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

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

تاريخ التسليم ٢٠٢٥/١/١٣

تاريخ الفحص ٢٠٢٥/٢/٥

تاريخ القبول ٢٠٢٥/٢/١٩

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 الثانى مارس ٢٠٢٥م

فعالية نموذج العلاج الاسرى السلوكى فى التخفيف من مشكلة الاساءة اللفظية 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 اللفظية 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 اللفظية 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 اللفظية ككل بصفتها أحد أبعاد العزلة الاجتماعية حيث بلغ المتوسط العام المرجح (٢.٧٦) بانحراف معياري قدره (٠.٥٥)، وهي تقع في نطاق المستوى المرتفع.

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

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

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 verbal 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 verbal abuse of 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 verbal abuse overall as one of the dimensions of social isolation, with a weighted average of (2.76) and a standard deviation of (0.55), placing it within the high-level range.

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

أولاً: مشكلة 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 نموالكائن البشرى، والأساس 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 وتقديم 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 ينموويخرج من نطاق الأسرة تتسع علاقاته الاجتماعية بانضمامه إلي جماعة الإقران، ومحاولة للابتعاد عن جوالأسرة 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 والألم 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 وذلك 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 المصابين بالحروق. (Pettit and others, 1991, 383-402)

ولمعاملة الإقران لها أهمية بين الأطفال، في قيام الأطفال مع أقرانهم بإنشاء نظم اجتماعي التفاعلات فيما بينهم، يظهر نتيجة التفاعل بين الإقران والأطفال المصابين بالحروق سلوكيات مواقف نتيجة التفاعل، مما يؤدي إلي رفض أوقبول الإقران للأطفال، وينتج نتيجة تفاعل الإقران مع الطفل المصاب بالحرق كثير من الصراعات، وينتج أيضا خجل الأطفال المصابين بالحروق، وتفاعلات 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, وللأقران لها تأثير كبير علي السلوكيات التي تظهر علي الأطفال المصابين بالحروق، فالإقران لها تأثير ايجابي أوسلبي 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)

وتعتبر المعاملة الوالدية تلك الأساليب التي يتبعها الإباء في تربية أبنائهم، ونجد أن لكل الأولياء 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 والأبناء. (إبراهيم، ١٩٩٠، ٤)

للأسرة وما تأخذ به من أساليب متنوعة في التنشئة دور فعال في حياة الأبناء، وينشا هذا الدور الكبير والمهم للوالدين في عملية التنشئة الاجتماعية نظرا لأنهما مصدر لإشباع كثير من الحاجات النفسية والروحية والاجتماعية لدى الأبناء، فالشعور بالأمن والأمان العاطفي، والثقة بالنفس تعلم الاتصال والتفاعل 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 والاجتماعي، وتمثل حجر الزاوية في تكوين شخصياتهم وتوافقهم. (رمضان، ٢٠٠٦، ٤)

وقد بينت الدراسات الإكلينيكية والملاحظات 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 الجوالنفسي 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 يتعرض 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 وصحته كما انها تعتبر من اخطر الاصابات التى يمكن ان تصيب الانسان والتى تعد من المشكلات الكبرى فى العالم سواء فى الدول المتقدمة اوالنامية، 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 وتشوهات 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 اوانواع من التفكك، ومن المحتمل ان تحدث لها فترات من التوافق واعادة التنظيم، اوعدم توافق وتفاقم هذه الازمات بما يؤدى الى تفكك وانهيار كيان هذه الاسرة. (عبد المالك ونوفل، ٢٠٠٦، ١١٠)

ولاتوجد اسرة الا ولها مشكلات ومعوقات تواجهها والامر مختلف، فبعض الاسر تواجه هذه المشكلات والازمات والتحديات بتماسك وقلوب مليئة بالايمان وتبحث 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

والشخصية 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 واقتصادية للمراة المصابة بالحروق، وذلك لانها لا تستطيع القيام بادوارها المعتادة كما ينبغى

ولم تقتصر فقط على الجوانب النفسية للحياة ولكن شملت ايضا الجوانب المادية . وتوصلت النتائج الى ان استراتيجيات المواجهة العصبية والانطوائية ادت الى نتائج سيئة بعد اصابة الحروق الشديدة وتشير 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 تبدوبسيطة 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 واستنشاق الهواء الساخن والغازات 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 واشتد 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 واشد الاصابات المدمرة التى من الممكن ان يعيشها الانسان ان قدر الله ذلك.

وتقسم الحروق عادة حسب عمقها اودرجتها 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)

وتؤثر مشكلات الاصابة بالحروق على جميع اجهزة الجسم، ولذلك فان معظم المصابون بالحروق يعانون من الاكتئاب الشديد والعصبية الزائدة نتيجة لشكل الحروق نفسها اوالتشوهات الناتجة عنها، نتيجة لتصور المصاب شكله وهيئته بعد خروجه من المستشفى وكيفية تعامله مع المجتمع والاخرين ومدى محافظته على علاقاته وعلاقات عمله ومجتمعه، 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 وكلما زادت درجة الاكتئاب زاد عدم تعاونهم مع الممرضة. (مقبول، ٢٠١١، ٥)

والحروق لها كثير من العواقب الجسدية والنفسية التى تهدد صحة الاطفال المصابين بالحروق، ولابد من التاهيل النفسى الاجتماعى لدى الاطفال المصابين بالحروق، ويعانى الاطفال المصابين بالحروق من الاكتئاب والقلق والهذيان من التشويه الذى لديهم على وجوههم واجسادهم، مما يؤدى الى اضطراب فى الحالة النفسية لدى الاطفال المصابين بالحروق، ويعانى الاطفال المصابين بالحروق من انخفاض المزاج واللامبالاة والصعوبات فى استمرار الانشطة العادية، مما يشعر الاطفال المصابين بالحروق بالحزن لفقدانه الشخصية السابقة فقد فقدوا الاقران التى كانوا يتعاملون معهم فيما قبل، ويعانى الاطفال المصابين بالحروق من ردود الفعل السيئة والصدمات نتيجة التعامل مع الاقران، مما يؤدى الى شعوره بالعزلة الاجتماعية. (Reuf Karabeg and others, 2009, 82)

ويفقدون 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، ويشعر الاطفال المصابين بالحروق تغير فى مظهرهم الجسدى، ويشعروا بالقلق حول كيفية رد فعل الاقران لهم عندما يغادرون المستشفى، وتفاعل الاقران السئ وطريقتهم اللفظية اوغير اللفظية مع الاطفال المصابين بالحروق يجعل الامر اكثر صعوبة فى شعور الاطفال المصابين بالحروق بفقدان الثقة فى انفسهم، ويتضايق الاطفال المصابين بالحروق من ردود فعل الاقران السيئة معهم، وقد يعانوا الاطفال المصابين بالحروق بالقلق نتيجة فقدان التفاعل الاجتماعى بين الاطفال المصابين بالحروق واقرانهم، ويشعر الاطفال المصابين بالحروق بالاكتئاب والتوتر والضيق، 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 وتشوهات فى اجساد الاطفال بالمصابين بالحروق اووجوههم، وربما تتسبب الاصابة بالحرق فى اعاقة للحركة للاطفال المصابين بالحروق، وتؤدى الاصابة بالحرق الى شعور الاطفال المصابين بالحروق بالاكتئاب وقلة الثقة بالنفس، مما يؤدى الى صعوبة التكيف البدنى والنفسى والاجتماعى مع اصابة الاطفال بالحرق، ويعانى الاطفال المصابين بالحروق الى كثير من الصدمات الجسدية والنفسية، ويعانى ايضا الاطفال المصابين بالحروق الى الاضطرابات النفسية نتيجة التشوهات التى لديهم فى وجوههم واجسادهم. (Norman and others, 2010, 193)

يشعر الاطفال المصابين بالحروق بحالة من القلق والخوف نتيجة التفاعل مع الاقران وهوالميل الى تجنب اى تفاعل مع الاقران، ويشعر الاطفال المصابين بالحروق بالفشل، ويفضل الاطفال المصابين بالحروق عدم المشاركة فى اى نشاط مع الاقران، ويعانى الاطفال المصابين بالحروق بالانفعالات والتصرفات السلبية نتيجة التفاعل مع الاقران، والعزلة الاجتماعية تعد بمثابة نقطة البداية لكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية حيث ان العزلة الاجتماعية تجعل الاطفال المصابين بالحروق يشعرون بعدم الامان والخوف 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 وكأساس لتحقيق تنمية ومحاولة مساعدتهم على الوقاية من الآثار السلبية التي تنتج عن مشكلة الاساءة الانفعالية التي يعانوا منها الأطفال المصابين بالحروق. .

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

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

٥) نتج عن اصابة الطفل بالحرق مشكلة الاساءة الانفعالية نتيجة التشوهات التى لديه وما 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 والاسرة لها دور رئيسى فى تربية ابنائها واعدادهم اعدادا متوازنا وفى تنمية شخصيتهم من جميع الجوانب.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية الى تحقيق هدف عام وهو:

١- قياس فعالية برنامج للتدخل المهنى بالعلاج الاسرى السلوكى فى التخفيف من مشكلة الاساءة اللفظية لدى 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 اللفظية لدى الاطفال المصابين بالحروق.

خامسا: مفاهيم الدراسة:

١) مفهوم الفعالية.

٢) مفهوم العلاج الاسرى السلوكى.

٣) مفهوم الاساءة اللفظية.

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:

هونموذج 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)

هونموذج 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)

هونموذج يركز على اهمية اشراك الاباء والمدرسين والاشخاص المهمين كوسطاء لاحداث تغيرات سلوكية فى ظل اهداف التغير العلاجى المطلوب. (Baucom and others, 1998, 16)

هونموذج 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 اللفظية:

هى كل الالفاظ والكلمات التى يستخدمها الوالدان مع اطفالهم وتسبب الما نفسيا وينتج عنه مجموعة من الاضطرابات النفسية والسلوكية مثل الصراخ والشتم واطلاق اسماء مكروهة على الطفل والمقارنة السلبية مع الغير. (Kuiper and Koenraad, 2008, 155)

هى الالفاظ المستخدمة فى الاساءة وتؤثر فى البناء النفسى والتى لها علاقة بالزجر والتوبيخ والتهديد والتقليل من شانه والسخرية منه وعدم الكلام معه وتجاهله. (Kuiper and Koenraad, 2008, 255)

هى الاساءة التى تقف عند حدود الكلام كالشتائم والتهديد واطلاق الصفات غير مناسبة. (O'Campo and others, 1994, 30)

المفهوم الاجرائى للاساءة اللفظية :

- هى احدى اشكال الاساءة التى تترك اثار خطيرة على نظرة الطفل للحياة.

- ينتج عن الاساءة اللفظية يتسبب الطفل بجرح نفسى اثناء التفاعل الطفل مع اسرته واقرانه.

(٤) مفهوم الحروق:

مفهوم الحروق: هي إصابة حرارية تسببها بيولوجي أو كيميائي أو كهربائي والعوامل المادية مع التداعيات المحلية والنظامية وهى شكل اشد من الصدمة. (Garcia and others, 2017, 1)

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، والإشعاعات 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 أوإشعاعي 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 أوالاحتكاك أوالإشعاع .

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 اللفظية)، ثم مجالات أوحدود 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 أوأكثر (متغير مستقل) في عامل تابع أوأكثر، وبالتالي؛ استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي للتحقق من أثر متغير المستقل (نموذج العلاج الأسري السلوكي) في متغير تابع (الاساءة اللفظية) التجربة.

ثانيا: المنهج المستخدم في الدراسة:

- المنهج الأساسي للدراسة الحالية هوالمنهج المسح الاجتماعى بالعينة، لأن الباحثة في مثل هذه الدراسات التي تتناول متغيرات نفسية أواجتماعية أوتربوية؛ 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 بالمنهج شبه التجريبي, 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: هومنهج المسح الاجتماعي بالعينة المقصودة بشروط معينة حددتها الباحثة.

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 اللفظية على المجموعة التجريبية.

٣- تنفيذ برنامج التدخل (نموذج العلاج الأسري السلوكي) على المجموعة التجريبية.

رابعًا: عينة الدراسة:

١- عينة الدراسة الاستطلاعية:

يقصد بهم عينة إعداد أداة الدراسة أوالمشاركون 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 اللفظية) على (١٠) مشاركين من بين الأطفال المصابون بالحروق من مستشفى العطيفى للحروق بمحافظة اسيوط.

٢- عينة الدراسة الأساسية:

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 اللفظية) استخدمت الباحثة أداة القياس التي تفي بهذا الغرض, وفيما يلى وصفاً مفصلاً لأداة الدراسة المستخدمة.

مقياس الاساءة اللفظية:

١- وصف المقياس:

قام الباحثة بإعداد مقياس العزلة الاجتماعية وفق الخطوات التالية:

١) الاطلاع على التراث النظري, والدراسات والمقاييس السابقة, والتي تناولت الاساءة اللفظية.

٢) تحديد الأبعاد الرئيسية (الإساءة اللفظية).

٣) تحديد سمات وخصائص الأفراد ذوي الاساءة اللفظية.

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 نعم على مستوى مرتفع من العزلة الاجتماعية، 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 العزلة الاجتماعية, بينما تدل استجابة الفرد باختياره (لا) على أدنى مستوى من الاساءة اللفظية.

مجالات الدراسة:

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 ١٤\٧\٢٠٢٤ الى ١٤\12\٢٠٢٤

٤- المجال الموضوعى والمنهجى:

وتتحدد نتائج الدراسة الحالية في ضوء الحدود الموضوعية التالية:

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

مستوى الإساءة اللفظية لدى الأطفال المصابون بالحروق

برنامج التدخل المهنى باستخدام العلاج الاسرى السلوكى فى التخفيف من مشكلة العزلة الاجتماعية لدى الاطفال المصابين بالحروق وقد استغرق التنفيذ أربعة عشر أسبوعا يحددها الجدول التالي:

جدول رقم (١)

يوضح برنامج التدخل المهنى باستخدام العلاج الاسرى السلوكى

الشهر	عدد الجلسات العلاجية	الهدف	النشاط المهني
يوليو	٤ جلسات علاجية	تحديد العينة الاتصال بالاباء الاقتناع بمشكلات الاطفال للحروق	- الملاحظة. - المناقشة. - الاقناع والتقبيل
اغسطس	٤ جلسات علاجية	بناء العلاقة العلاجية بحث ودراسة المتغيرات الاسرية للاطفال المصابين بالحروق	- التجريب وبناء العلاقة المهنية. - المناقشة والاستماع الجيد - الاقناع والتوجية والارشاد

سبتمبر	٤ جلسات علاجية	تدريب الاباء علي استخدام وتطبيق تكنيكات تعديل السلوك داخل المنازل	- استخدام أسلوب الشرح المبسط. - المراجعة المستمرة والتقييم. - تقديم الامثلة والنماذج
اكتوبر	٥ جلسات علاجية	تنفيذ خطة العلاج داخل المنازل وفي المدرسة	- متابعة التنفيذ. - الوقوف علي الصعوبات. - التشجيع والدعم المستمر. - التواصل مع الاسر
نوفمبر	٤ جلسات علاجية	التأكد من استمرار التعديل السلوكي	المتابعة داخل مستشفى العطيفى للحروق
ديسمبر	٤ جلسات علاجية	قياس عائد التدخل	تطبيق مقياس العزلة الاجتماعية للاطفال المصابين بالحروق واستمارة دراسة الحالة الخاصة بمستشفى العطيفى للحروق

نتائج الدراسة:

١- من حيث النوع:

١-النتائج المتعلقة بعينة الدراسة:

جدول رقم (٢)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب النوع (ن= ١٠)

م	النوع	ك	النسبة
١	ذكر	٤	٤٠
٢	أنثى	٦	٦٠
المجمـوع		١٠	%١٠٠

يتضح من جدول (٢) السابق أن عدد الذكور كان (٤) بنسبة ٤٠% بينما عدد الإناث بلغ ٦ بنسبة (٦٠%).

٢- العمر الزمني:

جدول رقم (٣)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب العمر الزمني (ن= ١٠)

م	العمر الزمني	ك	النسبة
١	١١	٥	%٥٠
٢	١٢	١	%١٠
٣	١٣	٢	%٢٠
٤	١٤	٢	%٢٠
المجمـوع		١٠	%١٠٠
متوسط العمر الزمني (١٢.١٠)		الانحراف المعياري (١.٢٩)	

يشير الجدول السابق 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).

٣- الصف الدراسي:

جدول رقم (٤)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب الصف الدراسي (ن= ١٠)

م	الصف الدراسي	ك	النسبة
١	الأول الإعدادي	٥	٥٠%
٢	الثاني الإعدادي	١	١٠%
٣	الثالث الإعدادي	٤	٤٠%
المجمـوع		١٠	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق 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%).

٤- ترتيب الطفل بين إخوته:

جدول رقم (٥)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب ترتيب الطفل بين إخوته (ن= ١٠)

م	ترتيب الطفل	ك	النسبة
١	الثاني	٣	٣٠%
٢	الثالث	٥	٥٠%
٣	الرابع	٢	٢٠%
المجمـوع		١٠	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق 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%.

٥- الدخل الشهري للأسرة:

جدول رقم (٦)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة (ن= ١٠)

م	الدخل الشهري	ك	النسبة
١	٢٠٠٠ جنيه	٢	٢٠%
٢	٣٠٠٠ جنيه	٥	٥٠%
٣	٤٠٠٠ جنيه	٣	٣٠%
المجمـوع		١٠	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق 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.

٦- مدة الإصابة:

جدول رقم (٧)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة (ن= ١٠)

م	الدخل الشهري	ك	النسبة
١	سنتين	٣	%٣٠
٢	ثلاث سنوات	٦	%٦٠
٣	أربع سنوات	١	%١٠
المجموع		١٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن غالبية أفراد العينة مضى على إصابتهم 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.

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

وللتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "ت" للمجموعات المرتبطة Independent-Samples T-Test.

وجدول (٨) التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ومستوى الدلالة بين متوسطي درجات التطبيقين القبلي والبعدي في الدرجة الكلية لبعد (الإساءة اللفظية).

جدول (٨)

قيمة "ت" ودلالتها

الإحصائية للفروق بين متوسطي درجات التطبيقين القبلي

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

مقياس العزلة الاجتماعية	التطبيق	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	(η2)	حجم التأثير
الإساءة اللفظية	القبلي	١٠	٢٢.١	١.٢٠	٢٢.٣٢	٠.٠١	٠.٩٨	مرتفع
	البعدي	١٠	٩.٣	١.٣٤				

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

يتضح من جدول (٨) السابق أن قيمة "ت" المحسوبة للفرق بين متوسطي درجات التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية

فـي بعـد (الإسـاءة اللفظيـة) بلغـت (٢٢.٣٢) وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) لأنها اكبر من قيمة "ت" الجدولية

كمـا يتضـح مـن جـدول (٨) السـابق أن قيمـة ($\eta 2$) لحجـم تـأثير (نمـوذج العـلاج الأسـري السلوكي) فـي التخفيف من (الإساءة اللفظية) ككل بلغت (٠.٩٨) وهوحجم تأثير مرتفعويعني أن نسـبة التبـاين الحقيقـي للمتغيـر المسـتقل (نموذج العلاج الأسري السلوكي) فـي التخفيف من (الإساءة اللفظية) تصل إلى (٩٨%).

وبالتالي يتم قبول الفرض الذي يشير إلـى وجود فـروق دالـة إحصـائيًا بـين متوسـطي درجـات التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في بعد (الإساءة اللفظية) وذلك لصالح التطبيق البعدي ويمكن ملاحظـة ذلـك مـن خـلال مقارنـة متوسـطي درجـات التطبيقـين ومما يشـير الـى فعالية برنامج التدخل المهنى فى التخفيف من مشكلة الاساء اللفظيـة لدى الاطفال المصابين بالحروق.

النتائج العامة للبحث:

اثبت نتائج الدراسة مايلى:

١ – النتائج المتعلقة بالبيانات الاولية:

اثبتت النتائج مايلى:

١- النوع:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة الإناث تزيد علـى نسـبة الـذكور بمقـدار ٢٠%، حيـث كـان عـدد الـذكور (٤) بنسـبة ٤٠% بينمـا عـدد الإناث بلغ (٦) بنسبة (٦٠%).

٢- العمر الزمني:

أشـارت نتـائج الدراسـة إلـى أن أكثـر الفئـات العمريـة تكـرارا كانـت فئـة ١١ سـنة، حيـث بلـغ عدد أفراد العينـة ضمن هذه الفئـة (٥) بنسبة ٥٠%، بينما أقل الفئات العمرية تكرارا هـي فئـة ١٢سنة، حيث تكررت بنسبة ١٠% من أفراد العينـة, كمـا يتضـح أن المتوسـط العـام للعمـر الزمنـي (١٢.١٠) سـنة بـانحراف معيـاري قـدره (١.٢٩).

٣- الصف الدراسي:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن نصف أفراد العينـة مـن تلاميـذ الصـف الأول الإعـدادي حيـث كـان عـددهم (٥) بنسـبة (٥٠%)، بينمـا بلـغ عـدد تلاميـذ الصـف الثالـث الإعـدادي ٤ أفراد بنسـبة (٤٠%)، ولـم يشـترك فـي العينـة سـوى تلميـذ واحـد فقـط فـي الصـف الثـاني الإعـدادي بنسـبة (١٠%).

٤- ترتيب الطفل بين إخوته:

أشارت نتـائج الدراسـة إلـى أن نصـف عدد أفراد العينـة كـان ترتيبهم بين الأخوة (الثالث)، حيث بلـغ عددهم (٥) بنسـبة مئويـة ٥٠% كمـا كـان أقل الأفراد هم من كـان ترتيبهم الرابـع حيث بلـغ عددهم (٢) بنسبة مئوية ٢٠%.

٥- الدخل الشهري للأسرة:

أشارت نتـائج الدراسـة إلـى أن نصـف عدد أفراد العينــة بلــغ الــدخل الشــهري لأسـرهم (٣٠٠٠ جنيــه)، حيـث بلـغ عـددهم (٥) بنسـبة مئويـة ٥٠% كمـا أن (٣٠%) مـن أفـراد العينـة بلـغ الـدخل الشـهري لأسـرهم (٤٠٠٠ جنيـه)، بينمـا بلغـت نسـبة المشـاركين ذوي الـدخل الشـهري للأسرة (٢٠٠٠ جنيه) ٢٠% من عدد العينة.

٦- مدة الإصابة:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن غالبية أفراد العينـة مضـى علـى إصـابتهم بـالحروق ثـلاث سـنوات، حيث بلـغ عددهم (٦) بنسبة مئويـة ٦٠% كما أن (٣٠%) مــن أفــراد العينــة مضــى علــى إصابتهم سنتين، بينما بلغت نسبة المشاركين الذين مضى علـى إصابتهم أربـع سنوات ١٠% من عدد العينة.

٢ – النتائج المتعلقة باختبار فروض الدراسة:

اثبتت نتائج الدراسة ممايلى:

صحة الفرض حيث توجد فروق معنوية دالة احصائيا بين متوسطات درجات حالات المجوعتين التجريبية والضابطة فى الاساءة اللفظية ويتجه التغير لصالح المجوعة التجريبية.

حيث بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط المجوعة الضابطة والمجوعة التجريبية لصالح المتوسط الاعلى المجوعة الضابطة على مقياس الشعور بالعزلة الاجتماعية لدى الاطفال المصابين بالحروق لدى المجموعة التجريبية ومما يشير الى فعالية برنامج التدخل المهنى للتخفيف من مشكلة الاساءة اللفظية لدى الاطفال المصابين بالحروق.

المراجع:

١- إبراهيم (١٩٩٠): الاتجاهات الوالدية عبر جيلين، رسالة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس، ٤.

٢- اسماعيل (1996): الجوانب النفسية للحروق، رسالة ماجستير غير منشورة كلية الطب جامعة اسيوط، ٣٠.

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

٢. سلامة (١٩٩٧): الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربى، القاهرة، ٢٥٣.

٣. اسماعيل (١٩٩٦): الجوانب النفسية للحروق، رسالة ماجستير غير منشورة كلية الطب جامعة اسيوط، ٣٠.

٤. فهمى (١٩٩٩): الاسعافات الاولية، مكتبة مدبولى، القاهرة، ٢١١ .

٥. عبد العزيز وقراعه وآخرون (٢٠٠١): برامج تأهيلي مقترح لاستعادة كفاءة بعض المفاصل المصابة بالحروق، جامعة أسيوط، مجلة علوم والتربية الرياضية.

٦. منصور، الشربينى (٢٠٠٢): الاسرة مع مشارف القرن ٢١ (الادوار – المرضى النفسيين – المسئوليات، دار الفكر العربى، القاهرة، ٢٦ .

٧. على (٢٠٠٣): الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مكتبة الزهراء، ص ٦٣.

٨. عبد الرحمن (٢٠٠٥): رعاية الاسرة والطفولة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار العلوم، القاهرة، ٨٨.

٩. رمضان (٢٠٠٦): اثر المعاملة الوالدية في حياة الطفل، كلية التربية جامعة دمشق، ٤.

١٠. عبد المالك، نوفل (٢٠٠٦): العلاقات الاسرية، دار الزهراء، الرياض، ١١٠.

١١. قماز (٢٠٠٩): أدراك المعاملة الوالدية وتعاطي الشباب للمخدرات، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة الجزائر، ٢.

١٢. مقبول (٢٠١١): تاثير ادوية الاكتئاب على الحالة النفسية والصحية لمرضى الحروق بالمستشقيات، رسالة دكتوراة غير منشورة، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٥ .

١٣. دربيين (٢٠١١): أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بظهور الاكتئاب عند المراهقين، رسالة ماجستير، معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة العقيد أكلى محند، ١٠.

١٤. خلال (٢٠١٢): الاكتئاب وعلاقته بالثبات والتذبذب في المعاملة الوالدية، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة الجزائر، ٤.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. Downs, W. R., & Rose, S. R. (1991): The relationship of adolescent peer groups to the incidence of psychosocial problems. Adolescence, 26, 102.

19. Garbarino, J. & Garbarino (1994): An Emotional Maltreatment of Children, Chicago, National Committee to Prevent Child Abuse, 2nd Ed.

20. 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.

21. O'Campo, Patricia, Gielen, Andrea C., Faden, Ruth R., Kass, Nancy (1994): Verbal abuse and physical violence among a cohort of low-income pregnant women, Women's Health Issues, 4(1), 29-37.

22. 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.

23. Williams, B. T R., & Gilmour, J. D. (1994): Annotation: Sociometry and peer relationships. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35, 7-13.

24. Thompson, Anne E., Kaplan, Carole A. (1996): "Childhood emotional abuse". The British Journal of Psychiatry. 168(2), 143–148.

25. Hanson, T. L., McLanahan, S., & Thomson, E. (1997): Economic resources, parental practices, and children's well-being. In G. J. Duncan & J. Brooks-Gunn (Eds.), Consequenc es of growing up poor (pp. 30 – 38). New York: Russell Sage Foundation.

26. 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.

27. 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.

28. 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.

29. Bauman, K. J. (1999):Shifting family definitions: The effect of cohabitation and other nonfamily household relationships on measures of poverty, Demography, 36, 15 – 25.

30. 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.

31. 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.

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

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

34. 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.

35. Hao, L., & Xie, G.(2002): The complexity and endogeneity of family structure in explaining children's misbehavior. Social Science Research, 31, 1 – 28.

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

37. 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.

38. Nancy E. E. Vanloey, Marten M. Vanson (٢٠٠٣): Isolation in

children burns, article in school of nursing, USA, 1- 3.

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

40. 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.

41. Shehan Hettiaratchy (2004): Specialist registrar in plastic and reconstructive surgery and Remo Papini, consultant and clinical lead in burns, Jul 10, 329(7457), 2.

42. 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.

43. Geneva (2006): Who informal consultation on the scientific basis of specifications for production and control of inactivated Japanese encephalitis vaccines for human use, Switzerland, 1–2 June, 2.

44. 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.

45. 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.

46. Ruan, H. and Wu, C. F. (2008): Social interaction . mediated lifespan extension of drosophila cu/zn super oxide dismutase mutants, proceedings of the national academy of science of the united states of America, 13 .

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

48. Kuiper and Koenraad (2008): Verbal Abuse in School:

Constructing Gender and Age in Social Interaction by Miriam A. Eliasson, Journal of Sociolinguistics. 12 (2): 254–257.

49. Jillianball and Philpmitchell (2010): A Randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for Anorexia Nervosa patients, Florida, Tampa, USA, 303-314.

50. 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.

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

52. Tand, A. et al. (2013): First aid , CPR, and aid essentials sixth edition by Jones & Bartlett Learning, LLC, USA .

53. 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.

54. Stranahan A. M., Khalil D., Gould E. (2006): Social isolation delays the positive effects of running on adult neurogenesis, Nat Neuro sci, 9, 26-33.