فعالية نموذج العلاج الاسرى السلوكى فى التخفيف من مشكلة الاساءة الانفعالية لدى الاطفال المصابين بالحروق

The effectiveness of Family Behavior Therapy Model in Reducing emotional abuse among Children with Burns

تاريخ التسليم ٢٠٢٥/١/١٣

تاريخ الفحص ٢٠٢٥/١/٢٣

تاريخ القبول ٥ /٢٠٢٥/٢

إعداد

جهاد إيهاب عبد العظيم محمد

مدرس مساعد بقسم خدمة الفرد

كلية الخدمة الاجتماعية جامعة اسيوط

Gehad Ehab Abdelazeem Mohamed

Assistant lecturer in department of case work

gehad.ehab@aun.edu.eg

المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية
العدد التاسع والعشرون المجلد الأول مارس ٢٠٢٥م

فعالية نموذج العلاج الاسرى السلوكى فى التخفيف من مشكلة الاساءة الانفعالية لدى الاطفال المصابين بالحروق

اعداد وتنفيذ

جهاد إيهاب عبد العظيم محمد

مدرس مساعد بقسم خدمة الفرد

كلية الخدمة الاجتماعية جامعة اسيوط

ملخص البحث:

تهدف الدراسة الى اختبار برنامج التدخل المهنى لنموذج العلاج الاسرى السلوكى فى خدمة الفرد للتخفيف من مشكلة الاساءة الانفعالية لدى الاطفال المصابين بالحروق.

وقد تمثل الفرض الرئيسى "توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين درجات القياسين القبلى والبعدى فيما يتعلق بفعالية نموذج العلاج الاسرى السلوكى فى التخفيف من مشكلة الاساءة االانفعالية لدى الاطفال المصابين بالحروق ".

وتعتبر هذه الرسالة من الدراسة الشبه تجريبية التى تقوم على التجريب حيث استهدفت اختبار اثر متغير تجريبى مستقل "ممارسة نموذج العلاج الاسرى السلوكى فى خدمة الفرد على متغير تابع "التخفيف من مشكلة الاساءة اللفظية لدى الاطفال المصابين بالحروق" ويقاس ذالك من خلال التدخل المهنى مع الحالات التجريبية واعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج شبه التجريبى.

حيث توصلت هذه الدراسة الى ان التدخل المهنى باستخدام نموذج العلاج الاسرى السلوكى قد حقق نتائج ايجابية فى التخفيف من مشكلة الاساءة اللفظية لدى الاطفال المصابين بالحروق.

أثبتت الدراسة وجود مستوى مرتفع من الإساءة الانفعالية ككل بصفتها أحد أبعاد العزلة الاجتماعية حيث بلغ المتوسط العام المرجح (٢.٧٥) بانحراف معياري قدره (٠.٤١) وهي تقع في نطاق المستوى المرتفع.

الكلمات المفتاحية: الفعالية، العلاج الاسرى السلوكى، الاساءة الانفعالية، الاطفال المصابين بالحروق.

The effectiveness of Family Behavior Therapy Model in Reducing emotional abuse among Children with Burns

Abstract

The study aims to test the professional intervention program of the behavioral family therapy model in the case work to alleviate the problem of emotional abuse in children with burns.

The main hypothesis was "There are statistically significant differences between the pre- and post-measurement scores regarding the effectiveness of the behavioral family therapy model in alleviating the problem of emotional abuse in children with burns."

This thesis is considered a quasi-experimental study based on experimentation, as it aimed to test the effect of an independent experimental variable "Practicing the behavioral family therapy model in the service of the individual on the dependent variable "alleviating the problem of verbal abuse in children with burns" and this is measured through professional intervention with experimental cases. The current study relied on the quasi-experimental approach.

This study concluded that professional intervention using the behavioral family therapy model has achieved positive results in alleviating the problem of verbal abuse in children with burns.

The study demonstrated a high level of emotional abuse overall as one of the dimensions of social isolation, with a weighted average of (2.75) and a standard deviation of (0.41), placing it within the high-level range.

Keywords: effectiveness, behavioral family therapy, emotional abuse, children with burns

مقدمة :

أولاً: مدخل لمشكلة الدراسة:

لاشك أن الطفولة هي صانعة المستقبل فأطفال اليوم هم رجال الغد الذين يحملون على عاتقهم مسئولية البناء والتعمير وكذلك فهى مرحلة أساسية التى يتشكل عليها بناء الانسان. بالإضافة إلى ذلك فهى مرحلة عمرية من مراحل نمو الكائن البشرى، و الأساس الذى تبنى عليه شخصيته، فإن المجتمع عن طريقه يلبي احتياجاته من العناصر البشرية. ونتيجة لذلك يجب أن تحظى قضية الطفولة بكافة اهتمام المهن المختلفة وعلى رأسها مهنة الخدمة الاجتماعية لما تقوم به دوراً هاماً فى مجال رعاية الطفولة و تقديم الخدمات لهم.

(على، ٢٠٠٣، ٦٣)

الأسرة هي الوحدة الأساسية في كل نظام اجتماعي واقتصادي وسياسي , حيث يرى المهتمون بالعلوم الإنسانية الاجتماعية , أن الأسرة السعيدة المتكاملة أساس للمجتمع الصالح وضرورة لتكوين العلاقات الإنسانية السليمة في المجتمع.

(رمضان، ٢٠٠٣، ٢٠٠)

وتعد الأسرة نسق اجتماعي رئيسي فهي مصدر الأخلاق والدعامة الأولى لضبط السلوك والإطار الذى يتلقى فيه الإنسان أول دروس الحياة الاجتماعية , وبالرغم من صغر حجمها تعتبر من أقوى أنساق المجتمع فمن طريقها يكتسب الإنسان إنسانيته وفيها يتحول المولود من كائن بيولوجي إلى مخلوق اجتماعي يعيش في انسجام مع الأخرين وفقاً للقيم والمعايير القائمة في المجتمع.

(عبدالمالك ونوفل، ٢٠٠٦، ١١٠)

يعيش الطفل في كنف الأسرة، وعندما ينمو ويخرج من نطاق الأسرة تتسع علاقاته الاجتماعية بانضمامه إلي جماعة الإقران، ومحاولة للابتعاد عن جو الأسرة ونظمها، وتقوم جماعة الأقران بالتأثير علي الطفل من سلوكيات ايجابية.

(Burns, A., & Darling, N., 2002, 4-6)

هذا ولابد من تعزيز معاملة الإقران بين الأطفال المصابين بالحروق لأنها تقوم بإزالة العوائق والصعوبات التي يشعرون بها وتعزيز العاون بين الإقران والأطفال المصابين بالحروق.

(Crosnoe and others, 2004, 61-70)

ويتعرض الأطفال المصابين بالحروق إلي كثير من الاضطرابات الجسدية والعاطفية والعائلية ، يؤدي الإصابة بالحرق إلي تلف الأعصاب والي التشوهات والي الألم الشديد ويحتاج علاج الخروق إلي كثير من الوقت للشفاء.

(Downs, W. R., & Rose, S. R., 1991, 102)

ويوجد بعض الأطفال المصابين بالحروق أكثر مرونة في أنهم يكونوا أكثر قدرة علي التحكم في التوتر ولديهم القدرة في اجتياز أنشطة أداء أي شئ ويكونوا أكثر تعاونيه، ويتعرض الأطفال المصابين بالحروق إلي كثير من الصدمات الاجتماعية ، ويتعرض الأطفال المصابين بالحروق إلي كثير من الحرمان ، يعيش الأطفال المصابين بالحروق في ظروف معيشية وأسرية سيئة.

(Eamon, 2005, 163-175)

ولعل هذا ما أكدت دراسة (Goethe, 2001) حيث تناولت هذه الدراسة تدريس مفهوم الحرق واسبابه واثارةالمترتبة منه والمعناة النفسية الاجتماعية والمعاناة التي يعانوا منها المصابين بالحرق والمشاكل النفسية والاجتماعية التي يتعرضون إليها بتدريسها إلي الأطفال في المدارس. وكذلك ما أكدت دراسة Santor and other (2000) وتناولت هذه الدراسة الأطفال المصابين بالحروق لمشاهدة الأفلام الكرتونية باستخدام مخطط لملاحظات النجوم علي سلوكيون محروقين

للأطفال خلال جلسات العلاج الطبيعي بالإضافة تصور الأطفال إلي الخوف و الألم مما أدي الي خوض سلوك الألم عند الأطفال المصابين بالحروق.

وكذلك أوضحت بعذ الدراسات شعور هؤلاء الأطفال اذ يشعرون الأطفال المصابين بالحروق بعدم الرضا عن حياتهم الذين يعيشون فيها ، ويبتعدون الأطفال المصابين بالحروق بمن يشعروها بالرفاهية فيها كان من قبل في حياتهم السابقة.

(Williams & Gilmour, 1994, 7-13)

وذلك ما اوضحته دراسة (Hinshaw & Melnick , 1995) تناولت هذه الدراسة أن الأطفال الذين يتعرضون للحروق الكهربائية يكون نتيجة الألعاب الكهربائية الذين يلعبون بها وكانت الحروق ناجمة من انخفاض الجهد الكهرباء في منازلهم.

وتناولت دراسة (Hymel and others, 1990) إمكانية استخدام الواقع الافتراضي في الإعداد المريري من خلال استخدام الألعاب المناسبة التي تتناسب مع الأطفال ، وتقوم هذه الألعاب من التخفيف من شدة الألم الذي يتعرض له الأطفال.

ويتعرض الأطفال المصابين بالحروق إلي الإجهاد الحاد والتوتر و ذلك نتيجة من شدة الألم الذي يتعرضون اليه ونتج عن الإصابة بالحرق التي تعرض لها الأطفال في أنهم لم يستطيعوا القيام بأداء انشطتهم للحياة اليومية التي يقوموا بها كل يوم.

(Kupersmidt and others, 1990, 248)

فمعاملة الإقران وجود مشكلة العزلة الاجتماعية التي يعانوا منها الأطفال المصابين بالحروق، مما تحتوي معاملة الإقران من التواصل الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية وتقوم بعمل العوائق والصعوبات التي يعانوا منها الأطفال المصابيين بالحروق.

(Pettit and others, 1991, 383-402)

ولمعاملة الإقران لها أهمية بين الأطفال ، في قيام الأطفال مع أقرانهم بإنشاء نظم اجتماعي التفاعلات فيما بينهم , و يظهر نتيجة التفاعل بين الإقران والأطفال المصابين بالحروق سلوكيات مواقف نتيجة التفاعل ، مما يؤدي إلي رفض أو قبول الإقران للأطفال , و ينتج نتيجة تفاعل الإقران مع الطفل المصاب بالحرق كثير من الصراعات ، وينتج أيضا خجل الأطفال المصابين بالحروق , و تفاعلات الإقران السلبية ينتج عنها كثير من المشكلات مثل الرهاب الاجتماعي ، القلق ، مما يؤدي الي أن تعرض الأطفال المصابين بالحروق الي كثير من المشكلات.

(Tremblay and others, 2003, 71-83)

وتؤثر التفاعلات الايجابية مع الإقران علي النجاح المستقبلي في العديد من المجالات ، بما في ذلك تطوير اللغة وتنمية العلاقات يواجه الأطفال الين لديهم احتياجات كالأطفال المصابين بالحروق, و للأقران لها تأثير كبير علي السلوكيات التي تظهر علي الأطفال المصابين بالحروق ، فالإقران لها تأثير ايجابي أو سلبي مما يؤدي الي ظهورها علي سلوكيات الأطفال المصابين بالحروق , ونتجت العزلة الاجتماعية للأطفال المصابين بالحروق نتيجة معاملة الإقران السيئة للأطفال المصابين بالحروق ، مما أدي جعل الأطفال المصابين بالحروق يفكرون في الانتحار، ونتج أيضا العزلة الاجتماعية نتيجة عدم كفاية نوعية وكميلة العلاقات الاجتماعية مع الأطفال المصابين بالحروق في مستويات مختلفة حيث يحدث التفاعل البشري الفردية والجماعية والمجتمع والبيئة الاجتماعية الأكبر.

(Nancy evan, 2003, 3)

وتعبتر المعاملة الوالدية تلك الأساليب التي يتبعها الإباء في تربية أبنائهم ، ونجد أن لكل الأو لياء

نظرة خاصة عن كيفية التعامل مع أبنائهم ، فالمعاملة الوالدية مهمة جدا ولها تأثير كبير في تكوين شخصية الأبناء.

(دريبين، ٢٠١١، ١٠)

لقد كانت الأسرة ولا تزال أهم هيئة في المجتمع تضطلع بعملية التنشئة الاجتماعية ، ولم يكن هناك خلاف بين علماء العلوم الاجتماعية حول أهمية التفاعل في الأسرة بين الوالدين و الأبناء .

(إبراهيم، ١٩٩٠، ٤)

للأسرة وما تأخذ به من أساليب متنوعة في التنشئة دور فعال في حياة الأبناء ، وينشا هذا الدور الكبير و المهم للوالدين في عملية التنشئة الاجتماعية نظرا لأنهما مصدر لإشباع كثير من الحاجات النفسية والروحية والاجتماعية لدى الأبناء ، فالشعور بالأمن و الأمان العاطفي ، و الثقة بالنفس تعلم الاتصال و التفاعل مع الآخرين ، جميعها حاجات تتحقق للأبناء من خلال محيطهم الأسرى وتفاعلهم ومع الوالدين.

(عبد الله، ١٩٩٦، ٢)

يجمع العديد من علماء النفس والتربية باتجاهاتهم المختلفة على أن الأساليب التي يمارسها الإباء في معاملتهم لأبنائهم تؤثر في تكوينهم النفسي و الاجتماعي ، و تمثل حجر الزاوية في تكوين شخصياتهم وتوافقهم. (رمضان، ٢٠٠٦، ٤)

وقد بينت الدراسات الإكلينيكية و الملاحظات التجريبية التبعية ، أن السمات الأساسية للشخصية عند الكبير، ماهي إلا امتداد لتأثير الخبرات الطفولية المبكرة التي سبق أن مر بها ، فالمعاملة الوالدية أذا لم تهئ الجو النفسي السليم للطفل فانه قد يعانى من مشكلات نفسية.

(خلال، ٢٠١٢، ٤)

وللنشاط العائلي دور محدد في التطور المعرفي والنفسي والاجتماعي للطفل،هذا لان الأسرة تعتبر المؤسسة الاجتماعية الأولى التي ينتمي إليها الطفل فتقوم بفضل أعضائها تلقينه المهارات الاجتماعية الضرورية التى تساعده على تكيفه في محيطه.

(قماز، ٢٠٠٩، ٢)

ودراسة (Baucom and others, 1998): استهدفت هذه الدراسة ان التدخل الاسرى السلوكى يقوم بعلاج المشكلات النفسية والاجتماعية وكانت الدراسة بين العلاقة بين مجموعتين من الامهات التى تم احالتهم من احالات خدمة حماية الطفل وكانت المجموعة الاولى عن الامهات التى يقوموا باهمال اطفالهم والثانية مجموعة من الامهات التى يتعاطوا المخدرات مستخدما تصميم تجريبى واسفرت النتائج عن ان قام التدخل الاسرى السلوكى بمعالجة الامهات من المشكلات النفسية والاجتماعية التى يعانوا منها الامهات

واكدت دراسة (Jillian and Philip, 2010): استهدفت الدراسة ان التدخل الاسرى السلوكى يقوم بعلاج المشكلات النفسية والاجتماعية لدى الشباب وكانت الدراسة عن مقارنة بين مجموعتين من الشباب المجموعة الاولى من المصابين بفقدان للشهية العصبى ومجموعة من المراهقين واسفرت النتائج ان التدخل الاسرى السلوكى قام بعلاج المشكلات النفسية والاجتماعية لدى الشباب.

وايضا دراسة اليزابيث (Elizabeth, 2011) والتى جاءت بعنوان (المخاطر مقابل الصمود) دراسة استطلاعية حول العوامل التى تؤثر على اعراض ما بعد الصدمة لدى اطفال مرضى الحروق واستهدفت هذه الدراسة تحديد العلاقة بين المتغيرات الديموجرافية(السن,الجنس,العمر,دخل الاسرة) واصابة الحروق لدى الاطفال ,وتوصلت النتائج الى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين شدة الحرق والصدمة التى بتعرض لها الطفل , وتوصلت النتائج ايضا الى ان هناك علاقة دالة بين شدة الحروق وشدة الصدمة , فكلما قل مستوى الحروق قلت شدة الصدمة والعكس صحيح.

وتعد الحروق شكلا هداما من اشكال الجروح , حيث انها تهدد بعنف حياة الانسان و صحته كما انها تعتبر من اخطر الاصابات التى يمكن ان تصيب الانسان والتى تعد من المشكلات الكبرى فى العالم سواء فى الدول المتقدمة او النامية , حيث يموت العديد من المصابين بالحروق والبعض الاخر يحتاج الى علاج بالمستشفى والرعاية لفترات طويلة قد تستمر لسنوات فى بعض الاحيان , مما يرهق الاسرة ماديا بالاضافة الى المعاناة النفسية والاجتماعية التى تصيب المصاب.

(محمد، ١٩٩٦، ٣٠)

والحروق يمكن ان تصيب اى شخص فى اى وقت فى اى مكان , حيث لا تؤثر على الفرد فقط بل يمتد تاثيرها الى جميع افراد الاسرة . فاذا ما اصيب احد الافراد باصابة مزمنة يبدا جميع الابناء والاخوة والوالدين فى الانشغال بهذه الاصابة , وبالتالى يحدث عجزا فى الاداء الاجتماعى لجميع افراد الاسرة.

(عبدالرحمن، ٢٠٠٥، ٨٨)

وتؤدى الاصابة بالحروق الى دخول المستشفى والاقامة بها لفترات طويلة ما يزيد العبء على المصابين واسرهم والمجتمع وقد تؤدى الحروق الشديدة الى موت المصاب متاثرا باصابته , وقد ادى التطور فى مجال العناية بمصابي الحروق على مدى العقود الثلاثة الماضية الى انقاذهم من الموت , ثم تكون الخطوة التالية بعد النجاح فى انقاذ حياة هؤلاء المصابين هى توقع المستقبل لهؤلاء المصابين , واليوم لم تعد نتائج الاصابة تقاس بمعدلات الوفيات بل اصبحت تقاس بمعدلات هؤلاء الناجين من الحروق , ويعيش المصابين الذين الذين نجوا من الموت باعاقات و تشوهات مزمنة طوال حياتهم.

(Hall and others, 2007, 265)

ان سمة حياتهم هى العمليات الجراحية والعلاج الطبى والصراعات ,وتؤدى حالة الاصابة بالحروق الى ضغوط صحية واجتماعية ونفسية واقتصادية , لذلك ينبغى الاهتمام بالجوانب النفسية والصحية والاجتماعية وتقييم الوضع الصحى لهؤلاء المصابين . وكثير من الاحداث التى تتعرض لها الاسرة يمكن ان تؤدى الى حدوث ازمات او انواع من التفكك , ومن المحتمل ان تحدث لها فترات من التوافق واعادة التنظيم , او عدم توافق وتفاقم هذه الازمات بما يؤدى الى تفكك و انهيار كيان هذه الاسرة.

(عبد المالك ونوفل، ٢٠٠٦، ١١٠)

ولاتوجد اسرة الا ولها مشكلات ومعوقات تواجهها والامر مختلف , فبعض الاسر تواجه هذه المشكلات و الازمات و التحديات بتماسك وقلوب مليئة بالايمان و تبحث عن وسائل وسبل للتغلب على صعاب الحياة , ومن جانب اخر هناك الاسرة التى يتصارع افرادها فيتغير دور الزوجة تجاه زوجها ومع اطفالها مما يتسبب فى حدوث ازمات اسرية وتصدعات نتيجة اختلال توازنها فى اداء دورها ورعايتها لاسرتها , الامر الذى يجعلها اسرة ضعيفة امام التحديات.

(منصور والشربينى، ٢٠٠٠، ٢٦)

وكما اظهرت نتائج دراسة مورتن (Morten, 2003) التى استهدفت العمل على تحسين الامكانيات الحالية للتعامل مع اصابات الحروق , لتقديم نتائج افضل للمصابين , واستكشاف مدى مساهمة العوامل الفردية و الشخصية على التغلب على المشكلات المتوقعة نتيجة الاصابة بالحروق , وكانت معظم المشكلات التى يعانى منها المصابون بعد الحروق , تلك المتعلقة بالحساسية والحرارة وعدم القدرة على العمل , وصورة الجسم بعد الاصابة بالحرق , والوضع العائلى والظروف المعيشية والاصابة بالحروق تسهم فى وجود مشكلات اجتماعية ونفسية و اقتصادية للمراة المصابة بالحروق , وذلك لانها لا تستطيع القيام بادوارها المعتادة كما ينبغى

ولم تقتصر فقط على الجوانب النفسية للحياة و لكن شملت ايضا الجوانب المادية . وتوصلت النتائج الى ان استراتيجيات المواجهة العصبية والانطوائية ادت الى نتائج سيئة بعد اصابة الحروق الشديدة و تشير النتائج الى ان المصابين الذين يعانون من مثل هذه الخصائص يجب اعطاؤهم اهتماما خاصا اثناء اعادة التاهيل.

وايضا دراسة بيتر (peter, 2004) التى استهدفت العمل على نشر ثقافة الوقاية من الاصابة بالحروق باستخدام ادوات مختلفة مثل (ملفات الفيديو , والموادالمكتوبة) للتوضيح , وتقييم اثربرنامج العودة الى المدرسة على التكيف الاجتماعى والنفسى على المهارات الاجتماعية , والثقة بالنفس للاطفال المصابين بحروق وقد اظهرت النتائج ان التكيف لدى الاطفال يكون افضل من خلال المتابعة على المدى البعيد اكثر منه على المدى القصير.

والحروق على الرغم من انها تبدو بسيطة لبعض الناس الا انها من الاسباب القوية التى قد تؤدى الى وفاة افراد اسرة بالكامل اذا كان الحريق مدمرا اوشاملا المنزل على سبيل المثال . وتؤدى الحروق الى فقد مصل الدم وفقد سوائل الجسم , كما تؤدى الى الاختناق نتيجة عدم كفاية الاكسجين او استنشاق الهواء الساخن و الغازات السامة.

(سلامة، ١٩٩٧، ٢٥٣)

وان تم التمكن من انقاذ حياة المصاب فقد يصاب بعاهات دائمة , ويعانى مصابى الحروق بالام شديدة تعد كعلامة انذار موجهة اليهم وكلما تصاعد الالم و اشتد اصبح الادراك الحسى فى شكل انذار مهددا للمصاب بالموت , وهذا الشعور يكون عادة مصحوبا بالقلق والتوتر , كما يضاعف من الاحساس بالالم.

(عبدالعزيز واخرون، ٢٠٠١، ٦)

وعلى الرغم من التحسن الواضح فى رعاية مصابى الحروق فان الحروق الشديدة واحدة من اقسى او اشد الاصابات المدمرة التى من الممكن ان يعيشها الانسان ان قدر الله ذلك.

وتقسم الحروق عادة حسب عمقها او درجتها حيث توجد ثلاث درجات من الحروق وهى:

حروق الدرجة الاولى وهى ابسط انواع الحروق , وحروق الدرجة الثانية التى تؤدى الى جرح اعمق من السابقة , بينما تؤدى حروق الدرجة الثالثة الى تلف اعمق وصدمة كبرى.

(فهمى، ١٩٩٩، ٢١١)

و تؤثر مشكلات الاصابة بالحروق على جميع اجهزة الجسم , ولذلك فان معظم المصابون بالحروق يعانون من الاكتئاب الشديد والعصبية الزائدة نتيجة لشكل الحروق نفسها او التشوهات الناتجة عنها , نتيجة لتصور المصاب شكله وهيئته بعد خروجه من المستشفى و كيفية تعامله مع المجتمع و الاخرين ومدى محافظته على علاقاته و علاقات عمله و مجتمعه , وهذا ما اشارت اليه نتائج دراستها التى استهدفت تقيم تاثير ادوية الاكتئاب على مرضى الحروق بالمستشفيات الجامعية من الناحية النفسية والصحية ومدى تعاون المصابة مع الممرضة وتوصلت النتائج من خلال المتابعة الى ان المصابين اثناء اليوم الاول من دخول المستشفى يعانون من الاكتئاب الشديد و كلما زادت درجة الاكتئاب زاد عدم تعاونهم مع الممرضة.

(مقبول، ٢٠١١، ٥)

والحروق لها كثير من العواقب الجسدية و النفسية التى تهدد صحة الاطفال المصابين بالحروق , و لابد من التاهيل النفسى الاجتماعى لدى الاطفال المصابين بالحروق , و يعانى الاطفال المصابين بالحروق من الاكتئاب و القلق و الهذيان من التشويه الذى لديهم على وجوههم و اجسادهم , مما يؤدى الى اضطراب فى الحالة النفسية لدى الاطفال المصابين بالحروق , و يعانى الاطفال المصابين بالحروق من انخفاض المزاج و اللامبالاة

و الصعوبات فى استمرار الانشطة العادية , مما يشعر الاطفال المصابين بالحروق بالحزن لفقدانه الشخصية السابقة فقد فقدوا الاقران التى كانوا يتعاملون معهم فيما قبل , و يعانى الاطفال المصابين بالحروق من ردود الفعل السيئة و الصدمات نتيجة التعامل مع الاقران , مما يؤدى الى شعوره بالعزلة الاجتماعية.

(Reuf Karabeg and others, 2009, 82)

و يفقدون الاطفال المصابين بالحروق القدرة على ممارسة الانشطة التى كانوا يقوموا بها فيما قبل , مما يؤدى الى ردود فعل سلبية لدى الاطفال المصابين بالحروق , مما ينتج الى شعور الاطفال المصابين بالحروق بالعزلة الاجتماعية , و يشعر الاطفال المصابين بالحروق تغير فى مظهرهم الجسدى , و يشعروا بالقلق حول كيفية رد فعل الاقران لهم عندما يغادرون المستشفى , و تفاعل الاقران السئ و طريقتهم اللفظية او غير اللفظية مع الاطفال المصابين بالحروق يجعل الامر اكثر صعوبة فى شعور الاطفال المصابين بالحروق بفقدان الثقة فى انفسهم , و يتضايق الاطفال المصابين بالحروق من ردود فعل الاقران السيئة معهم , و قد يعانوا الاطفال المصابين بالحروق بالقلق نتيجة فقدان التفاعل الاجتماعى بين الاطفال المصابين بالحروق و اقرانهم , و يشعر الاطفال المصابين بالحروق بالاكتئاب و التوتر و الضيق , مما ينتج شعور الاطفال المصابين بالحروق بالعزلة الاجتماعية.

(Kammerer Quayle, 2006, 2)

يعانوا الاطفال المصابين بالحروق كثير من التحديات النفسية , تتسبب الاصابات بالحروق لحدوث ندوب و تشوهات فى اجساد الاطفال بالمصابين بالحروق او وجوههم , و ربما تتسبب الاصابة بالحرق فى اعاقة للحركة للاطفال المصابين بالحروق , و تؤدى الاصابة بالحرق الى شعور الاطفال المصابين بالحروق بالاكتئاب و قلة الثقة بالنفس , مما يؤدى الى صعوبة التكيف البدنى و النفسى و الاجتماعى مع اصابة الاطفال بالحرق , و يعانى الاطفال المصابين بالحروق الى كثير من الصدمات الجسدية و النفسية , و يعانى ايضا الاطفال المصابين بالحروق الى الاضطرابات النفسية نتيجة التشوهات التى لديهم فى وجوههم و اجسادهم.

(Norman and others, 2010, 193)

يشعر الاطفال المصابين بالحروق بحالة من القلق و الخوف نتيجة التفاعل مع الاقران و هو الميل الى تجنب اى تفاعل مع الاقران , و يشعر الاطفال المصابين بالحروق بالفشل , و يفضل الاطفال المصابين بالحروق عدم المشاركة فى اى نشاط مع الاقران , و يعانى الاطفال المصابين بالحروق بالانفعالات و التصرفات السلبية نتيجة التفاعل مع الاقران , و العزلة الاجتماعية تعد بمثابة نقطة البداية لكثير من المشكلات النفسية و الاجتماعية حيث ان العزلة الاجتماعية تجعل الاطفال المصابين بالحروق يشعرون بعدم الامان و الخوف نتيجة لعدم تفاعل الاقران معهم.

(Stranahan and others, 2006, 26)

ثانياً: أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها مما يلي:

١) ما اشارت اليه احصائيات منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بمعدلات الإصابة الحروق حيث يصل عدد ضحايا الحروق لنحو ٨٠ ألف مصاب سنويا اى بما يعادل ٣٠٠ مريض يوميا، الامر الذي يستوجب ضرورة اجراء دراسات معنية بمشكلات هذه الفئة من المجتمع.

٢) ضرورة الاهتمام بالأطفال المصابين بالحروق بوصفهم جزء من المجتمع و

كأساس لتحقيق تنمية و محاولة مساعدتهم على الوقاية من الآثار السلبية التي تنتج عن مشكلة الاساءة الانفعالية التي يعانوا منها الأطفال المصابين بالحروق. .

٣) و تعد الاصابة بالحروق هى اشد الازمات التى تتعرض لها الاسرة نتيجة المشاكل الاقتصادية بسبب تكلفة علاج الحروق.

٤) تعرض الطفل لمشاكل كثيرة نفسية و اجتماعية نتيجة التشوهات التى لديه.

٥) نتج عن اصابة الطفل بالحرق مشكلة الاساءة الانفعالية نتيجة التشوهات التى لديه و ما اكدت عليه الدراسات السابقة التي أوضحت مدى معاناة اسر الأطفال المصابين من مشكلة الاساءة الانفعالية التي يعاني منها أطفالهم المصابين بالحروق ما يترتب على مشكلة الاساءة الانفعالية من تاثيرات على نفسية هؤلاء الاطفال مما يستوجب ضرورة اجراء المزيد من الدراسات المهتمة بهذه المشكلة و الاسرة لها دور رئيسى فى تربية ابنائها و اعدادهم اعدادا متوازنا وفى تنمية شخصيتهم من جميع الجوانب.

ثالثاً: أهداف الدراسة :

تتحدد اهداف الدراسة فيما يلى :

١- اختبارفعالية برنامج للتدخل المهنى بالعلاج الاسرى السلوكى فى التخفيف من مشكلة الاساءة الانفعالية لدى الاطفال المصابين بالحروق

٢- تحديد اكثر الاساليب فعالية مع الاطفال المصابين بالحروق

رابعا : فروض الدراسة :

تسعى هذه الدراسة للتحقق من الفروض التالية :

١- توجد فروق معنوية ذات دلالة احصائية بين درجات القياسين القبلى والبعدى فيما يتعلق بفعالية نموذج العلاج الاسرى السلوكى فى التخفيف من مشكلة الاساءة الانفعالية لدى الاطفال المصابين بالحروق "

٢- لاتوجد فروق معنوية دلالة احصائية بين درجات القياسين القبلى والبعدى فيما يتعلق بفعالية نموذج العلاج الاسرى السلوكى فى التخفيف من مشكلة الاساءة الانفعالية لدى الاطفال المصابين بالحروق

خامسا: مفاهيم الدراسة :

١) مفهوم الفعالية.

٢) مفهوم العلاج الاسرى السلوكى.

٣) مفهوم الاساءة الانفعالية.

٤) مفهوم الحروق.

(١) مفهوم الفعالية:

القدرة على تحقيق البرنامج لاهدافه بدرجة مرضية عندما يستخدمه اولئك اللذين اعد من اجلهم تحت الشروط التى من المحتمل ان يستخدم فى ظلها البرنامج فى المستقبل .

(هدى الناشف، ٣٥، ٢٠٠١)

هى القدرة على تحقيق التنمية المقصودة طبقا لمعايير محددة مسبقا وتزداد كلما امكن تحقيق التنمية تحقيقا كاملا

(Colliver, 2000, 66)

المقدرة على تحصيل النتيجة المطلوبة والمبتغاة والمتوقعة.

(Norman and Schmidt, 2000, 9)

المفهوم الاجرائى للفعالية :

- القدرة على التاثير فى الشئ
- عملية مهنية تتم لقياس انجازات برنامج معين
- القدرة على تحقيق منظمات تنمية المجتمع للتنمية المقصودة بالقرى الاكثر احتياجا
- قدرة منظمات المجتمع المدنى على تحقيق اهدافها واهداف المجتمع الموجودة فيه

(٢) مفهوم نموذج العلاج الاسرى السلوكى:

هو نموذج يستخدم لوصف العملية العلاجية التى تهدف الى احداث تغير مؤثر فى سلوك الطفل وكذلك لتحقيق التوافق مع جوانب التغير الحادث فى بيئة الاسرة والتى كانت تدعم تحافظ على جوانب السلوك المشكل لدى الطفل قبل احداث التغير المطلوب

(Jillian and Philip, 2010, 305)

هو نموذج يقوم بالتخفيف من المشكلات التى تواجه الاسر وذلك من خلال اشراك كافة الافراد فى تطبيق الاستراتيجيات السلوكية التى تكتسب عبر الجلسات واكساب افراد الاسر مهارات جديدة فى التعامل مع المشكلات السلبية التى تواجههم

(Donohue, 2014, 707)

هو نموذج يركز على اهمية اشراك الاباء والمدرسين والاشخاص المهمين كوسطاء لاحداث تغيرات سلوكية فى ظل اهداف التغير العلاجى المطلوب

(Baucom and others, 1998,16)

هو نموذج يقوم بتشجيع العملاء على وضع اهداف سلوكية للوقاية من العود للسلوكيات السلبية ويتم مراجعة كافة هذه الاهداف عبر الجلسات مع عقد واعطاء مكافات عبر انجاز كل مهمة ويتم مشاركة العملاء بكافة مراحل التدخل المهنى للعلاج الاسرى السلوكى

(Crothers, 1999, 243)

المفهوم الاجرائى لنموذج العلاج الاسرى السلوكى:

- تسهيل وتنمية مهارات العميل فى التعامل مع المشكلة
- تهيئة البيئة واستغلال الوقت بشكل جيد للتعامل مع المشكلة
- تدعيم السلوكيات الايجابية التى من شانها التغلب على السلوكيات السلبية المسببة للمشكلة وكذلك التدريب على المهارات السلوكية التى تحد من هذه المشكلات

(٣) مفهوم الاساءة االانفعالية:

هى سلوك يصدر من الاباء او مقدمى الرعاية للطفل بشكل مقصود او غير مقصود يتسم بالتكراروليتطلب الاتصال البدنى بالطفل ويتمثل بالاهمال النفسى للطفل والتفاعل السلبى مع الطفل.

(Thompson and others, 1996, 144)

هوالطفل الغير قادر على الاندماج بسهولة مع الاخرين ويعانى من الاضطراب فى اللغة وضعف فى التحصيل الدراسى مما يولد عدم الثقة بالنفس وعدم الاعتراف بفردية الطفل والاستغلال فى سلوك غير مقبول

(Kent and Waller, 1998, 394)

هى اعمال العنف المباشرة التى تستهدف الطفل من قبل احد الوالدين او كلايهما مما يؤدى الى صدمة نفسية

(Rich and others, 1997, 14)

هو نمط متكرر من للسلوك او العلاج او الحدث الذى يتعرض له الاطفال مع رسائل معينة تفيد بانهم عديم القيمة وغير مقتدرين ومحترمين وغير مرغوب فيهم

(Sanders and others,1995,316)

هو السلوك المتعمد او الغيرمتعمد لوالدى الطفل اوالقائمين على رعاية الطفل الذى يتسم بالاستمرار او بالتكرار ولايتطلب الاتصال البدنى الذى يتالف من الاهمال النفسى والتفاعل السلبى مع الطفل

(Garbarino, J. & Garbarino, 1994, 18)

المفهوم الاجرائى للاساءة الانفعالية :

-هى احدى اشكال الاساءة التى تؤثر على الصحة النفسية للطفل

-يتج عن الاساءة الانفعالية يعانى الطفل من الاضطرابات النفسية والسلوكية التى تؤثر على الطفل بالتاثير السلبى عليه فى حياته

(٤) مفهوم الحروق:

مفهوم الحروق: هي إصابة حرارية تسببها بيولوجي أو كيميائي أو كهربائي و العوامل المادية مع التداعيات المحلية و النظامية وهى شكل اشد من الصدمة.

(Garcia and others, 2017, 1)

– وعرفت الحرق أيضا بكونه الأذى الحاصل في الجسم لدى تعرضه تعرضا مباشرا بمصدر حراري أو مادة أو سائل لهما خاصية كيميائية كاوية كالأنسجة، وكذلك التضرر النتائج في الجلد والأنسجة الأخرى نتيجة التعرض لعوامل خارجية أو هو الإصابة الحرارية للأنسجة مما يؤدي إلى تخثر تلك الأنسجة وهذه العوامل قد تكون عوامل فيزيائية مثل تعرض المستمر لأشاعه الشمس، الماء، النار، الصعق الكهربائي، غيرها من عوامل أخرى كيميائية مثل: المواد الحامضة، القاعدية الشديدة وغيرها.

(Amato, P. R. 1993, 23-38)

– وعليه فالمقصود بالحروق كل إصابة تمس الغطاء الجلدي والتي تنتج عن طريق الحرارة , و الإشعاعات المختلف كاوية أجسام ،الكهربائية ومما سبق من التعريفات يمكن صياغة تعريف الشامل للحروق: الحروق هي جروح عميقة في الجلد، الناتجة عن التعرف في مصدر الحراري كيميائي أو إشعاعي تترتب خطورتها حسب عمقها امتدادها، عمرا لمصاب.

(Bauman, K. J. 1999, 15-25)

التعريف الإجرائي للحروق:

– هي الحروق التى يتم تشخيصها من خلال الطبيب وتنقسم الحروق الى درجتين الدرجة الاولى وهى الحروق التى تؤثر على الطبقة السطحية من الجلد والدرجة الثانية وهى الحروق التى يصل الضرر الى بعض الطبقات الواقعة تحت الجلد وتكون الإصابة في النسيج العضلي أو الجلد بسبب الحرارة أو الكهرباء أو المواد الكيميائية أو الاحتكاك أو الإشعاع .

الإجراءات المنهجية للدراسة:

– تعرض الباحثة في هذا الفصل, وصفا لنوع الدراسة, ومنهج البحث المستخدم في الدراسة, والتصميم التجريبي الذي ستعتمد عليه في تنفيذ الدراسة الميدانية، كما تعرض لخصائص عينة الدراسة، ثم تعرض بالتفصيل للأداة المستخدمة في الدراسة (مقياس الاساءة الانفعالية)، ثم مجالات أو حدود الدراسة، والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة واختتمت الفصل بالصعوبات التي واجهت الباحثة في إجراء الدراسة, وكيفية التغلب عليها.

أولًا: نوع الدراسة:

– تنتمي هذه الدراسة إلى نوع الدراسات التجريبية, التي تبحث في أثر عامل تجريبي أو أكثر (متغير مستقل) في عامل تابع أو أكثر، وبالتالي؛ استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي للتحقق من أثر متغير المستقل (نموذج العلاج الأسري السلوكي) في متغير تابع (الاساءة الانفعالية) التجربة.

ثانيا: المنهج المستخدم في الدراسة:

– المنهج الأساسي للدراسة الحالية هو المنهج المسح الاجتماعى للعينة , لأن الباحثة في مثل هذه الدراسات التي تتناول متغيرات نفسية أو اجتماعية أو تربوية؛ لا تستطيع الضبط التجريبي لكافة الظروف والعوامل المتدخلة التي يمكنها التأثير على نتائج التجربة

– لكن تظل هناك بعض المتغيرات التي تخرج عن إرادة الباحثة ولا تستطيع ضبطها مثل الحالة النفسية والاستعدادات الشخصية لأفراد عينة الدراسة؛ وبالتالي يمكن وصف المنهج المستخدم في الدراسة الحالية وذلك على العكس من الدراسات التجريبية في العلوم الطبيعية كالفيزياء والكيمياء, والتي يتم الضبط الكامل لكافة الظروف والعوامل المتدخلة التي يمكنها التأثير على نتائج التجربة, وبالنسبة للمنهج المستخدم في اختيار العينة.

ثالثًا: التصميم التجريبي للدراسة:

- استخدمت الباحثة التصميم التجريبي القائم على المجموعة التجريبية الواحدة، والذي يقوم على القياس القبلي والبعدي, مع تعرض المجموعة التجريبية للتدريب على البرنامج، ثم مقارنة نتائج التطبيقين (القبلي والبعدي) حيث قامت الباحثة بالخطوات التالية:

١- اختيار المجموعة التجريبية (عينة الدراسة).
٢- التطبيق القبلي لمقياس الاساءة الانفعالية على المجموعة التجريبية.
٣- تنفيذ برنامج التدخل (نموذج العلاج الأسري السلوكي) على المجموعة التجريبية.

رابعًا: عينة الدراسة:

١- <u>عينة الدراسة الاستطلاعية:</u>

يقصد بهم عينة إعداد أداة الدراسة أو المشاركون الذين طبقت عليهم الباحثة المقياس المستخدم في الدراسة في صورته الأولية, لحساب الخصائص السيكومترية، والتحقق من صلاحية المقياس للاستخدام وضمانا للثقة في النتائج التي يتم الحصول عليها من خلاله, حيث قامت الباحثة بتطبيق مقياس (الاساءة الانفعالية) على (١٠) مشاركين من بين الأطفال المصابون بالحروق من مستشفى العطيفى للحروق بمحافظة اسيوط

٢- <u>عينة الدراسة الأساسية:</u>

لقد تم اختيار مجموعة من الاطفال المصابين بالحروق عددهم (١٠)

*اطار المعاينة :

١-ان يكون الطفل المصاب بالحروق يعانى من مشكلة اساءة انفعالية
٢-ان يكون من بين المنتظمين فى التردد على مستشفى العطيفى للحروق
٣-ان تقبل اسرة الطفل المصاب بالحروق التعاون الجاد مع الباحثة واشراكها فى عملية المساعدة
٤-معاناة الطفل المصاب بالحروق من مشكلات نفسية واجتماعية
٥-ضرورة موافقة الاطفال واسرهم على التدخل المهنى وحضور الجلسات الخاصة بتطبيق برنامج التدخل المهنى

*شروط عينة الدراسة :

ان يحصل الطفل المصاب بالحروق على اعلى درجات المقياس للاساءة الانفعالية فى القياس القبلى وتم تقسيم العينة بشكل متساوى وبالطريقة العشوائية البسيطة الى مجموعتين :احداهما تجريبية والاخرى ضابطة قوام كل منها (١٠) مفردات .

خامسًا: أداة الدراسة.

لتحقيق هدف الدراسة الحالية, والذى يتمثل في بيان أثر (فعالية نموذج العلاج الأسري السلوكي) في التخفيف من (الاساءة الانفعالية) استخدمت الباحثة أداة القياس التي تفي بهذا الغرض, وفيما يلى وصفاً مفصلاً لأداة الدراسة المستخدمة.

مقياس الاساءة الانفعالية:

١- <u>وصف المقياس:</u>

قام الباحثة بإعداد مقياس الاساءة الانفعالية وفق الخطوات التالية:

١) الاطلاع على التراث النظري, والدراسات والمقاييس السابقة, والتي تناولت الاساءة الانفعالية
٢) تحديد الأبعاد الرئيسية للاساءة الانفعالية
٣) تحديد سمات وخصائص الأفراد ذوي الاساءة الانفعالية .
٤) في ضوء ما سبق صاغت الباحثة (٨) عبارة من نوع التقرير الذاتي, موزعة على الأربعة أبعاد بالتساوي (٨) عبارات لكل بعد وأمام كل عبارة ثلاثة بدائل للاختيار (نعم / إلى حد ما / لا)، وتدل استجابة الطالب باختيار نعمة على مستوى مرتفع من الاساءة الانفعالية كما وردت في المقياس.
٥) صياغة تعليمات تتناسب وطبيعة المقياس. وذلك لإرشاد المشاركين إلى طريقة تسجيل

استجاباتهم على بنود المقياس، وإعلامهم بالغرض الأساسي للمقياس, والتأكيد على سرية البيانات الخاصة بهم.

٦) تحديد طريقة الاستجابة على بنود المقياس:

جاءت عبارات المقياس من نوع عبارات التقرير الذاتي, وتم الاعتماد على ميزان تقدير (ليكرت) الثلاثي، وتدل استجابة الفرد باختياره (نعم) على أعلى مستوى من الاساءة الانفعالية، بينما تدل استجابة الفرد باختياره (لا) على أدنى مستوى الاساءة الانفعالية.

مجالات وحدود الدراسة:

تتحدد نتائج الدراسة الحالية فيما يلي:

١- المجال المكانى:

تتمثل الحدود المكانية للدراسة الحالية في مكان إجراء الدراسة الميدانية وهي مستشفى العطيفى للحروق بمحافظة اسيوط.

٢- المجال البشرى:

تتمثل الحدود البشرية الخاصة بالدراسة الحالية في المشاركين من الأطفال عينة الدراسة المستخدمة من الأطفال المصابين بالحروق والبالغ عددهم (١٠) أطفال.

٣- المجال الزمنى:

تتمثل الحدود الزمنية في الفترة التي طبقت فيها الباحثة أداة الدراسة وعمل التحليلات الإحصائية المناسبة لاستخراج النتائج وهي الفترة من ٢٠٢٤/٧/١٤ الى ٢٠٢٤/١١/١٤

٤- المجال الموضوعى والمنهجى:

وتتحدد نتائج الدراسة الحالية في ضوء الحدود الموضوعية التالية:

- المنهج التجريبي المستخدم في الدراسة الحالية.
- أداة الدراسة الحالية (مقياس الاساءة الانفعالية).
- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية.

مستوى الإساءة الانفعالية لدى الأطفال المصابون بالحروق:

جدول (١)

مستوى الإساءة الانفعالية لدى الأطفال المصابون بالحروق (ن=١٠)

م	العبارات	نعم		إلى حد ما		لا		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
		ك	%	ك	%	ك	%			
١	احب ان اجلس وحيدا	٥	٥٠	٥	٥٠	٠	٠	٢.٥	٠.٥٣	٥
٢	اتالم من عدم مراعاة اقرانى لمشاعرى	٨	٨٠	٢	٢٠	٠	٠	٢.٨	٠.٤٢	٢
٣	احاول ان الفت انتباه المحيطين بى	٨	٨٠	٢	٢٠	٠	٠	٢.٨	٠.٤٢	٢
٤	كثيرا مارغب مناقشة مشاكلى مع احد	٧	٧٠	٣	٣٠	٠	٠	٢.٧	٠.٤٨	٣
٥	اريد ان يهتم احد من المحيطين بحالتى النفسية	٨	٨٠	٢	٢٠	٠	٠	٢.٨	٠.٤٢	٢
٦	يهملون اصحابى اى عمل اقوم به	١٠	١٠٠	٠	٠	٠	٠	٣	٠.٠٠	١
٧	عندما اقع فى مشكلة لا اجد من يقف بجانبى	٦	٦٠	٤	٤٠	٠	٠	٢.٦	٠.٥٢	٤
٨	افتقد تقبل اقرانى كما انا	٨	٨٠	٢	٢٠	٠	٠	٢.٨	٠.٤٢	٢
	البعد ككل							٢.٧٥	٠.٤١	مستوى مرتفع

يتضح من الجدول السابق وجود مستوى مرتفع من الإساءة الانفعالية ككل بصفتها أحد أبعاد العزلة الاجتماعية حيث بلغ المتوسط العام المرجح (٢.٧٥) بانحراف معياري قدره (٠.٤١) وهي تقع في نطاق المستوى المرتفع وعلى مستوى العبارات؛ جاءت في المرتبة الأولى العبارة (يهملون اصحابى اى عمل اقوم به) حيث جاءت بمستوى مرتفع أيضا وبمتوسط قدره (٣) وانحراف معياري (صفر).

عرض النتائج الخاصة بالفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي في بعد (الإساءة الانفعالية) والتي تعود إلى فعالية نموذج العلاج الأسري السلوكي

وللتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "ت" للمجموعات المرتبطة, Independent-Samples T-Test. وجدول (٢) التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ومستوى الدلالة بين متوسطي درجات التطبيقين القبلي والبعدي في الدرجة الكلية لبعد (الإساءة الانفعالية).

جدول (٢) قيمة "ت" ودلالتها

الإحصائية للفروق بين متوسطي درجات التطبيقين القبلي

والبعدي للمجموعة التجريبية في بعد (الإساءة الانفعالية) (ن=١٠)

مقياس العزلة الاجتماعية	التطبيق	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	(η^2)	حجم التأثير
الإساءة الانفعالية	القبلي	١٠	٢٢	١.٢٥	١٨.٨٣	٠.٠١	٠.٩٧	مرتفع
	البعدي	١٠	٩.٢	١.٥٥				

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (٩) ومستوى دلالة (٠.٠١) = ٣.٢٥٠

يتضح من جدول (٢) السابق أن قيمة "ت" المحسوبة للفرق بين متوسطي درجات التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في بعد (الإساءة الانفعالية) بلغت (١٨.٨٣) وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) لأنها اكبر من قيمة "ت" الجدولية, وبالتالي يتم قبول الفرض الذي يشير إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في بعد (الإساءة الانفعالية), وذلك لصالح التطبيق البعدي, ويمكن ملاحظة ذلك من خلال مقارنة متوسطي درجات التطبيقين.

كما يتضح من جدول (٢) السابق أن قيمة (η^2) لحجم تأثير (نموذج العلاج الأسري السلوكي) في التخفيف من (الإساءة الانفعالية) ككل بلغت (٠.٩٧) وهو حجم تأثير مرتفع, ويعني أن نسبة التباين الحقيقي للمتغير المستقل (نموذج العلاج الأسري السلوكي) في التخفيف من (الإساءة الانفعالية) تصل إلى (٩٧%)

٧) أولاً: الاستنتاجات الخاصة بخصائص عينة الدراسة.

٨) النوع:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة الإناث تزيد على نسبة الذكور بمقدار ٢٠%, حيث كان عدد الذكور (٤) بنسبة ٤٠% بينما عدد الإناث بلغ (٦) بنسبة (٦٠%).

١- العمر الزمني:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر الفئات العمرية تكرارا كانت فئة ١١ سنة, حيث بلغ عدد أفراد العينة ضمن هذه الفئة (٥) بنسبة ٥٠% , بينما أقل الفئات العمرية تكرارا هي فئة ١٢سنة, حيث تكررت بنسبة ١٠% من أفراد العينة, كما يتضح أن المتوسط العام للعمر الزمني (١٢.١٠) سنة بانحراف معياري قدره (١.٢٩).

٢- الصف الدراسي:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن نصف أفراد العينة من تلاميذ الصف الأول الإعدادي حيث كان عددهم (٥) بنسبة (٥٠%), بينما بلغ عدد تلاميذ الصف الثالث الإعدادي ٤ أفراد بنسبة (٤٠%), ولم يشترك في العينة سوى تلميذ واحد فقط في الصف الثاني الإعدادي بنسبة (١٠%).

٣- ترتيب الطفل بين إخوته:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن نصف عدد أفراد العينة كان ترتيبهم بين الأخوة (الثالث), حيث بلغ عددهم (٥) بنسبة مئوية ٥٠% كما كان أقل الأفراد هم من كان ترتيبهم الرابع حيث بلغ عددهم (٢) بنسبة مئوية ٢٠%.

٤- الدخل الشهري للأسرة:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن نصف عدد أفراد العينة بلغ الدخل الشهري لأسرهم (٣٠٠٠ جنيه), حيث بلغ عددهم (٥) بنسبة مئوية ٥٠% كما أن (٣٠%) من أفراد العينة بلغ الدخل الشهري لأسرهم (٤٠٠٠ جنيه)، بينما بلغت نسبة المشاركين ذوي الدخل الشهري للأسرة (٢٠٠٠ جنيه) ٢٠% من عدد العينة.

٥- مدة الإصابة:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن غالبية أفراد العينة مضى على إصابتهم بالحروق ثلاث سنوات, حيث بلغ عددهم (٦) بنسبة مئوية ٦٠% كما أن (٣٠%) من أفراد العينة مضى على إصابتهم سنتين, بينما بلغت نسبة المشاركين الذين مضى على إصابتهم أربع سنوات ١٠% من عدد العينة.

المراجع

١. إبـراهيم (١٩٩٠): الاتجاهـات الوالديـة عبـر جيلـين، رسـالة دكتـوراه، كليـة البنـات، جامعـة عين شمس، ٤.

٢. اسـماعيل (1996): الجوانـب النفسـية للحروق، رسالة ماجستير غير منشورة كلية الطب جامعة اسيوط، ٣٠.

٣. عبد الله (١٩٩٦): المعاملة الوالدية وعلاقتها بالتفوق العقلي للأبناء، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا ، جامعة الخليج العربي، ٢.

٤. سلامة (١٩٩٧): الصحة و التربية الصحية، دار الفكر العربى، القاهرة، ٢٥٣.

٥. اسماعيل (١٩٩٦): الجوانب النفسية للحروق، رسـالة ماجسـتير غيـر منشـورة كليـة الطـب جامعة اسيوط، ٣٠.

٦. فهمـى (١٩٩٩): الاسـعافات الاوليـة، مكتبـة مدبولى، القاهرة، ٢١١.

٧. عبد العزيز وقراعه وآخرون (٢٠٠١): برامج تأهيلي مقترح لاستعادة كفاءة بعض المفاصل المصابة بـالحروق ، جامعـة أسـيوط ، مجلـة علوم والتربية الرياضية.

٨. منصـور والشـربينى (٢٠٠٢): الاسـرة مـع مشـارف القـرن ٢١ (الادوار – المرضـى النفسـيين – المسـئوليات، دار الفكـر العربـى، القاهرة، ٢٦.

٩. علـى (٢٠٠٣): الممارسـة العامـة فـى الخدمـة الاجتماعية، القاهرة، مكتبة الزهراء، ص ٦٣.

١٠. عبـد الـرحمن (٢٠٠٥): رعايـة الاسـرة و الطفولـة مـن منظـور الخدمـة الاجتماعيـة، دار العلوم، القاهرة، ٨٨.

١١. رمضـان (٢٠٠٦) : اثـر المعاملـة الوالديـة فـي حيـاة الطفـل، كليـة التربيـة جامعـة دمشـق، ٤.

١٢. عبـد المالـك ونوفـل (٢٠٠٦): العلاقـات الاسرية، دار الزهراء، الرياض، ١١٠.

١٣. قمـاز (٢٠٠٩): أدراك المعاملـة الوالديـة وتعـاطي الشـباب للمخـدرات، مجلـة العلـوم الإنسانية، جامعة الجزائر، ٢.

١٤. مقبـول (٢٠١١): تـاثير ادويـة الاكتئـاب على الحالة النفسية والصحية لمرضى الحروق بالمستشـقيات، رسـالة دكتـوراة غيـر منشـورة، القـاهرة، كليـة الخدمـة الاجتماعيـة، جامعـة حلوان، ٥.

١٥. دربيـين (٢٠١١): أسـاليب المعاملـة الوالديـة و علاقتهـا بظهـور الاكتئـاب عنـد المـراهقين، رسـالة ماجسـتير، معهـد العلـوم الإنسـانية و الاجتماعيـة، جامعـة العقيـد أكلـى محند، ١٠.

١٦. خـلال (٢٠١٢) : الاكتئـاب وعلاقتـه بالثبات والتذبذب في المعاملة الوالدية، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة الجزائر، ٤.

1. Hymel, S, Rubin, K. H., Rowden, L, & LeMare, L. (1990): Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. Child Development, 61, 4-21.

2. Kupersmidt, J. B., Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1990): The role of peer relationships in the development of disorder. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), Peer rejection in childhood.

Cambridge: Cambridge, England: University Press, 247-305.

3. Pettit, G. S., Harrist, A. W., Bates, J. E., & Dodge, K. A. (1991): Family interaction at kindergarten. Journal of Social and Personal Relationships, 8(3), 383-402.
4. Downs, W. R., & Rose, S. R. (1991): The relationship of adolescent peer groups to the incidence of psychosocial problems. Adolescence, 26, 102.
5. Garbarino, J. & Garbarino,(1994): Emotional Maltreatment of Children. (Chicago, National Committee to Prevent Child Abuse, 2nd Ed.
6. Sanders, B. & Becker-Lausen, E.(1995): The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale, Child Abuse and Neglect.; 19(3), 315-323.
7. Hinshaw, S. P, & Melnick, S. M. (1995): Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. Development and Psychopathology, 7, 27-47.
8. Williams, B. T R., & Gilmour, J. D. (1994): Annotation: Sociometry and peer relationships. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35, 7-13.
9. Thompson, Anne E.; Kaplan, Carole A.(1996): Childhood emotional abuse. The British Journal of Psychiatry. 168(2), 143–148.
10. Rich, D.J., Gingerich, K.J. & Rosen, L.A(1997): Childhood emotional abuse and associated psychopathology in college students. Journal of College Student Psychotherapy, 11(3), 13-28.
11. Baucom, D.H., Shoham, V., Mueser, K.T., Daiuto, A.D., & Stickle, T.R. (1998): Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 5.
12. Kent, A. & Waller, G.(1998): The impact of childhood emotional abuse: an extension of the Child Abuse and Trauma Scale. Child Abuse and Neglect. May, 22(5), 393-399.
13. Bauman, K. J. (1999):Shifting family definitions: The effect of cohabitation and other nonfamily household relationships on measures of

poverty. Demography, 36, 15 – 25.

14. Glynn, S. M., Eth, S., Randolph, E. T., Foy, D. W., Urbaitis, M., Boxer, L. & Crothers, J. (1999): A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(2), 243.

15. Santor, D., Deanne, M. & Kusumskur, V. (2000): Measuring peer pressure. A popularity and conformity in adolescent boys and girls: predicting school performance, sexual attitude and substance abuse. Journal of youth and adolescent, 29(2), 163.

16. Colliver J.(2000): Effectiveness of problem learning curricula. Acad Med, 75, 259–66.

17. Norman GR, Schmidt HG.(2000): Effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts. Med Educ, 34: 721–8.

18. Goethe, G. R. (2001): Peer effects, gender, and intellectual performance among students at a highly selective college: A social comparison of abilities analysis. Presentation Paper, 61.

19. Burns, A., & Darling, N. (2002): Peer pressure is not peer influence. The Education Digest, 68, 4-6.

20. Tremblay R.E., Dionne G., Boivin M., Laplante D, Pérusse D. (2003): Physical aggression and expressive vocabulary in 19-month-old twins. Developmental Psychology, 39(2), 71-83.

21. Nancy E. E., Vanloey, Marten. M. Vanson (٢٠٠٣): isolation in children Burns, article in school of nursing, USA, 1- 3.

22. Morten, K. (2003): Perceived physical and psychological outcome after severe burn injury , PhD , Uppsala Universitet, Sweden .

23. Crosnoe, R., Monica, K & Glen, H. (2004): School size and the interpersonal side of education: an examination of race/ethnicity and organizational context. Social sciences Quarterly, 85(5), 61-70.

24. Eamon, M. K. (2005) : Socio-demographic, school, neighborhood SXDS, and parenting influence on academic achievement of Latino young

adolescent. Journal of youth and adolescents, 34(20), 163-175.

25. Kammerer Quayle, B. (2006): Behavioral Skills and Image Enhancement Training for Burn Survivors: Essential Interventions for Improving Quality of Life and Community Integration. In R Snood, B Achauer, (Eds.), Achauer and Soods's Burn Surgery: Reconstruction and Rehabilitation. Elsevier Inc, 2.

26. Hall-Lande, J.A., Eisenberg, M.E., Christenson, S.L., Neumark-Sztainer, D. (2007): Social Isolation, Psychological Health, and Protective Factors in Adolescence. Adolescence, 42(166), 265–286.

27. Reuf Karabeg, Vanis Dujso, Malik Jakirlic (2008): Limitations of Radiographics and Ct Scan Techniques in Diagnosis of Enchondroma , Acta Informatica Medica.; 16(4), 82 .

28. Jillianball and Philpmitchell (2010): A randomized controlled study of cognitive behavior thereby and behavioral family thereby for Anorexia Nervosa patients, Florida, USA, 303-314.

29. Norman G. J., Karelina K., Morris J. S., Zhang N., Cochran M., Courtney DeVries A. (2010): Social interaction prevents the development of depressive-like behavior post nerve injury in mice: a potential role for oxytocin. Psychosom Med.

30. Elizabeth, S. (2011): Risk versus resilience: An exploratory study of factors influencing the development of posttraumatic stress symptoms.

31. Donohue, B., Azrin, N. H., Bradshaw, K., Van Hasselt, V. B., Cross, C. L., Urgelles, J., Romero, V., Hill, H. H., & Allen, D. N. (2014): A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82(4), 706–720.

32. Stranahan A. M., Khalil D., Gould E. Social isolation delays the positive effects of running on adult neurogenesis. Nat Neuro sci, 9, 26-33.