جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

فاعلية برنامج علاجي جمعي قائم على العلاج المعرفي السلوكي باللعب (CBPT) في خفض قلق المستقبل، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين

اعداد
منال عبد القادر الشريف

إشراف
د. فايز محاميد
د. رسميه حنون

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس الاكلينيكي بكليّة الدراسات العليا، جامعة النّجاح الوطنيّة، نابلس، فلسطين.
2021

فاعلية برنامج علاجي جمعي قائم على العلاج المعرفي السلوكي باللعب (CBPT) في خفض قلق المستقبل واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين

اعداد

منال عبد القادر الشريف

نُوقشت هذه الأطروحة بتاريخ 2021/9/30م، وأجيزت.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
1- د. فايز محاميد / مشرفاً رئيساً	.....
2- د. رسمية حنون / مشرفا ثانياً	.....
3- د. عمر الريماوي / ممتحناً خارجياً	.....
4- د. فاخر الخليلي / ممتحناً داخلياً	.....

الإهداء

الى روح والدي الغالي رحمه الله

الى امي الحبيبة

الى زوجي واولادي.... واسرتي الكبيرة

الى الاصدقاء الصدوقين

اليهم جميعا اهدى رسالتي

شكر وتقدير

لا يسعني بعد أن انتهى هذا البحث إلا أن أشكر الله سبحانه وتعالى على ما الهمني من صبر وقوة تحمل خلال فترة دراستي وصولا لإعداد وانهاء هذا البحث.

كما أتقدم بالشكر والامتنان من أستاذي الدكتور فايز محاميد لما بذله معي من جهد وصبر أثناء إعداد هذا البحث وخلال دراستي في مرحلة الماجستير.

والشكر موصول للدكتورة رسمية حنون وجميع من درسني في كل مراحلي التعليمية ولكل من قدم لي الدعم والمساعدة.

الإقرار

أنا الموقعة أدناه، مقدمة الرسالة التي تحمل العنوان:

فاعلية برنامج علاجي جمعي قائم على العلاج المعرفي السلوكي باللعب (CBPT) في خفض قلق المستقبل، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين

The Effectiveness of a Group Therapy Program Based on CBPT in Reducing Future Anxiety and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among Traumatized Children

أقر أن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة كاملة، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أية درجة علمية أو بحث علمي أو بحث لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification

Student's Name:	**منال عبد القادر الشريف**	اسم الطالب:
Signature:	.....	التوقيع:
Date:	**2021/9/30**	التاريخ

قائمة المحتويات

الرقم	الموضوع	الصفحة
	أعضاء لجنة المناقشة	ب
	الإهداء	ج
	شكر وتقدير	د
	الإقرار	هـ
	قائمة المحتويات	و
	قائمة الجداول	ح
	قائمة الملاحق	ط
	الملخص	ي
الفصل الأول: مشكلة الدراسة وخلفيتها		1
1.1	مقدمة	2
1.2	مشكلة الدراسة	6
1.3	أسئلة الدّراسة	6
1.4	أهداف الدراسة	7
1.5	اهمية الدراسة	7
1.6	حدود الدّراسة	8
1.7	المفاهيم الاصطلاحيّة والإجرائيّة للدراسة	8
الفصل الثاني: الإطار النظري والدّراسات السابقة		11
2.1	تمهيد	12
2.2	الإطار النظري للدراسة	12
2.3	الدّراسات السابقة	48
2.4	التعليق على الدّراسات السابقة	55
الفصل الثالث: المنهجية والإجراءات		58
3.1	منهجية الدّراسة	59
3.2	مجتمع وعيّنة الدّراسة	59
3.3	أدوات الدّراسة	59
3.4	البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي القائم على اللعب	63

الرقم	الموضوع	الصفحة
3.5	إجراءات الدّراسة	65
3.6	تصميم الدّراسة	66
3.7	متغيرات الدراسة	67
3.8	الأساليب الإحصائيّة	67
	الفصل الرابع: عرض النتائج	69
4.1	اختبار التوزيع الطبيعي	70
4.2	تكافؤ المجموعات	70
	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات	75
5.1	مناقشة نتائج	76
5.2	الاستنتاجات	79
5.3	التوصيات	79
5.4	صعوبات قابلتها الباحثة اثناء الاجراء الميداني للدراسة الحالية	80
	قائمة المصادر والمراجع	81
	المراجع العربية	81
	المراجع الاجنبية	89
	الملاحق	92
	Abstract	b

قائمة الجداول

الرقم	المحتوى	الصفحة
جدول (1)	نتائج اختبار كولموقوروف – سميرنوف Kolmogorov-Smirnov	70
جدول (2)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) تبعاً لمتغير المجموعة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في القياس القبلي	71
جدول (3)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل في القياس القبلي والبعدي	71
جدول (4)	تحليل التباين المصاحب للقياس البعدي لقلق المستقبل	72
جدول (5)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في القياس القبلي والبعدي	73
جدول (6)	تحليل التباين المصاحب للقياس البعدي لقلق المستقبل تبعا لمتغير المجموعة	73
جدول (7)	نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة لفحص الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس قلق المستقبل واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية	74

قائمة الملاحق

الرقم	المحتوى	الصفحة
ملحق (1)	برنامج العلاج المعرفي السلوكي باللعب CBPT	93
ملحق (2)	المقياس	127
ملحق (3)	ورقة موافقة الاهل	132
ملحق (4)	كتاب تسهيل مهمة	133

فاعلية برنامج علاجي جمعي قائم على العلاج المعرفي السلوكي باللعب (CBPT) في خفض قلق المستقبل، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين

اعداد

منال عبد القادر الشريف

إشراف

د. فايز محاميد

د. رسميه حنون

الملخص

هدفت هذه الدّراسة إلى فحص فاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج المعرفي السلوكي المستند إلى اللعب في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وقلق المستقبل لدى عيّنة من الأطفال المصدومين، وتم إجراء الدّراسة على عيّنة مكونة من (22) طفلاً من الأطفال في مخيم بلاطة ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وقلق المستقبل، هذا وقد تم توزيع المشاركين عشوائيا إلى مجموعتين:

- مجموعة تجريبية مكونة من (11) طفلا تلقوا برنامجا علاجيا مكونا من (15) جلسة بواقع جلستين أسبوعياً،
- مجموعه ضابطة (11) طفلا لم تتلق برنامج علاجي، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج مباشرة نفذ قياس بعدي لكلتا المجموعتين.

تم استخدم اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين (Independent samples t-Test) للتحقق من تكافؤ مجموعتي الدراسة والذي بين تحقيق شرط التكافؤ بين المجموعتين، واستخدم تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) لبيان دلالة الفروق الإحصائيّة بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة بين متوسطي أداء المجموعتين التجريبية والضابطة ولصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج العلاجي، مما يدلل على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض أعراض قلق المستقبل،

واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وبناء على نتائج الدّراسة، توصي الباحثة بتطبيق البرنامج العلاجي على الأطفال الذين يعانون من صدمات نفسية مختلفة، في المراكز المحلية في المخيم والاهتمام بالصّحة النفسيّة لفئة الأطفال داخل المخيمات؛ نتيجة لما يتعرضون له من خبرات صادمة.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي باللعب، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، قلق المستقبل، الأطفال المصدومين.

الفصل الأول

مقدمة الدّراسة وخلفيّتها

الفصل الأول

مقدمة الدّراسة وخلفيّتها

1.1 مقدمة

إن تعرض الأطفال لمواقف صادمة مثل الجرائم، والحروب والإساءة والعنف الأسري، والكوارث الطبيعية يؤدي إلى حصول تأثيرات خطيرة على نمو وارتقاء الأطفال ونظرتهم للحياة والمستقبل وعلاقتهم مع الآخرين وتوجههم نحو المجتمع، وذلك نتيجة لنقص مهارات آليات الدفاع عن النفس ومواجهة الضغوط، وقد يكون تأثير هذه الأحداث عليهم أكبر من تأثيرها على البالغين (عبد المنعم، 2007).

تُعرف الصدمة في أدبيات علم النفس على أنّها جرح نفسي، أو هزّة نفسيّة عميقة، وهي تعبر عن حالة نفسيّة يتعرض اليها الشخص بسبب التعرّض لحادث أو واقعة أليمة، نفسيّاً أو جسديّاً، كالاختطاف، أو الاغتصاب، أو موت أحد الأشخاص المقرّبين، فتسبب له جرحاً مزمناً، وتؤدي لدخوله في حالة غير طبيعية، ويمكن أن تستمر لعدة أسابيع وشهور، علماً أن الصدمة النفسيّة تحدث للأشخاص على عدة مراحل، وذلك حسب نوع الحدث الصادم ومدى صعوبته، وبحسب تأثيرها على الحالة النفسية للمريض، وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصيّة أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم به، علماً أن الأطفال لهم خصوصية في موضوع الصدمة نتيجة لمجموعة من المحددات الخاصة، مثل قلة الخبرات الحياتيّة لديهم، إضافة إلى عدم اكتمال نموهم الذهني والنفسي والجسدي كل ذلك يجعل منهم هدف سهل لأية صدمات نفسيّة (البدراوي، 2006).

كما أنّ معاناة الأطفال نتيجة مشاهدة وتراكم الأحداث الصادمة ومرورهم بخبرات صادمة تتحول إلى صدمات نفسيّة مزمنة، مما ينعكس بشكل سلبي ومباشر على الصعيد الدّراسي والمجتمعي، حيث يعاني الأطفال ضحايا الأزمات والكوارث والحروب من الآثار العديدة التي تؤثر في بنائهم النفسي إلى جانب كونها سببا للإصابة بالاضطرابات السلوكيّة، والانفعاليّة، والنفسيّة، والعقليّة والاجتماعيّة (مجيد، 2008).

ويتعرض حوالي 15–34% من الأطفال في العالم لحدث صادم في مرحلة ما من حياتهم حيث يصاب 1–6% من الذكور و3–15% من الإناث باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وتعتبر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة في فترة ما قبل البلوغ خطيرة جداً، لأنّه يسبب في إعاقة الطفل في اكتساب المهارات الحياتيّة اللازمة لمرحلة النضوج، إلى جانب وجود صعوبة في تشخيص الاضطراب لغير المختصين؛ لأن الأعراض تختلف باختلاف المرحلة العمريّة، كما تختلف آليات ووسائل علاجه (عبد المنعم، 2007).

وتسبب التغيرات السياسية والاجتماعيّة والاقتصادية التي يشهدها العصر الحالي في ظل الصراعات والحروب القلق نتيجة لزيادة الأعباء والصعوبات التي يواجهها الفرد، ورغم أن القلق من الخبرات الإنسانية التي تعد جزء من الحياة اليومية للإنسان حيث إن جميع البشر يتعرضون للقلق في سعيهم لتحقيق وجودهم، (مخيمر وأبو عبيد والعبسي، 2015) الى جانب انه يعتبر مصاحب حتمي للنمو، إلا أن القلق المزمن في الطفولة يسبب اضطراب في العادات مثل التبول اللاإرادي، وقضم الأظافر، ومص الإصبع، وفي المراهقة تظهر المخاوف الاجتماعيّة، والخوف من السخرية، أو الرفض أو الخوف على المظهر (غيث، 2006).

ويتعرض الأطفال الذين يعانون من القلق لعدد كبير من المشاكل التي تهدد الصّحة النفسيّة، حيث أنّهم يعانون ضعفاً في إتمام المهام اليومية وتجنب هذه المهام مع عدم القدرة على التفكير في شيء سوى هذه المهام، إلى جانب مشاعر انخفاض قيمة الذات والقبول الاجتماعي، كما أنّهم يصبحوا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، وأكثر عرضة لخطر تعاطي المخدرات في وقت لاحق، كما أنّ الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق العام، من المرجح أن يعانوا أيضاً من اضطرابات مشتركة كاضطراب قلق الانفصال، والرهاب، والقلق الاجتماعي، والاضطرابات السلوكيّة. اندرو(Andrew, 2018) فعندما يصبح القلق غير طبيعي فأنّه يمنع الأطفال من تحقيق نموهم الطبيعي، ويصبح حاجزاً بينهم وبين احتياجاتهم، وبالتّالي لا يمكنهم الاستمتاع بحياتهم. بيستريتسكي واخرون (Bystritsky et al, 2013).

وتؤدي الضـــغوط الحياتيّة التي يتعرض اليها الفرد بمراحله العمريّة المختلفة وبجميع أشـــكالها، مع عدم القدرة على التكيف إلى جانب ضـــعف الوازع الديني إلى حدوث قلق المســـتقبل. (أبو داير، 2017). والذي يعتبر جزءا من القلق العام وينتج عنه عدة أعراض نفسيّة وجسديّة مثل سوء التوافق النفسي مع الذات والآخرين وفقدان الحيوية والطاقة، واللازمات العصبية الحركية كقضم الأظافر، ومص الإبهام (الحربي والقاسم، 2013).

وترتفع نسبة قلق المستقبل مقارنة بأنواع القلق الأخرى بنسبة 2,8% لدى الأطفال في المرحلة العمريّة من 10–14 عاماً. (مجيد، 2012)، ويؤدي قلق المستقبل إلى تشكيل خطر على صحة وتوازن الأفراد، وبالتّالي سلوكهم، وقدراتهم الجسميّة، والعقليّة وإنتاجيتهم وتفاعلهم (مخيمر وأبو عبيد والعبسي، 2015).

ونتيجة لما يختبره الطفل الفلســـطيني بشـــكل يومي من هدم وتدمير وتشـــريد وقتل من الاحتلال الإسرائيلي فقد أدى ذلك إلي الكثير من المشكلات المرتبطة بالصحة النفسية لدى هؤلاء الا طفال (أبو مصطفى، 2009). فالأطفال الفلسطينيين في المناطق الفلسطينية المحتلة يعانون من انتهاك قوات الاحتلال لحقوق الطفل والأسـرة، وانقطاع الغذاء، والماء، والكهرباء، وتدني الرعاية الصـــحيّة الأولية والبطالة، وكذلك يعانون من الترويع نتيجة العمليات العســـكرية والتهديد والاعتقالات والممارسات المذلة للمعتقلين الأطفال، واستخدام الأسلحة غير التقليدية، والفوضى التي تلي ذلك، بالإضافة إلى غياب الأمن المجتمعي (مجيد، 2008).

كما اشارت نتائج العديد من الدّراسات الى الاثار السلبية للحرب على الاطفال مثل دراسة ضمرة (2013) حول اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الاطفال والمراهقين اللاجئين العراقيين في الاردن في ضـــوء بعض المتغيرات الديموغرافية التي اكدت أنّ جميع الاضـــطرابات النفســـيّة لدى الأطفال والناتجة عن الحروب تتركز على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لمظاهر التهديد والنزاعات والحروب بنسبة لا تقل عن 50% من الأطفال والمراهقين؛ كما دلّت دراســـة أبي حســـن وعســـاف (2006) حول أثر الضـــغوط النفســـيّة المترتبة على فعل الاجتياحات العســـكرية الإســـرائيلية لمخيم جنين على أن 25,2% من تلاميذ المدارس يعانون من

الضغوط النفسيّة الصدمية بدرجة شديدة؛ واكدت دراسة مقدادي والمومني (2017) على الارتباط بين آثار الحروب واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وارتفاع نسبة القلق والاكتئاب لدى الأطفال وذلك في دراستهم حول اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللاجئين السوريين في مخيم الزعتري، وبناء على المعاناة التي يختبرها الأطفال الفلسطينيون اللاجئون، وما أكدته الدّراسات السابقة والتي اشارت نتائجها الى أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى هذه الفئة، ونظراً لقلة الدّراسات العربية والفلسطينية التي ركزت على العلاج المعرفي السلوكي القائم على اللعب، فقد ارتأت الباحثة القيام بدراسة لفحص مدى فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي قائم على اللعب في خفض أعراض قلق المستقبل و اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال في فلسطين. إذ يعتبر اللعب العلاجي مدخلاً للتشخيص، وطريقاً لعالم الطفل ووسيلة لعلاجه مما يعانيه من مشكلات ومخاوف، حيث يساعد اللعب الطفل على التعبير عن انفعالاته، والتنفيس عن القلق والتوتر وتفريغ نزعاته العدوانية ورغباته المكبوتة ونقلها من أعماقه إلى سلوك خارجي يعبر عنه باللعب، كما يساعده على إشباع رغباته وحاجاته التي لا يحققها في حياته اليومية، وبالتّالي يقلل من مشاعر الإحباط ويساعد على زيادة تكيفه مع الآخرين (الواوي، 2012).

وتبرز أهميّة العلاج النفسي الجماعي باللعب والذي ظهر في الثلاثين من القرن الماضي في أنّه يتيح فرصة للأطفال للتفاعل الاجتماعي وبالتّالي تنمية المهارات الاجتماعيّة لديهم خاصة وأن المجتمعات الحديثة تعاني من التصدع الأسري وبالتّالي فإنّ العلاج النفسي الجماعي يقوم بتعويض الأطفال عن الجو الأسري، وإشعارهم بالأمن إلى جانب تعديل سلوك الأطفال من خلال عدة أساليب إرشادية، يتبعها المعالج مثل النمذجة ولعب الدور أو عكس الدور (غيث، 2006). ويساعد العلاج الجماعي باللعب لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الافراد على التحرر من الشعور بالذنب، والخوف، والخجل، والشك كما يشعرهم بالأمان، والمشاركة، والترابط، والتعاطف من خلال ما يقدمونه من دعم لبعضهم البعض خلال العلاج الجماعي. (عبد المنعم، 2007). وتعتبر العالمة س (Susan Knell) من قامت بتطوير الأساس النظري، ومفاهيم العلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب

(Cogniteve Behaviour Play Therapy) من خلال دمج أفكار العلاج السلوكي والعلاج المعرفي والعلاج السلوكي المعرفي. كوري وغريفث (Curry & Griffith, 2013).

ويمكن للعلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب (CBPT) التدخل مع الاطفال الذين لديهم مقاومة عالية للعلاجات التقليدية، وبخاصة أولئك الذين تعرضوا للإساءة، أو لديهم إنكار للمشاكل، ويعتبرون أنهم لايعانون من مشاكل وان ما يحدث معهم من مشاكل هي بسبب ابائهم، أو أنّهم قد يكونون غير واعيين أو مدركين لما يحصل لهم من كرب أو قلق، أو يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ويجدون صعوبة بالنطق عند حديثهم عن الصدمة، إذ يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب مناسب للأشخاص الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالنطق لأسباب مختلفة كالتأخر في الناحية التطورية، أو الخرس الانتقائي. دروز (Drewes, 2009).

1.2 مشكلة الدّراسة

من خلال مشاهدات الباحثة الميدانية أثناء عملها كأخصائية نفسيّة في مخيم بلاطة تبلورت لدى الباحثة فكرة اجراء الدراسة الحالية، ونظراً لقلة الدّراسات التي تناولت البرامج العلاجية التي تستهدف فحص مدى فاعلية البرامج العلاجية القائمة على اللعب في خفض قلق المستقبل، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في المجتمع الفلسطيني، فقد ارتأت الباحثة القيام بتطوير برنامج علاجي قائم على العلاج باللعب وفحص مدى فاعليته في خفض ضغوط ما بعد الصدمة وقلق المستقبل لدى اطفال المخيمات الفلسطينيين.

1.3 أسئلة الدراسة

ومن هنا وبشكل محدد فإن الدّراسة تحاول الإجابة عن الأسئلة التّالية:

1. هل هناك فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية، وافراد المجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل، واضطراب ضغوط ما بعد الصمة بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، في متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس قلق المستقبل، ومقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تعزى للبرنامج العلاجي؟

1.4 أهداف الدّراسة

تهدف الدّراسة الحالية إلى:

1- بناء برنامج علاجي قائم على العلاج المعرفي السلوكي باللعب لخفض قلق المستقبل، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والذي يمكن ان يستخدم من قبل الاخصائيين والممارسين في هذا المجال.

2- الكشف عن مدى فاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض قلق المستقبل واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال المصدومين.

1.5 أهمية الدراسة

تكتسب الدّراسة أهميتها من خلال النقاط التّالية:

الأهميّة النظرية:

1- تزود الدراسة الحالية المكتبة النفسية العربية ببرنامج علاجي نفسي يستند الى العلاج السلوكي المعرفي القائم على اللعب، وذلك نظرا لقلة البرامج االعلاجية الجماعية المستندة الى العلاج السلوكي المعرفي القائم على اللعب، وبالتحديد تلك البرنامج التي تستهدف فئة الاطفال اللاجئين.

2- تناول فئة الأطفال في المخيمات والذين يختبرون الكثير من التجارب والخبرات المختلفة والتي تؤثر على نموهم وتطورهم النفسي نتيجة للوضع الاستثنائي الذي يعايشه الفلسطينيين واللاجئين الفلسطينيين بالمخيمات.

الأهميّة التطبيقية:

1- بناء برنامج علاجي سلوكي معرفي باللعب لخفض مشاعر قلق المستقبل واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين، والذي يمكن أن يستخدم من قبل الأخصائيين والممارسين في هذا المجال.

2- اختبار مدى فاعلية برنامج علاجي يستند الى العلاج المعرفي السلوكي القائم على اللعب في خفض قلق المستقبل واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، لدى عيّنة من الأطفال المصدومين.

3- تمكين للأخصائيين النفسيين العاملين مع الأطفال الاستفادة من أدوات الدّراسة لتعزيز ممارساتهم المهنية.

1.6 حدود الدّراسة

تتحدد نتائج الدّراسة بالحدود والمحددات الآتية:

الحدود الموضوعية: تم اختيار عيّنة الدّراسة من الأطفال الذين يعانون من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وقلق المستقبل.

الحدود المكانية: اقتصرت الدّراسة على الأطفال في مخيم بلاطة في مدينة نابلس.

الحدود الزمانية: أجريت الدّراسة خلال الفصل الدّراسي الأول من العام الأكاديمي (2021/2020).

أدوات الدّراسة وخصائصها السيكومترية: تتحدد نتائج الدّراسة بأدواتها وخصائصها السيكومترية.

1.7 المفاهيم الاصطلاحيّة والإجرائيّة للدراسة

وتشتمل الدّراسة الحالية عدداً من المفاهيم التي تحمل التعريفات الاصطلاحيّة والإجرائيّة وهي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وقلق المستقبل، وبرنامج العلاج باللعب والأطفال.

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

في طبعتها الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسيّة (DSM-5) تُعرف الرابطة الأمريكية للطب النفسي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بأنّه "اضطراب نفسي يسبب للفرد ردود فعل غير طبيعية؛ نتيجة التعرض لصدمة شديدة مثل التعرض لاحتمال الموت الفعلي، أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي" (الحمادي، 2014: ص112).

ويعرف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة اجرائيا بانها الدرجة التي يحصل عليها الأطفال على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المستخدم في الدراسة الحالية.

قلق المستقبل:

"حالة انفعالية مضطربة غير سارة، أو شعور مكرر بالتهديد، وعدم الاستقرار وتوتر وفقدان الأمن النفسي نحو المواضيع التي تهدد القيم، وخوف دائم متعلق بالمجهول أو المستقبل، وهذا الخوف غير مبرر من الناحية الموضوعية" (الزواهرة، 2015: ص53). ويعرف قلق المستقبل اجرائيا بانه الدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس قلق المستقبل المستخدم في الداسة الحالية.

برنامج العلاج باللعب:

يعرف برنامج العلاج باللعب بانه "الاستخدام المنظم للنماذج النظرية لإقامة علاقة بينشخصية، حيث يوظف المعالج القدرة العلاجية للعب لمساعدة الطفل على التعامل مع ما يواجهه من تحديات حالية، والوقاية من المشكلات المستقبلية في سبيل تحقيق النمو الطبيعي في كافة المظاهر النمائية" (الزراد والنبا، 2017: ص799). والعلاج المعرفي السلوكي باللعب CBPT" هو علاج يستند للنهج المعرفي السلوكي، وعلم الأمراض النفسيّة ونظريات التطور العاطفي ويستخدم لمساعدة الأطفال على إجراء تغيير نشط، بحيث يكونوا قادرين على معالجة المشاكل التي يواجهونها"، وتعتبر النظرية المعرفية (CT) لأرون بيك هي الإطار الأساسي لهذا النهج. ابو رزق واخرون (Abu Razak et al, 2018, P185).

أما التعريف الإجرائي لبرنامج العلاج باللعب في هذه الدّراسة فهو مجموعة من الجلسات العلاجية المكونة من 15 جلسة بواقع جلستين أسبوعياً، مدة كل جلسة ساعة ونصف، وتتضمن كل جلسة مجموعة من التقنيات العلاجية والتمارين والواجبات البيتية المستندة الى العلاج المعرفي السلوكي باللعب.

الطفل:

مفهوم الطفل في الاصطلاح مبني على المرحلة العمرية الأولى من حياة الانسان والتي تبدأ بالولادة، وقد عبرت آيات القرآن الكريم عن هذه المرحلة لتضع مفهوماً خاصاً لمعنى الطفل، وهو كما جاء في قوله تعالى (ثُم نُخْرجكم طفْلا) إذ تتسم هذه المرحلة المبكرة من عمر الإنسان باعتماده على البيئة المحيطة به كالوالدين والأشقاء بصورة شبه كلية، وتستمر هذه الحالة حتى سن البلوغ (القرطبي، 1964).

وهو " كل انسان لم يتجاوز الثامنة عش، مالم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المطبق عليه" وفق تعريف الجمعية العامة للامم المتحدة (الجمعية العامة للامم المتحدة، 1990).

أما التعريف الإجرائي فهو الطفل المشارك في برنامج العلاج باللعب في الفئة العمريّة من 12-14 عاما.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدّراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدّراسات السابقة

2.1 تمهيد

يتناول هذا الفصل الإطار النظري والدّراسات السابقة حيث يشتمل على الأطفال في فلسطين، والقلق، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والعلاج المعرفي السلوكي باللعب، وتم تناول هذه الموضوعات من عدة جوانب، وبعدها تم عرض الدّراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدّراسة.

2.2 الإطار النظري للدراسة

الأطفال في فلسطين:

في الوضع الفلسطيني هناك خصوصية بما يتعلق بموضوع الأطفال فعلى الرغم من مصادقة الاحتلال الإسرائيلي على اتفاقية حقوق الطفل التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1989، إلا أن حجم المعاناة ووتيرة القمع ارتفعت منذ الاحتلال الإسرائيلي للأراضي الفلسطينية عام 1967 حتى الآن ضد فئات الشعب الفلسطيني المختلفة وخاصة الأطفال، إذ عانى الأطفال الفلسطينيون على أيدي قوات جيش الاحتلال والمستوطنين من التمييز، والقهر، والأذى إلى جانب استشهاد المئات منهم ووجود عشرات الآلاف من المعتقلين والجرحى من الأطفال. كما أنّهم يتعرضون لفقد أحد والديهم، أو أقاربهم، أو أصدقائهم ويخوضون صراعاً مع ذاتهم، ومع ما يهدد حياتهم وحياة أهاليهم؛ نتيجة الأحداث الأمنية والسياسية، مما يعرضهم لضغوط نفسيّة كبيرة، نتيجة الاعتداءات المتكررة. دنديس (2010)، وأسهمت التغطية الإعلامية الإسرائيلية بشكل رئيسي، وبمساعدة أجهزة الكيان في خلق واستمرار الإجماع ضمن المجتمع الإسرائيلي فيما يتعلق بحتمية قتل الأطفال الفلسطينيين على يد الجيش الإسرائيلي خلال مسار احتلاله للضفة والغربية وغزة (شبلي، وتقي الدين، 2016).

إن الأطفال الذين يختبرون العنف السياسي يصبحون أكثر عرضة لتطوير سلوكيات عنيفة قد تؤدي بهم إلى جنوح الأحداث، وإظهار العدوان، وإعطاء شرعية للعنف، حيث أظهرت دراسات سابقة في

الضفة الغربية الارتباط الوثيق بين العنف بالمدارس وبين الأوضاع السياسية، والمحلية والمجتمعية، فالعنف يؤثر بشكل كبير على تطور ونمو الأطفال وقد يؤدي إلى ردة فعل متعلقة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسيّة، كالتسرب المدرسي، والمشاكل السلوكيّة، والجنوح، ونقص الشعور بالأمن، وتفكك البناء الاجتماعي. القريناوي (AL-Krenawi, 2010). ويرتبط تجنب الطفل للأنشطة مع أقرأنّه، والابتعاد عن الأنشطة المدرسية، والأداء الضعيف للغاية، وعدم تحقيق المهام التنموية اللازمة لعمره وذلك لمستوى القلق العالي والمستمر لديه. ماش وبراكلي (Mash & Baekley, 2003).

يتعرض الشعب الفلسطيني لواحدة من أوسع التجارب وأكثرها ألماً ومرارة، وفرض هذا الواقع نفسه على الأطفال الفلسطينيين فلا يمكن إنكار وتجاهل ما يقوم به الاحتلال الإسرائيلي من إمعان في تركيع الأطفال لكسر إرادة الكبار، واستهداف مستقبلهم من خلال تعريضهم لصدمات شديدة وهزات عنيفة من خلال السجون والمعتقلات، أو الملاحقة والتشريد، والقتل مما يولد في نفوس أبناء الشعب الفلسطيني مشاعر الخوف من مستقبل نتيجة لما يتعرض له من عوامل الاضطهاد والقهر، والذي أدى إلى الشعور بشكل دائم بالإحباط تجاه المجهول الذي يتربص بطموحهم وأحلامهم، ومن جانب آخر تأثر الأطفال الفلسطينيين بالتفاعلات السلبية للبيئة النضالية والثقافية والاجتماعي، إذ أدت إلى إقصائهم عن طفولتهم، وحل الشؤم، واليأس والخوف من المستقبل محل الضحك، والانطلاق، واللعب (بدوي، 2015).

لقد اختبر نحو 10,000 طفل فلسطيني التوقيف والاعتقال على يد قوات الاحتلال الإسرائيلي في الانتفاضتين الأولى، والثانية حيث بات الأطفال هدفا لقوات الاحتلال (مجلة الدّراسات الفلسطينية، 2014) كما أنّ منهجية قتل الأطفال الفلسطينيين قد بدأت فعليا في سنة 2000 مع بدء الانتفاضة الثانية، وخلال عدوان الاحتلال الاسرائيلي على قطاع غزة في تموز/يوليو 2014 استشهد أكثر من 2000 فلسطيني ثلثهم من الأطفال (شبلي وتقي الدين، 2016).

إن تعرض الاطفال للعنف الجماعي، أو الفردي يؤثر بشكل دال على صحتهم النفسيّة كما أنّ التعرض للعنف السياسي يؤدي إلى ظهور أعراض نفسيّة، وظهور العنف في المدرسة والبيت، كما يفقدهم هذا التعرض للأحداث العنيفة المتعددة الشعور بالأمان والتفكير بأن آباءهم عاجزون

عن حمايتهم، وتظهر الانحرافات السلوكيّة كالجريمة في المرحلة العمريّة في سن 12–14، والتي تكون نتيجة عدم الاستقرار في العلاقات الأسريّة، أو العيش مع أحد الوالدين فقط، أو الطفولة المعنفة، وتزيد العوامل السياسية والأمنية والاقتصادية والاجتماعيّة غير المستقرة –كما هو الوضع في فلسطين– من تحديات هذه المرحلة، فالطفل الفلسطيني يقع بين تقلبات مراحل النمو الطبيعية، وبين تعرضه للاعتقال، والتعذيب، والقمع مما يؤثر على خصائص شخصيته وصحته النفسيّة (العيسى وقاسم 2016).

وتتأثر صحة الفلسطينيين بشكل مباشر نتيجة التعرض للعنف، حيث أظهر تقرير لمنظمة الصّحة العالمية للعام 2018، حول الأحوال الصحيّة في الأراضي الفلسطينية المحتلة وجود آثار طويلة الأمد للاحتلال الإسرائيلي العسكري المستمر في قطاع غزة، فقد أصيب نحو 900 شخص ثلثهم من الأطفال بالعجز الدائم، وخضع 100 منهم لبتر الأعضاء في عام 2014، واستشهد 77 فلسطيني وأصيب 8359 فلسطيني في عام 2017؛ نتيجة المواجهات مع قوات الاحتلال والمستوطنين الإسرائيليين (منظمة الصّحة العالمية، 2018).

كما تم شمل المشكلة الفلسطينية في دراسات الشرق الأوسط عن انتشار كرب ما بعد الصدمة عند الأطفال باعتبارها من أكثر المناطق في العالم عرضة للحروب والنزاعات، وأظهرت دراسة هدفت لفحص مدى انتشار كرب ما بعد الصدمة، وتشتت الانتباه وزيادة الحركة، لعيّنة من الأطفال بلغت (350) طفلاً من الضفة وغزة في الفئة العمرية (6–13)، وتبين أن الأطفال في غزة والضفة قد تعرضوا لمستوى مرتفع من الصدمة النفسيّة، وكانت هناك علاقة بين الصدمات النفسيّة، وكرب ما بعد الصدمة الذي بلغ 34% في الضفة الغربية، 39% في غزة؛ في دراسة هدفت لقياس مدى انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة على عيّنة من 1000 طفل فلسطيني في الضفة الغربية أعمارهم بين 6–12 عاما، تبين أن 34,1% من الأطفال قد طوروا كرب ما بعد الصدمة وكانت نسبة الانتشار أكثر لدى الاطفال الذكور، كما كانت اكثر انتشارا في المخيمات مقارنة بالمدن والقرى (ثابت، 2018).

كما اظهرت نتائج دراسة مؤسسة أطباء بلا حدود كون (Cone, 2015) حول حدود المساعدات الانسانية في الاراضي المحتلة، أن غالبية الأطفال الذين شهدوا عملية هدم بيوتهم يتعرضون لعدة أحداث صادمة في آن واحد أو أحداث صادمة متعاقبة بدون تدخل طويل الأمد، كما أنّهم يعانون من صعوبات في التأقلم مع الأوضاع الجديدة إلى جانب صعوبات نفسيّة تمثلت بالعدوانية والعنف وضعف التحصيل ومشاكل التركيز.

وفي دراسة (المركز الفلسطيني للإرشاد، ومركز القدس للمساعدة القانونية وحقوق الإنسان، 2016) بعنوان اعتداءات الاحتلال وتأثيرها على ظاهرة العنف داخل الاسرة والمجتمع الفلسطيني والتي تمت في عام 2016 في مدينة القدس، اشارت نتائج تلك الدراسة الى أن الأطفال المعرضين للعنف المتعلق بالحرب، والظروف السياسية الصعبة عادة ما يواجهون شعوراً بالتهديد المستمر لحياتهم ولشعورهم بالأمان، واختلال في أدائهم اليومي، وبالتّالي لا يستجيبون لطلبات الكبار، ويخربون الممتلكات الخاصة ويخوضون قتالات أكثر من غيرهم من الأطفال كوسيلة للتعبير عن القلق، وتظهر عليهم علامات التشتت، وعدم التركيز، والحركة الزائدة، والعنف تجاه الآخرين وتدني في المستوى الأكاديمي، وأن الأطفال الذين يتعرضون لتجربة الاعتقال غالباً ما يطورون أعراض اضطراب ما بعد الصدمة كونهم يعيشون تحت ضغط مستمر.

وعلى الرغم من تكريس الوكالات والمنظمات الدولية في الأراضي الفلسطينية المحتلة الكثير من الجهود لتأمين مناطق خاصة لضمان سلامة الأطفال ضمن مفهوم (الحيز الصديق للطفل) فإن أي حيز للمدنيين للفلسطينيين يمكن أن يكون عرضة لاجتياح الجيش الإسرائيلي مع إفلاتها من العقوبة في أي وقت، ويدرك الأطفال الفلسطينيين أنفسهم بصورة جيدة من حيث ضعفهم وامكانية تعرضهم للعنف الإسرائيلي، كما اوضح مركز دراسات اللاجئين في دراسة حملت عنوان خلاصة سياسة الهجرة القسرية / حماية اطفال فلسطين من العنف السياسي، حيث تركزت اجابة الاطفال من عمر (10-11) عاما من مخيمات مدينة نابلس عند سؤالهم حول الأماكن التي تمثل لهم مواطن الحماية والشعور بالأمان في حال حدوث توغلات من جيش الاحتلال الإسرائيلي بأنّه لا يوجد مكان آمن يؤويهم؛ لأن الجنود منتشرون في كل مكان حتى داخل منازلهم (هارت وولفورت، 2010).

وتتحمل الأرض الفلسطينية المحتلة عبئاً من أكبر أعباء الاضطرابات النفسيّة في إقليم شرق المتوسط، حيث تضررت الصّحة النفسيّة للسكان، وهناك 312000 طفل فلسطيني بحاجة للدعم النفسي في عام 2018 معظمهم من قطاع غزة، ونحو 54% من الاطفال الفلسطينيين الذكور، و47% من الاناث الفلسطينيات من الأعمار 6–12 عام، يعانون من اضطرابات سلوكية (منظمة الصّحة العالمية، 2018).

لقد أكدت المؤسسات الدولية التابعة للأمم المتحدة والمسؤولة عن رعاية الأطفال في فلسطين، أن الضغط النفسي الذي يتعرض له الأطفال الفلسطينيون خطيرا، نتيجة العمليات الحربية التي يقوم بها جيش الاحتلال الإسرائيلي، وأن أعدادا كبيرة منهم أصبحوا بحاجة لعلاج نفسي طويل الأمد، والتي يمكن التقليل من آثاره السلبية، إذا قام الأهل بالاهتمام بالجانب النفسي للطفل وعملوا على معالجته في الأوقات العصيبة (مجيد، 2008).

اضطراب القلق:

يُعرف القلق لغوياً:

بأنّه "بمعنى تعب، اضطرب نقول قلق قلقاً فهو قلق، وأقلقه الهم وغيّره وأزعجه" أبو فضة (2013 :21)، والقلق "من قلق، وقلق قلقلاً في مكان واحد أو لم يستقر على حال، واضطرب وانزعج فهو قلق، والقلق: حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، والمقلاق: شديد القلق ويقال رجل مقلاق وامرأة مقلاقة" (البطنيجي، 2015: ص30).

ويعرف القلق اصطلاحاً بانه "شعور عام غامض غير سار بالتوجس، والخوف، والتحفز، والتوتر مصحوب عادةً ببعض الإحساسات الجسميّة خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو السحبة في الصدر، أو ضيق التنفس، أو الشعور بنبضات القلب، أو الصداع، أو كثرة الحركة ...الخ" (عكاشة، 2003:134).

أنواع القلق والمحكات التشخيصية وفق معايير الدليل التشخيصي، والإحصائي للاضطرابات العقليّة الخامس DSM-5. (الحمادي، 2014: ص91-97)

1) اضطراب قلق الانفصال: خوف مفرط، أو قلق يتعلق بالانفصال عن الأشخاص الذين يتعلق بهم، أو البيت ولا يكون هذ القلق مناسبا تطورياً، ويستمر لمدة 4 أسابيع على الأقل عند الأطفال والمراهقين، وستة أشهر أو أكثر عند البالغين، ويظهر من خلال ثلاثة أو أكثر مما يلي:

- خوف مستمر ومفرط يتعلق بفقدان أو بحدوث أذى محتمل كالمرض أو الموت للأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة.
- رفض الذهاب إلى الخارج كالمدرسة، أو العمل، أو أي مكان.
- انزعاج مفرط ومتكرر عند توقع أو حدوث انفصال عن البيت، أو الأشخاص الذين يتعلق به.
- شكاوى متكررة من أعراض جسديّة عند الانفصال، أو حين يتوقع الانفصال عن شخص شديد التعلق به مثل آلام المعدة أو الصداع.
- كوابيس متكررة حول موضوع الانفصال.
- رفض أو ممانعة مستمرة تتعلق بالنوم بعيداً عن البيت دون مقربة ن الشخص الذي يتعلق به بشدة.
- خوف مستمر ومفرط بأن حادثاً مشؤوماً سيسبب الانفصال عن الشخص شديد التعلق به مثل المرض أو الضياع.
- خوف مستمر ومفرط أو الرفض بأن يكون وحيداً في المنزل، أو الأماكن الأخرى بدون وجود الشخص الذي يتعلق به بشدة.

2) الصمت الانتقائي: وهو العجز عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة مثل المدرسة رغم الكلام في مواقف أخرى، وتكون مدة الاضطراب شهر على الأقل (ولا يقتصر على الشهر الأول في

المدرسة)، ولا يكون ناجماً عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة، ويتداخل هذا الاضطراب في التواصل الاجتماعي والإنجازات المهنية التعليمية.

3) الرهاب النوعي: قلق، وخوف ملحوظ من شيء، أو موقف محدد مثل الحيوانات، أو المرتفعات، أو رؤية الدم، ويكون القلق والخوف مستمراً ويدوم لمدة ستة أشهر، أو أكثر وقد يعبر عنه الأطفال من خلال البكاء، والتشبث والتجمد ونوبات الغضب، ويحرض التعرض للموقف الرهابي أو الشيء قلقاً وخوفاً مباشراً، ويكون فيه تجنب للشيء، أو الموقف الرهابي أو يتم تحمله مع خوف، وقلق شديد، ولا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الموقف الرهابي، ولا للسياق الثقافي والاجتماعي.

4) اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي): قلق وخوف حول موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعيّة التي تتضمن تفاعل اجتماعي (محادثة) أو الأداء أمام الآخرين (إلقاء كلمة) أو أن يكون مراقباً (الأكل)، ويدوم لمدة 6 أشهر أو أكثر ويتم فيه تجنب المواقف الاجتماعيّة أو قد يتم احتمالها مع خوف شديد وقلق، كما أنّ التعرض للمواقف الاجتماعيّة تثير الخوف الشديد والقلق بشكل دائم تقريباً، ولا يقارن الخوف الشديد والقلق بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي وللسياق الثقافي والاجتماعي. وقد يعبر عنه الأطفال من خلال الفشل في التكلم في المواقف الاجتماعيّة أو ثورات الغضب أو البكاء أو الانكماش والانسحاب أو التجمد، ويجب أن يحدث القلق عند الطفل ليس فقط مع البالغين لكن أيضاً مع مواقف التجمع مع أقرأنّه.

5) اضطراب الهلع: نوبات متكررة وغير متوقعة من الهلع، وهو اندفاع مفاجئ للانزعاج أو الخوف الشديد يصل إلى الذروة في غضون دقائق، يحصل فيها أربعة أعراض أو أكثر من الأعراض التّالية:

1. تزايد سرعة، وشدة دقات القلب.
2. رجفة، وارتعاش.
3. إحساس بالاختناق.
4. ألم بالصدر.
5. التعرق.
6. الغثيان.

7. الدوار والإغماء.التنميل والوخز. 8. الشعور بالغصص.

9. تبدد الواقع أو تبدد الشخصيّة. 10. الخوف من الجنون وفقدان السيطرة.

11. الموت.

12. إحساس بالحرارة أو قشعريرة ويمكن أن تحدث نوبة الهلع، أو الاندفاع المفاجئ من حالة قلق أو حالة هدوء، خلال شهر او اكثر لاحد او كلا ما يلي:

- تغير كبير لسوء سلوك التكيف له علاقة بنوبات الهلع مثل السلوكيات التي تهدف إلى تجنب حصول نوبة هلع.
- خوف أو قلق مستمر حول هجمات هلع إضافية، أو عواقبها مثل الشعور بأن يصبح مجنونا، أو الشعور بفقدان السيطرة.

6) رهاب الساح: قلق وخوف ملحوظ حول حالتين أو أكثر من خمس حالات تالية:

1. التواجد لوحده خارج المنزل.
2. التواجد في حشد من الناس.
3. التواجد في ساحات مفتوحة مثل الأسواق.
4. أو الأماكن المغلقة مثل المحلات التجارية.
5. واستخدام وسائل النقل العامة مثل السيارات، ويستمر لمدة 6 أشهر أو أكثر، كما أنّ حالات الساح الرهابية تثير الخوف والقلق بشكل دائم تقريباً، ويتم تجنب المواقف التي تثير الرهاب وتتطلب وجود رفقة، أو يتم احتمالها مع خوف شديد، وقلق ولا يقارن الخوف أو القلق بالخطر الفعلي الذي يمثله الموقف الرهابي للسياق الثقافي والاجتماعي.

7) اضطراب القلق المعمم: قلق زائد وتوقع توجسي وانشغال حول عدد من الأنشطة أو الأحداث، ويجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال ويستمر لمدة ستة شهور على الأقل، ويصاحب هذا القلق ثلاثة أعراض أو أكثر من الستة أعراض التّالية:

1. التوتر العضلي.
2. والاستثارة.
3. فراغ العقل وصعوبة التركيز.
4. سهولة التعب.
5. اضطراب النوم.
6. والشعور بالتقييد والتململ (الحمادي، 2014).

قلق المستقبل

ظهر المصطلح منذ منتصف القرن الماضي، ويعتبر شكلا من أشكال القلق مثل قلق الانفصال، والموت والقلق الاجتماعي، والذي له بعد مستقبلي محدود وقاصر على فترات زمنية محددة – دقائق، أو ساعات – حيث إنّ القلق العام يعني شعوراً عاماً بالتهديد والخوف لكن القلق المستقبلي يعني حالة من الانشغال والخوف وعدم الراحة بشأن التمثيل المعرفي الأكثر بعداً، وهو غير محدد بعدد الدقائق أو الساعات أو الأيام (أبو داير، 2017).

ولأن العصر الحالي يخلق توتراً خطيراً بسبب المطالب المتعددة له فقد أطلق توفلر (Toffler) مصطلح صدمة المستقبل على هذا العصر، وقلق المستقبل هو أحد أنظمة القلق التي ظهرت حديثا، وهو نوع من أنواع القلق المرتبط بتوقع الفرد للأحداث المستقبلية خلال فترة زمنية أكبر، واستنتج توفلر أن أناسا كثيرين يعانون من صدمة المستقبل، كما يعرف أيضا بأنّه" اضطراب نفسي ناتج عن حالة خوف من المستقبل لاسباب ظاهرة او مجهولة تجعل من صاحبها في حالة من التوتر او السلبية او العجز تجاه المواقع وتحديداته على المستويين الفردي والجماعي" (المصري، 2011 :35).

وبالنسبة لقلق المستقبل فإن هناك مسببات شخصية واجتماعية تؤدي إلى حصوله ومن الأسباب الشخصيّة: عدم توفر المعلومات الكافية لبناء الأفكار والتنبؤ بالمستقبل، وانعدام القدرة على الفصل بين الواقع وبين التطلعات والأماني، وعدم قدرة الفرد على التكيف مع المشكلة التي يعاني منها، وخبراته المتراكمة وتوجهاته والاستعداد الشخصي للتفاعل مع الخوف، وعزو الفشل إلى العوامل الخارجية ومن الأسباب الاجتماعيّة: عدم قيام الوالدين أو من يقوم مقامهما برعاية الأطفال، ومساعدتهم على حل مشاكلهم إلى جانب مشاكل الأسرة وتفككها، والشعور بعدم الانتماء لها أو للمجتمع، والشعور بالضياع وانعدام الأمان.

أما عن تأثيرات قلق المستقبل السلبية على الأطفال فتتمثل هذه التأثيرات بالآتي:

1- الاعتمادية والعجز واستخدام العلاقات الاجتماعيّة لضمان أمان المستقبل إلى جانب اللاعقلانية.

2- عدم الوثوق بالكفاءة الشخصيّة، واللجوء لاستخدام الإكراه والإجبار في التعامل مع الآخرين، واللجوء لميكانيزمات الدفاع (الإسقاط، النكوص، الكبت، التبرير).

3- عدم الاهتمام بالقيام بمهام غير مضمونة النتائج، والقيام بنشاطات وقائية ليحمي الطفل نفسه، والتقوقع بإطار روتيني، وتوقع وانتظار الكوارث والسلبيات كلما بدأ في مواقف جديدة.

4- اختلال الثقة بالنفس وتدمير نفسيّة الطفل، وظهور اضطرابات متعددة الأشكال، وفقدان التماسك المعنوي وبالتّالي التعرض للانهيار البدني والعقلي بالاستناد إلى أن الإنسان لا يحيا إلا بتطلعه للمستقبل (أبو فضة، 2013).

النظريات المفسرة للقلق

تعتبر النظرية الفسيولوجية للقلق النفسي أن القلق النفسي وراثي، وله أصل بيولوجيا وآثاراً فسيولوجية عند الفرد، وترافقه اضطرابات حيوية وكيميائية كما أنّ هناك منطقة معيّنة في المخ ترتبط بالقلق النفسي، إضافة إلى ارتباطه بعمل ونشاط النصفين الكرويين في المخ، وتنشأ أعراض القلق في الجهاز العصبي اللاإرادي، السمبثاوي، والباراسمبثاوي ونتيجة لتنبيه الجهاز السمبثاوي ترتفع نسبة النورادرينالين، والأدرينالين مما يؤدي إلى شحوب الجلد، وتجحظ العينان ويجف الحلق ويصبح التنفس عميقاً، ويزداد إفراز العرق وتزيد ضربات القلب، ويرتفع ضغط الدم وتزيد نسبة السكر بالدم (البطنيجي، 2015).

أما فرويد فيفسر القلق بأنّه شعور غامض بالخوف والتوتر، يصاحبه بعض الأعراض الجسميّة ويكون ردة فعل لخطر أو حالة معيّنة وهو ناتج عن الصراع بين عناصر الشخصيّة الهو والأنا، والأنا الأعلى. (مخيمر وأبو عبيد والعبسي، 2015) ويتكون من ثلاثة أنواع:

1- الموضوعي أو الواقعي والذي يرتبط بالأنا الواعية للأحداث المحيطة، وهو قريب من مفهوم الخوف والذي يكون فيه مصدر حقيقي وخارجي للقلق.

2- والقلق العصابي (المرضي) وهو مرتبط بالهو والدوافع الغريزية واللاشعور ويتكون من ثلاثة صور وهي: القلق العام، وهنا يشعر الفرد بالخوف غير المحدد الغامض. والفوبيا وهي مرتبطة بالخوف الشديد غير العقلاني من أشياء أو موضوعات لا تثير الخوف بشكل شديد ويكون الفرد على دراية بذلك، لكنه لا يتمكن من التعامل معها بشكل واقعي، والقلق الذي يظهر بصورة تهديد ويكون مرافق لأعراض المرض النفسي حيث يحدث خلل وظيفي في أحد أجهزة الجسم للتعبير عن الألم النفسي مثل الشلل الهستيري ويكون الفرد في حالة الشعور بالتهديد لأنّه خائف من حدوث هذه الأعراض.

3- والقلق الأخلاقي وهو مرتبط بالأنا الأعلى حيث الذي يهدد الأنا بالعقاب الذي يكون من خلال الشعور بالإثم والخجل في حالة قيامها بفعل والتفكير بفكرة معارضة لمعايير الوالدين.

أما (ادلر) فأنّه يرى أن عدم شعور الإنسان بالأمان في طفولته الأولى الناتج من شعوره بالقصور والنقص إلى جانب نوع التربية في الأسرة وبالتّالي ينشأ القلق ويحاول التعويض عنه. وترى (هورني) أن القلق يعود إلى ثلاثة عناصر وهي: الشعور بالعزلة، والعجز، والعداوة نتيجة عدم وجود الدفء والعاطفة، وبالتّالي شعور الطفل بأنّه منبوذ، وضعيف في عالم عدواني وهو من أهم مصادر القلق، وأيضاً نتيجة للمعاملة داخل الجو الأسري الذي قد يكون عدائي ولا يحترم الطفل ويمتاز بالسيطرة المباشرة وغير المباشرة، كما أنّه يتشكل نتيجة للبيئة التي تحتوي المتناقضات والتعقيدات والحرمان والإحباط وهذا كله يشعر الطفل أنّه لا يملك القوة لمواجهة العالم العنيف الذي لا يرحم (غيث، 2006).

وتفسر نظرية الجشطالت القلق من خلال مضامين ثلاثة:

1- المضمون السيكولوجي والذي يفترض وجود صراع بين رغبة الفرد بالتواصل مع البيئة المحيطة لإشباع حاجاته وبين امتناعه عن التواصل بشكل اشتراطي وواعي لأسباب اجتماعية.

2- المضمون الفسيولوجي والذي يظهر من خلال ضيق التنفس ونقص الأكسجين ويعرف بمعادلات القلق.

3- والمضمون المعرفي الذي يجعل الفرد يفكر بالعواقب المترتبة على أفعاله ويتصور المستقبل الذي لايزال مجهولا .

أما القلق وفق نظرية النسق النفسي للعالم (سبيلبيرجر) فإنّه يتكون من مفهومين الأول القلق كحالة وهو حالة انفعالية توجد في لحظة زمنية محددة ومعيّنة، وعند مستوى شدة معين، ينشط ويتنبه فيها الجهاز العصبي الذاتي، وتتميز بمشاعر ذاتية تتضمن الانزعاج والتوتر والعصبية، والمفهوم الثاني سمة القلق وهي تشير إلى استعداد ثابت نسبياً لدى الفرد، وتعني الفروق بين الناس في إدراكهم للمواقف العصيبة على أنّها تشكل لهم تهديداً وخطراً، واستجابتهم للمواقف التي ترفع في شدة إرجاع حالة القلق لديهم المصري (2011). واعتبر (سبيلبيرجر) أن هناك تشابها بين الطاقة الحركية والطاقة الكامنة وبين القلق كحالة، والقلق كسمة، فالقلق كحالة تشبه الطاقة الحركية التي تحدث في مستوى

محدد من الشدة وفي زمن معين، والقلق كسمة تشبه الطاقة الكامنة، وينطلق القلق إذا تواجدت القوة الكافية لذلك (أبو فضة، 2013).

ويعتبر السلوكيون القلق والخوف استجابة انفعالية واحدة وهي متعلمة، أو مكتسبة من خلال المثيرات التي تحيط بالخبرة الشخصيّة، ومن خلال النمذجة وملاحظة الآخرين، فإذا حصلت الاستجابة من خلال مثير يثير استجابة فإن هذه الاستجابة تعتبر خوفا، أما إذا حصلت الاستجابة من خلال مثير لا يثير استجابة فإن هذه الاستجابة تعتبر قلقا، وكما تؤكد النظرية السلوكيّة على إمكانية التخلص من القلق، والخوف كونهما متعلمان.

وترى النظرية الإنسانية أن القلق يحصل نتيجة شيء يعيق أو يهدد إشباع الحاجات النفسيّة الأساسية مثل الحاجة للحب، والأمن، والتقدير أو نتيجة وجود شيء يقوم بتهديد مفهوم الذات، والقلق هو الخوف من المستقبل (القلق الوجودي) متعلق بخوف الإنسان على حياته ووجوده في العالم وتوقع الموت فجأة هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان، علما أن الموت هو نفسه ما يعطي الحياة معنى (غيث، 2006).

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

يعرف المعجم النفسي الطبي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بأنّه" ينجم عن مجموعة حوادث شديدة الوطأة على النفس، مثل: حادث مروع، أو حرب، أو كارثة طبيعية" وتتمثل الأعراض بارتجاع ذهني للصدمة والصور، وأفكار الشؤم المرتبطة بها، وخدر مفرط وخدر النفس مصحوب بانخفاض الشعور بالعالم المحيط، ومعاودة ظهور الأحداث السيئة في الأحلام، وتشخص الحالة إذا استمرت مدة شهر على الأقل (جاسم، 2013: ص616).

ويعرف عكاشة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة "بأنّه يظهر كرد فعل متأخرة أو ممتدة زمنياً لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل التهديد أو الكارثة الاستثنائية وينتظر منه أن يحدث ضيقاً عاماً لأي شخص، على سبيل المثال: كارثة طبيعية، أو اعتقال، أو تعذيب بفعل الإنسان حرب حادثة شديدة مشاهدة موت آخرين موتا عنيفا". عكاشة (190:2003) .وهو "استجابة الخوف الشديد والشعور

بالعجز المرتبط بإعادة التخيلات والأفكار والإدراك لنتائج الأحداث التي تضمنت أذى حقيقي مهدداً للذات أو للآخرين، ويتم التعبير عنها من خلال الأحلام، والتجنب بشكل دائم للمثيرات المرتبطة بالحدث كالأماكن، أو الأفراد والأنشطة، مع الشعور بقلة الحظ في المستقبل" وفق تعريف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسيّة DSM-IV (العطية، 2008: ص42).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للرابطة الأمريكية للطب النفسي DSM-5 فيعرف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بأنّه "التعرض لأنواع من الأحداث المؤلمة الفعلية أو المهددة الجسديّة والجنسية، الاعتداء أو الإساءة أو الإصابة، أو مشاهدة العنف الشديد، أو الموت، أو معرفة حدوث ذلك لأحد أفراد العائلة، أو الأصدقاء المقربين، أو التعرض المتكرر أو الشديد لتفاصيل الأحداث الصادمة". غوادشتاين وديفرس (Goldstein & Devries, 2017:295).

علماً أن من التعديلات التي مر بها اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في الدليل التشخيصي والإحصائي للرابطة الأمريكية للطب النفسي DSM بأنّه تم الاعتراف لأول مرة باضطراب ما بعد الصدمة في الصورة الثالثة من الدليل التشخيصي الإحصائي للطب النفسي (DSM-III,1980)، وفي الصورة المنقحة للمرجع نفسه في بداية الثمانينات من القرن الماضي، على الرغم من وجود أفكار سابقة حوله مثل صدمة القنابل والصدمة العصبية، وتم تعريفه بأنّه "أي حادثة خارجة عن خبرة الفرد المعتاد عليها وتسبب له الاسى (الكرب والحزن) وتكون استجابته لها مصحوبة بالخوف الشديد والشعور بالضعف والعجز" وتم إضافة فارق بسيط بين ما اصطلح عليه باضطراب الضغط الحاد (Acute Stress Disorder) واضطراب ما بعد ضغط الصدمة (PTSD) في الصورة الرابعة من الدليل التشخيصي الإحصائي للطب النفسي (DSM-IV, 199) (أبو حسن، وعساف، 71:2006).

واعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للرابطة الأمريكية للطب النفسي أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هو فئة من فئات اضطراب القلق ويحصل مباشرة وأحياناً ليس قبل مرور 3 أشهر أو أكثر بعد تعرض الفرد لحدث غير عادي، وضاغط من الناحية الجسديّة أو النفسيّة، وهذا الحدث

يتضمن أذى حقيقي، أو موت، أو تهديد للتكامل الجسمي للفرد أو أشخاص آخرين، ويكون هناك شعور بالعجز، أو الرعب، أو الخوف الشديد إلى جانب ردة الفعل الفورية (عبد المنعم، 2007).

وقد مر اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بالعديد من المصطلحات والمسميات المختلفة حتى استقر في الصورة الأخيرة من التصنيفات الطبية على اصطلاح اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder-PTSD) حيث ارتبط بالبدء بالحرب الفيتنامية، إذ لوحظ على الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام في السبعينات من القرن العشرين أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد تسعة أشهر إلى ثلاثين شهراً، من إنهائهم الخدمة العسكرية، واصطلح على تسميته الحالات الصادمة ما بعد فيتنام.غولدشتاين وديفرس (Goldstein & Devries, 2017).

ولاحقاً تم التنبه إلى أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يحدث نتيجة للاستجابات لأنماط من الضغوط الحادة غير الحرب مثل التعرض لكوارث بيئية وطبيعية، وحوادث الطائرات والقطارات ولحادثة خطيرة، أو جرح بليغ، أو رؤية شخص يتألم، أو يموت وبالتّالي أصبح الاضطراب معترفاً به في التصانيف الطبية حيث تم تعريفه بأنّه "أي حادثة تكون خارج استجابة مدى الخبرة المعتادة للفرد وتسبب له الكرب النفسي (Distress) وتتصف استجابة الضحية بالخوف الشديد والرعب والشعور بالعجز" وذلك في النسخة المنقحة من الدليل التشخيصي الثالث (DSM-III-TR, 2004). (دنديس، 15:2010). وفي الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 تم إقصاء شرط أن التعرض لصدمة يجب أن يكون مصحوباً برد فعل من الخوف، أو العجز، أو الرعب إذ أظهرت الأبحاث أن جميع الأفراد – تقريباً – الذين يستوفون معايير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يتذكرون المعاناة من ضائقة شديدة حول الصدمة. غولدشتاين وديفرس (Goldstein & Devries, 2017).

وتتشابه خصائص التصنيف العالمي للأمراض لمنظمة الصّحة العالمية ICD-10 مع خصائص تصنيف الدليل التشخيصي الأمريكي للأمراض العقليّة الرابع DSM-IV إذ يتضمن الأحداث التي تشكل تهديداً للحياة، إلا أن هناك اختلافا كليا في التشخيص بين التصنيفين فيما يتعلق بالاضطرابات إذ يقدم DSM-IV إرشادات تقنية وقواعد لاتباعها، في حين يتطلب ICD-10 من المختص أن

يكون على دراية تامة بالأعراض النفسيّة، وكلا التصنيفين يعطي تشخيصاً واحداً يؤدي إلى الاضطراب النفسي، وهناك موقف خاص بالنسبة للخذلان الشعوري الذي يعد من اضطراب كرب ما بعد الصدمة النفسيّة مع عدم وجود ضرورة للتشخيص ويعد ايضاً من الاضطرابات التكيفية (ثابت، 2018).

وكما هو معلوم فإن استجابات الأشخاص لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تختلف فيما بينهم، فقد لا يطور بعض الأشخاص أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، كما قد تظهر على بعضهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة بعد عدة أسابيع أو بعد عدة أشهر من الحدث الصادم، ومنهم من تظهر الأعراض لديهم بعد عدة سنوات، ويتصف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بأنّه حاد عندما تكون المدة الزمنية لأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أقل من 3 شهور، وإذا دامت الأعراض ثلاثة أشهر أو أكثر فان أعراض ضغوط ما بعد الصدمة يكون مزمنا، أما إذا مرت على الأقل 6 شهور ما بين الحدث الصادم، وبداية الأعراض فإن أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يكون مؤجلاً (غديري، 2013).

أنواع الصدمة:

- النوع الأول: الأحداث الصادمة الوحيدة غير المتكررة: تشير إلى حدوث حادث صادم واحد ينطبق عليه صفات الحادث الصادم الخطير، والسريع، وغير المتوقع ويفوق قدرة الشخص الجسديّة والنفسيّة ويترك في ذاكرته ندباً داخلية قد تلازمه طول حياته، وتبقى ذكريات الحدث فترة طويلة ويتم استرجاع صور وذكريات الحدث الصادم حتى بعد مرور سنوات عدة.
- النوع الثاني: الأحداث الصادمة المتكررة: وتشير إلى حدوث خبرات صادمة بشكل مستمر كما يحصل في حالات سوء المعاملة الجسديّة، والجنسية، والانفعاليّة، ومناطق الاحتلال والحروب ويتخذ مراحل عدة عند حصوله لأول مرة حيث تحصل صدمة غير سارة وغير متوقعة ومفاجئة، ويصبح الفرد أكثر إدراكاً واستبصاراً بما ينتج عن الحدث تكرار الحدث، ويتأقلم مع الخطر إذ يصاب بالعادة بالتبلد الاجتماعي بمعنى إنكار الحدث، ولأن الإنسان يكتسب خبرة من خلال

مختلف المواقف والتجارب الحياتيّة ومن الطبيعي التكيف مع هذا الحدث، كما أنّه يطور استراتيجيات تكيفيه ضد الحدث الصادم القادم المتكرر بدءاً بالإنكار لتجنب الهلع، ويكون الشعور بالحزن الدائم والخوف مرافق للأحداث.

- النوع الثالث: الصدمة المعقدة: وتعرف كذلك باضطراب الصدمة التنموية، وظهرت كفئة تشخيصية جديدة محتملة في الدليل التشخيصي، والإحصائي للاضطرابات العقليّة، الطبعة الخامسة DSM-5 وهي تصف كيف يؤثر تعرض الطفل للأحداث المؤلمة المتعددة أو الطويلة على تطورهم المستمر ويشمل التعرض للصدمات المعقدة حدوث سوء معاملة متزامن أو متسلسل وقد يشمل سوء المعاملة النفسيّة والإهمال والإيذاء الجسدي، والجنسي ومشاهدة العنف المنزلي، والصدمة المعقدة المزمنة تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة، وتحدث داخل نظام الرعاية الأولية للطفل، أو البيئة الاجتماعيّة ويؤثر التعرض لهذه التجارب الصادمة الأولية ووجود خلل التمثيل العاطفي وفقدان السلامة والتوجيه والقدرة على اكتشاف إشارات الخطر، أو الاستجابة لها على نمو الطفل بمرور الوقت (ثابت، 2018).

أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وفقا لمعايير الدليل التشخيصي للاضطرابات العقليّة الخامس (DSM-5) (الحمادي، 2014: ص112-116)

تنطبق المعايير التّالية للأطفال فوق عمر 6 سنوات، والمراهقين والبالغين، وهي تشمل:

أولاً: التعرض لاحتمال الموت الفعلي، أو التهديد بالموت، أو العنف الجنسي، أو إصابة خطيرة من خلال واحد أو أكثر مما يلي:

1- التعرض المباشر للحدث الصادم.

2- مشاهدة شخصية للحدث عند حدوثه للآخرين.

3- المعرفة بوقوع الحدث الصادم (حدث عنيف أو عرضي) لأحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء.

4- تعرض متكرر، أو شديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم (أفراد الشرطة الذين وبشكل متكرر يتعرضون لتفاصيل الاعتداء على الأطفال، المستجيبين الأوائل لجمع البقايا البشرية ولا يشمل هذا المعيار التعرض من خلال الوسائل الإلكترونية، الصور والأفلام، والتلفاز إلا إذا كان هذا التعرض له صلة بالعمل.

ثانياً: وجود عرض أو أكثر من الأعراض المقتحمة التّالية المرتبطة بالحدث الصادم، وبدأت بعد الحدث الصادم:

1- الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة غير الطوعية عن الحدث الصادم وقد يعبر الأطفال فوق 6 سنوات من خلال اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.
2- أحلام متكررة ومؤلمة، مرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم، (عند الأطفال قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف إليه).
3- ردود فعل تفارقية (ومضات الذاكرة) حيث يشعر الفرد، أو يتصرف كما لو أن الحدث الصادم يتكرر، (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث يكون الفقدان الكامل للوعي بالمحيط هو التعبير الأكثر تطرفاً).
4- الإحباط النفسي الشديد لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية، أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.
5- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية، أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.

ثالثاً: تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم وبدأ بعد وقوع الحدث الصادم كما يتضح من واحد أو كلا مما يلي:

1- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

2- تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الأماكن، المواقف، الناس) التي تثير الذكريات المؤلمة، أو المشاعر، أو الأفكار عن الحدث، أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

رابعاً: التعديلات السلبية في المزاج والمدركات المرتبطين بالحدث الصادم والتي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:

1- عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (بسبب النساوة التفارقية بالعادة، وليس لعوامل أخرى مثل المخدرات، والكحول، وإصابات الرأس).

2- المعتقدات السلبية المبالغ فيها والثابتة، أو التوقعات المبالغ فيها، والسلبية حول الذات (أنا سيء) والآخر أو العالم (لا يمكن الوثوق بأحد).

3- مدركات مشوهة وثابتة عن أسباب أو عواقب الحدث الصادم، يؤدي بالشخص إلى إلقاء اللوم على نفسه أو غيره.

4- الحالة العاطفية السلبية المستمرة (الشعور بالذنب، الغضب).

5- تضاؤل ملحوظ بالمشاركة والاهتمام في الأنشطة الهامة.

6- الانفصال عن الآخرين ومشاعر النفور.

7- استمرار عدم القدرة على اختبار مشاعر إيجابية (عدم القدرة على تجربة الرضا والسعادة).

خامساً: تغير ملحوظ في ردة الفعل المرتبطة بالحدث الصادم والاستثارة، التي تبدأ وتتفاقم بعد الحدث الصادم، كم يتضح من اثنتين أو أكثر مما يلي:

1- سلوك تدميري للذات أو التهور.

2- استجابة مبالغ فيها عند الجفل.

3- اضطراب النوم (صعوبة النوم، النوم المتوتر).

4- نوبات غضب وسلوك متوتر ويعبر عنها بالاعتداء الجسدي، أو اللفظي تجاه الأشياء والناس.

5- تيقظ مبالغ فيه.

6- مشاكل في التركيز.

سادساً: مدة الاضطراب (معايير B، C، D، E) أكثر من شهر.

سابعاً: يسبب الاضطراب ضعفاً في الأداء في المجالات المهنية والاجتماعيّة أو غيرها أو إحباطاً سريرياً هاماً (الحمادي، 2014).

النظريات المفسرة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

أكدت النظرية البيولوجية من خلال نتائج الدّراسات التي تمت على التوائم المتشابهة، والتوائم غير المتشابهة عن وجود ارتباط أعلى بين التوائم المتشابهة بالنسبة لحدوث اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من خلال العوامل الوراثية، كما أنّ الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لديهم رد فعل فسيولوجي تجاه الصدمة أعلى من غيرهم، والتي لها علاقة بالهرمونات المشتركة وبفاعلية الموصلات العصبية باستجابة المواجهة أو الهرب (جاسم، 2013).

تعتبر نظرية التحليل النفسي وجود العوامل الاجتماعيّة وتاريخ مرضي سابق ما هي إلا عوامل إضافية في الصدمة النفسيّة، ولا تسبب حدوث أو منع حدوث الصدمة، لكنها تؤثر على الحالة وطبيعة الأعراض، وأن ما يسبب الصدمة هي الخبرات السابقة لدى الفرد في مراحل نموه الأولى حيث إنّ تفاعل الأفراد مع مواقف التهديد في وقت الأزمة هو الذي يحدث اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مبروك، 2014).

أما نظرية الإسناد الاجتماعي فيعتمد فيها حصول اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسيّة للشخص الذي تعرض لحادث صدام على الإسناد الاجتماعي بحيث إنّ الأفراد الذين يحصلون على مستوى عالي من الإسناد الاجتماعي ستقل لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (جاسم، 2013).

وترى النظرية السلوكيّة أن الصدمة تحصل نتيجة تعميم الاستجابة الأولية المشروطة على كل المثيرات، حيث إنّ هذه الاستجابة حصلت على تعزيز سلبي للسلوك التجنبي (ابن الطيب، 2012).

وتعتبر النظرية السلوكيّة أن الحدث الصادم (منبه غير مشروط)، ويقترن القلق والخوف بالاستجابة الطبيعية اللاشرطية، وتصبح الخبرة التي اقترنت بالحدث الصادم مثل سيارات الإطفاء والمنبه غير الطبيعي (منبها مشروطاً)، تظهر الخوف والقلق والتي هي استجابات عاطفية مشروطة، والتي بسببها يشعر المريض بعدم الراحة لذلك ينتهج السلوك التجنبي (جاسم، 2013).

كما ترى النظرية المعرفية أن الفرد الذي تعرض لصدمة يعيش نتيجة استجابته للصدمة إجهاداً نفسياً، ويؤثر بشكل كبير على كيانه الجسدي، والانفعالي؛ نتيجة الحدث الصادمي الذي حصل نتيجة طبيعة الفرد وفهمه للضغط الذي تعرض له. مبروك (2014). وأن عدم قدرة الفرد على إعطاء معنى لخطر ما، فإن البنية الافتراضية التي تعني أن الفرد لديه معرفة بالخطر تهيئه للهرب، أو الدفاع تكون قد اضطربت مما يؤدي إلى ظهور الأفكار الدخيلة، وفرط النشاط وسلوك التجنب وإعادة معايشة الحدث (ابن الطيب، 2012).

العلاج باللعب:

يعرف العلاج باللعب بانه "أسلوب علاجي لمساعدة الطفل الذي يمر بصعوبات انفعالية، أو صدمة نفسيّة أو مشكلات عائلية مثل حالات الطلاق، والإساءة والعدوان وما شابه ذلك (الزراد، النبا، 2017: 997).

وهو "الأسلوب المستخدم لضبط وتوجيه سلوك الطفل من خلال اللعب لدعم النمو الجسمي، والعقلي، والاجتماعي، والانفعالي المتوازن للطفل وفيه يتم إشباع حاجات عدة للطفل، كما يستخدم كأسلوب للتنفيس الانفعالي في التخلص من الكبت لدى الطفل" (العبادسة، أبو شعبان، 6:2010).

كما يعرف العلاج باللعب بأنّه "يعكس انفعالات الطفل وفيه يجد المتنفس لمشاعره ودوافعه ومن خلاله يستطيع أن يمارس التجريب، وأن يختبر الأشياء وينشئ العلاقات الجديدة باستمرار، كما أنّ

اللعب من الطرق الأدائية للتعبير، فيسهل من خلاله تشخيص أحوال الأطفال الذين يشكون من اضطرابات نفسيّة معيّنة من غير حاجة إلى سؤال الطفل أو أن تكون له القدرة على التعبير عن نفسه بالكلام" (خطاب، 2010 :379-980).

الأسس النفسيّة للعلاج باللعب:

يحب الأطفال اللعب الذي يمارسونه بشكل فردي وجماعي مما يسهل إعطائهم الفرصة للقيام به، فاللعب يسعى لإشباع دوافع الفرد وتخليصه من الطاقة السلبية، كما يساعد على التنفيس عن المشاكل وبالتّالي المساعدة على حلها، كما يساعد على إظهار وكشف الخبرات المجهولة من خلال ممارسة دور معين، كما يتيح للأطفال اختيار اللعبة التي يميلون إليها والتي تعبر عن طبيعة المشكلة التي يعانون منها، وهذا يساعد المرشد في التعامل مع هذه المشكلات (أبو أسعد، 2012).

الأسس الاجتماعيّة للعب: تتمثل الأسس الاجتماعيّة، والتي تؤثر في لعب الأطفال في مجتمع ما، بأن الألعاب تختلف من مجتمع لآخر (الألعاب الشعبية) وهذه الأسس هي:

1- قيم ومعايير المجتمع إذ يمارس كل مجتمع ألعابه ضمن الآداب الاجتماعيّة السائدة، وفي حدود القيم والمعايير.

2- المستوى الاجتماعي والاقتصادي حيث يتأثر لعب الأطفال من حيث الكم، والكيف تبعاً للمستوى المعيشي.

3- وسائل الاتصال الحديثة: يستمتع الأطفال حالياً بألعاب الكمبيوتر نتيجة تأثير هذه الوسائل على نوعية ألعابهم، في حين كان الأطفال سابقاً على سبيل المثال يستمتعون بألعاب خيال الظل، وبرامج الإذاعة والتلفاز.

الأسس التربويّة للعب: يوصي الباحثون في مجال التربية وعلم النفس باستخدام اللعب في بناء المناهج باعتبار أنّ اللعب نشاط رئيسي للطفل، إذ أنّه يحقق فوائد تربوية عدة تتمثل في تنمية شخصية الطفل من جميع النواحي الحسية، أو الجسميّة والانفعاليّة، أو العقليّة، أو اللغوية، أو الاجتماعيّة، كما أنّه

يؤثر بشكل كبير على الإدراك، والانفعال، والتفكير، والذاكرة، والتمثيل والخصال الخلقية ومن خلال اللعب يكتشف الطفل العالم من حوله، ومن خلال المحاكاة المباشرة للمحيطين فيه، فإنّه يستوعب كثيراً وتُثري إحساساته، وفي المقابل قد يحصل اختلال في التكوين النفسي للطفل، إذا سببت له هذه الخبرات المتراكمة تصورات وانطباعات خاطئة أدت إلى انحراف نموه (الواوي، 2012).

أهميّة اللعب:

يسهم اللعب بشكل إيجابي في تنمية وارتقاء جوانب مهمة لدى الأطفال، كتعزيز النشاط العقلي مثل: التذكر، والتصور، والتفكير، والنشاط اللغوي مثل: التواصل مع الآخرين، وفهمهم والتعبير عن الذات، والنشاط الحركي أيضاً إذ يتطلب اللعب ممارسة حركات دقيقة كحركات الأصابع والأيدي أو تحريك الجسم بشكل عام، والتأثر الحركي بين اليدين والساقين، كما يسهم في تنمية المهارات الاجتماعيّة من خلال اللعب الجماعي، حيث يعزز توكيد الذات ومفهوم الدور وتكوين صداقات والعلاقات مع الآخرين، كما يطور الجانب الانفعالي للطفل، إذ أن الطفل يعبر بشكل واضح عن شعوره بالسعادة، والفرح، أو الغضب، والحزن ويتعلم كيفية التحكم في الانفعال والغضب، كما يساعد اللعب الطفل على التخلص من صراعاته، والتخفيف من التوتر، حيث يستخدم اللعب كأداة تشخيصية تساعد الأخصائيين للكشف عن الصراعات الانفعاليّة عند الطفل، وذلك في بيئة آمنة، كما يساعد في تشكل مواقف تعليمية علاجية يتمكن الطفل من خلالها اكتساب مهارات سلوكية تعيد له التوافق النفسي والاجتماعي، ويسهم اللعب في علاج صعوبات التعلم حيث يتم استخدامه في زيادة الانتباه، والتذكر، وكتعزيز للتعلم، كما أنّه يعمل على إكساب الطفل معارف جديدة (عبد المنعم، 2007).

ومما سبق تتضح الفوائد العديدة للعب والتي تعمل على إكسابه قيماً عدة تتلخص بالآتي (ربايعة، 2018):

القيمة الذاتية: يتعلم الطفل كيفية مواجهة، وحل مشاكله حيث يكتشف من خلال تعامله مع أقرانه الكثير من مهاراته وقدراته.

القيمة الإبداعية: من خلال اللعب يستطيع الطفل أن يقوم بتجربة الأفكار التي يحملها، كما يستطيع أن يعبر عن طاقاته الإبداعية.

القيمة الاجتماعيّة: يتعلم الطفل احترام الملكية الخاصة، والأخذ والعطاء من خلال اللعب التعاوني كما يتعلم كيفية بناء العلاقات الاجتماعيّة والتعامل مع الآخرين بنجاح.

القيمة الأخلاقية: يتعلم الطفل بشكل مبدئي بعض المعايير الأخلاقية: كالأمانة، والصدق، والعدل، ومفاهيم الصواب والخطأ، وضبط النفس، والإيثار، والروح الرياضية، والتعاون.

القيمة التربويّة: من خلال أدوات اللعب المختلفة يتعلم الطفل الكثير من المعارف والخبرات إذ يستطيع من خلال اللعب الحصول على معلومات وإدراكها قد لا يستطيع الحصول عليها من مصادر أخرى.

القيمة الجسديّة: يتعلم الطفل من خلال اللعب مهارات الاكتشاف وتجميع الأشياء، كما أنّ اللعب ضروري لتقوية بدن الطفل ونمو عضلاته.

القيمة العلاجية: من خلال اللعب يستطيع الطفل أن يستنفذ التوتر الناتج عما يتم فرصه عليه من قيود.

إن القوى العلاجية للعب. اوكونور واخرون (Oconnor et al, 2016) تكمن في أن اللعب يعمل على تعزيز نقاط القوة في الشخصيّة من حيث تسريع التطور النفسي، والتنظيم الذاتي، واحترام الذات، والتطور الأخلاقي، والمرونة، والإبداع في حل المشاكل، كما يعمل تعزيز الصّحة العاطفية، والتفريغ والتنفيس، ومواجهة المخاوف، وتعزيز المشاعر الإيجابية، والتعامل مع الضغوط، والتحصين ضد الإجهاد، كما يعمل اللعب على تسهيل الاتصال من خلال التعبير عن الذات، والولوج للاوعي، والتعلم الموجه وغير الموجه، وتعزيز العلاقات الاجتماعيّة من خلال الارتباط والعلاقات العلاجية، والشعور بالذات والتعاطف.

كما يتيح اللعب الفرصة للطفل للتحرر من قيود والتزامات الواقع، والأوامر، ومشاعر الإحباط لكي يعيش أحداثاً يرغب في حدوثها، أو يعدلها بشكل كان يرغب أن تحدث فيه، حيث يقوم اللعب بحل التناقض الحاصل بين الطفل والكبار حتى إن كان هذا الحل وقتي (عبد المنعم، 2007).

ويمكن تلخيص فوائد اللعب العلاجية بما يلي (أبو أسعد، 2012):

1- يساعده الطفل على الاستبصار بأسلوب يناسب مرحلته العمريّة.

2- يعتبر أفضل الطرق الإرشاديّة للطفل.

3- يساعد الطفل على التعبير الاجتماعي في مواقف شبيهة لما يحدث في الواقع.

4- يسهم في التعامل وإشراك الوالدين في العملية الإرشاديّة.

5- الاستفادة بالجوانب التعليمية والتشخيصية والعلاجية.

ومن فوائده أيضا (الواوي، 2012)

6- خفض شعور الطفل بالذنب

7- يعمل على إعادة التكامل للطفل من خلال تضمين المعالج للإيحاءات العلاجية من خلال التكرار المستمر لنفس الموقف.

8- يسهم في فهم التكوين الفكري للعمليات العقليّة التي يقوم بها الطفل.

أنواع اللعب: يقسم اللعب إلى ثلاثة أقسام:

1- التعبير الابتكاري باللعب والذي يعد وسيلة تربوية وعلاجية، فالطفل يمارس اللعب الذي يعتبر تعبيرا نفسيا مقصودا وممتعا، إلى جانب كونه نشاط حر يشعره بالبهجة والسرور من أجل إشباع حاجاته، كما يساعد على النمو المعرفي وزيادة التركيز والانتباه وتقوية العضلات الدقيقة والكبيرة، كما يعد اللعب الابتكاري وسيلة تربوية وعلاجية.

2- التعبير بالدراما حيث يستخدم لعلاج الكثير من المشكلات النفسيّة والاجتماعيّة التي يتم فيها استخدام اللعب والرسم والفن والموسيقى والذي يساعد الطفل على تفريغ انفعاله وطاقته، ويساعده على التعبير عن الأفكار، أو المواضيع وتطوير تواصله وتحكمه في جسده.

3- التعبير بالرسم والذي يساعد الطفل على التكيف مع البيئة، فالرسم وسيلة تواصل ولغة تعبيرية، كما أنّ استخدام التلوين يساعده على التمييز بين الأشياء ويضع فيها خياله وعواطفه، ومن خلال الرسم ينقل الطفل من خبراته ويدرب نفسه على مواجهة الموقف (الدهان وآخرون، 2011).

وتتلخص أنواع اللعب بالتّالي:

اللعب البدني: أكثر ألعاب الأطفال والمراهقين انتشاراً ويبدأ من الشهور الأولى من عمر الطفل، يبدأ ويتوقف فيه اللعب متى يشاء الطفل، ويتمثل بإلقاء الطفل الأشياء بعيداً عنه، ثم تطور الألعاب وتصبح أكثر صعوبة مع تقدم الطفل بالسن، ويصبح اللعب معتمداً على القدرات الجسديّة للطفل وأكثر خشونة من الناحية الجسديّة في مرحلة الطفولة المتأخرة، ثم يصبح اللعب جماعياً بعيداً عن العشوائية ومرتبط بقواعد معيّنة.

اللعب التمثيلي: يعتبر من الأنشطة المحببة للأطفال يقوم الطفل فيه بمحاكاة المواقف الحياتيّة الحقيقية، ويعتمد هذا اللعب على القدرات الابتكارية للطفل وتوظيفه لقدرته على التمثيل.

اللعب التركيبي البنائي: والذي يقوم على فكرة البناء والتشييد وتكوين أشكال مختلفة من خلال وضع القطع قرب بعضها بشكل عفوي في البداية ثم يصبح منظماً أكثر، ويحقق أهدافاً معيّنة مع تقدم الطفل بالعمر.

الألعاب الفنية: تتسم بالتذوق الجمالي وتنبع من الوجدان ومن أشهرها الرسم الذي يعتبر أداة للتعبير، وانعكاس لحياة الطفل باستخدام أدوات بسيطة ويبدأ بخطوط وخربشات لا معنى لها، ثم يتطور لتصبح ملامح الرسومات أوضح.

الألعاب الثقافية: والتي تقدم المعلومات للأطفال بشكل ممتع وتقوم على القراءة والمطالعة وحضور المسرحيات والعروض ومشاهدة البرامج التلفازية، وتعمل هذه الألعاب على إشباع حب الاستطلاع والرغبة المعرفية عند الطفل.

وحديثا تم إضافة **الألعاب الإلكترونية** التي ظهرت نتيجة للثورة التكنولوجية وتتميز الألعاب الإلكترونية بوجود قواعد وقوانين محددة، لا يستطيع اللاعب الاستمرار باللعب بدون الالتزام بها، وتضع هذه الألعاب اللاعب في مواقف وتحديات تتطلب منه القيام برد فعل ضمن فترة زمنية محددة قائم على التآزر البصري والحركي إلى جانب التفكير المنطقي، وحل المشكلات كما تعمل على تنمية القدرات الذهنية للاعب، والتدرب على التفكير (حمدان، 2016).

أساليب العلاج باللعب: تتنوع أساليب المعالج باللعب إذ يوجد أسلوب العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي (السيكو دراما)، أو العلاج النفسي التعليمي، والأسلوب المختلط وهو يجمع بين السيكو دراما والمحاضرات، وأسلوب النادي العلاجي ويقوم على النشاط العملي والترويحي والاجتماعي، وقد يلتزم المعالج/المرشد بتطبيق نظرية معيّنة من اختياره، أو يختار أساليب منوعة من عدة نظريات، ومن طرق الإرشاد باللعب:

1- اللعب غير المباشر (الحر) وهي طريقة فعالة للتغلب على الخبرات القاسية وتضع حداً لمشاكل الطفل، وتنمي الإبداع والتعبير عن المشاعر والنضج الفعال وتنمية السلوك الاجتماعي، وفي هذه الطريقة يترك للطفل حرية توجيه الجلسة واختيار اللعبة التي يريدها، ويقوم المعالج بمراقبته وإعطاءه فرصة كاملة للتعبير عن نفسه وإظهار أفكاره ومشاعره، وقد ينضم إليه في الألعاب التخيلية.

2- اللعب الموجه (المحدد) يترك للطفل حرية اللعب لكن المعالج هو من يختار اللعبة للطفل بشكل يتناسب مع عمره، وخبرته، ومشكلاته ويساعده على التحرر من مشكلاته الانفعاليّة أثناء تعبيره – من خلال اللعب – عن خبراته المكبوتة (غيث، 2006).

3- اللعب بطريقة الإرشاد السلوكي: حيث يتم استخدام اللعب بطريقة الإرشاد السلوكي لمساعدة الطفل في حالات الخوف من الحيوانات بحيث يتم تعويده تدريجياً على عدم الخوف منها من خلال اللعب بدمى الحيوانات في مواقف آمنة ومن ثم مشاهدة الحيوانات باسترخاء (أبو أسعد، 2012).

أهداف العلاج باللعب:

1- يستخدم لبناء علاقة مهنية بين المعالج/المرشد والأطفال خاصة الذين لا يعبرون لفظيا، أو يشعرون بالخوف أو لديهم مقاومة للإرشاد.

2- يفيد بعملية التشخيص من خلال تحليل الملاحظات التي يلاحظها المعالج/المرشد على الأطفال من معتقدات وتفاعلات وتعبيرات حول مشاعرهم وأفكارهم، وبالتّالي فهم طبيعة المشكلة وتشخيصها (أبو أسعد، 2012).

3- يخفض التوتر لدى الطفل من خلال اللعب الذي يساعده بالتنفيس عن العواطف واكتشاف الخوف والقلق.

4- يسهل عملية التعبير اللفظي والكلام، حيث لا يستطيع الأطفال غالباً التعبير عن مشاعرهم لفظياً.

5- يساعد في تعليم الأطفال سلوك بديل وطرق جديدة ومهارات الحياة اليومية والمهارات الاجتماعيّة. (غيث، 2006).

العلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب (Cognitive Behaviour Play Therapy):

يركز العلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب والذي قامت بتطويره العالمة سوزان نيل (Susan Knell)

من خلال دمج أفكار العلاج السلوكي والعلاج المعرفي، والعلاج السلوكي المعرفي على التفكير المشوه والذي يفترض أن يتداخل مع المهارات الاجتماعيّة، و(CBPT) علاج منطقي عقلاني ومنهجي منظم وموجه يستخدم في التدخل مع البالغين والأطفال والمراهقين إذ أُثبت تجريبياً فاعلية في صقل المهارات الاجتماعيّة للاطفال، وتم استخدامه مع الاطفال في المدارس، كما اثبت فاعليته في جوانب متعلقة بالتعلم الشخصي والعلاقات ونمذجة الأقران وتماسك المجموعة، حيث إنّه يهدف من خلال التدخل مع الاطفال إلى زيادة قدرتهم على التعبير عن مشاعرهم وتعزيز الحديث الذاتي الإيجابي والتقليل من الأفكار والافتراضات غير التكيفية والاستخدام المناسب لمهارات حل المشاكل.

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب (CBPT) على أفكار رئيسية ثلاث وهي أن:

1. الأفكار تؤثر على العواطف والسلوك.
2. المعتقدات والافتراضات تؤثر على إدراك وتفسير الأحداث .
3. الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسيّة لديهم تشويه معرفي أو أخطاء في المنطق والتفكير العقلاني.

وترى Knell أن هناك 6 خصائص للعلاج من خلال (CBPT) وهي:

1- أنّه علاج منظم وموجه نحو أهداف بدلا من النهايات المفتوحة.

2- يقوم بدمج التقنيات مثل النمذجة ولعب الأدوار من خلال المنهج التجريبي.

3- يتيح تقييم التدخل العلاجي بشكل تجريبي.

4- يقوم بإشراك الطفل بالعملية العلاجية.

5- يركز على خيالات ومشاعر وأفكار الطفل وبيئته.

6- يزود باستراتيجيات لتطوير أفكار وسلوكيات تكيفية

التشابه والاختلاف بين العلاج المعرفي السلوكي باللعب والعلاجات الأخرى:

وفي (CBPT) تتشابه الأهداف بين المجموعات العلاجية للبالغين، والمجموعات العلاجية للأطفال في كونها تهدف إلى تسهيل التعلم من خلال التفاعل داخل المجموعة العلاجية، لكن المجموعات العلاجية للكبار تكون مركزة وأكثر تماسكا، كون الكبار أكثر تعبيراً من الناحية اللفظية، وأكثر انفتاحاً لمشاركة خبراتهم من الأطفال .كوري وغريفث (Curry & Griffith, 2013).

وبالنسبة للتدخلات العلاجية الأخرى فإنّها تتشابه مع العلاج النفسي من خلال اللعبCBPT بوجود الثقة والعلاقة العلاجية الإيجابية بين المعالج والطفل، والتي تعتبر عناصر حاسمة في دمج الطفل في العلاج، إلى جانب كون أنشطة اللعب من المعاني العالمية للاتصال، وبالنسبة للاختلاف فيما بينها فإن CBPT يعتمد على تحديد الأهداف العلاجية، ويعطي أهميّة لاختيار الأنشطة ومواد اللعب، كما يعتبر أحياناً تعليمي بعكس بعض العلاجات الأخرى، التي تعتبر أنّه لا ينبغي استخدام اللعب في التعليم، كما يركز على نقاط قوة الطفل باستخدام المكافآت والتعزيز بشكل مناسب، وفيما ترى المدارس الأخرى أن التفسير يجب أن يأتي من الطفل، إلا أن العلاج النفسي من خلال اللعب يشبه التحليل النفسي في مساعدة الطفل على إخراج صراعاته في تعبيرات لفظية. ويمكن تلخيص الإسهامات الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب في كونه:

1. يستند تجريبياً من خلال استخدام النهج المختبر تجريبياً ودعمه لفعالية العلاج من خلال التقييمات التجريبية.

2. CBPT يأخذ بالحسبان التطور وبصفة خاصة التطور المعرفي كعامل في التقييم وخطة العلاج.

3. التعاون بين التدخل المعرفي والتدخل السلوكي في العلاج من خلال اللعب في النموذج والمنهج والأهداف الموجهة . نيل (Knell, 2004).

يتم عمل العلاج المعرفي السلوكي باللعب عادةً في غرفة اللعب، أو أي أماكن أخرى، حيث لا يتوفر أحياناً غرف للعب، وقد يكون للمعالج مكتب وفيه قسم أو زاوية مجهزة بالألعاب. ويجب أن تحتوي غرفة اللعب على دمى مختلفة، ومكعبات وسيارات وغيرها من الألعاب، ولكون العلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب علاج موجه فإن هناك أوقات يجب أن تكون الألعاب والمواد الخاصة باللعب ظاهرة ومرئية للطفل، كذلك سهلة الوصول إليها وأن يكون مكأنّها ثابت بحيث يعرف الطفل أين يجدها في الجلسات الأخرى، وأن يكون لكل طفل مكان آمن وثابت يحتفظ فيه بالمشاريع الشخصيّة بين الجلسات.

وتتضمن التقنيات المعرفية للعلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب:

1- التثقيف النفسي (Psych-education).

2- إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restricting).

3- الصياغة /الحوار الذاتي الايجابي (Positive self-statements).

4- حل المشكلات (Problem-solving).

أما التقنيات السلوكيّة للعلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب فتتضمن:

1- إدارة الطوارئ (Contingency management).

2- التشكيل (Shaping).

3- التعرض/المواجهة (Exposure).

4- التدريب على الاسترخاء (Relaxation Training).

5- النمذجة (Modelling).

6- لعب الأدوار (Role-playing) (Oconnor et al, 2016).

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باللعب (CBPT) مع الأطفال:

إن العلاج باللعب يتناسب مع الأفراد من جميع الأعمار وهو لغة الأطفال، وأحياناً قد يكون لغة المراهقين والكبار، ورغم أن معظم كتابات العلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب قد ركزت على الأطفال في سن ما قبل المدرسة من حيث التركيز على ملائمة تقنياته لمستوى التطور عند الأطفال، إلا أنّ الكبار قد يكونون في مستوى تطوري عاطفي مختلف عن مستوى التطور المعرفي، وعدم وجود الاتساق بين هذين المستويين هو ما يجعل (CBPT) مناسبا لكل الأعمار. دروز (Drewes, 2009).

لقد أثبت العلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب فاعلية عالية في علاج القلق، والفوبيا والتي تعتبر من أكثر الاضطرابات المنتشرة بين الأطفال، حيث يقدر أنّه في صف مكون من 30 طفلا فإنّه يوجد من 5-6 أطفال لديهم أعراض تلبي معايير القلق، لذلك ازداد الاهتمام بهذا الاضطرابات خلال السنوات الأخيرة إلى جانب الاستجابة للعلاج النفسي، ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب من أكثر العلاجات ملائمة لفهم الخوف والقلق؛ لأنّه يعتبر أن هناك علاقة بين المواقف والأفكار والعواطف والسلوكيات، حيث يفترض أن أفكار وعواطف الناس هي التي تحدد بشكل كبير طريقتهم في فهم العالم، وهذه الأفكار تثار من خلال الظروف أو الأحداث وتفسير هذه الأحداث وليس الأحداث بحد ذاتها هي من تحدد كيفية فهم الشخص للظروف الحياتيّة، وأن أفكار الفرد هي التي تحدد خبرته وشعوره وسلوكه اللاحق. ونتيجة لانتشار اضطراب القلق بشكل واسع بين الأطفال بنسبة 12-20% من عامة السكان فإن عدم علاجه في وقت مبكر في الطفولة يؤدي إلى بقاء الأعراض والتي تصبح أسوأ في مرحلة المراهقة، كما أظهرت الأبحاث أن الأطفال الذين عانوا من اضطراب القلق ولم يتلقوا علاجا كانوا في خطر كبير لتطوير اضطراب الاكتئاب، كما أنّ التشخيص

والعلاج المبكر يسهم بشكل كبير في منع حصول ضعف، أو تأخر في المخرجات التطورية للطفل.كادسون وشيفر (Kaduson & Schaefer, 2006).

كما أنّ العلاج باللعب يستخدم للتخلص من الضغوط والأزمات التي يمر بها الطفل، وكذلك التخلص من سلوكيات سوء التوافق مثل الغضب والعدوان والتوتر، حيث تقوم هذه الفلسفة على تعلم السلوكيات التوافقية مثل توكيد الذات والثقة بالنفس من خلال تطبيق مبادئ ونظريات التعلم بالمحاكاة والملاحظة (عبد المنعم، 2007).

ويستخدم العلاج باللعب للتشخيص والفهم لإزالة الألم الانفعالي واستحضار انفعالات الطفل المخفية، ومواجهتها والتنفيس الانفعالي مما يخفض شعوره بالتوتر والقلق ولخفض أعراض ما بعد الصدمة، ومساعدة الطفل على التكيف مع الظروف الصعبة والتدرب على المهارات الاجتماعيّة وتحسينها وحل المشكلات واتخاذ القرارات، ومن خلال اللعب يسقط الطفل مشاعر التوتر والقلق على الدمى والألعاب ويزود العلاج باللعب الطفل بالفرصة لاكتشاف استعداده لأداء المهمات، إلى جانب فاعلية اللعب في تحسين السيطرة على الذات وانخفاض الشعور بالألم وتحسين الكفاءة الذاتية (الحويان، وداوود، 2015).

ومن خلال استخدام الفنيات المتنوعة العلاج باللعب والعلاقة العلاجية، وتدريب الطفل على القدرة على التعبير عن انفعالاته، وكيفية اكتساب مهارات اجتماعية للتخفيف من الصور الذهنية وكيفية التعامل معها لتخفيف الاستثارة الزائدة لدى الأطفال المصابين باضطراب ما بعد الصدمة (الزراد، النبا، 2017).

إذ إن العلاج باللعب يعتبر أسلوباً علاجياً لمساعدة الطفل الذي مر بصعوبات انفعالية أو صدمة كما يستخدم بفاعلية مع الأطفال الذين مروا بصعوبات عائلية مثل حالات الطلاق والإساءة والعدوان (قبلان وآخرون، 2014). والطفل الذي أصيب بصدمة بعد حدث صادم يمكنه أن يقلل من القلق الناتج عن الصدمة من خلال اللعب الرمزي المتكرر فاللعب هو عمل الطفل، فالطفل يقضي معظم

وقته في تطوير المهارات اللغوية والتفكير والتنظيم. واللعب هو الجسر الذي ينقل الطفل إلى الحياة ويساعده في تحقيق النمو العقلي والبدني.نورتون واخرون (Norton et al, 2011).

النظريات التي تفسر اللعب:

النظريات الكلاسيكية:

نظرية الاستجمام أو الراحة من عناء العمل: بينت نظرية الاستجمام/الراحة للفيلسوف (لازاروس) أن هدف اللعب هو الراحة، والتخلص من تعب العمل وخاصة العضلات. الأحمد ومنصور (2017). وأن وظيفة اللعب الأساسية هي إراحة العضلات، والأعصاب من عناء الأعمال، فاللاعب في نظره يستخدم في ألعابه طاقات عضلية وعصبية غير الطاقات التي أرهقها العمل، وبذلك يدع للمراكز المرهقة فرصة للراحة وهذه النظرية من أقدم النظريات التي تحدثت عن اللعب (صباح، 2017).

نظرية الطاقة الزائدة: تمحورت نظرية الطاقة الزائدة حول أنّ الهدف من اللعب هو التخلص من طاقة الفرد الزائدة. (يوسف، 2002) وقدم شيلر وسبنسر هذه النظرية على اعتبار أنّ مهمة اللعب الأساسية هي التخلص من الطاقة الزائدة عند الطفل، فالطفل بحاجة إلى أن يمارس العديد من أنشطة اللعب من أجل أن يعمل على تقليل الطاقة، إلى جانب أهميّة اللعب في المساعدة في التكوين الجسمي والنفسي، وغالباً ما يكون الهدف من اللعب في هذه المرحلة هو اللعب (صبَاح، 2017).

النظرية التلخيصية (ستانلي هول): تقول هذه النظرية أن الأطفال يمارسون ألعابا تعبيرية تصور مراحل تطور الإنسان نفسه عبر تاريخ تطوره في رحلة الحياة، حيث إنّ اللعب نشاط فطري غريزي يولد مع الإنسان. (الأحمد ومنصور، 2017). إذ اعتبر العالم (هول) أن اللعب يلخص الماضي لحياة الإنسان حيث تمثل الألعاب المراحل التي مر بها الإنسان بشكل موجز، لذلك أطلق عليها نظرية إيجاز الأصول أي أن الإنسان منذ ميلاده وحتى اكتمال نضجه يمر بنفس المراحل التطويرية التي مرت بها الحضارات الإنسانية (ربايعة، 2018).

نظرية النمو الجسمي (كارت): ترى نظرية النمو الجسمي أن اللعب هو أهم عامل يساعد في بناء الجسم، إذ اعتقد العالم كارت بأن اللعب يعمل على النمو الجسمي، والفسيولوجي بشكل متكامل، فهو يعمل على نمو الأعضاء للإنسان لا سيما الدماغ والجهاز العصبي بما يحتويه من مركز الحس للإنسان.

نظرية الإعداد للحياة المستقبلية (كارل جروس): وفقا لهذه النظرية فإن اللعب هو إعداد لوظائف الحياة المستقبلية إذ يستطيع الطفل أن يسيطر بشكل تام على أعضاءه، ويعمل اللعب على تمرين أعضاء الجسم وهو يُعد الطفل لكي يعمل أعمال مفيدة جادة مستقبلاً (عبد المنعم، 2007).

النظرية المعرفية: يرى (بياجيه) أن اللعب متطلب أساسي ضروري لحدوث النمو بجميع جوانبه العقليّة، والاجتماعيّة، والانفعاليّة، والجسميّة، والوجدانية ويشكل اللعب مؤشراً على نمو الطفل ونضجه، ويمر الفرد في مرحلة نموه بعدة مراحل هي:

1- مرحلة التفكير الحسي الحركي، وهي مرحلة تمتد حتى سن الثانية من عمر الطفل.

2- مرحلة التفكير الحسي تمتد حتى السابعة، ومنها يطور الطفل مفاهيمه.

3- مرحلة العمليات العقليّة المادية: تمتد حتى سن الثانية عشر.

4- مرحلة العمليات العقليّة المجردة في هذه المرحلة تنمو قدرات الفرد العقليّة ليصبح قادرا على الإدراك العقلي المجرد والتفكير المعقد وتمتد هذه المرحلة ما بين سن الثانية عشر وحتى الخامسة عشر. أما العالم (برونر) فيرى أن اللعب أداة للنمو المعرفي وبناء الشخصيّة الاجتماعيّة المتكاملة للطفل بشكل خاص، والكائن الإنساني في مختلف مراحل النمو بشكل عام، وبذلك يقوم الأطفال بمحاولات متنوعة لمعالجة المشكلات من وضع خيالهم تساعدهم في اكتشاف مشكلات حقيقية في حياتهم المستقبلية (على، 2010).

نظرية التوازن (كونارد لانج): والتي اعتبرت أن وظيفة اللعب سد النقص الموجود في الحياة الواقعية للفرد، فمن خلال اللعب تتهيأ للفرد الحياة المتوازنة، وهو يستطيع تغذية احتياجاته الجديدة بشكل

مستمر كونه ولد ميالا للعب، وفي الحياة العملية للأفراد فإن الفرد يقوم بتلبية دوافعه وميوله من خلال أعمال خاصة (حمدان، 2016).

نظرية التحليل النفسي: استخدمت النظرية التحليلية اللعب لتفسير الدوافع اللاشعورية عند الطفل، من خلال اللعب التخيلي، والأحلام، وأحلام اليقظة، والرسم، والتلوين وفق (أنا فرويد)، أما (ميلين كلاين) في استخدامها للتحليل النفسي للطفل والذي بدأ في عام 1919 اعتبرت أن اللعب التلقائي له معنى رمزي وهو بمثابة التداعي الحر .(غيث، 2006). وأوضحت النظرية التحليلية أن اللعب وسيلة لتحقيق أمنيات الأطفال والتحكم في الأحداث الصادمة، فالأطفال يكررون كل شيء، ولديهم انطباع قوي في حياتهم الواقعية ومن خلال اللعب يتحررون من قوه الانطباع ويجعلون أنفسهم المسيطرين على تلك المواقف التي كانوا من قبل ضحاياها. ووفق النظرية التحليلية فإن هناك مبدئين أساسيين في تفسير اللعب؛ الأول: اللذة والذي يشير إلى أن اللعب وسيلة لتحقيق بعض الرغبات الخاصة لدى الطفل، والتي لا يستطيع أن يحققها في الواقع مما يجعله يقوم بها أثناء لعبه. الثاني: التكرار والتوقيت، وتعني أنّه إذا مر الإنسان بخبرة مؤلمة ما، فإن هذه الخبرة تؤثر في التكوين النفسي للفرد وتجعله يبذل مجهوداً لتناولها من جديد ويحاول التغلب عليها، كما أنّه في تكراره لخبرة مؤلمة ما فإنّها تخفف من الأثر النفسي على الطفل (على، 2010).

النظريات المعاصرة

النظرية السلوكيّة: إن الإنسان مزود بعدد من الاستعدادات السلوكيّة التي تساعده على التعلم وتحدث عملية التعلم نتيجة وجود دافع ومثير واستجابة، إذ يفسر السلوكيون اللعب في ضوء مقولاتهم عن التعزيز والتعلم بالملاحظة والتعميم والتكرار، فقد يحاول الطفل الاحتفاظ بتوازن كرة فوق أنفه لأنّه تلقى الثناء على نشاطات مشابهة في الماضي، لذلك فإن ما يتم إثباته وتعزيزه بواسطة الثناء أو غير ذلك من الحوافز التي نتعلمها يميل إلى أن يتكرر حينما توجد بعض الظروف التي حدث فيها التعلم الأصلي، ويمكن أن تُعد خبرة الطفل بالثناء عليه بسبب المنافسة وغيرها من الحوافز الاجتماعيّة المتعلمة مسؤولة عن قدر كبير من اللعب، ويرى (هل) أن اللعب يقوى بواسطة الحوافز الثانوية، أما (سكنر) فقد أكد على التعزيز والمكافأة غير المنتظمة، والسلوك الذي لا يكافأ ربما يكون سلوكاً منقولاً

من مكافآت سابقة غير منتظمة، ومن المحتمل أن تنشأ بعض أنواع اللعب بهذه الطريقة فاللعب حين يؤدي إلى إشباع بعض الحاجات أو يرتبط بها فسوف يميل للتكرار، كذلك أكد (بندورا) على أهميّة المحاكاة في اكتساب السلوك كما يحصل في سلوك اللعب، فلا يمكن بأي حال تجاهل دور المحاكاة في اللعب الرمزي عند الأطفال (صباح، 2017).

نظرية التعلم الحر (مونتيسوري): اعتمدت هذه النظرية على مراقبة الأنشطة الحرة للطفل ضمن البيئة المجهزة لتلائم الخصائص البشرية الأساسية للأطفال من مختلف الأعمار، إذ يجب على البيئة أن تظهر خصائص البناء بما يتناسب مع الطفل، وتظهر سمات الانسجام والجمال، والنظام والنظافة، وسهولة النشاط وتنظيم الحركة، واهتمت بمراقبة الطفل وسلوكه في تفاعله مع الطبيعة، واعتبرت أن وظيفة البيئة السماح للطفل بأن يتطور بشكل مستقل، وفقاً لتوجهاته النفسيّة الداخلية كما ركزت النظرية على الجانب التعليمي الحر من خلال الحث على مراقبة سلوك الأطفال وتجربة تفاعلهم مع الطبيعة، ومن منطلق وجود مجموعة من الاتجاهات والميول التي تحدد السلوك القيادي للطفل في كل مرحلة فقد سعت النظرية إلى اعتماد المراحل العمريّة للطفل في إشارة إلى أهميّة الجانب التعليمي في الاستجابة لتلك الميول (الزعبوط، 2019).

2.3 الدّراسات السابقة

سيتم عرض أهم الدّراسات السابقة من الاحدث الى الاقدم والتي تناولت اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأهم الدّراسات التي تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي باللعب مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والقلق لدى الاطفال المصدومين

أولا: دراسات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال:

قام الشميري (2020) بدراسة هدفت إلى الكشف عن خبرات الحرب الصادمة وعلاقتها باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال النازحين في محافظة (أب) باليمن، وتكونت عيّنة البحث من (142) طفلا وطفلة من الأطفال النازحين مع عائلاتهم إلى محافظة (أب) في العام 2017 ممن تتراوح أعمارهم بين (7–17) سنة، واستخدم الباحث قائمة خبرات الحرب الصادمة، مقياس اضطراب

ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال، وأشارت أهم نتائج البحث النتائج إلى أن مستوى خبرات الحرب الصادمة واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كانا متوسطين، كما كشفت الدّراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً في مستوى الخبرات الحرب الصادمة واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وفي دراسة أجريت من قبل حنون (Hanooun, 2017) هدفت إلى فحص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعوامل الخطر التي تواجه الفتاة الفلسطينية المراهقة، هذا وتكونت عيّنة البحث من (522) فتاة من مدارس مخيمات وقرى وبلدات شمال الضفة الغربية، ممن تتراوح اعمارهن ما بين (12–18) سنة، واستخدمت الباحثة استبياناً مكوناً من 51 بنداً موزعاً على ستة مجالات، العنف السياسي وتدمير البيوت، ضعف التحصيل الدراسي، العنف المهني، الرهاب الاجتماعي، إهمال الاسرة، والفقر، كما استخدمت الباحثة العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصدمة للمراهقات، وتدعيم الاسر، وأشارت النتائج إلى أن عامل الخطر الأكثر أهمية في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عيّنة البحث هو العنف السياسي.

وأجرى مقدادي والمومني (2017) دراسة هدفت إلى معرفة مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عيّنة من الأطفال اللاجئين السوريين في مخيم الزعتري، ومعرفة الفروق في درجة الاضطراب، وتكونت عيّنة الدّراسة من (76) طفلا، (45) من الذكور، و(31) من الإناث، واستخدم الباحثان مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مقياس دافيدسون) وقد أشارت النتائج إلى وجود مستوى متوسط من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عيّنة البحث.

كما أجرى حامد وابو حسن (2016) دراسة هدفت إلى التعرف على أهم الآثار النفسيّة والاجتماعيّة الناتجة عن ضغط ما بعد الصدمة نتيجة الاجتياحات الإسرائيلية في منطقة جنين على مجموعة من الأطفال، واستخدم الباحثان استبانة اشتملت على فقرات ذات صلة بالآثار النفسيّة، والسلوكيّة، والاجتماعيّة المختلفة والمتعلقة بدلالات ضغوط ما بعد الصدمة، وتم تقديمها لعيّنة عشوائية بلغت (50) طفلا إناث وذكور من مخيم جنين، وبلدة الزبابدة أعمارهم بين (7–15) عاما وقد بينت أن نسبة القلق، والأرق، والتبول اللاإرادي مرتفعة مقارنة بغيرها من الظواهر النفسيّة حيث احتلت الترتيب

الأول على مقياس بُعد الآثار النفسيّة، إلى جانب الترقب والخوف من المجهول، كما أظهرت توجه عنفوي نحو التفكير بالقتل، والانتقام والكره والحقد، وإسقاط وإزاحة المشاعر السلبية المكبوتة من خلال اللعب بألعاب العنفوان هي من أهم الآثار النفسيّة والاجتماعيّة المترتبة على ما حدث في منطقة جنين.

كما أجرى ثابت وثابت (2015) دراسة هدفت إلى التعرف لأثر الصدمات النفسيّة الناتجة عن حرب الأيام الثمانية على غزة على كرب ما بعد الصدمة، والقلق والصمود النفسي للأطفال في قطاع غزة، وتكونت عيّنة الدّراسة من (502) من الأطفال تم اختيارهم من (16) منطقة من مناطق قطاع غزة، وتتراوح أعمارهم بين (9–16) سنة، وتم استخدام استبيان المعلومات الديموغرافية والاجتماعيّة، وقائمة غزة للأحداث الصادمة، كرب ما بعد الصدمة، القلق للأطفال، والصمود النفسي، وأشارت نتائج الدّراسة إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من كرب ما بعد الصدمة بلغت (35,9%) وبلغت نسبة القلق في الأطفال (30,9%) مع عدم وجود اختلافات في القلق بين الأولاد والبنات، وكان معدل القلق أكثر عند الأطفال الذين يعيشون في المخيمات، والأطفال المنحدرين من أسر فقيرة.

وقام ثابت واخرون (Thabet et al, 2015) بدراسة هدفت إلى التعرف لمستوى الصمود النفسي والفاعلية الصحيّة النفسيّة في حالات الحصار العسكري والعنف في عيّنة من المجتمع الفلسطيني، حيث تكونت العيّنة من (386) طفلاً فلسطيني من قطاع غزة، وبلغ متوسط أعمارهم (13,41) سنة، وبلغت نسبة الذكور منهم (52,07%) ونسبة الإناث (47,93%)، وتم إجراء مقابلات مع الأطفال باستخدام استبانة التقييم الاجتماعي والديموغرافي، مقياس الخبرات الصادمة في غزة، مقياس الاكتئاب، مقياس القلق، مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، وأوضحت النتائج عدم وجود فروق بين الجنسين في التعرض لأحداث صادمة ناتجة عن الحرب على غزة في 2008–2009، والاقتتال الداخلي بين الفصائل الفلسطينية، كما أنّ نسبة (12,4%) من الأطفال، عانوا من اضطراب كرب ما بعد الصدمة، و(22,37%) عانوا من اضطراب جزئي كرب ما بعد الصدمة، و(26,7%) كان لديهم مجموعة واحدة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة (استعادة للخبرة، أو التجنب، أو الاستثارة) وأكثر من ثلثهم (38,4%) لم يكن لديهم اضطراب ما بعد الصدمة.

قام بن العزمية والمحتسب (2014) بدراسة هدفت إلى التعرف لنسب انتشار مؤشرات الاضطراب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى الأطفال والراشدين جنوب قطاع غزة، وتم اختيار عيّنة الدّراسة من الأسر التي تعيش في جنوب غزة (رفح، خانيونس) على المناطق الحدودية، وتكونت العيّنة من (1146) رب أسرة وأطفالهم، وتم استخدام مقياس مؤشرات الاضطراب النفسي عند الأطفال والراشدين من إعداد الباحثين، وأظهرت أهم نتائج الدّراسة انتشار مؤشرات الاضطراب النفسي عند الأطفال بنسب مختلفة وبلغت نسبة انتشار القلق والتوتر لديهم (20,0)، بينما بلغت نسبة انتشار الخوف لدى الراشدين (54,8%) لدى الذكور، و(43) لدى الإناث علما أن نسبة تلقى أفراد العيّنة لخدمة إرشادية قد بلغت 14,7%.

وأجرى ثابت واخرون (Thabet et al, 2014) دراسة هدفت إلى معرفة أنواع الأحداث الصادمة الناتجة عن الحرب على قطاع غزة، وعلاقتها بكرب ما بعد الصدمة والقلق، وتكونت عيّنة الدّراسة من (358) من الاطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (15–18) سنة، وبلغ عدد الذكور (158) بنسبة (44,1%)، وعدد الإناث (200) بنسبة (55,9%)، وتم اختيار العيّنة من (10) مدارس في قطاع غزة، وأجريت مقابلات مباشرة مع المراهقين المشمولين من خلال استبيان يشمل معلومات اجتماعية وديموغرافية، ومقياس الخبرات الصادمة عن الحرب على غزة، ومقياس سنبس للقلق، ومقياس كرب ما بعد الصدمة، وأظهرت نتائج الدّراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة في مجموع أعراض القلق وجميع أنواع القلق الأخرى بنسبة (41,18) لصالح الفتيات، ووفقا لمقياس كرب ما بعد الصدمة، أظهرت الدّراسة أن (11,8%) ليس لديهم كرب ما بعد الصدمة، وكان (24,2%) من الاطفال لديهم اثنين من أعراض كرب ما بعد الصدمة، وكان لدى (34,31%) كرب جزئي ما بعد الصدمة، في حين كان (29,8%) يعانون من كرب ما بعد الصدمة

وفي دراسة سكر ونجّلا (Sukar & Najlaa, 2013) التي هدفت إلى معرفة مدى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة إذ بلغت عيّنة الدّراسة (60) طفلان عراقيا تتراوح أعمارهم ما بين (10–15) عاما، أشارت أهم نتائج الدّراسة إلى ارتفاع معدل انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، واستخدام الطرق السلبية في التعامل مع اضطراب ما بعد الصدمة، كما أظهرت الدّراسة أن الأطفال

يتأثرون بالصدمة بطريقه مماثله لما يتكاثر به الراشدون وأنّه يجب استخدام برنامج فعال في التعامل مع هؤلاء الأطفال.

في دراسة ضمرة (2013) والتي هدفت إلى قياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عيّنة من الأطفال والمراهقين اللاجئين العراقيين في الأردن، في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، حيث تكونت عيّنة الدّراسة من (500) طفل ومراهق من اللاجئين العراقيين والمراجعين لمركز الرعاية والمشورة المتخصصة (Trauma Center) في معهد العناية بصحة الأسرة التابع لمؤسسة نور الحسين في منطقة صويلح، وتم استخدام قائمة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المصممة لتقييم مستويات أعراض ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال، وأشارت نتائج الدّراسة إلى شيوع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أطفال العيّنة بشكل متوسط على جميع أبعاد أداة الدّراسة، والبعد الكلي.

وقام أحمد واخرون (2011) بدراسة هدفت إلى قياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين بمعسكرات النازحين بولاية غرب دارفور، والتي أجريت على عيّنة من (5200) طفل ومراهق، تم اختيار (395) مفحوصاً منهم (172 من الذكور، و223 من الإناث) ليمثلوا عيّنة الدّراسة في معسكرات أردمتا، والرياض بولاية غرب دارفور، واستخدم الباحثون الطريقة الطبقية العشوائية في اختيار المفحوصين، وتم تطبيق مقياس أعراض الصدمة النفسيّة للأطفال، وأظهرت النتائج أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هو الأكثر شيوعاً، بينما القلق هو الأقل شيوعاً.

وفي دراسة قوته والسراج (2004) والتي هدفت إلى قياس مدى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين أطفال قطاع غزة، واستهدفت عيّنة مؤلفة من (944) طفلا من مختلف مناطق قطاع غزة، تتراوح أعمارهم بين (10–19) سنة، وكان متوسط الأعمار (15.1) سنة، وبلغت نسبة الذكور (49,7)، ونسبة الإناث (50,3)، كما بلغت نسبة الأطفال اللاجئين (76,8)، والبقية من المواطنين، وتم استخدام مقياس التعرض للصدمة النفسيّة ومقياس (PTSD Symptom Scale)، ومقياس (Chilled posttraumatic Stress Index)، واستمارة مفتوحة النهاية، وأظهرت النتائج أن

(32,7%) من الأطفال يعانون من اضطراب حاد لضغوط ما بعد الصدمة، وأن نسبة (49,2%) منهم يعانون من أعراض متوسطة لاضطراب ما بعد الصدمة.

أجرى سميث واخرون (Smith et al, 2002) دراسة هدفت إلى تقييم آثار الحرب على الصّحة النفسيّة للطفل ومعرفة أثر العنف خلال الحرب البوسنية – الكرواتية في تطور كرب ما بعد الصدمة، وتكونت عيّنة الدّراسة من (2967) طفلا تراوحت أعمارهم بين (9–14) سنة. وتم استخدام مقاييس self-report الموحدة لأعراض الإجهاد اللاحق للصدمة والاكتئاب والقلق والحزن، إلى جانب تقرير عن مدى تعرضهم للعنف المرتبط بالحرب، وأظهرت النتائج ارتفاع واضح بمعدل كرب ما بعد الصدمة والحزن، كما كانت معدلات القلق والاكتئاب ضعيفة جداً، ولم يكن هناك اختلاف مهم بين كلا الجنسين في التعرض للخبرات الصادمة.

ثانيا: دراسات اهتمت بفحص مدى فاعلية العلاج باللعب في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الاطفال المصدومين:

واجرى علاء الدين والحوامده (2020) بدراسة هدفت الى فحص اثر برنامج جمعي يستند الى العلاج باللعب المعرفي السلوكي في خفض المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى عينة من الطلاب الذكور اللاجئين في مدرسة عبد الملك بن مروان الاساسية للبنين في الاردن، وتكونت عينة الدراسة من (40) طفلا في الصفين السادس والسابع تتراوح اعمارهم بين (12–14) سنة، وتم تقسيمهم الى مجموعتين تجريبية وضابطة، في كل مجموعة (20) طفلا، وتم استخدام النسخة العربية من استبانة اوجه القوة والصعوبات (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ)، وتكون البرنامج العلاجي من 14 جلسة بمعدل جلسة اسبوعيا، واظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الارشادي الجمعب المستند الى العلاج المعرفي باللعب في خفض المشكلات الانفعالية والسلوكية، واستمرار التحسن لدى الاطفال في فترة المتابعة.

وقام عمار (2019) بدراسة تهدف إلى معرفة مدى فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكيّة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، وتكونت عيّنة الدّراسة من

(22) طفل وطفلة تتراوح أعمارهم ما بين (6–9) سنوات، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة، وتجريبية في كل مجموعة (11) طفل (6 ذكور و5 إناث)، وتم استخدام مقياس اضطرابات السلوك والذي ينطوي على ستة أبعاد (السلوك المضاد للمجتمع، القلق، والاكتئاب، الاعتمادية، العناد، النشاط الحركي الزائد، والمشكلات مع الأقران)، وتكون برنامج العلاج من (20) جلسة بمعدل جلستين أسبوعيا، وأظهرت نتائج الدّراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باللعب في تخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى الأطفال، واستمرار التحسن لدى الأطفال بعد فترة المتابعة.

قام سارمين وتولوليو (Sarimin & Tololiu, 2017)، بدراسة هدفت إلى التعرف فاعلية العلاج السلوكي المعرفي فقط بالمقارنة مع العلاج المعرفي السلوكي باللعب بين الأطفال المصابين باضطراب ما بعد الصدمة، والذين تضرروا من كارثة الفيضانات في مدينة مانادو الأندونيسية، وتكونت عيّنة البحث من (60) طالب تتراوح أعمارهم ما بين (8–12) عاما، وتم توزيع المشاركين إلى مجموعتين، مجموعة تلقت برنامج علاج معرفي سلوكي، والمجموعة الثانية تلقت علاج معرفي سلوكي باللعب، واظهرت نتائج الدّراسة أن هناك انخفاضا في درجة اضطراب ما بعد الصدمة بين الأطفال في كل من مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي باللعب، وأن نتائج المجموعة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي باللعب أظهرت انخفاضا أعلى في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مقارنة بمجموعة الاطفال الذين تلقوا علاج سلوكي معرفي فقط .

أجرى الزراد والنبا (2017) دراسة هدفت إلى فحص مدى فاعلية العلاج باللعب في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عيّنة من الأطفال المساء إليهم جنسياً، وتكونت عيّنة الدّراسة من (30) طفلاً من المُساء إليهم جنسياً في مؤسسة الحسين للخدمات الاجتماعيّة في الأردن، وتراوحت أعمارهم ما بين (6–12) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وتكونت كل مجموعة من 15 طفلا، منهم (8 ذكور ، 7 إناث)، وتكون برنامج العلاج باللعب من (30) جلسة، منهم (20) جلسة فردية، و(10) جلسات جماعية كانت مدة الجلسة بين (35–45) دقيقة، واحتوى البرنامج على تقنيات التعبير بالفن وتقنية الدمى المتحركة، وتقنية رواية القصة وتقنية اللعب الجماعي، وأظهرت

نتائج الدّراسة فعالية برنامج العلاج باللعب في تخفيف أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم جنسياً.

قامت البطنيجي (2016) بدراسة هدفت إلى التعرف لفعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى القلق النفسي لدى طلاب المدارس في المناطق الحدودية بشرق غزة، حيث أظهرت أهم نتائج الدّراسة أن نسبة القلق لدى طلاب المدارس في المناطق الحدودية وصل إلى (52,75%) وتكون مجتمع الدّراسة الأصلي من طلاب جميع المدارس في المناطق الحدودية بشرق غزة والبالغ عددهم (227) طالبا، موزعين على (30) شعبة من طلاب الصف التاسع الأساسي، وتكونت عيّنة البحث من مجموعة واحدة من الطلاب الذكور في الصف التاسع الأساسي بمدرسة تونس للبنين، وبلغ عدد أفراد العيّنة (20) طالبا، وتم استخدام مقياس القلق النفسي (مقياس تايلور للقلق الصريح) لقياس القلق لدى أفراد العيّنة.

اجرت ابو غالي وحجازي (2015) دراسة هدفت الى فحص مدى فاعلية برنامج ارشادي في الحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى اطفال غزة المدمرة منازلهم اثناء حرب (2014)، وتكونت عينة الدراسة من (18) طفلا جميعهم من الذكور، تم تقسيمهم عشوائيا الى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وتكونت كل مجموعة من (9) اطفال، تراوحت اعمارهم ما بين(10–12)عاما، وتم استخدام مقياس الكوابيس الليلية، ومقياس جودة النوم، واظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج في خفض الكوابيس الليلية وتحسن جودة النوم لدى افراد العينة.

2.4 التعليق على الدّراسات السابقة

يتضح من الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الاطفال، واضطرابات الصحة النفسية مدى تاثر الاطفال نفسيا، واصابتهم باعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، واعراض القلق والخوف، وغيرها من اضطرابات الصحة النفسية، كما اوضحت دراسة ثابت، واخرون (2014)؛ ودراسة بن العزمية ومحتسب (2014)، نتيجة لما يتعرضون له من خبرات صادمة سواء الناتجة عن الحرب، او الاساءة الجسدية او الكوارث الطبيعية. وان القلق والارق والخوف من المجهول

ينتشر اكثر بالاطفال الذين يقطنون المخيمات، والاطفال المنحدرين من اسر فقيرة كما اوضحت ثابت واخرون (Thabet et al, 2015)؛ والى جانب اعراض الخوف من المجهول والترقب، توجد كذلك اعراض الارق والتبول الاارادي والتوجه نحو العنف والقتل والانتقام كما اوضحت دراسة (حامد وابو حسن، 2016).

كما يتضح من الدّراسات السابقة والتي اهتمت باستخدام منهجية العلاج باللعب في التدخل مع الأطفال الذين يعانون اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسيّة، والاضطرابات النفسية أن العلاج باللعب له فاعلية كبيرة في التدخل مع الأطفال، ويسهم بشكل واضح في خفض اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة سواء نتج الاضطراب بسبب التعرض للإساءة الجنسية كما في دراسة الزراد، والنبا (2017)؛ أو بسبب التعرض لكارثة طبيعية مثل دراسة سارمين وتولوليو (Sarimin & Tololiu, 2017)؛ إلى جانب دور العلاج باللعب بشكل كبير في خفض الاضطرابات السلوكيّة عند الأطفال كما في دراسة (عمار، 2019).

كما يتضح من الدّراسات السابقة التي تناولت موضوع العلاج باللعب مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وقلق المستقبل، وبخاصة الدّراسات المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي باللعب تحديدا بأنّها قليلة في العالم العربي، فيما يتعلق بعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وقلق المستقبل عند الأطفال، وبالتّالي تتميز هذه الدّراسة كونها من الدّراسات القليلة عربياً وفلسطينياً في تناول العلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، وقلق المستقبل، لدى الاطفال الذين يقطنون المخيمات خاصة مخيم بلاطة، حيث لم يتم التدخل سابقا مع الاطفال في المخيم من خلال برامج علاجية مستندة الى العلاج المعرفي السلوكي باللعب، رغم الحاجة لهذه البرامج كون المخيمات في فلسطين من اكثر المناطق تعرضا للعمليات العسكرية من الاحتلال الاسرائيلي، الى جانب ارتفاع مشاكل فوضى السلاح والاقتتال داخل المخيم في السنوات الاخيرة، وعليه قامت الباحثة ببناء برنامج علاجي معرفي سلوكي باللعب لخفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأعراض قلق المستقبل لدى الأطفال للمساعدة في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة واعراض قلق المستقبل لديهم، من خلال ما يحتويه البرنامج من فنيات معتمدة على الارشاد المعرفي

السلوكي باللعب كالرسم، والكتابة، ورواية القصة، والتمثيل، واللعب بالدمى وغيرها من الفنيات الموجهة التي تسهم بشكل واضح في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة واعراض قلق المستقبل لدى الاطفال المصدومين، كما يتيح هذا البرنامج المجال للاخصائيين والعاملين النفسيين في فلسطين لتطبيقه مع الاطفال، والاستفاده منه في تدخلاتهم الارشادية والعلاجية لما يحتويه من فنيات تتناسبهم.

الفصل الثالث

المنهجية والإجراءات

الفصل الثالث

المنهجية والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفا لمنهجية الدّراسة من حيث عيّنة الدّراسة وطرق اختيارها، والأدوات التي تم استخدامها بالدّراسة وطرق استخراج صدقها وثباتها، ومتغيرات الدّراسة المستقلة والتابعة، وطرق التحليل الإحصائي المستخدم في الدّراسة.

3.1 منهجية الدّراسة

استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي في هذه الدّراسة لملائمته لأغراض وتصميم الدّراسة الحالية.

3.2 مجتمع الدراسة والعينة

تم تطبيق مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال، ومقياس قلق المستقبل على مجتمع دراسي يتألف من جميع الأطفال في الفئة العمريّة من (12–14) سنة يقطنون في مخيم بلاطة، ووهم كذلك مسجلين في مدارس الوكالة بالمخيم، والبالغ عددهم (577) طفلا، (414 من الإناث) و(163) ذكور، وحصل(74) طفلا، (47) انثى، و(27) ذكر على درجات مرتفعة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وعلى درجات ما بين مرتفعة، ومتوسطة على مقياس قلق المستقبل، وبعد مناقشة فكرة البرنامج االعلاجي معهم ومع ذويهم، وافق (22) طفل على المشاركة في البرنامج، مثلوا بذلك عينة الدراسة النهائية، وقد وزعوا قصديا إلى مجموعة ضابطة مكونة من (11) طفلا، (7) إناث، و(4) ذكور، ومجموعة تجريبية مكونة من (11) طفلا، (6) إناث و(5) ذكور.

3.3 أدوات الدّراسة

1. مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة إعداد محاميد (Mahamid, 2013):

استخدمت الباحثة المقياس الذي تم إعداده من قبل محاميد (Mahamid, 2013) على عيّنة من الأطفال المصدومين في مدينة نابلس، ويشمل المقياس الحالي على 47 فقرة على مقياس متدرج من

(دائماً)، (غالباً)، (أحياناً)، (نادراً)، (إطلاقاً)، اذ يعطى التقدير دائما (5) درجات، والتدريج غالباً (4) درجات، والتدريج احياناً (3) درجات، والتدريج نادرا (2) درجة، والتدريج اطلاقا (1) درجة. اذ تشير الدرجات المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الفرد، كما تراوحت درجات مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين (47–235) درجة، وتشير (235) إلى مستوى عالي من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وتشير الدرجة (47) إلى مستوى منخفض من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

تكون المقياس من (47) مفردة موزعة على ست محاور كالآتي:

1- إعادة تذكر الصدمة ويشمل أرقام المفردات (6، 5، 4، 3، 2، 1).

2- التجنب والخدر: ويشمل أرقام المفردات (17، 16، 15، 14، 13، 12، 11، 10، 9، 8، 7).

3- فرط التوتر: ويشمل أرقام المفردات (24، 23، 22، 21، 20، 19، 18).

4- الأعراض الجسديّة: ويشمل أرقام المفردات (30، 29، 28، 27، 26، 25).

5- اللعب الصادم: ويشمل أرقام المفردات (37، 36، 35، 34، 33، 32، 31).

6- الأعراض النفسيّة: ويشمل أرقام المفردات (47، 46، 45، 44، 43، 42، 41، 40، 39، 38).

صدق مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

من أجل التأكد من صدق مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وملائمته للبيئة الفلسطينية قام محاميد (Mahamid, 2013) باستخدام صدق المحتوى حيث قام بعرض المقياس على لجنة مؤلفة من (10) خبراء في علم النفس الإرشادي لمراجعة بنود المقياس، وتم إسقاط (5) فقرات من بنود المقياس، إضافة إلى تعديل التعبير اللغوي لبعض البنود، كما تم التأكد من صدق البناء من خلال احتساب الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

من بين عيّنة مستقلة عن عيّنة الدّراسة مكونة من (50) طفلا تعرض لصدمة نفسيّة، اذ أظهرت النتائج ان المقياس يتمتع بصدق بناء مرتفع، كما قام محاميد بفحص البناء الداخلي للمقياس، وقد تبين أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من صدق البناء، فقد تراوح ارتباط الفقرات مع الدرجة الكليّة للمقياس (0,25-0,68).

ثبات المقياس:

لأغراض الدّراسة الحالية، تم استخراج معامل الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي، وقد بلغت درجة الاتساق الداخلي للمقياس (0,95)، وهذه النتيجة تشير إلى ثبات يفي بأغراض الدّراسة.

2. مقياس قلق المستقبل إعداد شقير (أبو الرب، 2012):

استخدمت الباحثة المقياس الذي تم إعداده من قبل زينب شقير (أبو الرب، 2012). بعد تطويره على البيئة الفلسطينية، والمقياس ذو تدريج خماسي متدرج من معترض بشدة، معترض أحيانا، معترض بدرجة متوسطة، عادة (كثيرا)، دائما (تماما)، اذ يعطى التقدير معترض بشدة (0) درجة، والتدرج معترض أحيانا (1) درجة، والتدرج معترض بدرجة متوسطة (2) درجة، والتدرج عادة (كثيرا) (3) درجات، والتدرج دائما (تماما) (4)، على الترتيب عندما يكون اتجاه البنود نحو قلق المستقبل سلبيا، وذلك بالفقرات من(1-10) بينما تكون هذه التقديرات في اتجاه عكسي عندما يكون اتجاه تقديرات) نحو قلق المستقبل إيجابيا، وذلك بالفقرات من (11-28) اذ يعطى التقدير معترض بشدة (4) درجات، والتدرج معترض أحيانا (3) درجات، والتدرج معترض بدرجة متوسطة (2) درجة، والتدرج عادة (كثيرا) (1) درجة، والتدرج دائما (تماما) (0) درجة، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (0-112) درجة، وتشير الدرجة (112) الى مستوى عال من قلق المستقبل، والدرجة (0) تشير الى مستوى منخفض من قلق المستقبل.

يتكون مقياس قلق المستقبل من (28) مفردة موزعة على 5 محاور:

1- القلق المتعلق بالمشكلات الحياتيّة المستقبلية ويشمل أرقام المفردات (24، 22، 21، 20، 17).

2- قلق الصّحة وقلق الموت ويشمل أرقام المفردات (26، 25، 19، 18، 10).

3- القلق الذهني (قلق التفكير بالمستقبل) ويشمل أرقام المفردات (28، 23، 14، 13، 11، 6، 3).

4- اليأس من المستقبل ويشمل أرقام المفردات (16، 12، 9، 8، 7، 4).

5- الخوف والقلق من الفشل في المستقبل، ويشمل أرقام المفردات (27، 15، 5، 2، 1) وتتراوح الدرجة الكليّة للمقياس بين (0-112 درجة).

صدق مقياس قلق المستقبل على البيئة الفلسطينية:

للتأكد من صدق أداة الدّراسة (مقياس قلق المستقبل) على البيئة الفلسطينية قامت (أبو الرب، 2012) بعرضها على (10) محكمين في مجال علم النفس، والإرشاد النفسي والتربوي مناهج البحث العلمي ممن يحملون درجة الدكتوراه والماجستير من جامعات القدس، والقدس المفتوحة، وجامعة بيرزيت، وجامعة الاستقلال، ولم يتم حذف أي فقرة باتفاق أغلبية المحكمين وتم حذف بعض الجمل غير المناسبة، والمركبة إعادة صياغة بعض الفقرات تم تعديل الفقرات الطويلة والمركبة، كما تم التحقق من صدق الأداة بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكليّة للأداة للمقياس، وتبين وجود دلالة إحصائيّة في جميع فقرات الاستبانة بلغت (0"288.-0"665.) وهذا يدل على صدق البناء .

ثبات مقياس قلق المستقبل:

قامت (أبو الرب، 2012) بالتحقق من ثبات مقياس قلق المستقبل، وذلك باستخراج ثبات الدرجة الكليّة للمقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي، اذ بلغت الدرجة الكلية لثبات المقياس (0.866) وهذه النتيجة تشير إلى ثبات يفي بأغراض الدّراسة.

3.4 البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي القائم على اللعب

بعد اطلاع الباحثة على الأدب المتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي باللعب، والتقنيات العلاجية الخاصة به، قامت الباحثة ببناء برنامج علاجي مستند إلى المنهج المعرفي السلوكي باللعب لخفض قلق المستقبل، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين، حيث تكون البرنامج من (15) جلسة علاجية بواقع جلستين أسبوعيا وكانت مدة كل جلسة ساعة ونصف.

وصف مختصر لجلسات البرنامج:

الجلسة الأولى: تهدف إلى التعارف وبناء الثقة بين المجموعة وكسر الجليد، والاتفاق على قوانين المجموعة وشرح أهداف البرنامج، وإنهاء الجلسة، وإعطاء الواجب البيتي.

الجلسة الثانية: تهدف إلى التعامل مع المواقف اليومية الضاغطة الناتجة عن الخبرات الصادمة والتي تسبب التوتر والقلق من خلال تخيل المكان الآمن، واستخدام تقنية الاسترخاء الجسدي، وإنهاء الجلسة، وإعطاء الواجب البيتي.

الجلسة الثالثة: تهدف إلى التعرف مفهوم الخبرات الصادمة، وأعراض ضغوط ما بعد الصدمة وربط تأثير هذه الخبرات على الجسد والأفكار والمشاعر، وإنهاء الجلسة، وإعطاء الواجب البيتي.

الجلسة الرابعة والخامسة: تهدف إلى الربط بين الأفكار المتعلقة بالخبرات الصادمة وأثرها على المشاعر والسلوك في الحياة الخاصة، وتحسين الذاكرة بالخبرة الصادمة، ورفع الوعي بالأحاسيس وبمشاعر الغضب، والعمل على مكافحة الأفكار السلبية الناتجة عن الصدمة واستبدالها بأفكار إيجابية، وإنهاء الجلسة، وإعطاء الواجب البيتي.

الجلسة السادسة: تهدف إلى تحديد المواقف التي يحصل فيها سلوك التجنب والمشاعر المصاحبة له، وكيفية استخدام تقنية الإلهاء، ووقف الأفكار للمساعدة على مواجهة الأفكار السلبية والتعرض لهذه المواقف من خلال استخدام تمرين التمثيل.

الجلسات السابعة والثامنة: تهدف الجلسة إلى التعرض لذكرى الخبرات الصادمة باستخدام الرسم وكتابة القصة، وذلك لزيادة وعي المشارك لما يتملكه من مهارات وتحسين شعوره بالسيطرة على الذات والبيئة، ورفع قدرته على التعامل مع الآخرين وبناء دعم الأقران.

الجلسة التاسعة: وتهدف إلى زيادة إدراكهم المشاركين لمستوى تأثير الأقران على قراراتهم، وتعزيز قدرتهم على التعامل مع المشاكل اليومية الناتجة عن الخبرة الصادمة، واتخاذ القرارات المناسبة في المواقف التي يشعرون فيها بالتوتر والقلق الناتج عن الخبرة الصادمة.

الجلسة العاشرة: تهدف إلى التعرف على مفهوم قلق المستقبل، وأعراضه وإدراك كيفية تأثيره على حياة المشاركين، وربط كيفية تأثيره على الجسد، والأفكار، والمشاعر.

الجلسة الحادية عشر: تهدف إلى الربط بين الأفكار المتعلقة بقلق المستقبل وتأثير هذه الأفكار على المشاعر والأحاسيس والسلوك، وتعلم واستخدام طرق تفكير الجديدة لمواجه الأفكار السلبية الناتجة عن قلق المستقبل.

الجلسة الثانية عشر: تهدف إلى رفع قدرة المشاركين للتعامل مع المواقف اليومية الناتجة عن القلق المستقبلي، وتعزيز القدر على السيطرة على الذات والبيئة.

الجلسة الثالثة عشر والرابعة عشر: تهدف إلى رفع مستوى توكيد الذات عند المشاركين، والثقة بقدراتهم وذاتهم، وتحسين ثقته بالآخرين وبالدعم الخارجي.

الجلسة الخامسة عشر: الإنهاء مع المجموعة.

3.5 إجراءات الدّراسة

تتحدد اجراءات الدراسة وفقا للاتي:

1- قامت الباحثة ببناء مخطط الأطروحة بالعنوان المذكور، وتم تقديمه وقبوله من عمادة الدّراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية، وأخذ الموافقة للبدء بإجراءات الدّراسة التجريبية.

2- قامت الباحثة ببناء البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي باللعب وعرضه على مشرفي الرسالة الأول والثاني، كما قامت بعرضه على (3) خبراء في مجال الصّحة النفسيّة والإرشاد النفسي وقامت بإجراء التعديلات اللازمة.

3- قامت الباحثة بتطبيق مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومقياس قلق المستقبل للأطفال على مجتمع دراسي يتألف من (577) طفلا، (414 من الإناث) و(163) ذكورا، من كل الأطفال القاطنين في مخيم بلاطة في الفئة العمريّة من 12-14 سنة، في الفترة الواقعة بين 10-2020/10/15 مع الحرص على اتباع البروتوكول الصحي لإجراءات الوقاية من فيروس (كوفيد 19).

4- بعد جمع النتائج تم حصر أعلى الدرجات لدى (74) طفلا (47) إناثا، و(27) ذكورا من الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وعلى درجات ما بين مرتفعة ومتوسطة على مقياس قلق المستقبل، وتكونت العيّنة النهائية من (22) طفلاً من الذين وافقوا على المشاركة في الدّراسة، تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعة ضابطة مكونة من (11) طفلا، (7) إناث، (4) ذكور، ومجموعة تجريبية مكونة من (11) طفلا، (6) إناث، و(5) ذكور.

5- تم أخذ موافقة الأهل خطياً على مشاركة الأبناء في البرنامج العلاجي وتم عمل جلستين فرديتين لكل طفل، مدة كل جلسة 45 دقيقة، وفق البروتوكول الصحي لإجراءات الوقاية من فيروس (كوفيد 19) قبل البدء بالبرنامج العلاجي من أجل سرد الخبرات الصادمة.

6- تلقت المجموعة التجريبية البرنامج لعلاجي المكون من (15) جلسة، في مركز يافا الثقافي في مخيم بلاطة، بواقع جلستين أسبوعيا مدة كل جلسة ساعة ونصف مع اتباع البروتوكول الصحي لإجراءات الوقاية من فيروس (كوفيد 19)، في حين لم تتلق المجموعة الضابطة البرنامج العلاجي.

7- تم إعادة تطبيق مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومقياس قلق المستقبل للأطفال على عيّنة الدّراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

3.6 تصميم الدّراسة

من أجل الإجابة عن أسئلة الدّراسة اعتمدت الدّراسة على المنهج شبه التجريبي لمجموعتين بتصميم قبلي بعدي، وتبين الرموز التّالية تصميم الدّراسة:

RE O1 × O2

RC O1 - O2

وتمثل الرموز:

R: التوزيع العشوائي.

E: المجموعة التجريبية.

C: المجموعة الضابطة.

O1: القياس القبلي (اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وقلق المستقبل).

O2: القياس البعدي. (اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وقلق المستقبل).

3.7 متغيرات الدّراسة

اشتملت الدّراسة على المتغيرات التّالية:

أ- المتغير المستقل:

برنامج علاجي جمعي قائم على العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض قلق المستقبل، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين.

ب- المتغيرات التابعة:

1- اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

2- قلق المستقبل.

ج- المتغيرات الديموغرافية:

مكان السكن: مخيم بلاطة في مدينة نابلس.

3.8 الأساليب الإحصائيّة

1- اختبار كولموقوروف – سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) الاختبار التوزيع الطبيعي للبيانات.

3- تحليل التباين الأحادي المصاحب (One-Way ANCOVA) للقياس البعدي لقلق المستقبل واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعا لمتغيرات الدراسة، وقياس المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات افراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في القياس القبلي والبعدي لعزل ثاثير القياس القبلي.

4- اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين (Independent Samples t-Test) لقياس المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات افراد المجموعتين التجريبية والضابطة على المقياسين القبلي لمقياس قلق المستقبل، ومقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

5- اختبار (ت) للعينات المترابطة (Paired Samples t-Test) لفحص الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لدى افراد المجموعة التجريبية.

الفصل الرابع

عرض النتائج

الفصل الرابع

عرض النتائج

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدّراسة في ضوء الأسئلة التي تم طرحها، وقد نُظمت وفقاً لمنهجية محددة في العرض، كما يلي:

4.1 اختبار التوزيع الطبيعي Normal Distribution

للتأكد من إتباع البيانات للتوزيع الطبيعي Normal Distribution استخدم اختبار كولموقوروف–سميرنوف Kolmogorov-Smirnov وهو اختبار يهدف إلى تحديد الطرق الإحصائيّة التي سيتم استخدامها لاختبار اسئلة الدّراسة، لأن كل الاختبارات المَعْلَمِيَّة تشترط أن يكون توزيع البيانات طبيعياً، والجدول (1) يبين ذلك:

جدول (1): نتائج اختبار كولموقوروف – سميرنوف Kolmogorov-Smirnov

المتغير	العدد	المجموعة	كولموقوروف– سميرنوف	الدلالة الإحصائيّة
اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قبلي	22	تجريبية وضابطة	0.173	0.086
قلق المستقبل قبلي	22	تجريبية وضابطة	0.112	0.200

يتبين من الجدول (1) أن جميع قيم الدلالة الإحصائيّة لاختبار كولموقوروف – سميرنوف Kolmogorov-Smirnov، أكبر من مستوى الدلالة الإحصائيّة ($\alpha \leq 0.05$) مما يدل على أن جميع المتغيرات تتبع التوزيع الطبيعي.

4.2 تكافؤ المجموعات

للتحقق من تكافؤ المجموعات استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عيّنة الدّراسة في القياس القبلي لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، تبعاً لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ولبيان دلالة الفروق الإحصائيّة بين المتوسطات الحسابية استخدم اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين (Independent t-Test)، والجدول (2) يوضح ذلك.

جدول (2): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) تبعاً لمتغير المجموعة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في القياس القبلي

	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القبلي	**تجريبية**	11	3.7718	0.43198	0.480	0.637
	ضابطة	11	3.6789	0.47447		

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).**

يتبين من الجدول (2) أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين المتوسطات الحسابية للقياس القبلي لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، تبعاً لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، حيث بلغت قيمة "ت" (0.480) وبدلالة إحصائيّة (0.637) وبما أن مستوى الدلالة الإحصائيّة (0.637) أكبر من مستوى الدلالة الإحصائيّة ($\alpha \leq 0.05$) إذن يتم قبول الفرضية الصفرية التي ترى أنّه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائيّة بين متوسطي القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وعليه فإن شرط التكافؤ بين المجموعتين قد تحقق.

السؤال الأول: هل هناك فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية، وافراد المجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟

لفحص السؤال، حُسبت المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد الدّراسة على مقياس قلق المستقبل للقياسين القبلي والبعدي، ونتائج الجدول (3) تبين ذلك:

جدول (3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل في القياس القبلي والبعدي

المجموعة	العدد	القياس القبلي		القياس البعدي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تجريبية	11	2.20	0.33	1.40	0.16
ضابطة	11	2.03	0.28	1.85	0.51
الكلي	22	2.11	0.31	1.62	0.43

يتضح من الجدول (3) وجود فروق ظاهرية بين متوسطي أداء المجموعتين: التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل (البعدي) حيث بلغ متوسط أداء المجموعة التجريبية على الاختبار البعدي (1.40)، في حين بلغ متوسط أداء المجموعة الضابطة (1.85)، وهذا يشير إلى فروق بين المتوسطين.

ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية ذات دلالة إحصائيّة أُجري تحليل التباين الأحادي المصاحب (One-Way ANCOVA)، والجدول (4) يوضح ذلك:

جدول (4): تحليل التباين المصاحب للقياس البعدي لقلق المستقبل

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف" المحسوب	الدلالة
القبلي (المصاحب)	0.120	1	0.120	0.001	0.97
المجموعة	1.004	1	1.004	6.61	0.019
الخطأ	2.88	19	0.15		
المجموع	3.97	21			

يتضح من الجدول (4) وجود فروق ذات دالة إحصائيا في قلق المستقبل عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لمتغير المجموعة، ولصالح المجموعة التجريبية التي بلغ متوسطها (1,40)، في مقابل المجموعة الضابطة التي بلغ متوسطها (1,85) حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة 0.001.

السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، في متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تعزى للبرنامج العلاجي؟

لفحص السؤال، حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء أفراد المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي والاختبار البعدي، ونتائج الجدول 5 توضح ذلك:

جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في القياس القبلي والبعدي

المجموعة	العدد	القياس القبلي		القياس البعدي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تجريبية	11	3.77	0.43	2.28	0.51
ضابطة	11	3.67	0.47	3.52	0.57
الكلي	22	3.72	0.44	2.90	0.82

يتضح من الجدول (5) وجود فروق ظاهرية بين متوسطي أداء المجموعتين: التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة حيث بلغ متوسط أداء المجموعة التجريبية على الاختبار البعدي (2.28)، في حين بلغ متوسط أداء المجموعة الضابطة (3.52)، وهذا يشير إلى فروق بين المتوسطين.

ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية ذات دلالة إحصائيّة أُجري تحليل التباين الأحادي المصاحب (One-Way ANCOVA)، والجدول (6) يوضح ذلك:

جدول (6): تحليل التباين المصاحب للقياس البعدي لقلق المستقبل تبعا لمتغير المجموعة

مصدر التباين	مجموع المربعات	رجات الحرية	متوسط المربعات	"ف" المحسوب	الدلالة
القبلي (المصاحب)	0.407	1	0.407	1.41	0.249
المجموعة	8.837	1	8.837	30.777	0.000
الخطأ	5.455	19	0.287		
المجموع	14.396	21			

يتضح من الجدول (6) عدم وجود فروق ذات دالة إحصائيا في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لمتغير المجموعة، ولصالح المجموعة التجريبية التي بلغ متوسطها (2.28)، في مقابل المجموعة الضابطة التي بلغ متوسطها (3.52).

كما استخدم اختبار (ت) للعينات المترابطة (Paired Sample t-Test)، وذلك للكشف عن الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها البرامج العلاجي، ونتائج الجدول (7) تبين ذلك:

جدول (7): نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة لفحص الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس قلق المستقبل واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية

المتغير	الاختبار	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	ت	الدلالة
قلق المستقبل	قبلي	11	2.20	0.33	10	7.68	0.000
	بعدي	11	1.40	0.16			
اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	قبلي	11	3.77	0.43	10	7.40	0.000
	بعدي	11	2.22	0.51			

***دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).**

يتضح من الجدول (7) أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائيّة قد بلغت (0.000) وهذه القيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتّالي وجود فروق في مستوى قلق المستقبل واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج العلاجي، ولصالح القياس البعدي، فقد بلغ متوسط المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي لقلق المستقبل (2.20)، في حين بلغ متوسط المجموعة على القياس البعدي لقلق المستقبل (1.40)، كما بلغ متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (3.77)، وبلغ متوسط نفس المجموعة على القياس البعدي (2.22).

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت الدّراسة إلى فحص فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض قلق المستقبل واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين القاطنين في مخيم بلاطة، وقد بينت نتائج الدّراسة الحالية فاعلية العلاج المعرفي السلوكي المعرفي باللعب في خفض قلق المستقبل، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المشاركين.

5.1 مناقشة نتائج الدّراسة

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: هل هناك فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية، وافراد المجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل، واضطراب ضغوط ما بعد الصمة بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟

فيما يتعلق بفرضية الدراسة الأولى تبين وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومقياس قلق المستقبل، وذلك لصالح المجموعة التجريبية التي شاركت في البرنامج العلاجي، اذ برهن البرنامج العلاجي على فاعليته في التقليل من اعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، واعراض قلق المستقبل لدى افراد المجموعة التجريبية مقارنة بافراد المجموعة الضابطة، فقد انخفضت اعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، واعراض قلق المستقبل للمجموعة التجريبية في الاختبار البعدي، بينما لم تتغير اعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة واعراض قلق المستقبل للمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي، نتيجة لعدم تلقيها أي تدخل علاجي.

وتتفق نتائج الدّراسة الحالية مع عدة دراسات، حيث اتفقت مع دراسة الزراد، والنبا (2017) والتي هدفت إلى فحص مدى فاعلية العلاج باللعب في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

لدى عيّنة من الأطفال المساء إليهم جنسيا، والتي أظهرت فاعلية برنامج العلاج باللعب في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء لهم جنسيا.

كما تتفق مع دراسة سارمين وتولوليو (Sarimin & Tololiu, 2017)، التي هدفت التعرف فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فقط، مقارنة العلاج المعرفي السلوكي باللعب بين الأطفال المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأظهرت فاعلية أكبر في العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي فقط.

وقد تعود نتائج الدّراسة الحالية المتعلقة بانخفاض اعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، واعراض قلق المستقبل لدى افراد المجموعة التجريبية الى ما تضمنه البرنامج العلاجي من أساليب وأنشطة وفنيات تتناسب مع الفئة المستهدفة مثل التعرف إلى آثار الخبرات الصادمة، وآثار قلق المستقبل، وكيفية تأثير هذه الخبرات على المشاعر، والأفكار، والسلوك، وكيفية التعامل مع التأثيرات واستخدام تقنيات الاسترخاء وأفكار المقعد الحرج، ووقف الأفكار والإلهاء، والتمثيل والنمذجة، والرسم، والكتابة، وسرد، وكتابة القصص، مما ساهم في تعزيز الوعي للذات والآخرين، وتعزيز اكتشاف نقاط القوة، ورفع وعيهم لمشاعر الخسارة والغضب، وتعزيز قدرتهم للمواجهة والتخلص من شعور العجز، ورفع قدرتهم لاتخاذ القرارات المناسبة في حياتهم اليومية، وتقدير دعم الآخرين لهم.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، في متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس قلق المستقبل، ومقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تعزى للبرنامج العلاجي؟

فيما يتعلق بفرضية الدراسة الثانية فقد اشارت نتائج الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة احصائية للاداء بين متوسطي الاختبارين القياس المباشر وقياس المتابعة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وقلق المستقبل لصالح المجموعة التجريبية وتشير هذه النتائج الى المكاسب العلاجية التي حققها افراد المجموعة، مما يدل على ان برنامج العلاج الجماعي المستند الى العلاج المعرفي السلوكي باللعب قدر برهن على فاعليته وتاثيره.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة ابو غالي وحجازي (2016) بعنوان فاعلية برنامج ارشادي في الحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى اطفال غزة المدمرة منازلهم اثناء حرب (2014) واظهرت النتائج نجاح الفنيات االمستخدمة بالبرنامج والقائمة على النظرية المعرفية السلوكية في خفض الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لديهم.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة عمار (2019) التي هدفت إلى معرفة مدى فاعلية علاج معرفي سلوكي باللعب في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكيّة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، وأظهرت فاعلية عالية للعلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض حدة اضطرابات السلوك لدى الأطفال.

كما تتفق مع نتائج دراسة علاء الدين، والحوامدة (2021) والتي هدفت الى معرفة مدى فاعلية برنامج ارشاد جمعي يستند الى العلاج باللعب المعرفي السلوكي في خفض المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى عينة من الطلاب السوريين الاجئين، واظهرت فاعلية البرنامج الارشادي العالية في خفض المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى افراد المجموعة.

ويمكن ان تعود النتيجة الايجابية الى الشروط العلاجية الميسرة التي تم توفيرها من خلال العمل مع المجموعة الارشادية منها بناء عامل الثقة مع افراد المجموعة في بيئة امنة ومتقبلة، والاحترام المتبادل، والتعاطف، وتشجيعهم على التحدث عن المشكلات الخاصة لكل فرد منهم، واستخدام فنيات الارشاد الجمعي مثل التقبل، واظهار الاهتمام، والثقة، والكشف عن الذات والتنفيس الانفعالي، واستخدام بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي باللعب مثل الرسم، ورواية القصص، ولعب الادوار، واللعب الدمى، والتعبير عن المشاعر، واعادة الصياغة، واعادة البناء المعرفي، والواجبات البيتية.

كما قد ترجع فاعلية البرنامج الى الرغبة الحقيقية والصادقة لدى افراد المجموعة العلاجية بالمشاركة في البرنامج نظرا لشعورهم بالحاجة لهذا البرامج، اذا انهم يخضعوا سابقا لبرامج علاجية سواء فردية او جماعية، اذ ساهم التزامهم واستمراريتهم في تحقق البرنامج العلاجي للاهداف التي وضع لها.

5.2 الاستنتاجات

بناء على نتائج الدّراسة فإنّه يمكن استنتاج ما يلي:

1- اظهر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي باللعب فاعليته في تقليل أعراض قلق المستقبل، وأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى افراد المجموعة التجريبية.

2- الاطفال في فلسطين وبالمخيمات تحديدا يحتاجون الى اهتمام ورعاية نفسية عالية، بشكل موجه وومنهج، جراء ما يعايشونه من خبرات وتجارب صادمة نتيجة الاحتلال الاسرائيلي، وما يترتب على ذلك من انعكاس سلبي على الواقع الفلسطيني.

3- الأطفال في فلسطين وبالمخيمات خاصة يحتاجون إلى برامج علاجية وخاصة البرامج القائمة على اللعب، نتيجة ما يتعرضون له من خبرات صادمة، ومسببة لقلق المستقبل.

5.3 التوصيات

- الاهتمام بالصّحة النفسيّة لفئة الأطفال داخل المخيمات نتيجة لما يتعرضون له من خبرات تؤثر سلبا على صحتهم النفسيّة.

- تطبيق البرنامج العلاجي على الأطفال المصدومين بالمخيمات في المدراس والمراكز المحلية ونوادي الشباب في المخيم.

- تدريب المرشدين التربويين في المدارس على استخدام اللعب وتقنياته المتعددة في التدخل مع الاطفال.

- تطوير برامج علاجية لعلاج الاطفال المصدومين مستندة على منهج العلاج المعرفي السلوكي باللعب.

- عمل دراسات لفحص نسبة قلق المستقبل واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وغيرها من الاضطرابات النفسيّة الأخرى لدى الأطفال في المخيمات.

- تقديم دراسات أخرى تستند على منهج العلاج المعرفي السلوكي باللعب مع فئات عمرية مختلفة ومن الجنسين.

5.4 صعوبات قابلتها الباحثة اثناء الاجراء الميداني للدراسة الحالية:

1- الشعور بعدم الراحة لدى الأطفال نتيجة العمل مع المجموعة ضمن الإجراءات الصحيّة والوقائية الخاصة بفيروس كوفيد 19، وأهميّة التركيز على التباعد الاجتماعي داخل المجموعة والتذكير بالالتزام بالإجراءات الصحيّة.

2- حصول أحداث عنيفة ومسلحة داخل المخيم نتج عنها قتل أحد الشبان، إضافة إلى إصابة عدة أشخاص إلى جانب وجود أفراد الأمن، واستمرت لأكثر من أسبوعين، مما سبب تأخير في إنجاز الجلسات نتيجة الوضع الخطير وغير الآمن في المخيم.

3- عدم توفر مراجع باللغة العربية تتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي باللعب تحديدا، وبالتّالي تم العودة إلى المراجع الأجنبية.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية

ابن الطيب، فتيحة (2012). *التخلف العقلي عند الطفل واثاره في ظهور الاضطرابات النفسيّة عند الام* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عباس سطيف، الجزائر.

ابو اسعد، أحمد (2012). *علم النفس الإرشادي*. (ط2). عمان: دار المسيرة.

أبو الحسن، وائل وعساف، عبد (2006). "اثار الضغوط النفسيّة الصدمية المترتبة على فعل الاجتياحات العسكرية الإسرائيلية لمنطقة مخيم جنين: دراسة حالة تلاميذ الصفوف العليا من المرحلة الأساسية" *مجلة جامعة الازهر، سلسلة العلوم الإنسانية*، غزة: 9(1): 1-67

أبو الرب، عطاف (2012). *قلق المستقبل وعلاقته بتقدير الذات لدى طلبة جامعة القدس*، عمادة الدراسات العليا جامعة القدس، القدس فلسطين.

ابو داير، علا (2017). *المرونة الايجابية وعلاقتها بالأمل وقلق المستقبل لدى مبتوري الاطراف نتيجة العدوان على محافظات غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الاقصى، فلسطين.

ابو غالي، عطاف وحجازي، جولتان (2016). "فعالية برنامج ارشادي في الحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى اطفال غزة المدمرة منازلهم اثناء حرب 2014 ". *مجلة جامعة النجاح للابحاث-العلوم الانسانية* :30(2):301-334، https://fc-lc.com/ra6kxEg.

أبو فضة، خالد (2013). *قلق المستقبل وعلاقته بأزمة الهوية لدى المراهقين الصم في محافظات غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، فلسطين.

أبو مصطفى، نظمي (2009). *مظاهر السلوك العدواني الشائعة لدى الأطفال الفلسطينيين (دراسة ميدانية على عيّنة من الأطفال المشكلين سلوكيا)*. الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين

الأحمد، امل ومنصور، علي (2017). *سيكولوجية اللعب*. دمشق: دار الملايين.

أحمد، عبد الباقي وعكاشة، علي وعبد المجيد، عبد الرحمن (2011). اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين بمعسكرات النازحين بولاية غرب دارفور. *دراسات افريقية*، 46. http://dspace.iua.edu.sd/bitstream/123456789/606/1

البدراوي، نعمة (2006). "الصدمة النفسيّة للأطفال في الحروب واثارها وعلاجها ". *مجلة عربيات*.

بدوي، مرزوق (2015). "السجن في كتابات أطفال فلسطين من سنة 2000-2014 ". *مجلة جامعة القدس للبحوث الانسانية والاجتماعية*: 36 :73-108 (https://search.mandumah.com/Record/671780)

بطرس، بطرس. (2008). *التكيف والصّحة النفسيّة للطفل*. (ط1). عمان: دار المسيرة.

البطنيجي، عايدة (2015). *فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى القلق النفسي لدى طلاب المدارس في المناطق الحدودية بشرق غزة* . رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الازهر، غزة.

بن العزمية، علال والمحتسب، عيسى (2014)." مؤشرات الاضطراب النفسي لدى الأطفال والراشدين في مناطق التماس جنوب قطاع غزة". *مجلة جامعة الأقصى*: 18 (2): 250-286 (https://scholar.alaqsa.edu.ps/200)

ثابت، عبد العزيز (2018). *الضغوط والخبرات الصادمة للأطفال: ردود أفعال وتدخل*. (ط 2). فلسطين.

ثابت، عبد العزيز وثابت، سناء (2015) ." اثر الصدمات النفسيّة الناتجة عن حرب الايام الثمانية على غزة على كرب ما بعد الصدمة والقلق والصمود النفسي لأطفال قطاع غزة". *المجلة البريطانية للتربية والمجتمع والعلوم السلوكيّة*:11(1):1-13 (www.sciencedomain.org)

جاسم، أحمد (2013). " اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية وعلاقته بالسلوك العدواني لدى تلاميذ المدارس الابتدائية". *مجلة الآداب:* 106 :609-652 https://search.mandumah. com/Record/666421

الجمعية العامة للأمم المتحدة (1990). *اتفاقية حقوق الطفل المادة 1.* https://www.ohchr.org/ar/professionalinterest/pages/crc.aspx

حامد، جهاد وأبو الحسن، وائل (2016). "اضطراب ضغط ما بعد الصدمة واثاره النفسيّة والاجتماعيّة على الطفل الفلسطيني". *The Canadian* For Middle East *Studies Journal:* 1 (2):84-106. The Middle East Journal | Middle East Institute (mei.edu)

الحربي، نايف والقاسم، جمال (2013). "قلق المستقبل وعلاقته بتوكيد الذات والتخصص والتحصيل الدّراسي لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بالمدينة المنورة". *مجلة التربية*: 152(2):677-713: https://search.mandumah.com/Record521110

الحمادي، أنور (2014) . *معايير DSM-5* (الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس، مترجم).

حمدان، سارة (2016). *إيجابيات الألعاب الالكترونية التي يمارسها أطفال مرحلتي الطفولة المتأخرة والمراهقة وسلبياتها من وجهة نظر المعلمين والأطفال أنفسهم* (رسالة ماجستير غير منشورة).

الحويان، علا وداود، نسيمة (2015). "فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج باللعب في تحسين مستوى المهارات الاجتماعيّة والمرونة النفسيّة لدى الأطفال المساء إليهم جسديا". دراسات-*العلوم التربويّة:* 42 (2) 405-421، https://fc-lc.com/F6Okr.

خطاب، محمد (2010). فعالية برنامج علاجي باللعب في خفض درجة بعض الاضطرابات السلوكيّة لدى عيّنة من الأطفال المتأخرين عقليا، بحث مقدم إلى: *المؤتمر الإقليمي الثاني*

لعلم النفس، رابطة الاخصـــائيين النفســـيين المصـــرية، القاهرة نوفمبر–ديســـمبر، 2010 https://search.mandumah.com/Record/84926

دنديس، رانيا (2010). *دراســـة مقارنة أعراض ما بعد الصـــدمة واليات التكيف لدى الأطفال الفلسطينيين الذين يسكنون بالقرب من البؤر الاستيطانية في البلدة القديمة من مدينة الخليل* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس، فلسطين.

الدهان، منى والســـحرواي، اية ورشـــدي، ســـلوى (2011) . "فعالية برنامج للتعبير الابتكاري في تحسين اضطراب الانتباه والامن النفسي لدى الطفل ذي الاعاقة العقليّة المساء اليه انفعاليا والمهمل". *مجلة الإرشاد النفسي:* 28: 2–65، https://fc-lc.com/cCUG.

ربايعة، زينب (2018). *فعالية برنامج تعليمي قائم على اللعب في تحســـين المهارات الاجتماعيّة ودافعية الإنجاز لدى طلبة المرحلة الأســـاســـية الدنيا من ذوي صـــعوبات التعلم الملتحقين بغرف المصادر الصفية* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

الزراد، فيصـل والنبا، سـرين (2017). "العلاج باللعب ومدى فعاليته في خفض أعراض اضـطراب ما بعد الصـدمة لدى عيّنة من الأطفال المساء اليهم جنسيا". *مجلة كلية التربية الأساسية*: 23 (97): 991–1041 (https://www.iasj.net/iasj/article/128343)

الزعبوط، ســـمية (2019). اســـتراتيجية اللعب، مقاربة لتطوير العملية التعليمية، بحث مقدم إلى: مؤتمرات الاداب والعلوم الانســـانيـة والطبيعيـة، اســـطنبول، تركيـا 25–26 تموز، http://proceedings.sriweb.org/akn/index.php/art/article/view/2552019

الزواهرة، محمد (2015). "العلاقة بين الصـلابة النفسيّة وقلق المستقبل ومستوى الطموح لدى طلبة جامعة حائل بالســـعودية". *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدّراســـات والتربية والنفسيّة*:1:3-115-455 https://dspace.qou.edu/handle/194/1321

سعادة، جودت وأبو زيادة، إسماعيل وزامل، مجدي (2002). "المشكلات السلوكيّة لدى الأطفال الفلسطينيين في المرحلة الأساسية الدنيا بمحافظة نابلس خلال انتفاضة الأقصى كما يراها المعلمون وعلاقتها ببعض المتغيرات". *مجلة جامعة النجاح للأبحاث*: 16 (2) :547-588 https://search.mandumah.com/Record/75450

شبلي، عدنية وتقي الدين، صلاح (2016). "التشويه الاعلامي الاسرائيلي لصورة الامهات الفلسطينيات خلال الانتفاضة الثانية"، *مجلة الدّراسات الفلسطينية*: 105: 70-84 https://search.mandumah.com/Record/707647

الشميري، عبد الرقيب (2020)."خبرات الحرب الصادمة وعلاقتها باضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال النازحين في محافظة اب". *المجلة الدولية للدراسات التربويّة والنفسيّة*: ص41-93 https://democraticac.de/wp-content/uploads/2020/03)

صباح، سمر (2017). *أثر برنامج إرشادي يستند إلى اللعب والفن في خفض السلوك العدواني لدى أطفال قرية الأطفال SOS في محافظة بيت لحم* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.

ضمرة، جلال (2013). "اضطراب قلق ما بعد الصدمة لدى عيّنة من الأطفال والمراهقين اللاجئين العراقيين في الأردن في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية". مجلة *العلوم التربويّة والنفسيّة*: 14(4): 393-420، https://fc-lc.com/Ijvjg5h.

العبادسة، أنور وأبو شعبان، شيماء (2010). *فعالية علاج باللعب في تخفيف اضطرابات اللغة لدى عيّنة من الأطفال*. الجامعة الإسلامية، غزة، https://fc-lc.com/0OWozToy.

عبد المنعم، محمد (2007). *أطفال بلا عنف*. (ط 1). القاهرة: دار الأمين.

العطية، أسماء (2008). *الإرشاد المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق لدى الأطفال*. (ط1)، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.

عكاشة، أحمد (2003). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

علاء الدين، جهاد والحوامدة، شادي (2021). "اثر برنامج ارشاد جمعي يستند الى العلاج باللعب المعرفي السلوكي في خفض الشكلات الانفعالية والسلوكية لدى عينة من الطلاب السوريين اللاجئين".*المجلة الاردنية في العلوم التربوية*:17(2):205-2020.

علي، السيد (2010). "معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدى عينات من الأطفال والمراهقين في مرحلتي ما قبل المراهقة والمراهقة المبكرة". *رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية*: 20 (2): 247-304 https://search.mandumah.com/Record/84369

عمار، طاهر (2019)." فعالية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي باللعب فب تخفيف حدة اضطرابات السلوك لدى أطفال المرحلة الابتدائية". *مجلة الإرشاد النفسي*: 59: 267-307 https://search.mandumah.com/Record/1017714

العيسى، فردوس وقاسم، نادر (2016). " الخصائص السيكومترية لمقياس الصّحة النفسيّة وخصائص الشخصيّة على عيّنة من المراهقين الفلسطينيين الذين اعتقلوا والذين لم يعتقلوا": *مجلة البحث العلمي في التربية*: 17(4): 507-541، https://fc-lc.com/7V2tel.

غديري، مسعودة (2013). دليل تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. *مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية*، 3، 13-36، https://fc-lc.com/hkhkfV.

غيث، سعاد (2006). *الصّحة النفسيّة للطفل*. (ط1). عمان: دار الصفاء.

قبلان، صبحي، الرحامنة، عزيز والضمور، هشام، عرنكي، رغدة (2014). "أثر برنامج تدريبي مبني على اللعب في خفض الآثار السلبية الناجمة عن التعرض للإساءة لدى التلاميذ، وتحسين تقدير الذات لديهم". *مجلة جامعة دمشق*: 30(1):439-474: https://fc-lc.com/44BmM6

القرطبي، محمد (1964). *تفسير القرطبي*. القاهرة: دار الكتب المصرية.

قوتة، سمير والسراج، إياد (2004). "انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة". *مجلة شبكة العلوم النفسيّة العربية*: 2 :8-13. مجلة شبكة العلوم النفسيّة العربية – العدد 2 (ربيع 2004)ArabPsy Found .

مبروك، وداد (2014). "فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي –معرفي) في التخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون". *مجلة التنمية الاقتصادية الجزائرية*:7 (1): 184-233 https://www.asjp.cerist.dz/en/article/9316

مجلة الدراسات الفلسطينية (2014). *فلسطين والدرسات الفلسطينية بعد قرن من الحرب العالمية الاولى ووعد بلفور*. 25(99)، https://fc-lc.com/MYCsIKeQ.

مجيد، سوسن شاكر (2008). *العنف والطفولة*. عمان: دار الصفا.

مجيد، سوسن شاكر. (2012، أيار 15). قلق المستقبل، مفهومه، مظاهره، أسبابه، تأثيره على شخصية الفرد. *الحوار المتمدن*، https://fc-lc.com/rpzDS.

مخيمر، سمير وأبو عبيد، دعاء والعبسي، سمير (2015). "الرضا عن الحياة وعلاقته بقلق المستقبل لدى الأسرى المحررين المبعدين إلى قطاع غزة ". *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدّراسات التربويّة والنفسيّة*: 3(9): 353-389 https://search.mandumah.com /Record/676864.

المركز الفلسطيني للإرشاد ومركز القدس للمساعدة القانونية وحقوق الانسان .(2016) .*دراسة / اعتداءات الاحتلال ا وتاثيرها على ظاهرة العنف داخل الاسرة والمجتمع الفلسطيني بالقدس*. http://www.pcc-jer.org/ar/content

المصري، نيفين (2011). *قلق المستقبل وعلاقته بكل من فعالية الذات ومستوى الطموح الأكاديمي لدى عيّنة من طلبة جامعة الازهر بغزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الازهر بغزة، فلسطين.

مقداد، غالب (2015). *قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الاسلامية، فلسطين.

مقدادي، يوسف والمومني، فواز (2017). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أطفال اللاجئين السوريين في مخيم الزعتري، بحث مقدم إلى مؤتمر: *التربية: تحديات وافاق مستقبلية*، جامعة ال البيت، الأردن 25-27 نيسان، 2017.

منظمة الصّحة العالمية (2018). *الاحوال الصحيّة في الاراضي الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقيّة، وفي الجولان السوري المحتل*، https://fc-lc.com/eMgvq.

المومني، فواز والزغول، رافع (2011)." اضطراب ما بعد الصدمة لدى الناجين والاسر المتضررة من تفجيرات فنادق عمان الإرهابيّة". مجلة البحوث الامنية :20(50) : 324-369 https://search.mandumah.com/Record/365064

هارت، جايسون، ولوفورت، كلوديا (2010). *حماية أطفال فلسطين من العنف السياسي دور المجتمع* . مركز دراسات اللاجئين قسم الإنماء الدولي، https://fc-lc.com/L7ZVGur

الواوي، عمر (2012). *أثر برنامج تدريبي قائم على اللعب بأسلوب درامي في خفض السلوك العدواني لدى طلبة الصف الثامن الاساسي في مديرية التربية والتعليم /وسط الخليل* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس، فلسطين.

يوسف، ليلي (2002) . *سيكولوجية اللعب والتربية الرياضية*. (ط 2). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

المراجع الأجنبية:

Abu razak, N., Johari, KU., Mahmud, M., Zubir, N., Johan, S. (2018). Module of cognitive behavior play therapy on decision-making skills and resilience enhancement (CBPT Module*). International journal of academic research in progressive education and development*, 179-199, https://kwpublications.com/papers/detail/IJARPED/4846

AL-Krenawi, A. (2010). The psychosocial impact of political violence on Palestinian and Jewish adolescents. *The Arab journal of psychiatry*, 21 (2) 112-136, https://fc-lc.com/yTanj.

Andrew, A. (2018). *The efficacy of play therapy in treating anxiety in young.* Retrieved from: https://fc-lc.com/xs6FK.

Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play with children: A Meta –analytic review of the outcome research. *Journal of Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390, https://fc-lc.com/Kcos.

Bystritsky, A., Khalsa, S. S. , Cameron, M. E., & Schiffman, J. (2013). Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorder. *Journal of US National Library of Medicine*, 38(1): 30-38, 41-44, 57, https://fc-lc.com/xXYLRs.

Cone, J. (2015). *Aiding & Abetting? The limits of humanitarian aid in the occupied Palestinian territories*, https://fc-lc.com/U3gJ8j.

Curry, J. Griffith, L (2013). *Integrating Play Techniques in Comprehensive School Counseling Programs.* North Carolina, United States of America: IAP- Information Age Publishing.

Drewes, A. (2009*). Blending play therapy with cognitive behavioral therapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley &sons, Inc.

Goldstein, S., & Devries, M. (2017). *Handbook of DSM-5 in children and adolescents*. USA: Springer international publishing AG.

Hannoun, R. (2017). PTSD and risk factors facing Palestinian teenage girl

Research center at Noter Dame University. Rome, Italy.

Kaduson, H.G., & Schaefer, CH. (2006). *Short –Term Play Therapy for children*. (2th Ed.). New York. London: The Guilford press.

Knell, S. (2004). *Cognitive-behavioral play therapy*. USA: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Mahamid, F. (2013).*The efficacy of a group-counseling program based on expressive activities in improning level of self awareness and reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among a sample of traumatized children*.The university of Jordan. Jordan.

Mash, E.J., & Baekley, R.A. (2003). *Child psychopathology.* (2th Ed.). New York. London: The Guilford press.

Norton, B., Ferriegel, M., & Norton, C. (2011). Somatic expressions of trauma in experiential play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 20(3), 138-152. https://doi.org/10.1037/a0024349

Oconnor, K. Schaefer, CH & Braverman, L. (2016). *Handbook of play therapy*, 2th ed, Hobken, New Jersey. Canada: Willy &Sons INC.

Sarimin, D., Tololiu, T. (2017). Effectiveness of cognitive behavior therapy in comparison to CBT-plus play therapy among children with post – traumatic stress disorder in Manado, Indonesia. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 5 (4) 1589-1593 https://www.researchgate.net/publication/316002335

Smith, P., Perrin, S.,Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia – Hercegovina: Psychological adjustment in a community sample. *National library of medicine.* 15(2) 56-147 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12013066/

Sukar, H., Najlaa, W. (2013). Children of Iraqi Families: coping strategies using with post- traumatic stressdisorder *مجلة العلوم التربويّة والنفسيّة:* 719−96:967 https://search.mandumah.com/Record/513588

Thabet, A., Abu Tawahina, A., Punamakl, R., Vostanis., P. (2015). Prevalence and mental health function of resilience in condition of military siege and violence in a Palestinian community sample. *Journal of psychiatry*,18 (3). https://www.longdom.org/open-access.

Thabet, A,. Vostanis, P., EL-Buhaisi, O., (2014). Trauma, PTSD, Anxiety and coping strategies among Palestinian adolescent exposed to ware in Gaza. *Arab journal of psychiatry*, 25 (1), 71-82 https://search.mandumah.com/Record/697100.

الملاحق

ملحق (1)

برنامج العلاج المعرفي السلوكي باللعبCBPT

اهداف البرنامج:

-**الهدف العام للبرنامج:** معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باللعب في خفض قلق المستقبل واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين ورفع مستوى الوعي الذاتي لديهم.

الأهداف الإجرائيّة للبرنامج:

1- تناول أثر الخبرات الصادمة والقلق المستقبلي وفق نظرية العلاج المعرفي السلوكي على حياة أفراد عيّنة الدّراسة.

2-مساعدة أفراد عيّنة الدّراسة على اكتساب وتطوير اليات ومهارات مختلفة من خلال فنيات العلاج المعرفي السلوكي باللعب للتعامل مع ضغوط اضطراب ما بعد الصدمة وقلق المستقبل.

3-بناء وتعزيز احترام الذات لدى أفراد عيّنة الدّراسة.

4-الوقوف على مدى فاعلية جلسات البرنامج في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وقلق المستقبل لدى عيّنة الدّراسة.

الأساليب الإرشاديّة المتبعة داخل البرنامج:

يتضمن البرنامج أسلوب العلاج الجماعي من خلال اجراء جلسات تحتوي على منهجية العلاج المعرفي السلوكي باللعب ومدى أثرها في تحقيق البرنامج مثل اللعب بالدمى والتمثيل، النمذجة عبر اللعب، ولعب الأدوار وعكسه عبر اللعب، رواية القصة، الرسم والتلوين، والتعزيز.

جلسات البرنامج: يتكون البرنامج من 15 جلسة علاجية مدة كل جلسة ساعة ونصف، يتضمن البرنامج أسلوب العلاج المعرفي السلوكي باللعب لخفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وقلق المستقبل لدى عيّنة من الأطفال المصدومين بحيث تكون الجلسة الأولى للتعارف وسيتم تخصيص الجلسات من الجلسة الثانية للجلسة التاسعة لموضوع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ومن الجلسة العاشرة للجلسة الثانية عشر لقلق المستقبل، والجلستين الثالثة عشر والرابعة عشر لتوكيد الذات وتحسين الوعي بالقدرات الشخصيّة، وسيتم الأنّهاء بالجلسة الخامسة عشر.

الجلسة الأولى: جلسة بنائية.

اهداف الجلسة:

1–توضيح اهداف البرنامج والتعرف على توقعات المشاركين.

2––التعارف وكسر الحواجز بين الباحثة والمشاركين، وبين المشاركين فيما بينهم.

3–وضع قوانين المجموعة والحث على الالتزام والتعاون.

4–أنّهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي.

الأدوات: أوراق واقلام، لوح فلب شارت.

فنيات الجلسة والأسلوب المستخدم:

تمرين (اسم وصوت وحركة)، تمرين لنتعرف عليك، نقاش.

النشاط

1 الترحيب
2 عرض اهداف البرنامج، والتعرف على توقعات المشاركين من البرنامج.
3 تمارين كسر الحواجز والتعارف (اسم وصوت وحركة وتمرين (لنتعرف عليك)
4 قوانين المجموعة
5 توضيح مفهوم العلاج المعرفي السلوكي باللعب
6 أنّهاء الجلسة والواجب البيتي

نشاط الجلسة:

1.تقوم الباحثة بالترحيب بالمشاركين. (5 دقائق)

2.تقوم المرشدة بعرض اهداف البرنامج وما يترتب على المشاركة فيه من نتائج، وتقوم الباحثة بسؤال المشاركين عن توقعاتهم من البرنامج وتسجلها على اللوح القلاب ونقاشها. (15 دقيقة)

3.تقوم الباحثة بإجراء التعارف بين أفراد المجموعة المشاركين وكسر الحواجز بينهم من خلال تمرين (اسم وحركة وصوت) اذ يقف كل المشاركين والباحثة في دائرة ويعرف كل مشارك على اسمه مع قيامه بحركة او صوت ويقوم الجميع بتقليده، وبعدها تمرين (لنتعرف عليك) بان يختار كل مشارك قلم من أقلام التلوين باللون الذي يفضله ويطلب منه ان يكتب على ورقته معلومات للتعريف عنه والتي يريد ان يعرف الاخرين عليها مثل: اسمه، كم اخ له، طعامه المفضل، لعبته المفضلة، ماذا يحب، ماذا يكره، إلى ماذا يرمز لونه المفضل من خلال اختياره للقلم الملونة، على ان تقوم الباحثة بالبدء بعمل التمرين. (40 دقيقة)

4.يتم الاتفاق والتأكيد على حقوق وواجبات أفراد المجموعة ويتم تسجيلها على اللوح القلاب. (10 دقيقة)

5.تقوم الباحثة بشرح المقصود بالعلاج المعرفي السلوكي من خلال اللعب. (10 دقائق)

6.تقوم الباحثة بأنّهاء الجلسة وتلخيص ما تم فيها والتأكيد على موعد ومكان اللقاء القادم وتعزيزهم إيجابيا على المشاركة إعطاء الواجب البيتي للمشاركين ليتم نقاشة في الجلسة الثانية. (10 دقائق).

الواجب البيتي

يطلب من المشاركين/ات تسجيل استجابتهم الجسديّة والكلام الذاتي ومشاعرهم في المواقف التي تزعجهم /تسبب لهم القلق حتى موعد الجلسة القادمة وفق النموذج

الحدث/ الموقف والظرف (الوقت)	ماذا خطر ببالك (ماذا فكرت حينها)	كيف شعرت حينها	ماذا فعلت

التقويم والأنّهاء

تطلب الباحثة تقييم الجلسة وفق النموذج التّالي

رقم الجلسة

الجلسة الأولى

الثانية

الثالثة

الرابعة

الخامسة

السادسة

السابعة

الثامنة

التاسعة

العاشرة

الحادية عشر

الثانية عشر

الثالثة عشر

الرابعة عشر

الخامسة عشر

الجلسة الثانية: التعامل مع المواقف اليومية باستخدام تقنية الاسترخاء والمكان الامن.

اهداف الجلسة:

1- التعرف على مفهوم وفنيات الاسترخاء، وأثره في خفض التوتر والضغط الناتج عن التعرض للصدمة.

2- ان يستخدم المشاركون فنيات الاسترخاء لمواجه مشاعر الضغط والتوتر في المواقف الحياتيّة.

الأدوات: أقلام واوراق.

فنيات الجلسة:

1-النقاش.

2-تمرين المكان الامن.

3-تمرين الاسترخاء الجسدي.

4-التعزيز الإيجابي.

النشاط

1 الترحيب ونقاش الواجب البيتي

2 تمرين المكان الامن

3 تمرين الاسترخاء العضلي المتدرج.

4 الواجب البيتي والتعزيز والأنّهاء

نشاط الجلسة

1- الترحيب، ونقاش الواجب البيتي. (15 دقيقة).

2 – تمرين المكان الامن: تقوم الباحثة بتوضيح أهميّة التخيل للمكان الامن كوسيلة من وسائل التعامل ومواجهة مواقف ومشاعر الضغط والتوتر اليومية الناتجة عن التعرض للخبرات الصادمة وتدريب المشاركين عليه من حيث يقوم كل مشارك بتحديد مكأنّه الامن من خلال اغماض عينيه والتخيل للمكان الامن الذي يشعر فيه بالأمان والراحة. (20 دقيقة)

3- تقوم الباحثة بتوضيح مفهوم تمارين الاسترخاء العضلي المتدرج كتقنية مهمة للتعامل مع الضغط والتوتر وأثره في تخفيف حدة القلق والضغوط الناتجة عن التعرض للخبرات الصادمة وتقوم بتدريب المشاركين عليه خلال الجلسة وتوضيح كيفية استخدام تمرين التخيل للمكان الامن والاسترخاء العضلي المتدرج معا. (40 دقيقة)

4- تلخيص الجلسة، وإعطاء الواجب البيتي والأنّهاء والتعزيز. (15 دقيقة)

الواجب البيتي: استخدام تمارين الاسترخاء عند الشعور بمشاعر الضغط والتوتر نتيجة التعرض للخبرات الصادمة خلال الاسبوع

التقدير على مقياس حرارة الاحاسيس/المشاعر من0-10(صفر منخفض-10 مرتفع)

عدد المرات	متى	اين	قبل	بعد	الأعلى
المرة الأولى					
الثانية					
الثالثة					
الرابعة					
الخامسة					

التقييم باستخدام النموذج السابق.

الجلسة الثالثة: التعرف إلى مفهوم الخبرات الصادمة

اهداف الجلسة:

1- ان يتعرف المشاركين على المقصود بالخبرات الصادمة.

2- التعرف على أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وإدراك كيفية تأثير هذه الخبرات عليهم.

3- ربط تأثير الخبرات الصادمة على الجسد والأفكار والمشاعر.

فنيات الجلسة:

1- النقاش

2-تمرين رسم الجسد.

3-وتمرين غيمة المشاعر

4-تمرين puppets

الأدوات: رول ورق، بطاقات ملونة، أقلام ملونة، دمى puppets.

	النشاط
1	الترحيب، ومناقشة الواجب البيتي مع المجموعة
2	التعرف إلى مفهوم الخبرات الصادمة
3	تمرين رسم الجسد.
4	تمرين غيمة المشاعر
5	تمرين puppets
6	الواجب البيتي والأنّهاء والتعزيز

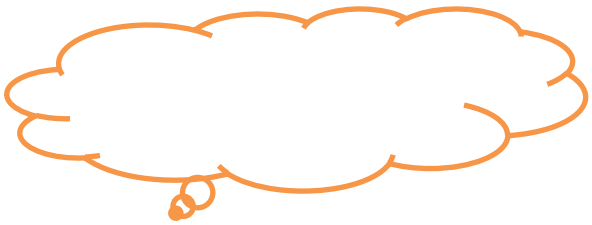
نشاط الجلسة:

1.ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور بالموعد وتذكرهم بقوانين المجموعة ويتم نقاش الواجب البيتي مع المشاركين. (15 دقيقة)

2.توضيح مفهوم الخبرات الصادمة والمقصود بالصدمة النفسيّة. (10 دقائق)

3. عمل تمرين رسم الجسد بان يقوم كل مشارك برسم شكل جسده على ورقته وتحديد أماكن احساسه جسديا عند الشعور بالخوف او القلق لتحسين وعيه باستجابته الجسديّة وربطها بالمواقف والخبرات الصادمة. (15 دقيقة)

4.تمرين غيمة المشاعر للتعرف على المشاعر التي يشعر بها المشاركون نتيجة الخبرات الصادمة حيث يقوم كل مشارك بكتابة مشاعره على بطاقات لاصقة على شكل غيمة وتعليقها على اللوح القلاب. (15 دقيقة)



5. تمرين الدمى: ربط تأثير الخبرات الصادمة على الجسد المشاعر والأفكار (والتي تم التعرف عليها من خلال التمرينين السابقين) من خلال التمثيل باستخدام الدمى Puppets بعد ان يقوم كل مشارك باختيار دميته بنفسه، وتقوم الباحثة بالبدء بالتمثيل. (25)

6. تلخيص الجلسة والأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي. (10)

واجب بيتي: يقوم كل مشارك بتسجيل الحدث صادم الذي تعرض له في حياته وكيف كان شعوره خلاله واستخدامه لتمرين الاسترخاء

الحدث/ الموقف والظرف /الوقت	ماذا فعلت (الاستجابة الجسديّة)	ماذا فكرت (الكلام الذاتي)	ماذا شعرت	استخدام تمارين الاسترخاء

التقييم: النموذج السابق.

الجلسة الرابعة: الربط بين لأفكار المتعلقة بالخبرات الصادمة وأثرها على والاحاسيس والمشاعر

الهدف:1-رفع الوعي بمشاعر الخسارة والغضب وبيان ان الأفكار نتيجة المشاعر

2-تحديد الأفكار السلبية الناتجة عن الخبرة الصادمة وتعلم طرق جديدة للتفكير.

الفنيات:1-النقاش.

2-تمرين مقعد التفكير الحرج.

الأدوات: كرسي إضافي، اللوح القلاب، العاب ودمى متنوعة.

النشاط

1 الترحيب ومناقشة الواجب البيتي
2 تمرين الدمية ومقعد الوضع الحرج
3 التحقق من الأفكار
4 الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي

1-ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور بالموعد وتذكرهم بقوانين المجموعة. ويتم نقاش الواجب البيتي مع المشاركين. (15 دقيقة).

3-تمرين الدمى المتنوعة ومقعد الوضع الحرج: يختار المشاركين أي دمية يريدها، وتقوم الباحثة بالبدء حيث تجلس على المقعد الاضافي وتقترح (من خلال الدمية) مثال من المواقف اليومية التي تتعلق بالخبرات الصادمة وتطلب أفكار سلبية من المشاركين حول الموقف، ثم تقوم الباحثة بإعطاء أفكار إيجابية وتطلب مساعدة من الطلاب بإيجاد أفكار إيجابية، ثم يقوم كل مشارك بالجلوس بالدور على المقعد الاضافي يستخدم دميته التي اختارها للحديث عن موقف وافكار سلبية ذات علاقة بالخبرات الصادمة ومن ثم يقوم بالتفكير واقتراح أفكار إيجابية بديلة، ويتم مساعدة المشاركين الذين يختارون أفكار سلبية لإيجاد أفكار إيجابية (40 دقيقة)

4-يتم تسجيل الأفكار والمشاعر السلبية التي نتجت من التمرين في عمودين منفصلين على اللوح القلاب للمساعدة في ربطها معا والتحقق من الأفكار. (20 دقائق)

5-تلخيص الجلسة والأنّهاء والواجب البيتي. (15 دقائق)

الواجب البيتي: تطبيق طريقة تفكير مقعد الوضع الحرج في المنزل.

الاسم:

الموقف الذي حدث	الأفكار السلبية	أفكار مقعد الوضع الحرج (الإيجابية)

الجلسة الخامسة: مكافحة الأفكار السلبية الناتجة عن التعرض للخبرات الصادمة

الأهداف: رفع الوعي الذاتي لمشاعر الغضب

2-تحديد الأفكار السلبية الناتجة عن التعرض للمواقف الصادمة وتعلم طرق جديدة للتفكير.

3-التحقق من الوقائع لمكافحة الأفكار السلبية الناتجة عن التعرض للمواقف الصادمة.

الفنيات: 1-النقاش.

2-تمرين الاتصال الهاتفي

3-التحقق من الوقائع.

الأدوات: أجهزة محمول/ هاتف، اللوح القلاب.

	النشاط
1	الترحيب، ومناقشة الواجب البيتي
2	تمرين الاتصال الهاتفي
3	تمرين التحقق من الوقائع
4	الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي

نشاط الجلسة:

1-ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور بالموعد وتذكرهم بقوانين المجموعة، ويتم نقاش الواجب البيتي مع المشاركين. (15 دقيقة).

2-تمرين الاتصال الهاتفي: تقوم الباحثة بالبدء بالتمرين بمشاركة فرد من المجموعة، حيث يتم عمل اتصال هاتفي بينهما امام المشاركين ويتم طرح مواقف تتعلق بالخبرة الصادمة وتطرح أفكارا سلبية خلال الاتصال الهاتفي مع الصديق(مشارك من المجموعة)، ثم تقوم الباحثة بإعطاء أفكار إيجابية وتطلب مساعدة من الصديق على الطرف الاخر من الخط الهاتفي لإعطاء بدائل وخطط هجومية

جديدة من اجل انتاج أفكار مضادة إيجابية ومن ثم يقوم المشارك على الخط بالقيام بنفس التمرين، وبعدها يتم تنفيذ التمرين من خلال كل المشاركين بحيث يقوم كل اثنين منهم بعمل الاتصال الهاتفي امام المجموعة.(40 دقيقة)

3-يتم تسجيل الوقائع والأفكار على اللوح القلاب والعمل على التحقق منها. (20 دقيقة)

4-تلخيص الجلسة والأنّهاء والواجب البيتي. (15 دقائق)

الواجب البيتي:

نكرر نشاط المقعد الوضع الحرج مع مواقف جديدة وبدائل وخطط هجومية جديدة من اجل انتاج أفكار مضادة إيجابية بإضافة (التحقق من الوقائع)

الاسم:

الموقف الذي حدث	الأفكار السلبية	التحقق من الوقائع	أفكار مقعد الوضع الحرج

الجلسة السادسة: المواقف التي يحصل فيها التجنب، والعمل على التعرض في الحياة الواقعية

الهدف: 1-التعرض للمواقف المرتبط بالصدمة للحد من التجنب.

2 -الحد من التوتر والقلق من خلال مقاربة الأمور التي تذكر بالصدمة.

4- بناء مهارات: وقف الأفكار والالهاء، التصوير الذهني الإيجابي لمواجهة الأفكار السلبية الناتجة عن التعرض للخبرات الصادمة.

الفنيات:

1-النقاش.

2-تمرين الدرج.

3-تمرين تمثيل.

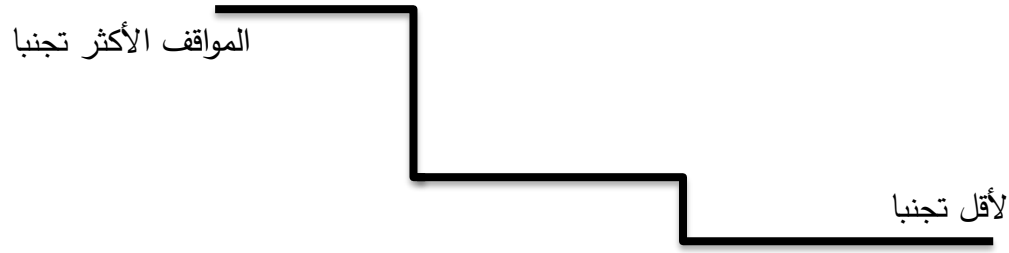
الأدوات: أوراق والوان.

	النشاط
1	الترحيب، ومناقشة الواجب البيتي
2	تمرين الدرج المؤدي للمخاوف
3	تمرين التمثيل
4	الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي

نشاط الجلسة:

1-ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور بالموعد وتذكرهم بقوانين المجموعة، ويتم نقاش الواجب البيتي مع المشاركين. (15 دقيقة).

2–تمرين الدرج المؤدي للمخاوف: تطلب الباحثة من المشاركين رسم درج وكتابة الأمور او الأماكن او الأشخاص التي يتجنبوها بداء من الأمور الأقل تجنبا ويتم تعيين مقدار القلق لكل درجة باستخدام مقياس حرارة الاحاسيس. (20 دقيقة)



3–تمرين التمثيل: من خلال مشهد تمثيلي يقوم كل مشارك فيه بتمثيل الموقف الذي اختاره من التمرين السابق والذي يحدث فيه التجنب الناتج عن التعرض للخبرات الصادمة، والتعبير عن أفكاره السلبية ومشاعره، وتقوم الباحثة بتدريب المشاركين على مهارات وقف الأفكار، الالهاء، والتصوير الذهني الإيجابي، بحيث يتم إعادة التمثيل من المشاركين والباحثة باستخدام هذه المهارات. (من الممكن عمل تمرين الاسترخاء العضلي إذا ظهر احتياج). (40 دقيقة)

4–الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي. (15)

الواجب البيتي: اختيار مواقف من التي تم تسجيلها على السلم والقيام بعملها عدة مرات خلال الأسبوع مع التأكيد على عدم القيام بأمور خطرة واخبار مقدم الرعاية، ومن ثم عمل تمرين مقعد الوضع الحرج باستخدام مهارات وقف الأفكار، والالهاء، والتخيل الذهني الإيجابي.

1) هذا الأسبوع سوف: .....

التقدير على مقياس حرارة الاحاسيس/المشاعر

متى/ اين	مقعد الوضع الحرج	قبل	بعد	الأعلى
المرة الأولى				
الثانية				
الثالثة				
الرابعة				

2) تمرين مقعد الوضع الحرج.

الجلسة السابعة: التعرض لذكرى الصدمة من خلال الرسم والكتابة وتبادل الصور او القصص (1)

الأهداف: 1-رفع قدرة المشاركين على التعامل مع الاخرين وبناء الدعم من الاقران.

2-زيادة وعي المشارك لما يمتلكه من مهارات والحد من الشعور بالحرج والعجز.

3-رفع شعور المشارك بالأمان وبالسيطرة على الذات والبيئة.

الفنيات: 1-النقاش

2-تمرين الرسم / الكتابة وتمزيق الأوراق.

3-تمرين العصا السحرية والامنيات.

الأدوات: أدوات الرسم، اقلام واوراق، عصا الامنيات

	النشاط
1	الترحيب، ومناقشة الواجب البيتي
2	تمرين الرسم / كتابة قصة
3	تمرين عصا الامنيات.
4	الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي

نشاط الجلسة:

1-ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور بالموعد وتذكرهم بقوانين المجموعة، ونقاش الواجب البيتي مع المشاركين. (15 دقيقة).

3-يتم الطلب من المشاركين تخيل مشاهد الضغط او الخبرة الصدمة التي تم اختيارها في الجلسة الفردية، ومن ثم يقوم المشاركون بالرسم او كتابة القصة، ويتم تبادلها فيما بينهم والحديث عنها مع المجموعة، والتي تقوم بتقديم الدعم والمساندة لبعضها، ومن ثم يتم تمزيق القصة او الرسم لرفع مستوى الشعور بالسيطرة على الذات والبيئة (40 دقيقة)

4–تمرين العصا السحرية والامنيات: يقوم كل مشارك باختيار 3 امنيات تساعده في تجاوز الأفكار والمشاعر المتعلقة بالخبرة الصادمة باستخدام العصا السحرية. (20 دقيقة)

5–الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي. (15)

الواجب البيتي: الاستمرار باختيار مواقف من التي تم تسجيلها على السلم والقيام بعملها عدة مرات خلال الأسبوع مع التأكيد على عدم القيام بأمور خطرة واخبار مقدم الرعاية، ومن ثم عمل تمرين مقعد الوضع الحرج

2) هذا الأسبوع سوف: .....

متى/ اين	التقدير على مقياس حرارة الاحاسيس/المشاعر	
	قبل	بعد
المرة الأولى		
الثانية		
الثالثة		
الرابعة		

2) تمرين مقعد الوضع الحرج.

الجلسة الثامنة: التعرض لذكرى الصدمة او الضغط **(2)**

الأهداف: 1-رفع قدرة المشاركين على التعامل مع الاخرين وبناء الدعم من الاقران.

2-زيادة وعي المشارك لما يمتلكه من مهارات والحد من الشعور بالحرج والعجز.

3-رفع شعور المشارك بالأمان وبالسيطرة على الذات والبيئة.

الفنيات: 1-النقاش.

2-تمرين الرسم/الكتابة

3-تمرين هل يمكن ان نتحدث.

الأدوات: أدوات الرسم، اقلام واوراق، ميكروفونات.

	النشاط
1	الترحيب، ومناقشة الواجب البيتي
2	تمرين الرسم/الكتابة
3	تمرين هل يمكن ان نتحدث (برنامج حواري)
4	الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي

نشاط الجلسة:

1-ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور بالموعد وتذكرهم بقوانين المجموعة، ويتم نقاش الواجب البيتي مع المشاركين. (15 دقيقة).

3-يتم الطلب من المشاركين تخيل مشاهد الضغط او الصدمة التي تم اختيارها في الجلسة الفردية، ومن ثم يقوم المشاركون بالرسم او كتابة القصة. (20دقيقة)

4-تمرين هل يمكن ان نتحدث: تمرين حواري يقوم المشاركين على سرد قصصهم باستخدام الدمى من خلال البرنامج الحواري والحصول على الدعم من اقرأنّهم. (40)

5-الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي. (15)

الجلسة التاسعة: كيفية التعامل مع المشاكل واتخاذ القرارات المناسبة في المواقف التي يشعرون فيها بالقلق او التوتر الناتج عن الخبرة الصادمة.

اهداف الجلسة:

1- ان يتعرف المشاركون على اليات حل المشاكل ويطبقونها في المواقف التي يواجهونها.

2- إدراك المشاركين لمدى تأثير(الاقران) على قراراتهم.

فنيات الجلسة:

1-النقاش.

2-تمرين صحن الحلوى.

3- تمرين السيناريو.

الأدوات: صحن حلوى، أوراق.

نشاط الجلسة:

	النشاط
1	الترحيب، ومناقشة الواجب البيتي
2	تمرين صحن الحلوى
3	تمرين (السيناريو)
4	الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي

1-ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور بالموعد وتذكرهم بقوانين المجموعة. ويتم نقاش الواجب البيتي مع المشاركين. (15 دقيقة).

5-تمرين صحن الحلوى: يتم وضع صحن حلوى في منتصف المجموعة وتوزع أوراق على كل مشترك جميعا وتطلب من ويكون مكتوب على كل الأوراق ما عدا ورقة واحدة (كل من الحلوى وكأنّها

لذيذة جدا وممتعة) اما الورقة المختلفة فيكون مكتوب فيها (لا تأكل من الحلوى تحت أي ظرف) ويتم نقاش الشعور الناتج عن لضغط الاقران لعمل سلوك معين وكيف تصرفوا في هذا الموقف وقاموا بحل المشكلة. (20 دقيقة)

3-تمرين السيناريو: تطرح الباحثة مقدمة سيناريو على ان يتطلب هذا السيناريو اتخاذ قرار مناسب في نهايته، ويضيف كل مشارك قصته للسيناريو، وآخر مشارك يقوم باختيار الخيار المناسب او نهاية القصة، ونقاش هذه النهاية وتقوم الباحثة بتلخيص اسلوب حل المشكلات وفق العلاج المعرفي السلوكي، ثم يقوم كل مشارك بوضع النهاية التي يريدها للسيناريو باستخدام أسلوب حل المشكلات. (40 دقيقة)

4-الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي. (15)

الواجب البيتي: ممارسة حل المشكلات:

ماهي المشكلة التي سأعمل عليها

الفكرة السلبية بشأن المشكلة أفكار مقعد الوضع الحرج

الأمور الممكنة التي تستطيع القيام بشأنّها وقمت بتجربتها لحل المشاكل

هذا الأسبوع سوف: .....

	التقدير على مقياس حرارة الاحاسيس/المشاعر		
متى/ اين	قبل	بعد	الأعلى
المرة الأولى			
الثانية			
الثالثة			
الرابعة			

الجلسة العاشرة: التعرف على مفهوم قلق المستقبل.

اهداف الجلسة:

1-ان يتعرف المشاركين على المقصود بقلق المستقبل.

2 -التعرف على أعراض قلق المستقبل وإدراك كيفية تأثير هذه الخبرات على حياتهم.

3 -ربط تأثير خبرات قلق المستقبل على الجسد والأفكار والمشاعر.

فنيات الجلسة:

1- النقاش.

2- تمرين البطاطا الحارة.

3- تمرين فراشات البطن.

الأدوات: 5 كرات (كل كرة تمثل واحد من المشاعر الأساسية: سعيد، هادئ، غاضب، حزين، خائف)، موسيقى، أوراق ملونة على شكل فراشات مختلفة الأشكال، أقلام.

	النشاط
1	الترحيب، ومناقشة الواجب البيتي مع المجموعة
2	تمرين البطاطا الحارة
3	تمرين فراشات البطن
4	الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي

1-ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور بالموعد وتذكرهم بقوانين المجموعة. ويتم نقاش الواجب البيتي مع المشاركين. (15 دقيقة).

2-تمرين البطاطا الحارة: تقوم الباحثة بتوضيح مفهوم قلق المستقبل للمشاركين في بداية التمرين وثم يتم تمرير الكرات واحدة بعد أخرى مع تشغيل الموسيقى مع البدء في كرتين اولا ومن ثم يتم ادخال

بقية الكرات تدريجيا خلال التمرين، وعند توقف الموسيقى يقوم المشارك الذي يحمل الكرة بالحديث عن المشاعر التي تمثلها الكرة بالنسبة له وعلاقتها بشعوره بقلق المستقبل والمواقف التي يشعر بها بقلق المستقبل، وكيفية تأثيرها عليه في حياته اليومية. (30 دقيقة)

3-تمرين فراشات البطن: يختار كل مشارك بطاقات ملونة على شكل فراشات مختلفة الاحجام، ويسجل عليها مخاوفهم المرتبطة بقلق المستقبل والاحاسيس الجسديّة التي يشعر بها وربط تأثيرها على الجسد والمشاعر والأفكار، واستراتيجيات التهدئة التي يقومون بها. (30 دقيقة)

4-الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي. (15)

واجب بيتي: يقوم كل مشارك بتسجيل الموقف التي يشعر خلالها بقلق المستقبل واستخدامه لتمرين الاسترخاء

الحدث/ الموقف والظرف /الوقت	ماذا فعلت (الاستجابة الجسديّة)	ماذا فكرت (الكلام الذاتي)	ماذا شعرت	استخدام تمارين الاسترخاء

التقييم والأنّهاء:

النموذج السابق

الجلسة الحادية عشر: الربط بين الأفكار المتعلقة بقلق المستقبل وأثرها على والاحاسيس والمشاعر.

اهداف الجلسة:

1-تحديد الأفكار السلبية الناتجة عن قلق المستقبل.

2-رفع مستوى الادراك لدى المشاركين لكيفية تأثيره هذه الأفكار على المشاعر والاحاسيس.

3-تعلم طرق جديدة للتفكير لمواجهة الأفكار السلبية الناتجة عن قلق المستقبل.

فنيات الجلسة:

1- النقاش.

2- تمرين صندوق القلق.

3- تمرين لنضحك.

الأدوات: صناديق صغيرة، أقلام والوان، أوراق، مقعد إضافي.

	النشاط
1	الترحيب، ومناقشة الواجب البيتي مع المجموعة
2	تمرين صندوق القلق
3	تمرين لنضحك
4	الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي

1-ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور بالموعد وتذكرهم بقوانين المجموعة، ويتم نقاش الواجب البيتي مع المشاركين. (15 دقيقة).

2- تمرين صندوق القلق: يقوم كل مشارك بتزين صندوق صغير خاص به وكتابة اسمه عليه باستخدام أقلام ملونة ومن ثم يقوم كل مشارك بكتابة المواقف التي يشعروا خلالها بقلق المستقبل في المواقف المختلفة على أوراق ويشاركوا فيها المجموعة، ويتم استخدام تقنية مقعد الوضع الحرج للعمل على مواجهة هذه المواقف بالأفكار الإيجابية، ومن ثم يقومون بوضع هذه الأوراق في صندوق القلق بعد طيها او تمزيقها وكأنّه قام بإخراج القلق من داخله والتخلص منه من خلال وضعه داخل صندوق القلق. (45 دقيقة)

3- تمرين لنضحك: يقف المشاركون في دائرة ويقوم مشارك بمحاولة اضحاك للمشاركين الاخرين من دون كلام او لمس، وينتهي التمرين بعد ان يقوم كل مشارك بالدور بمحاولة اضحاك الاخرين حيث يساعد هذا التمرين في التقليل من شعور القلق. (15 دقيقة)

4-تلخيص الجلسة والأنّهاء والواجب البيتي. (15 دقائق)

. الواجب البيتي: تطبيق طريقة تفكير مقعد الوضع الحرج في المواقف التي يشعر بها بالقلق المستقبلي.

الاسم:

الموقف الذي حدث	الأفكار السلبية	أفكار مقعد الوضع الحرج (الإيجابية)

التقييم والأنّهاء: النموذج السابق

الجلسة الثانية عشر: التعامل مع المواقف الحياتيّة الناتجة عن قلق المستقبل.

اهداف الجلسة:1-رفع قدرة المشاركين على التعامل مع مواقف القلق في حياتهم اليومية.

4- تطوير مستوى قدرة المشاركين على السيطرة على الذات والبيئة الخارجية.

الفنيات: 1-النقاش.

2-اهلا بك في عالمي

3-تمرين نفخ الريشة

الأدوات: أوراق، أقلام، ريش صغيرة ملونة، مقعد إضافي.

النشاط

1 الترحيب، ومناقشة الواجب البيتي
2 تمرين اهلا بك في عالمي
3 تمرين نفخ الريشة
4 الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي

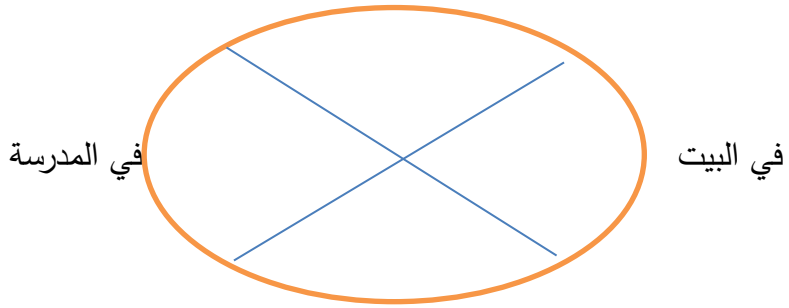
نشاط الجلسة:

1-ترحب الباحثة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور بالموعد وتذكرهم بقوانين المجموعة، ويتم نقاش الواجب البيتي مع المشاركين. (15 دقيقة).

2-تمرين اهلا بك في عالمي: يقوم كل مشارك برسم دائرة كبيرة على ورقته وتقسيمها إلى أربع اقسام (البيت، المدرسة، الأصدقاء، لوحده) وكتابة مواقف يشعر بها بقلق المستقبل في هذه المواقف والمهارات التي يقوم بها للتخلص من المشاعر السلبية والتعامل مع هذه المواقف، ويتم مشاركة المجموعة في هذه المواقف والمهارات، واستخدام أفكار مقعد الوضع الحرج في حال لم يستطيع بعض المشاركين من استخدام أساليب إيجابية لمواجهة هذه المواقف.

اهلا بك في عالمي

مع الأصدقاء



لوحدي

3 – تمرين الريشة: يقف جميع المشاركين في دائرة، ويتم توزيع ريش ملونة صغيره عليهم ويقوم كل مشارك بنفخ ريشته بالهواء والمحافظة عليها عاليا بدون ان تقع، ويساعد هذا التمرين المشاركين على تهدئة النفس.

4–تلخيص الجلسة والأنّهاء والواجب البيتي. (15 دقائق)

الواجب البيتي:

نكرر نشاط المقعد الوضع الحرج مع مواقف جديدة وبدائل وخطط هجومية جديدة من اجل انتاج أفكار مضادة إيجابية بإضافة (التحقق من الوقائع) في المواقف التي يشعر خلالها المشارك بقلق المستقبل.

الاسم:

الموقف الذي حدث الأفكار السلبية التحقق من الوقائع أفكار مقعد الوضع الحرج

الجلسة الثالثة عشر: بناء احترام الذات (1):

اهداف الجلسة:

1- رفع مستوى توكيد الذات عند المشاركين ورفع ثقتهم بقدراتهم.

2- تحسين مستوى ثقتهم بالأخرين وبالدعم الخارجي.

فنيات الجلسة:

1-النقاش.

2-تمرين (فن تصويري عن الذات).

3-تمرين رسم (كيف أرى نفسي، كيف يراني الآخرون).

الأدوات: أقلام ملونة وأوراق ال: أقلام تلوين، صوف، خيطان، كتب او مجلات او جرائد، لاصق، غراء، صمغ، (glitter).

	النشاط
1	الترحيب، ونقاش الواجب البيتي
2	تمرين (فن تصويري)
3	تمرين كيف أرى نفسي... كيف يراني الآخرون
4	التعزيز والأنّهاء، والواجب البيتي
5	

نشاط الجلسة

1-تقوم الباحثة بالترحيب بالمشاركين وتعزيزهم على الالتزام بالحضور، ونقاش الواجب البيتي (15 دقيقة)

2–تمرين فن تصويري: هو صورة عن المشارك، حيث ينجز فن تصويري باختيار صور وكلمات من الكتب او المجلات تمثله ويتم نقاش الصور والكلمات التي تمثله، ولماذا اختارها، وكيف اوجدت لديه من خلال الفن التصويري صورة ذات إيجابية. وبالنسبة للمشاركين الذين اختاروا كلمات وصور سلبية تقوم الباحثة بمساعدتهم على استبدالها وإعادة صياغتها بحيث تصبح أفكارهم ومشاعرهم وسلوكياتهم إيجابية. (40 دقيقة)

3–تمرين (كيف أرى نفسي... كيف يراني الآخرون) ويتم الطلب من كل مشارك ان يقوم برسم كيف يرى نفسه على الورقة، وعلى الوجه الاخر من الورقة يقوم برسم كيف يعتقد ان الآخرون ينظرون اليه، ويقوم كل فرد بمشاركة الاخرين بما رسم ونقاش التشابه والاختلاف. (20 دقيقة)

4–الأنّهاء والتعزيز والواجب البيتي. (15 دقائق).

التقييم والأنّهاء:

النموذج السابق

الواجب البيتي:

1) يطلب من كل مشارك تسجيل المواقف التي استخدم فيها عبارات إيجابية عن الذات:

هذا الأسبوع سوف:

	التقدير على مقياس حرارة الاحاسيس/المشاعر		
متى/ اين	قبل	بعد	الأعلى
المرة الأولى			
الثانية			
الثالثة			
الرابعة			

2) استخدام مقعد الوضع الحرج

الجلسة الرابعة عشر: تعزيز احترام الذات (2)

اهداف الجلسة:

1- تطوير مستوى تقدير المشاركين لذاتهم وقدراتهم.

2- تطوير مستوى ثقتهم بالدعم من الاخرين.

فنيات الجلسة:

1 -النقاش.

2- تمرين: انا أحب جاري الذي....

3- التعزيز الإيجابي.

الأدوات: أوراق واقلام، كراسي

	النشاط
1	الترحيب
2	مناقشة الواجب البيتي
3	تمرين (انا أحب جاري...)
4	تمرين الصفات الإيجابية
5	الأنّهاء والتعزيز الواجب البيتي

نشاط الجلسة:

1-تقوم الباحثة بالترحيب بالمشاركين وتعزيزهم على الالتزام بالحضور وتناقش ة الواجب البيتي معهم.

2-تقوم الباحثة بشرح تمرين (انا أحب جاري الذي....) ويتم وضع كراسي على شكل دائرة ويكون عدد الكراسي اقل من عدد المشاركين بكرسي واحد (ناقص كرسي) وتبدأ الباحثة التمرين بقول يقول انا أحب جاري الذي لديه عيون بنية مثلا ويقوم كل المشاركين عن كراسيهم ويتحركون للجلوس على

كرسي اخر وتجلس المعالجة أيضا بحيث يبقى مشارك بالمنتصف بدون كرسي ويقوم هو بقول عبارة أحب جاري الذي ... ويذكر الصفة التي يريدها ويستمر التمرين حتى ترى المعالجة أنّه تم ذكر صفات وميزات كافية ويتم نقاش المجموعة عن الصفات الإيجابية والتشابه والاختلاف بينهم، وميزات هذا الاختلاف والتشابه.

3- تمرين الصفات الإيجابية تمرين كتابه نطلب من كل مشارك ان يقوم بطي ورقة من النصف وكتابة اسمه بأعلى الصفحة على كل نصف، ومن ثم يقوم بكتابة صفاته الإيجابية على الجهة اليمين من الورقة وكتابة الأشياء التي يحبها في نفسه على جهة اليسار من الورقة ويتم تمرير الورقة للشخص الجالس في اليمين ويطلب من المشاركين كتابة صفة إيجابية (في الجهة اليمين من الورقة) يرونها في صاحب الورقة التي لديها ويتم تمرير الأوراق حتى تعود لصاحب الورقة ومن ثم يطلب منه ان يقارن بما كتب في كل جانب من ورقته.

صفاتي الإيجابية ما احبه في نفسي

4- الأنّهاء والتلخيص الجلسة وإعطاء الواجب البيتي.

الواجب البيتي:

1) يطلب من كل مشارك تسجيل المواقف التي استخدم فيها عبارات إيجابية عن الذات:

هذا الأسبوع سوف:

متى/ اين	التقدير على مقياس حرارة الاحاسيس/المشاعر قبل	بعد	الأعلى
المرة الأولى			
الثانية			
الثالثة			
الرابعة			

2) استخدام مقعد الوضع الحرج

التقييم والأنّهاء: النموذج السابق

الجلسة الخامسة عشر: الأنّهاء مع المجموعة.

اهداف الجلسة:

1--التعامل مع مشاعر الأنّهاء

2-تقييم مدى استفادة المشاركين من الجلسات من خلال المهارات التي اكتسبوها.

فنيات الجلسة:

1-النقاش

2-تمرين كتيب المشاعر

3-التعزيز الإيجابي والأنّهاء.

الأدوات: أقلام، أوراق، ألوان.

	النشاط
1	ترحيب، مناقشة الواجب المنزلي
2	تمرين كتيب المشاعر
3	التعزيز والأنّهاء

نشاط الجلسة:

1-تقوم الباحثة بالترحيب بالمشاركين وتعزيزهم على الالتزام بالحضور، وتناقش الواجب البيتي مع المجموعة. (15 دقيقة)

2-تقوم الباحثة بشرح تمرين كتيب المشاعر ويطلب من كل عضو من أعضاء المجموعة عمل كتيب خاص به وكتابة اسمه باستخدام الورق المقوى، الرسم، القص، ملصقات. (20 دقيقة)

3–تطلب الباحثة من المشاركين ان يقوم كل مشارك بتمرير كتيبه للشخص المتواجد على يمينه وان يكتب تعبير او كلمة إيجابية عن الشخص صاحب الكتيب، وعند الانتهاء من الكتابة للجميع يقوم كل شخص بمشاركة وقراءة الكلمات الإيجابية في كتيبه. (40 دقيقة)

4–تشكر الباحثة المجموعة على تعاونها ويطلب من كل مشارك ان ينهي الجلسة بكلمة إيجابية للمجموعة ويتم مكافئة المشاركين في نهاية الجلسة. (15 دقيقة)

ملحق (2)

المقياس

عزيزتي الطالبة /عزيزي الطالب

تقوم الباحثة بإجراء دراسة ميدانية ولتحقيق اهداف هذه الدّراسة نضع بين ايديكم مقياسين لجمع البيانات اللازمة للدراسة، علما ان البيانات التي يحصل عليها الباحث هي لأغراض البحث العلمي فقط، لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلاج النفسي الاكلينيكي/جامعة النجاح الوطنية

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تعبر عن رايك الشخصي تجاه المستقبل، نرجو اجابتك بصدق وامانة على العبارة التي تناسبك بوضع علامة (X) امام الإجابة التي تناسبك، علما أنّه لا توجد إجابة صحيحة او خاطئة.

البيانات الاولية

الرجاء وضع دائرة حول رمز الإجابة التي تنطبق عليك:

الاسم:

الجنس: ذكر انثى

العمر:

الصف:

المقياس الاول: قلق المستقبل

الرقم	الفقرات	معترض بشدة	معترض احيانا	بدرجة متوسطة	عادة كثيرا	دائما
1	أؤمن بالقضاء والقدر، وان القدر يحمل اخبارا سارة بالمستقبل.					
2	التفوق يدفعني دائما لمزيد من التفوق واكافح لتحقيق مستقبل باهر.					
3	تراودني فكرة انني قد أصبح شخصا عظيما في المستقبل.					
4	عندي طموحات واهداف واضحة في الحياة واعمل لمستقبلي وفقا لخطة رسمتها لنفسي واعرف كيف احققها.					
5	الالتزام الديني والأخلاقي والتمسك بمبادئ معيّنة يضمن للإنسان مستقبل آمن.					
6	الأفضل ان تعمل لدنياك كأنك تعيش ابدا وتعمل لأخرتك كأنك تموت غدا.					
7	اشعر ان الغد(المستقبل)سيكون يوما مشرقا وستتحقق آمالي في الحياة.					
8	أملي بالحياة كبير لأن طول العمر يبلغ الامل.					
9	يخبئ الزمن مفاجئات سارة، ولا ياس مع الحياة ولا حياة مع اليأس.					
10	حياتي مملوءة بالحيوية والنشاط والرغبة في تحقيق الآمال.					
11	يمتلكني الخوف والقلق والحيرة عندما أفكر في المستقبل وأنّه لاحول لي ولا قوة في المستقبل.					
12	يدفعني الفشل إلى الياس وفقدان الامل في تحقيق مستقبل أفضل					
13	انا من الذين يؤمنون بالحظ ويتحركون على أساسه.					
14	أفضل طريقة للتعايش مع الحياة هو عدم التفكير في المستقبل، واترك الحياة تمشي زي ما تمشي.					
15	تمضي الحياة بشكل مزيف ومحزن ومخيف مما يجعلني اقلق واخاف من المجهول.					
16	اشعر بالفراغ والياس وفقدان الامل في الحياة وأنّه من الصعب إمكانية تحسينها مستقبلا.					
17	اشعر بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة قريبا بسبب كثرة الحوادث هذه الأيام.					
18	اشعر بتغيرات مستمرة في مظهري(شكلي)تجعلني أخاف ان أكون غير جذاب (لا يتقبلني) امام الاخرين مستقبلا.					
19	ينتابني شعور بالخوف والوهم من إصابتي بمرض خطير (او حادث) في أي وقت.					

20	الحياة المملوءة بالعنف والاجرام تجعل الفرد يتوقع الخطر لنفسه في أي وقت.					
21	كثرة البطالة في المجتمع يهدد بحياة صعبة وسوء التوافق الزوجي مستقبلا.					
22	غلاء المعيشة وانخفاض الدخل وانخفاض العائد المادي يقلقني على مستقبلي.					
23	المستقبل غامض ومبهم(مجهول) لدرجة تجعل من الصعب (من العبث) ان يرسم الشخص أي خطة للأمور الهامة في مستقبله.					
24	ضغوط الحياة تجعل من الصعب ان اظل محتفظا بأملي في الحياة وأتفاءل باني سأكون في أحسن حال.					
25	اشعر بالقلق الشديد عندما اتخيل إصابتي في حادث (او حدث لي بالفعل) (او حدث او يحدث لشخص يهمني).					
26	يغلب على تفكير الموت في أقرب وقت خاصة عندما أصاب بمرض (او يصاب أحد اقاربي).					
27	انا غير راضي عن مستوى معيشتي بوجه عام مما يشعرني بالفشل في المستقبل.					
28	اشعر ان الحياة عقيمة بلا هدف ولا معني ولا مستقبل واضح.					

المقياس الثاني: مقياس الصدمة

الرقم	العبارة	دائماً	غالباً	احياناً	نادراً	اطلاقاً
1	تسيطر صور وذكريات الاحداث التي مررت بها على حياتي					
2	تراودني افكار وذكريات مؤلمة عن الحدث واجهته					
3	تقتحم ذهني تخيلات مرتبطة بالخبرة التي مررت بها					
4	اعاني من احلام مزعجة بعد تعرضي لذلك الحدث					
5	اعاني من السرحان بعد الحدث الذي واجهته					
6	لا استطيع منع نفسي من التفكير بالخبرة التي مررت بها					
7	اتجنب الاشياء التي تذكرني بالخبرة التي مررت بها					
8	أغلق التلفاز او المذياع عندما يبث شيء يتعلق بالحدث الذي مررت به					
9	امنع نفسي من التفكير بالحدث الذي واجهته					
10	اشعربالعزله بعد تعرضي لتلك الخبرة					
11	اصبحت اقل اهتماماً بالاخرين بعد الخبرة التي مررت بها					
12	اصبحت اقل تواصلاً مع الاخرين بعد الحدث الذي مررت به					
13	فقدت الاهتمام بالانشطة التي كنت استمتع بها بعد الحدث الذي تعرضت له					
14	اشعر بالقلق من المستقبل بعد الحدث الذي واجهني					
15	اتجنب الاماكن التي تذكرني بالخبرة التي مررت بها					
16	اتجنب الاشخاص الذين يذكروني بالحدث الذي واجهني					
17	اشعر اني بلا مشاعر بعد الخبرة التي مررت بها					
18	احزن بسهولة بعد الخبرة التي مررت بها					
19	اغضب بسهولة بعد الحدث الذي تعرضت له					
20	اجد صعوبة في التركيز بعد تلك الخبرة					
21	اجد صعوبة في تذكر المعلومات بعد ذلك الحدث					
22	يتشتت انتباهي بسهوله بعد الحدث الذي تعرضت له					
23	اجد صعوبة في النوم بعد الخبرة التي مررت بها					
24	اجد صعوبة في اتمام المهام التي اقوم بها بعد الحدث الذي واجهني					
25	تزداد دقات قلبي عندما اتذكر ما حدث معي					
26	اشعر برعشة في اطرافي عندما اتذكر الخبرة التي واجهتني					
27	اعاني من فقدان الشهية بعد ذلك الحدث					

28	اعاني من الصداع بعد ذلك الحدث					
29	اعاني من الام في البطن بعد ذلك الحدث					
30	اشعر بضيق في التنفس عندما اتذكر ذلك الحدث					
31	العب العاباً تذكرني بالخبرة التي مررت بها					
32	اشعر بفقدان المتعة فيما اقوم به من العاب					
33	اتعامل بعنف مع العابي					
34	افضل اللعب لوحدي بعد ما حدث معي					
35	اجد نفسي اكرر ما حدث معي اثناء اللعب					
36	افضل الالعاب العنيفة على بقية الألعاب					
37	اشعر برغبة في البكاء اثناء اللعب					
38	اعاني من مشكلات في التذكر بعد الحدث الذي واجهني					
39	الوم نفسي بعد الحدث الذي مررت به					
40	اشعر بعدم الرضا عن نفسي بعد تلك الخبرة					
41	اشعر بعدم القدرة على القيام بالاشياء بعد الخبرة التي مررت بها					
42	فقدت ثقتي بنفسي بعد الحدث الذي واجهني					
43	اشعر بالرعب بعد الخبرة التي حدثت معه					
44	اشعر بالذنب بعد الذي حدث معي					
45	اشعر بالحزن بعد الحدث مررت به					
46	اشعر بفقدان الامل بعد الخبرة التي واجهتني					
47	اتعامل بعدوانية مع الاخرين بعد الحدث الذي واجهني					

ملحق (3)

ورقة موافقة الاهل

موافقة

انا (اسم ولي امر الطفل /ة) ----------

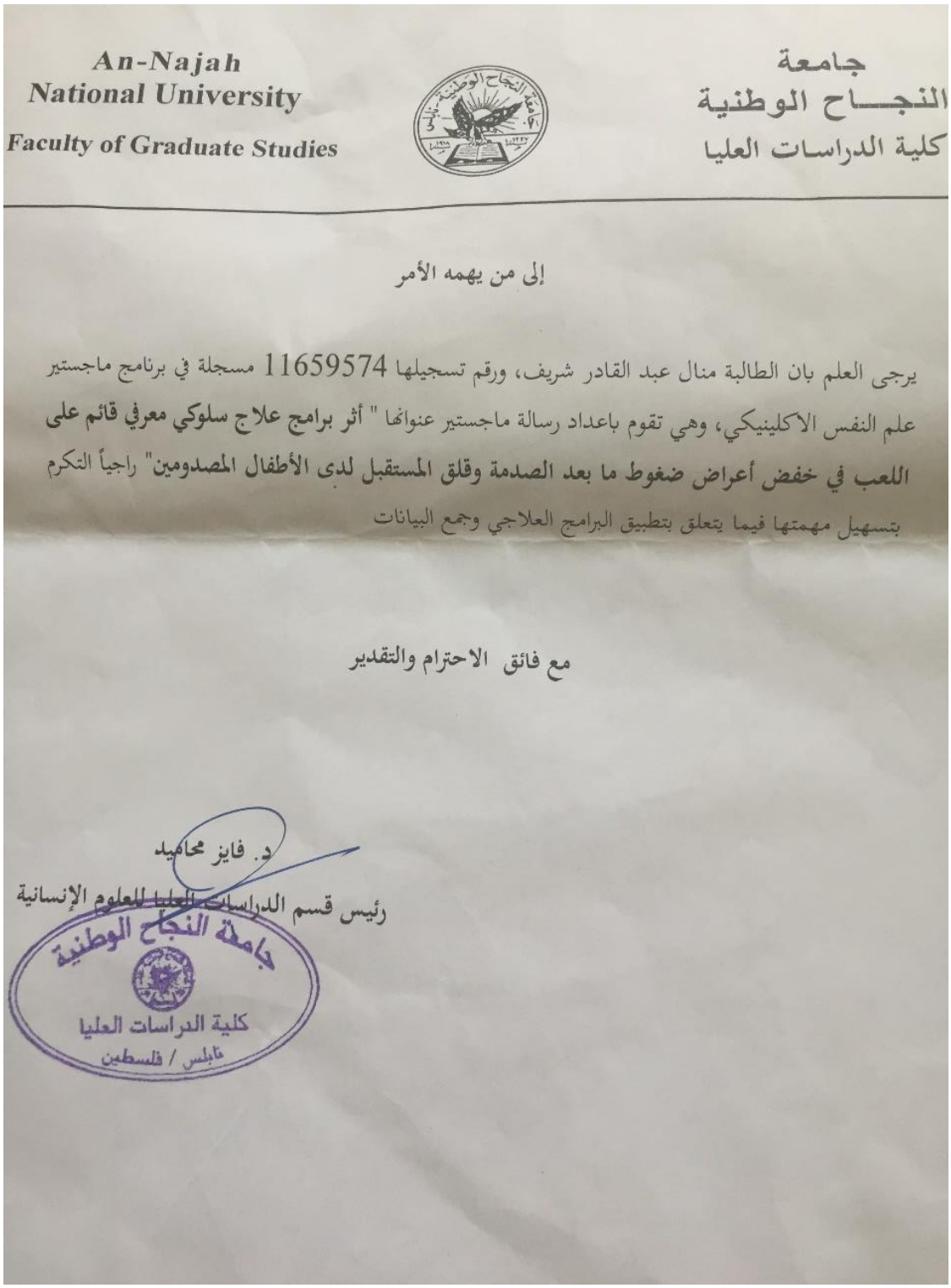
رقم جوال ----------

اوافق على مشاركة طفلي (اسم الطفل /ة) ----------

في جلسات برنامج التدخل العلاجي (فاعلية برنامج علاجي جمعي قائم على العلاج المعرفي السلوكي باللعب (CBPT)في خفض قلق المستقبل، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين في مخيم بلاطة) والذي يتم بغرض البحث العلمي للحصول على شهادة الماجستير في جامعة النجاح الوطنية للطالبة (منال عبد القادر الشريف).

ملحق (4)

كتاب تسهيل مهمة



An-Najah
National University
Faculty of Graduate Studies

جامعة
النجـــاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

إلى من يهمه الأمر

يرجى العلم بان الطالبة منال عبد القادر شريف، ورقم تسجيلها 11659574 مسجلة في برنامج ماجستير علم النفس الاكلينيكي، وهي تقوم باعداد رسالة ماجستير عنوانها " **أثر برامج علاج سلوكي معرفي قائم على اللعب في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وقلق المستقبل لدى الأطفال المصدومين**" راجياً التكرم بتسهيل مهمتها فيما يتعلق بتطبيق البرامج العلاجي وجمع البيانات

مع فائق الاحترام والتقدير

د. فايز محاميد
رئيس قسم الدراسات العليا للعلوم الإنسانية

جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا
نابلس / فلسطين

An-Najah National University
Faculty of Graduate Studies

The Effectiveness of a Group Therapy Program Based on CBPT in Reducing Future Anxiety and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among Traumatized Children

By
Manal Alsharif

Supervisor
Dr. Fayez Azez Mahamid

Co-Supervisor
Dr. Rasmia Hannoun

This Thesis is Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Clinical Psychologicaly, Faculty of Graduate studies, An-Najah National University, Nablus, Palestine.

2021

The Effectiveness of a Group Therapy Program Based on CBPT in Reducing Future Anxiety and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among Traumatized Children

By
Manal Alsharif
Supervisor
Dr. Fayez Mahameed
Co-Supervisor
Dr. Rasmia Hannoun

Abstract

The current study aimed to test the effectiveness Play therapy Program Based on Play in Reducing Future Anxeity and Reducing Posttrumatic Disorders Among a Sample of Trumatized Children. The sample of study consisted of (22) refuged children, they were selecoted from Balata refugee camp form those who received higher scores on the PTSD and future anxiety scales.

The participants were randomly assinged into two groups: an experimental group of (11) children, those who received a CBPT program lasted for (15) sessions, two sessions perweek. And the control group, those who didn't receive the therapeutic program. The performance of the two group were measured beofe and after the intervention using one way ANCOVA test. The results showed signifnce differnces in future anxiety and posttruamtic stress disorders, in favor of experimental group.

., which indicates the effectiveness of the CBPT program in reducing PTSD symptoms and future anxiety. Based on the results of current study, the researcher recommends conducting more therpautic program targeting

children who live in Palestinian camps, in addition, conducting more studies based on CBPT to target diffent counseling populations.

Keywords: Cognitive behavioural therapy, play therapy, , Posttraumatic stress disorder, future anxiety, Palestinian children