

تأثير برنامج قائم على اللعب في خفض حدة الاضطرابات السلوكية عند الأطفال

منى درويش (١)

سيد الطوخي (٢) إيمان شاهين (٣) طه عدوي (٤)

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة أثر برنامج قائم على اللعب في خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية (السلوك العدواني- السلوك الانسحابي- العناد- السرقة) لدى عينة من تلاميذ الصف الثاني والثالث الابتدائي (ن = ٢٨ تلميذاً وتلميذة) ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٧-٩ سنوات. وقد اشتملت أدوات الدراسة على ١- مقياس: اختبار رسم الرجل (إعداد جودإنف- هاريس، ١٩٦٣)، واستمارة تقدير المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة (إعداد عبد الفتاح، ٢٠١٠)، ومقياس الاضطرابات السلوكية (إعداد الباحثة) ٢- برنامج اللعب (إعداد الباحثة)، والذي تضمن (٢٤ جلسة) بواقع (١٨ ساعة)، والذي استند إلى نظريات وفنيات علمية متخصصة تخدم مختلف جوانب شخصية الطفل سواء المعرفية، أو الوجدانية، أو السلوكية. وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية برنامج اللعب في خفض حدة الاضطرابات السلوكية موضع اهتمام الدراسة لدى عينة من الأطفال على اختلاف نوعهم ومستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية. كذلك أشارت النتائج إلى عدد من القضايا المحورية ذات الدلالة والأهمية المتعلقة بالأطفال وأساليب التعامل معهم، وعلاجهم، وتوجيههم، وأي تلك الأساليب أكثر فاعلية.

الكلمات المفتاحية: اللعب - الإرشاد باللعب - العلاج باللعب - الاضطرابات السلوكية - اضطرابات المسلك.

The Effect Of A Play-Based Program In Reducing Behavioral Disorders In Children

- (١) أخصائي نفسي إكلينيكي، وأخصائي شئون تعليم - كلية الآداب جامعة القاهرة.
- (٢) أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية جامعة عين شمس.
- (٣) أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية جامعة عين شمس.
- (٤) أستاذ الصحة النفسية المساعد - كلية التربية جامعة عين شمس.

Mona Abd El-Hamied Darwish¹

Supervised by

Sayed El-Toukhy² Eman Chahine³ Taha Adawi⁴

The current study aimed to find out the effect of a play-based program in reducing some behavioral disorders (Aggressive Behaviour- Withdrawal Behaviour- Defiant- Stealing) in a sample of second and third grade primary students (n = 28 male and female students) whose ages ranged between 7-9 years. The study tools included 1- Scales: the Draw-A-Person test (by Goodenough–Harris. 1963). Socio-economic level of family scale (by Nagwan Hessen 2010). behavioral disorders scale (by the researcher), 2- The play program (by the researcher). which included (24 sessions) with a total of (18 hours) Which was based on specialized scientific theories and techniques that serve all aspects of the child's personality (Cognitive. emotion. & behavior).

The results of the study revealed the effectiveness of the play program in reducing the behavioral disorders (aggressive behavior-withdrawal behavior - Defiant- Stealing) in the study sample of children regardless of the gender and the socio-economic levels. The results also indicated a number of significance and importance pivotal issues related to children and methods of dealing with and guide them.

Keywords: play -play counseling -play therapy -behavioral disorders -conduct disorders.

(¹) Clinical psychologist. & Education Affairs Specialist. Faculty of Arts. Cairo University.

(²) Professor of Mental Health- Faculty of Education Ain Shams University.

(³) Professor of Mental Health- Faculty of Education Ain Shams University.

(⁴) Associate Professor of Mental Health- Faculty of Education Ain Shams. University

مقدمة:

تمثل مرحلة الطفولة أهم وأخطر مرحلة في حياة الإنسان، وقد أولى علماء النفس أهمية كبيرة لهذه المرحلة؛ حيث يتشكل خلالها الكثير من السلوكيات عبر أساليب تنشئة اجتماعية متنوعة. هذه الأساليب لا تمثل جميعها بالطبع أساليب سوية أو صحيحة فقد يبتعد بعضها كل البعد عن الأساليب السليمة في التعامل مع الأطفال، والتي قد يترتب عليها فيما بعد الكثير من المشكلات والاضطرابات التي قد يظهرها الطفل.

وقد أولت مختلف المجتمعات العربية اهتمامًا متزايدًا بالطفل والطفولة خاصة مع ما شهدته من تغير وتطور نحو الأفضل، بهدف توفير الرعاية النفسية والتربوية والاجتماعية والصحية للأطفال (زهرا، سري، ٢٠٠٣).

ومن الملاحظ بشكل عام أن جميع الأطفال يمرون بفترات من السلوكيات والانفعالات المضطربة. وتُظهر نتائج دراسة الارتقاء والنمو في كاليفورنيا أن كلاً من الذكور والإناث يعانون بالمتوسط من خمس إلى ست مشكلات في أي وقت خلال مرحلة ما قبل المدرسة والمدرسة الابتدائية.

وتتخفف درجة انتشار هذه المشكلات السلوكية مع التقدم في العمر بالنسبة للأطفال في سن المدرسة؛ لذا نجد أن الأطفال الأصغر الذين هم ما بين ٦ - ٨ سنوات يفوقون الأطفال الأكبر سنًا الذين هم ما بين ٩ - ١٢ سنة في عدد الاضطرابات السلوكية.

كما أن ظهور الاضطرابات السلوكية أكثر شيوعًا بين الذكور منه بين الإناث (شيفر، ميلمان، ١٩٨٩). وتعود مشكلات الطفولة -التي تمتد من الشدة التي تتطلب تدخلًا مهنيًا - أو ربما تقتضي الإقامة في إحدى المصحات أو دور الرعاية- إلى تلك المشكلات السلوكية البسيطة- تحقيق نمو الطفل الطبيعي أو تحقيق الأهداف التي يرسمها الآخرون له (إبراهيم، الدخيل، إبراهيم، ١٩٩٣).

ومن هنا تأتي أهمية التدخل العلاجي للأطفال قبل أن تتعمق مشكلاتهم

واضطراباتهم حتى ينشئوا شبابًا أصحاء نافعين لأنفسهم وغيرهم، قادرين على خدمة مجتمعاتهم وأوطانهم، وتتعدد المداخل والفنيات العلاجية التي تستخدم مع الأطفال، إلا أن هناك الكثير من الدراسات التي أشارت إلى فاعلية استخدام اللعب كوسيلة للعلاج وفي حل المشكلات والاضطرابات التي يعانون منها.

فاللعب له أهمية قصوى في حياة الطفل؛ حيث يُسهم في بناء شخصيته وصقل تكوينه ويعتبر فرصة فريدة تُمنح للطفل كي ينمو في ظل مناخ محبب لنفسه، ولما كان اللعب هو الوسيط الطبيعي للتعبير عن الذات فإن الطفل يُخرج مشاعره المتراكمة من التوتر والإحباط وعدم الأمن والعدوان والخوف والحيرة والارتباك إلى السطح، ولذلك فهو واحد من أكثر الوسائل الفعالة والمؤثرة لخفض التوتر أو الضغط لدى الأطفال (Hart. Mather. Slack. Powell. 1992، محمود، ٢٠٠٥).

وفي حقيقة الأمر يمثل اللعب جانبًا كبيرًا من الحياة التي يعيشها الأطفال، بل بالأحرى هو حياة الأطفال كلها، فهم يهدفون له ويسعون إليه ويتحنون أي فرصة لنيله والفوز به، وفيه يستثمرون طاقاتهم ويعبرون عن مشاعرهم ويمكن من خلاله ملاحظة أفكارهم وآرائهم وسلوكياتهم في سياقات ومواقف مختلفة.

ويكون الطفل في اللعب هو المسيطر والمتحكم والقائد، له مطلق الحرية والتصرف في تصميم وتنظيم اللعب كيفما يشاء ويرغب، ومن هنا يظهر في اللعب بشكل غير مباشر ما يعتقد فيه الطفل ويُكونه من أفكار وإدراكات، وأيضًا تظهر قدرة اللعب على جعل الطفل يُنفس انفعاليًا عما بداخله وهذا في حد ذاته -عند البعض- نوع من أنواع العلاج للطفل.

كما أن أهمية اللعب للأطفال تظهر في كونهم لا يجيدون التعبير اللفظي واللغوي خاصة إذا كان موضوع الحديث هو ما يشعرون به، ومن الممكن أن يشمل اللعب جميع جوانب شخصية الطفل من الناحية الجسمية والعقلية والوجدانية والاجتماعية ويتوقف ذلك على نوع وطبيعة الأدوات المستخدمة باللعبة، فالألعاب ذات الطابع الحركي تُكسب الأطفال قوة وسلامة الجسم، وإذا كانت جماعية تُكسبه

على المستوى الاجتماعي كيف يتعاون ويتشارك مع زملائه كي يحقق الفوز لفريقه، أما إذا كانت اللعبة ذات الطابع العقلي والذهني كما في الألغاز العلمية وغيرها من الألعاب فتُكسب الطفل كيفية التفكير بشكل سليم ومرن كي يتوصل لحل اللغز، وبالطبع في هذا تنمية للذكاء والتركيز والتفكير لدى الطفل، وكل أنواع اللعب يستثمر الطفل فيها طاقاته بشكل تنموي إيجابي، ومن خلال اللعب يمكن التدخل للتوجيه في موقف معين أظهر فيه الطفل سلوكًا يحتاج لذلك ويزيد قبول الطفل لهذا التوجيه في إطار اللعب الذي يخلق المناخ الممتع له، والذي يسعى إليه بشكل مستمر ودائم، ومجال اللعب مجال مفتوح يسمح بتصميم الكثير من الألعاب الموجهة مختلفة الأهداف حسبما نود إكسابه للأطفال.

ومع ممارسة الأطفال لهذه الألعاب الموجهة يستطيعون وهم يُعبرون عن أفكارهم وسلوكياتهم بحرية أن يتعرفوا على منطقية وصحة هذه الأفكار والسلوكيات من عدمها بشكل غير مباشر مما يسهم في بدء التخلي عنها أو تثبيتها وتعميمها. وهناك من الأطفال من يُظهرون سلوكيات مضطربة (عدوان، انسحاب، عناد، سرقة، كذب ..) تحتاج إلى تشخيص وعلاج حتى نتفاد تأثيرها على توافقهم النفسي والاجتماعي وتأثيرها على جوانب أخرى مهمة في حياتهم مثل التحصيل الدراسي والتقدم في المدرسة.

وهكذا نلاحظ اختلاف الرؤى التي نظر بها العلماء والباحثون للعب، فهناك من اعتبره طريقة من طرق العلاج النفسي للأطفال وطريقة لتشخيص حالاتهم، وهناك من نظر إليه بوصفه طريقة من طرق التعلم التي يمكن من خلالها إكساب الأطفال أنماطًا مختلفة من السلوك في مناخ محبب لهم يعكس بيئتهم الطبيعية.

فقد نظر بعض الباحثين إلى كثير من لعب الأطفال كتعبير عن مشكلاتهم وصراعاتهم التي يعانون منها، فالطفل يُسقط على الدمى أثناء اللعب انفعالاته تجاه الكبار والتي لا يستطيع إظهارها خوفًا من العقاب أو توقعه، وهذا يسهل تشخيصها، ومعرفة أسبابها النفسية (زهران، ٢٠٠٥). ومن ثم يشير بعض الباحثين (Meany-Walen. 2010; Thacker. 2010) إلى أن العلاج باللعب

هو اختيار ارتفاعي أساسي لعلاج الجانب النفسي للأطفال من سن ٣ إلى ١٠ سنوات، ويرتكز هذا على الاعتقاد بأن اللعب والنشاط هما بيئة الطفل الطبيعية للتواصل، ومن الناحية التشخيصية يُلاحظ أن الطفل المضطرب نفسيًا يسلك في لعبه سلوكًا يختلف عن الطفل العادي، ولذلك يستخدم اللعب كوسيلة للاتصال بالطفل، واستثارته للتعبير الرمزي عن خبراته في عالم الواقع.

في المقابل ينظر بعض الباحثين إلى اللعب كمصدر للتعلم، حيث يوفر فرص للتفاعل الاجتماعي، وبذلك يحول الطفل من تمركزه حول ذاته إلى الآخرين، كما يوفر الدوافع الداخلية للتعلم بجانب التوافق وكذلك تقريب المفاهيم ويقابل ميول الأطفال الطبيعية (عويس، ١٩٩٧).

ولكل ما سبق اعتُبر اللعب من الوسائل الأكثر جدوى في التعامل مع الأطفال سواء من الناحية العلاجية لمساعدتهم على التخلص من السلوكيات والأفكار المضطربة لديهم، أو التنموية لمساعدتهم على تنمية بعض المهارات في جوانب مختلفة لديهم.

مدخل إلى مشكلة الدراسة:

يُظهر بعض الأطفال اضطرابات سلوكية تعوق توافقيهم الشخصي والاجتماعي، وتشير هذه الاضطرابات إلى أفعال وتصرفات يقوم بها الطفل لا تلقى قبولًا اجتماعيًا، وتسبب الكثير من الإزعاج للطفل وللمن يحيطون به، وبالتالي فهي تؤثر في علاقاته بالآخرين سواء من هم في مثل سنه أو من هم أكبر أو أصغر منه سنًا، كما يمتد تأثيرها ليشمل الجانب النفسي والدراسي للطفل.

ويعيش الأطفال المضطربون سلوكيًا في صراع مستمر مع الآخرين ومع أنفسهم، وغالبًا ما يتسم سلوكهم بالعدوانية والإزعاج بشكل يجعل الآخرين ينفرون منهم.

ويميل البعض إلى سلوك الانسحاب الاجتماعي والعيش في عالم خاص

بهم، الأمر الذي قد يحوّل دون اكتسابهم لمهارات النمو والمعرفة (العزة، ٢٠٠٢).

وقد تناولت دراسات عديدة موضوع الاضطرابات (أو المشكلات) السلوكية من زوايا مختلفة؛ حيث نجد **منها** ما وضعت برامج للتعديل والمواجهة (كما في دراسة العتيبي، ٢٠١١، السبعيني، ٢٠١١، خربوش، ٢٠١١، فاروق، Thornton. 2011; Riviere. 2006; McGhee & et ؛ ٢٠١١، المرسي، ٢٠١١ al. 2005; Llijas & et al. 2004; Richeson. 2004; Parish & Lufi.1997; ، (Rockwell & Guetzloe.1996; Hetfield. 1994; Anderson. 1992) ، **ومن**ها ما حاول اكتشاف العلاقة بين الاضطرابات أو المشكلات السلوكية وبين بعض المتغيرات كالبيئة المدرسية (كما في دراسة عبد العظيم، ٢٠٠٩)، وبعض أساليب المعاملة الوالدية (كما في دراسة السيد، ٢٠٠٩؛ ودراسة صالح، ٢٠٠٦؛ ودراسة إسماعيل، ٢٠٠٠)، والمناخ الأسري (كما في دراسة الماخذي، ٢٠٠٧)، والاتجاه نحو نمط شخصية المعلم (كما في دراسة زايد، ٢٠٠٦)، وأساليب التفكير (كما في دراسة يوسف، ٢٠٠٦)، واضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط (كما في دراسة المطيري، ٢٠٠٦)، والقيم (كما في دراسة إسماعيل، ٢٠٠٤)، والاتجاهات الوالدية (كما في دراسة عبد القادر، ٢٠٠٣؛ Brown. 2012; Gelley. 2012; Fan. 2011; Swinton. 2011; Villodas. 2011) ، وكذلك **منها** ما تم في إطار مسحي للتعرف على الاضطرابات (أو المشكلات) السلوكية الشائعة لدى فئة معينة (كما في دراسة التميمي، ٢٠٠٧، مرسي، ٢٠٠٥، عثمان، ٢٠٠١، السهل، ٢٠٠١، حسين، ١٩٩٧، حبيشي، ١٩٩٦، العمران، وعباده، ١٩٩٣).

كما وُجدت بعض الدراسات التي اتخذت من المنهج المقارن أسلوبًا لها (كما في دراسة عوض، ٢٠١٢) التي قارنت بين الأطفال ذوي اضطرابات المسلك والأسوياء في بعض المتغيرات، أو تقارن بين فئتين مختلفتين من العينات (كما في دراسة نصر الدين، ٢٠٠١، ودراسة عبد العظيم، ١٩٩٩، ودراسة قاسم، ١٩٩٤ Hita. 2011; Gendron. et al. 2004; Panacek.

أخضعت مجموعة من المراهقين لأداء مهمة معينة كي تفرق بين من أكثر عرضة لوجود اضطرابات سلوكية لديهم ومن أقل عرضة.

وعلى الرغم من وجود كل هذه الدراسات إلا أن هناك ندرة في الدراسات التي تناولت الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة المتوسطة بشكل خاص، وبالتبعية لم تقدم برامج تدخلية مُعدة خصيصًا لأطفال هذه المرحلة لعلاج الاضطرابات لديهم، وذلك على الرغم من أهمية دراستها بكل جوانبها وموضوعاتها وأهمية تناولها بالتدخل.

فهذه المرحلة الارتقائية تقابل الصفوف الثلاثة الأولى من المدرسة الابتدائية التي يبدأ الطفل فيها في تلقي المعلومات بشكل نظامي وجمدي أكثر مما كان عليه في المرحلة التي تسبقها (مرحلة رياض الأطفال)، كما تبدأ علاقات الطفل تتضح وتتعمق شيئاً فشيئاً مع أقرانه ومدرسيه في هذه المرحلة؛ ولذلك تظهر بوادر سماته الشخصية وطرق تعاملاته، وما يحتاج منها إلى صقل وتدعيم وما يحتاج منها إلى تعديل وتوجيه قبل أن يترسخ في شخصية الطفل ويصبح جزءاً لا يتجزأ منه، وبالتالي يصبح التدخل العلاجي أكثر صعوبة والنتائج أقل وضوحاً وثباتاً، ولأهمية هذه المرحلة وأهمية تناولها بالتدخل -لتعديل سلوك الطفل وإكسابه سلوكاً سويًا وقيمًا إيجابية تترسخ في نفسه وتصبح من سماته الشخصية- والذي يعد تدخلاً مبكراً يأتي بنتائج أكثر وضوحاً وثباتاً، فما زالت هناك حاجة لدراسة مرحلة الطفولة المتوسطة وما يظهر بها من اضطرابات سلوكية للتشخيص والتدخل المبكرين، خاصة إذا كان التدخل سوف يحدث في سياق آمن ومحبيب للطفل. ومن ثم تتبلور مبررات إجراء هذه الدراسة في:

مبررات إجراء الدراسة:

١- وجود ندرة في الدراسات التي تناولت أطفال مرحلة الطفولة المتوسطة بالبحث، وذلك على الرغم من أهمية هذه المرحلة الارتقائية.

٢- تقديم أداة تشخيصية للاضطرابات السلوكية عند الأطفال (مصممة في صورة مواقف حياتية واقعية يمر بها الطفل، وعليه أن يختار من بدائل كيف سيكون تصرفه بها).

٣- إعداد برنامج لعلاج الاضطرابات السلوكية عند أطفال مرحلة الطفولة المتوسطة قائم على اللعب من منطلق نظريات مختلفة تخدم جميع جوانب الشخصية للطفل.

أسئلة الدراسة:

تحدد مشكلة الدراسة الحالية في السؤال الرئيسي التالي:

إلى أي مدى يؤثر البرنامج القائم على اللعب -المُصمم والمُطبق بالدراسة الحالية- في خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال؟

ينبثق عن هذا السؤال عدة أسئلة فرعية هي:

١- إلى أي درجة تؤثر ممارسة أنشطة البرنامج القائم على اللعب في خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة الدراسة من الأطفال في المجموعة التجريبية كما يظهر ذلك في الدرجة على مقياس الاضطرابات السلوكية بعد تطبيق البرنامج؟

٢- إلى أي درجة يستمر تأثير البرنامج القائم على اللعب في خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية كما يظهر ذلك في الدرجة على مقياس الاضطرابات السلوكية لأطفال المجموعة التجريبية في القياس التتبعي؟

مفاهيم الدراسة والإطار النظري:

تتناول الدراسة مفهومين رئيسيين: أولهما: اللعب، وثانيهما: الاضطرابات السلوكية، وهو ما نعرض له في الفقرات التالية.

أولاً: مفهوم اللعب

اللعب هو عالم يخلقه الطفل لنفسه، يعيش فيه باستمتاع ولا يريد أن يخرج

منه أو ينفصل عنه، ففيه يُخرج كل طاقاته وإمكاناته، يفعل ما يريد، ويُنظم كيفما يشاء ويرغب.

ولقد لاحظ العلماء منذ زمن بعيد رغبة الطفل الملحة في اللعب وضرورة وأهمية ذلك؛ لذلك شرعوا في دراسة اللعب دراسة علمية وعملية في محاولة منهم لفهمه ولفهم القضايا والموضوعات التي تحيط به، ولقد مر مفهوم اللعب والأسباب الكامنة وراءه بمراحل عديدة ومتباينة على مر القرون والسنوات.

في منتصف القرن التاسع عشر والجزء الأخير منه تولدت الصياغات الأولى لنظريات اللعب بتأثير من نظرية التطور، حيث تساءل الباحثون ما هي الوظيفة التي يمكن أن نسندھا إلى اللعب، إذا كانت الأنشطة الأساسية للكائنات الحية موجهة لإشباع الحاجات الجسمية اللازمة لحفظ الحياة وحفظ الأنواع؟

كانت هناك إجابة قديمة وهي أن اللعب يستخدم على أساس أنه استجمام من عناء العمل (ميلر، ١٩٩٤)، ويعتبر اللعب "مهنة الطفل" ويُعبر عن ذلك بأن "الأطفال عمال صغار".

واللعب يُشعر الطفل بالاستمتاع بطفولته، ولذلك يجب ألا نجعل الأطفال يسبقون الزمن ويصبحون رجالاً صغاراً بسرعة قبل أن ينتهوا من طفولتهم.

فلندعهم يلعبون ويستكشفون ويتعلمون قبل أن "ينشوا ياقاتهم" (زهران، ٢٠٠٥). حتى الأطفال المعاقين فجميعهم -ليس المهم كيف أصيبوا بالعجز- يمتلكون الطاقة والقدرة على لعب ألعاب وتطبيقات معدة ومجهزة خصيصاً لكي تناسب إعاقاتهم وتحتال عليها (Lear. 1993).

ونعرض فيما يلي لتعريفات وُضعت للعب من قبل عدد من العلماء والباحثين في مجالات مختلفة، ونتطرق كذلك لتعريف العلاج باللعب، لكي نتعرف على مفهوم اللعب بشكل أعمق وأكثر تحديداً.

توجهات تعريف اللعب:

تعددت تعريفات اللعب بتعدد الأطر والمداخل النظرية التي سعت إلى تفسيره، ويمكن أن تُصنف هذه التعريفات إلى

- تعريفات اعتبرت اللعب أداة للتعبير والتنفيس كمدخل للتشخيص والعلاج
- وتعريفات اعتبرت اللعب سياقاً لاكتساب مهارات اجتماعية ومعرفية (أو أكاديمية)، كمدخل تعليمي وتربوي وتتموي (أو تدريبي)، عبر مراحل النمو والارتقاء، وإن كان نشاط اللعب في حد ذاته يُمارس في ظاهره من أجل التسلية والمتعة.

❖ اللعب كمدخل علاجي:

نجد عددًا من الباحثين وعلى رأسهم **أكسلين**^(١) يذكرون أن العلاج باللعب هو اختيار مُثبت فاعليته للعلاج النفسي للأطفال من سن ٣ إلى ١٠ سنوات، ويرتكز على اعتقاد بأن اللعب والنشاط هما بيئة الطفل الطبيعية للتواصل وللتعبير الذاتي (Meany-Walen. 2010; Thacker. 2010; Shores. 2010)، وهو وسيلة تشخيصية للكشف عن اعتلال الصحة النفسية (التركيت، ٢٠٠٣)

وتفترض نظريات **التحليل النفسي** أن اللعب هو الوسيلة التي بواسطتها يُنفس الأطفال عن الخبرات المكدره لديهم وكذلك يقلل اللعب لديهم من النتائج السلبية للصددمات النفسية (Hart. Mather. Slack. Powell. 1992)، فهو يخلص الطفل من انفعالاته السلبية ومن صراعاته وتوتره ويساعد على إعادة التوافق، كل ذلك دون مخاطرة أو تعرض لنتائج ضارة (بيرس، لاندو، ٢٠٠٧)، فاللعب مخرج لعلاج مواقف الإحباطات الموجودة في الحياة (عادل، ٢٠٠٨).

وتشير الجمعية البريطانية للمعالجين باللعب BAPT^(١) إلى أن العلاج باللعب هو علاج نفسي يستخدم لعلاج الأطفال، لأنه من الصعوبة بمكان أن ينخرط صغار الأطفال في تواصل لفظي يشبه التداوي الحر الذي يستخدم مع الراشدين (Lane. 2010).

(1) British Association of Play Therapists

وتُعرفه جمعية العلاج باللعب APT⁽¹⁾ بأنه استخدام منظم لنموذج نظري لبناء عملية بينشخصية؛ حيث يتدرب المعالجون باللعب على استخدام قوى اللعب العلاجية لمساعدة العملاء على الوقاية من الصعوبات النفسية الاجتماعية وإعادة حلها وتحقيق النمو المأمول، وقد تبنى هذا التعريف أكونور، وكذلك تبنته جمعية كاليفورنيا للعلاج باللعب⁽²⁾ (Almeraisi. 2008; Thacker. 2010; Tiggs. 2010).

ويُعرف **لاندريث** العلاج باللعب بأنه نظام علاجي متكامل، ليس فقط تطبيق لبعض الفنيات البنائية المتوافقة، ويبنى على اعتقاد في قدرة ومرونة الأطفال على بناء توجههم الذاتي، وكذلك أشار إلى أن غاية العلاج باللعب هو مساعدة الطفل على التحول من عدم القدرة على إدارة الموقف في الواقع إلى القدرة على إدارته خلال اللعب الرمزي (Thacker. 2010)،

وكذلك يشار إلى العلاج باللعب بأنه طرق للنمو سريعة التأثير العلاجي تستخدم للانتفاع بالمزايا الطبيعية للعب في مساعدة الأفراد للوقاية من الصعوبات النفسية وإعادة حلها وتحقيق النمو والارتقاء الأمثلين (McGee. 2010; Plotkin. 2011).

في حين يُعرفه "هل" Hull بأنه أسلوب للعلاج النفسي يستخدم مع الأطفال فيه يُنظر للعب على أنه طريق للتواصل بين الطفل والمعالج بهدف الوصول إلى انفعالات سوية، نمو بعمق، وتحفيز للارتقاء السوي (Hull. 2009).

❖ اللعب كنشاط تعليمي واجتماعي

من زاوية أخرى يشار إلى اللعب بأنه نشاط تعليمي واجتماعي عبر حركة أو سلسلة من الحركات (تهدف إلى التسلية) وهو نشاط موجه يقوم به الطفل من أجل المتعة والتسلية، وفطري تتم من خلاله عملية النمو والتطور عند

(1) Association for Play Therapy (APT).

(2) The California Association of Play Therapy.

الطفل فيساعده على نمو شخصيته (عادل، ٢٠٠٨)، فاللعب يتيح للطفل الفرصة كي ينمو في جميع النواحي، فهو يسمح باستكشاف الأشياء والعلاقات بين الأشياء، وهو يسمح له بالتدريب على الأدوار الاجتماعية (بيرس، لاندو، ٢٠٠٧)، ويذكر بياجيه (Piagt) أن اللعب عملية ^(١) تعمل على تحويل المعلومات الواردة لتلائم حاجات الفرد، فاللعب والتقليد والمحاكاة جزء لا يتجزأ من عملية الارتقاء العقلي والذكاء (الهنداوي، ٢٠٠٢)، كما عرف (برونر) اللعب بأنه السلوك الذي يتيح للكائن أن يكون قادرًا على الاكتشاف والتدريب على إستراتيجيات سلوكية جديدة (السيد، ٢٠٠٠).

ويستند اللعب على عدة أسس نظرية ينطلق منها، تشير إلى الدوافع الكامنة وراءه وتفسيرها، وكيف يسهم في عمليات النمو والتعلم والعلاج، وفيما يلي عرض للنظريات التي أسهمت في ذلك.

النظريات المفسرة للعب:

اللعب من منظور التحليل النفسي:

يشير لاندريث إلى أنه في وقت مبكر من عام ١٩٠٠ بدأ علماء الصحة النفسية والارتقاء مثل سيجموند فرويد، ميلاني كلين، آنا فرويد، جان بياجيه، وفيرجينيا أكسلين العمل مع الأطفال، وأكدوا الحاجة إلى أن تكون التدخلات العلاجية مناسبة لمستوى الأطفال الارتقائي، هؤلاء العلماء كانوا روادًا في إيجاد الأساليب التي يعتقد المعالجون باللعب في الوقت الحالي أنها ضرورية لأفضل مساعدة تقدم للأطفال الذين يعانون من صعوبات انفعالية (Meany-Walen. 2010).

وقد استخدم بعض أتباع فرويد اللعب الحر كبديل للتداعي اللفظي الحر في علاج الأطفال؛ ففي اللعب، كما في الأحلام والخيال لا تتدخل حقائق الواقع القاسية، ولهذا فإن ما يحددها ويحكمها هو الرغبات.

(1) Assimilation

وإذا كان الطفل يميز اللعب من الواقع، فإنه يستخدم أشياء ومواقف من العالم الواقعي لخلق عالماً خاصاً به يستطيع فيه أن يكرر الخبرات السارة حسبما يريد، ويستطيع أن ينظم الوقائع ويعدها على النحو الذي يسبب له أكبر قدر من المتعة.

وهناك قدر كبير من اللعب يفترض أنه يمثل إسقاطاً، وما لم يكن القلق عظيماً إلى درجة تكف كل أنواع اللعب، فإن رغبات وصرعات كل مرحلة من مراحل الارتقاء ستعكس في لعب الطفل، سواء بشكل مباشر، أو بأنشطة بديلة ورمزية، وكذلك يعبر الطفل بشكل صريح عن مشاعره في اللعب.

وأشار فرويد إلى أن الأحداث المثيرة أي التوترات والصرعات المؤلمة تتكرر في الخيال أو في اللعب لأن التكرار يخفض الاستثارة التي تم تنبيهها.

واللعب يُمكن الطفل من السيطرة على الحدث، أو الموقف المثير للاضطراب عن طريق السعي النشط إلى إتمامه، بدلاً من الوقوف إزاء موقف المشاهد السلبي عديم الحيلة.

أما التأثير المباشر لوجهات نظر فرويد عن اللعب فقد كانت في الأشكال المتنوعة من طرق علاج الأطفال المضطربين، وهي مشتقة من التحليل النفسي ذاته، ومعظمها يستخدم اللعب التلقائي؛ حيث يكون بعضه كبديل للتداعي اللفظي الحر عند الكبار، وبعضه الآخر كنوع من التفرغ أو التطهير، أو كوسيلة مساعدة على التواصل مع الأطفال، أو ببساطة لكي يمكن ملاحظاتهم (ميلر، ١٩٩٤).

وقد عرضت فيرجينيا أكسلين -رائدة في مجال العلاج باللعب- لثمانية مبادئ أساسية تساعد في توجيه المعالجين باللعب بأسلوب مناسب وصادق، وهي: تنمية علاقة دافئة وودودة مع الطفل، القبول التام للطفل كما هو، إيجاد الإحساس بالتسامح في العلاقة العلاجية، تنظيم مشاعر الطفل وعكسها مرة أخرى، احترام قدرة الطفل على حل مشكلاته الخاصة، تتبع كيف يقود وسيطر الطفل كل الأوقات، السماح للطفل بالتحرك في حدود قدرته، يستجيب لوضع

وضبط الحدود عند الضرورة فقط (Holliman. 2010; Plotkin. 2011).

اللعب من منظور نظريات التعلم:

فسرت النظرية السلوكية اللعب على أنه ارتباط بين مجموعة من المثيرات والاستجابات، بمعنى أن الطفل يتقن اللعبة عن طريق التكرار والممارسة والتعزيز؛ حيث يؤثر ذلك في مستوى المهارة لدى الطفل (عبد الهادي، ٢٠٠٤)، وتبعًا (شلوسبرج، ١٩٤٨) يضم اللعب أحيانًا عديدة من السلوك التي ينبغي أن يدرس كل منها منفردًا، وستفسر لنا بعض النتائج التي أقرتها تجارب التعلم الأنماط المختلفة من اللعب، ويرى شلوسبرج أن بعض اللعب يمكن أن يفسر أيضًا بمصطلحات العتبة المنخفضة حين تستجيب الحيوانات المستريحة بالنسبة للمثيرات التي قد تكون أضعف من أن تستثير الاستجابة عند الحيوانات المتعبة أو المشغولة (ميلر، ١٩٩٤). ويرى (سكنر) أن اللعب سلوكيات تعليمية، يمكن أن يكتسبها الطفل بفضل ما يترتب على استجابته لنشاط اللعب، من تعزيزات تشعره بالرضا والسرور فيعمل على تكرار هذا السلوك الإجرائي، فيكتسبه كأهداف تعليمية تعليمية مرغوب فيها.

ونظرًا لأن اللعب خبرات تعليمية موجودة في البيئة الخارجية التي يعيش فيها الطفل، فإن نشاط اللعب يمثل أحد المعطيات أو المثيرات التعليمية في البيئة المرغوب فيها من الأطفال مما يجعلهم يستجيبون إليه بصورة تلقائية أو بصورة إرادية (صوالحة، ٢٠٠٤).

اللعب من منظور معرفي (نظرية جان بياجيه):

تُقدّم نظرية بياجيه عادة على أنها من علم التواريخ وتسلسلها، والشيء الذي ميز هذه النظرية هو أن بياجيه درس أولًا أطفاله هو وسجل ملاحظاته عنهم، ثم بعد ذلك قام بتسجيل ملاحظاته عن الارتقاء لأطفال آخرين من عمر ١٨ شهرًا حتى فترة المراهقة (Cohen. 1983).

وقد نظر بياجيه إلى اللعب على أنه الوسيط الذي يتم من خلاله النمو

المعرفي أو العقلي أو الأخلاقي لدى الأطفال، لا سيما وأن اللعب يمثل وسيلة للتعلم الذي يظهر في إحداث التوافق بين ما يكتسبه الطفل وحاجاته (صوالحة، ٢٠٠٤)، واعتمد بياجيه على التمثلات الظاهرة والتي يصورها الطفل من خلال أنشطة اللعب، واكتفى بالإشارة إلى أنه مما لا شك فيه أن هناك أنشطة في مجال اللعب لدى الأطفال رموزها أكثر اختفاءً وتشير إلى الحصر لديهم وإن لم يدركه الطفل (السيد، ٢٠٠٠).

وتعد نظرية بياجيه في اللعب ملتصقة عن قرب بتفسيره لنمو الذكاء، وهو يسلم بوجود عمليتين يعتقد أنهما أساسيتان لكل نمو عضوي، وهما: التمثل والمواءمة^(١). ويشير التمثل لأي عملية يُغيّر بها الكائن العضوي المعلومات التي يستقبلها، بحيث تصبح جزءًا من التكوين المعرفي لديه.

أما المواءمة فتعني، أي توافق يكون على الكائن أن يقوم به إزاء العالم الخارجي حتى يتمثل المعلومات.

واللعب تمثل خالص يُغير المعلومات المتحصلة لتتلاءم مع متطلبات الفرد، ويكون اللعب والمحاكاة جزأين متكاملين لنمو الذكاء، ويمران نتيجة لهذا بنفس المراحل (ميلر، ١٩٩٤؛ Tsai. 2010; Peratikos-Kiritsis. 2010; Meany-Walen. 2010). (2009).

اللعب من منظور النظريات التربوية:

دعا فروبل إلى تحرير الطفل من وطأة التعليم المجرد وتدريب التلاميذ عن طريق التفاعل المباشر مع الطبيعة الخارجية، ثم عن طريق تنمية طبيعتهم الإنسانية والفردية بواسطة العمل التعاوني واللعب (الهنداوي، ٢٠٠٢).

ولقد أشار فروبل في كتابه (تعليم الانسان)، إلى أنه في اللعب يتحقق الطفل مما يستطيع فعله، ويستكشف إمكاناته الخاصة بالاختيار والتفكير من خلال بذل طاقته بنفسه وبتلقائية، كما وضح فروبل كيف أن لعب الطفل واكتماله يعد قناة إلى

(1) accommodation.

نمو الذكاء والمهارات الاجتماعية (Tsai. 2009).

كما أن اللعب هو النشاط الذي يميز بين الأفراد بوضوح وهو الدور الجوهري للمعلم، سواء أدى هذا الدور بشكل مباشر وإيجابي أو بشكل غير مباشر وسلبى، كما في اللعب (Hodgkin. 1985).

وقد قامت (منتسوري) بتطوير وابتكار مواد وأدوات خاصة لتعليم الأطفال الخبرات المختلفة؛ بحيث إنها خصصت لكل لعبة أهدافاً خاصة بإكساب الطفل مهارة محددة، وتميزت أفكار (منتسوري) بإبراز الجانب الجاد للطفولة؛ حيث إن العمل وليس اللعب هو وسيلة التخلص من كل المشاكل والعيوب، فاللعب لدى منتسوري هو العمل والخبرة والحياة الحقيقية (السيد، ٢٠٠٠).

اللعب من منظور نظريتي الجشطت والمجال:

وقد طبق كوفكا في كتاب له مبادئ مدرسة الجشطت على نمو الطفل، ويتضمن أحد هذه المبادئ أن الاستجابة تثار بمجرد أن يحدث الإدراك، لأن كلاً منهما ينتمي إلى شكل واحد.

ويحدث اللعب التخيلي لأن عالم الطفل أقل تمايزاً عن عالم الراشد، والطفل لا يرى أي تناقض في أن يهدد أو يُملس على عصا كما لو كانت طفلاً رضيعاً. والطفل لا يجعل لعالمه أرواحاً وإنما هو فقط، وهو لم يتعلم بعد تمييز ما هو حي عما هو غير ذلك.

ولما كانت مدركاته أقل تمايزاً (من الكبير)؛ لذا يقوم بأفعال تبدو بالنسبة للراشد غير ملائمة للموقف (ميلر، ١٩٩٤).

أما كيرت ليفين فيرى أن سلوك الفرد يتوقف على الموقف الكلي الذي يجد نفسه فيه، وتختلف استجابة الفرد باختلاف عمره وشخصيته وحالته النفسية، كما يتأثر بجميع العوامل الموجودة في محيطه في أي لحظة من اللحظات، فالطفل قد يكون سلبياً في موقف ما خجول في موقف آخر، مستريحاً في موقف ثالث، ويتأثر في ذلك بما يحيط به وبهذا فإن مفهوم الأشياء والأدوار التي يقوم بها الأطفال متنوعة، فقطعة الورق المقوى يختلف تعامله معها من لحظة إلى أخرى، ويمكن أن يمزقها في لحظة أخرى، وهكذا

تصبح أعباءه أشياء غير ثابتة (الهنداوي، ٢٠٠٢).

وبعد عرض مفهوم اللعب من خلال تقديم تعريفاته المختلفة والنظريات المفصرة له، يمكن التوصل إلى بعض النقاط المؤكدة منها أن اللعب العالم المحبب والممتع لنفس الطفل، فهو العالم الذي يكون فيه الطفل على طبيعته تتكشف رغباته واتجاهاته وسلوكياته ويعبر عن انفعالاته وأفكاره بحرية تامة وبالشكل الذي لا تسعفه به اللغة والكلمات؛ فالأطفال خاصة الصغار منهم لا يزالون غير مجيدين للتعبير اللفظي وبالأحرى عندما يُطالبون بالحديث عما يشعرون ويحسون به، ومن هنا اعتبر بعض الباحثين والمنظرين اللعب في حد ذاته وسيلة علاجية لأنه يساعد الأطفال على التخفف من الآثار السلبية للانفعالات بشكل إيجابي مما يبعث على الراحة النفسية.

أي أن اللعب يمثل مجالاً للتنفيس الانفعالي أمام الأطفال، وعندما ينخرط الأطفال في اللعب ويكشفون عن الانفعالات والأفكار والسلوكيات نستطيع أن نحدد أيًا منها يمثل اضطرابًا أو مشكلًا سلوكيًا ويحتاج إلى تدخل وتعديل، ومن خلال تنوع وتعدد منطلقات وأدوات اللعب الصريح والتخيلي التي يجذب الأطفال إليها يمكن أن نعدل ما يحتاج من أفكارهم وسلوكياتهم إلى تعديل ونُكسبهم أفكارًا وسلوكيات سوية وإيجابية جديدة، وهذا ما دفع البعض إلى اعتبار اللعب وسيلة مهمة لاكتساب أنماط السلوك ومصدرًا من مصادر التعلم وليس وسيلة موحدة.

هذا فضلًا عن أهمية اللعب وضرورته للأطفال من الناحية الجسمية والعقلية والاجتماعية، فاللعب يُمكن الأطفال من تقوية عضلاتهم وتعلم مهارات جسمية وذلك من خلال الألعاب الرياضية الحركية، وكذلك يتيح لهم تنمية الذكاء والإدراك والتخيل من خلال الألعاب والألغاز العلمية، أما من الناحية الاجتماعية فاللعب يفسح المجال أمام الأطفال لتعلم المشاركة والتعاون والتواصل الجيد مع الآخرين، وبالطبع ينعكس كل ذلك إيجابيًا على شخصية الطفل وسلوكه بشكل مجمل.

ولهذا كله يظل اللعب وسيلة من الوسائل الأكثر جدوى في التعامل مع الأطفال سواء من زاوية علاجية أو من زاوية تنموية.

ثانياً: مفهوم الاضطرابات السلوكية

يُظهر بعض الأطفال اضطرابات سلوكية تعوق توافهم النفسي والاجتماعي، وتشير هذه الاضطرابات إلى أفعال وتصرفات يقوم بها الطفل لا تلقى قبولاً اجتماعياً وتسبب الكثير من الإزعاج للطفل ولمن يحيطون به، وبالتالي فهي تؤثر في علاقاته بالآخرين سواء من هم في مثل سنه أو من هم أكبر أو أصغر منه سناً، وكذلك تؤثر عليه هو شخصياً ومدى قبول الآخرين له، وبالتالي تؤثر على تقديره لذاته وثقته بنفسه كما تؤثر على الصورة الذهنية التي يكونها عن نفسه، وقد يمتد التأثير ليصل إلى جوانب أخرى، كالتحصيل الدراسي وغيره.

تعريف الاضطرابات السلوكية:

يشار إلى الاضطراب السلوكي بعدد من التسميات الأخرى، منها المشكلات السلوكية واضطرابات المسلك واضطرابات التصرف والاضطرابات الانفعالية السلوكية وغيرها من المسميات والمصطلحات.

وتتميز اضطرابات المسلك (الجناح) ^(١) بنمط متكرر ومستمر من المسلك غير الاجتماعي أو العدوانية أو التحدي وقد يصل هذا السلوك إلى حد الاختراقات العظيمة لما هو مناسب بالنسبة لعمر الطفل والمنتظر منه اجتماعياً؛ وبالتالي فهو أشد من العبث أو الإزعاج العادي أو تمرد المراهقة، ويستدعي أن يكون نمطاً ثابتاً من السلوك (سته شهور أو أكثر) (عكاشة، ٢٠٠٨).

وهو مصطلح يطلق على الاضطرابات التي تصيب الشخصية من ناحية التفكير أو الانفعال أو السلوك ويعني سوء توافق الفرد مع ذاته ومع الواقع الاجتماعي الذي يحيى فيه (أبو حطب، فهمي، ١٩٨٤، طه، وآخرون، د. ت)، كما أنه يشير لمجموعة اضطرابات عقلية في الأطفال والمراهقين ليست تالية

(1) Conduct Disorders.

لأمراض أو عيوب جسمية أو لاضطرابات ارتجافية كما أنها ليست جزءًا من ذهان أو عصاب محدد تمامًا.

واضطرابات السلوك الأولية يعتبر أنها استجابات لبيئة غير ملائمة، إذ تبدو كمشاكل نمو شخصية (كالمسماة الثابتة غير المرغوب فيها والعادات غير السليمة كعادات قضم الأظافر ومص الإصبع والتبول اللاإرادي والاستمناء وثورة الغضب)، كما تظهر اضطرابات الجناح وسوء السلوك (كالمروق، والشجار أو المقاتلة، والعصيان، والكذب، والسرقعة، والتزييف، إشعال الحريق، وتخريب الممتلكات، وتعاطي الكحول أو المخدرات أو القسوة والاعتصاب الجنسي والتشرد...)، أو تظهر في سمات عصابية معينة (كاختلاجات الوجه وتقلصات العادة والجوال النومي، والنشاط الزائد والمخاوف...).

وأخيرًا كمشاكل دراسية وتربوية عمومًا ثم كصعوبات مهنية.

وفي الماضي كان يشار للأطفال الذين لديهم مثل هذه الاضطرابات باسم الأطفال المشكلين⁽¹⁾ (دسوقي، ١٩٨٨)، وتشير اضطرابات السلوك في الطفولة والمراهقة، وفقًا لتصنيف الجمعية المصرية للطب النفسي، إلى الاضطرابات التي تحدث عند الأطفال والمراهقين وتتخذ شكلًا مستمرًا ومقاومًا للعلاج.

وهي تفوق التفاعلات العابرة والموقفية، ولكنها لا تصل إلى درجة العصاب أو الذهان أو اضطرابات الشخصية، وهذه الدرجة المتوسطة من الرسوخ ترجع إلى الطبيعة المرنة للسلوك في هذه المرحلة من العمر (فوزي، ٢٠٠٩).

كما يشير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV-TR أنه يمكن تمييز اضطرابات المسلك من خلال إظهار الطفل لعصيان حاد، وكذلك إما أن يُظهر الطفل سلوكيات عدوانية أو غير عدوانية ضد الأفراد، الحيوانات، أو الممتلكات.

ومن الممكن أن يكون الطفل عدوانيًا عنيفًا، يُهدد، ويشكل خطرًا، متصلبًا

(1) problem children.

من الناحية الجسمية، ملتويًا، مخالفًا، محتالًا.

وقد تتضمن السلوكيات سرقة باستخدام العنف، أذى متعمدًا، ونشاطًا جنسيًا إجباريًا (Tiggs. 2010).

في حين يُعرف (شادها، Chadha) الاضطراب السلوكي بأنه نموذج من السلوك الذي لا يتطابق مع المعايير الأساسية المتوقعة أو المقبولة للمجتمع الذي يعيش فيه الطفل وبذلك يسبب درجة من القلق والتوتر للذين يحيطون به؛ حينئذ يوصف الطفل بأنه سيئ التوافق ويُظهر نوعًا من الاضطراب السلوكي، وهذا النموذج من السلوك يُظهره الطالب بشكل دائم، متكرر، وظاهر، ينتج عنه انشقاق واضح عن الطلاب الآخرين، مثل هذه الاضطرابات من المحتمل أن تسبب إعاقة واضحة في الوظيفة الأكاديمية، الاجتماعية، والمهنية. كما أن هذا النموذج من السلوك يكون ثابتًا بشكل كلي في حياة الأفراد (Chadha. 2010). ويمكن تعريف الاضطرابات السلوكية إجرائيًا بأنها "أي اضطراب يلحق بالسلوك الإرادي في كافة أشكاله سواء كان عدوانيًا أو لم يكن، ينتهك القيم والمعايير أو لا ينتهكها، يخالف توقعات المجتمع في شكلها العام، يتكرر باستمرار ويمكن ملاحظته وقياسه، يحدث عادة في مرحلتي الطفولة والمراهقة، ولا يعتبر مظهرًا لاضطراب آخر كالعصاب أو الذهان أو الأمراض العضوية، أي أن يكون أوليًا.

بمعنى آخر أن يكون الاضطراب في أحد الجوانب السلوكية هو المشكلة الأساسية والمهيمن على الصورة الإكلينيكية، وليس مجرد عرض من مجموعات أعراض تشير إلى وجود مرض أو اضطراب عام لدى الفرد كالتأخر العقلي أو الذاتية (التوحد)، أو الاضطرابات العصابية كالقلق والرهاب والوسواس القهري، أو الاضطرابات الذهانية كالفصام والاكتئاب أو أي حالة طبية عامة تستدعي تدخلًا إكلينيكيًا" (يوسف، ٢٠٠٠).

وتُقسم الاضطرابات السلوكية إلى مشكلات ذات وجهة داخلية، ومشكلات ذات وجهة خارجية، ويُعرف (أخنباخ، Achenbach) إجرائيًا المشكلات السلوكية

ذات الوجهة الخارجية بأنها: تعبير خارجي لمشكلات داخلية يتم تحديدها من خلال قائمة مراجعة سلوك الطفل؛ حيث يُظهر العدوان، السلوك الخارق للقاعدة، مشكلات في الانتباه، ومشكلات اجتماعية.

أما المشكلات ذات الوجهة الداخلية فيُعرفها بأنها: المشكلات التي تتضمن قلقًا داخليًا يتم تحديدها من خلال قائمة مراجعة سلوك الطفل؛ حيث يُظهر قلقًا، اكتئابًا، مشكلات في التفكير، وأعراضًا مرضية جسمية (Plotkin, 2011).

أجمعت التعريفات السابقة التي وُضعت للاضطرابات السلوكية على وجود سلوك خارق للقواعد والمعايير وينتهك القيم، يتكرر خلال فترة زمنية محددة ويؤثر بالسلب على المستوى الدراسي أو الأكاديمي والتوافق النفسي والاجتماعي، وقد أفاد ذلك في الجانب التشخيصي ووصف ورسم الصورة الإكلينيكية، وفيما يلي نتطرق إلى الإجابة عن سؤال مهم، وهو "ما هي العوامل والأسباب التي تؤدي إلى تكوين وظهور أعراض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل أو الفرد؟" وذلك من خلال عرض للنظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية.

النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية:

نظريات التحليل النفسي:

تدور معظم نظريات التحليل النفسي حول دور خبرات الطفولة المبكرة في بناء الشخصية وفي الأنماط التكيفية التي تتميز بها الشخصية المستقبلية. وترى أن غالبية الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يعاني منها الأفراد في المراحل العمرية اللاحقة ترجع في بعض أسبابها إلى خبرات الطفولة المؤلمة غير السارة التي تكون مكبوتة في اللاشعور، والتي تبقى تعمل باستمرار وتظهر في شكل الاضطراب السلوكي.

وترى هذه النظريات أن الاضطرابات النفسية (الانفعالية والسلوكية منها)،

قد ترتبط بجملة أسباب مثل الأزمات والصدمات النفسية والعلاقات السيئة مع الوالدين وعدم إشباع الحاجات والتعرض إلى العقاب والتهديد والاهمال من قبل الآخرين ولا سيما الوالدين أو بسبب عوامل التكوين البيولوجي (الزغول، ٢٠٠٦).

وتبعًا لوجهة نظر فرويد لا بد أن يمر الطفل بخمس مراحل واضحة في أثناء نموه ليصبح مراهقًا متوافقًا بصورة جيدة، وهذه المراحل تتضمن المراحل النفسية الجنسية الآتية: المرحلة الفمية، المرحلة الشرجية، المرحلة القضيبية، ومرحلة الكمون، والمرحلة التناسلية أو مرحلة المراهقة.

وفي أثناء كل مرحلة من هذه المراحل لا بد أن يرسخ ويؤكد الوالدان على التوازن بين الإفراط والتفريط في الإشباع.

وإذا تأكد هذا التوازن ينمو الطفل متوافقًا من الناحية النفسية، وكذلك زاد فرويد في نظريته من أهمية العلاقات الأسرية وتأثيرها (Shepherd, 2010)، وتجري الصيغة العامة للاضطرابات النفسية من وجهة نظر التحليل النفسي كالآتي: إحباط لا يقوى الراشد على مغالبة مطالبه بحل واقعي مناسب نظرًا لضخامة الإحباط أو لاستعداد نشوئي قوامه عدم القدرة على تحمل الإحباط، وفي الغالب ما يكون السببان معًا، وهذا ما يؤدي بالراشد إلى النكوص إلى مراحل نمائية سابقة كانت قدرته فيها على تحمل الإحباط أكثر (عسكر، ٢٠٠٥).

وحسب وجهة نظر أدلر، فإن الاضطرابات السلوكية ومظاهر عدم التوافق ترجع إلى مشاعر النقص وعجز الذات الخلاقة من بلوغ الأهداف وتحقيق التوافق، وذلك عندما يفشل الفرد من الدخول في العلاقات الاجتماعية المتبادلة أو عندما يفقد الدعم الاجتماعي، كما أنها ترجع إلى خبرات الطفولة وخاصة تلك التي تتعلق بالعلاقات المضطربة داخل الأسرة.

أما إريكسون فيرى أن الإنسان خلال نموه النفسي الاجتماعي يمر في ثماني مراحل في كل منها يواجه الفرد صراعًا أو أزمة من نوع معين يُفترض

منه إيجاد حل مناسب لها للمرور بسلام إلى المرحلة التي تليها، وتتولد الاضطرابات السلوكية لدى الأفراد عندما يفشلون في حل الأزمات التي يواجهونها في المراحل المتعددة (ريزو، زابل، ١٩٩٩؛ زهران، ٢٠٠٥؛ الزغول، ٢٠٠٦).

النظريات السلوكية:

يُولد الإنسان ولديه بعض المنعكسات اللاإرادية والاستعدادات البيولوجية التي تساعده في عملية التفاعل مع البيئة، ومن خلال عملية التفاعل هذه يكتسب الفرد الخبرات والمعارف والأنماط السلوكية المتعددة.

ووفقاً لهذا المنظور، فكما يكتسب الفرد السلوك السوي السليم، فإنه يتعلم الأنماط السلوكية غير التكيفية، وحسب وجهة النظريات السلوكية، فالسلوك المضطرب أو غير السوي مُتعلّم نتيجة مرور الفرد بخبرات بيئية سابقة أو تفاعله مع مثيرات غير مناسبة، ومثل هذا السلوك المضطرب يقوى عند الفرد بسبب تلقيه خبرات تعزيزية في السابق لهذا السلوك أو بسبب فشل الفرد في الاستفادة من الخبرات التعليمية أو لأن الفرد يجد في السلوك وسيلة لتجنب العقاب وإشباع بعض الدوافع لديه، وتكون النتيجة أن يصبح الطفل غير قادر على أن يؤدي النماذج المتوقعة منه بصفة مستمرة (Shepherd. 2010)، (الزغول، ٢٠٠٦).

وقد وُجد أن التعزيز الموجب للسلوك اللائق من أكثر التدخلات المؤثرة والفعالة في علاج مشكلات السلوك المدرسية، وقد استخدم (ستون، Stone) المعزز الأولي (الأطعمة) ليققل من السلوك المتفكك في حجرة الدراسة لسبعة من الذكور يعانون من الشلل الدماغي (Farley & Zimet. 1991).

النظرية البيئية^(١):

يشير (سوانسون Swanson) إلى أن هذه النظرية تعزو أسباب

(1) Ecological Theory.

الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأفراد إلى عوامل الاستثارة البيئية غير المناسبة، وترى أن نوعية تفاعلات الفرد مع البيئة وما توفره البيئة له من خبرات تحدد الأنماط السلوكية لديه، فالبيئات المضطربة التي توفر فرصاً وخبرات سيئة تسهم في توليد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الفرد.

كما يذكر إشيأ أن هذه النظرية تدرس آثار العوامل البيئية المادية والاجتماعية ونمط العلاقات المتبادلة بين الأفراد وبيئاتهم في أنماط السلوك والقرارات الشخصية والمهنية، وفي هذا الصدد يرى (هارنج وفيليب Haring & Philips)، أن السلوك المضطرب هو نتاج العلاقة غير المتزنة بين الفرد وبيئته والممثلة بالأحداث المادية والرفاق والوالدين والمدرسين.

هذا وتتعلق النظرية البيئية في تفسيرها للاضطرابات الانفعالية والسلوكية من عدد من الافتراضات هي: (١) الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لا تمثل حالات مرضية بحد ذاتها، وإنما هي مجرد مظاهر لحالات عدم التوازن بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها. (٢) الفرد ليس مستقلاً أو منفصلاً عن البيئة التي يعيش فيها ويتفاعل مع عناصرها، فهو يمثل عنصراً في أنظمة اجتماعية متباينة؛ من حيث ديناميتها تبدأ بالأسرة ومروراً بجماعات الرفاق والأصدقاء وزملاء العمل وانتهاءً بالمجتمع الكبير. (٣) قد ينشأ الاضطراب السلوكي أو الانفعالي لدى الفرد كنتاج لعدم توافق أو تكافؤ قدراته وتوقعاته مع مطالب المجتمع ومشكلاته (ريزو، زابل، ١٩٩٩؛ الزغول، ٢٠٠٦).

النظرية البيو فسيولوجية:

ترى هذه النظرية أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الأفراد هي ذات منشأ بيولوجي- فسيولوجي؛ حيث يولدون ولديهم الاستعداد لذلك، فالاضطرابات الانفعالية أو السلوكية حسب هذه النظرية تعود في أسبابها إلى عوامل عصبية أو جينية أو بيوكيميائية أو فسيولوجية؛ حيث تعمل مثل هذه العوامل على توليد أو تفاقم الاضطراب السلوكي لدى الأفراد، وبالرغم من عدم ظهور الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى بعض الأفراد، فهذا لا يعني

بالضرورة عدم وجود الاستعداد البيولوجي لديهم، فالاستعداد البيولوجي قد يدفع البعض إلى تطوير الاضطراب السلوكي في الوقت الذي يبقى كامناً لدى البعض الآخر من الناس (زهرا، ٢٠٠٥، الزغول، ٢٠٠٦، علوان، ٢٠٠٣، سعفان، ٢٠٠١).

الدراسات السابقة:

يمكن تصنيف الدراسات السابقة المتعلقة بالدراسة الراهنة والتي اتخذت من اللعب مدخلاً علاجياً؛ -حيث هناك من الدراسات ما اتخذ من اللعب مدخلاً تشخيصياً وتنموياً وتعليمياً أيضاً- إلى:

أولاً: دراسات بحثت فاعلية العلاج باللعب المستند إلى أساس نظري معين في علاج الاضطرابات السلوكية.. مثل العلاج باللعب المتمركز حول الطفل كما في الدراسات (Swan. 2011; McGee. 2010; Tsai. 2009; Hull. 2008; Garza. 2004; McGuire. 2000; Rennie. 2000; Schmidtchen. 2007) والعلاج باللعب لأدلر كما في دراسة (Meany-Walen. 2010)، والعلاج باللعب المستند للنموذج الإنساني والوجودي كما في دراسة (Baron. 1991)، ودراسة (De Souza. 2010)، واللعب القائم على المبادئ الأساسية للتعلم بالمشاهدة كما في دراسة (أبو غزالة، ١٩٩٢).

ثانياً: دراسات بحثت فاعلية اللعب المستند لأكثر من أساس نظري ولمجموعة متنوعة من الأنشطة في علاج الاضطرابات السلوكية.. كما في دراسة (الفخراني، ١٩٩٢، وعبد الرضا، ٢٠١٠) اللتين استخدمتا العلاج باللعب والتدريبات التوكيدية، ودراسة (Messina, 2010)، التي استخدمت أنواعاً مختلفة من الدمى وما يسمى بألعاب المجلس التجاري والرسم والتلوين.

ودراسة (Hull, 2009) التي استخدمت ألعاب الكمبيوتر والفيديو كأداة للعلاج باللعب، ودراسة (Riviere, 2006) التي استخدمت العديد من الأنشطة والألعاب والتدخلات العلاجية، ودراسة (Ilijas, et al. 2004) التي استندت إلى

برنامج يعتمد على طرق متنوعة ومضامين مختلفة، ودراسة (Wilson, Ryan, 2002) التي استندت إلى الإرشاد غير الموجه مع العلاج باللعب، ودراسة (الزيات، ٢٠٠٦) التي استخدمت أنشطة متنوعة في اللعب لتنمية الذكاء الوجداني ومعرفة أثر ذلك في خفض الاضطرابات السلوكية، فكانت الاضطرابات بمثابة متغير تابع ثان، ودراسة (عبد العزيز، ٢٠٠٩) التي جمعت بين العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج باللعب.

ثالثاً: دراسات بحثت فاعلية اللعب في علاج اضطراب محدد.. مثل السلوك العدواني كما في دراسة (أبو غزالة، ١٩٩٢، أبو ذكري، ٢٠٠٦، المصري، ٢٠٠٦)، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كما في دراسة (البوي، ٢٠١٢، 2007، Schottelkorb)، والأعراض الاكتئابية كما في دراسة (فوزي، ٢٠٠٩)، واضطراب التحدي المعارض كما في دراسة (Tiggs, 2010)، والقلق كما في دراسة (Lerwick, 2012, Wilson, Ryan, 2002)، ونقص المهارات الاجتماعية كما في دراسة (Klug, 2013)، والحزن الحاد لطفلة تبلغ من العمر خمسة أعوام كما في دراسة (Rakesh, H. Srinath, 2010)، وسلس البراز كما في دراسة (Lane, 2010)، والصدمات النفسية كما في دراسة (De Souza, 2010)، والرهاب الاجتماعي كما في دراسة (عبد الرضا، ٢٠١٠).

رابعاً: دراسات بحثت فاعلية اللعب في علاج الاضطرابات السلوكية لدى عينات تمثل فئات خاصة.. مثل الأطفال التوحديين كما في دراسة (خطاب، ٢٠٠٤)، والأحداث الجانحين كما في دراسة (سعد، ١٩٩٧)، والمعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم كما في دراسة (أبو ذكري، ٢٠٠٦)، والأطفال ذوي الإعاقة العقلية عامة كما في دراسة (Swan, 2011, Hsu, Lin, 2006)، والأطفال لوالدين مطلقين كما في دراسة (Plotkin, 2011)، والأطفال الصم كما في دراسة (عبد العزيز، ٢٠٠٩).

التعليق على الدراسات السابقة:

بالاطلاع على ما سبق من دراسات ذات صلة بموضوع الدراسة الراهنة

يتبين لنا ما يلي من نقاط:

- ١- كان التوجه الأكثر شيوعاً في الدراسات الأجنبية عند إعداد وتصميم برامج العلاج باللعب الاستناد إلى أساس نظري محدد وذلك على عكس ما كان شائعاً في الدراسات العربية.
- ٢- جميع الدراسات العربية التي أعدت برامج قائمة على اللعب طبقت جلساتها بشكل جماعي، في مقابل ذلك تنوعت الدراسات الأجنبية في تطبيق جلسات برامجها بين الجماعي والفردى، وقد تراوح عدد الجلسات بالبرامج بين ١٦ إلى ٢٤ جلسة على مدار شهرين إلى ثلاثة شهور بمعدل جلسة أو جلستين أسبوعياً، كما تراوحت الفترة الزمنية للجلسة بين ٣٠ إلى ٤٠ دقيقة. إلا أنه في دراسة شميدتشين وآخرين (Schmidtchen. et al. 1993) كان عدد جلسات البرنامج ٣٠ جلسة على مدار ستة شهور.
- ٣- أغلب الدراسات العربية والأجنبية التي استخدمت العلاج باللعب كانت عيناتها أطفالاً، ونادراً ما استخدم في البيئة العربية مع المراهقين إلا في دراسة (سعد، ١٩٩٧)، التي تراوح عمر العينة بها من ١١-١٥ عاماً، في مقابل ذلك هناك عدد من الدراسات الأجنبية التي استخدمت العلاج باللعب كانت عيناتها من المراهقين بل وشباب كما في دراسة ليجاس وآخرين (Ilijas, et al. 2004).
- ٤- اتفقت كل من الدراسات العربية والأجنبية على إمكانية استخدام اللعب مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أمثال ذوي الإعاقة العقلية والتوحيدين كتدخل علاجي للاضطرابات السلوكية لديهم.
- ٥- لم تحظ مرحلة الطفولة المتوسطة (٦-٩ سنوات) -بشكل أساسي ومباشر ومستقل- باهتمام كافٍ من قبل الباحثين يقابل أهميتها؛ حيث تعد مرحلة ارتقائية مهمة للغاية في حياة كل طفل فهي تشمل الصفوف الثلاثة الأولى من المدرسة الابتدائية التي يبدأ الطفل فيها في تلقي المعلومات بشكل نظامي وجدي أكثر مما كان عليه في المرحلة التي تسبقها (مرحلة رياض

الأطفال)، كما أن الطفل تبدأ علاقاته تتضح وتعمق شيئاً فشيئاً مع أقرانه ومدرسيه في هذه المرحلة؛ ولذلك تظهر بوادر سماته الشخصية وطرق تعاملاته وما يحتاج منها إلى صقل وتدعيم وما يحتاج منها إلى تعديل وتوجيه قبل أن يترسخ في شخصيته، وبالتالي يصبح التدخل العلاجي أكثر صعوبة والنتائج أقل وضوحاً وثباتاً.

٦- اعتمدت الكثير من الدراسات في قياسها للاضطرابات السلوكية على استمارات وقوائم ملاحظة لسلوك الطفل يجيب عنها المعلم أو الوالدان.

٧- اعتمدت معظم الدراسات العربية في تصميمها البحثي على المنهج التجريبي (المجموعتين)، في حين اعتمدت بعض الدراسات الأجنبية في تصميمها البحثي على المنهج التجريبي (المجموعة الواحدة)، كما قارنت بعض الدراسات الأجنبية عيناتها (أو مجموعاتها)، بعينات (أو مجموعات)، في دراسات أخرى، كذلك تنوعت من حيث النوع بين الأمبريقية ودراسة الحالة.

٨- قارنت بعض الدراسات الأجنبية نتائجها حول فاعلية العلاج باللعب بنتائج تم الحصول عليها في دراسات أخرى سابقة لها كما في دراسة (Rennie, 2000).

وفي ضوء ما سبق من نقاط تراءى للباحثة أن تدرس الاضطرابات السلوكية الأكثر شيوعاً لدى أطفال مرحلة الطفولة المتوسطة، وأن تقوم بإعداد مقياس للاضطرابات السلوكية يبنى على مواقف حياتية واقعية يمر بها الأطفال خلال يومهم ويجيبون عنها بأنفسهم، ومحاولة تقليل حدة هذه الاضطرابات من خلال إعداد برنامج قائم على اللعب يتضمن فنيات وأنشطة مختلفة -مستتدة على أكثر من أساس نظري علمي "توفيقي تكاملي" - تخدم جميع جوانب شخصية الطفل وتكون فعالة ومؤثرة وجاذبة للطفل.

فروض الدراسة:

تتمثل فروض الدراسة الراهنة فيما يلي:

تنخفض الاضطرابات السلوكية لدى عينة الدراسة من الأطفال بعد ممارستهم لأنشطة البرنامج القائم على اللعب إنخفاضاً دالاً.

وينبثق عن الفرض السابق فرضين فرعيين:

١- تنخفض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال المجموعة التجريبية إنخفاضاً دالاً بعد ممارستهم لأنشطة البرنامج القائم على اللعب مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة.

٢- يمتد التأثير الإيجابي للبرنامج القائم على اللعب في خفض حدة الاضطرابات السلوكية إلى ما بعد فترة التتبع لدى أطفال المجموعة التجريبية.

منهج الدراسة:

التصميم البحثي: اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي؛ حيث يعد البرنامج القائم على اللعب المستخدم بمثابة المتغير المستقل، وتعد الاضطرابات السلوكية بمثابة المتغير التابع، وقد قامت الباحثة بتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين متساويتين من حيث العدد، ومتجانستين من حيث العمر الزمني والذكاء والدرجة على مقياس الاضطرابات السلوكية في القياس القبلي إحداهما تجريبية تعرضت للبرنامج، والأخرى ضابطة لم تتعرض للبرنامج. وبعد انتهاء جلسات البرنامج تم تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية مرة أخرى على المجموعتين (القياس البعدي).

العينة: تم اختيار ٢٨ طفلاً وطفلة تراوحت أعمارهم ما بين ٧ - ٩ سنوات، من المقيدون بالصف الثاني والثالث الابتدائي بمدرسة ملحقة بالمعلمين الابتدائية التابعة لإدارة الدقي التعليمية بمحافظة الجيزة وممن حصلوا على أعلى الدرجات في القياس القبلي للمقياس (الإرباعي الأعلى)، لكي يمثلوا عينة الدراسة الأساسية، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وتضم ١٤ (٧ من الذكور، ٧ من الإناث)، (٤ منخفضي المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ٥

متوسطي المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ٥ مرتفعي المستوى الاجتماعي الاقتصادي)، والأخرى ضابطة وتضم ١٤ (٧ من الذكور، ٧ من الإناث)، (٤ منخفضي المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ٥ متوسطي المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ٥ مرتفعي المستوى الاجتماعي الاقتصادي).

الفروق بين درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس الاضطرابات السلوكية

ولتقدير هذه الفروق تم استخدام اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (١)

الأبعاد	المجموعة التجريبية (ن=١٤)		المجموعة الضابطة (ن=١٤)		قيمة ت	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
السلوك العدوانى	٩,٤٦	٦١,٢١	٥,٥٥	٠,٧٤٤	٠,٧٤٤	غير دالة
السلوك الانسحابى	٣,٧	٣٩,٩٣	٣,١٥	٠,٨٢٣	٠,٨٢٣	غير دالة
العناد	٣,٣٢	٢٢,٧٩	٢,١٩	٠,٧٨١	٠,٧٨١	غير دالة
السرقه	٢,١٨	٢١,٥	٢,٦٨	١,٦١٨	١,٦١٨	غير دالة
الدرجة الكلية	٨,٧	١٤٥,٤٣	٧,٣٧	٠,٩٤٤	٠,٩٤٤	غير دالة

مستوى الدلالة عند (٠,٠١) = ٢,٧٨ مستوى الدلالة عند (٠,٠٥) = ٢,٠٦

يتضح من الجدول السابق أن قيم "ت" لأبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس بلغت على الترتيب (٠,٧٤٤، ٠,٨٢٣، ٠,٧٨١، ١,٦١٨، ٠,٩٤٤)، وهي أقل من القيمة الجدولية (٢,٠٦)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي وذلك على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس، مما يشير إلى تجانس أطفال العينتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج.

أدوات الدراسة:

تحددت أدوات الدراسة فيما يلي:

أولاً: المقاييس: وشملت:

١. اختبار رسم الرجل (إعداد جوداينف-هاريس، ١٩٦٣).
 ٢. استمارة تقدير المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة (إعداد عبد الفتاح، ٢٠١٠).
 ٣. مقياس الاضطرابات السلوكية (إعداد الباحثة).
- ثانياً: البرنامج القائم على اللعب (إعداد الباحثة).

وفيما يلي توضيح لهذه الأدوات:

[١] اختبار رسم الرجل (إعداد جوداينف-هاريس، ١٩٦٣)

يؤكد هذا الاختبار دقة الطفل في الملاحظة وارتقاء تفكيره المجرد، وليس المهارة الفنية في الرسم؛ حيث تعطي درجة لكل جزء من الجسم رسمه الطفل، وتفاصيل الملابس، والنسب، والمنظور، وغير ذلك من الخصائص (أبو حطب، عثمان، صادق ١٩٩٩).

ثم يقوم الفاحص بجمع العناصر الموجودة في رسم الطفل ويحدد العمر العقلي للمفحوص من خلال الرجوع إلى جدول المعايير الخاص بالاختبار، ثم بعد ذلك يستخرج نسبة ذكاء المفحوص باستخدام معادلة نسبة الذكاء = العمر العقلي / العمر الزمني × ١٠٠.

صدق وثبات الاختبار:

لحساب الصدق استخدم غنيمه (١٩٧٦) الصدق المرتبط بالمحك حيث طبق مقياس ستانفورد - بينيه وبلغ معامل الارتباط بين ٠,٥٤، ٠,٨٠، والتحصيل الدراسي وكانت معاملات الارتباط بين ٠,٤٢، ٠,٨١. وحسب الثبات بطريقة تكرار المصحح الواحد، وتكرار المصححين المختلفين، فبلغ معامل الموضوعية في

الحالة الأولى ٠,٩٣، والحالة الثانية بين ٠,٦١، ٠,٨٧، وكذلك استخدم طريقة إعادة الاختبار فبلغ معامل الثبات بين ٠,٨٤، ٠,٩٨، للأعمار المختلفة (أبو حطب، عثمان، صادق ١٩٩٩).

[٢] استمارة تقدير المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة (إعداد عبد الفتاح، ٢٠١٠)

اشتملت الاستمارة على العناصر التالية:

المستوى الاقتصادي:

- دخل الأسرة الشهري.
- عدد أفراد الأسرة.
- الوسائل والأجهزة المتوفرة داخل المنزل.
- كيفية قضاء وقت الفراغ لدى الطفل.

المستوى الاجتماعي:

- مهنة الوالدين.
- مستوى تعليم الوالدين.
- نوع السكن.
- يعيش الطفل مع من.

صدق الاستمارة:

لقد روعي عند تقديم فقرات الاستمارة السهولة في اللغة والبساطة في المعنى بما يتناسب مع فهم آباء وأمهات أفراد العينة، ومن ثم عرضت الاستمارة على مجموعة من المحكمين ذوي الكفاءة العلمية المتخصصة في مجال علم النفس والصحة النفسية، وبناء على ملاحظات واقتراحات السادة المحكمين تم تعديل الاستمارة من حيث الشكل والمضمون كالآتي:

١. دمج العبارات ذات المعنى الواحد.
٢. تم تقليل عدد الفقرات والتنوع في الأسئلة، ثم عرضها مرة أخرى على المحكمين فأجابوا بالموافقة (عبد الفتاح، ٢٠١٠).

[٣] مقياس الاضطرابات السلوكية (إعداد الباحثة) (١)

الهدف من المقياس:

صممت الباحثة مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال لعدد من الأهداف هي:

١- قياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال من خلال مواقف حياتية واقعية يخبرها الطفل بشكل يومي تقريباً.

٢- إلقاء مزيد من الضوء على الأطفال في هذه المرحلة الارتقائية المهمة وكيف يسلكون ويفكرون.

٣- تحفيز الباحثين على تناول أطفال مرحلة الطفولة الوسطى بصفة خاصة بالدراسة لما تنطوي عليه هذه المرحلة من أهمية كبيرة في حياة الطفل؛ حيث تبدأ مع دخول الطفل أولى سنوات المرحلة الابتدائية.

اعتمد بناء وتصميم هذه الأداة على مصادر أساسية، أولها التراث البحثي والإطار النظري الذي يتعلق بموضوع الاضطرابات السلوكية وكل ما يحيط بها من نقاط وقضايا، وكذلك يتعلق بمتغيرات ومفاهيم الدراسة الأخرى، ثم الدراسات والبحوث السابقة ذات الصلة بموضوع المقياس الحالي وما ارتبط بها من مقاييس عربية وأجنبية مترجمة، في إطار ما سبق تراءى للباحثة أنه من المفضل إعداد مقاييس تتناول الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال بدءاً من عمر الصف الأول الابتدائي - خاصة بمرحلة الطفولة المتوسطة - يجب عنها الطفل بنفسه ومصاغة بطريقة يفهمها (مواقف حياتية واقعية)، ويقبل في الإجابة على بنودها تأثير المرغوبية الاجتماعية وبالتالي يزداد صدقها، وذلك لأن معظم المقاييس المتوافرة بخصوص هذا الشأن إما أنها مصاغة في صورة عبارات يجب عنها المفحوص بـ (دائمًا، أحيانًا، نادرًا)، أي على مقياس متدرج

(١) تم نشر المقياس والتحقق من خصائصه السيكمترية في بحث مستقل بمجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين

شمس عام ٢٠١٣.

وعبارة المقياس بها استجابة المفحوص بالفعل، أو تكون غير موجهة للمفحوص نفسه وموجهة للمعلم أو الوالدين يجيئها عنه وذلك يضعنا في مواجهة ما يُوجه للملاحظة من عيوب، مثل أن تكون غير دقيقة أو السلوك الوارد بعبارة المقياس يصعب ملاحظته وغيرها من العيوب، ولذلك تبنت الباحثة الصيغة التي أشارت إليها في تصميم المقياس.

ومن المقاييس التي قامت الباحثة بالاطلاع عليها والتي صممت وتم إعدادها لقياس عدد من الاضطرابات السلوكية أو اضطراب سلوكي معين: مقياس الاضطرابات السلوكية إعداد محمد أحمد محمود خطاب ٢٠٠٤ (خطاب، ٢٠٠٤)، وقياس الأبعاد الآتية: سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب- النشاط الحركي المفرط وتشتت الانتباه- سلوك عجز التواصل مع الآخرين- السلوك العدوانية)، (مقياس السلوك التوافقي A.B.S. الجزء الثاني السلوك اللاتوافقي "تأليف" كازونهير، وماكس شلهاس، وراي فوستر، وهنري ليلاند "إعداد وترجمة" صفوت فرج وناهد رمزي "تعديل" أسعد نصيف سعد ١٩٩٧ (سعد، ١٩٩٧)، وقياس الأبعاد الآتية: العنف والسلوك التدميري- السلوك المضاد للمجتمع- السلوك المتمرد- السلوك غير المؤتمن- الانسحاب- السلوك النمطي والتصرفات الشاذة- سلوك اجتماعي غير مناسب..)، وكذلك اطلعت الباحثة على عدد من الدراسات والبحوث المسحية التي أجريت بهدف التعرف على أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً ومنها (دراسة خلف، ٢٠٠٥، عثمان، ٢٠٠١، السهل، ٢٠٠١، عبد الحافظ، ١٩٩٩، دراسة العمران، عبادة، ١٩٩٣).

واعتماداً على ما سبق كله، بالإضافة إلى خبرة الباحثة كأخصائية نفسية، اعتمدت بنية المقياس على أربعة أبعاد أساسية (السلوك العدوانية- السلوك الانسحابي- العناد- السرقة) تم صياغة المقياس من ١٠٥ مواقف موزعة على الأبعاد الأربعة للمقياس، لكل موقف ثلاثة بدائل يختار الطفل منها بديلاً واحداً فقط (ما يقوم به فعلاً في الواقع).

تصحيح المقياس:

يتكون المقياس من مجموعة من المواقف الحياتية الواقعية (١٠٥) مواقف قبل التحكيم) التي يمر بها الأطفال في كثير من الأحيان، لكل موقف ثلاثة بدائل، يُعطى البديل الذي يعبر عن السلوك المضطرب بدرجة شديدة ثلاث درجات، ويُعطى البديل الذي يعبر عن السلوك المضطرب بدرجة متوسطة درجتين، ويُعطى البديل الذي يقل عنه في الشدة درجة واحدة، ولذلك كلما ارتفعت الدرجة على المقياس دل ذلك على وجود اضطرابات سلوكية بدرجة أكبر.

تعليمات تطبيق المقياس:

لا يوجد زمن محدد لا بد أن يُنهي المفحوص المقياس فيه، ويطبق المقياس في مجموعات صغيرة نسبياً من ٨ - ١٢ طفلاً، ويُفضل ألا يُطبق المقياس كاملاً في جلسة واحدة، بل يُقسم على جلستين أو ثلاث جلسات.

الخصائص السيكومترية لمقياس الاضطرابات السلوكية:

أ- استطلاع آراء المحكمين:

قامت الباحثة بعرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية، بلغ عددهم (١٠) محكمين^(١)، وبناءً على التوجيهات تم تعديل بعض المواقف وحذف بعض آخر، وما تم حذفه من مواقف المقياس هو ما حصل على نسبة اتفاق من المحكمين تقل عن ٨٠%، وهي ٣٢ موقفاً، بالإضافة إلى أنه تم حذف أربعة مواقف أخرى مكررة المحتوى (من وجهة نظر بعض المحكمين)، وبالتالي أصبح عدد مواقف المقياس (٦٩) موقفاً.

(١) ملحق (١) أسماء الأساتذة محكمي المقياس.

ب- الصدق العاملي:

تم إجراء التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية^(١) التي وضعها هوتيلينج Hotelling باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) والاعتماد على محك كايزر^(٢) الذي وضعه جوتمان Guttman وفي ضوء هذا المحك يقبل العامل الذي يساوي أو يزيد جذره على الواحد الصحيح، كذلك يتم قبول العوامل التي تشبع بها ثلاثة بنود على الأقل؛ بحيث لا يقل تشبع البند بالعامل عن (٠,٣).

وقد تم اختيار طريقة المكونات الأساسية باعتبارها من أكثر طرق التحليل العاملي دقة ومميزات، ومن أهمها إمكان استخلاص أقصى تباين لكل عامل، وبذلك تتلخص المصفوفة الارتباطية للمتغيرات في أقل عدد من العوامل.

وقد تم إجراء التحليل العاملي لعدد (٦٩) موقفاً تمثل مواقف المقياس. وقد بلغت عينة التحليل (١٨٤) طفلاً وطفلة بواقع (٨٦ طفلاً، ٩٨ طفلة). وأسفرت نتائج التحليل العاملي لعبارات المقياس عن وجود (٦) عوامل جذرها الكامن أكبر من الواحد الصحيح فسرت (٥٦,٦١٣%) من التباين الكلي.

وقد اتضح أن العامل السادس تشبعت عليه عبارتان فقط؛ لذا سوف يتم استبعاد هذا العامل لأنه لم تشبع عليه ثلاث عبارات على الأقل طبقاً لمحك كايزر، ولكن لن يتم حذف العبارتين لتشبعهما على العوامل الأخرى، كما أن العامل الخامس تشبع عليه أكثر من ثلاث عبارات إلا أن تشبعات هذه العبارات على العامل أقل من تشبعاتها على العوامل الأربعة الأولى؛ لذا تم حذف العامل دون حذف العبارات. وبذلك يظل عدد العبارات (٦٩) عبارة متشعبة على أربعة عوامل تفسر (٥٠,٣٢٢%) من التباين الكلي.

(1) Principal Component.

(2) Kaiser Normalization.

ج- الاتساق الداخلي:

تم إيجاد التجانس الداخلي للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على كل موقف والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه. وكانت قيم معاملات الارتباط دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١).

ثم قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وكانت قيم معاملات الارتباط دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١).

د- ثبات مقياس الاضطرابات السلوكية:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة ألفا لكرونباخ، وإعادة تطبيق المقياس على عينة قوامها (٥٠) فردًا من نفس أفراد العينة الذين تم التطبيق الأول عليهم، وذلك بفواصل زمني قدره أسبوعين بين التطبيقين، وقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ٧٩. إلى ٨٥.، وبطريقة إعادة الاختبار بين ٨٠. إلى ٨٦. وهي تمثل قيمًا مرتفعة (درويش، ٢٠١٣).

ثانيًا: البرنامج القائم على اللعب (إعداد الباحثة):

تتناول الباحثة البرنامج في هذه الدراسة بوصفه "مجموعة من الأنشطة المخططة المنظمة الهادفة والموجهة، يتم ممارستها لكي تساعد في خفض حدة مجموعة من الاضطرابات السلوكية عند الأطفال (السلوك العدواني، السلوك الانسحابي، العناد، السرقة)، وهي تخدم مختلف جوانب الشخصية المعرفية والوجدانية والسلوكية، وتستند إلى نظريات وفنيات علمية متخصصة". تم الاعتماد في إعداد وتصميم البرنامج على مجموعة من المصادر الأساسية، وهي كالتالي:

١. الإطار النظري للدراسة.
٢. بعض المراجع والكتب الخاصة بكيفية إعداد أنشطة هادفة للأطفال.
٣. العديد من الدراسات والبحوث العربية والأجنبية التي اشتملت على برامج إرشادية وعلاجية باللعب وما تضمنته من فنيات وأنشطة.

٤. خبرة الباحثة من خلال عملها كأخصائية نفسية في تصميم وإعداد أنشطة جاذبة للأطفال.

الأساليب الإحصائية:

استخدمت الباحثة ما يتناسب من الأساليب الإحصائية للدراسة الحالية ولاختبار فروضها، وكذلك لتقنين أداة الدراسة (مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال)، وللتأكد من تجانس العينة في المجموعة التجريبية والضابطة، ولتحليل البيانات والخروج بنتائج الدراسة، وعلى ذلك كانت أساليب الدراسة الإحصائية هي:

- ١- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.
- ٢- التحليل العاملي.
- ٣- معامل ارتباط بيرسون.
- ٤- اختبار "ت" t-test.
- ٥- معادلة نسبة التحسن: للوصول إلى تأثير البرنامج التدريبي مع مراعاة أثر المتغيرات الدخيلة.
- ٦- معامل الثبات (ألفا كرونباخ).

نتائج الدراسة:

ينص الفرض الأول على تنخفض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال المجموعة التجريبية إنخفاضًا دالاً بعد ممارستهم لأنشطة البرنامج القائم على اللعب مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة.

وللتحقق من هذا الفرض تم

أولاً مقارنة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الاضطرابات السلوكية لأطفال كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة باستخدام اختبار "ت" .

الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاضطرابات السلوكية للمجموعتين التجريبية والضابطة كل على حدة باستخدام:

اختبار ت لمجموعتين مرتبطتين، ويوضح الجدول التالي الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لدى مجموعتي الدراسة:

جدول (٢)

الأبعاد	المجموعة التجريبية ن=١٤						المجموعة الضابطة ن=١٤					
	القياس القبلي		القياس البعدي		الدالة	قيمة ت	القياس القبلي		القياس البعدي		الدالة	قيمة ت
	ع	م	ع	م			ع	م	ع	م		
السلوك العدواني	٦٣.٤٣	٩.٤٦	٣٩.٧٩	٢.٤٩	٩.٠٤٢	٠.٠١	٦١.٢١	٥.٥٥	٦١	٦٣.١	٠.٩٣٦-	-
السلوك الانسحابي	٤١	٣.٧	٢٣.٩٣	٢.٧٩	١٣.٧٧١	٠.٠١	٣٩.٩٣	٣.١٥	٤٠.٤٣	٣.٥٥	٠.٣٩٤٦	-
الغاد	٢٣.٥٧	٣.٣٢	١٥.٥٧	١.٥٦	٨.١٦٤	٠.٠١	٢٢.٧٩	٢.١٩	٢٣.١٤	٢.٦٣	٠.٣٨٢١	-
السرقة	٢٠	٢.١٨	١١.٩٣	١.٣٩	١١.٦٧٩	٠.٠١	٢١.٥	٢.٦٨	٢١.٨٦	٣.١٨	٠.٣٢٤٤	-
الدرجة الكلية	١٤٨	٨.٧	٩١.٢١	٤.٧٤	٢١.٤٤٩	٠.٠١	١٤٥.٤٣	٧.٣٧	١٤٦.٤٣	٨.٢٥	٠.٣٣٨١	-

قيمة ت الجدولية عند $(٠,٠٥) = ١,٧٧$ وعند $(٠,٠١) = ٢,٦٥$

يتضح من الجدول السابق فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية أن قيم "ت" لأبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس بلغت على الترتيب $(٩,٠٤٢, ١٣,٧٧١, ٨,١٦٤, ١١,٦٧٩, ١١,٤٤٩, ٢١,٤٤٩)$ ، وهي أكبر من القيمة الجدولية $(٢,٦٥)$ ، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $(٠,٠١)$ ، بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج وذلك على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس، لصالح القياس البعدي، مما يدل على انخفاض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال بعد تطبيق البرنامج. وفيما يتعلق بالمجموعة الضابطة بلغت قيم "ت" لأبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس على الترتيب $(٠,٩٣٦, ٠,٣٩٤٦, ٠,٣٨٢١, ٠,٣٢٤٤, ٠,٣٣٨١)$ ، وهي أصغر من القيمة الجدولية $(١,٧٧)$ ، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة

إحصائيًا، بين متوسطات درجات أطفال المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج وذلك على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس.

ثانيًا مقارنة متوسطات درجات المجموعتين التجريبية، والضابطة في القياس البعدي لمقياس الاضطرابات السلوكية، باستخدام اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٣)

قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية

الأبعاد	المجموعة التجريبية (ن = ١٤)		المجموعة الضابطة (ن = ١٤)		قيمة ت	مستوى الدلالة	مربع إيتا
	ع	م	ع	م			
السلوك العدوانى	٣٩,٧٩	٢,٤٩	٦١	٦,٣١	١١,٧٠	٠,٠١	٠,٨٤
السلوك الانسحابى	٢٣,٩٣	٢,٧٩	٤٠,٤٣	٣,٥٥	١٣,٦٩	٠,٠١	٠,٨٨
العناد	١٥,٥٧	١,٥٦	٢٣,١٤	٢,٦٣	٩,٢٨٠	٠,٠١	٠,٧٧
السرقه	١١,٩٣	١,٣٩	٢١,٨٦	٣,١٨	١٠,٧٠	٠,٠١	٠,٨١
الدرجة الكلية للمقياس	٩١,٢١	٤,٧٤	١٤٦,٤	٨,٢٥	٢١,٧٠	٠,٠١	٠,٩٥

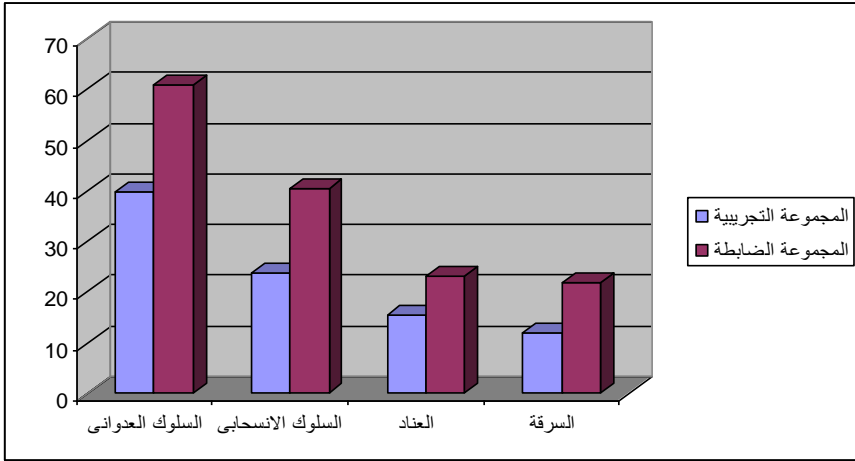
مستوى الدلالة عند (٠,٠١) = ٢,٤٧ مستوى الدلالة عند (٠,٠٥) = ١,٧٠

يتضح من الجدول السابق أن قيم "ت" لأبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس بلغت على الترتيب (١١,٧)، (١٣,٦٩١)، (٩,٢٨)، (١٠,٧٠٢)، (٢١,٧٠٥)، وهي أكبر من القيمة الجدولية (٢,٧٨)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١)، بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج وذلك على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس، لصالح

أطفال المجموعة التجريبية، مما يدل على تفوق أطفال المجموعة التجريبية التي واطبت على حضور جلسات البرنامج مقارنة بنظائرهم بالمجموعة الضابطة الذين لم يتعرضوا لجلسات نفس البرنامج.

وتدل قيم مربع إيتا على أن حجم تأثير البرنامج على المتغيرات التابعة والتي تتمثل في أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس كبير، حيث تراوحت قيم مربع إيتا ما بين (0,77 : 0,95)، مما يدل على أن البرنامج له تأثير كبير في خفض مستوى الاضطرابات السلوكية لدى أطفال المجموعة التجريبية.

والشكل البياني التالي يوضح الفروق بين متوسطات درجات الأطفال بالمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس الاضطرابات السلوكية.



شكل (1)

الفروق بين متوسطات درجات الأطفال بالمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس الاضطرابات السلوكية

ثالثاً حساب مقدار نسبة انخفاض الاضطرابات السلوكية لدى المجموعتين التجريبية والضابطة: تم حساب هذه النسبة باستخدام معادلة التحسن والجدول

التالي يوضح ذلك

جدول (٤)

الأبعاد	نسبة تحسن المجموعة التجريبية	نسبة تحسن المجموعة الضابطة	النسبة الحرجة ^١
السلوك العدواني	٣٧,٢ %	٣٤ %	**٢,٨٣
السلوك الانسحابي	٤١,٦ %	١,٢٥-	**٣,٣٤
العناد	٣٣,٩ %	١,٥٣-	**٢,٩٠
السرقه	٤٠,٣ %	١,٦٧-	**٣,٣٢
الدرجة الكلية	٣٨,٣٧ %	٠,٦٨-	**٣,٠٤

* دالة عند (٠,٠٥)

** دالة عند (٠,٠١)

تكشف نتائج نسبة التحسن في جدول (٤) عن التحسن الفارق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مستوى جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية له.

ينص الفرض الثاني على يمتد التأثير الإيجابي للبرنامج القائم على اللعب في خفض حدة الاضطرابات السلوكية إلى ما بعد إنقضاء فترة التتبع لدى أطفال المجموعة التجريبية.

وللتحقق من هذا الفرض تم

أولاً حساب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاضطرابات السلوكية لأطفال المجموعة التجريبية باستخدام اختبار "ت" لمجموعتين مرتبطتين، ويوضح الجدول التالي الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي لدى

^١ تكون النسبة الحرجة دالة عند مستوى (٠,٠٥) إذا تراوحت بين (١,٩٦) و(٢,٥٧)، وتكون دالة عند مستوى

(٠,٠١) عندما تكون $\leq (٢,٥٨)$

أطفال المجموعة التجريبية:

جدول (٥)

الأبعاد	القياس البعدي (ن=١٤)	القياس التتبعي (ن=١٤)		قيمة ت	مستوى الدلالة
		ع	م		
السلوك العدواني	٣٩,٧٩	٢,٤٩	٣٩,٩٣	٢,٥٢٦	١٤٧٣-
السلوك الانسحابي	٢٣,٩٣	٢,٧٩	٢٤,٤٣	٣,١٣١	٤٤٦٤.
العناد	١٥,٥٧	١,٥٦	١٥,٨٦	٢,٠٣٣	٤٢٣٤.
السرقه	١١,٩٣	١,٣٩	١٢,٢٩	١,٥٤١	٦٤٩٧.
الدرجة الكلية	٩١,٢١	٤,٧٤	٩٢,٥٠	٥,١٤	٦٩٠٨.

قيمة ت الجدولية عند (٠,٠٥) = ١,٧٧ وعند (٠,٠١) = ٢,٦٥

يتضح من الجدول السابق أن قيم "ت" لأبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس بلغت على الترتيب (-١٤٧٣, ٤٤٦٤, ٤٢٣٤, ٦٤٩٧, ٦٩٠٨)، وهي أصغر من القيمة الجدولية (١,٧٧)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي، وذلك على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية له، مما يدل على استمرار فاعلية البرنامج في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال إلى ما بعد فترة التتبع.

ثانياً حساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس التتبعي على مقياس الاضطرابات السلوكية باستخدام اختبار "ت"

لمجموعتين مستقلتين، ويوضح الجدول التالي ذلك:

جدول (٦)

قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبيية والضابطة في القياس التبعي على أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية

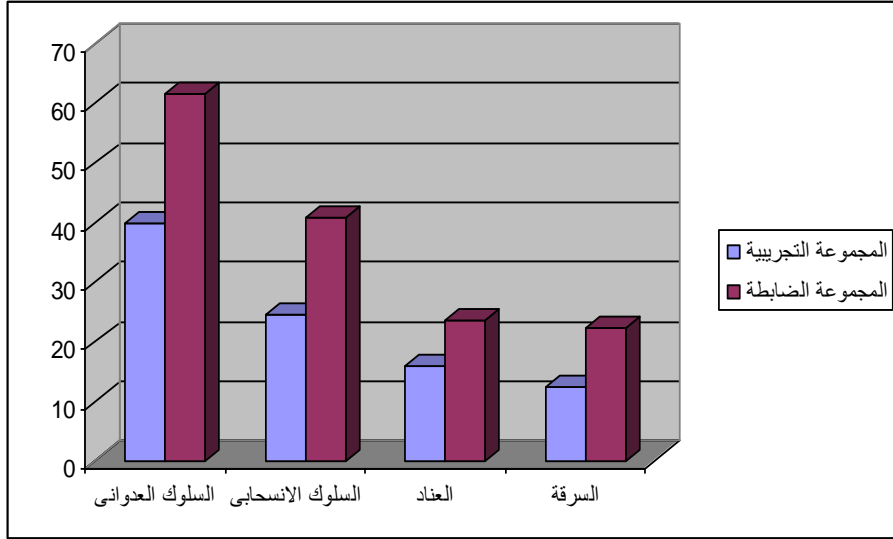
مستوى الدلالة	قيمة ت	المجموعة الضابطة (ن = ١٤)		المجموعة التجريبيية (ن = ١٤)		الأبعاد
		ع	م	ع	م	
٠,٠١	١١,٣٤١	٦,٦٥٤	٦١,٥	٢,٥٢٦	٣٩,٩٣	السلوك العدوانى
٠,٠١	١٢,٤٤٥	٣,٨٢٠	٤٠,٨٦	٣,١٣١	٢٤,٤٣	السلوك الانسحابى
٠,٠١	٧,٢٤٧	٣,٢٩٦	٢٣,٣٦	٢,٠٣٣	١٥,٨٦	العناد
٠,٠١	٩,٣٩٠	٣,٦١٣	٢٢,١٤	١,٥٤١	١٢,٢٩	السرقه
٠,٠١	١٩,٢٣٦	٩,٤٦١	١٤٧,٨٦	٥,١٤	٩٢,٥٠	الدرجة الكلية للمقياس

مستوى الدلالة عند (٠,٠١) = ٢,٤٧ مستوى الدلالة عند (٠,٠٥) = ١,٧٠

يتضح من الجدول السابق أن قيم "ت" لأبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس بلغت على الترتيب (١١,٣٤١، ١٢,٤٤٥، ٧,٢٤٧، ٩,٣٩٠، ١٩,٢٣٦) وهى أكبر من القيمة الجدولية (٢,٧٨)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين التجريبيية والضابطة في القياس التبعي لجميع أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والدرجة الكلية له، لصالح أطفال المجموعة التجريبيية، مما يدل على استمرار التحسن لدى أطفال المجموعة التجريبيية حتى فترة المتابعة.

والشكل البيانى التالى يوضح الفروق بين متوسطات درجات الأطفال

بالمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس التتبعي لمقياس الاضطرابات السلوكية.



شكل (٢)

الفروق بين متوسطات درجات الأطفال بالمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس التتبعي لمقياس الاضطرابات السلوكية

ينتضح من العرض السابق للنتائج تحقق فرضي الدراسة حيث تم إثبات فاعلية برنامج اللعب في خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية (السلوك العدوانى، السلوك الانسحابى، العناد، السرقة)، لدى عينة من الأطفال (الصف الثانى والثالث الابتدائى، من ٧: ٩ سنوات)، واستمرار فاعليته لدى أطفال المجموعة التجريبية حتى فترة المتابعة (بعد شهر ونصف من القياس البعدي).

وقد اتفقت نتائج الدراسة الراهنة مع ما أسفرت عنه نتائج أغلبية الدراسات السابقة (الفخراني، ١٩٩٢، أبو غزالة، ١٩٩٢، عبد العزيز، ٢٠٠٩، أبو

ذكري، ٢٠٠٦، المصري، ٢٠٠٦، خطاب، ٢٠٠٤،

Swan. 2011, Plotkin. 2011, McGee. 2010, Messina. 2010, Meany-Walen. 2010, De Souza. 2010, Tiggs. 2010, Hull. 2009, Tsai. 2009, Garza. 2004, Schottelkorb. 2007, Riviere. 2006, Hsu. Lin. 2006, Ilijas. et al. 2004; Wilson. Ryan. 2002; Rennie. 2000, Schmidtchen. Hennies. Acke. 1993, Baron. 1991)

حيث أشارت هذه النتائج في مجملها إلى فاعلية العلاج باللعب بمدخله المتنوع- واستمرارها في خفض حدة الاضطرابات السلوكية المختلفة لدى الأطفال.

مناقشة النتائج:

أوضحت المصادر العلمية أن اللعب أداة علاجية نفسية مهمة للأطفال المشكلين أو المصابين باضطرابات نفسية، وتعني القيمة العيادية للعب أنها مدخل لتشخيص سلوك معين عند الطفل، وطريقة لدراسة شخصية الطفل، وفهم عالم الطفولة، وطريقة للعلاج، ففي اللعب يكون الطفل على طبيعته، وتتكشف رغباته ونزعاته واتجاهاته، كما يتكشف سلوكه وأسلوبه في التعامل مع المواقف المختلفة، وهنا يمكن أن نتبين مصدر العلة في بعض اضطرابات الطفل الانفعالية، وفي أداء اللعب والأدوار التي يقوم بها الطفل تتضح خصائص سلوك الطفل الانفعالي كالعدوان والكذب والانطواء والسيطرة والتدليل وغيرها.

ويجب أن يكون المعالج حساساً لما يقوم به الطفل من أنماط السلوك المختلفة وأن يستجيب له بطريقة مناسبة (زهران، ٢٠٠٥، الهنداوي، ٢٠٠٢)، وهو ما أكدته فيرجينيا أكسلين، معالجة الأطفال وتلميذة كارل روجرز، من أن اللعب البيئة الطبيعية للتعبير الذاتي للأطفال وأفضل أسلوب تنموي ملائم لعلاج الأطفال (Thacker. 2010).

ولذلك أقر العديد من الباحثين والعلماء قوة اللعب ومكانه في إرشاد الطفل، فكانوا من المدافعين عن ضم اللعب وخاماته أو مواده إلى عملية الإرشاد والعلاج (Meany-Walen. 2010)، وهو ما اتفق مع تعريف جمعية

العلاج باللعب [Association for Play Therapy (APT)]؛ حيث تعرف العلاج باللعب بأنه استخدام منظم لنموذج نظري لبناء عملية بينشخصية؛ حيث يتم تدريب المعالجين باللعب على استخدام قوى اللعب العلاجية لمساعدة العملاء على الوقاية من الصعوبات النفسية الاجتماعية وحلها وتحقيق النمو المأمول (Thacker. 2010). فالعلاج باللعب يعد طريقة من طرق العلاج النفسي التي تتبني على مفاهيم النمو، والتي تهتم بالمساعدة في تخفيف الضيق الانفعالي الذي يمر به صغار الأطفال، وذلك من خلال تنوع وتعدد أدوات اللعب الصريح والتخيلي مثل العرائس والدميات، الألعاب اللوحية، الأدوات الفنية، والأشياء التي تمثل نماذج مصغرة (Webb. 1991)،

كما يذكر نورتون ونورتون أنه من الممكن أن يُنظر للعب على أنه وسيلة الطفل لكي يمارس المهارات الاجتماعية، ويتعلم أنماط معرفية جديدة، ويُظهر تحكم بشكل أكبر (Hull. 2009).

يتيح اللعب للطفل فرصة لئيفرغ ما بداخله من شحنات ومشاعر سلبية وتوترات ورغبات وسلوكيات غير مرغوب فيها وذلك في إطار مقبول اجتماعياً وفي وسط محبب له ويسعده، وبالتالي يتخلص الطفل من عبء نفسي كان يستحوذ على جانب كبير من طاقته ونشاطه، هذا من منظور، ومن منظور آخر اللعب يتيح سياقاً للتعرف على أفكار الطفل وسلوكياته وتصرفاته تجاه المواقف المختلفة، ومن ثم يمكن التعرف على ما بها من أخطاء والتدخل لتعديلها.

ولذلك يمكن اعتبار اللعب مجال خصب لإكساب الطفل وتدريبه على السلوكيات السوية المتوافقة الأكثر تكيفاً وتعديل السلوكيات اللاسوية وغير المتوافقة، وهو بذلك أيضاً وسيلة لاستدخال القيم والمبادئ والمعايير الأخلاقية والسلوكيات التي من شأنها أن تزيد من تكيف الطفل، واتزانه في جو ممتع ومفضل له فيستجيب بشكل أكبر وأسرع؛ ولذلك يمكن أن يتم إرشاد الطفل وعلاجه من خلال جلسات اللعب مخطط ومعد لها إعداداً علمياً رصيناً ومناسباً.

وفي دراسة لبراتون وراي -قاما فيها بفحص اثنتين وثمانين دراسة تجريبية حول العلاج باللعب تم إجراؤها من عام ١٩٤٢ إلى عام ٢٠٠٠- تم إثبات فاعلية العلاج باللعب مع العديد من المشكلات الانفعالية والسلوكية، تتضمن العدوان، سوء التكيف الاجتماعي، سلوك المدرسة غير الملائم، القلق، مفهوم الذات، سوء التكيف الانفعالي، والعديد من الاضطرابات الأخرى (Tsai, 2009). ولذلك يشار الآن إلى أن المعالجين يستخدمون العلاج باللعب لمعالجة مدى واسع من المشكلات الانفعالية والسلوكية (Almeraisi, 2008).

كذلك تشير إلى جانب في غاية الأهمية ويؤثر على سير وفاعلية استخدام العلاج باللعب كأسلوب للتدخل مع الأطفال، وهو العلاقة بين المعالج والطفل، ففي بيئة اللعب التي يسعد بها الطفل ويُبدي انجذابه وتفاعله الكاملين من خلالها، لا بد أن يحرص المعالج على استثمارها بشكل كفاء في إقامة علاقة تقارب يعمها الحب والود بينه وبين الطفل، هذه العلاقة هي المدخل لعملية علاجية ناجحة ومثمرة ومحقة للأهداف.

وتتحدث فيرجينيا أكسلين عن هذا الجانب فتذكر أن في العلاج باللعب يتاح للأطفال الفرصة لكي يخبروا نوعية مختلفة من العلاقات، ويستطيعون التحرك نحو تقدمهم من خلال هذه العلاقة العلاجية (De Souza, 2010)؛ حيث يُفترض أن الأطفال لديهم قدرة كبيرة على حل مشكلاتهم الخاصة داخل حدود من الأمان، والتقبل غير المشروط، والعلاقة العلاجية النقية (Shores, 2010).

من جانب آخر لم تتفق نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة كل من (Hull, 2008, McGuire, 2000)، وقد أرجعت الدراستان عدم ظهور فاعلية لبرنامجها القائم على اللعب إلى أسباب منهجية مثل صغر حجم العينة وقصر مدة الدراسة، وقد أشارت دراسة (McGuire, 2000) أنه على الرغم من عدم دلالة الفروق الناتجة عن جلسات العلاج باللعب إحصائيًا إلا أن الأطفال أظهروا تحسناً سجله ملاحظات الباحث والمعالجين باللعب، وفي هذا إشارة إلى ضرورة الإحكام المنهجي للدراسات والبحوث؛ حتى تتمتع النتائج بمصداقية

علمية تمكنا من الوثوق بها.

وإذا انتقلنا إلى مستوى أكثر تجريدًا في مناقشة نتائج الدراسة الراهنة نجد أنها تطرح عددًا من القضايا الجوهرية التي يمكن التعرض لها منها على سبيل المثال هل للثقافة دور في تبني أساليب علاجية معينة -تصبح أكثر شيوعًا في الاستخدام من أساليب أخرى- تتم ممارستها بمنطلقات وطرق معينة، ففي ثقافتنا العربية قليل جدًا من الدراسات التي مارست العلاج باللعب مع المراهقين ولا توجد دراسات -في حدود علم الباحثة- مارسته مع الراشدين، في مقابل ذلك نجد في الثقافة الغربية دراسات حول فاعلية العلاج باللعب مع المراهقين بل والراشدين، كما توجد بها جمعيات ومؤسسات للعلاج باللعب تقدم خدماتها للراشدين وليس للأطفال فقط، وهل ممارسة العلاج باللعب بشكل فردي أكثر فاعلية من ممارسته بشكل جماعي، وما هي الشروط أو القواعد التي يتحدد بناءً عليها ذلك، فقد لاحظت الباحثة أن جميع البرامج القائمة على اللعب في البيئة العربية كانت برامج جماعية، في حين تنوعت هذه البرامج في البيئة الأجنبية بين الممارسة الفردية والجماعية وأحيانًا الجمع بينهما، كذلك إلى أي مدى تسمح لنا إمكانياتنا (من حيث توفر أدوات العلاج باللعب، والمعالجين المؤهلين لممارسته، والوقت....) وسياقتنا المهنية بالممارسة الفردية للعلاج باللعب خصوصًا إذا ثبتت فاعليته مع حالات معينة شريطة أن تتم الممارسة بشكل فردي. وأي مناحي استخدام العلاج باللعب أكثر فاعلية منحى استخدامه مستندًا إلى أساس نظري معين أم منحى استخدامه بشكل توفيقى يجمع بين أكثر من أساس نظري، أم منحى استخدامه مقرونًا بأساليب علاجية أخرى مختلفة، وما المعيار الذي يتم تحديد هذا بناءً عليه، فقد انطلقت أغلبية الدراسات الأجنبية في ممارستها للعلاج باللعب من أساس نظري محدد، وهذا بخلاف أغلبية الدراسات العربية التي استندت لأكثر من أساس نظري عند بنائها وتصميمها لبرامجها القائمة على اللعب، وأي طرق العلاج باللعب أكثر فاعلية من غيرها مع أي اضطرابات؟ ولماذا؟

وقد يدفنا هذا إلى القول بضرورة وأهمية إجراء دراسات مراجعة لفحص

بحوث ودراسات تناولت العلاج باللعب في مجال زمني متسع تجيب عن مثل هذه الأسئلة السابقة وغيرها، ولعلنا نلاحظ أن صعوبة ممارسة أساليب علاجية معينة بطرق معينة وعدم توفر الإمكانيات اللازمة لممارستها مع تدخل عامل الوقت الذي يُستغرق في الممارسة، قد تكون كلها عوامل تدفع الباحثين والمعالجين إلى عدم ممارستها حتى مع ثبوت فاعليتها، وقد يكفي إلى وقت معين أن نكون على وعي بذلك.

دراسات مستقبلية مقترحة

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج وفي ضوء مجال الدراسة يمكن اقتراح إجراء بعض الدراسات المستقبلية كما يلي:

١- إجراء دراسة مقارنة بين فاعلية أنشطة اللعب المبنية على النظرية المعرفية السلوكية والمبنية على نظرية التحليل النفسي في علاج وتقليل الاضطرابات السلوكية بين الأطفال.

٢- إجراء دراسة مقارنة بين فاعلية البرامج القائمة على اللعب باختلاف منطلقاتها والبرامج القائمة على أساليب وفنيات أخرى بمنطلقات مختلفة في علاج وتقليل الاضطرابات السلوكية.

٣- إجراء دراسات منهجية عن تصميم مقاييس تشخيصية جديدة لقياس جميع الاضطرابات السلوكية التي قد يظهرها الأطفال والمراهقون، وتلائم الفئات العمرية المختلفة لهم.

٤- إجراء دراسة حول فاعلية العلاج باللعب مع المراهقين والراشدين لعلاج وتقليل حدة اضطرابات معينة لديهم.

٥- إجراء دراسة مراجعة للتراث البحثي في موضوع العلاج باللعب وبالأخص الدراسات المبنية على برامج بمنطلقات مختلفة للعب.

المراجع:

إبراهيم، عبد الستار، الدخيل، عبد العزيز بن عبد الله، إبراهيم، رضوان. (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته. عالم المعرفة، الكويت، ١٨٠.

أبو حطب، فؤاد؛ عثمان، سيد أحمد؛ صادق، آمال. (١٩٩٩). التقويم النفسي. ط٣. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

أبو حطب، فؤاد، فهمي، محمد سيف الدين. (١٩٨٤). معجم علم النفس والتربية. ج١. الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، القاهرة.

أبو ذكري، فتح الله محمد. (٢٠٠٦). فاعلية برنامج إرشادي لتعديل السلوك العدوانى المباشر باستخدام اللعب الحر لدى المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

أبو غزالة، سميرة علي جعفر. (١٩٩٢). تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى أطفال المرحلة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادي في اللعب. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

أحمد، رشا محمد. (١٩٩٩). مدى فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

إسماعيل، السيد سعداوي. (٢٠٠٤). القيم وعلاقتها ببعض المشكلات السلوكية لدى طلاب المرحلة الثانوية. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

إسماعيل، رمضان محمد محمد. (٢٠٠٠). دراسة المزاوجة بين بعض الاضطرابات السلوكية والأقطاب السلبية لأساليب المعاملة الوالدية في

- سن المراهقة. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المنيا.
- البدوي، أميرة محمود. (٢٠١٢). اللعب التعاوني ودوره في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من أطفال الروضة. رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- التركيت، سوسن ابراهيم. (٢٠٠٣). الأطفال واللعب. مكتبة الفلاح، الكويت.
- التميمي، أحمد بن عبد العزيز. (٢٠٠٧). المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي متلازمة داون كما يدركها معلموهم بمدينة الرياض. مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة المنوفية، السنة الثانية والعشرون، ٣، ١٢٧-١٧٧.
- الزغول، عماد عبد الرحيم. (٢٠٠٦). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال. دار الشروق، القاهرة.
- الزيات، نهى محمود محمد. (٢٠٠٦). تنمية الذكاء الوجداني - باستخدام أنشطة اللعب وأثره على خفض الاضطرابات السلوكية لدى طفل الروضة. رسالة دكتوراه، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- السبعيني، منى مصطفى. (٢٠١١). فاعلية استخدام السيكدوراما في تخفيف بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعرضين للإيذاء. رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- السهل، راشد علي. (٢٠٠١). مشكلات الأطفال في المدرسة الابتدائية كما يدركها المعلمون. المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ٣٣ (١١)، ١٣٧-١٦٣.
- السيد، خالد عبد الرازق. (٢٠٠٠). سيكولوجية اللعب "نظريات وتطبيقات". حورس للطباعة والنشر، القاهرة.
- السيد، هويدا السيد محمد. (٢٠٠٩). بعض أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأطفال ضعاف السمع في المرحلة العمرية من ١٢-١٦ عامًا وعلاقتها ببعض المشكلات السلوكية. رسالة ماجستير، معهد الدراسات

العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

العتيبي، علي سليم زهيميل. (٢٠١١). النشاط الحسي الحركي كمدخل لتعديل السلوك المضطرب لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم بالمملكة العربية السعودية "دراسة تجريبية". رسالة ماجستير، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

العزة، سعيد حسني. (٢٠٠٢). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية. العلمية الدولية والثقافة، عمان.

المران، جيهان أبو راشد، وعبادة، وأحمد عبد اللطيف. (١٩٩٣). المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال مرحلة الرياض (٣-٦ سنوات) في ضوء بعض متغيرات البيئة الأسرية بدولة البحرين. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ١، ٣٧-١٠٨.

الفخراني، خالد ابراهيم سعد. (١٩٩٢). تعديل درجة توافق التلاميذ المشكلين باستخدام بعض الأساليب العلاجية. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة طنطا.

الماخذي، سلوى علي علي. (٢٠٠٧). المشكلات السلوكية الأكثر شيوعًا لدى أطفال الروضة وعلاقتها بالمناخ الأسري بالجمهورية اليمنية. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

المرسي، نهلة صلاح علي. (٢٠١١). فاعلية برنامج قائم على التعبير الفني المجسم لقصص الأطفال في تخفيف بعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

المصري، شيرين عبد الله. (٢٠٠٦). فاعلية برنامج مقترح باللعب في خفض حدة السلوك العدواني لدى أطفال الرياض بمحافظة غزة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

المطيري، معصومة سهيل. (٢٠٠٥). دراسة اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط في علاقته بالمشكلات السلوكية لدى عينة من طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الكويت. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ١٩، ٨١ - ١٣٨.

الهنداوي، علي فالح. (٢٠٠٢). سيكولوجية اللعب. دار حنين، عمان.

بيرس، ماريما، ولاندو، جنيف. (ترجمة) عبد الرحمن سيد، وشيخة يوسف. (٢٠٠٧). اللعب ونمو الطفل. ط ٢. مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

حبشي، فوزية عبد الحميد كامل. (١٩٩٦). المشكلات السلوكية - الاجتماعية للمراهقين المقيمين بمساكن الإيواء بمحافظة البحيرة (١٢ - ١٥ سنة). رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

حسين، حنان مرزوق. (١٩٩٧). المشكلات السلوكية لعينة من الأطفال ساكني المقابر من (٦ - ٩) سنوات. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

خربوش، ميادة أحمد مختار يس. (٢٠١١). فاعلية التعزيز في خفض حدة المشكلات السلوكية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً ذوي الإعاقة العقلية البسيطة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

خطاب، محمد أحمد. (٢٠٠٤). فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

درويش، منى عبد الحميد. (٢٠١٣). مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٣٦، ٦٠٥ - ٦٣٨.

دسوقي، كمال. (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس. مج ١. دار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة.

رياض، سعد. (٢٠٠٢). الاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين

- "التشخيص - الوقاية والعلاج". دار الكلمة للنشر والتوزيع، المنصورة.
- ريزو، جوزيف ف، زابل، روبرت هـ. (ترجمة) عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (١٩٩٩): تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق). ج ١. دار الكتاب الجامعي، العين.
- زايد، فايزة إسماعيل محمود. (٢٠٠٦). السلوك المشكل لطلاب المرحلة الثانوية وعلاقته بالاتجاه نحو نمط شخصية المعلم. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- زهران، حامد. (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط (٤)، عالم الكتب، القاهرة.
- زهران، حامد، سري، إجلال. (٢٠٠٣). دراسات في علم النفس النمو. عالم الكتب، القاهرة.
- سعد، أسعد نصيف. (١٩٩٧). إعداد برنامج في اللعب الجماعي لتعديل السلوك اللاتوافقي لدى الأحداث الجانحين. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- سيفان، محمد أحمد. (٢٠٠١). الإرشاد النفسي للأطفال. ج ١، ٢. دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- شيفر، شارلز؛ ميلمان، هوارد. (ترجمة) نسيمه داود ونزيه حمدي. (١٩٨٩). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. منشورات الجامعة الأردنية، عمان.
- صالح، محمد سعد سليمان. (٢٠٠٦). الانحرافات السلوكية وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية - كما يدركها الأبناء - وبعض سمات الشخصية لدى عينة من الشباب الذكور المتزوج. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة بنها.
- صوالحة، محمد أحمد. (٢٠٠٤). علم نفس اللعب. دار المسيرة، عمان.

طه، فرج عبد القادر؛ أبو النيل، محمود السيد؛ قنديل، شاكر عطية؛ عبد القادر، حسين؛ عبد الفتاح، مصطفى كامل. (د.ت). **معجم علم النفس والتحليل النفسي**. دار النهضة العربية، بيروت.

عادل، أيمن محمد. (٢٠٠٨). **كيف تتغلب على مشاكل الطفل النفسية؟** دار المشارق، القاهرة.

عبد الحافظ، عاهدة أمين. (١٩٩٩). **المشكلات السلوكية الشائعة لدى أطفال الرياض من (٤-٦) سنوات في محافظة غزة كما تدركها الأمهات والمعلمات في ضوء بعض المتغيرات**. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

عبد الرضا، حنان حسين. (٢٠١٠). **فاعلية أسلوب العلاج باللعب والتدريب التوكيدي في تخفيف الرهاب الاجتماعي لدى أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة بدولة الكويت**. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

عبد العزيز، عبد الحليم محمد. (٢٠٠٩). **فاعلية برنامج إرشادي باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج باللعب الجماعي لتخفيف حدة السلوك العدواني لدى الأطفال الصم وزيادة توافقهم النفسي والاجتماعي**. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

عبد العظيم، هالة عبد القادر. (١٩٩٩). **المشكلات السلوكية للطفل الأصم**. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

عبد العظيم، هاني عبد الحفيظ. (٢٠٠٩). **البيئة المدرسية وعلاقتها ببعض الاضطرابات السلوكية لدى تلاميذ مدارس التربية الفكرية**. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

عبد الفتاح، نجوان حسين طاهر. (٢٠١٠). **فاعلية برنامج للتربية الرياضية في خفض حدة السلوك العدواني لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية**. رسالة

دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

عبد القادر، نجلاء فتحي. (٢٠٠٣). الاتجاهات الوالدية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية عند ضعاف السمع. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

عبد الهادي، نبيل (٢٠٠٤). سيكولوجية اللعب وأثرها في تعلم الأطفال. دار وائل، القاهرة.

عثمان، تهاني محمد. (٢٠٠١). بعض المتغيرات المرتبطة بالاضطرابات السلوكية الشائعة لدى الأطفال كما يدركها المعلم - دراسة مسحية ارتقائية. مجلة دراسات طفولة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، ١٣ (٤)، ٢٩ - ٦٩.

عسكر، عبد الله. (٢٠٠٥). الاضطرابات النفسية للأطفال. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

عكاشة، أحمد. (٢٠٠٨). الطب النفسي المعاصر. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

علوان، فادية. (٢٠٠٣). مقدمة في علم النفس الارتقائي. مكتبة الدار العربية للكتاب، القاهرة.

عوض، نهى علي. (٢٠١٢). الفروق بين الأطفال ذوي اضطرابات المسلك والأسوياء في بعض متغيرات الشخصية الإيجابية (الذكاء الوجداني والسعادة وفعالية الذات). رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة. عويس، خير الدين. (١٩٩٧). اللعب وطفل ما قبل المدرسة. دار الفكر العربي، القاهرة.

فاروق، ميادة محمد. (٢٠١١). فاعلية كل من الإرشاد بالفن التشكيلي والعلاج المعرفي السلوكي في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من المراهقين. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

فوزي، إيمان. (٢٠٠٩). علم النفس المرضي المفاهيم والمعايير. مطابع الحصري، القاهرة.

فوزي، علاء أحمد. (٢٠٠٩). فاعلية العلاج باللعب في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال ضعاف السمع. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

قاسم، أنسي محمد أحمد. (١٩٩٤). مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية للأطفال المحرومين من الوالدين "دراسة مقارنة". رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

محسوب، عبير عبد الحكيم. (٢٠٠١). الاضطرابات السلوكية ووجهة الضبط لدى ضعاف السمع. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

محمود، ماجدة. (٢٠٠٥). قراءات في الاضطرابات النفسية للأطفال. بدون ناشر، القاهرة.

مرسي، أم هاشم خلف. (٢٠٠٥). الاضطرابات السلوكية الشائعة في رياض الأطفال "دراسة مسحية". رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.

منسي، محمد عبد الجواد. (١٩٩٧). استخدام تفاعل أطفال ما قبل المدرسة في الأنشطة التربوية كوسيلة لاكتشاف ومواجهة بعض مشكلاتهم السلوكية. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

ميلر، سوزانا. (ترجمة) حسن عيسى ومحمد عماد الدين إسماعيل. (١٩٩٤). سيكولوجية اللعب عند الإنسان. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

نصر الدين، دعاء إبراهيم إبراهيم. (٢٠٠١). المشكلات السلوكية لدى الأطفال العاملين (دراسة مقارنة). رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا

للطفولة، جامعة عين شمس.

يوسف، جمعة سيد. (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. دار غريب، القاهرة.

يوسف، محمود رامز. (٢٠٠٦). العلاقة بين الاضطرابات السلوكية وأساليب التفكير لدى مراهقي المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

Almeraisi. M. (2008). *Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy with Children Who Have Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Psy.D. California School of Professional Psychology. Alliant International University. United States.

Anderson. M. G. (1992). The Use of Selected Theatre Rehearsal Technique Activities with African-American Adolescents Labeled "Behavior Disordered". *Exceptional Children*. 59 (2). 32-40.

Arbunic. A. (1998). The knowledge of children's and their parents' interests for free-time activities as the basis for the primary prevention program of behavior disorders. *Journal of Hrvatska Revija za Rehabilitacijska Istaživanja*. 34 (2). 117-125.

Baron. K. B. (1991). The use of play in child psychiatry: Reframing the therapeutic environment. *Occupational Therapy in Mental Health*. 11(2-3). 37-56.

Brown. T. P. (2012). *Family background, parental involvement, and parent child interactions as predictors of fifth-graders behavior problems*. Ph.D. Capella University. United States.

Chadha. A. (2010). *Helping Children with Behavioural Problems*. A H Publishing Corporation. New Delhi.

Cohen. D. (1983). *Piaget: Critique and Reassessment*. Croom Helm. London & Canberra.

De Souza. M. (2010). *An Existential Approach to Group Play Therapy with Physically Abused Children*. Psy.D. The Chicago School of Professional Psychology. United States.

- Fan. C. (2011). *A Longitudinal Examination of Children's Emotion Regulation Problems, Negative Parenting Behaviors, and the Development of Internalizing Behavior Problems*. Ph.D. University of Michigan. United States.
- Farley. G. K. & Zimet. S. (1991). *Day Treatment For Children With Emotional Disorders*. Vol.(2). Plenum Press. New York and London.
- Garza. Y. (2004). *Effects of culturally responsive child-centered play therapy compared to curriculum-based small group counseling with elementary-age Hispanic children experiencing externalizing and internalizing behavior problems: A preliminary study*. Ph.D. University of North Texas. United States.
- Gelley. C. D. (2012). *The Interrelationships Among Family Stress, Parenting Behavior, and Behavior Problems: An Investigation of Internationally Adopted Chinese Girls*. Ed.S. University of South Florida. United States.
- Gendron. M.; Royer. E.; Bertrand. R. and Potvin. P. (2004). Behaviour Disorders. Social competence and the Practice of Physical Activities among Adolescents. *Journal of Emotional and Behavioural Difficulties*. 9 (4). 249-259.
- Hart. R.; Mather. P. L.; Slack. J. F. & Powell. M. A. (1992). *Therapeutic Play: Activities For Hospitalized Children*. Mosby Year Book. London.
- Hetfield. P. (1994). Using a Student Newspaper to Motivate Students with Behavior Disorders. *Teaching Exceptional Children*. 26 (2). 6-9.
- Hita. L. (2011). *Chaotic Environment and Child Behavior Problems: A Comparative Study of High-Conflict Never Married and Divorcing Parents*. Ph.D. Arizona State University. United States.
- Hodgkin. R. A. (1985). *Playing and Exploring: Education through the discovery of order*. Methuen. London and New York.
- Holliman. R. P. (2010). *The development of the child interpersonal relationship and attitudes assessment for child centered play therapy*. Ph.D. University of North Texas. United States.

- Hsu. C. & Lin. M. (2006). Study on the changing process of person – centered play therapy initialized on a mentally retarded client with life adaptive behavior disturbance. *Chinese Annual Report of Guidance and Counseling*. 20. 121-152.
- Hull. K. (2009). *Computer/video games as a play therapy tool in reducing emotional disturbances in children*. Ph.D. Liberty University. United States.
- Hull. S. D. (2008). *The effects of weekly child-centered play therapy on the behavioral problems of elementary students*. Ed.Sp. University of Central Missouri. United States.
- Klug. A. (2013). *Peer-mediated play intervention for preschoolers with social and play deficits*. Ed.S. University of Nebraska at Omaha. United States.
- Lane. E. E. (2010). *The Use of Play in the Treatment of Encopresis: A Case Study*. M.A. Sarah Lawrence College. United States.
- Lear. R. (1993). *Play Helps*. Third Edition. Oxford. London.
- Lerwick. J. L. (2012). *The Impact of Child-Centered Play Therapy on Anxiety Levels in Pre-Neurosurgical Pediatric Patients*. Ph.D. Oregon State University. United States.
- Lin. Y. (2011). *Contemporary research on child-centered play therapy (CCPT) modalities: A meta-analytic review of controlled outcome studies*. Ph.D. University of North Texas. United States.
- Llijas. A.; Daniel. G.; Hip. T.; Rogar. A. and Budanovac. N. (2004). Prevention of children behaviour disorder "Modification of Behaviour through Play". *Journal of Kriminologija and socijalna-integracija*. 12 (1). 39-62.
- McClintock. C. (2009). *Play therapy behaviors and themes in physically abused, sexually abused, and non abused children*. Psy.D. Baylor University. United States.
- McGee. L. V. (2010). *The efficacy of child-centered play therapy with Hispanic Spanish-speaking children when conducted by a monolingual English-speaking counselor*. Ph.D. Texas A&M University-Commerce. United States.
- McGhee. S. A.; Groff. D. G.; Russoniello. C. V. (2005). *We Care Too: Providing Community-Based Therapeutic Recreation Services for*

- Youth with Emotional and Behavioral Disorders. *Journal of Therapeutic-Recreation*. 39 (1). 32-46.
- McGuire. D. (2000). *Child-centered group play therapy with children experiencing adjustment difficulties*. Ph.D. University of North Texas. United States.
- Meany-Walen. K. K. (2010). *Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behavior of early elementary-aged children*. Ph.D. University of North Texas. United States.
- Messina. A. (2010). *The efficacy of play therapy*. **Psy.D.** Wisconsin school of Professional Psychology. United States.
- Panacek. L. J. & Dunlap. G. (2003). The Social Lives of Children With Emotional and Behavioral Disorders in Self-Contained Classrooms: A Descriptive Analysis. *Exceptional Children*. 69 (3). 333-348.
- Parish-Plass. J. & Lufi. D. (1997). Combining physical activity with a behavioral approach in the treatment of young boys with behavior disorders. *Small Group Research*. 28 (3). 357-369.
- Peratikos-Kiritsis. A. (2010). *Cognitive Behavioral Play Therapy for Children with Depression: A Manual for Individual Treatment*. Psy.D. Graduate Institute of Professional Psychology. University of Hartford. United States.
- Pierce. J.; Hostutler. C. & Steuart Watson. T. (2012). A pilot study using a computer-based rule following task to distinguish adolescents with and without a behavior disorder. *Journal of Computers in Human Behavior*.
- Plotkin. L. (2011). *Children's adjustment following parental divorce: How effective is sandtray play therapy?* Ph.D. Capella University. United States.
- Rakesh. A.; H. U.; Srinath. S. (2010). Play Therapy: Voice of a Silent Scream. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*. 6 (1). 13-18.
- Rennie. R. (2000). *A comparison study of the effectiveness of individual: and' group play therapy in treating kindergarten children with adjustment problems*. Ph.D. University of North Texas. United States.

- Richeson. N. E. (2004). Review of Dementia Practice Guidelines for treating Disturbing Behaviors. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*. 19 (2). P. 135.
- Riviere. S. (2006). *Short-term play therapy for children with disruptive behavior disorders in "Short-term play therapy for children"* (2nd ed.) by Schaefer. Charles E; Kaduson. Heidi Gerard(Ed). Guilford Press. New York. NY.US. 51-70.
- Rockwell. S. & Guetzloe. E. (1996). Group Development for Students with Emotional Behavioral Disorders. *Teaching Exceptional Children*. 29 (1). 38-43.
- Schmidtchen. S.; Hennies. S.; Acke. H. (1993). To kill two birds with one stone? Evaluating the hypothesis of a twofold effectiveness of client-centered play therapy. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*. 40 (1). 34-42.
- Schottelkorb. A. A. (2007). *Effectiveness of child-centered play therapy and person-centered teacher consultation on ADHD behavioral problems of elementary school children: A single case design*. Ph.D. University of North Texas. United States.
- Shepherd. T. L. (2010). *Working With Students With Emotional And Behavior Disorders: Characteristics And Teaching Strategies*. Pearson International Edition. New Jersey.
- Shores. J. (2010). *Playing with the Elephant in the Room: A Group Play Therapy Treatment Manual for Young Children of Parents with Alcoholism*. Psy. D. Graduate Institute of Professional Psychology. University of Hartford. United States.
- Swan. K. L. (2011). *Effectiveness of play therapy on problem behaviors of children with intellectual disabilities: A single subject design*. Ph.D. University of North Texas. United States.
- Swinton. J. J. (2011). *Adoptees and behavior problems: A meta-analysis*. Ph.D. Kansas State University. United States.
- Thacker. A. (2010). *An Investigation of the Perceptions of Christian Seminary Counseling Students Regarding Play Therapy*. Ph.D. University of North Texas. United States.
- Thornton. S. (2011). *Response to Intervention within Restrictive Settings: A Multi-Tiered Behavioral Intervention System for Addressing*

- Behavior Problems Within the Top Tier*. Ph.D. University of California. United States.
- Tiggs. P. L. (2010). *Play therapy techniques for African American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorder*. Ph.D. Capella University. United States.
- Tsai. M. (2009). *Children in therapy: Evaluation of university-based play therapy clinical services*. Ph.D. University of North Texas. United States.
- Villodas. M. (2011). *Experiences of Child Maltreatment and Their Effects on the Development Of Externalizing Behavior Problems Among Youth*. Ph.D. University of California. San Diego. United States.
- Webb. N. (1991). *Play Therapy With Children In Crisis: A Casebook For Practitioners*. The Guilford Press. New York & London.
- Wilson. K. & Ryan. V. (2002). Play Therapy with Emotionally Damaged Adolescents. *Emotional and Behavioural Difficulties*. 7 (3). 178-92.

ملحق (١)

قائمة بالسادة الأساتذة المحكمين لمقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال^١

الاسم	الوظيفة عند إجراء التحكيم	الوظيفة الحالية
الطاهرة محمود	مدرس علم النفس بكلية الآداب جامعة القاهرة	أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة القاهرة
حسام إسماعيل هيبية	أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية جامعة عين شمس	أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية جامعة عين شمس
حسين طاحون	أستاذ علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة عين شمس	أستاذ علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة عين شمس
سهير أنور محفوظ	أستاذ علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة عين شمس	أستاذ علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة عين شمس
شعبان جاب الله رضوان	أستاذ علم النفس الإكلينيكي بكلية الآداب جامعة القاهرة	أستاذ علم النفس الإكلينيكي بكلية الآداب جامعة القاهرة
محمد سعد محمد	أستاذ علم النفس المساعد بكلية الآداب جامعة القاهرة	أستاذ ورئيس قسم علم النفس بالجامعة البريطانية
محمد نجيب أحمد الصبوة	أستاذ علم النفس الإكلينيكي بكلية الآداب جامعة القاهرة	أستاذ علم النفس الإكلينيكي بكلية الآداب جامعة القاهرة
محمود عمر	أستاذ علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة عين شمس	أستاذ علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة عين شمس
مختار الكيال	أستاذ علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة عين شمس	أستاذ علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة عين شمس
نبيل حافظ	أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية جامعة عين شمس	أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية جامعة عين شمس

^١ تم ترتيب أسماء السادة الأساتذة المحكمين أبجدياً

