم الإعدادي ومستوى التعليم الثانوي في التوجه الإيجابي نحو المشكلة، وأسلوب الحل العقلاني للمشكلة في اتجاه مستوى التعليم الثانوي، ووجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات درجات أطفال الشوارع ذوي مستوى التعليم الإعدادي ومستوى التعليم الثانوي في التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، والدرجة الكلية للاكتئاب في اتجاه مستوى التعليم الإعدادي، ووجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطات درجات أطفال الشوارع ذوي مستوى التعليم الإعدادي ومستوى التعليم الثانوي في أسلوب التجنب، والدرجة الكلية للقلق في اتجاه مستوى التعليم الإعدادي؛ فقد جاء متوسط درجات مجموعة أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية الإناث، وكذلك الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (١٣-

١٥) سنة أعلى مقارنةً بالذكور، وكذلك بالمجموعة التي تتراوح أعمارها بين (١٦-١٨) سنة في التوجه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب؛ إذ تعكس الدرجة المرتفعة على المكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية (التوجه السلبي نحو المشكلات، وأسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة، وأسلوب التجنب) انخفاض كفاءة الفرد في القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، بالإضافة إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي (محمود، ٢٠١٢). في حين جاء متوسط درجات مجموعة أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية من مرحلة التعليم الثانوي أعلى مقارنةً بأطفال الشوارع من مرحلة التعليم الإعدادي في التوجه الإيجابي نحو المشكلة، وأسلوب الحل العقلاني للمشكلات، إذ تعكس الدرجة المرتفعة على المكونين الإيجابيين من حل المشكلات الاجتماعية (التوجه الإيجابي نحو المشكلة، والحل العقلاني للمشكلات) فاعلية وكفاءة عالية في القدرة على حل المشكلات الاجتماعية (محمود، ٢٠١٢).

وقد كشفت نتائج التحليل الإحصائي للدراسة عن عدم قبول الفرض وعدم تحققه؛ حيث وجدت فروقًا دالة إحصائيًا بين أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية في حل المشكلات الاجتماعية والقلق والاكتئاب، وفقًا لبعض المتغيرات الديمغرافية (العمر، النوع، مستوى التعليم).

وبالنسبة لنتائج الدراسات الخاصة بمهارة حل المشكلات الاجتماعية، تتفق نتيجة الدراسة الحالية والمتعلقة بوجود فروق بين الجنسين في حل المشكلات الاجتماعية مع دراسة (عبد الحليم، ٢٠١٨)، إذ وجدت فروقًا بين الذكور والإناث من أطفال الشوارع في قصور مهارات حل المشكلات الاجتماعية في اتجاه الإناث.

كما اتفقت مع نتيجة دراسة (D'zurilla, Olivares,& Kant, 1998) حول وجود فروق بين الذكور والإناث في مكون التوجه السلبي نحو المشكلة في اتجاه الإناث، كذلك اتفقت مع دراسة (المغربي، ٢٠١٤) والمتعلقة بوجود فروق

بين الذكور والإناث من المرحلة العمرية (١٥-١٧) سنة في مكون التوجه السلبي نحو المشكلة في اتجاه الإناث، ووجود فروق بين المراهقين من عمر (١٥-١٧) سنة والمراهقين من عمر (١٨-٢٥) سنة في أسلوب الحل العقلاني للمشكلة في اتجاه المراهقين من عمر (١٥-١٧) سنة. كما اتفقت مع دراسة (أبو غزال، فلوه، ٢٠١٤) حول وجود فروق بين المراهقين من عمر (١٣-١٤) سنة والمراهقين من عمر (١٦-١٧) سنة في أسلوب الحل العقلاني لصالح المراهقين في عمر (١٦-١٧) سنة.

في حين اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة (الغريب،٢٠١١) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في مهارات حل المشكلات. كما اختلفت أيضًا مع باقي نتائج دراسة (أبو غزال، فلوه، ٢٠١٤) التي انتهت إلى وجود فروق دالة في أسلوب التجنب في اتجاه الذكور، وعدم وجود فروق بين الجنسين في باقي أساليب حل المشكلات.

أما بالنسبة لنتائج الدراسات الخاصة بالقلق، فقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية حول وجود فروق بين الذكور والإناث في القلق في اتجاه الإناث مع دراسة (محمود، ٢٠١٥). في الوقت نفسه اختلفت الدراسة الحالية مع باقي نتائج دراسة (محمود، ٢٠١٥)، حول وجود ارتفاع معدل انتشار القلق لدى مجموعة أطفال الشوارع الأكبر سنًّا من (١٦-١٨) سنة.

وبالنسبة لنتائج الدراسات الخاصة بالاكتئاب، فقد اختلفت نتيجة الدراسة الحالية والمتعلقة بوجود فروق في الاكتئاب في اتجاه الإناث مع نتيجة دراسة (الشوربجي، ٢٠١٠) والتي توصلت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث من أطفال الشوارع في أبعاد الاكتئاب وأبعاد إساءة المعاملة في اتجاه الذكور.

ويمكن تفسير النتيجة الخاصة بهذا الفرض على النحو التالي:

يرجع ارتفاع مستويات القلق لدى الإناث مقارنةً بالذكور إلى عدم قدرة الإناث على التعبير عما بداخلهن، إذ يستطيع الذكور التعبير عن قلقهم وإظهاره سواء بطريقة مقبولة أو غير مقبولة، أما الإناث فلا تتمكنَّ من التعبير عنه

نظرًا للضوابط الاجتماعية المفروضة عليهن، ومن ثم يرتفع القلق لديهن (Holt, 2006).

ويمكن أيضًا تفسير انخفاض معدل القلق والاكتئاب لدى أطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية في المرحلة العمرية (١٦-١٨) مقارنةً بمن في عُمر (١٣-١٥)، وكذلك وجود فروق دالة في التوجه الإيجابي نحو المشكلة وأسلوب الحل العقلاني للمشكلة (وهي المكونات الإيجابية التي تعكس وجود كفاءة عالية في القدرة على حل المشكلات الاجتماعية) في اتجاه أطفال الشوارع من مرحلة التعليم الثانوي، ومن ثم ذوو المرحلة العمرية الأكبر.

وقد يرجع ذلك إلى ممارسة عينة الدراسة إلى العديد من الأنشطة المختلفة داخل المؤسسات المودعين فيها (كالأنشطة التعليمية والترويحية والرياضية) كل على حسب مرحلته العمرية وإمكانياته التي يتمتع بها؛ فقد أثرت ممارسة هذه الأنشطة إيجابيًّا في أطفال الشوارع الأكبر سنًّا والملتحقين بمرحلة التعليم الثانوي في انخفاض مستويات القلق وزيادة المهارات الاجتماعية. وقد أسهمت نتائج الدراسات في تأكيد هذا التفسير، فقد توصلت دراسات (شرف، ٢٠٠١؛ نصر، ٢٠١٣؛ عبد السلام، ٢٠٠١؛ قرمان، ٢٠٠٨؛ Spence, 2003: 30) إلى وجود علاقة موجبة دالة بين ممارسة الأنشطة الرياضية والترويحية، وكلٌّ من إشباع الحاجات النفسية الاجتماعية وتحسن بعض المهارات الاجتماعية (الكفاءة والاستقلالية) وتعلم الخبرات الجديدة وتعلم التعاون واكتساب مهارات حل المشكلات وتكوين علاقات ناجحة مع الآخرين، وتنمية الشعور بالثقة بالنفس، وتمكن الطفل من مواجهة التحديات والمشكلات التي يمكن أن تواجهه في المواقف الاجتماعية وخلال تفاعله مع المحيطين به.

إذ تبين بمراجعة التراث البحثي وجود تأخر لدى أطفال الشوارع في النمو والتحصيل الدراسي وقصور في مهارات التواصل ومهارات التفاعل وحل المشكلات، وتظهر لديهم اضطرابات في الكلام ويعانون من صعوبات في النوم والتعرض لمستويات مرتفعة من الضغوط النفسية وانخفاض المستوى التعليمي

بسبب عدم الانتظام الدراسي والتغيب من المدرسة وذلك مقارنةً بالأطفال المقيمين مع أسرهم (Dsa,& et al, 2021).

كما تؤدي المتغيرات الأسرية دورًا مهمًّا في تطور مهارة حل المشكلات الاجتماعية لدى الأبناء، فقد توصلت دراسة كاسيك (٢٠١٥) إلى وجود تأثير لمستوى تعليم الوالدين على مكونات حل المشكلات الاجتماعية لدى الأبناء، فقد يؤثر مستوى تعليم الأمهات على أسلوب الاندفاعية/ اللا مبالاة لدى المراهقين؛ إذ توجد علاقة عكسية بينهما، ويؤثر مستوى تعليم الآباء على أسلوب الحل العقلاني للمشكلة لدى الأبناء المراهقين، إذ توجد علاقة موجبة بينهما، كما تؤدي الأنشطة التي يمارسها أفراد الأسرة معًا خلال أوقات الفراغ، دورًا مهمًّا في تطور مهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى الأبناء (Kasik , 2015).

وبالنظر إلى العوامل التي أشارت إليها دراسة كاسيك (٢٠١٥) Kasik نجد أن جميع هذه العوامل حُرم منها طفل الشارع، إذ ينخفض مستوى تعليم والديه، وعدم وجود مساحة من الوقت يقضيها الوالدان مع الأبناء في ممارسة أنشطة مشتركه بينهم، نظرًا لوجود الخلافات والصراعات الأسرية والتفكك الأسري لديهم، مما يفسر قصور مهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى أطفال الشوارع. وقد أشرنا من قبل إلى أسباب ظاهرة أطفال الشارع التي من ضمنها تعرُّض هؤلاء الأطفال لأشكال إساءة المعاملة المختلفة، فقد توصلت نتائج إحدى الدراسات إلى وجود قصور في مهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال المكتئبين والأطفال المساء معاملتهم (Levendosky, Okun,& Parker, 1995).

وأكدت دراسة الشوربجي (٢٠١٠) وجود علاقة موجبة دالة بين إساءة معاملة أطفال الشوارع والاكتئاب. ومن أسباب التعرض لإساءة المعاملة: تعاطي الوالدين للمخدرات، انخفاض مستوى دخل الأسرة، صغر عمر الأم وانخفاض خبراتها في التعامل مع الأطفال، إصابة الأم بالاكتئاب، العزلة

الاجتماعية للأسرة وعدم اشتراكها في الأنشطة الاجتماعية، البطالة، ضغوط الحياة (Jackson,& Lyons, 2019: 19- 23)، ونجد أن أسباب التعرض لإساءة المعاملة مشتركة مع أسباب ظاهرة أطفال الشوارع، ما يفسر النتيجة المتعلقة بانخفاض كفاءة حل المشكلات الاجتماعية لدى أطفال الشوارع مقارنةً بالأطفال المقيمين مع أسرهم.

ويتعرض أطفال الشوارع لشتى أنواع الإساءة في المعاملة (Levendosky, Okun,& Parker, 1995; Dsa,& et al, 2021). وقد كشفت نتائج إحدى الدراسات عن وجود علاقة دالة بين إساءة المعاملة المدركة في مرحلة الطفولة واضطراب الاكتئاب (الوكيل، ٢٠١٤). وكشفت النتائج أيضًا انتشار القلق والاكتئاب واضطراب كرب ما بعد الصدمة بين أطفال الشوارع، الذين خرجوا للشوارع بسبب التعرض لإساءة المعاملة الجسدية والنفسية والتي تعرضوا لها داخل أسرهم.

كما أشارت النتائج إلى إسهام الإساءة الجسدية والنفسية للأطفال داخل الأسر في تفسير الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة لديهم؛ إذ تعد الإساءة النفسية والبدنية التي يتعرض لها الأطفال داخل أسرهم، هي شكل من أشكال الصدمات النفسية المتعمدة التي يتعرض لها الأطفال، ومِن ثم فهي تؤثر بالسلب على العلاقات الأسرية وعلى أنماط التعلق، ويترتب على ذلك الإصابة بمشكلات الصحية العقلية على المدى البعيد كالاكتئاب والقلق واضطراب كرب ما بعد الصدمة (القحطاني،٢٠١١؛ مخيمر، ٢٠١٢؛ Derivoisa, Cénatb, Josephc, Karrayd,& Chahraouia, 2017).

وكشفت نتائج إحدى الدراسات التي أجريت على عينة من أطفال الشوارع، عن انتشار الاكتئاب بنسبة ٥٤٪ من عينة الدراسة وانتشار القلق بنسبة ٣٠٪ من عينة الدراسة، فضلًا عن انخفاض مستوى التحصيل الدراسي لديهم، مقارنةً بالأطفال المقيمين مع أسرهم (Venard, 1993). كما يشترك التعرض للحرمان من الرعاية الأسرية في زيادة مستويات القلق والاكتئاب لدى

أطفال الشوارع، وقد أكدت نتائج الدراسات ذلك؛ إذ يؤثر الحرمان من الرعاية الأسرية والإيداع في المؤسسات الإيوائية سلبًا في هؤلاء الأطفال وترتفع لديهم المشكلات السلوكية والإحساس بالوحدة والاكتئاب والقلق والتأخر الدراسي (أبو صباح، ١٩٩٩؛ غريب، ١٩٩٩). وقد اتفق ذلك مع نتيجة الدراسة الحالية الخاصة بمجموعة أطفال الشوارع من عمر (١٣-١٥) سنة.

كما توصلت الدراسات إلى أثر الحرمان النفسي على الأطفال الذي يتمثل في حرمان الطفل من الأسرة ومن حنان الأم والأب، الذي يترتب عليه افتقاد الطفل للحب والرعاية الأسرية، ولذلك يتصف الأطفال المحرومون من الوالدين مثل أطفال المؤسسات ودور الرعاية (كأطفال الشوارع المقيمين داخل مؤسسات الرعاية)، يتصفون بوجود قصور لديهم في النواحي الانفعالية والعقلية. ويؤثر الحرمان من الوالدين سواء كان بفقد الوالدين أو الحرمان من وجود علاقات جيدة ومشبعة معهما تأثيرًا ضارًا على الطفل وعلى الجوانب المختلفة من حياته؛ فعلى سبيل المثال يؤدي انفصال الطفل المبكر والطويل عن أمهاتهم ووالديهم إلى وجود اضطرابات انفعالية كالاكتئاب والقلق، كذلك يمكن أن يكون سببًا في نمو الجناح واستمرار الاضطرابات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال، فنجد أن معظم الأطفال المودعين في المؤسسات يفشلون في إقامة علاقات شخصية جيدة ومستقرة مع المحيطين بهم بوصفهم مقدمي الرعاية، ولديهم قصور في المهارات الاجتماعية والقدرة على حل المشكلات، كذلك لديهم قصور في التفاعل الاجتماعي ولديهم ميول عدوانية ويتصفون بالانعزالية عن الآخرين. كما يؤثر حرمان الطفل من والديه على صورته الذاتية ويزيد لديه الشعور بالاكتئاب والدونية والتوتر والقلق، ويوجد لديه خلل في صورة الجسم، وتتصف علاقته بالآخرين بالعدوانية وتزيد المخاوف والقلق لديه وينخفض تقديره لذاته (أحمد، ٢٠١٢: ١٣٦-١٣٨).

وقد اتفق ذلك مع نتيجة الدراسة الحاليَّة الخاصة بمجموعة أطفال الشوارع من عمر (١٣-١٥) سنة في المرحلة الإعدادية، التي يرتفع لديها القلق

والاكتئاب والمكونات السلبية لحل المشكلات الاجتماعية. كما يؤدي التعرض إلى إساءة المعاملة في مرحلة الطفولة إلى زيادة احتمالات الانخراط في السلوك المحفوف بالمخاطر كالإدمان وانخفاض تقدير الذات والإصابة بالاكتئاب والعديد من الاضطرابات النفسية في مراحل تالية من حياة الفرد، بل والهروب إلى الشارع، إذ تسبب التعرض لإساءة المعاملة خلال مرحلة الطفولة إلى العديد من الآثار السلبية قصيرة وطويلة المدى على حياة الفرد (Song, Wenzel,& Cho, 2019)، وجميعها من الأسباب والعوامل المتوفرة لدى أطفال الشارع، التي يعانون منها وبشدة.

توصيات الدراسة:

من أهم التوصيات التي أوصت بها الدراسة ما يلي:

١. تصميم برامج إرشادية توجه إلى أسر أطفال الشارع بهدف التشجيع والإرشاد والمساندة والمتابعة حول دور الأسرة وأهميته في حياة الطفل.
٢. إجراء مزيد من الأبحاث والدراسات حول المتغيرات النفسية لطفل الشارع، وعدم التركيز فقط على الجوانب الاجتماعية حتى يتسنى للمسئولين تقديم خدمات متكاملة لهؤلاء الأطفال ولتقليل نسبتهم في الشارع.
٣. تصميم برامج تدريبية لتحسين مهارات التواصل لدى أفراد الأسرة، الهدف منها تحسين مهارات التواصل بين الوالدين والأبناء، كأحد عوامل الوقاية المهمة التي تحمى من هروب الأبناء إلى الشارع.
٤. تصميم برامج تدريبية لتنمية مهارات حل المشكلات الاجتماعية توجه للأطفال عمومًا، ولأطفال الشارع على وجه التحديد، تهدف إلى تنمية هذه المهارة التي تعد أحد أهم عوامل الوقاية من الاضطرابات النفسية.
٥. تصميم برامج علاجية لتخفيف حدة القلق والاكتئاب توجه لأطفال الشوارع المودعين في المؤسسات الإيوائية.
٦. توجيه مزيد من الوقت والجهد نحو التأهيل المهني لهؤلاء الأطفال، بهدف إعادة دمجهم في المجتمع وإلحاقهم بمهن تساعد في تحسين مستوى معيشتهم.

بحوث مستقبلية مقترحة:

فيما يلي نعرض مجموعة من موضوعات البحوث المستقبلية:

١- فعالية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال الشارع المودعين في المؤسسات الإيوائية.

٢- المقاومة النفسية وعلاقتها بتحمل الضغوط النفسية لدى عينة من أطفال الشارع.

٣- فعالية برنامج تدريبي لتنمية التسامح والمثابرة لدى عينة من مقدمي الرعاية بالمؤسسات الإيوائية.

٤- فاعلية برنامج لخفض المشكلات السلوكية لدى عينة من أطفال الشارع.

٥- فعالية برنامج إرشادي لتحسين صورة الذات ومفهوم الذات، لدى عينة من أطفال الشارع وأطفال الشارع المودعين في المؤسسات الإيوائية.

٦- فعالية برنامج إرشادي لخفض السلوك العدواني لدى عينة من أطفال الشوارع.

٧- فاعلية برنامج معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب لدى عينة من أطفال الشوارع وأطفال الشارع المودعين في المؤسسات الإيوائية.

٨- الأمن النفسي وعلاقته بالعزلة الاجتماعية لدى عينة من أطفال الشوارع.

٩- فاعلية برنامج تدريبي لتحسين التنظيم الانفعالي، لدى عينة من أطفال الشوارع وأطفال الشارع المودعين في المؤسسات الإيوائية.

قائمة المراجع:

أبو العز، وائل. (٢٠٠٥). **مشكلات الاكتئاب والقلق والصراعات الأسرية وأساليب التعامل معها لدى المراهقين في دولة الكويت.** رسالة ماجستير غير منشورة في الارشاد النفسي والتربوي. كلية الدراسات العليا. الجامعة الأردنية.

أبو صباح، فاتن. (١٩٩٩). **المشكلات السلوكية لدى أطفال المؤسسات وقرية SOSمن سن (٦-١٢) سنة.** رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.

أبو غزال، معاوية؛ فلوه، عايدة. (٢٠١٤). أنماط التعلق وحل المشكلات الاجتماعية لدى الطلبة المراهقين وفقًا لمتغيري النوع الاجتماعي والفئة العمرية. **المجلة الأردنية في العلوم التربوية. جامعة اليرموك -عمادة البحث العلمي.** مج١٠(٣). ٣٥١- ٣٦٨.

أحمد، حسين. (٢٠١٢). **أطفال الشوارع.** الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

أحمد، صابر. (٢٠١٣). برامج التدخل النفسي بوصفها آلية لمواجهة المشكلات النفسية لأطفال الشوارع. **المجلة الاجتماعية القومية.** المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. مج ٥٠ (١). ٨٧-١٢٢.

الحامد، برزان. (٢٠١٩). ظاهرة أطفال الشوارع: الأسباب، الآثار والمشكلات، المعالجات. **المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية.** ع ١٠. ٥٥-٧٨.

الخولي، هناء. (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي مقترح لخفض حدة السلوك العدواني لدى عينة من أطفال الشوارع بالمؤسسات الإيوائيه المؤقتة. **مجلة القراءة والمعرفة.** جامعة عين شمس. ع ١٣٤. ٩٧-١٢٤.

الشطي، تغريد. (٢٠١٥). القلق لدى المراهقين الكويتيين في مرحلتي التعليم قبل الجامعي والتعليم الجامعى. **مجلة كلية التربية.** جامعة الإسكندرية. مج ٢٥(٦). ٣٤١-٣٩٦.

الشوربجى، نبيلة. (٢٠١٠). إساءة معاملة أطفال الشوارع وعلاقتها بالاكتئاب. **مجلة دراسات نفسية**. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم). ٢٠(٤). ٦٩١-٧١٦.

العدل، محمود. (١٩٩٨). القدرة على حل المشكلات الاجتماعية وعلاقتها بالذكاء الاجتماعي والمسئولية الاجتماعية ومفهوم الذات ومستوى التحصيل الدراسي. **مجلة كلية التربية جامعة عين شمس**. ع٢٢، ج(٢). ٩-٥٩.

العوبلي، طه. (٢٠١١). الخصائص السيكو مترية لمقياس رتب الهوية وأزماتها للمراهقين في المؤسسات الإيوائية. **مجلة كلية التربية**. كلية التربية. جامعة عين شمس. ع ٣٥، ج٤. ٨٢٣-٨٥٤.

الغريب، أسامة. ((٢٠١١). أبعاد حل المشكلات الاجتماعية المنبئة بكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من كلية التربية الأساسية، **دراسات عربية في علم النفس**. مج١٠، ع٢. ٢١٥-٢٥٢

الفلكي، كمال. (٢٠١٣). قضية أطفال الشوارع. **مجلة الطفولة والتنمية**. المجلس العربي للطفولة والتنمية. مج٥. (٢٠). ١٩٧-٢٠٠.

القحطاني، مسفر. (٢٠١١). **خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة بمدينة جدة.** رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى.

القريطي، عبد المطلب. (٢٠١٣). أطفال الشوارع: الظاهرة والأسباب وسبل المواجهة. **مجلة الطفولة والتنمية**. المجلس العربي للطفولة والتنمية. مج ٥. (٢٠). ١٥٧-١٧٢.

المحارب، ناصر. (٢٠٠٥). عن أعراض الاكتئاب والقلق لدى الطلاب والطالبات في المملكة العربية السعودية: متى تبدأ الفروق؟ **مجلة دراسات العلوم التربوية**. الجامعة الأردنية. مج ٣٢(١). ١١١-١٢٧.

المجلس القومي للطفولة والأمومة. (٢٠٠٣) .**استراتيجية تأهيل ودمج أطفال بلا مأوى** .مارس القاهرة. ١-٥٣

المغربي، الطاهرة. (٢٠١٤). ارتقاء القدرة على حل المشكلات الاجتماعية لدى المراهقين والراشدين. **مجلة كلية الآداب-جامعة القاهرة.** مج٧٤، ج ٧، ١٢ -٧١.

الوكيل، خالد. (٢٠١٤). الاضطرابات النفسية الناتجة عن إساءة معاملة المراهقين الصم والعاديين. **مجلة بحوث التربية النوعية.** كلية التربية النوعية. جامعة المنصورة. ع٣٥. ١٩٠-٢٠٤.

حافظ، منى. (٢٠١٠). أطفال الشوارع في المجتمع المصري: تحليل سوسيولوجى. **مجلة العلوم الاجتماعية.** جامعة الكويت-مجلس النشر العلمي. مج ٣٨(٤). ٧٣- ١١٤.

حسن، جابر. (٢٠١٥). واقع مشكلة الأطفال بلا مأوى في مصر في ضوء النظريات العلمية واقتراح رؤية استراتيجية قومية لحمايتهم. **المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية-دراسات وبحوث تطبيقية.** كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة أسيوط. ع ٢، مج ١، ٥٦٩-٥٨٥.

حسين، صبا؛ الحسناوي، سوسن. (٢٠١٩). الآثار المترتبة على ظاهرة أطفال الشوارع. **المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية.** المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب. ع ١٠. ١٤٩-١٧٤.

حليم، نادية. (٢٠١٤). أطفال الشوارع: المشكلة والحل. **المجلة الاجتماعية القومية.** المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. مج ٥١(٢). ١-١٥.

خضر، عادل؛ الدسوقي، محمد. (١٩٩٤). المؤسسات الإيوائية بين الاستيعاب والاستدماج. **مجلة علم النفس.** تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب. ع(٣١). ٧٨ - ٩٢.

شرف، عبد الحميد. (٢٠٠١). **التربية الرياضية والحركية للأطفال الأسوياء ومتحدي الإعاقة بين النظرية والتطبيق**، القاهرة: مركز الكتاب للنشر.

صالح، فرح؛ شاكر، هدى. (٢٠١٩). الآثار التربوية والاجتماعية والنفسية حول أطفال الشوارع. **المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية**. المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب. ع١٠. ١٦٥-١٧٦.

طشطوش، رامي. (٢٠٠٩). مشكلات الأطفال المعرضين للخطر. **مجلة كلية التربية**. كلية التربية. جامعة عين شمس. ج١(٣٣). ٤٩٣ – ٥٣٦.

عبد الحليم، إبراهيم. (٢٠١٨). **المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى عينة من أطفال الشوارع (ذكور/ إناث)**. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.

عبد الخالق، أحمد. (١٩٨٤). **قائمة القلق (الحالة والسمة)**. تأليف سبيلبيرجر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الخالق، أحمد. (١٩٩٤). **الدراسة التطورية للقلق**. الكويت حوليات كلية الآداب تصدر عن مجلس النشر العلمي جامعة الكويت، الحولية الرابعة عشرة.

عبد الستار، رشا. (٢٠١٥). مهارات حل المشكلات الاجتماعية كمتغير معدل للعلاقة بين الخلافات الزواجية والاكتئاب. **المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي**. مج ١٥(١). ١٣٧- ١٧٨.

عبد السلام، تهاني. (٢٠٠١). **الترويح والتربية الترويحية**. القاهرة: دار الفكر العربي.

عبد الغنى، خالد. (٢٠٠٧). القلق والشعور بالوحدة: دراسة عبر حضارية مقارنة للفروق بين المراهقين المصريين والقطريين. **الأعمال الكاملة للمؤتمر الإقليمي الأول لعلم النفس**. رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية (رانم). المؤتمر الأول. ٩٤٩- ٩٧٥.

عبد الغنى، سلوى. (٢٠١٠). البيئة الأسرية وعلاقتها بالدوافع النفسية والاجتماعية: دراسة ميدانية على عينة من أطفال الشوارع. **مجلة الطفولة والتربية**. كلية رياض الأطفال. جامعة الإسكندرية. مج ٢(١). ٢٣٩-٣١٠.

عبد الغني، شيماء؛ شومان، أحمد؛ عبد المنعم، أسماء. (٢٠٢٠). برنامج لتعديل السلوك اللاتوافقي لدى أطفال المؤسسات الإيوائية في بيئات مختلفة. **مجلة كلية التربية في العلوم النفسية**. كلية التربية جامعة عين شمس. مج ٤٤(١). ١٣٣- ١٨٤.

عبد الفتاح، غريب. (٢٠٠٠أ). **مقياس الاكتئاب (د-٢)BDI-II**.القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

عبد الفتاح، غريب. (٢٠٠٠ب). مقياس الاكتئاب (د-٢)BDI-II. **مجلة التربية**. كلية التربية. جامعة الأزهر. ع ٩٤. ٢٨٣-٣٣٢.

عصر، سامي. (١٩٩٩). **"جهود المجلس العربي للطفولة والتنمية لفئة الأطفال ذوي الظروف الصعبة"، برنامج تدريب الباحثين الشبان في مجالات الطفولة بمصر، المجلس العربي للطفولة والتنمية**، معهد الدراسات التربوية بجامعة القاهرة، مركز دراسات الطفولة :القاهرة، 01 – 02 نوفمبر 1999 .

عصر، سامي. (٢٠٠٠). **أطفال الشوارع المجلس العربي للطفولة والتنمية**. ط١. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.

عطية، عماد؛ الرشيدي، هبة. (٢٠١٨). أطفال الشوارع: المشكلات والحلول. **مجلة العلوم التربوية**. كلية التربية بقنا. ع٣٧. ٣٣٢-٣٤٩.

غانم، محمد. (٢٠٠٣). مفهوم الذات لدى أطفال الشوارع وعلاقته بكل من سمات الشخصية والصورة المدركة لنماذج السلطة النفسية دراسة مقارنة بين الذكور والإناث. **مجلة دراسات عربية**. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم). مج٢(٤). ١٨١-٢٣٨

غريب، محمد. (١٩٩٩). **مدى فاعلية برنامج سيكودرامي للتخفيف من القلق النفسي عند أطفال المؤسسات الإيوائيه**. رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.

فايد، سوسن. (٢٠١٠). الأوضاع الأسرية والخصائص الشخصية المُهيئة للاتجار بأطفال الشوارع. في: نجوى خليل، وعزة كريم، وسهير عبد المنعم. **أطفال الشوارع في إطار الاتجار بالبشر**. مشروع بحوث الاتجار بالبشر في المجتمع المصري. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

فهمي، محمد. (٢٠٠٧). **أطفال في ظروف صعبة**. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

فهمي، نصيف. (٢٠٠٩). **أطفالنا في خطر أطفال بلا مأوى (أطفال الشوارع)**. القاهرة: المكتب الجامعى الحديث.

قرمان، ميادة. (٢٠٠٨). **الأساليب الحديثة في المشكلات السلوكية عند المراهقين**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية

محمد، رحاب. (٢٠٠٦). تأثير الألعاب التعاونية والتنافسية والشعبية على التوافق النفسي ومستوى القلق الاجتماعي لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الاسرية. **مجلة أسيوط لعلوم وفنون التربية الرياضية**. كلية التربية الرياضية. جامعة أسيوط. ع ٢٣. ج١. ١٤٧-١٧٧

محمد، محمود. (٢٠١٥). دراسة لبعض المتغيرات النفسية المرتبطة بالتوافق النفسي والاجتماعي لأطفال الشوارع بمدينة الفيوم. **آفاق جديدة في تعليم الكبار**. جامعة عين شمس. مركز تعليم الكبار. ١٧. ٢١٩-٢٦٤.

محمود، شيرين. (٢٠١٢). **كفاءة بعض الوظائف المعرفية لدى مرتفعي ومنخفضي مظاهر اضطراب الشخصية الحدية في ضوء النموذج الارتقائي العصبي**. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية الآداب. جامعة القاهرة.

محمود، ماجدة. (٢٠١٠). السلوك العدواني وتقدير الذات لدى أطفال الشوارع. **مجلة دراسات نفسية**. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم). مج ٢٠(١). ٩٩- ١٤٤.

محمود، مصطفى. (٢٠١٥). بعض المتغيرات النفسية وعلاقتها بسلوك أطفال الشوارع. **مجلة البحث العلمي في الآداب**. كلية البنات للآداب والعلوم التربوية. جامعة عين شمس. ع١٦، ج ٢. ١٨٩-٢٢٠.

مخيمر، هشام. (٢٠١٢). **خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة بمكة المكرمة**. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة ام القرى.

مقداد، يوسف. (٢٠١١). بعض المتغيرات الشخصية المتعلقة بالمراهقين والمراهقات: دراسة مقارنة. **مجلة المبادرة للبحوث والدراسات**. جامعة آل البيت. مج ١٧(٢). ٩-٤٤.

مكتب الإنماء الاجتماعي. (١٩٩٥). **القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي**. الكويت: إدارة البحوث والدراسات، الديوان الأميري.

موسى، أحمد. (٢٠٠٩). **أطفال الشوارع المشكلة وطرق العلاج**. المنصورة: المكتبة العصرية.

ناجي، مروة. (٢٠٢٠). الآليات الأمنة لدمج أطفال الشوارع بالمؤسسات الإيوائيه في ظل جائحة كورونا "19-Covid"وعلاقتها باستثمار رأس المال الاجتماعي لديهم. **مجلة بحوث عربية في مجالات التربية النوعية**. رابطة التربويين العرب. ع ٢٠. ٢٤٩- ٢٩٣.

نخلة، صموئيل؛ بطرس، فهيمة. (٢٠٠٠) أطفال الشوارع: الأسباب والمشكلات والجهود المبذولة لرعايتهم دراسة تربوية واجتماعية. **مجلة دراسات تربوية واجتماعية**-كلية التربية-جامعة حلوان. مج٦(١). ١٦٣ :١٩٥.

نصر، حنان. (٢٠١٣). **الممارسة الرياضية وتأثيرها على بعض الاستجابات النفس اجتماعية والعافية البدنية لأطفال الشوارع.** رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية الرياضية للبنات. جامعة حلوان

وزارة التضامن الاجتماعي. (٢٠١٨). **معايير جودة مؤسسات الرعاية الاجتماعية للأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية.** جمهورية مصر العربية.

وزارة التضامن الاجتماعي. (٢٠١٩). **إحصاء أعداد أطفال الشوارع.** جمهورية مصر العربية.

Anderson, R. (2007). **Real-life social problem solving in anxiety and depression. ,** Dissertation Abstracts International of Ph.D. of Social psychology. University of London, Goldsmiths' College (United Kingdom).

American psychiatric association, (1994). **Diagnostic and statistical manual of**

Mental disorders (4rd Ed).Washington DC: Author.

Argus, G., & Thompson, M. (2008). Perceived Social Problem Solving, Perfectionism, and Mindful Awareness in Clinical Depression: An Exploratory Study Cognitive Therapy and Research .32. P745–757.

Beck, A. (1976). **Cognitive therapy and emotional disorder,** New York: International University press.

Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). **Anxiety disorders and Phobias: A cognitive perspective**, New York: Basic books.

Becker-Weidman, E., Jacobs, R., Reinecke, M., Silva, S., & March, J. (2010). Social problem -solving among adolescents treated for depression. **Behavior Research and Therapy.** 48. 11–18.

Belzer, K., D'Zurilla, T, & Maydeu-Olivares, A. (2002). Social problem solving and trait anxiety as predictors of worry in a college student population**. Personality and Individual Differences** .33. 573–585.

Crum, A., Salovey, p., & Achor, SH., (2013). Rethinking stress: the role of mindsets in determining the stress response, **Journal of personality and social psychology,** vol 104(4). 716- 733.

Davila, J., Hammen, C., Burge, D., Paley, B., & Daley, S. E. (1995). Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. **Journal of Abnormal Psychology,** 104(4), 592–600

Derivoisa, D., Cénatb, J., Josephc, N., Karrayd, A., & Chahraouia, K. (2017). Prevalence and determinants of post-traumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms in street children survivors of the 2010 earthquake in Haiti, four years after. **Child Abuse & Neglect** .67. 174–181.

Dsa, S., Foley, D., Hannon, J., Sabina Strashun, S., Murphy, A & O'Gorman, C.

(2021). the psychological impact of childhood homelessness—a literature review. **Irish Journal of Medical Science.** 190. 411–417.

D'Zurilla, T., & Nezu, A. (1990). Development and Preliminary evaluation of the social problem-solving inventory**. Psychological Assessment**. 2. 156- 163.

D'Zurilla, T., & Nezu, A., Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem – solving theory and assessment, in: Change, E., D'Zurilla, T., Sanna, L. (Ed). **Social problem solving, theory, research, and training. American psychological Association.** Washington, Dc. Us.

D'zurilla, T., Maydeu-Olivares, A., & Kant, G. (1998). Age and gender differences in social problem solving ability. **Personality and individual differences**. 20, 241- 252.

D'Zurilla, T., & Sheddy, C. (1991). Relation between social problem solving ability and subsequent level of psychological stress in college students. **Journal of Personality and social psychology**. Vol 61. 841- 846.

Erozkan, A. (2014). Analysis of social problem solving and social self-efficacy in prospective teachers. Educational sciences. **Theory & practice**. 14(2). 447-455.

Frye, A., & Goodman, S. (2000). Which Social Problem-Solving Components Buffer Depression in Adolescent Girls? **Cognitive Therapy and Research**, Vol. 24(6).637-650

Gavin, B., Edna, L., & Anthony, M.(2009). **Social problem solving skills and mental health: a comparison of undergraduate cohorts.** In: 44th Australian Psychological society annual Conference 2009, 30 Sep-4 Oct 2009, Darwin, Australia

Goetz, C. A.(2000**). Social Skills and Social Problem Solving as Stress Protective Factors in Childhood Depression**. Dissertation of Doctor to Present to the Faculty of the Graduate School of the University of Texas at Austin.

Goodman , S., Gravitt Jr, G., & Kaslow, N. (1995). Social Problem Solving: A Moderator of the Relation between Negative Life Stress and Depression Symptoms in Children. **Journal of Abnormal Child Psychology,** 23(4), 473- 485**.**

Hasegawa, A., Hattori, Y., Nishimura, H., & Tanno, Y. (2015) Prospective Associations of depressive Rumination and social problem solving with depression: A 6-Month longitudinal study. Psychological Reports: **Mental & Physical Health.** 116(3). 870-888.

Hasegawa, A., & et al. (2018). How do Rumination and Social Problem Solving Intensify Depression? A Longitudinal Study**. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, 36(1), 28–46.

Herbers, J., Cutuli, J., Monn,A., Narayan, A & Masten, A. (2014). Trauma, Adversity, and Parent–Child Relationships among Young Children Experiencing Homelessness. **Journal of Abnormal Child Psychology.** vol **42**, p 1167–1174.

Holt, K. (2006). **Reliability and validity of the self- determination student scale with an adjudicated in Circuited delinquent population**, In D Wayne, Michigan, U.S.A

Jackson, M., & Lyons, P. (2019). **Child Maltreatment. (Edit) John S. Wodarski & Laura M. Hopson. Empirically Based Interventions Targeting Social Problems.** Published by the registered company Springer Nature Switzerland AG. Switzerland.

Kasik, L. (2015). Development of social problem solving—A longitudinal study (2009–2011) in a Hungarian context. **European Journal of Developmental Psychology Open Access.** Volume 12, Issue 2, Pages 142 – 157.

Kasik L., Gaspar C., Guti K., & Zsolnai, A. (2016). Relationship between social problem solving, anxiety and empathy among adolescents in Hungarian context. (Pp.177–196). Editors: Karla Newton: **Problem-Solving: Strategies, Challenges and Outcomes.** Publisher: NOVA Science Publishers, Inc. ISBN: 978-1-63485-513-6.

Le Roux. J., Smith, S, & Sylvia. C (1998). Psychological characteristics of South African street children .**Adolescence**, 33 (l32). 891- 899.

Levendosky, A., Okun., A, & Parker , J. (1995). Depression and maltreatment as predictors of social competence and social problem- solving skills in school age children. **Child Abuse & Neglect,** Vol 19(10). pp. 1183-1195.

Londahl, A., Tverskoy, A., & D'zurilla, T. (2005). The relations of internalizing symptoms to conflict and interpersonal problem solving in close relationships. **Cognitive therapy and research**, 29(4). 445- 462.

Luebbe, A. (2003). **Specify of anxiety and depression in social problem solving persponse construction and selection in children.** Master of Arts**.** The Faculty of the Graduate School University of Missouri-Columbia.

Mia Romanoa,M., Moscovitcha,D., Maa,R.,& Huppert, J.(2019). Social problem solving in social anxiety disorder. **Journal of Anxiety Disorders**. 68. 102152. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102152

McGuire, J. (2005). Social Problem Solving: Basic Concepts, Research, and Applications (edit) Mary Mc Murran & James McGuire**. Social Problem Solving and Offending Evidence, Evaluation and Evolution.** Thomson Press (India) Limited, New Delhi.

Menke, E, M., & Wagner, J, D. (1997). A comparative study of homeless, previously homeless, and never homeless school-aged children's health. A. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing,** 20(3), 153–173. https://doi.org/10.3109/01460869709028260

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Clark, M. A. (2008). Social problem solving as a risk factor for depression. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), **Risk factors in depression** (pp. 263–286). Elsevier Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00012-5

Ozdemir, Y., Kuzucu, Y., & Koruklu, N. (2013). Social problem solving and aggression: the role of depression. **Australian Journal of Guidance and Counselling**. 23(1). 72-81.

Krenke, I., Aunola, K., & Nurmi, J.(2009). Changes in stress perception and coping during adolescence: the role of situational and personal factors, **Child development,** vol 80(1). 259- 279.

Shaw, S., & Choi, N. (2019). Homelessness. (Edit) John S. Wodarski • Laura M. Hopson. **Empirically Based Interventions Targeting Social Problems.** Published by the registered company Springer Nature Switzerland AG. Switzerland.

Song, A., Wenzel, S., & Cho, Y. (2019). Child Abuse Victimization, Depression, and Substance Use among Homeless Women: Application of General Strain Theory**. Journal of Interpersonal Violence.** pp. 8852–8873 https://doi.org/10.1177/0886260519853410

Spence, s. H.(2003). Social Skills Training with Children and Young People: Theory, Evidence and Practice. **Child and Adolescent Mental Health**, 8, 84-96

Spotts, E., Neiderhiser, J., Hetherington, E., & Reiss, D. (2001). The Relation between Observational Measures of Social Problem Solving and Familial Antisocial Behavior: Genetic and Environmental Influences. **Journal of Research on Adolescence**. 11(4):351 - 374

Van Dalen, M., Dierckxa, B., Pasmans, S., Aendekerk, E., Mathijssenc, I., Koudstaal, M., & et al. (2020). Anxiety and depression in adolescents with a visible difference:A systematic review and meta-analysis. **Body Image** .33, 38–46.

Venard, M. (1993**). Depression, Learned Helplessness, and Perceptions of Parental Acceptance and Rejection: Comparisons between Homeless and Housed Children**. A dissertation of Doctor of Philosophy in Psychology**.** California School Of Professional Psychology Los Angeles.

Zimmermann, W. (1997). **The effect of group counseling on depression in homeless children**. Thesis of Master of Science. Southeastern Louisiana state university.