



جامعة دمشق
كلية التربية
قسم الإرشاد النفسي

المشكلات الانفعالية الشائعة لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك

رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي

إعداد الطالبة:

نور فاكهاني

إشراف:

د. رغداء نعييسة

الأستاذة المساعدة في قسم الإرشاد النفسي

1435-1436هـ

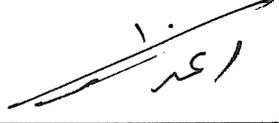
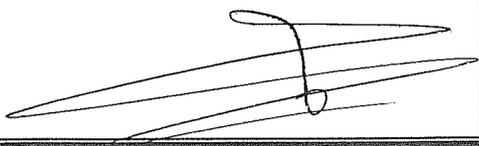
2014-2015م

نوقشت رسالة الطالبة نور فاهاني

بعنوان:

المشكلات الانفعالية الشائعة لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك

وأجيزت يوم الاثنين الواقع في 2016/4/4 من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم التالية
أسمائهم:

الاسم	الصفة	التوقيع
أ. د. رياض العاسمي	عضواً	
أ. د. رغداء نعيمة	عضواً مشرفاً	
د. كارولين محسن	عضواً	

تم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة الماجستير في
الإرشاد النفسي

كلمة شكر

لا يسعني بعد أن أكملت سطور هذه الرسالة، إلا أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان لأستاذتي الفاضلة **الدكتورة رغداء نعيمة** التي كان لها الفضل الكبير في خروج هذه الرسالة إلى النور فهي لم تبخل بعلمها وبوقتها في تقديم النصائح وتوجيه الباحثة، فغمرتني بلطفها وطيب قلبها وأعطتني الكثير من علمها، لذا فإنني أدين لها بالفضل فلها مني كل الشكر والتقدير، وأتمنى لها دوام الصحة والعافية والنجاح.

كما يسرني أن أتقدم بحالص الشكر وعظيم الامتنان والتقدير للسادة أعضاء لجنة المناقشة المحترمين على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة، وعلى الوقت والجهد الذي بذلوهما في تقييمها .
كما أتقدم بحالص الشكر والتقدير لجميع أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية لما قدموه من معلومات وتوضيحات كان لها فائدة كبيرة في إتمام الرسالة وأخص بالشكر الأستاذ الدكتور رمضان درويش .
وأستغل الفرصة لأتقدم بحالص الشكر والاحترام لجميع العاملين والأطباء في مشفى جراحة الفكين والوجه في كلية طب الأسنان بجامعة دمشق والأطباء في العيادات الخاصة على كل الجهود التي يبذلونها وعلى وتعاونهم ومساعدتهم لتطبيق الدراسة، كما أشكر جميع أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك الذين أبدوا كل تعاون، فكان لهم الفضل الأكبر في إتمام هذه الرسالة .

الباحثة

الفصل الأول "التعريف بالبحث"

. مقدمة

أولاً . مشكلة البحث

ثانياً . أهمية البحث

ثالثاً . أهداف البحث

رابعاً – سؤال البحث.

خامساً . فرضيات البحث

سادساً . أدوات البحث

سابعاً . حدود البحث

ثامناً . مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية



الفصل الأول: التعريف بالبحث

. مقدمة:

يعتبر الاهتمام بالطفولة في عصرنا الحاضر من أهم المعايير التي يقاس بها تطور المجتمع فأطفال اليوم هم شباب المستقبل، ولهذا فإن علم نفس الطفل من أكثر فروع علم نفس النمو اتساعاً، وتزداد الدراسة العلمية هذا الفرع في المجتمعات العربية "لأن الأطفال والمراهقين يشكلون (50%) في هذه المجتمعات" (ماكاي، 2010، 9).

وحتى يكون الأطفال في المستقبل مواطنين اجتماعيين صالحين علينا أولاً فهمهم من جميع الجوانب العقلية والاجتماعية والانفعالية، فشخصية الفرد هي نتاج جميع هذه الجوانب ولا يقل أحدها عن الآخر أهمية، ليس هذا فحسب بل إن كل جانب يؤثر ويتأثر بالجوانب الأخرى فالانفعال حالة تؤثر بالكائن الحي وترتبط هذه الحالة ارتباطاً وثيقاً بالعالم الخارجي المحيط بالفرد عبر المثيرات والاستجابات، وبالعالم الداخلي عبر الشعور الوجداني والتغيرات الفيزيولوجية الكيميائية، حتى يصبح الانفعال مرتبطاً بصورة وثيقة مع شخصية الإنسان وسلوكه، وليس عبثاً أن يقوم الباحثون بتسمية أبرز السمات الانفعالية كمميزات رئيسية للطبع الإنساني كالخجل والغيرة والغضب.

إن التعرف على الانفعالات والمشكلات الانفعالية يساعد الأهل والعاملين مع الأطفال على التعامل معهم وتوجيههم وبشكل خاص الأطفال الذين لديهم حالات خاصة لها أثر عميق على حالتهم الانفعالية كالأطفال المصابين بتشوهات مثل شق الشفة أو شق قبة الحنك "مما يؤثر على الجوانب التربوية والنفسية لهم وبالتالي يتطلب تأهيلاً تربوياً ونفسياً على حد سواء" (سيسالم، 1998، 45).

تعد الانفعالات من الجوانب المهمة والرئيسة لشخصية الفرد، والتي تنمو جنباً إلى جنب مع مواقف الحياة اليومية، فهي جزء لا يتجزأ من عملية النمو الشاملة لدى الفرد والتي يطمح من خلالها إلى إبراز الشخصية السوية التي تحقق له المسار النمائي الصحيح في أفكاره وآرائه وسلوكياته وانفعالاته المختلفة.

كما أن الانفعالات باعتبارها تتعلق بالمشاعر؛ التي تتناوبنا من فرح، أو حزن، أو غضب تُعرف بأنها: حالة من اللاتوازن بين العضوية، والمنبهات الخارجية التي تغد بشكل مفاجيء في صورة وقتية زائلة، تدفعنا للإقتراب من الشيء، أو الابتعاد عنه وتكون مصحوبة باضطرابات جسدية خارجية وحشوية. (ضحى، 2004، 25).

وتتنوع هذه الانفعالات بين سلبي وإيجابي، فالانفعالات الإيجابية هي التعبير عن أن الظروف الحالية تساعد على تحقيق رغبات الفرد واشباع حاجاته، والانفعالات السلبية هي التعبير عن عدم ملائمة الظروف لإشباع الحاجات وهي تتم عن عدم الرضا والإرتياح" (المطوع، 2001، 13).

والأصل أن تتصف حياة الفرد بتوازن يقوم بين مطالبها الفيزيولوجية، والاجتماعية من جهة، والمنبهات الخارجية التي تحيط بهذه الحياة من جهة أخرى، ولكن إذا طرأ منبه ما كأن يسمع الفرد نبأ محزن أو سار مثلاً، فهنا يوضع الفرد في موقف جديد مغاير لما ينبغي أن يكون عليه أصلاً في الاتزان، أي أنه يكون عند ذلك في موقف انفعال ويختبر نمطاً ما من الإنفعال (ريان، 2006، 45)، حيث يمكن اعتبار تنمية القدرة على كف بعض الاستجابات الانفعالية السلبية، تسهم إلى حد كبير في تحقيق النجاحات والشعور الدائم بالراحة النفسية، فحياتنا النفسية لا تسمى حياة بدون انفعالات ومن هنا كان موضوع الانفعالات في علم النفس من الموضوعات الأساسية التي تربط دائماً بالدوافع النفسية والصحة النفسية والمزاج والتناغم والانسجام والعمليات المعرفية العقلية من تذكر وتفكير وتصور وتخيل وذكاء فضلاً عن العلاقة الوطيدة بين الانفعالات وصحة البدن من ناحية والانفعالات والأمراض السيكوسوماتية " النفسجسمية " من ناحية أخرى (حمدان، 2010، 17).

أولاً: مشكلة البحث:

إن الانفعال كالغيرة، الخوف، الحب، السرور، الغبطة، الغضب، البهجة، التوتر، التقزز، الحزن، الخوف، القلق ركن هام في عملية النمو الشاملة وفي المفهوم النفسي يقصد بالنمو "كافة التغيرات المتتابعة المتداخلة المنظمة في النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية التي تطرأ على الفرد بهدف النضج وتحقق أعلى درجة من التوافق مع الذات والمجتمع" (مجدي، 2007، 26).

هذا ويؤثر النمو في جانب معين على نمو جوانب أخرى "قالنمو الانفعالي يؤثر على الجانب الاجتماعي والأخلاقي" (منصور وآخرون، 2004، 203).

لأن الانفعالات "وعلى الرغم من كونها حالات داخلية فهي تتصف بجوانب معرفية وإحساسات وردود أفعال فيزيولوجية وسلوك تعبيرية معين بواسطة تعبيرات الوجه أو الإيماءات والأفعال" (مجدي، 2007، 27).

وحسب تيري اكن وجيري دان وهما أخصائيين في العمل مع الأطفال لسنوات طويلة في الولايات المتحدة الأمريكية فالانفعالات هي "عامل يتدخل في أغلب قراراتنا حيث تقف الانفعالات والعواطف عائقاً في كثير من الأحيان في طريق التفكير السليم والواعي والخوف قد يصيب الطفل بالشلل، والغضب يمكن أن يؤدي إلى سلوكيات مدمرة قبل أن يبدأ حتى بالتفكير المنطقي" (أكن ودان، 2007، 5). لهذا فإن المحافظة على قدر من الحساسية الانفعالية تدل على الاتزان الانفعالي للفرد بحيث يتحكم بشكل سليم بالانفعالات بما يتوافق مع نموه العام وما تستدعيه الظروف المحيطة مما يؤدي إلى توافق اجتماعي سليم يجعله أكثر تكيفاً، أما "عندما يعاني الطفل مشكلات إنفعالية فإنها تظهر على شكل سلوك غير مقبول في المحيط الذي يعيش فيه ويمكن أن تستمر حتى مراحل لاحقة في حياته فتبدو في عدد من الحالات مثل الخوف، القلق، عدم تقدير الذات والانسحاب الاجتماعي والعدوان والنشاط الزائد والخجل" (سمعان، 2010، 2).

فالنمو الانفعالي الذي يشمل التغيرات التي تطرأ على نمو الانفعالات المختلفة يتأثر بالعديد من العوامل الفيزيولوجية والقدرات العقلية "والمظاهر الجسدية ويقصد بالمظهر الجسدي للطفل أو تقبله لهذا المظهر وكون هذا المظهر مألوف أو غير مألوف مما يؤدي إلى اضطراب في توازن شخصية الطفل وعدم توافقه أو تكيفه" (ملحم، 2007، 24).

وقد ذكر سيسالم بأن "الإعاقات الجسمية والتشوهات في ملامح الوجه أو في العين أو الأنف والفم تؤثر تأثيراً مباشراً على الجانب التربوي والنفسي للأطفال المصابين بها مما يتطلب تأهيلاً نفسياً وتربوياً على حد سواء" (سيسالم، 1998، 45).

وتعدُّ من أشهر التشوهات في الوجه، شق الشفة أو قبة الحنك، حيث يتم تسجيل ولادة واحدة سنوياً من أصل (700) ولادة، ويُعدُّ شق الشفة وقبة الحنك تشوهين ولاديين مميزين ومنفصلين، ولكنهما يحدثان بشكل متلازم غالباً. (Johnsen, 2001, 3).

ويحدث شق الشفة وقبة الحنك عندما تفشل النسيج الضامة للبنى الجنينية المختلفة بالالتقاء والاندماج مع بعضها البعض، وينتج الشكل الشائع من شق الشفة من فشل التحام النتوءات الأنفية المتوسطة مع نتوءات الفك العلوي، ومن الممكن أن يكون شق الشفة أحادياً أو ثنائياً الجانب، كما يمكن أن يمتد إلى النتوء السنخي، كما يحدث شق قبة الحنك نتيجة الفشل في التحام الرفوف الحنكية مع بعضها البعض ومع الحاجز الأنفي أو مع الحنك الأولي. (Ye et al, 2009, 44).

وحسب (Barach) فإنه مع بداية المراهقة وعند تطبيق الإجراءات الطبية الروتينية وخاصة التي تتطلب تطبيق أجهزة ضمن الفم تعتبر المجموعات العلاجية النفسية والتربوية عنصر هام كجزء من العلاج الكلي لحالات شق الشفة وقبة الحنك" (Bardach, 1974, 20). ذلك لأن "المريض وأهله يواجهون الكثير من الانتقادات والتعليقات المرحجة حتى بعد العمليات الجراحية" (Bardach, 1974, 120).

فتكون "محاولات الانتحار لدى المراهقين المصابين بشق الشفة وقبة الحنك أعلى بمعدل مرتين من المراهقين غير المصابين" (Herskind AM, 1993, 120).

كذلك فإنهم يعانون من مشكلات في الجانب السلوكي، والمعرفي والانفعالي وتكون المشكلات الأسرية بدرجة أعلى من الأطفال العاديين وذلك وفقاً لدراسة أجراها (Broder) عام (1991) على أطفال شق الشفة وقبة الحنك تتراوح أعمارهم ما بين (6-12) سنة، وتزداد المشكلات النفسية والانفعالية "مع تقدم الطفل بالعمر في مرحلة الطفولة المتأخرة وذلك لأنه يقارن بينه وبين أقرانه" (Herskind, et al, 1993, 156). لذلك "يعتبر الدعم الاجتماعي، والنفسي ضمن مجموعات مفيداً جداً، وخاصة في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة ومرحلة المراهقة" (Bardach, 1998, 20). وقد وجد (Landson & Polaka) لاندسون وبولاك أن

"عدد من هؤلاء الأطفال بحاجة إلى العلاج النفسي الخاص بسبب مشاعر العجز المكتسب لديهم وهذه الانفعالات يجب أن يوجه لها تفهم اجتماعي نفسي داعم وبعناية خاصة" (Landson & Polaka, 1965, 85).

عادة ما تبدأ المساعدة "بتوعية الأهل بالمسؤوليات الموكلة إليهم وكذلك مراحل الإجراء الجراحي من أجل التصحيح وكيفية إطعام الطفل والعناية بالرضاعة والغذاء والسمع - لأنه يكون متأدياً في بعض الحالات - لكن الأهم بالنسبة للأهل هو عندما يكبر ويصبح عرضة للاضطرابات الانفعالية والمشكلات الاجتماعية" (Richman, 1988, 21-26).

وحسب بيتر وشاينسكي فإن "الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك يعانون ضغوط هائلة اجتماعية وعاطفية عدا المشكلات الفيزيولوجية كل ذلك يؤدي إلى إعاقة في التطور النفسي للطفل ويتعب عائلاتهم" (Peter, p, Chinsky, 1964, 443).

وكون التدخل الطبي لعلاج الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك يؤجل إلى عمر (16-17) سنة، لذا لا بدّ من توفر الدعم النفسي والاجتماعي للأطفال في مرحلتها الطفولة المتوسطة والمتأخرة ومعرفة أهم المشكلات الانفعالية المصاحبة لإصابتهم، وكونه لا يوجد مراكز متخصصة تُعنى بتقديم المساعدة والدعم النفسي والاجتماعي لهؤلاء الأطفال، ما دفع الباحثة إلى معرفة المشكلات الانفعالية الشائعة التي يعانيها الأطفال المصابين بشق الشفة أو قبة الحنك بهدف تقديم المساعدة النفسية المناسبة لهم وتتلخص مشكلة البحث في السؤال التالي: ما هي المشكلات الانفعالية الشائعة لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك وفقاً لمتغيرات (العمر، الجنس، نوع الإصابة).

ثانياً: أهمية البحث:

تتطلب أهمية البحث مما يلي:

- تسليط الضوء على أهم المشكلات الانفعالية التي يعاني منها الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك والتي على تنوعها واختلافها تعتبر مؤشر عدم التكيف.
- تسليط الضوء على أحد أنواع التشوهات الوجهية الخلقية الأكثر شيوعاً، وهو شق الشفة وقبة الحنك والذي يترك آثاراً نفسية على الطفل، ولا يقف عند حدود الناحية الشكلية والمقتصرة على الجانب الطبي والجراحي ومشكلات النطق بل يتجاوزها إلى تقديم الخدمات النفسية المناسبة.
- ندرة البحوث العربية - في حدود علم الباحثة - حول الجانب النفسي للأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، وتحديدًا في البيئة السورية.
- يمكن الاستفادة من نتائج هذا البحث في توعية الأهل والأطباء والعاملين مع الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك بالمشكلات الانفعالية التي يعانونها مما يجعل التعامل معهم أكثر سهولة وبساطة.

- يمكن الاستفادة من نتائج هذا البحث في إعداد برامج إرشادية وتدريبية للأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك من أجل تجاوز المشكلات الانفعالية التي يعانون منها.
- يمكن الاستفادة من نتائج هذا البحث في إعداد برامج إرشادية موجهة لأهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، من خلال التعرف على أهم المشكلات النفسية الشائعة لدى أطفالهم، وكيفية التعامل معهم، للتخفيف من الآثار النفسية السلبية لدى أطفالهم.

ثالثاً: أهداف البحث:

يهدف البحث للحصول على إجابات علمية لأسئلة البحث وفرضياته وذلك من خلال:

- 1- معرفة المشكلات الانفعالية الشائعة لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك وترتيبها بحسب مدى انتشارها من خلال المقياس المعد لهذا الغرض وهي: (القلق، الغضب، التعلق، العدوان، الخجل، العناد).
- 2- معرفة دلالة الفروق في المشكلات الانفعالية عند الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية المستخدم في البحث حسب متغير (الجنس، العمر، نوع الإصابة).

رابعاً: سؤال البحث:

ما مدى انتشار المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك؟

خامساً: فرضيات البحث:

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك تبعاً لمتغير الجنس عند مستوى دلالة (0.05).
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك تبعاً لمتغير العمر عند مستوى دلالة (0.05).
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك تبعاً لمتغير نوع الإصابة عند مستوى دلالة (0.05).

سادساً: أدوات البحث:

- مقياس للمشكلات الانفعالية من إعداد الباحثة ويقيس بعض المشكلات الانفعالية وهي: (القلق، الغضب، التعلق، العدوان، الخجل، العناد).

سابعاً: حدود البحث:

1- الحدود البشرية: تكونت العينة من الأطفال المصابين بشقوق الشفة وقبة الحنك الذين هم في عمر الطفولة المتوسطة (6-9) سنوات، وعمر الطفولة المتأخرة (10-12) عاماً، حيث بلغوا (50) طفلاً وطفلة.

2- الحدود الزمانية: تم إجراء البحث بين عامي (2013-2015).

3- الحدود المكانية: تم إجراء البحث في المشافي العامة المختصة بجراحة الوجه والفكين، ومشفى جراحة الوجه والفكين في جامعة دمشق، ومشفى الأطفال، وكذلك العيادات المتخصصة بجراحة الوجه والفكين وتقويم الأسنان في محافظة دمشق.

ثامناً: مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية:

1- الانفعال: يعرف فهمي (1995) الإنفعال على " أنه حالة تغير مفاجئ تشمل الفرد كله دون أن يختص بها جزء معين من جسمه ، ثم إن هذه الحالة الانفعالية المفاجئة تزول بزوال المثير أو المنبه الذي أثارها، فالغضب - كانفعال - يزول بمجرد أن ينتهي مثير الانفعال ، والفرح- كانفعال -يزول بمجرد أن يختفي المثير الذي أثار فينا هذا الانفعال. (فهمي، 1995، 348).

2- المشكلة: عرفها ديوي بأنها "حالة شك وارتياح يعقبها حيرة وتردد تتطلب عملاً وبحثاً للتخلص من هذه الحالة واستبدالها بحالة شعور من الارتياح والرضا" (برقاوي، 1992، 45).

3- الخجل: وعرفه (فرحة، 2000) بأنه: "حالة عاطفية أو انفعالية معقدة تنطوي على شعور سلبي بالذات أو على شعور بالنقص والعيب لا يبعث بالارتياح والاطمئنان في النفس" (فرحة، 2000، 122).

4- الغضب: تعرفه (الحسين، 2005) بأنه: "انفعال نفسي طارئ قوي وملاحظ يحدث نتيجة تعرض الذات إلى معوق أو فشل أو إحباط أو شعور بالعجز وقلة الحيلة تجاه ما يواجهها وما يعيق إشباع دوافعها وحاجاتها، ولا سيما تلك المتعلقة بالأمن والحرية والطعام والنوم والاستمتاع والنجاح، والمكانة، والكرامة، ويعد وسيلة أو محاولة لإزالة القيود، ووسيلة لجذب الانتباه وتحقيق الهدف، ووسيلة للتنفيس عن الشعور بالضيق وعدم الارتياح" (الحسين، 2005، 143).

- 5- **العدوان:** يعرفه (مختار، 2001) على أنه: "سلوك يصدره الفرد لفظياً أو معنوياً أو بدنياً أو مادياً صريحاً أو ضمنياً، مباشراً أو غير مباشر، ناشطاً أو سلبياً، ويترتب على هذا السلوك إلحاق الأذى البدني أو المادي، للشخص نفسه صاحب السلوك، أو للآخرين" (مختار، 2001، 50).
- 6- **القلق:** يعرفه (زهران، 2000) بأنه: "حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث وما يصاحبها غامض وأعراض نفسية جسمية" (زهران، 2000، 484)
- 7- **العناد:** يعرفه (العناني، 1997) بأنه: "عدم قيام الطفل بعمل ما يطلبه الأب أو الأم في الوقت الذي ينبغي أن يعمل فيه فلا ينفذ الطفل ما يؤمر به أو يصر على تصرف ما. ربما يكون هذا لتصرف خطأ أو غير مرغوب فيه" (العناني، 1997، 168).
- 8- **التعلق:** يعرفه (عدس وتوق، 2003): أنه: "تزعة فطرية تظهر على شكل رغبة شديدة لدى الأطفال في أن يكونوا قريبين حد الالتصاق من أفراد آخرين لهم مكانة معينة في حياتهم يغلب عليهم الفرح والسرور لدى استقبالهم، والغضب والحزن والصراخ عند الانفصال عنهم، ويحدث لديهم درجة أقل من الخوف لدى حضورهم" (عدس، وتوق، 2003، 138).
- 9- **المشكلات الانفعالية:** عرفها (راجح، 1991) على أنها "حالة انفعالية مؤلمة تنشأ من الإحباط الموصل لدافع أو أكثر من الدوافع القوية وتقترب بحالة من التوتر والقلق والحيرة والتردد". (راجح، 1991، 4).
- وتعرفها الباحثة إجرائياً:** بأنها الدرجة التي يقدرها أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على المقياس المستخدم في البحث.
- 10- **شق الشفة وقبة الحنك:**
- شق (Cleft):** "تعبير عن مسافة غير وظيفية، أو فراغ بين جهتين مع اختلاف في الموقع والحجم، يحدث التشوه عند خطوط الالتحام أثناء الحياة الجنينية، وقد يتناول الأنسجة الرخوة فقط والأنسجة الصلبة للفك العلوي" (Berlowitz, 1996, chepter).
- الشق السنخي:** "الشق الذي يحدث بين البنى العظمية للفك العلوي في المنطقة الأمامية من السنخ ويتجلى بعدم استمرارية النتوء السنخي للفك العلوي بين الرباعية والناناب" (Berlowitz, 1996, chepter).
- ويعرف أيضاً بأنه: "تشوه خلقي يصيب كثيراً الجزء الأوسط للوجه، ويتظاهر بعدم التحام الأجزاء الرخوة والصلبة لحركة الفك العلوي وتترافق بتشوهات أهمها تراجع الفك العلوي وتضييقه كما يلاحظ كثرة حدود الشذوذات السنية، ويعتمد في تشخيصه على الأطباء المختصين" (Bardach, 1990, 134).

- 11- **مرحلة الطفولة المتوسطة:** "فترة النمو الهادئ تتوسط النمو السريع في مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية وبداية مرحلة المراهقة وضمنها تبدأ هذه المرحلة من سن (6-9) سنوات وتقابلها الصفوف الابتدائية الدنيا" (عريفج، 1978، 24).
- 12- **مرحلة الطفولة المتأخرة:** "فترة النمو التي تسبق مرحلة المراهقة وتقابلها الصفوف الابتدائية العليا من سن (10-12)" (عريفج، 1978، 24).
- 13- **نوع الإصابة:** "في عام (1992) صنف (Davis) شق الشفة والحنك إلى: مجموعة أولى: شق شفة دون سنخ. ومجموعة ثانية: شق قبة الحنك. ومجموعة ثالثة: شق شفة وقبة حنك ويترافق غالباً مع سنخ" (حجازي، 2011، 21).

الفصل الثاني: الاطار النظري

المحور الأول: شقوق الشفة وقبة الحنك

(Cleft Palate With Cleft Lip)

تمهيد.

أولاً: التطورات المرتبطة بإصابة شق الشفة وقبة الحنك لدى الجنين في الرحم.

ثانياً: نسب انتشار شق الشفة وقبة الحنك

ثالثاً: الأمراض العامة المرافقة لشق الشفة وقبة الحنك

رابعاً: العوامل المسببة للإصابة بشق الشفة وقبة الحنك

خامساً: التدابير العلاجية الخاصة بمرضى شق الشفة وقبة الحنك بعد الولادة.

سادساً: المشكلات الانفجالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك

خلاصة.

الفصل الثاني: الإطار النظري

المحور الثاني: مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة
(Intermediate and delayed childhood)

تمهيد.

أولاً: الطفولة المتوسطة.

ثانياً: خصائص الأطفال في المرحلة الابتدائية.

ثالثاً: مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة.

الفصل الثاني: الإطار النظري

المحور الثالث: الانفعال والمشكلات الانفعالية

(Emotion and emotional problems)

تمهيد.

أولاً: تعريف الانفعال.

ثانياً: مفهوم المشكلات الانفعالية.

ثالثاً: أسباب المشكلات الانفعالية.

رابعاً: صفات الأطفال الذين لديهم مشكلات انفعالية.

خامساً: أهم المشكلات الانفعالية الشائعة لدى الأطفال.

1- مشكلة العدوان (Aggression).

2- مشكلة العناد (Obstinacy).

3- مشكلة التعلق الزائد (Attachment).

4- مشكلة الخوف (Fear).

5- مشكلة القلق (Anxiety).

6- مشكلة الخجل (Abashment).

7- مشكلة الغضب (Anger).

خلاصة.

الفصل الثاني: الإطار النظري

المحور الأول: شقوق الشفة وقبة الحنك

(Cleft Palate With Cleft Lip)

تمهيد:

يُعدُّ شق الشفة وقبة الحنك تشوهين ولاديين مميزين ومنفصلين، ولكنهما يحدثان بشكل متلازم غالباً. (Johnsen, 2001, 3)، وتدرج المراجعة العاشرة للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة (ICD 10) العيوب الولادية في الفصل السابع عشر باسم "التشوهات الخلقية والشذوذات الصبغوية"، وترد في الفصول الأخرى العيوب الولادية من قبيل الأخطاء الاستقلابية الخلقية واضطرابات الدم الناشئة في مرحلة الحمل، ويمكن تعريف العيوب الولادية على أنها الشذوذات البنوية أو الوظيفية بما فيها الاضطرابات الاستقلابية الموجودة منذ الولادة، ومنها التشوه الخلقي "شق الشفة وقبة الحنك". (who, 2006, 4).

ويحدث شق الشفة وقبة الحنك عندما تفشل النسيج الضامة للبنى الجنينية المختلفة بالالتقاء والاندماج مع بعضها البعض، وينتج الشكل الشائع من شق الشفة من فشل التحام النتوءات الأنفية المتوسطة مع نتوءات الفك العلوي، ومن الممكن أن يكون شق الشفة أحادياً أو ثنائياً الجانب، كما يمكن أن يمتد إلى النتوء السنخي، كما يحدث شق قبة الحنك نتيجة الفشل في التحام الرفوف الحنكية مع بعضها البعض ومع الحاجز الأنفي أو مع الحنك الأولي. (Ye et al, 2009, 44).

أولاً: التطورات المرتبطة بإصابة شق الشفة وقبة الحنك لدى الجنين في الرحم:

- تطور الوجه:

يبدأ تطور الوجه في الأسبوع الرابع من الحياة الرحمية، وفي نهاية الأسبوع الرابع أي في اليوم (35) من عمر الجنين يبدأ تطور الحفرة الفموية، وذلك بدءاً من خمسة نتوءات وهي: نتوء الفك العلوي، ونتوء الفك السفلي، والنتوء الجبهي الأنفي، والتي تحيط جميعها بالفم الابتدائي. (انظر الملحق رقم 4).

- تطور الشفة العلوية:

تتطور الشفة العلوية من اتحاد ناتئ الفك العلوي مع النتوء الأنفي الجبهي على الخط المتوسط في اليوم (41) من عمر الجنين. (انظر الملحق رقم 4).

- تطور قبة الحنك:

يبدأ تطور قبة الحنك في الحياة الجنينية في الأسبوع السادس، ولا يكتمل حتى الأسبوع الثاني عشر، وتمتد المرحلة الأكثر حرجاً في تطور الحنك في نهاية الأسبوع السادس عشر حتى بداية الأسبوع التاسع. (9, 2001, Sperber). (انظر الملحق رقم 4).

ويتطور الحنك من بنيتين أساسيتين هما: الحنك الأولي والحنك الثانوي، ويقع الحنك الأولي إلى الأمام من الثقبه القاطعة، وله شكل مثلثي، أما الحنك الثانوي فيعطي الحنك الرخو والصلب حتى الثقبه القاطعة، وينشأ الحنك الثانوي من الرفوف الداخلية الجانبية للفك العلوي، في البداية تتوجه هذه الرفوف بالاتجاه العلوي السفلي مع توضع اللسان بشكل معترض بينها، وفيما بعد يصبح اللسان أصغر نسبياً ويتحرك سفلياً مما يسمح للرفوف بأن تتجه أفقياً لتقترب من بعضها بعضاً، وتلتحم على الخط المتوسط، ويبدأ الالتحام بين الحاجز الأنفي والتنوءات الحنكية في الأسبوع التاسع. (Johnsen, 2001, 12).

إن الفهم العميق لتطور كل منطقة من مناطق الشفة وقبة الحنك من الأهمية بمكان من أجل إدراك آلية الفشل الخلقي أو التشوه، والذي بدوره يؤدي إلى اضطرابات في تشكل المنطقة الموافقة وبالتالي الإصابة بشق الشفة وقبة الحنك. (14, 2009, Yu, et al).

ثانياً: نسب انتشار شق الشفة وقبة الحنك:

تدرج المراجعة العاشرة للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة (ICD 10) العيوب الولادية في الفصل السابع عشر باسم "التشوهات الخلقية والشذوذات الصبغوية"، وترد في الفصول الأخرى العيوب الولادية من قبيل الأخطاء الاستقلابية الخلقية واضطرابات الدم الناشئة في مرحلة الحمل، ويمكن تعريف العيوب الولادية على أنها الشذوذات البنوية أو الوظيفية بما فيها الاضطرابات الاستقلابية الموجودة منذ الولادة، ومنها التشوه الخلقي "شق الشفة وقبة الحنك". (4, 2006, who).

وفي إحصائية أجريت ما بين عام (1994-1998) وجد بأنه بين كل (700) مولود يوجد طفل لديه شق الشفة وقبة الحنك، وتكون النسبة أعلى من ذلك في بلاد الهند والبلاد الشرقية حيث تصل إلى (0.002)، وفي بلاد الكاريبي أقل من (0.006)، وفي إحصائية حديثة بلغت نسبة انتشاره في أوروبا (0.001) لكل طفل وفي آسيا (0.003) لكل طفل، وحسب الجمعية الأمريكية للشقوق الوجهية عام (2004) فإنه يولد سنوياً (22700) طفل مصاب بشق الشفة أو الحنك (حجازي، 2011، 24)، وقد أشير إلى المكسيك في دراسة حديثة على أنها إحدى الدول التي تحتوي على نسبة إصابة مرتفعة بشق الشفة وقبة الحنك، بالإضافة إلى كل من اليابان و النرويج (Tanaka et al., 2012). وكذلك الأمر في

دراسة راجعة استمرت بين عامي (1980 - 2002) أجريت في إيطاليا وسجلت نسبة انتشار الإصابة 1000:1 من المواليد الأحياء (Carinci et al., 2003). كما سجلت العديد من نسب انتشار الإصابة بشق الشفة وقبة الحنك في دول حوض المتوسط حسب دراسة Al-Omari و زميله في عام (2004)، كذلك الأمر في فلسطين المحتلة حيث كانت نسبة انتشار شق الشفة وقبة الحنك حسب دراسة Jaber و زملائه 1000:1.6 (Jaber et al., 2002) أما في حوض النيل فقد كانت نسبة انتشار الإصابة في السودان أقل من نسبتها في سوريا وبلغت 1000:0.9 حسب دراسة Suleiman و زملائه في عام (2005) بينما بلغت نسبة انتشار الإصابة في مصر 1000:0.3 حسب دراسة استمرت بين عامي (1995 - 2009) (Shawky and Sadik,2011)

ثالثاً: الأمراض العامة المرافقة لشق الشفة وقبة الحنك:

1- الأمراض التي تصيب الأذن الوسطى: الارتجاع الواضح في نسبة التهابات الأذن الوسطى (Flynn e.,2009) وتصاب الأذن الوسطى بالمشاكل المزمنة نتيجة لتدني وظيفة نغير أوستاش (King,2008) وقد قام Sheahan و زملائه عام (2003) بإجراء دراسة على جميع الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك المعالجين ضمن مشفى الأطفال في إيرلندا , حيث تم توجيه الاستبيانات إلى جميع الآباء والأمهات تم التوصل إلى الارتباط بين نمط الشق الفموي والاصابة بأمراض الأذن الوسطى حيث ارتفعت نسبة انتشار أمراض الأذن الوسطى لدى الإصابة بشق الشفة وقبة الحنك Clp , وشق قبة الحنك المعزول. CP (Sheahan et al.,2003) و أيضاً قام Vallino و زملائه عام (2008) بتحري نسبة انتشار أمراض الأذن عند (95) طفلاً مصابين بشق الشفة المعزول CL , وقد توصلوا إلى إصابة (33%) من أطفال العينة, وتمت الإشارة إلى أن نقص السمع البسيط المرافق للإصابة بشقوق الشفة كان من النمط التوصيلي وكان ناجماً عن الانصباب الحاصل في الأذن الوسطى (Vallino et al.,2008) .

2- النخور وأمراض الأنسجة الداعمة حول السنية: فهم ذوي قابلية مرتفعة للإصابة بالنخور السنية, ويعزى ذلك إلى العديد من الفرضيات يذكر منها وجود التشوهات التشريحية من جهة, بالإضافة إلى المدخلات التقويمية و الجراحية و التعويضية طويلة الأمد من جهة أخرى (Quirynen et al.,2003) وفي الأردن ارتفعت نسبة النخور السنية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك بشكل ملحوظ بالمقارنة مع أقرانهم الأصحاء (Hazza'a et al.,2011)

3- المشكلات الإطباقية: يميل المظهر الجانبي للوجه لدى المرضى المصابين بشق الشفة وقبة الحنك إلى التقعر, ويزداد ذلك وضوحاً مع ازدياد نمو الطفل, فعندما يتراجع الفك العلوي نتيجة

لوجود تماس مكاني مع الفك السفلي نكون أمام حالة تقدم فك سفلي كاذب (Jones,2011) .
(انظر الملحق رقم 4).

إن إعاقة نمو الفك العلوي كنتيجة للتندب التالي للإغلاق الجراحي, فإنه غالباً ما يحدث تأخر في النمو بالإضافة إلى تضيق الفك العلوي بالاتجاه المعترض هذا ما يفسر حاجة مرضى شق الشفة وقبة الحنك الكامل إلى معالجة تقويمية ملحة تبدأ بعد الولادة بفترة بسيطة وتستمر حتى اكتمال النمو الجسمي للطفل (King,2008)

وفي دراسة Sakamoto وزملائه والتي استمرت بين عامي (2001-2006) وتناولت المرضى المصابين بشق الشفة وقبة الحنك المراجعين لقسم التقويم في كلية طب الأسنان في جامعة طوكيو بأعمار أكبر من 18 عاماً, وقد تمت خلال فترة الدراسة مراجعة 235 مريضاً جديداً مصاباً بشق الشفة وقبة الحنك, وقد أبدى 13 مريضاً منهم إطباقاً أمامياً معكوساً و هذا ما شكل نسبة 57% أي أكثر من نصف الحالات (Sakamoto et al.,2008)

رابعاً: العوامل المسببة للإصابة بشق الشفة وقبة الحنك:

1- العوامل الوراثية: ومع أن التوافق في الإصابة بالشقوق يظهر لدى نسبة تتراوح بين 40% وإلى 60% من التوائم الحقيقية فقط, فهذا يدعم بقوة الملاحظات حول دور العوامل البيئية في الرحم, أي أن عدم وجود تطابق بنسبة 100% بين إصابة التوائم الحقيقية بالشق هو الأمر الذي اقترح أن العوامل الوراثية ليست هي المسؤولة الوحيدة عن حدوث الشق, ومن جهة أخرى فإن ارتفاع نسبة التطابق بين التوائم يوحي أيضاً بأهمية الدور الوراثي (Murray,2002, 55) .

2- عمر الأم عند الحمل: توصل Martelli وزملائه في دراستهم عام (2010) إلى وجود علاقة بين عمر الأم (26-35) عاماً, والأمهات الأكبر من عمر الـ(35) عاماً خطورة منخفضة لإنجاب أطفال مصابين بشق الشفة وقبة الحنك لدى مقارنتهن بالأمهات الأصغر سناً بأعمار أقل من (26) عاماً (Martelli et al ., 2010)

في حين خلص Vieira وزملاؤه عام (2002) بعد استخدامهم لتحليل ميتا في تقييم ثمانية أبحاث أجريت في كل من كندا وإيران وهولندا وأمريكا الجنوبية, إلى عدم وجود علاقة بين زيادة عمر الأم وتزايد الإصابة بالشقوق الغموية (Vieira et al ., 2002)

3- ترتيب الطفل المصاب في العائلة: كما خلص Martelli وزملاؤه عام 2010 في دراستهم إلى عدم وجود أية تأثيرات جوهرية لترتيب ولادة الأطفال على زيادة الإصابة بشق الشفة وقبة الحنك أياً كان ذلك الترتيب (Martelli et al ., 2010, 415) .

- في حين استنتج Vieira أهمية لترتيب ولادة الطفل المصاب في العائلة, حيث أبدى الأطفال ذوو الترتيب الأعلى احتمالية أكبر للإصابة بشق الشفة وقبة الحنك (Vieira and Orioli,2002)
- 4- زواج الأقارب: لدى دراسة (47) تشوهاً ولادياً لدى المواليد الجدد خلال فترة تجاوزت العشرين عاماً بين 1967 وحتى 1997 في أمريكا اللاتينية , كانت الإصابة بشق الشفة وقبة الحنك ثنائي الجانب إحدى التشوهات الخلقية الأكثر ترافقاً مع زواج الأقارب (Rittler et al ., 2001) وقد بلغت نسبة القرابة لدى آباء المواليد الجدد المصابين بشق الشفة وقبة الحنك في الجمهورية العربية السورية (55%) ما شكل (33) حالة من أصل (60) مولوداً مصاباً بشق الشفة والحنك ولد في عام 2009 , وتعد نسبة مرتفعة (مقداد, 2011) .
- وفي دراسة أجريت في السعودية بمستشفى الملك فيصل بين الفترة 1999 وحتى 2009, وتم التوصل إلى ارتفاع ملحوظ في الإصابة لدى الأطفال ذوي الآباء الأقارب 56.8% من مجموع الأطفال (Ravichandran et al .,2012)
- بينما لم يتوصل Jaber و زملاؤه عام 2002 في فلسطين المحتلة إلى أي أثر ملحوظ لزواج الأقارب على الإصابة بشق الشفة وقبة الحنك (Jaber et al ., 2002) .
- وفي إيران 30.5% وفي البرازيل سجلت (15) حالة لقرابة من الدرجة الأولى بين الآباء من أصل (246) إصابة أي ما شكل نسبة (6.1%) ومع ذلك فقد لوحظ ازدياد في تكرارية حدوث الإصابة بشق الشفة و قبة الحنك أحادية أو ثنائي الجانب عند وجود قرابة من الدرجة الأولى لدى الأبوين (Aquino et al ., 2011)
- 5- إصابة الإخوة بشق الشفة وقبة الحنك: تتراوح خطورة إصابة المولود الثاني بشق الشفة وقبة الحنك بين (3 - 5 %) في حال كون الأخ الأكبر مصاباً بالشق (Sean , 2007).
- توصل Lynch و زميله إلى أنه عندما ينجب الأبوان طفلاً مصاباً بشق الشفة وقبة الحنك ترتفع نسبة إصابة الطفل الثاني 40 مرة لتصبح 4% تقريباً ونسبة إصابة الطفل الثالث 10% و تعد شدة الإصابة لدى الطفل الأول المصاب عاملاً هاماً في توقع إصابة الأخوة و تقيم شدة الإصابة حسب درجة امتداد الشق الشفوي غضافة إلى كونه أحادياً أو ثنائي الجانب (Padwa,2004)
- 6- إصابة الأقارب بشق الشفة وقبة الحنك : تكون هناك فرصة أكبر للإصابة بالشقوق الفموية لدى الأطفال الذين لديهم قصة عائلية لذلك (Marwah,2008) , وعندما يكون الوالدين قريب من الدرجة الأولى مصاب بالشق فإن احتمالية الإصابة ترتفع إلى 10% وحتى 20% لدى الأبناء (Sean,2007)
- كذلك فإن خطورة تكرار الإصابة تزداد مع ارتفاع عدد الأفراد المصابين ضمن الأسرة (Grosen et al ., 2010)

وقد لاحظ Rittler عام 2001 أن التاريخ العائلي لوجود الإصابة بالشق يتكرر مع حالات الإصابة ثنائية الجانب أكثر من الإصابة أحادية الجانب لأنماط CL\p (Rittler et al ., 2001) .

7- الحالة الاقتصادية الاجتماعية: تعد الاستقصاءات التي تتحرى العلاقة بين الحالة الاقتصادية الاجتماعية وانتشار بعض الحالات المرضية ذات أهمية كبرى، فالحالة الاقتصادية الاجتماعية تكاد تقترب من كونها سبباً للمرض، وقد أجريت أبحاث قليلة لدراسة خطورة الإصابة بالشق الفموي الوجهي لدى إختلاف الحالة الاقتصادية الاجتماعية، وقد توصل Womersley زميله في دراستهما إلى ارتفاع معدلات انتشار الإصابة بشق الشفة وقبة الحنك في المناطق النائية وفي العائلات التي تعاني من البطالة وأكدت دراسة Clark علاقة إيجابية بين انخفاض المستوى الاقتصادي الاجتماعي (Carmichael et al ., 2009)

8- الضغط النفسي لدى الأم الحامل: يؤثر الضغط النفسي على الاستقلاب وبالتالي تتأثر الخلايا التي تتولى مهمة التكاثر والتطور، وعندما تكون مستويات هذا الضغط منخفضة ومدته قصيرة فإنه من الممكن للخلايا أن تعاود تطورها والقيام بوظائفها، أما عندما يستمر الضغط النفسي لفترات طويلة فإنه من المحتمل أن تعمل الخلايا بشكل غير طبيعي أو أن تتموت، وقد سجلت دراسة Wallace وزملائه في استراليا تعرض نسبة 72% من أمهات الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك إلى الضغط النفسي، وتم التوصل إلى إمكانية تورط الإجهاد النفسي في حدوث الإصابة بالشقوق، كما تمت الإشارة في تلك الدراسة إلى قلة الدراسات التي تناولت موضوع التوتر النفسي وقد يعزى ذلك إلى عدم وجود مقاييس لتقييم درجات الضغط النفسي ولذلك فإن الدراسات تعتمد على مسببات حدوث ذلك التوتر النفسي وأنواعه (Wallace et al ., 2011) .

وقامت دراسة Despars وزملائه عام 2011 بالتأكيد على ارتفاع التوتر النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك بعد الولادة مهما كان نمط الإصابة ودون أي أثر لشدتها (Despars et al ., 2011)

9- تدخين الأم أثناء الحمل: أثبتت العديد من الدراسات أن تدخين الأم أثناء الحمل يترافق مع زيادة متوسط في خطورة الإصابة بالشقوق الفموية الوجهية (Who,2001) وتصل نسبة الخطورة إلى 20% (Mossey et ., 1989) وأكثر عرضة لانجاب اطفال مصابين بشق الشفة و / أو قبة الحنك بنسبة (1.6 - 2) مرة من الأمهات غير المدخنات كما سجل زيادة احتمالية إصابة الأطفال بالشق مع ازدياد جرعة التبغ (Chung et al ., 2000) , كذلك الأمر في دراسة Little والتي أكد فيها العلاقة بين كمية استهلاك التبغ و الإصابة بكلا نمطي شق الشفة و / أو قبة الحنك (CL\p . CP) (Little et al ., 2004)

- وخلص الباحثون إلى وجود علاقة واضحة إحصائياً و إن كانت صغيرة بين التدخين في الثلث الأول من الحمل وبين الإصابة بشق الشفة وقبة الحنك (Wyszynski et al., 1997)
- وفي دراسة Shawky وميله في مصر سجلت علاقة وثيقة بين تدخين الأمهات خلال الثلث الأول من الحمل وبين إصابة الأطفال بأنماط Cp\p , بينما كانت هذه العلاقة أقل وضوحاً عند الإصابة بشق قبة الحنك المعزول CP وقد ترافق التدخين السلبي لدى الأمهات مع ارتفاع خطورة الإصابة بشق الشفة و / أو قبة الحنك وأن كان قد اعتبر أثراً متواضعاً (Little et al., 2004)
- 10- تناول الأم الحامل للكحول: أثبتت الدراسات زيادة خطورة إصابة الأبناء بشق الشفة وقبة الحنك لدى تناول الأمهات للكحول (Munger et al., 1996, Mossey et al., 2009) .
- 11- الحماية والتغذية لدى الأم الحامل: أمهات الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك أقل تزوداً بالمواد الغذائية الرئيسية والفيتامينات والمعادن وحمض الفوليك من أمهات الأطفال الأصحاء حسب دراسة Krapels وزملائه في عام 2004, وقد توصلوا إلى انخفاض خطورة الإصابة بالشقوق الفموية الوجهية مع زيادة الوارد من البروتينات النباتية والألياف وحمض الأسكوربيك والحديد والمغنيزيوم (Krapels et al., 2004)
- كذلك لم يتمكن Collier و زملائه من إثبات أية علاقة بين الوارد من الكافيين ضمن الأغذية والمشروبات لدى أمهات الأطفال بشق الشفة وقبة الحنك, وبين الإصابة بالشقوق الفموية (Collier et al., 2009).
- لاحظت دراسة Krapels وزملائه انخفاض الوارد من فيتامينات B لدى أمهات الأطفال المصابين بالشقوق الفموية مقارنة مع أمهات الأطفال الأصحاء , (Krapels et al., 2004a) .
- 12- إصابة الأم الحامل بالصرع: تتوافق الشقوق الفموية مع الصرع, لكن يوجد بعض التناقضات حول فيما إذا كان العامل الأهم هو الإصابة بالصرع أو المعالجة بالأدوية المضادة للاختلاجات, وتكون خطورة الإصابة بشق الشفة وقبة الحنك لدى المواليد الجدد الذين تكون أمهاتهم مصابة بالصرع المعالج أعلى بـ 10 مرات من معدلاتها في الآخرين وجدت دراسة Gadoth وزملائه في فلسطين المحتلة عام 1987 أن الأمهات اليهوديات المصابات بالصرع , كن أكثر قابلية لانجاب أطفال مصابين بالشقوق الفموية من الأمهات الصحيحات بأربع مرات أعلى (Gadoth et al., 1987)
- 13- إصابة الأم الحامل بالحمى: سجلت دراسة Shawky و زميلة في مصر ارتفاع خطورة إصابة الأطفال بشق الشفة وقبة الحنك CLP مع إصابة الأم بالزكام و الحمى .
- قدمت دراسة Shahrukh Hashmi وزملائه عام 2010 دليلاً على أن إصابة الأم بالحمى في بدايات الحمل يؤدي إلى تأثيرات عكسية على المواليد , إلا أنه من الممكن تخفيف هذه الخطورة وذلك عبر السيطرة على الحمى (Shahrukh Hashmi et al., 2010)

14- أثر بعض الأدوية المتناولة خلال الثلث الأول من الحمل: وجود تأثير رئيسي للأدوية المتناولة خلال الثلث الأول من الحمل، حيث تستخدم البنزوديازيبينات في علاج الأرق والقلق والصرع، وشيخ استخدامها في الولايات المتحدة الأمريكية بصورة كبيرة حيث تقدر نسبة الوصفات الدوائية الحاوية على البنزوديازيبينات للحوامل بحوالي 2%، و بإجراء تحليل ميتا للدراسات المقارنة التي تناولت أثر البنزوديازيبينات في زيادة خطر الإصابة بالشقوق الفموية (Dolovich et al ., 1998)

خامساً: التدابير العلاجية الخاصة بمرضى شق الشفة وقبة الحنك:

يحتاج المرضى المصابون بشق الشفة وقبة الحنك إلى معالجات تخصصية واسعة، ويتضمن الفريق الطبي متعدد الاختصاصات كلاً من جراح التجميل، المقوم، أخصائي طب أسنان الأطفال، أخصاصي النطق، جراح الفكين، أخصاصي الأنف والأذن والحنجرة، آخرين (Vargervik et al., 2009, Jones, 2011).

ومن التدابير العلاجية نذكر ما يلي:

1- طبيب الأطفال: يحتاج الأبوان بعد ولادة الطفل مباشرة إلى استشارة طبيب الأطفال والحصول على تعليمات حول تغذية الطفل (King, 2008, Vargervik et al ., 2009)، وأيضاً لابد من إجراء اختبار السمع للمواليد الجدد المصابين بالشق .

2- المعالجة التقويمية الشاملة: وقد تظهر الحاجة إلى معالدة النطق ما بين (2-7) من العمر (Vargervik et al ., 2009)

3- أخصائي النطق: ويجب الحصول على استشارة من أخصاصي النطق ويتضمن العلاج : تشجيع الأم على التكلم مع طفلها وهذا ما يدعى بالعلاج غير المباشر، أما العلاج المباشر فيكون عن طريق التشجيع على نطق الأحرف التي تخرج من الشفة واللسان، وأيضاً عن طريق تعليم الطفل التصويت وذلك بتعليمه الحركة الصحيحة للسان وطلب تكرارها، وعلى الرغم من جميع هذه الإجراءات فإن نسبة مرتفعة من الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك تعاني من مشكلات النطق، وقد يعزى هذا إلى الإضرابات السمعية أو النفسية والاجتماعية أو إلى انخفاض معدل الذكاء لديهم، كما أنه من الممكن أن تكون تشوهات الحنك الصلب والرخو أو اللهاة أو شنوذات الأسنان أو السنخ هي السبب وراء مشكلات النطق (Rao, 2008)

سادساً: المشكلات النفسية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك:

إن السمات أو الخصائص النفسية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، تشترك أو تتشابه من حيث بعض الآثار النفسية للإعاقة بشكل عام، كالقلق والتوتر، وغيرها من المشكلات النفسية، إلا أنها قد تتميز بسمات نفسية مرضية، فتزداد الاحباطات التي تعبر عن حالته النفسية بسبب

تلك العقبات التي تعترضه، وهو في هذه الحال إما أن ينسحب وتتدهور صحته النفسية، وإما أن يتجه نحو نفسه كي يعوضها من تلك الإصابة، فالأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، لديهم مشكلات عديدة تتمثل من الناحية الجسمية والجمالية، التي تتعكس بدورها على الحالة النفسية والانفعالية لديهم فسيشعرون بالنقص وبنون صورة سلبية عن ذاتهم، مما يشعرهم بالقلق والاكتئاب، ومع تراكم هذا الشعور فإنه ومن ضمن العمليات اللاشعورية فإن ذلك سينعكس عليه سلوكياً من عدوانية، وانطواء ورفض التوافق مع مشكلته الجسدية، وتعتمد شدة تلك المشكلات النفسية على نوع الإصابة وشدها وعمر الطفل عند الإصابة، وكذلك على الظروف الأسرية والمجتمعية التي ينتمي لها الطفل، وهناك عدة مشكلات نفسية مرافقة للأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، أهمها:

- عدم الميل للمشاركة في المواقف الاجتماعية وابتعاد عنها، ويكون خائفاً ضعيف الثقة بنفسه، وبالآخرين، ومتردد صوته منخفض، وعندما يتحدث إليه شخص غريب يحمر وجهه وقد يلزم الصمت ولا يجيب ويخفي نفسه عند مواجهة الغرباء.
- فقدان الشعور بالأمن والمطأينة النفسية.
- انخفاض تقدير الذات لديه، وميله للعزلة والانطواء، والتردد في التعبير عن مشاعره.
- فقدان المكانة الاجتماعية في محيطه (داخل المدرسة والأسرة)، وشعوره بأنه مهمل من قبل أقرانه، ومعلميه في المدرسة.
- الشعور الشديد بالخجل، خصوصاً أمام الأقران الذين يسخرون منه في العديد من المواقف.
- الشعور بالاتكالية والاعتمادية على الآخرين، لشعوره بالعجز وعدم الاستقلالية في اتخاذ لقراراته الشخصية. (Martelli, 2015, 180)

خلاصة:

إن الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك يعانون كثيراً من المشكلات الانفعالية بالإضافة لمشكلات جسدية، مما يترك أثره السلبي على حياتهم الاجتماعية والدراسية والأسرية والنفسية، فهم يحتاجون للرعاية خاصة من قبل الأهل والمجتمع والمدرسة، كون تلك الإصابة تمتد فترات علاجها لسنين طويلة من حياة الطفل، فيجب تضافر الجهود من قبل الأخصائيين والمرشدين النفسيين مع الفريق الطبي المعالج بكافة اختصاصاتهم، من خلال تقديم البرامج الإرشادية للأهل، والبرامج العلاجية للأطفال في حال تطورت المشكلات الانفعالية لديهم لنوع من الاضطرابات سلوكية كانت أم انفعالية.

المحور الثاني: مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة

(Intermediate and delayed childhood)

تمهيد:

تمتد هذه المرحلة من السنة السادسة إلى الثانية عشرة تقريباً ويطلق عليها المربون مرحلة المدرسة الابتدائية، وتعد فترة استقرار وتكوين في حياة الطفل، ففيها يكون نمو الجسم والعقل سريعاً في عمر الخامسة والسادسة والسابعة، ثم يتباطئ في السنوات التالية، وأهمية هذه المرحلة أن الاهتمام بالطفل فيها ليس من واجب البيت فقط بل هو واجب المدرسة الشريك الجديد للبيت، ويسمى (اركسون) هذه المرحلة مرحلة الكفاءة، وعلى المعلم في هذه المرحلة إيجاد خبرات ناجحة للتلميذ، تقوده إلى الشعور بالكفاية والإنجاز، كما أن مدى تكيف الفرد بشكليه الراهن والمستقبلي يتعلق بالامكانيات الوراثية والبيولوجية والعصبية وعلى ما يتاح له في امكانيات تفاعل مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، وانطلاقاً من نظرية إريكسون التي تنطلق من المراحل النمائية، حيث تتصف المراحل الانتقالية فيها بفترات حرجة، وخصوصاً في المراحل النمائية، بسبب كون هذه المراحل تتميز بخطوات متسارعة من النمو الفيزيولوجي العصبي والنفسي الاجتماعي، فإن الطفل يحتاج في هذه المراحل إلى دعم نفسي اجتماعي مكثف، كي يتمكن من تجاوز المراحل النمائية والاعاقات (طنجور، 1998، 17).

ويقابل هذه المرحلة في نظرية فرويد مرحلة الكمون، حيث يتعلم الأطفال المهارات الأساسية التي يحتاجونها في التفاعل مع الراشدين، ويسهل عليهم دخول المدرسة تعلم هذه المهارات. (علاونة، 2004، 78).

أولاً: الطفولة المتوسطة:

مرحلة تعلم المهارات الحركية والمهارات اللازمة للقراءة والكتابة والحساب.

وهي فترة من النمو الهادئ تتوسط النمو السريع في مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية، وبداية مرحلة المراهقة وصخبها، وتبدأ في سن (6 - 9 سنوات). (عريفج، 1987، 111).

تطورت نظرة الإنسان إلى الطفولة وفهمه دلالاتها عبر العصور، وظهرت لها تعريفات مختلفة بعضها ارتبط بالعمر الزمني، فهي المرحلة الممتدة من السنة الأولى في حياة الإنسان إلى السنة الخامسة عشرة، وبعضها اقترن بالتغيرات الجسدية التي تطرأ على الإنسان، فانتتهت مرحلة الطفولة بسن البلوغ، ورأى البعض أن الطفولة المتوسطة تمتد إلى سن الثامنة عشرة. وتشكل الوقاية وتنمية الصحة في سن الطفولة وعزل العوامل البيئية الاجتماعية الضارة وبناء احتياطات وموارد من أنماط التغلب

على المشكلات التي تواجه الأطفال في مراحل نموهم المختلفة، مع مراعاة الخصائص النمائية لهذه المرحلة والتركيز على دور البيئة النفسية الاجتماعية التي تشكل مستوى النمو النفسي عند الطفل. (طنجور، 1998، 72).

ثانياً: خصائص الأطفال في المرحلة الابتدائية:

المدرسة الابتدائية "هي المؤسسة التربوية الرسمية التي وكلها المجتمع بثقافته لتقوم بعملية التربية والتعليم والسلوك القويم القائم على القيم والمعايير الاجتماعية التي تحددها ثقافة المجتمع" (زهران، 1983، 213).

وتحدث في هذه المرحلة العديد من التغيرات الرئيسية التي يتعرض لها الطفل ويمكن تقسيمها إلى خصائص جسمية وعقلية ونفسية. والجدول رقم (1) يبين خصائص نمو الطلاب من ست إلى تسع سنوات. ويقصد بالنمو: "كافة المتغيرات المتتابعة المتداخلة المنظمة من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية التي تطرأ على الفرد بهدف اكتمال النضج وتحقيق أقصى درجات التوافق" (ملحم، 2004، 48)

الجدول رقم (1) يبين خصائص نمو الطلاب من ست إلى تسع سنوات

مرحلة النمو	خصائص نمو الطفل من ست إلى تسع سنوات
النمو الجسمي	<ul style="list-style-type: none"> - النمو الجسمي البطيء، والمستمر للذات. - تغير شكل الجسم، ويصل حجم الرأس إلى حجم رأس الراشد. - يزداد ضغط الدم ويتناقص معدل النبض. - تنامي الطفل طولاً ووزناً بمعدل 6 سم و 2.5 كغم كل سنة.
النمو اللغوي	<ul style="list-style-type: none"> - الكفاية اللغوية ممثلة في قاموس لغوي يصل إلى حوالي (2500 كلمة) والقدرة على استعمال الصياغة اللغوية (السؤال، النداء، الإخبار، الأمر، النهي، وقدرة على التحدث والاستماع).
النمو المعرفي	<ul style="list-style-type: none"> تكوين مفاهيم ثابتة، التفكير، التخلص التدريجي من التفكير الخرافي، الضعف التدريجي المتمركز حول الذات، وبرز التفكير الحدسي المبين على المحاولة والخطأ، ويتخلص من افتراض وجود حياة في الجمادات.
العمليات الاجتماعية الانفعالية	<ul style="list-style-type: none"> - اكتساب الاستقلالية. - الاعتماد على نفسه في قضاء الكثير من شؤونه. - تطور اللعب من الفردي إلى الجماعي. - إدراك الجنس والدور الجنسي والالتزام به سواء في اللعب أو تكوين جماعة الرفاق. ويعبر عن الغيرة بمظاهر سلوكية مختلفة من الضيق والتبرم، وتظهر نوبات الغضب في مواقف الإحباط

(محمود، 1994، 74).

ثالثاً: مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة:

هناك عدة مظاهر لنمو الطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة، وهي كالاتي:

- النمو الجسمي:

يمتاز الطفل في هذه المرحلة بالنمو البطيء من الناحية الجسمية بينما يزيد النمو عنده في الجوانب الأخرى، ويزيد طول الطفل وقد تتفوق الأنثى على الذكر في طول الجسم في السن 12 أحياناً بينما قد هذه السن يكون الطول متقارباً بين الجنسين. (محمود، 1994، 77).

- النمو الحسي والحركي :

نمو حاسة اللمس يكون كبيراً، وكذا السمع يبلغ أقصى درجاته وتصل العين كحاسة إبصار إلى غاية نضجها، وتنمو العضلات بين 7-11 سنة، هناك فروق بين الجنسين في اللعب ألعاب البنين تتصف بالخشونة والعنف كما في كرة القدم، أما ألعاب البنات فتتسم بالدقة والتناسق في الحركات كما في الرقص والموسيقا. (أبو جادو، 2007، 361).

- النمو العقلي:

يمتاز الطفل في هذه المرحلة بالعمليات العقلية العليا مثل: الانتباه أي الاحتفاظ بموضوع ما في مجال الإدراك، والتذكر أي استرجاع خبرة سابقة ، والتخيل أي إضافة خبرة جديدة إلى الواقع ويمتاز بالذكاء والتفكير: حيث أنه تجرى اختبارات الذكاء في هذه المرحلة بكثرة وقد يبلغ درجة الذكاء أقصاه في السن (9 و 10) سنوات، وأما أنواع التفكير لدى طفل هذه المرحلة فهي: إدراك العلاقات بين الأشياء والتفكير الاستدلالي التفكير الاستقرائي والتفكير النقدي، هذا وعلى المربين استغلال هذه القدرات لدى أطفال الطفولة المتأخرة عند وضع المناهج التي تعتمد على التفكير وحل المشكلات والبحث وحب الاستطلاع. (زهران، 1983، 221).

- النمو اللغوي:

يزداد النمو اللغوي في التطور وقد تظهر البنات أكثر تفوقاً من الذكور ومن مظاهر النمو اللغوي في هذه المرحلة ازدياد المفردات الغوية ويزيد فهمه واستيعابه ويدرك التباين والاختلاف بين الكلمات، ويتقن المهارات اللغوية كالقراءة والكتابة والاستماع والتعبير والتحدث، ويدرك معاني المجردات كالصدق والكذب والعدل والأمانة، وتزيد قدرته على التعبير اللغوي ويظهر عليه التذوق الفني والأدبي. (محمود، 1994، 79).

- النمو الانفعالي:

يتأثر طفل هذه المرحلة بالضغوط الاجتماعية نتيجة الأعراض العصبية، والتي تؤدي به إلى الشعور بالخوف وعدم الأمن النفسي والقلق الزائد، مما يؤثر على نموه العقلي والاجتماعي، وعلى الوالدين إشباع حاجاته مثل: الحب، والأمن، والنجاح، والتقدير، وتقبل مشاعر الآخرين، والانتماء إلى الجماعة، ومن مظاهر النمو الانفعالي، استقرار الطفل من الناحية الانفعالية، ويلاحظ على الطفل الميل إلى المرح وحب سماع النكتة، وتقل لديه مظاهر الغضب في الغالب ويستغرق في أحلام اليقظة، مع إبداء المخاوف حيال الظلام والأشباح واللصوص. (أبو جادو، 2007، 363).

- النمو الاجتماعي:

يزداد الطفل في حبه اتجاه قيم المجتمع، ويميل الذكر إلى أشباهه من الذكور وكذلك العكس بالنسبة للإناث، مع اكتساب الذكر حرية أكبر في الانضمام إلى الجماعة وعكس ذلك عند الأنثى، ويضم الذكر إلى الأندية الرياضية ويتفوق في بعض الألعاب الرياضية، ومن مظاهر النمو الاجتماعي تأثر الطفل بالجماعة التي ينتمي إليها ويظهر الولاء لها ويزداد شعوره بالمسؤولية وحبه لمساعدة الآخرين ويقل اعتماده على الغير، ويميل إلى الاستقلالية والخصوصية. (محمود، 1994، 81).

- النمو الجنسي:

تسمى هذه المرحلة بمرحلة ما قبل البلوغ والمراهقة، لذا يوصي التربويين على تعليم طفل هذه المرحلة بالقضايا الجنسية والاختلاف بين الجنسين، ومن مظاهر النمو الجنسي ويبدأ يسأل عن عملية الولادة والجماع وحب التعرف على الجنس الآخر. (زهران، 1983، 222).

المحور الثالث: الانفعال والمشكلات الانفعالية

(Emotion and emotional problems)

- تمهيد:

إن الصحة هي أعظم ما يبحث عنه الإنسان؛ لكونها أكثر الأمور التي يمكن أن تسهم بشكل كبير في تعزيز قدرته على تلبية احتياجاته وإشباع رغباته، كيف لا؟! وهي تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى، وبما أن النفس والجسد كل لا يتجزأ فالصحة النفسية هي أيضاً من أبرز جوانب الصحة التي يبحث عنها الإنسان سواء في علاقته مع ذاته أو بيئته، ويسعى بشكل مستمر للوصول إليها من خلال محاولاته الدائمة للتغلب على ما يمكن أن يعترضه من مواقف ضاغطة وإحباطات قد تعكر صفوه؛ لكونه يتمتع بقدرات خاصة (تسمى بالعتبة النفسية)، تمكنه من استيعاب المثيرات، فإن فاضت تلك المثيرات عن الحد وعجزت ميكانيزمات الجسم الدفاعية عن التكيف معها؛ أدى ذلك إلى الاختلال في السلوك مما يتسبب في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية (القاضي، 1994، 50) التي قد تظهر لدى الطفل محاولة منه لتحقيق نوع من الانسجام مع البيئة المحيطة به أو التخلص من مشاعر الصراع والإحباط التي يتعرض لها كنتيجة للضغوط المختلفة ذات الأثر المباشر أو غير المباشر على شخصيته، فبدلاً من أن تساعد على التمتع بالتوافق النفسي (الذي قد يعتبر أحد أوجه الصحة النفسية)، تراها تلقي به في شباك الانتقاد والألم والهم النفسي، لكونها من الممكن أن تلازم سلوكه ومشاعره وانفعالاته، وقد تصبح سمة مميزة له، وعليه فإن الضغوط النفسية والاجتماعية وما يتبعها من تأثيرات سلبية على واقع الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك والتي يمكن أن تنجم عن إعاقتهم وفقدانهم أساليب اتصال هامة قد تدفع بهم لإبداء ميل لا شعوري نحو إظهار أي من السلوكيات والمشاعر المضطربة كأحد أساليب التعويض أو التهرب من مشاعر الحرمان والنقص والإحباط؛ رداً على ما يواجهونه من صراعات داخلية ذاتية أو خارجية بيئية، فتصبح هذه الاضطرابات عائقاً جديداً يحول بينهم وبين محاولاتهم للوصول للتوافق النفسي والاجتماعي بشكل عام.

أولاً: تعريف الانفعال:

نستطيع أن نفهم من كلمة انفعال بأنه حالة تغيير في الكائن الحي يصاحبها اضطراب في السلوك. وهذا الاضطراب حاد بحيث يشمل الفرد كله ويؤثر في سلوكه وخبرته الشعورية ووظائفه الفيزيولوجية الداخلية، وهو ينشأ في الأصل عن مصدر نفسي، ومن أمثله الخوف والغضب الشديدين (الموسوي، 1994، 44).

تعرف الانفعالات بصورة عامة بأنها حالة شعورية حادة تنشأ من مصدر نفسي، ويصلحها اضطراب قوي يتميز بحالة شديدة من التوتر والتهيج تنتاب الفرد كله وتؤثر على سلوكه ووظائفه الفيزيولوجية الداخلية، وتساهم في تشكيل خبراته الشعورية. (محمود، 2001، 144).

كما أن للانفعالات أثر قوي في تحريض السلوك وتوجيهه أو إعاقته والتوقف عنه مثلما هي الحال بالنسبة للدوافع الفيزيولوجية. (الوقفي، 2003، 356).

ومن جهة أخرى يرتبط الانفعال ارتباطاً وثيقاً بجوانب الشخصية: كالجانب العقلي والجانب الحركي والجانب الاجتماعي، وعلى ذلك يعتبر الانفعال أحد الأسس الهامة في بناء الشخصية إذ يعمل على توجيه نموها الوجهة الصحيحة. (أخرس والشيخ، 2007، 235).

وقدمت (يونس، 1985) تقسيماً للانفعالات وهي:

-انفعالات ذات صفة عدوانية: مثل الغضب والغيرة والكراهية والحقْد.

-انفعالات ذات صفة مانعة أو معطلة: مثل الخوف والقلق والفرح والضيق والندم.

-انفعالات سارة: مثل الحب والحنان والبهجة والسرور. (يونس، 1985، 148).

وتقسم الانفعالات أيضاً من ناحية الأثر الذي تتركه في الفرد إلى انفعالات سارة كالفرح والزهو، وانفعالات سلبية كالخوف والغضب. (محمود، 2001، 144).

حيث يعرف فهمي الإنفعال على " أنه حالة تغير مفاجئ تشمل الفرد كله دون أن يختص بها جزء معين من جسمه ، ثم إن هذه الحالة الانفعالية المفاجئة تزول بزوال المثير أو المنبه الذي أثارها ، فالغضب -كانفعال - يزول بمجرد أن ينتهي مثير الانفعال ، والفرح -كانفعال -يزول بمجرد أن يختفي المثير الذي أثار فينا هذا الانفعال. (فهمي، 1995، 348).

ويعرف شعبان وتيم (1999) الانفعال على أنه اضطراب وتغيّر في الكائن الحي يتميز بمشاعر قوية واندفاع نحو سلوك معين ، وهو حالة شعورية وسلوك حركي خاص ،فهو اضطراب في النشاط العضلي والفيزيولوجي والمعرفي والسلوكي. فهو مفهوم واسع يشمل جميع الحالات الوجدانية بصورها المختلفة فهو الحب والحقْد والأمل والخيبة والفرح والحزن ، ويجمع الانفعال بين المتناقضات ، فالانفعال تغير مفاجئ يشمل الفرد نفسياً وجسماً ويؤثر فيه ككل ؛في سلوكه الخارجي ، وفي شعوره ، كما يصاحب التغيرات الفسيولوجية مثل سرعة ضربات القلب واضطراب التنفس وازدياد ضغط الدم، ولكي نفهم الانفعال علينا قراءة مشاعر القلق والسعادة والغضب التي يدلي بها الشخص. (شعبان، وتيم، 1999، 22).

أما (سماره وآخرون، 1999) فيعرفوا الانفعال " بأنه حالة تغير مفاجئ تشمل الفرد كله ، وتؤثر في جميع نواحي جسم الطفل وسلوكه. فهو بطبيعته ظاهرة نفسية ، أو بمعنى آخر هو عبارة عن حالة شعورية

يحس بها الفرد ، كما انه يستطيع وصفها ، وبناء عليه فإنه من اليسير تمييز كل انفعال عن غيره ، فهناك انفعالات الغضب ، والفرح ، والحزن ، والغيرة ، والقلق ، والغفور ، والارتياح وغيرها (سمارة، وآخرون، 1999، 211)

ويذكر جولمان على أن الانفعال بالنسبة للإنسان هو واسطة العاطفة ، وبذرة كل انفعال هي شعور يتفجر داخل كل إنسان للتعبير عن نفسه في فعل ما، وهؤلاء الذين يكونون أسرى للانفعال يفتقرون للقدرة على ضبط النفس ، ويعانون من عجز أخلاقي ، فالقدرة على السيطرة على الانفعال هي أساس الإرادة وأساس الشخصية، وعلى النحو نفسه فإن أساس مشاعر الإيثار إنما يكمن في التعاطف الوجداني مع الآخرين، أي في القدرة على قراءة عواطفهم؛ من أجل تحقيق التوازن العاطفي وليس قمع العواطف. فعندما يكبت الانفعال تماماً فإن ذلك يؤدي إلى الفتور والعزلة ، أما عندما يخرج عن إطار الانضباط والسيطرة يصبح بالغ التطرف ، فإنه يتحول إلى حالة مرضية تحتاج إلى العلاج مثل الاكتئاب المؤدي إلى الشلل، والقلق الساحق، والغضب الكاسح، والتهيج المجنون. (جولمان، 2000، 65).

أما (المليجي، 2000) فيرى أنه " يفهم من كلمة انفعال اضطراب وتغير الكائن الحي مصحوب بإثارة وجدانية تتميز بمشاعر قوية واندفاع نحو سلوك ذات شكل معين . إنه، أذن، حالة شعورية وسلوك حركي خاص . فالنسبة للشخص نفسه هي حالة مشاعر ثائرة . وبالنسبة للمشاهدة الخارجي ، هي اضطراب في النشاط العضلي والغدي ، حيث يرى انقباض اليد ، وتقطب الجبين ، واحمرار العينين أو اتساعهما ، أو دموع الحزن ، أو سماع أصوات ضحكات المرح ، وغيره (المليجي، 2000، 16).

بينما تعرفه (أحمد، 2000) على أنه " سلوك أو استجابة ذات صبغة وجدانية لها مثيراتها ومظاهراتها ونتائجها، أي وظائفها التي يعمل الانفعال على تأديتها ، ويعتبر الانفعال بوجه عام ، مظهراً لفقدان الاستقرار أو التوازن بين الفرد والبيئة كما أنه في الوقت ذاته وسيلة لإعادة التوازن. (أحمد، 2000، 61)

أما (الداهري، 2005) فيرى أن " الانفعال تغير مفاجئ في شخصية الإنسان ، وهو خبرة ذات صفة وجدانية تكشف عن السلوك والوظائف الفسيولوجية تشمل الإنسان في جميع جوانب شخصيته ويؤثر في سلوكه الخارجي وفي شعوره ويصاحبه تغيرات فسيولوجية وهو حالة وجدانية مركبة تتميز بمشاعر عنيفة واهتياج يصاحبه تغيرات حركية وتغيرات فسيولوجية. (الداهري، 2005، 138).

كما يعرفه (حسونة وأبو ناشي، 2006) بأنه " ظاهر نفسية أو حالة شعورية يحس بها الفرد كما يستطيع أن يصفها وأن يميز بينها وبين غيرها فيحس بالفارق بين انتقال الخوف أو الفرح أو الغضب أو الحزن أو المحبة، فلكل أنفعال من الانفعالات مظهر خارجي يميزه عن غيره. (حسونة وأبو ناشي، 2006، 28).

ويرى (العبيدي، 2009) بأن نطلق كلمة إنفعال على الحالات الوجدانية العنيفة ، أو هو حالة شعورية يصاحبها نشاط جسمي مميز بينما السلوك الانفعالي سلوك مركب يعبر عن سوء الانفعالي وعن الاضطرابات الانفعالية. ويعتبر الانفعال ضعف ثانوي من أصناف السلوك أو مظاهر ثانوية للدوافع ويحدث نتيجة إثارة ويتنج عن اختلال فجائي في التوازن وتغيرات فسيولوجية. (العبيدي، 2009، 14).

بينما (المياحي، 2010) يعرفه " على انه تلك الحالة الوجدانية الثائرة والمفاجئة المصحوبة باضطرابات داخلية وخارجية قد تؤثر على سلوك الإنسان كله جسماً ونفسياً دون أن تتيح له فرصة التكيف والتوافق مع الموقف الانفعالي. (المياحي، 2010، 22).

أما (غانم، 2011) فيرى الانفعال بأنه طاقة مزاجية يمكن دراستها في التوافق الانفعالي للفرد ، بما يتصف به من ثقة وطمأنينة وموضعية ، وفي التوافق الاجتماعي فيما يمكن أن يتسم به من ألفة وسيطرة وثقة (غانم، 2011، 19).

ثانياً: مفهوم المشكلات الانفعالية:

تعد محاولة إعطاء تعريف شامل ومتكامل للمشكلات الانفعالية أمر ليس بالسهل على الباحثين والمختصين في ميدان علم النفس، ولا تكمن الصعوبة في قلة التعريفات فحسب، بل تظهر في " تعدد يشوبه الوضوح والتمايز لهذا المفهوم بما يجعله مختلفاً عن المصطلحات النفسية في هذا الميدان. (يوسف، 2000، 28).

فالمشكلات الانفعالية ليست نوعاً واحداً أو درجة واحدة، وإنما هي أنواع متعددة ودرجات متباينة، ومن هنا يأتي صعوبة إيجاد تعريف يتفق عليه المهتمون، حيث أن كل مختص يعرفه برؤيته الخاصة. وبالفعل هذا ما واجهته الباحثة عند إلقاء الضوء حول ماهية المشكلات الانفعالية، فالمشكلة ليست ناتجة عن قلة في التعريفات بالرغم من حداثة الموضوع، وإنما ناتجة عن تعدد التعريفات واختلافها فكل يعرفه حسب اختصاصه (المعلم، الطبيب، رجل القانون، الأخصائي النفسي، ...)، وحسب الاتجاه أو المدرسة التي ينتمي إليها (السلوكية، التحليلية، البيئية، الفسيولوجية، الإنسانية)، وكذلك حسب المعيار أو المحك (الاجتماعي، الإحصائي، النفسي، الذاتي...) لذلك ظهرت تعريفات ومسميات متعددة، حيث يشير (القاسم وآخرون، 2000) في العقدين السابقين على وجه الخصوص، إلا أنه اختلف الاختصاصيون والتربويون في تحديد تعريف واحد واضح له عدا أنهم اختلفوا في التسميات لهذا الميدان، حيث أطلقوا عليه عدة مصطلحات، ويعود هذا التباين لعدد من الأسباب التي أشار إليها هالاهاان وكوفمان وهي:

1- عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصحة النفسية.

- 2- صعوبة قياس السلوك والانفعالات.
- 3- تباين السلوك والعواطف.
- 4- تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة.
- 5- تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال ذوي المشكلات الانفعالية وتخدمهم (العزة، 2002، 31).

إلا أن هناك عدد من التعريفات التي اقتربت من القبول في تعريف المشكلات الانفعالية والتي منها: ترى "بهادر" أنها جميع الأفعال والتصرفات التي تصدر عن الطفل بصفة متكررة أثناء تفاعله مع البيئة والمدرسة، بحيث لا تتماشى مع معايير السلوك السوي المتعارف عليها والمعمول بها في البيئة وتشكل خروجاً ظاهراً عن السلوك المتوقع من الفرد العادي، وتصف من تصدر عنه بالانحراف وعدم السواء. (قاسم، 1994، 112).

وتقول (قطامي، 1999) بأنها عبارة عن زيادة أو نقصان في المجالات المعرفية والانفعالية والسلوكية، مقارنين هذا النقص بمستوى مقبول أصلاً. (قطامي، 1999، 25).

وتعريف وود يرى أن "الأطفال ذوي المشكلات الانفعالية بأنهم غير قادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول مما يؤدي إلى تراجع مستواه الدراسي، والتأثير على علاقته الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف، كما أنه يعاني من مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك بالتعلم الاجتماعي". (يحيى، 2000، 17).

تعريف نيوكمر (1980): "هي الانحراف الواضح والملحوظ في سلوك ومشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود الاضطرابات عندما يتصرف الفرد تصرفاً يؤدي نفسه والآخرين". (القاسم وآخرون، 2000، 176).

يرى بارو أن الأطفال ذوي المشكلات الانفعالية على أنهم الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية طويلة نسبياً ومنها ما يلي:

- عدم القدرة على التعليم التي لا يمكن تفسيرها في ضوء خصائص هؤلاء الأطفال الجسدية والفعلية والصحية.
- عجز هؤلاء الأطفال عن بناء علاقات اجتماعية مع غيرهم من الأطفال أو الراشدين والمعلمين.
- ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في الظروف العادية.
- المعاناة من أعراض جسدية وآلام ومخاوف فيما يتعلق بالمشاكل الصحية والمدرسية.
- لديهم شعور بالحزن والاكتئاب. (العزة، 2002، 32).

ومن خلال هذه التعريفات ترى الباحثة أنه على الرغم من الاختلاف بين التعريفات إلا أنها تتفق على أن المشكلات الانفعالية تشير إلى:

- الفرق بين السواء واللاسواء هو فرق في الدرجة لا فرق في النوع.
- المشكلة مزمنة وليست متوقعة.
- الانفعال يعتبر مضطرباً وغير مقبول وفقاً للتوقعات الاجتماعية والثقافية.
- يمكن أن تشكل المشكلات الانفعالية خطراً على الفرد ويؤدي بالفرد للوقوع في مشاكل في حياته.

ثالثاً: أسباب المشكلات الانفعالية:

إن الأسباب التي تؤدي إلى المشكلات الانفعالية غير معروفة، فالأطفال أشخاص متميزون، ولا تزال الدراسات العلمية حول الأسباب البيولوجية في بداية الطريق، والتفاعلات التي تحدث مع الأطفال من جهة و مع أسرهم و البيئة و المجتمع من جهة أخرى معقدة جداً، لدرجة أننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للمشكلات الانفعالية، ومع ذلك نستطيع تحديد عدد من المجالات يمكن أن تسبب المشكلات الانفعالية، ولكن تكون هذه الأسباب متداخلة فيما بينها و متعددة و هذه المجالات هي:

- المجال الجسمي والبيولوجي:

يتأثر الانفعال بالعوامل الجينية والعوامل العصبية وكذلك البيولوجية: أو بتلك العوامل مجتمعة، ومن غير شك فإن هناك علاقة دقيقة بين جسم الإنسان وانفعاله. فكثير من الأطفال العاديين لديهم عيوب بيولوجية خطيرة، أما الأطفال من ذوي الاضطرابات البسيطة و المتوسطة فليس هناك ما يثبت وجود عوامل بيولوجية محددة مسؤولة عن مثل هذه الاضطرابات، وأما بالنسبة لذوي الاضطرابات الشديدة جداً، فإن هناك أسباباً وعوامل بيولوجية لها مسؤولية مباشرة، ويمكن القول أن جميع الأطفال يولدون ولديهم محددات بيولوجية لسلوكهم وأمزجتهم، بالإضافة لما تقدم فإن هناك عوامل بيولوجية و جسمية ذات صلة بالمشكلات الانفعالية مثل: الأمراض المزمنة، سوء التغذية، إصابات الدماغ، العاهات والتشوهات الجسمية، والقصور الجسدي والإصابات، والصرع. (يحيى، 2000، 36).

- المجال النفسي:

نظراً لتكون الإنسان من مجموعة من المشاعر والأمزجة والتأثرات والتأثيرات من وفي البيئة التي حوله، فإن الجانب النفسي له الأثر البالغ في تكوين المشكلات الانفعالية فإن تعرض الإنسان للإحباط والفشل، والصراع بين الرغبة الجنسية والإشباع الجنسي، وعدم إشباع الحاجات الجنسية، الرفض، والجوع ونقص الأمن الانفعالي، له أثر بالغ الأثر في تكوين تلك المشكلات.

إلى جانب هذه الأسباب النفسية، فإن هناك مجموعة من الأسباب الأخرى ذات التأثير في الفرد، ومنها الصدمات العنيفة في الطفولة، وعدوى الخوف من الكبار، التسلط والقسوة في المعاملة، الضغوط الموجهة إلى الفرد، وجود الفرد في مواقف جديدة دون الاستعداد لها، والصعوبات التي يواجهها الأطفال في التوافق وحل مشاكلهم. كل تلك الأسباب النفسية تلعب دوراً مهماً في تكوين وظهور المشكلات الانفعالية. (أبو جاموس، 2009، 15).

- المجال الاجتماعي:

قد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور المشكلات الانفعالية، وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال، وحالات سوء التغذية، والعائلات المفككة، والشعور بفقدان الأهل، والحرمان العاطفي، وأسلوب التربية الخاطئ كما في نقص وخطأ التربية الجنسية، وأخطاء التدريب على النظافة وغيرها، والتفرقة في المعاملة بين الأخوة وتفضيل جنس على آخر، والسلطة الوالدية الزائدة، التدخل الزائد عن الحد في شؤون الفرد، والبيئة المدرسية المضطربة مثل إهمال المدرسين وتهكمهم وسوء المعاملة والعقاب. (زهرا، 2005، 420).

رابعاً: صفات الأطفال الذين لديهم مشكلات انفعالية:

هناك صعوبة في وضع خط فاصل بين الأطفال الطبيعيين والأطفال ذوي المشاكل الانفعالية، فجميع الأطفال يظهرون انفعالات مختلفة أو أنماط سلوك انسحابية أو أنماط سلوك مضادة للمجتمع من وقت لآخر. ولكن ما يميز الأطفال الذين لديهم مشكلات انفعالية التكرار والشدة والمدة التي يستمر فيها الانفعال، وفيما يلي عرض لبعض هذه الصفات والتي منها:

1- الفهم والاستيعاب:

بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات، ولفظ سلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة، ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة باستخدام مهارات حسابية ميكانيكية، ولا يستطيعون فهم معنى الشئام، وغير قادرين على إعادة نص معين وتفسير القصص والمسائل والاتجاهات ومع ذلك يستطيعون إعادة المادة وتكرار ما سبق. (يحيى، 2000، 93).

2- السلوك الهادف إلى جذب الانتباه:

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده، وعادة يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكيات لجذب الانتباه تتضمن الصراخ، أو المرح الصاخب، أو التهريج، أو الأخذ بأخر حرف من الكلمة في

أي تعامل لفظي، والبعض يقومون بحركات جسدية باليدين والرجلين؛ مثل هؤلاء، الأطفال غالباً ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة لكن ما يميزهم هو جذب الانتباه. (Shey, 1978, 151).

3- عجز الإدراك:

يصعب إخضاع معظم الأطفال الذين يتميزون بمشاكل انفعالية بشكل منظم وموضوعي، والذين نستطيع تطبيق اختبارات الذكاء والتحصيل يحصلون على درجات منخفضة جداً وكأنهم متخلفون عقلياً بدرجة شديدة، في بعض الحالات يمكن أن نرى بعض الذكاء لدى الأطفال عندما يستمر في محادثة ما، لكن بعد فترة يكون من الواضح أن هناك موضوعاً واحداً محددًا فقط يستطيع أن يتحدث فيه، أو أنه سرعان ما تتحول المحادثة إلى شيء عديم الفائدة، وبعض الأطفال يبدو أن ذكاءهم وبعضهم يبرز قدرة مدهشة على التذكر والتقدير، ولكن نكاؤهم هذا يكون زائفاً، فهم لا يستطيعون استخدام هذا الذكاء واطهاره في المهارات والمهام كل يوم، وخصوصاً في المواقف المثيرة للانفعال السلبي. (Hallahan & Kauffman, 1987, 151)

4- عدم النضج الاجتماعي:

ويقصد به السلوك غير المناسب للمرحلة العمرية، أي أن الكبار يظهرون سلوكاً غير مناسب لعمرهم، وإنما يظهره الأطفال الأصغر سناً، يظهر عادة هذا السلوك عندما يكون الطفل في وضع غير مألوف أو مضغوط، يفشل الطفل غير الناضج اجتماعياً في المهارات المناسبة للمرحلة العمرية، ويتميز بمحدودية ميكانزمات الاستجابة الاجتماعية المتواجدة للاستعمال الفوري، مما يتطلب منه استخدام استجابات أقل نضوجاً، مما يدع الآخرين يصفونه بأن طفل غير ناضج. ومن الصفات لهؤلاء الأطفال أنهم يفضلون الأصغر منهم سناً أو الأكبر منهم سناً كأصدقاء، ويختارون اللعب والدمى والنشاطات التي تسبق مرحلتهم العمرية، وفي مناسبات قليلة في أوضاع اجتماعية غير مضغوطة يظهرون سلوكيات تتناسب مع مرحلتهم العمرية ولكنها زائفة.

5- الانسحاب:

هو سلوك انفعالي يتضمن التردد أو الهرب من مواقف الحياة بحيث أنها من وجهة نظر إدراك الفرد ممكن أن تسبب له صراعاً نفسياً أو عدم راحة، يوصف الطفل الانسحابي بأنه منعزل، خامل، خجل، خائف، مكتئب، قلق، لديه أحلام يقظة. (الخليدي، 1997، 15).

6- السلوك الذي يتأثر بالآخرين:

عبارة عن سلوك يقوم به الفرد بناء على طلب الآخرين أو لإرضائهم دون التفكير بعواقب ذلك السلوك، فالطفل أو الشخص الذي يتأثر بالآخرين يوصف دائماً بأنه غير قادر على تحمل المسؤولية،

أو سهل القيادة أو تابع، ولا يشعر الأطفال الذين يتأثرون بالآخرين بالأمان في بيئتهم ويختارون عادة قائداً ليوجههم، ويفعلون أي شيء لإرضاء قائدهم المختار، وعادة ما يكون استخدامهم لهذا القائد كعذر لسلوكه ونشاطه الشخصي.

7- التمرد المستمر:

عبارة عن نشاط مناقض للقوانين والاتجاهات، فالطفل المتمرد يوصف بأنه دائماً يشترك في نشاطات مناقضة لقوانين والديه ومعلميه واتجاهاتهم، وكثير من المراهقين الذين أدخلوا إلى صفوف المضطربين سلوكياً أو انفعالياً، هم متمردون بشكل مستمر، فهم يتحدون بعدوانية سلطة المعلم، بحيث لا يطيعون حتى أبسط القوانين وبشكل دائم. (ملحم، 2002، 54)

8- التكرار:

وهو النزعة إلى الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط بحيث يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر، هذه المثابرة قد تكون لفظية أو جسدية، فقد يستمر في الضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة عندما يكون الآخرون توقفوا عن الضحك، أو أن يجيب عن سؤال بعد مدة طويلة بحيث يتعدى المدة المناسبة، أو أن يستمر في ترداد كلمة أو رقم معين لمدة طويلة، وهكذا... .

9- السلبية:

هي المقاومة المتطرفة المستمرة للاقتراحات، والنصائح، والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين، وهذه المقاومة أو المعارضة تتمثل (بعدم الرغبة في أي شيء)، والموافقة على نشاطات قليلة، ودائمًا يقولون لا، وإذ سئلوا يدل جوابهم على عدم السعادة سواء في المدرسة أو في برنامج معين أو مع الأصدقاء، فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة.

10- الدافعية:

تتضمن الدافعية أن يكون للفرد سبب إيجابي لممارسة نشاط معين، وبشكل عام فالكبار لديهم الدافعية الذاتية للاشتراك في النشاطات، ويوصفون بأنهم ليس لديهم دافعية. عدد قليل من الأطفال لا يحثون على ممارسة النشاطات في المدرسة الابتدائية، وعندما يكبر بعضهم يفقد حماسه للمدرسة، والسبب وراء انخفاض مستوى الدافعية يمكن أن يكون لعدم فهمهم للنشاط أو الخوف من النشاطات الجديدة أو المختلفة، أو انخفاض مفهوم الذات عندهم نتيجة تكرار الفشل. (Shea, 1987, 163).

11- النشاط الزائد:

هو النشاط الجسدي الزائد المستمر وطويل البقاء، ويتصف بعدم التنظيم، وهو غير متنبأ به وغير موجه، فالأطفال ذوي النشاط الزائد يكون رد فعلهم للمثيرات البيئية شديداً، ويتصف سلوكهم بأنه متواصل وعصبي وعدواني.

12- الشكوى من علة نفسية جسمية:

إن مصطلح نفسجسمي يشير إلى تداخل الجهاز النفسي والجهاز الجسمي (الجسدي) اعتماداً كل منهما على الآخر، والصراعات الداخلية النفسية التي تظهر على شكل أعراض جسمية، هذه الأعراض يمكن أن تكون نتيجة اضطراب جسمي، إما حقيقي أو وهمي وهذا كثير ما يحدث ومعظم الناس تتعرض له، فمثلاً عندما يكون الإنسان في وضع ضغط نفسي فيه فكثيراً ما يشكو من الصداع أو الغثيان والألم في المعدة، لهذا السبب يتم فحص الطفل أو أي شخص فحصاً كاملاً من قبل الأطباء. (بشناق، 2001، 82).

13- مفهوم ذات سلبي أو متدن:

هو إدراك الشخص لذاته كفرد، أو ابن، أو ابنة، أو طالب، أو متعلم، وهكذا بحيث يكون غير متقبل بالمقارنة مع فعالية، ويدرك كثير من الأطفال أنفسهم على أنهم فاشلين أو غير مقبولين. ويتمثل مفهوم الذات السيئ بعبارات تعكس هذا المفهوم مثل: لا "أستطيع فعل ذلك"، "هو أفضل مني"، "لن أفوز أبداً"، "أنا لست جيداً". ومثل هؤلاء الأفراد يكون لديهم حساسية مفرطة ضد النقد، ولا يكون لديهم رغبة في الانخراط في كثير من النشاطات.

14- عدم الاستقرار النفسي:

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع، في المزاج من حزن إلى سرور، ومن السلوك العدوانى إلى السلوك الانسحابى، ومن الهدوء إلى الحركة، وبين كونه متعاوناً إلى غير متعاون، وهكذا. هذا التقلب في المزاج غير متنبأ به، ويحدث دون وجود سبب ظاهر، ويوصف هؤلاء دائماً بأنهم سريعو التهيج وسلوكهم غير قابل للتنبؤ به. (الشربيني، 2003، 58).

خامساً: أهم المشكلات الانفعالية الشائعة لدى الأطفال:

1- مشكلة العدوان (Aggression):

- مفهوم العدوان:

يعدُّ العدوان من أكثر المظاهر السلوكية شيوعاً بين الأطفال، إذ يشكل السلوك العدواني للطفل مشكلة هامة تعترض المربين بالمدرسة، والأهل على حد سواء، حيث يجدون أنفسهم في حيرة من أمرهم أمام طفل لا يعرفون سبب تصرفاته العدوانية، بالرغم من هدوء من حوله ومساعدتهم له. (ملحم، 2000، 82).

- تعريف العدوان:

لقد اختلفت تعريفات العدوان وتعددت، تبعاً لاختلاف زوايا الرؤية والمنطلقات النظرية والفكرية للدارسين والباحثين في مجالات علم النفس والتربية والصحة النفسية، كما قدمت الموسوعات والمعاجم المتخصصة تعريفات عديدة للعدوان تشترك جميعها في الاتفاق على أن العدوان سلوك يلحق الأذى إما بشخص أو مجموعة أشخاص أو بشئ ما، وتختلف فيما بينها في موضوع القصد من وراء العدوان. (ملحم، 2003، 83).

وفيما يلي عرض موجز لهذه التعريفات للعدوان علي النحو التالي:

تعرفه هيلين (Hellen, 1983) بأنه: "اعتداء بدني أو لفظي موجه نحو الأشخاص والأشياء بغرض الإيذاء والضرر لهم" (Hellen, 1983, 412)

ويعرفه (زهران، 1987): بأنه: "الهجوم نحو شخص أو شيء مسؤول عن إعاقة بالغة، مثال ذلك الكيد والتشهير والاستخفاف أو الهجاء" (زهران، 1987، 73).

وكذلك يعرفه شيفير (Shaffer, 1988) بأنه: "ذلك رد الفعل الذي يدفع المنبهات الضارة نحو الكائن الحي الآخر" (Shaffer, 1988, 235)

وتعرفه (قطامي، 1989): بأنه "السلوك الذي يؤدي إلي إيذاء الآخرين سواء أشخاص أو حيوانات أو ممتلكات ويكون هذا الإيذاء إما مادياً أو معنوياً ويتضمن محاولة إيذاء الأشخاص أو الأشياء سواء من الناحية المادية أو المعنوية" (قطامي، 1989، 150).

ويعرفه (طه، 1993) بأنه: "كل فعل يتسم بالعداء اتجاه الموضوع أو الذات ويهدف للهدم والتدمير نقيضاً للحياة، وأنه هجوم أو فعل موجة نحو شخص ما أو شئ ما، كما ينبغي الرغبة في الاعتداء على الآخرين، أو إيذائهم أو الاستخفاف بهم، أو السخرية منهم بغرض إنزال عقوبة بهم أو إظهار تفوق عليهم". (طه، 1993، 479).

ويرى (الشرييني، 1994) العدوان بأنه: "هجوم أو فعل مضاد موجه نحو شخص أو شيء ما، وينطوي على رغبة في التفوق على الآخرين، ويظهر إما في الإيذاء أو الاستخفاف أو السخرية بغرض إنزال العقوبة بالآخر" (الشرييني، 1994، 84).

ويعرفه (حواشين، 1996): بأنه: "ضرب من السلوك الاجتماعي غير السوي يهدف إلى تحقيق رغبة صاحبه في السيطرة وأيضاً هو سلوك يرمي إلى إيذاء الغير أو الذات تعويضاً عن الحرمان أو بسبب التثبيط" (حواشين، 1996، 31).

وكذلك يرى (العيسوي، 1999) بأنه: "نزعة نحو الهجوم أو التهجم في مقابل الانسحاب أو المساومة والتفاهم، وذلك في مواجهة المواقف الضاغطة والتي يتعرض لها الفرد" (العيسوي، 1999، 15).
بينما يراه (العقاد، 2001) بأنه: "السلوك الذي يعبر عن الإيجابية وتوكيد الذات، وذلك في صورتها السوية لتحقيق الحياة، وأيضاً هو انتهاك للمعايير الاجتماعية ويدل على كراهية الغير، والشخص العدواني يعمل عكس قوانين السلوك المقبولة اجتماعياً" (العقاد، 2001، 98).

كما يعرفه (مختار، 2001) على أنه: "سلوك يصدره الفرد لفظياً أو معنوياً أو بدنياً أو مادياً صريحاً أو ضمنياً، مباشراً أو غير مباشر، ناشطاً أو سلبياً، ويترتب على هذا السلوك إلحاق الأذى البدني أو المادي، للشخص نفسه صاحب السلوك، أو للآخرين" (مختار، 2001، 50).

من خلال العرض السابق لتعريفات العدوان تجد الباحثة أن الجميع يؤكد على أن:

- العدوان يمثل سلوكاً معيناً يقوم به الإنسان.
- قد يكون العدوان معنوياً أو مادياً.
- يؤدي العدوان إلى إيذاء الشخص نفسه وإيذاء الآخرين.
- إن العدوان يأخذ الوجه السلبي بينما يرى (العقاد، 2001) أن العدوان قد يكون إيجابياً في بعض المواقف وسلبياً في مواقف أخرى.
- يرى البعض أن العدوان ناجم عن مواقف الإحباط والصراعات الداخلية والخارجية، ومن مؤيدي هذا الرأي: (زهران، 1987)، و(حواشين، 1996) و(العيسوي، 1999).
- وتتفق الباحثة في أن العدوان ناتج عن مواقف الإحباط والصراعات الداخلية والخارجية التي يواجهها الفرد مما يؤدي إلى إيذاء الآخرين لإشباع حاجة ما يرى أنه يفتقدها.
- **مظاهر السلوك العدواني:**

تختلف صور التعبير عن العدوان باختلاف السن والثقافة وأسلوب التربية والتكوين النفسي، والنمط الخلقي الذي نشأ عليها الفرد، ويتمثل العدوان في صور متعددة منها:

- 1- ما يظهر على قسّمات الوجه مثل: التهجم، العبوس، احمرار الوجه، النظرات الغاضبة.
- 2- من خلال الفم مثل: العض، البصق، إصدار أصوات، الاحتقار، الاستتكار، التهديد.
- 3- من خلال الجسم مثل: الارتماء على الأرض، الرفس، التشنج، الإغماء، التلويح باليدين والقدمين للثأر، الضرب، رمي الأشياء، الدفع، الخدش، شد الشعر. (مختار، 1999، 53).
- 4- من خلال الصور اللفظية مثل: الصياح، الصراخ، الألفاظ الجارحة والسباب والبذاءة في القول، السخرية والتهكم وإطلاق الشائعات، الكيد، التشهير، الهجاء، اللعن، الإغاظّة، اللوم، النقد. (سري، 2003، 37).
- 5- من خلال الصور المعنوية مثل: الانتقام، العناد، المخالفة، التحدي، التخلف، التدهور والفشل في العمل، والإهمال من خلال اللامبالاة، وعدم الاكتراث بالآخرين أو بالموضوع، والتحقير.
- 6- من خلال الأفعال العلنية مثل: إشعال الحرائق، والشجار المستمر، والدفع، والضرب، والركل، والتخريب. (القريطي، 1988، 327)

- أشكال السلوك العدواني:

تتعدد أشكال السلوك العدواني حيث يمكن تصنيفه إلى:

1- العدوان المقصود وينقسم إلى نوعين هما:

- أ) **العدوان الوسيلى (الدفاعي):** وهو سلوك يسلكه صاحبه بطريقة عدائية من أجل الحصول على ما لدى الشخص الآخر وليس من أجل إيذائه. (العقاد، 2001، 99).
- ب) **العدوان العدائي الكرهى:** ويهدف هذا النوع إلى "إيذاء الأشخاص الآخرين، وعادة ما يكون مصاحباً بأحاسيس ومشاعر الغضب نحوهم" (الأشول، 1982، 326).

2- العدوان غير المقصود:

وهو السلوك الذي يوقعه الفرد على شخص أو شيء ما دون قصد أو تعمد مترصد، مثل: الطفل الذي يتسم بحركة زائدة فيمكن أن يؤذي الآخرين دون علم منه، من هنا ضرورة أخذ النيات بعين الاعتبار عند معاقبة الطفل الذي قام بسلوك فيه عدوان ما.

3- العدوان الاجتماعى:

ويشمل الأفعال العدوانية التي يظلم بها الإنسان غيره وتؤدي إلى فساد المجتمع، والخروج على القوانين والنظم المعمول بها، وعدم الالتزام بالسلوك المقبول اجتماعياً، وينقسم هذا النوع إلى نمطين هما:

- أ- **العدوان الجسماني:** وهو اعتداء الطفل على الآخرين بأعضاء جسمه، مثل الضرب والركل، والعض مستخدماً في ذلك يديه ورجليه وأظافره وأسنانه.

ب- العدوان اللفظي: وهو السلوك العدواني الذي يقف عند حدود الكلام، مثل السب والشتم والتوبيخ ووصف الآخرين بعيوب وصفات سيئة ، كما يشمل أيضاً الكذب الذي يوقع الفتنة بين الآخرين. (قطامي، 1989، 151).

4- العدوان الإيجابي:

هو الجزء العدواني من الطبيعة الإنسانية ليس فقط للحماية من الهجوم الخارجي، ولكنه أيضاً لكل الإنجازات العقلية، وللحصول علي الاستقلال، وهو أساس الفخر والاعتزاز الذي يجعل الفرد مرفوع الرأس وسط زملائه كالتنافس الشريف في مجال من مجالات الحياة، كالتنافس بين الزملاء في الدراسة أو العمل.

5- العدوان السلبي:

وهو السلوك الذي إذا تحول عن وعي أو غير وعي إلى حمل السلاح، فإنه يعمل لصالح الموت والخراب بالنسبة للإنسان والبيئة على حد سواء، ومن خلال هذين النوعين (الإيجابي والسلبي) نرى أن العدوان قد يحمل في طياته سمة القبول من قبل الآخرين وتأييداً للشخص المعتدي في مواقف معينة، وفي نفس الوقت يحمل سمة العدائية السلبية إذا كان يقصد من ورائه إيذاء الآخرين فقط. (العقاد، 2001، 99).

6- العدوان الموجه نحو الذات:

يحدث هذا النوع من العدوان لدى الأطفال المضطربين سلوكياً حيث عدوانهم يكون نحو الذات، ويهدف إلى إيذاء النفس وإيقاع الأذى بها، ويأخذ هذا النوع من العدوان أشكالاً متعددة مثل: تمزيق الطفل ملابسه وكتبه، أو لطم وجهه وشد شعره، أو ضرب رأسه بالحائط، أو جرح جسمه بأظافره ، أو عض أصابع يديه أو حرق أجزاء من جسمه أو كيها بالنار.

7- العدوان المباشر:

هو العدوان الذي يوجهه الطفل بشكل مباشر إلى الشخص مصدر الإحباط ويظهر على شكل مشاجرات، الضرب ، الإيذاء بالكلام ، التهديد، أو يوجهه الطفل ضد شخص بالذات، طفلاً كان (كأخيه أو غيره)، أو كبيراً (كأمه أو أبيه أو مربيه). (الزعبى، 1994، 201).

8- العدوان غير المباشر:

ربما يفشل الطفل في توجيه عدوانه مباشرة إلى مصدر الإحباط خوفاً من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم الندية، فيحول سلوكه العدواني إلى طرف آخر قد يكون شخصاً، أو ممتلكات بحيث يكون قادراً على توجيه العدوان له. (ملحم، 2002، 219).

وعادة ما يكون السلوك العدواني غير المباشر كامناً وكثيراً ما يحدث من قبل الأطفال الأذكى، حيث يتصفون بحبهم للمعارضة وإيذاء الآخرين بسخريتهم منهم، أو بتحريض الآخرين للقيام بأعمال غير مرغوبة اجتماعياً. (الزعيبي، 1994، 201).

9- المضايقة:

تمثل المضايقة إحدى صور العدوان وأشكاله المتعددة، والتي تؤدي في غالب الأحيان إلى شجار، حيث يبدأ الطفل بمضايقة طفل آخر أو أطفال آخرين عن طريق السخرية والتقليل من شأن الطرف الآخر.

10- البلطجة:

قد يواجه الطفل سلوكه العدواني نحو شخص أو شيء آخر بهدف التلذذ بمشاهدة معاناة الضحية من بعض الآلام والمظاهر الجسدية التي يتركها المعتدي على المعتدى عليه، ويستخدم مثل هؤلاء الأطفال بعض الأساليب العدوانية كشد الشعر أو الأذنين أو الملابس أو القرص أو العض أو غير ذلك. (ملحم، 2002، 219).

وترى الباحثة من خلال عرض أقسام العدوان، أن العدوان الاجتماعي هو أخطر أنواع العدوان حيث يعد سبباً في كل عدوان، ويتضح أن هناك مظاهر وأشكال مختلفة للسلوك العدواني، منه ما هو مباشر ومنه ما هو غير مباشر، ومنه ما هو فردي ومنه ما هو جماعي، ومنه ما هو سلبي ومنه ما هو إيجابي، كما أن العدوان الواسيلي من أكثر أشكال السلوك العدواني شيوعاً، بين أطفال المدارس الابتدائية وأنهم يلجؤون إلى هذا السلوك بهدف تحقيق مطالبهم وليس بهدف الإيذاء، كما اتضح أيضاً أن نمط العدوان الموجه نحو الذات ونحو الآخرين من أخطر أنماط العدوان، بل يكاد يكون سلوك مرضي لدى الطفل إذا لم تكن هناك دواعي لظهورها وينبغي على الوالدين عدم التهاون بحالة الطفل إذا ما ظهرت عليه أعراض هذين النمطين أو كلاهما من خلال عرضه على أخصائي نفسي قبل أن تتفاقم الحالة، فمهما تعددت مظاهر وأشكال السلوك العدواني، إلا أن جميعها تعبر عن حدوث شرخ في حياة الطفل نتيجة صراعات وإحباطات متكررة، مما ينجم عنه توليد العدوان لدى الطفل.

- أسباب السلوك العدواني:

يسلك جميع الأشخاص بعدوانية في بعض الأوقات، كما أن السلوك العدواني قد يكون مظهر متعذر اجتنبه في الظروف والنوع الإنساني، ولقد حاولت العديد من النظريات تفسير مصادر السلوك العدواني، وهل هو سمة وراثية، أو أنه ينمو نتيجة الاستجابة للخبرات المحيطة في مرحلة الطفولة، أو أنه متعلم عن طريق التدعيم الأبوي أو بواسطة المكافآت الاجتماعية الأخرى. (الأشول، 1982، 326).

وبناء على ذلك يمكن تقسيم العوامل المسببة للسلوك العدواني إلى عدة أقسام منها العوامل الوراثية، والعوامل البيولوجية، والعوامل الفسيولوجية، والعوامل الاجتماعية، والعوامل النفسية، والعوامل الجسمية، وفيما يلي عرض لهذه العوامل:

- 1- العوامل الوراثية.
 - 2- العوامل البيولوجية.
 - 3- العوامل الفيزيولوجية.
 - 4- العوامل الطبيعية.
 - 5- العوامل الاجتماعية.
 - 6- العوامل النفسية:
- الشعور بالألم: إن الشعور بالألم البدني أو النفسي يمكن أن يحرض على المزيد من الجوانب الانفعالية وبالتالي إمكانية حدوث السلوك العدواني.
 - المهاجمة أو الإهانة الشخصية: فعندما يهاجم أو يهان شخص ما فإنه قد يكون في موقف مثير ومشجع علي السلوك العدواني تجاه الشخص الذي قام بمهاجمه أو إهانته، في ضوء العين بالعين والسن بالسن والبادئ أظلم. (علاوي، 1998، 215).
 - الإحباط: يُعرف الإحباط بأنه مصطلح يدلّ على "شعور عميق بالقلق وخيبة الرجاء وتثبيط الهمة وفتور العزيمة والاستياء وعدم الرضا، منشأه الفشل في تحقيق الرغبات المطلوبة والآمال المرجوة والأهداف المنشودة والصراعات النفسية والمشكلات التي أخفق الفرد في إيجاد حل لها". (نشوان، 1998، 115)، فأثبتت العديد من الدراسات أن الإحباط الذي يواجهه الفرد في بيئته يولد السلوك العدواني، وبالتالي العدوان إحدى الاستجابات الناشئة عن الإحباط، فكان العلماء سابقاً يعتقدون أن كل عدوان يجب أن يكون مسبقاً بإحباط، ولكن فيما بعد توصلوا إلى أن الإحباط وحده لا يسبب العدوان فالإحباط الناتج عن تهديد لأمن الطفل أقوى من الإحباط الناتج عن عدم إشباع الحاجات الأساسية لدي الطفل، فالإحباط يحول دون تحقيق الأهداف وربما تزيد من الصعوبات التي تواجه الطفل مما يؤدي به إلى العدوان، فالعدوان أحد استجابات الإحباط وقد تكون الاستجابة للإحباط العدوان أو عدم الاكتراث أو التبرير أو التحليق في الخيال، وقد يشعر الطفل بالإحباط إذا ما تهدد أمنه وسلامته أيضاً، فالإحباط الناشئ عن تهديد الذات أقوى بكثير من الناشئ عن عدم إشباع حاجات الطفل الفيزيولوجية، لذا على المربين أخذ هذا البعد بعين الاعتبار وذلك بعدم تحقير الطفل أمام زملائه وعدم الاستهزاء بقدراته. (قطامي، 1989، 151-153).
 - الشعور بعدم الراحة: أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن الشعور بعدم الراحة مثل التواجد في أماكن مزدحمة، أماكن مغلقة، سكن غير مريح، التواجد مع جماعة غريبة عن الفرد وغير ذلك من المواقف

التي تشير لدى الفرد الضيق وعدم الراحة يمكن اعتبارها من العوامل التي تشكل نوعاً من الضغوط على الفرد ، وبالتالي تساهم في إثارة السلوك العدواني. (علاوي، 1998، 217).

- الاستثارة والغضب والأفكار العدائية: إن العوامل التالية: الإحباط، والشعور بالألم، وفقدان شيء ما، والتعرض للغضب، والمنافسة، والنقد، والتعرض لاعتداءات الآخرين جميعها قد تؤدي إلى الاستثارة أو الغضب عند الفرد أو تذكر مواقف عدائية الأمر الذي قد يثير الاستجابة العدوانية عند الفرد، ويُعرف الغضب بأنه: العاطفة التي يطلق من خلالها الطفل نهجاً عدوانياً إما بشكل ظاهري أو مستتر تجاه شخص ما أو شيء ما، حيث أن تركيب هذه الانفعالات النفسية لا يمكن عادة أن تميز عن تلك المصاحبة للعواطف غير السارة الأخرى مثل: الخوف، الغيرة، المحبة. (مختار، 2001، 601)
- طرق ضبط السلوك العدواني:

للعنوان آثاراً سلبية على الفرد والمجتمع، لذلك لابد من أساليب ضبط السلوك العدواني وهي متمثلة فيما يلي:

1- **التعزيز التفاضلي:** ويشتمل هذا الإجراء على تعزيز السلوكات الاجتماعية المرغوب فيها، وتجاهل السلوكات الاجتماعية غير المرغوب فيها، وقد أوضحت الدراسات إمكانية تعديل السلوك العدواني من خلال عدم إعطاء أي اهتمام على الإطلاق لتصرفات الطفل العدوانية إلا إذا ترتب عليها تهديد جدي لسلامة الآخرين الجسمية، لأنه ويتجاهل سلوكاته العدوانية تكون متأكداً من أنك لا تعزز هذا السلوك دون قصد منك عن طريق انتباهك له. (بيبي، 2007، 37).

ولكي يكون التجاهل فعالاً، أي لكي يؤدي إلى النتيجة المرجوة وهي انطفاء السلوك السلبي فلا بد من توافر شروط منها:

- الانتظام والاتساق في تطبيق طريقة التجاهل فمن المعروف أن التجاهل - خاصة بعد أن يكون الطفل قد اعتاد الانتباه من الآباء - سيؤدي في بداية تطبيقه إلى ما يسمى بفترة الاختبار وفي خلال هذه الفترة التي قد تمتد أحياناً أياماً أو أسابيع قد يتزايد السلوك غير المرغوب فيه أكثر مما كان عليه من قبل، وهذا التزايد شيء يقوم به الطفل ليتأكد من أن القدر من الاستجابات والاهتمام مازال ممكناً، ولهذا فإن علماء الصحة يحذرون بشدة من التراجع في هذه الفترة الاختبارية عن استخدام التجاهل ويرون أنه لابد من الانتظام والاستمرار فيه.
- اللغة البدنية الملائمة: عند تطبيق التجاهل يجب تجنب الاحتكاك البصري بالطفل، والالتفات بعيداً عنه حتى لا يرى أي تعبيرات الوجه.
- الابتعاد مكانياً، أي يجب الابتعاد عن الطفل الذي يُظهر السلوك العدواني، فمجرد القرب البدني يعتبر تدعيماً للسلوك غير المرغوب فيه ، وغالباً ما سيتوقف الطفل عن سلوكه.

- خلال فترة التجاهل ينبغي ألا يكون هناك حوار أو جدل مع الطفل، فيجب أن يكون التجاهل فورياً، أي حالما يصدر السلوك غير المرغوب فيه. (إبراهيم وآخرون، 1993، 79-81).
- 2- **الحرمان المؤقت من اللعب:** ويستخدم هذا الأسلوب عادة في حالة وجود طفل عدواني مع زملائه بحيث يلحق بهم الأذى في الحصص والألعاب الجماعية، ومن مزايا هذا الأسلوب أنه سيساعد أولاً على إنهاء الموقف الذي يرتبط بالمشكلة أو الصراع فوراً، وبالتالي يقلل من التطورات السيئة، فإبعاد طفلين متشاجرين وإرسالهما لفترات قصيرة ينهي المشادة وما قد يترتب عليها من مضار بدنية أو تخريب، كما أنه يسمح ثانياً بإعطاء الطفل فرصته للتأمل في سلوكه بهدوء، كما يعطي الأبوين أو المشرفين فرصة أكبر للتحكم الانفعالي، فضلاً عن هذا فالإبعاد المؤقت لفترة قصيرة من شأنها أن تبعد الطفل عن المشتتات البيئية التي قد تعوقه عن استكشاف الطرق الأخرى للتصرف الملائم في المستقبل، على أن نجاح أسلوب الإبعاد المؤقت يرتهن بشروط متعددة منها:
- تجنب الهياج الانفعالي والثورة خلال تطبيقه.
 - ينبغي تجنب الجدل والنقاش مع الطفل.
 - تجاهل كل ما يصدر عن الطفل بعد ذلك من احتجاجات أو توسلات.
 - أما من حيث الوقت الذي ينبغي أن يبتعد فيه الطفل فيعتمد على الخبرة، لكن ملاحظات خبراء العلاج النفسي ترى أن الإبعاد لمدة دقيقتين يؤدي إلى نتائج إيجابية لدى الطفل ذي العامين وقد تزداد هذه الفترة لمدة خمس دقائق لمن هم أكبر من ذلك.
 - عند تطبيق أسلوب الإبعاد المؤقت يجب إعلام الطفل بأنه وسيلة لإعطائه فرصة للتفكير في سلوكه وليس عقاباً، كذلك يجب أن يلتزم الطفل خلال هذه الفترة بالهدوء، وإلا فمن الممكن تحديد الوقت المحدد لذلك أو مضاعفته.
- وبالرغم من الانتقادات التي توجه لأسلوب الإبعاد على أنه نوع من العقاب، فإن نتائجه تكون مقبولة خاصة إذا كان الموقف نفسه يؤدي إلى مزيد من الاضطراب والفوضى والعدوان والتعارك، ولهذا فهو يستخدم بفاعلية في مثل هذه المواقف التي تتسم بالصراع الشديد بين الأطفال. (إبراهيم وآخرون، 1993، 78).
- 3- **العقاب:** يتضمن العقاب إيقاع أذى لفظي أو بدني أو إظهار منبه مؤلم أو منفر عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب، ومن أمثلة العقاب الضرب، والحرمان من التفاعل الاجتماعي، وزجر الطفل، والصراخ في وجهه وحرمانه من لعب. وتعتبر الأساليب التي يستخدمها المدرسون أمثلة إضافية على ذلك، فطرد التلميذ من الفصل أو إنقاص درجاته عندما يظهر سلوكاً غير محبب هي أنواع من العقاب. (المرجع السابق، 79).

4- **تقليل الحساسية التدريجي:** ويتضمن هذا الأسلوب تعليم الطفل العدوانية وتدريبه على استجابات لا تتوافق مع السلوك العدواني كالمهارات الاجتماعية اللازمة، مع تدريبه على الاسترخاء، وذلك حتى يتعلم الطفل كيفية استخدام الاستجابات البديلة وبطريقة تدريجية، وذلك لمواجهة المواقف التي تؤدي إلى ظهور السلوك العدواني. (يحيى، 2000، 191). كأن يعلمه أساليب بديلة وجديدة تمكنه من الحصول على المزايا التي يريدها بطريق مقبول، كما يمكن أن يعلمه طرقاً جديدة في التفكير وحل المشكلات ويمكن أن يساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف، أو قد يخضعه لسلسلة من التدريبات الاجتماعية المكثفة حتى تتكون لديه مهارات اجتماعية تساعده فيما بعد على حل مشكلاته بطريقة أكثر إيجابية. (المرجع السابق، 192).

- طرق الوقاية من حدوث السلوك العدواني لدى الأطفال:

1- تجنب الممارسات و الاتجاهات الخاطئة في تنشئة الأطفال:

إن التسبب في النظام الأسري والاتجاهات العدوانية لدى الآباء تجاه الأبناء تعمل على توليد سلوك عدواني لدى الأطفال من نفس البيئة الاجتماعية وبالتالي قد يولد هذا العدوان ضعفاً وخطأً في الانضباط، وتقيد بعض الدراسات أن الأب المتسبب أو المتسامح أكثر من اللازم هو ذلك الأب الذي يستسلم للطفل ويستجيب لمتطلباته و يدهه ويعطيه قدرًا كبيراً من الحرية أما الأب ذو الاتجاهات العدوانية غالباً لا يتقبل ابنه ولا يستحسنه وبالتالي لا يعطيه العطف ومشاعر الأبوة أو الفهم والتوضيح فهؤلاء الآباء غالباً ما يميلون لاستخدام العقاب البدني الشديد لأنهم تسلطيين وهم بذلك يسيئون استخدام السلطة ومع مرور الوقت وهذا المزيج السيئ من السلوكيات الوالدية السلبية يولد الإحباط والعدوان لدى الأطفال بسبب السخط عند الطفل على أسرته ومجتمعه وبالتالي التعبير عن هذا السخط بهذا السلوك، لذلك لا بد للآباء أن يكونوا قدوة حسنة للأبناء في تجسيد الوسائل الجيدة لحل المشكلات وإرشاد الأطفال لحل المشكلات بالطريقة الصحيحة.

2- الإقلال من التعرض لنماذج العنف المتلفزة:

أظهرت نتائج كثيرة من الدراسات كما ذكر أن النماذج العدوانية التي يتعرض لها الأطفال في التلفاز تؤثر بشكل قوي في ظهور السلوك العدواني لدى الأطفال. وذلك لأن وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة تلعب دوراً كبيراً في تعلم النماذج السلوكية الإيجابية والسلبية فعلى ضوء ذلك يجب أن توفر البرامج الفعالة ذات الأهداف الإيجابية للأطفال حتى يتم تعلم نماذج جيدة و بناءة في سلوك الأطفال فلو نظرنا إلى واقع الأفلام الكرتونية والقصص وغير ذلك فإننا نلاحظ أنها تعمل على تعليم الأطفال العدوان والأناية لتحقيق الأهداف وتبعث في نفوس الأطفال الخوف والقلق وغيره من المشكلات التي لا يجذب الأهل وجودها لدى أطفالهم لما لها من تأثير سلبي لاحقاً على حياة الأطفال.

3- العمل على خفض مستوى النزاعات الأسرية:

لا تخلو الأسر غالباً من وجود نزاعات زوجية بغض النظر عن حداثتها وأسبابها وطريقة هذه النزاعات، ومن المعروف أن الأطفال يتعلمون الكثير من السلوك الاجتماعي من خلال الملاحظة والتقليد وعلى ضوء ذلك يتوجب على الوالدين أو الإخوة الكبار أن لا يعرضوا الأطفال إلى مشاهدة نماذج من النزاعات التي تدور داخل الأسرة وذلك لما له من أثر سلبي على الأبناء يتمثل في تعليم الأطفال طرقاً سلبية لحل النزاعات ومنها السلوك العدواني . فالبيئة الأسرية الخالية من النزاعات وذات الطابع الاجتماعي تنمي لدى الطفل الشعور بالأمن وبالتالي استقرار الذات.

4- تنمية الشعور بالسعادة عند الطفل:

إن الأشخاص الذين يعيشون الخبرات العاطفية الإيجابية كالسعادة وتوفير دفاء وعطف الوالدين وحنانهم عليهم يميلون لأن يكون تعاملهم مع أنفسهم ومع غيرهم بشكل لطيف وخال من أي عدوان أو سلوك سلبي آخر، أما الأشخاص الذين تعرضوا لإساءة المعاملة من قبل الوالدين وإهمال عاطفي واجتماعي فقد يسعون لاستخدام العدوان بأشكاله المختلفة وذلك من اجل جلب انتباه الأسرة وإشعارها بوجوده وضرورة الاهتمام به .إن إساءة المعاملة الجسمية والنفسية الموجهة نحو الأطفال كلها تؤدي إلى مشاكل وضعف في الجهاز العصبي المركزي وقد تقود إلى توليد اضطرابات سلوكية وانفعالية.

5- توفير الأنشطة البدنية الإيجابية للأطفال:

من المعروف أن الأنشطة البدنية الإيجابية كالرياضة بكافة أشكالها تعمل على استثمار الطاقة الموجودة لدى الأفراد وتتميز كثيراً من الجوانب لدى الأفراد . فتوفر مثل هذه الأنشطة خصوصاً لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة يعمل على تصريف أشكال القلق والتوتر والضغط والطاقة بشكل سليم حتى لا يكون تصريف هذه الأشياء عن طريق العدوان فقد ثبت من خلال العديد من الدراسات مدى أهمية وفاعلية الرياضة في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال.

6- تنظيم وترتيب بيئة للطفل:

إن إعادة ترتيب البيئة المنزلية والمدرسية للطفل التي تتضمن أماكن واسعة في غرف النوم والمعيشة وأماكن اللعب وغرف الفصول تعمل على التقليل من التوترات والانفعالات وبالتالي تقطع الأمل في حدوث سلوك عدواني ناتج عن الضيق في مساحات اللعب وغيره لان ذلك يعطي فرصاً أكبر للأطفال للعب والحركة كما انه ينصح بوجود أشخاص راشدين كمراقبين لسلوك الأطفال لمنع حدوث المشاجرات بين الأطفال.

7- الإشراف على الطفل في النشاطات اليومية:

إن الأطفال الناضجين والأطفال غير الناضجين بحاجة مساحة لوجود من يشاركهم اللعب وبالأحرى من يشرف على لعبهم وهذا الإشراف يبدي للطفل المشارك في النشاط مدى اهتمام الراشد المشارك المراقب له وبالتالي يحد من ظهور مشكلات سلوكية تنبع عن غياب الرقابة.

2- مشكلة العناد (Obstinacy):

يواجه الآباء والمربين مشكلة العناد وضعف الانصياع الاجتماعي عند الأطفال، في مراحل نموهم المبكرة، ولاسيما من السنة السادسة والثامنة، ويظهر على شكل معارضته للوالدين، وتأكيد مواقف تتنافى مع مواقفهما ورغباتهما وأوامرهما، حيث يظهر في مراحل معينة بوصفها تتناسب مع مراحل النمو، ورغم ذلك فإن هذا السلوك إذا بلغ فيه لدرجة التطرف والسلبية إذا استمر طويلاً فإنه يؤدي إلى اضطراب تكوين علاقات إنسانية سليمة فيما بعد.

- تعريف العناد:

هو نزعة الطفل لمعارضته الوالدين وتأكيد مواقف تتنافى مع مواقفهما ورغباتهما وأوامرهما، أي أنه معارضة واضحة لإرادتهما، تترجم من خلال حالة من الجمود، أو بالرفض المنتظم والثابت، أو بميل إلى الجدل الذي لا ينتهي، ففي الجمود يتوجب على الأهل عدم التدخل والتزام الحياد خشية أن يتحول العناد إلى صورة غضب وعداونية (حريقة، 2001، 135).

ويفسر (يونغ) العناد بأنه عبارة عن ردود الفعل التي يقوم بها الطفل تجاه موقف اجتماعي للحفاظ على شخصيته من الواقع المؤلم، ويمكن أن يكون التحدي رد فعل لمواقف اجتماعية معينة (Sutton, 1998, 89).

وله أهمية كبيرة في حياة الطفل، يمكن اختصارها فيما يلي:

- يساعد الطفل على الاستقرار واكتشافه الفريد بذاته.
- يساعد الطفل على إدراك أنه شخص له كيان وذات مستقلة عن الآخرين.
- كشف الطفل أن له إرادة حرة، وهذا يكسبه صفات الفردية والاستقلالية (مختار، 1999، 44).

- أشكال العناد:

1- شكل المقاومة السلبية: حيث يتأخر الطفل في امتثاله ويتهمج ويصبح حزينا أو يشكو ويتذمر من أن عليه أن يطيع أو يمثل بحرفية التعليمات.

2- التحدي الظاهر (لن أفعل ذلك): حيث يكون الطفل مستعداً لتوجيه إساءة لفظية، أو للإفجار في ثورة غضب للدفاع عن موقفه.

3- نمط العصيان الحاقد: ويؤدي إلى قيام الطفل بعمل عكس ما طُلب منه تماماً، فالطفل الذي يُطلب إليه أن يهدأ مثلاً يصرخ بصوت أعلى (شيفر وهيليمان، 1989، 404-405).

- أسباب العناد:

1- القسوة المفرطة من قبل الوالدين وإجباره اتباع نظام معين، والتقييد المستمر لسلوكه.

2- إصرار الكبار على عمل شيء لا يناسب قدرات الطفل مثل ارتداء ملابس ثقيلة تعيق حركة الطفل أو طلب المعلم من التلميذ السكون وعدم الحركة لفترة طويلة.

3- تفضيل الأم أح أبنائها على الآخر مما يؤدي إلى رغبة الطفل في اجتذاب انتباه الراشدين من حوله (بطرس، 2007، 93).

4- غياب إمكانية التفرقة بين الواقع والخيال، بالإضافة لحالات الإحباط والتوتر والقلق التي تعترى الطفل.

5- عدم تهيئة الجو المناسب في الأسرة لنمو الطفل نمواً طبيعياً فضلاً عن تعرضه لمعاناة الشجار والنزاع بين الأبوين التي تعد سلسلة من التجارب التي تؤثر في شخصيته.

6- رغبة الطفل في تأكيد ذاته وتطوير شخصيته (نعيسة، 2011، 195).

- علاج العناد:

1- أن يدرك الأهل أن الطفل كائن له الحق في التعبير عن رأيه، وفي العيش، لذلك إن احترام اهتمامات الطفل يعني احترام نموه الجسدي والفكري والنفسي (حريقة، 2001، 156).

2- أن يدرك الأهل أن الابتزاز المتعمد من قبل الطفل سيء من حيث القدرة على بناء الشخصية المتوازنة.

3- يتوجب على الأهل أن يدركوا أهداف الطفل، فيساعدونه على إثبات وجوده وعلى التعبير عن آرائه دون أن يلجأ إلى استعمال تلك الأساليب.

4- عدم مواجهة عناد الطفل بالعنف الجسدي والمعنوي، فعندما يجد أنه لم ينجح في استثارة غضبهم سيرضخ من تلقاء نفسه (المرجع السابق نفسه).

3- مشكلة التعلق الزائد (Attachment):

يعد التعلق أول علاقة اجتماعية تتشكل عند الطفل، لذا فهي بمثابة حجر الأساس لجميع العلاقات اللاحقة مع الآخرين.

ويعتقد جون بولبي (John Bowlby) أن التعلق يتطور مع الزمن، إذ أنه ليس شيئاً يوجد مع الطفل منذ الولادة، بالرغم من أن هناك آليات بيولوجية معينة لنشوء هذه العلاقة، وقد حدد بولبي خمسة أنظمة سلوكية تسهم في التعلق هي: البكاء، والابتسام، والرضاعة، والملاحقة (المتبع)، والالتصاق (أبو جادو، 2007، 264).

- تعريف التعلق:

يؤكد (عدس وتوق، 2003): أن التعلق "نزعة فطرية تظهر على شكل رغبة شديدة لدى الأطفال في أن يكونوا قريبين حد الالتصاق من أفراد آخرين لهم مكانة معينة في حياتهم يغلب عليهم الفرح والسرور لدى استقبالهم، والغضب والحزن والصرخ عند الانفصال عنهم، ويحدث لديهم درجة أقل من الخوف لدى حضورهم" (عدس، وتوق، 2003، 138).

ويذكر (الريماوي، 2003): أن التعلق رابطة انفعالية مغلقة بين الرضيع وأمه أو من ينوب عنها، يمكن أن تستغرق الشهور الستة أو السبعة الأولى من عمر الرضيع حتى تقوى وتصبح ظاهرة ملحوظة تدل على طبيعة العلاقة الانفعالية التي تربط بين الرضيع وأمه (الريماوي، 2003، 30).

ويعرف شيفر (Shaffer) التعلق بشكل عام بأنه علاقة عاطفية قريبة بين شخصين، تتصف بالعاطفة المتبادلة والرغبة في المحافظة (القرب بينهما)، يكون التعلق الرئيس للطفل بوالديه في سياق الأحداث الطبيعية، ولكن يمكن أن يتشكل تعلق قوي بين الطفل وأناس آخرين ممن يتعامل معهم بشكل منتظم مثل الأب أو أحد الجدين أو بعض الأقارب (Eysenck, 2004, 911).

وبالرغم من حقيقة أن التعلق عملية ذات تأثير متبادل، إلا أن معظم الباحثين يبرزون دور الأم ويتجاهلون الدور الذي يسهم فيه الطفل الرضيع في ذلك، فبعض الأطفال تكون عملية التفاعل معهم أو تقديم الرعاية لهم صعبة بدرجة أو بأخرى، الأمر الذي يمكن أن يترتب عليه درجة أقل من التعلق بين الطفل ووالديه، وبعض الأطفال الذين يتميزون بحدة الطبع أو على الأقل مقدرة على التواصل الاجتماعي يظهرون مستوى أكبر من الاكتئاب سواء خلال عملية الانفصال أو إعادة التوحد مع الأم مرة أخرى (أبو جادو، 2007، 264).

- مراحل التعلق:

تبدأ علاقة الطفل بوالديه بمجموعة من الإشارات الغريزية التي تستدعي الراشدين إلى جانبهم، ومع الوقت تتطور علاقة انفعالية حقيقية تعززها قدرات انفعالية ومعرفية جديدة بالإضافة إلى الرعاية الدافئة والحساسة التي يتمتع بها الطفل، ويمر التعلق بأربع مراحل أساسية، هي:

1- مرحلة ما قبل التعلق: ويلاحظ وجود إشارات داخلية كالاتسام، والقبض، والبكاء، والتحديق بعيون الراشدين، وعندما يستجيب الراشدون لها يشعر الطفل بالراحة والاطمئنان، ويتعرف على أمه بالرائحة والصوت.

2- مرحلة تكوين التعلق: خلال هذه المرحلة يستجيب الطفل لكل الأفراد المألوفين من الأفراد الغريباء إلا أنه لا يتمكن من الاحتجاج على انفصاله عن الأم، بالرغم من حقيقة أنه يستطيع أن يميز بين أمه وغيرها من الناس غير المألوفين بالنسبة له.

3- مرحلة التعلق الواضح: يُظهر الأطفال في هذه المرحلة قلق الانفصال، بحيث يشعرون بالضيق عندما يغيب عنهم الراشدون الذين يعتمدون عليهم.

4- مرحلة تكوين العلاقات المتبادلة: حيث يسمح النمو السريع في اللغة والتمثيلات المعرفية للطفل بفهم بعض العوامل التي تؤثر في انتقال الأم من مكان لآخر والقدرة على التنبؤ بعودتها بعد اختفائها (أبو جادو، 2007، 65).

- أنواع التعلق:

1- التعلق الآمن: يرى الطفل أمه كقاعدة أمنية ينطلق منها لاكتشاف ما يحيط به.

2- التعلق التجنبي: يبدو الأطفال في هذا التعلق غير الآمن مستجيبين للأم عند حضورها، ولا يشعرون بالاكئاب عند غيابها.

3- التعلق المقاوم: يبدو الطفل متعلقاً بأمه بشدة، وعندما تعود بعد انفصالها عنه فإنه يتصرف بشكل غاضب ومقاوم، وقد يضرها.

4- التعلق غير الموجه: فعند عودة الأم إلى الطفل يبدي مجموعة من السلوكيات المتناقضة والمضطربة (كأن ينظر بعيداً عنها عندما تقوم بحمله) (المرجع السابق، 267).

4- مشكلة الخوف (Fear):

هو رد فعل انفعالي تجاه خطر حقيقي أو متوهم، وتعتبر المخاوف في الأساس توقعاً لخطر أو حدث مؤلم، ويظهر بدرجات متفاوتة تتراوح بين الحذر والرعب الذي يبدو على وجه الطفل، وقد يكون

مصحوباً بالصراخ والارتعاش، أو قد يصاحبه تصبب العرق، وسرعة النبض، أو التبول اللاإرادي، ويؤثر الخوف على نمو شخصية الطفل، وعلى أدائه وعلاقته بالآخرين.

كما يتباين الأطفال من حيث مدى تعرضهم للخوف، كما يتباين خوف الطفل ذاته، فقد يخاف الطفل من مثير ما في موقف معين، بينما لا يخاف من نفس المثير في موقف آخر.

وبصفة عامة فإن إشارات الخوف كالنبكاء والهلع، والانسحاب، وغيرها من الأعراض تتناقص من حيث التكرار والشدة، كلما تقدم الطفل في العمر (كونجر وآخرون، 1970، 399).

- تعريف الخوف:

الخوف حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني ينتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر جارجي في إحساسه بالخطر (الشرييني، 2000، 97).

عرف الشحيمي الخوف بأنه إشارة تهدف إلى الحفاظ على الذات، وذلك بتعبئة الإمكانيات الفسيولوجية للكائن الحي (الشحيمي، 1994، 98 - 99).

كما عرفه (شيفر وهيلمان، 1990) بأنه انفعال قوي غير سار، ينتج عن الإحساس بوجود خطر ما، أو توقع حدوثه، وحسب رأيهما هناك (20%) من الأطفال يخافون من الامتحانات، حيث ينخفض أدائهم بسبب هذه المخاوف، وتعتبر السنوات الأولى من حياة الفرد الدعامية الأساسية التي تقوم عليها حياته النفسية والاجتماعية، فأية خبرة نفسية وجدانية مخيفة يصادفها الإنسان في طفولته تسجل في نفسه وتظل هائمة فيها، وقد يستعيد لها لا شعورياً في مراحل عمره التالية، فيشعره بالخوف، وقد يسقط مشاعره المرتبطة بتلك الخبرات على كل المواقف والخبرات المشابهة فيخاف (شيفر وميلمان، 1990، 128).

ونستخدم عادة كلمتي الخوف والقلق بصورة تبادلية، وذلك لتشابه ردود الفعل البدنية والجهاز العصبي اللاإرادي في الحالتين، ويتعلم الطفل الخوف مما يخافه الكبار في أسرته، فهو يبدي استعداداً قوياً لتبني مخاوف والديه (سليم، 2002، 315).

أن المخاوف في مرحلة الطفولة تتركز حول المدرسة، بما فيها من تحصيل واختبارات وعلاقات مع الأقران، وتعتبر زيادة المواقف المدرسية المؤدية إلى الفشل والإحباط من أهم مصادر القلق والخوف لدى الأطفال (سليم، 1425 هـ، 297).

- أنواع المخاوف:

- 1- المخاوف الموضوعية: وهذا النوع من الخوف يحصل نتيجة لتجارب أو خبرات غير سارة حصلت للطفل سابقاً، ولما كان تحديد مصدر هذه المخاوف ليس عسيراً كان التغلب عليها بسرعة ممكناً، (كالخوف من الأصوات المرعبة، الخوف من الحيوانات، أو النهار).
- 2- المخاوف الذاتية: هذا النوع من الخوف عادةً ما يكون عاماً وغير محدد وليس واقعياً، ولا يمكن تحديد أسباب هذا النوع من الخوف إلا بعد وقت طويل ودراسة دقيقة، ولعل أهمها (الخوف من الموت والظلام) (المرجع السابق نفسه، 298).

- عوامل الخوف عند الأطفال:

يذكر الريماوي وآخرون (1998) أن معظم مخاوف الأطفال مكتسبة وفقاً لنظرية التعلم الشرطي أو التعلم بالاقتران والتقليد، فالخوف استجابة منشقة من الألم، وأن طفل هذه المرحلة يتمتع بقدر عجيبة على التوحد مع الوالدين في الاستجابة الانفعالية المتصلة بالخوف، لذلك وجب علينا أن نولي اهتماماً أكبر لمخاوف الأطفال، والتعرف إليها وإلى أسبابها، والعمل على الوقاية منها وعلاجها، حيث ينعكس ذلك بشكل أفضل على سوية أفراد المجتمع إذا أردنا في النهاية الحصول على فرد سوي وفعال في المجتمع (الريحاوي وآخرون، 1998، 98).

اعتماد الطفل على الكبار المحيطين به، وقصور خبراته وتجاريه المضطربة، كل ذلك يشكل بالنسبة له ظرفاً ملائماً لخلق الصراعات الانفعالية العنيفة التي لا بد أن تترك آثاراً بالغة في شخصيته وسلوكه وتصرفاته، وتظهر الانفعالات المتمركزة حول الذات، والتي من أهمها الخوف والقلق، علماً أن هذه المخاوف ليست ثابتة، فقد يعتريها التغيير مع مرور الزمن (سليم، 2002، 311).

- أسباب الخوف عند الأطفال:

- 1- التدليل الزائد والحماية الزائدة.
 - 2- الخلافات الأسرية والمشاجرات بين الوالدين.
 - 3- الخبرات المؤلمة في المدرسة كالعقاب والتخويف (سليمان، 1425 هـ، 297).
- وترى الباحثة أن من أسباب خوف بعض الأطفال مع عدم وجود الحماية داخل المدرسة.

- طرق وأساليب العلاج:

- 1- فهم الطالب الخوف وتنمية ثقته بنفسه.
- 2- مكافأة الطفل على كل سلوك يقربه من المدرسة.

3- ينبغي على الآباء والمدرسون تحسين المناخ المدرسي والاجتماعي في البيت والمدرسة حتى يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة في علاقاته.

4- الدور المشترك للأسرة والمدرسة في تلمس الأسباب، وفهم الحاجات، ووضع الحلول المناسبة لكل طفل بما يناسب إمكانياته، والابتعاد عن الإساءة للطفل، لأن ذلك يضعف شخصيته وثقته بنفسه، فيقترب من الخوف بشكل كبير (المرجع السابق نفسه، 298).

5- مشكلة القلق (Anxiety):

- تعريف القلق:

يعرفه (محمد، 2000): بأنه: "حالة انفعالية معقدة ومزمنة تتميز بحالات عصابية متنوعة واضطراب ذهني يصاحبه الرعب الغامض غالباً وقد يكون الرعب عن إدراك وفهم" (محمد، 2000، 66)

أما بالنسبة لفرويد (freud) وغولداستين (goldstein) وهورني (horny) فيعتبرون القلق بأنه "خشية عارمة تتميز بصورة خاصة بعدم التأكد وبالعجز التام في مواجهة الخطر" وبالنسبة لمي (may) فهو تلميح بالتهديد بالخطر لبعض القيم التي يتمسك بها الشخص كمظهر لشخصيته" (غالب، 2000، 48-47)

يعرفه (عكاشة، 1998): بأنه: "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاارادي ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة او السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس او الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة" (عكاشة، 1998، 115)

يعرفه (زهران، 2000) بأنه: "حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث وما يصاحبها غامض وأعراض نفسية جسمية" (زهران، 2000، 484)

يعرفه (داينز، 2006) بأنه: "رد فعل طبيعي لرؤية شئ مخيف أو خطير فهو ما يشعر به الفرد عندما يكون في مأزق أو تحت ضغوط نفسية أو عند مواجهة أي خطر من أي نوع سواء أكان جسمانياً أو وجدانياً أو ذهنياً" (داينز، 2006، 35)

وتستطيع الباحثة أن تستخلص من التعاريف أن ما يميز القلق أنه:

- استجابة صادرة من الجملة العصبية اللاارادية

- شعور غامض غير سار

- حالة انفعالية شاملة ومستمرة
- عدم الراحة والاستقرار
- رد فعل طبيعي لاستثارة صادرة
- أنواع القلق:

يورد علماء النفس عدة تفصيلات عن أنواع القلق تتفاوت من درجات خفيفة وحالات مؤقتة الى درجات شديدة حيث انتشر في أغلب الكتب والتصنيفات الأنواع التالية:

1- "القلق الموضوعي العادي: يكون مصدره خارجياً وموجوداً بالفعل ويطلق عليه أحياناً اسم القلق الواقعي أو القلق الصحيح أو القلق السوي" (زهران, 2001, 485)

بمعنى آخر هو "القلق العام الذي يمر به كل الناس خلال حياتهم اليومية مثل قلق الأم نحو وليدها وهذا القلق موضوعي وسوي ويعزى الى موقف معين يحدث في زمن خاص مثل قلق الشخص قبيل محاضرة يتوقع القاؤها أمام جمهور من الحضور" (عبدالله, 2007, 173)

2- "القلق الأخلاقي: وينتج عندما يرتكب الانسان أعمالاً مخالفة للضمير أو يفكر في ارتكابها "هنا يكون مصدر الخطر احتمال غضب الأنا الأعلى ويغلب فيه أن يأتي نتيجة حكم الأنا الأعلى بارتكاب الشخص ذنباً" (نجاتي, 1960, 215)

3- "القلق العصابي: هو داخلي المنشأ وأسبابه لاشعورية مكبوتة غير معروفة ولا يتفق مع الظروف الداعية له ويعوق التوافق والانتاج والسلوك العادي وهو نوع من القلق الهائم الذي لا يدرك المريض أسبابه" (بوعلو, 1993, 59)

- أسباب القلق:

تتعدد وتتنوع الأسباب والمثيرات التي تؤدي بالفرد للشعور بالقلق منها مايلي:

1- الوراثة:

تلعب الوراثة دوراً فعالاً في الاستعداد للمرض "الفرد يولد وعنده الاستعداد الوراثي في جهازه العصبي للقلق النفسي ويظهر المرض عند تعرضه لنوع من الاجهاد" حيث اكدت ذلك دراسات علم النفس على التوائم المتشابهة "نسبة انتشار القلق في التوائم المتشابهة تصل الى 50%" (غالبا, 1978, 20-22).

2- السن:

ويعد أحد العوامل والأسباب المساعدة للقلق "للسن أثره في نشأة القلق كون المرض يزيد مع عدم نضوج الجهاز العصبي بالطفولة وكذلك ضموره في المسنين" حيث تبدأ الأمراض وتراجع الوظائف الفيزيولوجية مع التقدم بالسن وهذا ما يولد القلق لدى الأفراد وخصوصاً النساء لدى ظهور علامات التقدم بالسن. (المرجع السابق، 21).

3- الغرائز:

وخصوصاً غريزتي الجنس والعدوانية حيث تعдан من الغرائز الغير محبب ظهورها اجتماعياً والشديدة الاحاح على الفرد ومن هنا يعيش بصراع عنيف يولد لديه حالة قلق "ينشا القلق النفسي عندما تتزع الغرائز القوية مثل غريزتي الجنس والعدوانية نحو التحقيق ويعجز الفرد عن كبحها ويجد الانسان نفسه بين تحدي قوانين مجتمعه المحلي وأنظمتة" (بوعلو، 1993، 75).

4- المعتقدات المتناقضة:

كأن يظهر الفرد أنه ملتزم ومستقيم في ظاهره وهو يخفي عن الناس رغباته ويطمح لتلبيتها غير آبه بالقوانين والنتائج وكأنه شطر نفسه شطرين : نصفها يعرض على الناس المخادعة ونصفها يمثل حياته السرية الحقيقية"من مسببات القلق أن يتبنى المرء معتقدات متناقضة أو مخالفة لسلوكه الظاهري وهذه الهوة التي تفصل بين ظاهره وباطنه تكون مصدراً للقلق الأخلاقي" (المرجع السابق، 76)

5- الكبت:

لكل فرد ذكريات سيئة أو صور ذهنية لايسمح له المجتمع بالبوح بها او اظهارها لسبب أو لآخر ومساوئ في شخصيته لا يرغب بمواجهة أحد بها غير أن هذه التجارب مهما اختلفت الا أنها تترك شعوراً بالذنب "لا يمكن أن تمحى التجربة الانسانية محواً كاملاً فيظل أثر الكبت يلزم صاحب التجربة بشكل قلق"

6- سخط الجماعة:

لا شك أن الانسان كائن اجتماعي بطبعه يحيا وينمو وسط مجتمع يستقي منه العادات والتقاليد ويتقيد بنظمه وأحكامه ويسعى لارضاء هذه الجماعة نظراً لتأثيرها عليه "لا يحيا الانسان ولا ينتعش الا في وسط الجماعة لذلك يشعر بالقلق عندما يقوم بأنشطة أو يدلي بأقوال تجلب له نقمة الجماعة"

7- توقع مكروه يجهل مصيره:

كالمريض الذي ينتظر أن تجرى له عملية لا تعرف نتائجها والجندي الذي يتوقع هجوماً لا يعرف متى يحدث "من مصادر القلق تلك الحالات التي يتوقع فيها المرء مكروهاً أو تغييراً مهماً في حياته ولكنه يجهل مصيره لا يعرف الاتجاه الذي سيأخذه هذا التغيير" (بوعلو، المرجع السابق، 79-80)

8- عدم تحقيق الذات:

هناك أهداف رئيسة وهامة يضعها كل فرد ويعتبرها جزءاً هاماً من حياته ويسعى لتحقيقها فإذا فشل في ذلك قد يصبح فريسة للشعور بعدم الرضا عن الذات "هناك ارتباط وثيق بين القلق وتقدير المرء لنفسه وثقته بها وعدم الرضا عن النفس صفة من صفات القلقين ومنها عدم تحقيق الذات" (المرجع السابق، 81)

- القلق كحالة والقلق كسمة:

رأى بعض الباحثين أنه لتحديد القلق وتصنيفه أنه حالة يجب الرجوع والاستدلال عليه من عدة مصادر:

"استعرض كروس بعض الدراسات النفسية ومنها خرج بأن القلق الوقتي يمكن الاستدلال عليه من ستة أنواع من المصادر وهي:

التقارير الاستبطانية ، العلامات الجسمية ، السلوك الجزئي مثل وضع قامة الجسم والخلجات وخصائص الحديث، الأداء المعملّي التجريبي، البداهة الاكلينيكية عند الفحص، الاستجابة للضغوط" (عبد الخالق، وحافظ، 1988، 66)

ويجب أيضاً التمييز بين ردة فعل الفرد ضد القلق بموقف معين وبين العمليات الدفاعية والاستجابات المتعلمة التي تهدف الى خفض حدة القلق "الأفراد الذين يتميزون بالقلق المزمن اي سمة القلق يميلون الى تكوين حيل دفاعية كثيرة تساعدهم على تجنب حالات القلق غير السارة" (المرجع السابق، 67)

"لقي تقسيم القلق بشكل عام الى حالة والى سمة اهتماماً كبيراً من علماء النفس ويذكر أن ريموند كاتل كان أول من قدم مفاهيم حالة القلق وسمة القلق وقام سبيليرجر بتطوير وتحديث هذين المفهومين ويذكر :سمة القلق مفهوم يمكن استخدامه في وصف خاصية ثابتة نسبياً لدى الفرد الذي يكون بشكل عام متوتراً ومهموماً ويكون القلق هو أسلوبه المميز في الاستجابة لمواقف ومنبهات متعددة أما حالة القلق فهي مفهوم يمكن استخدامه في وصف حالات انفعالية وقتية تستثيرها مواقف أو منبهات معينة

وتكون الحالة الانفعالية غالباً هي رد فعل طبيعي ازاء الموقف أو المنبه وعليه سمة القلق تعتبر خاصة مميزة لشخصية وهي لا تتأثر نسبياً بالتغيرات البيئية أما حالة القلق فتتوقف على الموقف النوعي أكثر مما تتوقف على شخصية الفرد وقد ينتج عن حدوث تغيرات في البيئة تغيرات في حالة القلق" (بارلو, 2002, 154)

"وتتشابه حالة القلق وسمة القلق في جوانب معينة مع الطاقة الحركية والطاقة الكامنة وتشير حالة القلق التي تشبه الطاقة الحركية الى رجوع أي رد فعل ملموس أو الى عملية تحدث في زمن معين ومستوى محدد من الشدة على حين تشير سمة القلق التي تشبه الطاقة الكامنة الى الفروق الفردية في الارجاع وتعزى الى الطاقة الكامنة الفروق في كمية الطاقة الحركية المرتبطة بشئ مادي محدد والذي يمكن أن ينطلق اذا فجرته بقوة كافية وتتضمن سمة القلق فروقاً بين الناس في الميل الى الاستجابة لمواقف عصبية ذات درجات مختلفة في حالة القلق" (Zuckerman, 2000, p88)

- القلق والخوف :

ليس من السهل التمييز بين القلق والخوف وان كان هذا التمييز سهل نظرياً على الورق الا أنه صعب في الحياة العملية بسبب تداخل المشاعر وتشابك الانفعالات ويبدو الشبه واضحاً في الجوانب التالية "فكل من القلق والخوف حالة انفعالية تنطوي على ما تنطوي عليه الحالة الانفعالية عادة من ضغط وتوتر داخلي وكل منهما يستثار بشعور بوجود خطر يهدد الشخص وكل منهما اشارة تدعو الشخص الى العمل من أجل الدفاع والمحافظة على البقاء وكل منهما مرافق بعدد غير قليل من التغيرات الفيزيولوجية المتماثلة مثل اضطراب في التنفس والدورة الدموية والعصارات المعدية كذلك يمكن في الخوف أن يكون أحياناً أشد مما يستدعيه موضوع الخطر وأن ينقل الشخص الى حالة من القلق ضعيفة أو شديدة وبذلك يشبه القلق" (الرفاعي, 2009, 204)

الجدول رقم (2) أهم النقاط التي توضح الفروقات بين القلق والخوف

الموضوع	الخوف	القلق
الشعور أو السبب	ينشأ كرد فعل لوضع مخيف وقائم بالفعل	قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع
الانتباه الى المصدر	معروف المصدر	لا يكون الفرد منتبهاً الى المصدر
الاحساس	على مستوى شعوري	على مستوى لاشعوري
نوع التهديد	خارجي	داخلي
المدة أو الأثر	يزول بزوال المؤثر	يبقى غالباً رغم زوال المثير الأصلي طالما لم يتم تناوله بالدراسة والتحليل ويجاد الحل المناسب
الاثار والصراعات المصاحبة	لا يوجد صراعات مصاحبة(بل انفعالات وتغيرات جسدية ونفسية وقتية تنتهي بزوال المؤثر عادة)	يوجد صراعات مصاحبة وتؤثر على جسم الانسان وتكيفه وصحته حسب درجة القلق ومساعي العلاج بعد ارادة الله تعالى

المصدر (الحسين, 2007, 32)

1- العوامل المؤثرة بالقلق بطريقة تبادلية:

1-الضغوط:

"مصطلح يستخدم لدلالة على نطاق واسع من حالات الانسان الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة وتحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية مثل كثرة المعلومات التي تؤدي الى اجهاد انفعالي وتظهر الضغوط نتيجة التهديد والخطر وتؤدي الضغوط الى تغيرات في العمليات العقلية وتحولات انفعالية وبنية دافعية متحولة للنشاط وسلوك لفظي وحركي قاصر" (عثمان, 2000, 18)

ومنه عندما ينتاب الفرد شعور بالضغط فهذا يقوده لحالة من التوتر والاجهاد فيبدأ باستخدام وسائل دفاعية للتخفيف من هذا الضغط واذا فشل تظهر عليه الأعراض الانفعالية كالقلق والتوتر وأعراض جسدية كالصداع وفقدان الشهية وهذا ينعكس على صعوبة اتخاذ القرارات وانخفاض أداء الفرد.

2-الشخصية:

يعرف آيزنك الشخصية بأنها "ذلك التنظيم الثابت والدائم الى حد ما لطباع الفرد ومزاجه وعقله وبنية جسمه والذي يحدد توافقه الفريد لبيئته" (المرجع السابق, 20)

وتوصل آيزنك لخمسة عوامل منها العصابية مقابل الاتزان حيث رأى أن العصابية مجموعة سمات اولية تشير الى القلق وهي العصبية والحساسية وفقدان النوم.

3-الاغتراب:

"يرى علماء النفس أن الاغتراب هو حالة معينة لعلاقة الانسان بنفسه وبغيره من الناس وأن الانسان يشعر بالعزلة لأنه قد انفصل عن الطبيعة وعن بقية البشر بل وحتى عن ذاته" (المرجع السابق، 21)

ومنه فان الفرد الذي تكون ثقته بنفسه قوية وقائمة على خبرة واسعة وقوي ومحبوب هو اقل عرضة للقلق من الفرد ذو الثقة الضعيفة بذاته وغير محبوب.

- تشخيص اضطراب القلق العام:

حظي اضطراب القلق العام بأهمية كبيرة في التشخيص حيث تم تعديل الدليل التشخيصي ومراجعته عدة مرات في نسخته العديدة فيما يخص اضطراب القلق العام نظراً لتوفر أعراضه في كثير من الحالات المرضية النفسية والجسمية على حد سواء وهنا نعرض محكات تشخيص اضطراب القلق العام التي أوردها الدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي الرابع للأمراض النفسية:

"أ- قلق وهم زائدان (توقع مكروه) يحدثان في أغلب الأيام لمدة ستة أشهر على الأقل حول عدد من الظروف أو الأنشطة (مثل العمل أو الأداء المدرسي)

ب- يجد الشخص صعوبة في السيطرة على قلقه

ج- يقترن القلق والهم بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية: (بعض الأعراض على الأقل توجد في أغلب الأيام طوال الستة أشهر الماضية)

ملاحظة: بالنسبة للأطفال يكفي عرض واحد مما يلي:

1-التقلقل (عدم الاستقرار) أو الشعور بالإثارة أو النرفزة

2-سرعة الشعور بالتعب

3-صعوبة التركيز أو الاستيعاب

4-النزق(سرعة الانفعال)

5-التوتر العضلي

6-اضطراب النوم(صعوبة البدء في النوم أو مواصلته أو نوم متقلب غير مشبع)

د-ليس القلق والهم مقصورين على مظاهر اضطراب من اضطرابات المحور(1) مثال ذلك ليس القلق أو الهم خوفاً من حدوث نوبة هلع (كما في اضطراب الهلع) أو من الاحراج على الملأ (كما في

الرهاب الاجتماعي) أو من التلوث (كما في الوسواس القهري) أو من الابتعاد عن البيت أو عن الأهل الأقربين (كما في اضطراب قلق الانفصال) أو من زيادة الوزن (كما في فقدان الشهية العصبي) أو من وجود أعراض جسمية متعددة (كما في اضطراب الجسدنة) أو من وجود مرض خطير (كما في توهم المرض) ولا يحدث القلق والهم على وجه الحصر أثناء اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

هـ - يؤدي القلق أو الهم أو الأعراض الجسمية الى كرب دال اكلينيكيًا أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى.

و- ليس الاضطراب نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لاحدى المواد (مثل عقار ادماي، دواء) أو لمرض جسمي عام (مثل: زيادة نشاط الغدة الدرقية) ولا يحدث على وجه الحصر أثناء اضطراب مزاج أو اضطراب ذهاني أو اضطرابات النمو الشامل" (الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع، 2001)

- علاج القلق:

1- العلاج السلوكي المعرفي للقلق العام:

في العلاج السلوكي المعرفي التقليدي للقلق العام يتم تدريب المريض على كيفية التعرف على الأفكار القلقية وعلى ايجاد بدائل فعالة لها والقيام بتجارب سلوكية لتفحص هذه الأفكار ويستعان عادة بسجل الأفكار بجدول النشاطات لتحديد الأفكار وتطوير بدائل ايجابية لها ويشجع المريض فيما بعد على تفحصها من خلال القيام ببعض المهام السلوكية ولكن التطورات الحديثة في النموذج المعرفي للقلق العام أضافت بعداً جديداً للعلاج المعرفي السلوكي للقلق فاضطراب القلق العام تبعاً للنموذج المعرفي الحديث " يتصف بنشاط معرفي يدور حول المعرفي نفسه أو بشكل أدق التوجس حول التوجس على اعتبار أن التوجس من أهم مكونات القلق العام ومن امثلة التوجس حول التوجس (كما أشير الى ذلك في النموذج المعرفي للقلق العام): (سوف أصاب بالجنون من كثرة توجسي)، (لا أستطيع التحكم في توجسي) (التوجس سلوك غير طبيعي) (التوجس يؤدي لحدوث الأشياء السيئة) " (المحارب، 2000، 257)

2- العلاج النفسي:

"نتبع في معظم الحالات العلاج النفسي المباشر والمقصود به التفسير والتشجيع والايحاء والتوجيه والاستماع الى صراعات المريض أما التحليل النفسي فيحتاج لكثير من الوقت والجهد والمال ولذا يستحسن عدم اتباعه الا في الحالات الشديدة المزمنة التي يتطلب علاجها الوقت والمال وأكثر

أنواع العلاج النفسي شيوعاً في الوقت المعاصر في اضطراب القلق هو العلاج النفسي المعرفي وهو محاولة تغيير النظم المعرفية في التفكير من خلال هذا العلاج المتخصص " (عكاشة, 2003, 149)

3- العلاج الكيميائي:

لا يفيد العلاج النفسي منفرداً في الحالات الحادة السابق ذكرها مع الخوف والرعب والاعياء بل يجب اعطاء المريض كميات كبيرة من المنومات والمهدئات في بدء الأمر ثم بعد الراحة الجسمية نستطيع البدء في العلاج النفسي " أما في حالات القلق الشديدة فلا مانع من اعطاء بعض العقاقير التي تقلل من التوتر العصبي مثل: مجموعة البنزوديازيبين (الفاليوم, الليبريم, أتيفان, زاناكس, ترانكسين) والتي تعمل على مستقبلات غالباً ما يعطي احساساً بالهدوء والاسترخاء والراحة" (المرجع السابق, 150).

4- العلاج السلوكي:

" خاصة في حالات الخوف المرضي حيث يدرّب المريض على الاسترخاء اما بتمرينات الاسترخاء العضلية والتنفسية أو تحت تأثير عقاقير خاصة بالاسترخاء ثم يعطى منبهات أقل من أن تصدر قلقاً أو تسبب ألماً ونزید المنبه تدريجياً حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخوف وهو في حالة استرخاء ودون ظهور علامات القلق وهنا ينطفيء الارتباط الشرطي المرضي ويتكون لديه ترابط شرطي سوي" (المرجع السابق، 150)

6- مشكلة الخجل (Abashment):

- مفهوم وتعريف الخجل:

إن الخجل لدى الأطفال يلاحظه الكبار بسهولة ، فيدفع الخجل الأطفال إلى اجتناب الألعاب والانزواء ولا يميلون إلى المشاركة في المواقف الاجتماعية ويشعرون بالخجل عندما يتحدثون إلى الآخرين. ويؤكد (مرشد، 2003) على أن الخجل مشكلة حقيقية يجب أن تحظى بما تستحق من البحث والاهتمام وخاصة بالنسبة للأطفال حتى لا تصبح مرضاً يصعب علاجه، فالخجل يمكن أن يترتب عليه مشكلات عدة منها تجنب التواصل والارتباط بصدقات والغيرة في الأعماق أو الحسد عندما يجد الطفل أقرانه يلعبون بصورة طبيعية وكذلك ضعف الثقة بالنفس. (مرشد، 2003، 82).

وترى (عبد الفتاح، 2005) أن الخجل من المشكلات النفسية الهامة في مرحلة الطفولة لأن الطفل الخجول يفقد المهارات الاجتماعية ولذا لا يستطيع الاندماج بسهولة في الحياة الاجتماعية بالإضافة إلى أن الخجل قد يتطور إلى الأسوأ مما يؤدي إلى اضطراب شخصية ويصبح عال على نفسه وعلى مجتمعه

إذا لم يتوافر له الأمان وتقدم له المساعدة لا سيما المساعدة الترويجية للتخلص من خجله. (عبد الفتاح، 2005، 198).

ويصف (داوود، وحمدى، 1989) الأطفال الخجولين أنهم جنباء يخافون بسهولة وغير واثقين ومتواضعين ومتحفظون ومترددون في التزام أنفسهم بأي شيء وهم يتجنبون الألفة والاتصال بالآخرين وفي المواقف الاجتماعية لا يقومون بالمبادرة أو التطوع بل يبقون على الأغلب صامتين أو يتحدثون بصوت خافت. والخجل يظهر بشكل طبيعي في أعمار 5 أو 6 شهور وفي عمر سنتين وانتشاره واسع جداً إذ أن حوالي 40 % من المراهقين والراشدين يصفون أنفسهم بأنهم خجولون وغير قادرين على الاتصال المناسب مع الآخرين. (داوود، وحمدى، 1989، 192)

إن الأطفال العاديين الأكثر جرأة يعبرون على أفكارهم وحقوقهم دون أن ينكروا حقوق الآخرين ويتصفون على النحو الذي يحقق لهم الفائدة أما الأطفال الخجولين فهم ضعيفوا الاتصال ولا يقدمون أنفسهم بشكل جيد أنهم يشعرون بعدم الارتياح الداخلي ويعانون غالباً من أعراض القلق وغير مستقرين ويرغبون في الابتعاد عن المواقف الاجتماعية كما أنهم غالباً ما يشعرون بالاختلاف والنقص معتقدين بأن الآخرين يفكرون بهم على نحو سيئ وبأن الاتصال الاجتماعي سوف ينتهي بخبرة سلبية جداً فهذا الخوف من التقييم السالب غالباً ما يكون مصحوباً بسلوك اجتماعي غير مناسب يتضمن الارتباك وعدم البراعة ومحدودية اللغة وكثير من الأطفال الخجولين لا يشاركون في المدرسة أو المجتمع المحلي لكنهم يتصرفون على نحو مختلف في البيت إلا أن الوضع يصبح أكثر صعوبة عندما يكون هؤلاء خجولين في البيت أيضاً (الشربيني، 2001، 90).

ويعرف (الشربيني، 2001) الخجل بأنه الذي نلاحظه على الأطفال في مرحلة الروضة وبدايات المدرسة الابتدائية فيدفعهم إلى الانزواء واجتئاب الألعاب وعدم الانخراط في أغلب المناشط الاجتماعية (المرجع السابق، 90).

ويعرفه كرويزر (Crosier, 1979) بأنه يكون مصحوباً بالشعور بالقلق وعدم الارتياح في مواقف اجتماعية معينة مثل الظهور أمام السلطة مع رغبة الخجول في الصمت والانسحاب من المشاركة الاجتماعية. (Crosier, 1979, 121)

أما (البهي، 1975) فيعرف الخجل بأنه معدل الحالة الانفعالية التي قد تصاحب الخوف عندما يخشى الفرد الموقف الراهن المحيط به وأنه ينشأ من الشعور المرهف بالذات. (البهي، 1975، 165).

وعرف (حبيب، 1992) الخجل إذا كان بصورة مرضية أنه أحد الأسباب التي تعوق الفرد عن إشباع حاجاته وعن تحقيق التوافق المنشود، وذلك لأنه يعوق الفرد عن تحقيق التفاعل الاجتماعي الناجح (حبيب، 1992، 67).

ويرى (حواشين، وحواشين، 1996) بأن الخجل ناتج عن الاستهزاء والسخرية بالطفل مما يجعله يتحاشى الاتصال الاجتماعي ويميل إلى الشعور بالخوف والارتباك. (حواشين، وحواشين، 1996، 54).

وعرفه (فرحة، 2000) بأنه حالة عاطفية أو انفعالية معقدة تتطوي على شعور سلبي بالذات أو على شعور بالنقص والعييب لا يبعث بالارتياح والاطمئنان في النفس. (فرحة، 2000، 122).

ومن خلال التعريفات السابقة يمكن القول بأن الخجل مشكلة انفعالية اجتماعية تعني الفشل في العمليات الاجتماعية وخاصة التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، كما أن التعريفات تعكس مفهوم الذات لدى الفرد واضطرابه وسوء تكيفه مع الآخرين، ومن المعروف أن الإنسان كائن اجتماعي يسعى إلى أن يعيش وسط الجماعة يؤثر ويتأثر فيه ولكن الخجل يعطل هذه الخاصية، فالشخص الخجول إنسان مضطرب يسيطر عليه التوتر والقلق والانسحاب كل ذلك ينعكس على شخصيته فيفقد الثقة بنفسه ويصبح ضعيف الإرادة والمبادرة وبالتالي يتجنب المواقف الانفعالية لأنها هي سبب الخجل مثل القلق والخوف والشعور بالضعف.

- الفرق بين الخجل وبعض الاضطرابات المتداخلة معه:

ذكر (عبد المعطي، 2001) تلك الفروق على النحو الآتي:

- 1- **الحياء والخجل:** الحياء هو سلوك إرادي يقصد به احترام الطرف الآخر في التفاعل أما الخجل فينتاب الفرد بصورة لا إرادية في معظم الظروف التي يحدث فيها.
- 2- **الخجل والانطواء:** فالشخص الخجول يرغب في الاحتكاك والتفاعل مع غيره ولكنه يشعر بعدم الارتياح إذا ما فعل ذلك الأمر الذي قد يجعله يتفادى الغير في مناسبات معينة. أما الانطواء فإنه يشتمل على ميل الفرد إلى توجيه الاهتمام إلى الداخل.
- 3- **الخجل وقلق الجمهور:** فالخجل مرتبط بالتفاعل بين الآخرين بينما قلق الجمهور مرتبط بالمواقف التي تعتمد على الفرد أكثر، قياساً على ما يحدث خلال الاجتماع بالآخرين من تفاعل مثل إلقاء خطبة أو تمثيل دور في مسرحية.
- 4- **الخجل والقلق الاجتماعي:** الخجل يختلف عن القلق الاجتماعي ولكن هناك خلاف حول علاقة كل منهما بالآخر حيث يرى بعضهم أن القلق الاجتماعي يشمل الخجل بينما يرى آخرون أن القلق الاجتماعي أحد عناصر الخجل.
- 5- **الخجل والشعور بالعار والارتباك واحمرار الوجه:** الخجل يحدث في الطالب لان الفرد يتوقع أنه لن يستطيع إظهار نفسه بالصورة التي يتمنى أن يظهر بها أمام الآخرين. أما العار فقد يشعر به الفرد عندما يحدث هذا التناقض بالفعل ويتلوه الارتباك عند انكشاف التناقض للآخرين أما احمرار الوجه فهو عبارة عن اعتذار يقدمه الفرد كمحاولة لمنع أو تخفيف حدة التقييم السلبي من قبل الآخرين.

6- علاقة العزلة الاجتماعية بالخلج: إن العزلة الاجتماعية هي أحد أشكال العلاقات المشوشة بين الأطفال، وسبب العزلة هو عدم تفاعل الأطفال مع الآخرين وربما يعود إلى الخجل أنه سلوك تجنبني للآخرين، فالعزلة الاجتماعية عند الطفل لها علاقة بالتحصيل الدراسي المتدني له في المدرسة وعدم تكيفه، وهؤلاء الأطفال سيطورون سلوكات مثل سلوكات الجانحين، ومعظم الأطفال المعزولين لا يثقون بأنفسهم وغير مفهومين ومرفوضين. (عبد المعطي، 2001، 332-333).

- مكونات الخجل:

تورد (النيال وأبو زايد، 1999) مكونات الخجل كالاتي:

1- مكون فيزيولوجي للخجل: وهو الوميض الداخلي ويتضح في زيادة إفراز الأدرينالين واحمرار الوجه وإفراز العرق وزيادة النبض وجفاف الحلق، وبرودة اليدين.

2- مكون معرفي للخجل: يتمثل في زيادة الانتباه للذات وزيادة الوعي بها وعدم التوقع و المكون المعرفي بوصفه نقص السلوك الظاهر فضلاً عن انتباه مفرط للذات ووعي زائد بالذات وصعوبات في الإقناع والاتصال. والخجل يتضمن صعوبات في الأداء فضلاً عن ضعف في السلوك التوكيدي.

3- مكون سلوكي للخجل: يتمثل في حالة من عدم الارتياح والارتباك والحيرة والتردد والتذبذب والصمت.

4- مكون انفعالي للخجل: ويتمثل في الحساسية وضعف الثقة بالنفس والاستثارة النرجسية واضطراب المحافظة على الذات، وكذلك في الخوف والرعب والقلق. (النيال وأبو زايد، 1999، 79).

- أسباب الخجل:

توجد مجموعة من العوامل التي تؤدي إلى الخجل ومن أهمها:

1- العامل الجسمي: كأن يكون الفرد مصاباً بعاهة وتشوه أو يعاني من سمنة شديدة أو ضعف وهزال وهذه تعرضه للشعور بالنقص وعدم ثقته بنفسه. (فرحة، 2000، 125).

2- العامل النفسي: حيث تلعب ظروف التربية والتنشئة الاجتماعية دوراً هاماً ومؤثراً إذ تخضع نفس الفرد لصراعات متعارضة تجعله في حالة قلق واضطراب قليل الانتباه وتختلط عليه الحقائق ويحرص على عبارات الثناء في كل مناسبة. (مدانات، 1996، 36).

3- العامل الاجتماعي: حيث تلعب مرحلة الطفولة دوراً هاماً في حياة الأفراد فالطفل يتأثر بما يسمعه من كلام الأقارب والمعارف عن خجله وعجزه أو قصر قامته هذه الأقوال تنرسب في مخيلته وتتحول مع الأيام إلى ذكريات فيرى من خلالها نقصاً وعجزاً في نفسه وقدرته ويؤدي به ذلك إلى أن يتخذ من الانطواء والعزلة وسيلة للهروب من مواجهة الناس. (المرجع السابق، 37).

وتذكر (العزة، 2000) أهم أسباب الخجل وهي كالاتي:

- الانتقادات والتحكم التي تضعف ثقة الطفل في نفسه وتشعره بنواحي النقص لديه.
- مقارنة الطفل بالأطفال الآخرين وهي وسيلة الإيذاء لدفع الأبناء للتقدم.
- ضعف العلاقة التي تعتمد على الحب والعطف والرعاية التي يكون الطفل في أمس الحاجة إليها.
- نقد الطفل أمام إخوته وزملائه لأقل هفوة تصدر منه مما يؤدي به إلى التراجع.
- عدم الاهتمام والإهمال فبعض الآباء يظهرون قلة اهتمام بأطفالهم أن النقص العام بالاهتمام بالأطفال يؤدي إلى شعورهم بالدونية والنقص.
- الشعور بعدم الأمان فالأطفال الذين يشعرون بقلّة الأمن لا يستطيعون المغامرة.
- التدليل والحماية الزائدة فالأطفال الذين تقدم لهم حماية زائدة يصبحون سلبيين وخجولين.
- عدم الثبات فأسلوب التناقض وعدم الثبات في معاملة الطفل وتربيته يساعد على وجود الخجل.
- اللقب بالخجل حيث يتقبل بعض الأطفال أنفسهم بأنهم خجولين كصفة ملازمة لهم.
- المزاج أو الإعاقة الجسدية فبعض الأطفال يبذون خجولين منذ الولادة ، وكذلك الإعاقات الجسدية غالباً ما تسبب الخجل والشعور بالدونية.
- النموذج الأبوي فالآباء الخجولين غالباً ما يكون لديهم أطفالاً خجولين إذ أن هناك ارتباط بين الخجل الوراثي والعيش مع نماذج خجولة من الناس. (العزة، 2002، 159).
- أشكال الخجل:

ذكر (النيال وأبو زيد، 1999) أشكال الخجل كالاتي:

- 1- الخجل الاجتماعي الانطوائي: ويتميز الفرد فيه بالعزلة مع قدرته على العمل بكفاءة مع الجماعة.
- 2- الخجل الاجتماعي العصابي: ويتميز صاحبه بالقلق الناتج عن الشعور بالحساسية المفرطة نحو الذات.
- 3- الخجل العام: ويتميز صاحبه بعيوب في أداء المهارات كالحرص والفشل في بعض الأحيان أثناء الاستجابة في الموقف الاجتماعي.
- 4- الخجل الخاص: وهذا النوع من الخجل يتعلق بالعلاقات الشخصية الحميمة التي يطلق عليها اصطلاح الاستحياء.
- 5- الخجل الموجب: ويشير إلى الصفات المستحسنة اجتماعياً مثل الهدوء والحساسية.
- 6- الخجل السالب: يشير إلى الصفات غيرالمستحسنة مثل العزلة والخوف.
- 7- الخجل المتوازن: ويشير إلى الصفات السابقة بوصفها متوازنة دون إفراط أو تفريط وبشكل مقبول اجتماعياً.
- 8- الخجل المزاجي: وهو المرتبط بالمزاج وتقلباته.
- 9- الخجل التقويمي الاجتماعي: ويقصد به الخجل المرتبط بتقويم المواقف الاجتماعية.

- 10- **الخبجل المفرط:** ويعني ظهور أعراض الخبجل بصورة زائدة وشديدة.
- 11- **الخبجل غير المفرط:** ويعني ظهور بعض أعراض الخبجل بصورة بسيطة وخفيفة ومؤقتة.
- 12- **الخبجل من الذات:** ويعني أن يخبجل الفرد من نفسه دون تدخل الآخرين.
- 13- **الخبجل من الآخرين:** ويعني أن يشعر الفرد بالخبجل من الآخرين وبسبب الآخرين ونتيجة تفاعله معهم.
- 14- **الخبجل الحقيقي:** ويعني الخبجل الفعلي الواقعي في المواقف المثيرة فعلاً للخبجل دون مبالغة.
- 15- **الخبجل الوهمي:** ويعني الخبجل من أشياء أو أمور لا تسبب الخبجل لدى معظم الناس وهو خبجل مبني على الوهم أو تصورات خاطئة.
- 16- **الخبجل المتصنع:** ويعني الخبجل المفتعل ويلجأ إليه الفرد تحقيقاً لهدف ما.
- 17- **الخبجل الجنسي:** ويقصد به الخبجل المتعلق بالموضوعات الجنسية والتناسلية والشهوية.
- 18- **الخبجل المعرفي:** ويقصد به الخبجل من التعبير عن أفكار معينة.
- 19- **الخبجل العاطفي:** وهو الخبجل المتعلق بالموضوعات العاطفية مثل الحب ، والعشق.
- 20- **الخبجل اللفظي:** ويقصد به التعابير اللفظية التي يتلفظ بها الفرد حين شعوره بالخبجل.
- 21- **الخبجل غير اللفظي:** ويقصد به التعابير الحركية والعضلية والسلوكيات التي لا يمكن التعبير عنها لفظياً. (النيال وأبو زيد، 1999، 19-20).

- أعراض الخبجل:

يظهر على الطفل الخبجل أعراض مختلفة ذكرتها (المخزومي ورضا، 2004) وهي كالاتي:

- 1- فقدان الثقة في النفس.
- 2- الابتعاد عن الآخرين مما يؤدي إلى العزلة والانطواء.
- 3- التوتر الشديد والعصبية.
- 4- القيام بسلوك لا يعد حسناً مثل مص الإبهام وقضم الأظافر أو تكسير الأشياء التي تقع بين يديه وبشكل لا إرادي.
- 5- الحسد وبغض الآخرين وكراهيتهم والحقد عليهم.
- 6- النكوص إلى المراحل السابقة.
- 7- التأخر الدراسي.
- 8- التراجع أمام المشاكل والهرب من حلها.
- 9- ظهور بعض العلامات الجسمية كاحمرار الوجه والرعشة وارتجاف الأطراف عند الشروع في التحدث.

- 10- فقدان القدرة على الدفاع عن النفس.
- 11- الاتكال على الغير.
- 12- الخوف من التقاء عينيه بعيون الآخرين.
- 13- فقدان القدرة على التعبير عن أفكاره.
- 14- المشي منكس الرأس.
- 15- التأخر في تعلم اللغة (اللغة الأم أو اللغة الثانية). (المخزومي ورضا، 2004، 49-50).

- النظريات المفسرة للخجل:

فقد تحدثت (النيال وأبو زيد، 1999) عن الاتجاهات المفسرة للخجل وهي كالاتي:

- 1- **الاتجاه التحليلي:** ويفسر الخجل على أساس أن الأنا مشغول بذاته ليأخذ شكل النرجسية والشخص الخجول من وجهة النظر هذه يتميز بالعدائية والعدوان.
- 2- **الاتجاه التعلم الاجتماعي:** ويؤكد هذا الاتجاه أن الخجل راجع إلى القلق الاجتماعي والذي بدوره يثير أنماطاً متباينة من السلوك الانسحابي على الرغم من أن الانسحاب يعمل على خفض القلق ومن ثم الخجل إلا أنه يمنح فرصة تعلم المهارات الاجتماعية الملائمة.
- 3- **الاتجاه البيئي الأسري:** ويرجع البعض الخجل إلى عوامل بيئية أسرية تتمثل فيما يمارسه الوالدان من أساليب معاملة مثل الحماية الزائدة التي قد تنتج عنها اعتماد كلي على الوالدين كما أن النقد المستمر الموجه نحو الطفل فقد يؤدي إلى نشأة أسلوب التردد وتنمية المخاوف لديه.
- 4- **الاتجاه الوراثي:** حيث يعزى فيه الخجل إلى الشق الوراثي التكويني فيميل بعض الأطفال إلى التعرض للضوضاء والرغبة في الانطلاق ويميل البعض إلى السكون والانفراد. (النيال وأبو زيد، 1999، 38).

- الوقاية من الخجل:

ذكر (عبد المعطي، 2001) طرق الوقاية من الخجل كالاتي:

- 1- الحرص على تشجيع الثقة بالنفس.
- 2- عدم مقارنة الأطفال بمن هم أكثر حظاً في الاستعدادات الجسمية أو الوسامة أو الذكاء.
- 3- أن يوفر الآباء والمربين لأبنائهم مقدراً معقولاً من العطف والمحبة.
- 4- تشجيع ومكافأة الأطفال الاجتماعيين.
- 5- تشجيع المهارات المعرفية والاجتماعية للأطفال الخجولين. (عبد المعطي، 2001، 234).

- علاج الخجل:

ذكرت (العزة، 2002) عدة طرق لعلاج الخجل وهي كالاتي:

- 1- تحسين المهارات الاجتماعية للأطفال الخجولين.
- 2- إضعاف الحساسية بالخجل.
- 3- تشجيع توكيد الذات.
- 4- تشجع التحدث مع النفس.
- 5- إشعار الأطفال بالآمان والاطمئنان.
- 6- إتاحة الفرصة للطفل بالاختلاط بالآخرين. (العزة، 2002، 163).

7- مشكلة الغضب (Anger):

- مفهوم وتعريف انفعال الغضب:

تشير (أبو دلبوح، 2008) بأن الغضب هو نوع من أنواع المشاعر الأساسية كالحب والكره والفرح عند الإنسان، وهو شعور يعرفه كل إنسان، ويحدث عندما يشعر الإنسان بأن أحدهم يعيق أو يعترض تحقيق أهدافه، أو عندما يشعر أن هناك من يهدد له قيمة معينة، وهو حالة انفعالية داخلية يعيشها الإنسان، وقد تظل هذه الحالة داخلية أو تتحول إلى سلوك، وعندئذ تصبح عدواناً، وخبرة الغضب وأشكطال التعبير عنه متطابقة تقريباً بين شعوب الأرض كافة، ولهذا يعتبر انفعال الغضب من الحالات الوجدانية والانفعالية والمشاعر الإنسانية التي تعدّ من الظواهر الطبيعية التي تعطي للحياة قيمتها. (أبو دلبوح، 2008، 15).

ويعدّ الغضب من المشكلات الانفعالية التي اهتم بها العلماء بوصفه مشكلة أساسية في حياة الفرد في مختلف جوانبها، وقد اختلف الباحثون في تعريف الغضب، إذ يشير الاتجاه المعرفي إلى أن الانفعالات تتضمن مكونات معرفية تقوم على إدراك الفرد ووعيه ومعرفته للموقف المثير للانفعال، ويؤكد المنظور البيولوجي على ردود الفعل الفيزيولوجية، ومن ناحية أخرى يفسر أفريل (Avreil) الانفعالات باعتبارها أبنية اجتماعية أي أنّ الانفعالات وظيفة داخل النظام الاجتماعي، أو أنها ترتبط على الأقل ببعض السلوكيات التي لها مغزى وظيفي، وعلى الرغم من تأكيد أفريل على الأبنية الاجتماعية للانفعال، إلا أنه لم ينكر الأسس البيولوجية المرتبطة بها. (عامر، 2005، 2).

فانفعال الغضب سلوك يشترك في إنتاجه ثلاثة عوامل رئيسة تشكل كيان الإنسان بأكمله، وهي: العوامل البيولوجية، والعوامل الفكرية الذهنية، والعوامل النفسية، ويمثل العامل الأول الجسد والبدن، والثاني البيئة والعقل، والثالث المشاعر والوجدان. (كاظم، 2008، 27).

وستقوم الباحثة بعرض مفهوم انفعال الغضب في ضوء المعنى السيكولوجي على النحو الآتي:
في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، فيعرف الغضب باعتباره "انفعال سيء غير مريح،
ويصاحب الرغبة في الاعتداء أو التدمير وإنزال الضرر بالآخرين أو بالذات أحياناً". (طه وآخرون،
2003، 608).

ومن الناحية السيكولوجية لمفهوم انفعال الغضب، يشير التطور التاريخي السيكولوجي، أن أفريل
(1982) من أوائل المهتمين بهذا المفهوم من خلال تعريفه له على أنه: "انفعال شديد يحتمل حالة من
الصراع، ويرتبط في المستوى البيولوجي بأجهزة العدوان، كما يرتبط بطاقات الحياة الاجتماعية
المتعاونة، وبالتجسيد الرمزي والوعي بالذات، وفي المستوى النفسي فإنه يهدف إلى تصحيح بعض
الجوانب التي يعتبرها الفرد الغاضب خاطئة منوجهة نظره، أما في المستوى الاجتماعي فإنه يلعب دوراً
هاماً في المحافظة على المعايير الخلقية المقبولة" (الشناوي والدماطي، 1993، 9).

ويعرف (ديكارت، 1993) انفعال الغضب بأنه: "نوع من الكراهية أو النفور والاشمئزاز ضد
الذين اقترفوا عملاً سيئاً، أو حاولوا أن ينزلوا ضرراً ما" (ديكارت، 1993، 117).

في حين يعرف (حبيب، 1994) انفعال الغضب بأنه: "شعور بعدم الرضا يتجه إلى شخص أو
إلى شيء ترافقه رغبة بإزالة أسباب عدم الراحة" (حبيب، 1994، 11).

ويعرفه (خضر، 2000) بأنه: "حالة من الاضطراب الانفعالي نتيجة الشعور بالإحباط يصاحبه
بعض المظاهر الجسمية والنفسية" (خضر، 2000، 220).

بينما قام (عبد الله وخليفة، 2001) بتعريف انفعال الغضب بأنه: "حالة انفعالية تصيب الفرد
بصورة حادة أو مفاجأة وتؤثر في سلوكه وخبرته الشعورية ووظائفه الفيزيولوجية الداخلية، وينشأ في
الأصل عن مصدر نفسي" (عبد الله وخليفة، 2001، 657).

وتعرفه (قطينة، 2003) بأنه: "حالة استثنائية فيزيولوجية توجد مع تصرفات مقصودة أو متخيلة،
تبلغ أوجها في إحداث آثار ضارة بشخص آخر" (قطينة، 2003، 112).

بينما تعرفه (الحسين، 2005) بأنه: "انفعال نفسي طارئ قوي وملاحظ يحدث نتيجة تعرض
الذات إلى معوق أو فشل أو إحباط أو شعور بالعجز وقلة الحيلة تجاه ما يواجهها وما يعيق إشباع
دوافعها وحاجاتها، ولا سيما تلك المتعلقة بالأمن والحرية والطعام والنوم والاستمتاع والنجاح، والمكانة،
والكرامة، ويعد وسيلة أو محاولة لإزالة القيود، ووسيلة لجذب الانتباه وتحقيق الهدف، ووسيلة للتنفيس
عن الشعور بالضيق وعدم الارتياح" (الحسين، 2005، 143).

ويعرفه (فراج، 2005) بأنه: "حالة وجدانية انفعالية، تسبب رد فعل داخلي تجاه بعض الموضوعات أو الأفكار أو الأشخاص نتيجة بعض الاحباطات بحيث تجعل الفرد يشعر بحالة من التوتر يصاحبها التفكير في استخدام القوة كاستجابة داخلية (تصورية) أو حقيقية لوجود أهداف وحاجات غير مشبعة" (فراج، 2005، 114).

أما (الزعيبي، 2007) فيعرفه بأنه: "انفعال يحدث عند الشخص عندما تعاق رغبة لديه، ويتميز بدرجة عالية من النشاط في الجهاز العصبي، ويتوافق بشعور قوي بعدم الرضا" (الزعيبي، 2007، 202).

وتعرفه (خطاب، 2007) بأنه: "ظرف انفعالي عابر ومتغير يتميز بالذاتية، حيث يعبر الفرد عما يشعر به في اللحظة الحالية التي يمر بها، وتكون لظروف بيئية متغيرة وخبرات محبطة، وهذا الغضب يتضمن انفعال يصحبه الاحباط والاستقزاز المتمثل في الإهانة والتحقير، وغالباً ما يكون المثير عرضي وأحياناً نتيجة قيام الشخص باستعادة مواقف أو خبرات سلبية مرت به ولم يتمكن من مواجهتها، أي أن السبب قد يكون مباشراً أو غير مباشر، ويظهر في شكل استجابات لفظية وغير لفظية تجاه المتسبب في تلك الحالة، ويسعى الشخص إلى إيذاء هذا المتسبب" (خطاب، 2007، 113).

وترى الباحثة بالرغم من الاختلافات في تحديد مفهوم وتعريف الغضب، إلا أن هناك قواسم مشتركة بين هذه الآراء والتعريفات السابقة، فالغضب حالة انفعالية مؤقتة تقوى أو تضعف حسب المؤثر وحسب طبيعة الشخص، كما أن معظم تعريفات الغضب ترتبط بأسبابه وآثاره، والتغيرات المعرفية المدركة المولدة للسلوك الذي يتبع الغضب.

وعلماء النفس يقولون: أن انفعال الغضب يتكون من ثلاثة جوانب يمكن ملاحظتها ودراستها وهي كالاتي:

- جانب شعوري ذاتي يعلمه الشخص المنفعل وحده، ويختلف من انفعال إلى آخر تبعاً لنوع الانفعال، وهذا الشعور يمكن دراسته عن طريق التأمل الباطني.
- جانب فيزيولوجي داخلي كخفقان القلب، وتغير ضغط الدم، واضطراب التنفس، وسوء الهضم، وازدياد إفراز الغدد الصماء.
- جانب خارجي ظاهر، يشتمل على مختلف التعبيرات والحركات والأوضاع والألفاظ والإيماءات التي تبدو على الشخص المنفعل، وهذا الجانب الذي نحكم منه على نوع الانفعال عند الآخرين. (سمور وعواد، 2004، 145).

- أنواع انفعال الغضب:

تشير (بكير، 2001) إلى أن انفعال الغضب أداة قوية للتعبير عن المستوى الشخصي والاجتماعي، ويمكن أن نستخدم غضبنا كأداة للتغيير الإيجابي عندما نعبر عنه بطريقة إيجابية تزيد من تقدير الذات لدينا باستمرار، وإذا ركزنا على حوادث محددة تثير فينا الغضب، فإن غضبنا يصبح قابلاً للفهم وأكثر سهولة في التعامل معه، وغضبنا عادة يتضمن الأنواع الآتية:

- غضبنا اتجاه الآخرين.
- غضب الآخرين الموجه نحونا.
- غضبنا نحو الذات.
- الغضب المتخلف عن الماضي أو من آثار الماضي.
- الغضب النظري أو التجريدي.
- التهديد الموجه نحو الجسم.
- التهديد الموجه نحو الممتلكات الشخصية.
- التهديد الموجه نحو تقدير الذات مثل التعرض للشتم والانتقاد. (بكير، 2001، 4-5).

في حين يذكر (كاظم، 2008) أن الناس تجاه الغضب ثلاثة أنواع:

- التفریط: وهو تبلد مذموم، لأنه يفقد قوة الغضب أو ضعفها، ويجعل الإنسان لا حمية له، ويوقعه في الاستكانة والتعاس، وعدم تحمل مسؤولية نفسه ولا مسؤولية غيره ممن هم في عهده، سواء كانوا أفراداً أو مجتمعاً أو قيماً اعتبارية.
- الإفراط: وهو أمر مذموم، لأنه غضب يتجاوز حد دفع الشر إلى إيقاع الشر بنفسه والآهين، وسبب هذا التجاوز غلبة هذه الخصلة الفطرية في الأصل على صاحبها.
- الاعتدال: إن الاعتدال في الغضب هو الشكل المطلوب، حيث يتصف هنا الفرد بالصبر والحلم والتفكير الواعي. (كاظم، 2008، 21-23).

كما يصنف ديفيسون وآخرون (2000) الغضب إلى نوعين: بناء، وضار، وكل منهما يمكن أن يقسم إلى ثلاثة أقسام فرعية، وهي: لفظية، وسلوكية، ومعرفية. حيث وجد الباحثون أن الأفراد الحاصلين على مستوى عالٍ من الغضب البناء يتمتعون بمستوى صحي من ضغط الدم مقارنة بأقرانهم من الحاصلين على درجات مرتفعة في الغضب الضار. (الخضر، 2004، 72).

أما (خطاب، 2007) فقد صنفت انفعال الغضب كالاتي:

- 1- الغضب الصريح: وهنا يعيه الشخص ويكون واضحاً.

- 2- الغضب الكامن: ويتم كبته ولا يعيه الشخص، ويلعب دوراً في الاكتئاب المزمن.
- 3- الغضب المزمن: ويمثل مشكلة حقيقية في التوافق الشخصي للفرد، ويكون هذا الغضب: مرضي: ويميل إلى إحداث الشقاء في حياة الفرد ويسهم في حدوث المرض النفسي.
- 4- زائد عن الحد: فالغضب الذي يعبر عنه الشخص يكون خارجاً عن الحدود كاستجابة للإحباط الذي يواجهه الشخص.
- 5- غير عقلائي: حيث يرتبط بفكرة غير منطقية. (خطاب، 2007، 111-112).
- خصائص ثورة انفعال الغضب:

ذكرت (بدر، 2009) أن نوبة انفعال الغضب تتميز بعدد من الخصائص تشتمل على الآتي:

- 1- الشدة: فبعض نوبات الغضب بسيطة وخفيفة وأخرى قوية، بل إن شدة الغضب قد تختلف أثناء النوبة الواحدة، فقد يزداد الغضب وفي المقابل قد يبدأ قوياً ومن ثم تقل شدته، فانفجارات الغضب التي تبدأ شديدة جداً هي أمر شائع لدى بعض الناس، وقد تنشأ من مثيرات بسيطة ثم ما يلبث أن يعود الإنسان لحالته الطبيعية.
- 2- المدة: إن نوبات انفعال الغضب قد تختلف في مدتها، فبعضها قصير، فينشأ الغضب وينفجر الشخص ثم فجأة ينتهي كل شيء، وأحياناً تشخص حالات هؤلاء الأفراد بما يسمى "اضطراب الغضب الانفجاري المتقطع"، وعلى النقيض هناك من يعيشون في الغضب أياماً وشهور وسنين، ويعانون مما يسمى بـ"الغضب الاجتراري"، وهو أمر يثير الكثير من المشكلات، وقد تكون شدة الغضب في البداية بسيطة أو متوسطة أو عالية، ثم يزداد الغضب مع مرور الأيام.
- 3- التكرار: إن نوبات انفعال الغضب تختلف في معدل تكرارها، فبعض الناس الذين يرتفع عندهم الغضب بوصفه سمة من سمات شخصيتهم يخبرون الغضب كاستجابة متكررة للعديد من المثيرات وفي الكثير من المواقف، ويبدو أن هؤلاء يصبحون غاضبين فيم معظم المواقف، وتكون نوبات غضبهم أكثر إثارة للمشكلات فيخبرون الغضب بمعدل عالٍ وبشدة أكبر ولمدة أطول مما يدفع الناس إلى تجنبهم. (بدر، 2009، 99-100).

- أسباب انفعال الغضب:

تشير (بكير، 2001) إلى أن تكرار ودرجة نوبات الغضب وطرق التعبير عنه يختلف من شخص لآخر، باختلاف التنشئة الاجتماعية والتاريخ الشخصي للفرد، وكيف يتعامل مع التهديد أو الموقف الضاغط، لذلك فالشخص الوحيد الذي يسبب الغضب للفرد، هو الفرد نفسه، فهو الذي يختار كيف يستجيب للأحداث التي تزعجه في ضوء ما يحمله من أفكار ومعتقدات. (بكير، 2001، 2).

ولقد أشار (حسين، 2007) إلى ثلاثة مقومات لانفعال الغضب والتي تتفاعل لتولد الغضب لدى الفرد وهي:

- 1- المثيرات التي تعمل على استثارة الغضب، وقد تكون هذه المثيرات ذات مصدر خارجي من البيئة الخارجية أو مصدر داخلي مرتبط بذات الفرد.
- 2- حالة الفرد قبل الغضب، وتتضمن الحالة الجسمية والانفعالية والمعرفية والخصائص النفسية للفرد في الوقت الذي يتعرض فيه للاستفزاز.
- 3- تقييم وتفسير الفرد للمثيرات التي تستثير الغضب، وقدرة الفرد على التعامل أو التكيف مع هذه المثيرات. (حسين، 2007، 35-36).

كما تشير (يونس، 1985) إلى أن الطفل من صغره يتعلم أن يغضب من مواقف دون أخرى، وهذه المواقف تتغير بتقدم العمر وزيادة الخبرات ونمو الإدراك لديه وغيرها من العوامل التي تزيد من مفاهيمه للعالم الخارجي، فمن الصعب تحديد جميع الظروف والأسباب التي تثير انفعال الغضب، لأن الظروف تكون متنوعة ومعقدة أحياناً، كما أن الانفعالات بشكل عام داخلة في جميع شؤون حياتنا. (يونس، 1985، 153).

إلا أن هذا لم يمنع بعض الباحثين من محاولة البحث في الأسباب المؤدية إلى استثارة انفعال الغضب لدى الأطفال.

فيرى (الخالدي، 2001) أن انفعال الغضب يرجع لأسباب متعددة، فهو ينتج عندما يتعرض الطفل لظروف الفشل والإحباط في تحقيق أهدافه، وإشباع حاجاته الأساسية، ويحدث نتيجة الاتكالية الزائدة التي يتصف بها سلوك بعض الأطفال عندما يواجهون موقفاً يحتاج إلى المثابرة والإنجاز والاعتماد على النفس، ويظهر انفعال الغضب من وجود الطفل في حالة صراع نفسي بين إقدام وإحجام لتحقيق هدف مرغوب يسعى إليه، كما يستثار انفعال الغضب لدى بعض الأطفال بسبب شعورهم بالغيرة من الآخرين، كما يعد الشعور بالانهك أو الشكوى من أعراض عصابية معينة أو جسدية من الأسباب المؤدية لانفعال الغضب، وقد يعود الغضب وسرعة الاهتياج الانفعالي إلى إفرازات الغدة الدرقية أو النخامية. (الخالدي، 2001، 243).

ويشير (موسى، 1988) أنه من الأسباب التي تثير الغضب لدى الأطفال هي التهديدات الجسمية، وفقدان الأمن والمركز الاجتماعي، والعقاب، ومقارنتهم بالآخرين، والتدخل في شؤونهم الخاصة، وهناك أيضاً أسباب مؤية للغضب يمكن إجمالها بالآتي:

- الاحباط.
- الصراع.

- الألم الجسدي.
- التقرير والإهانة والتهديد. (موسى، 1988، 323-324).
- وقد تلعب العوامل الوراثية دور في زيادة أو نقصان انفعال الغضب، وذلك نظراً لفطرية هذا الاستعداد، وتؤثر العوامل البيئية في استثارة الغضب مثل: التقاليد، والمعاملة، ودرجة الحرارة، والتغذية، والحياة الأسرية والاجتماعية. (محمد، 2004، 54).
- كما قد يكون لأسلوب التفكير سبباً في تعرض الطفل لانفعال الغضب، وهناك أربعة أنواع ذكرها (عامر، 2005) من التفكير تؤدي إلى انفعال الغضب وهي كالآتي:
- التشويه في الاستنتاج: مثل: قراءة الأفكار والتفكير الانفعالي، وهذه كلها تقود إلى تفسير الأحداث المحيطة بطريقة غير صحيحة.
- الخوف وعدم القدرة على تحمل الأحداث غير المرغوب فيها، مثل: الاستمرار في القول لا أستطيع أن أتحمل ذلك.
- التوقع العالي للحصول على المتطلبات والاحتياجات الخاصة بالطفل، وهذا يقود إلى عدم القدرة على تحمل حالات الاحباط والفشل.
- التقييم العام للأشخاص الآخرين: مثل: تصنيف الآخر أنه سخيء وسيء، وهذه تجعل الطفل يغضب بسرعة. (عامر، 2005، 5).
- ومما سبق تلاحظ الباحثة أن تعدد الأسباب المؤدية إلى استثارة الغضب جعل بالضرورة أن يكون التعبير عنه باستجابات مختلفة وأوضاع انفعالية متباينة، ويمكن استخلاص أن العوامل الأساسية المؤدية للغضب لدى الأطفال هي: العوامل الخارجية والبيئية، والعمليات الإدراكية والمعرفية، والعوامل العاطفية الانفعالية.
- **مظاهر وآثار انفعال الغضب:**
- إن الإشارات الخارجية لانفعال الغضب مختلفة حسب طبائع الفرد نفسه، وتتنوع الانفعالات الأخرى التي تلحق به، فبعض الأطفال تشحب وجوههم أو يرتجفون حين يغضبون، والبعض الآخر يحمر وجهه أو يبكون، ففي هذه الحالة لا يستطيع الطفل التعبير عن غضبه إلا بمظهره الخارجي فيستخدم كل قوته في بداية انفعال الغضب فينعكس ذلك على مظهره الخارجي. (ديكارت، 1993، 117).

ويمكن تلخيص أهم مظاهر انفعال الغضب في الآتي:

- 1- أثره على المظهر الخارجي: كتغير لون الوجه، وشدة ارتعاد ورجفان الأطراف، واضطراب في الحركة والكلام.
 - 2- أثره على اللسان: يكون بالسباب وإطلاق فحش الكلام.
 - 3- أثره على السلوك: يكون ذلك بالضرب وإظهار العدوانية ضد الآخرين والإيذاء الجسدي، والتحريض على القيام بالسلوك العدواني ضد مصدر التوتر.
 - 4- أثره على التفكير: كتعطيل عملية جمع المعلومات وربطها، وقدرة الطفل على الاستبصار بالمشكلة ومراقبة ذاته، مما يؤدي إلى اتخاذ قرارات خاطئة. (الخالدي، 2001، 246).
- إدارة انفعال الغضب:

يشير مصطلح إدارة انفعال الغضب بوجه عام إلى مجموعة من الفنيات العلاجية النفسية التي تستخدم مع الأطفال ذوي مشكلة الغضب المفرط والذين لا يستطيعون التحكم في انفعالهم، فيمكن مساعدتهم على تعلم كيفية التحكم والسيطرة على الانفعال، وفهم وغدرة مشاعرهم، وتزويدهم بالمعلومات والمهارات والفنيات التي تمكنهم من التعامل مع المواقف المثيرة للغضب بطريقة إيجابية وملائمة اجتماعياً. (حسين، 2007، 114).

فعملية التدريب على إدارة انفعال الغضب منذ الطفولة الأولى، وهنا يبرز دور الآباء والأمهات في تربية أبنائهم، فيجب عليهم أن يفهموا الأسباب التي تثير غضب أبنائهم، وأن يعملوا على إبعاد هذه الأسباب. (موسى، 1988، 323).

ويعتبر العالم السيكولوجي نوكاكو (Novako) من الرواد الأوائل في مجال الدراسات التجريبية عن تأثير المعالجات المعرفية على تنظيم الغضب، إذ توصل إلى نتيجة عامة تفيد بأن المداخلات العلاجية المعرفية هي وسائل فعالة في إضعاف الغضب وإخماده أكثر من تأثير المعالجة الاسترخائية. (الخالدي، 2001، 245).

وهناك عدة مراحل في برامج إدارة الغضب يمكن إيجازها كالآتي:

- 1- الاعداد المعرفي: وفي هذه المرحلة يتم التركيز على تعليم الأطفال المشاركين في برامج إدارة الغضب الأسباب التي أدت إلى الغضب والمكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية، والنتائج السلبية المترتبة عليه.
- 2- اكتساب المهارة: وفي هذه المرحلة يتم تدريب الأطفال على تعلم مهارات المواجهة، مثل: التعليمات الذاتية، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على الاسترخاء، والتدريب على المهارات الاجتماعية المختلفة، حيث يتكمنوا من الاستجابة بطريقة إيجابية في حالة الغضب

عندما يواجهون مواقف استنزائية أو إحباطية، كما أن التدريب التوكيدي يتيح للأطفال حصيلة من السلوكيات الجديدة التي تساعدهم على حل الصراعات بطرق ملائمة ومقبولة.

3- تطبيق التدريب: ويتم في هذه المرحلة ممارسة وتطبيق المهارات التي تعلمها الطفل من خلال لعب الأدوار في الواقع أو على مستوى التخيل. (حسين، 2007، 117).

كما توجد بعض القواعد التي يمكن من خلالها التحكم في الانفعالات بصورة عامة، وانفعال الغضب بصورة خاصة، وهي كالآتي:

- تصنيف الانفعالات بصورة مفيدة، فالانفعالات تولد في الجسم طاقة زائدة تساعد الطفل في إنجاز أعماله.
- تزويد الطفل بمعلومات ومعارف عن المنبهات المثيرة للانفعال بهدف مساعدته على تخفيض شدة الانفعال، والتغلب على ما يصاحبه من اضطراب في وظائفه الجسمية والنفسية كافة.
- البحث عن استجابات معارضة لاستجابة الانفعال (الكف بالنقيض).
- عدم التركيز على الأشياء المثيرة للانفعال.
- التحكم بالأفكار، حيث تبدأ مشكلة الغضب بأفكار مثل: اشفاق على الذات، وتثبيط العزيمة، والغيرة، وغيرها من الأفكار السلبية، فإذا استطاع الفرد أن يدرك هذه الأفكار يستطيع التحكم بها وتبديدها. (عامر، 2005، 6-7).

ومما سبق نجد أن للتدريب على إدارة الغضب تأثير إيجابي على خفض سلوك العنف والعدوان لدى الطفل، وزيادة تقديره لذاته، والتعبير عن انفعالاته بصورة سليمة وملائمة، حيث أن عدم التعبير عن الغضب بصورة خارجية فإنه سيتحول داخلياً إلى مشاعر من الاكتئاب والذنب والخجل أو القلق.

الأعراض النفسية والجسدية:

ترتبط الأعراض والشكاوى الجسمية في أذهان العامة والاختصاصيين بالأمراض الجسمية التي تصيب الجسم وأعضائه المختلفة، فالعلاقة بين الجسم والنفس علاقة وطيدة وتكاملية، والجسم البشري يتأثر بالتكوين النفسي للإنسان وبمشكلاته النفسية، كما يؤثر الجسد والتكوين العضوي للجسم في التكوين النفسي بشكل واضح. (العيسوي، 1990، 282)

وهناك مجموعة من الأعراض الجسمية وأنواعها التي ترتبط بالعوامل والمشكلات النفسية، وتتنوع تصنيفاته وتتعدّل باستمرار وفقاً للدراسات والأبحاث التي تجرى في هذا المجال والذي يكتنفه الغموض والتعقيد والبحث المستمر، ويمكن تقسيم هذه الأعراض الجسمية الشائعة ذات المنشأ النفسي إلى عدة مجموعات:

1- الاضطرابات ذات الشكل الجسدي (Somatoform disorders) :

وهي اضطرابات شائعة وتضم عدة أنواع، وهي تتميز بعدم وجود أية أسباب طبية مرضية أو تغيرات فيزيولوجية تفسر وجود الأعراض الجسمية التي يشكو منها المريض، ومنها :

- الاضطرابات التحويلية (الهستيريا التحويلية) (Conversion disorders) وهي تتميز بظهور أعراض مرضية وفقدان في الوظائف الطبيعية الحركية والحواسية، مما يوحي بالإصابة بمرض عصبي أو طبي عام.

- الاضطراب التجسيمي (الجسنة) (Somatization disorder) :

وهو يتميز بظهور أعراض جسمية متعددة قبل سن الثلاثين عاماً وهذه الأعراض تستمر لسنوات وتؤدي لإعاقة المريض مهنيًا أو اجتماعياً أو شخصياً، وتتضمن أعراضه أربعة من أعراض الألم على الأقل، مثل آلام الرأس والبطن والظهر والمفاصل والصدر ومواقع أخرى، وأيضاً اثنين من الأعراض الهضمية مثل الغثيان والإقياء والإسهال، وأيضاً أحد الأعراض الجنسية التناسلية مثل عدم انتظام الدورة الشهرية وإقياءات الحمل وغيرها، وأيضاً أحد الأعراض العصبية غير الحقيقية، وكل هذه الأعراض تظهر خلال تاريخ المرض، والاضطراب التجسيمي يزداد انتشاره عند المرأة وبنسبة 5 إلى 1 عند الرجال، وربما تصل نسبته إلى 2-3% من النساء، وله أسباب وراثية ويرتبط بعوامل نفسية ويتطور الشخصية وظروفها .

- اضطرابات الألم (Pain disorder):

وهي شائعة جداً وفيها يشكو المرض من ألم في موضع معين من الجسم أو في عدة مواقع، مما يسبب له معاناة واضحة وتأثيراً على أدائه العملي والاجتماعي، وهو يرتبط بالعوامل النفسية في منشئه أو في زيادة شدته أو في استمراريته، ويمكن أن يكون الألم حاداً أو مزمنًا، كما يمكن أن يتزامن مع عوامل نفسية واضحة إضافة لعوامل عضوية، وأهم مواقع الألم هي البطن والوجه والحوض والرأس والصدر.

- الخوف من الأمراض (Hypochondriasis):

وهو اضطراب شائع ويعني خوف المريض من أن يكون لديه مرض جسدي خطير، ولذلك فهو يتفحص جسمه باستمرار ويفسر بعض الأعراض العادية أو الفيزيولوجية على أنها خطيرة وتدل على احتمال الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة، مثل الأورام الخبيثة أو متلازمة نقص المناعة وغيرها. والمريض عادة لا يستجيب للتطمين ونتائج الفحوصات السليمة إلا بشكل مؤقت حيث يعاوده القلق والتفكير في مرض جسمه ويراجع عديداً من الأطباء.

- الخوف من تشوه الجسم (Dysmorphophobia):

وهو يعني قلق المريض المستمر واهتمامه بشكل أعضاء الجسم الظاهرية وأن فيها عيباً شكلياً وبشكل مبالغ فيه، وهذا القلق والاهتمام يسيطر على تفكير المريض وحياته، مثل شكل الأنف والوجه والأذنين والأعضاء الجنسية، وهؤلاء المرضى يراجعون أطباء التجميل والجلدية والأنف والأذن لإصلاح العيوب وإجراء الجراحات دون ضرورة.

وهذا الاضطراب يظهر في سن المراهقة وبداية الشباب وأيضاً في مرحلة انقطاع الدورة الشهرية عند النساء، ويرافقه الرهاب الاجتماعي وتجنب العلاقات الاجتماعية وأيضاً الاكتئاب، وهو يأخذ شكلاً وسواسياً مسيطراً على تفكير المريض وقد يصل إلى مرحلة الهذيان والذهان.

- الاضطراب ذو الشكل الجسمي غير المحدد (Not specified somatoform disorder):

ويشمل عدداً من الأعراض الجسمية التي لاتصنف ضمن الاضطرابات سابقة الذكر مثل الحمل الكاذب (Pseudocystis) حيث يحدث بروز للبطن وتقلص عضلات الظهر وانقطاع الطمث دون وجود حمل أو اي اضطراب هرموني، وأيضاً " الضعف الجسمي العام " وغير ذلك. (العيسوي، 1993، 359)

2- الاضطراب التصنعي واضطراب إدعاء المرض (Factitious disorder, Malingering):

وهي تعني إحداث الأعراض المرضية بشكل إرادي من خلال تقليد الأعراض الطبية المعروفة الجسمية أو النفسية، وفي الاضطراب التصنعي لايجني المريض أي هدف سوى اتخاذه وضعية المريض، بينما في حالات إدعاء المرض يجني المريض عادة فوائد ومكاسب معينة، وقد يصعب أحياناً التفريق بين هذين الاضطرابين، وهذه الحالات تتميز بالإثارة والغرابة وهي ليست نادرة. (Kirket, et al, 2003, 88).

3- الأعراض الجسمية المرافقة لاضطرابات نفسية محددة :

مثل تسرع نبضات القلب، ضيق التنفس، الرجفة وعدم التوازن وغيرها في اضطرابات القلق العام واضطراب الهلع، وأيضاً نقص الشهية وفقدان الوزن في حالات الاكتئاب، واضطرابات الوظيفة الجنسية مثل عدم الانتصاب وسرعة القذف في حالات الاضطرابات الجنسية المحددة، وأيضاً انقطاع الدورة الشهرية ونقص الوزن الشديد في حالات القمه العصبي (Anorexia Nervosa) وهي من اضطرابات الطعام المحددة. (المرجع السابق نفسه، 92).

4- الاضطرابات النفسية الجسمية (Psychosomatic disorders):

وتسمى أيضاً العوامل النفسية المؤثرة على حالات عضوية (Psychological factors affecting physical conditions)، وفي هذه الحالات نجد المجال خصباً للتعرف على العلاقة القائمة بين النفس والجسد، وقد تطور هذا الميدان الذي يبحث في عدد من الأمراض الجسمية وعلاقتها بالعوامل النفسية

وحجم تأثيرها وكيفيته، ولا يزال الغموض كبيراً ولكن الاهتمام بهذا الميدان بدأ يزداد بشكل ملحوظ، وفي الوقت الحاضر لدينا كمية هائلة من المعلومات والتفاصيل التي تتعلق بعدد من الأمراض الجسمية الشائعة، وهذه الأمراض الجسمية تشمل: اضطرابات القلب والأوعية الدموية: ومنها ارتفاع ضغط الدم وأمراض شرايين القلب وانسداد الدسام التاجي، وأيضاً الاضطرابات التنفسية: وأهمها الربو والحساسية الصدرية وفرط التهوية، وفي الأمراض الهضمية: مرض تشنج القولون وتهيج (القولون العصبي) وداء كرون، والتهاب القولون القرصي والقرحة الهضمية، وفي الاضطرابات الجلدية: الحكة وفرط التعرق والحساسية، وفي أمراض الغدد الصماء: الداء السكري وهبوط السكر وفرط أو نقص نشاط الغدة الدرقية وأيضاً الغدة نظيرة الدرقية، وتختلف الدراسات حول تحديد الأمراض الجسمية التي يمكن للعوامل النفسية أن تؤثر فيها، وبعضها يعتبر العديد من الأمراض المناعية ضمن هذا المجال مثل داء المفاصل الرثواني وداء الصدفية الجلدي، والدراسات الحديثة تضمنت أبحاثاً عديدة حول السرطانات وأثر العوامل النفسية في اضطراب المناعة المؤدي إلى ظهور الأورام الخبيثة، وأيضاً حول أثر العوامل النفسية في تحسينها واختفائها ، ولاتزال الدراسات في بداياتها. (المرجع السابق، 93).

5- اضطرابات الجهاز العصبي الذاتي ذات المنشأ النفسي (Psychogenic Autonomic disorders):

وهي تعني وجود تغيرات فيزيولوجية في عدد من أعضاء وأجهزة الجسم التي ترتبط تشريحياً بالجهاز العصبي الذاتي غير الإرادي، مثل القلب والمعدة والأمعاء والمثانة، وتلعب العوامل النفسية في إحداث اضطرابات وأعراض جسمية محددة في هذه الأعضاء، مثل: ازدياد النبض الجيبي (Sinus tachycardia) واضطرابات نظم القلب الأخرى السليمة، وأيضاً انقباض المعدة، وازدياد حموضتها، والإسهال العصبي، وصعوبة التبول وتكراره. (المرجع السابق، 93).

خلاصة:

إن الطفل الصغير كالعجين المرن يشكل شخصيته جميع العوامل البيئية والأسرية المحيطة به، لذا على الآباء أن يكونوا على وعي كامل بأن سلوكياتهم السلبية تؤثر على الطفل وتتمي له بعض النزعات العنيفة ، ويجب على الأم أن تهتم بأي سلوك طارئ على طفلها وخاصة إذا ظهرت على الطفل العدوانية والعنف الزائد فحينما تكون البيئة خالية من المشاجرات والغضب وسرعة الانفعال والعدوان تنمو لدى الطفل عادات المسالمة و التحفظ في السلوك، كما يتميز العدوان بالقوة بين الأطفال الذين يسعون وراء السلطة والسيطرة.

ويقول "ريتشارد وردون" أستاذ علم النفس بجامعة فلوريدا: أن الأم يجب أن تكون دقيقة الملاحظة في تربية أطفالها وعلى درجة كبيرة من الوعي والثقافة في تحديد نوعية شخصيته حتى يمكنها إتباع الأسلوب الإيجابي في بلورة شخصيته إلى الأفضل ، فكلما أدركت ذلك مبكراً أمكنها توجيهه وعلاجه وتغيير عاداته السيئة وضمنت أن تنمو شخصيته نمواً صحيحاً، وهنا ينصح بضرورة مساعدته على ممارسة الألعاب الجماعية، فهي من أفضل الوسائل التي يمكنها أن تخفف من العنف لديه ، كذلك إذا كان من النوع الذي يميل للانطواء، فهي تعتبر أيضاً وسيلة لتثنيته على حب التعاون والثقة في الآخرين وتكسبه الشعور بالمسؤولية تجاه الغير، فالطفل كما قيل في برنامج البرمجة العصبية كالحاسب الآلي تماماً ننصب عليه برامجنا كما نريد أو كما نحن.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة



الفصل الثالث: الدراسات السابقة

تمهيد:

تعرض الباحثة في هذا الفصل أهم الدراسات التي تناولت المشكلات الانفعالية لدى الأطفال بشكل عام، والمشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك وذلك من خلال عرضها كدراسات عربية وأجنبية وتم ترتيبها من الأقدم إلى الأحدث، وهي كالتالي:

أولاً: الدراسات العربية:

1. دراسة جزاء العصيمي (2008). السعودية:

عنوان الدراسة: بعض المشكلات النفسية الشائعة لدى طلاب مراحل التعليم العام في مدينة الطائف.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على بعض المشكلات النفسية لدى طلاب المرحلة الابتدائية والإعدادية والثانوية بمدينة الطائف، وكانت المشكلات هي: (صورة الذات داخل المدرسة، مشكلات مدرسية سلوكية، مشكلات أسرية والدية، مشكلات سلوكية عامة، مشكلات إنفعالية، مشكلات مفهوم الذات، العدوان، مشكلات سوء التوافق مع الآخرين).

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة (600) طالب، بواقع (200) طالب في كل مرحلة دراسية.

منهج الدراسة: تم اعتماد المنهج الوصفي المقارن لعدة عينات.

أدوات البحث: تم إعداد مقياس للمشكلات النفسية يضم جميع الأبعاد.

نتائج الدراسة: تبين من نتائج الدراسة أن المشكلات الإنفعالية كانت في المرتبة الثالثة بدرجة متوسطة، في حين كان العدوان في المرتبة الثامنة والأخيرة، وكانت أيضاً فروق بين العينات الثلاث في المشكلات النفسية لصالح المرحلة الثانوية ثم المرحلة الابتدائية، ثم المرحلة الإعدادية، وكانت الفروق في المشكلات النفسية بالنسبة لمتغير العمر لصالح الفئة العمرية من (17) سنة فأكثر.

2. دراسة محمد ناصر صوان (2008). سورية:

عنوان الدراسة: دراسة التوزع الجغرافي والعوامل المسببة المحتملة لشقوق الشفة وقبة الحنك لدى عينة من المجتمع العربي السوري

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة أهم العوامل المسببة لشقوق الشفة وقبة الحنك منها البيئية، والوراثية، والتوزع الجغرافي للمصابين.

عينة الدراسة: بلغت العينة (146) مصاباً راجعوا قسم تقويم الأسنان والفكين في جامعة دمشق.

منهج الدراسة: تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس لقياس الأسباب المحتملة لإصابة شقوق الشفة وقبة الحنك مكونة من أبعاد: (المنطقة الجغرافية التي حدث فيها الحمل، عمر الأب والأم، تدخين الأم وتناول الكحول أثناء الحمل، والتلوث البيئي، والعوامل النفسية السلبية).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن النسبة الأعلى للمصابين كانت في محافظة دمشق وريفها بنسبة (42.22%)، وأن تدخين الأم الحامل وتناول الكحول في المرتبة الثانية، والعوامل النفسية جاءت في المرتبة الثالثة، ثم العوامل البيئية كالتلوث، ولم يكن لعمر الأم عامل خطورة أو سبباً مباشراً للإصابة.

3. دراسة عائدة بيروتي، ونزيه حمدي (2012). الأردن:

عنوان الدراسة: فاعلية تدريب الأمهات على التعزيز التفاضلي وإعادة التصور في خفض سلوك عدم الطاعة لدى أطفالهن وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى الأمهات.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى استقصاء فاعلية تدريب الأمهات على التعزيز التفاضلي وإعادة التصور في خفض سلوك عدم الطاعة لدى أطفالهن وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لديهن.

عينة الدراسة: تألفت العينة من (51) أمماً، و(51) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (5-10) سنوات، وتم توزيع الأمهات إلى ثلاث مجموعات اثنتين تجريبيتين وأخرى ضابطة عدد أفراد كل مجموعة (17) أمماً وأطفالهن، وتم تطبيق الدراسة في مركز خاص للتعليم والتدريب، وخضعت المجموعة التجريبية الأولى للتدريب على برنامج يستند إلى التعزيز التفاضلي، والمجموعة التجريبية الثانية للتدريب على برنامج إعادة التصور في خفض سلوك عدم الطاعة، أما المجموعة الضابطة فلم تتعرض لأي تدريب.

أدوات الدراسة: تم تصميم البرنامج التدريبي، وكذلك استخدام مقياس رضوان (1997) لقياس الكفاءة الذاتية للأمهات، ومقياس سلوك عدم الطاعة.

منهج الدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبيتين بعد تطبيق البرنامج على مقياس سلوك عدم الطاعة والكفاءة الذاتية المدركة، وكذلك تحسن في سلوك عدم الطاعة للأطفال لدى المجموعتين التجريبيتين، وكذلك فروق بين المجموعات الثلاث بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعتين التجريبيتين.

4. دراسة رهف دك الباب (2012). سورية:

عنوان الدراسة: دراسة بعض العوامل الإمبراضية وأثر الصحة الفموية على نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك.

هدف الدراسة: هدف الدراسة إلى تحري بعض العوامل الإمبراضية المرتبطة بإصابة شق الشفة وقبة الحنك وأثرها على نوعية الحياة لدى الأطفال من حيث: (الحالة الصحية، والخجل، والخوف، والقلق، والحالة الاجتماعية).

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة (183) طفلاً منهم (96) طفلاً مصابين بشق الشفة وقبة الحنك، و(87) طفلاً أصحاء، وتراوحت أعمارهم بين (6-14) عاماً من المراجعين لكلية طب الأسنان في جامعة دمشق.

منهج الدراسة: تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي المقارن.

أدوات الدراسة: تم إجراء المقابلات التشخيصية لنوعية الإصابة وذلك بالرجوع لسجلات المصابين، وكذلك مقياس نوعية الحياة من إعداد الباحثة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة انخفاضاً لدى أفراد العينة على مقياس نوعية الحياة متمثلة بالخجل كنسبة عالية، ثم القلق والخوف، ولا يوجد فروق بالنسبة لمتغير العمر ونوع الإصابة.

5. دراسة محمود النحاس (2014). مصر:

عنوان الدراسة: مدى فاعلية برنامج إرشادي لمساعدة أمهات الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك المتأثرين بضعف السمع على تنمية اللغة لديهم.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التأكد من فاعلية البرنامج الإرشادي لمساعدة أمهات الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك المتأثرين بضعف السمع على تنمية اللغة لديهم.

عينة الدراسة: بلغت العينة (30) أم وأطفالهن من المصابين بشق الشفة وقبة الحنك ومتأثرين بضعف السمع في معهد السمع والكلام في محافظة الجيزة، وكانت أعمارهم من (6-9) سنوات.

منهج الدراسة: تم اعتماد المنهج التجريبي.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس اللغة العربية إعداد نهلة الرفاعي (1994)، والبرنامج الإرشادي لتنمية اللغة لدى الأطفال.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً على مقياس اللغة العربية للأطفال بعد تطبيق البرنامج باستخدام التدريبات التخاطبية لدى الأطفال.

ثانياً: الدراسات الأجنبية :

1- دراسة تركاي وآخرون (Turkay, et al, 2011). تركيا:

عنوان الدراسة:

"Psychiatric assessment of children with non syndromic cleft lip and palate"**"التقييم النفسي للأطفال المصابين بشق الشفة مع أو بدون قبة الحنك"**

هدف الدراسة: التعرف على الآثار النفسية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة مع أو بدون قبة الحنك، وهي (الاكتئاب، القلق الاجتماعي).

عينة الدراسة: تم إجراء الدراسة على عينة بلغت (20) طفلاً بعمر من (6-12) عاماً مصابين بشق الشفة مع أو بدون قبة الحنك لم تجرى لهم عمليات تجميل، و(40) طفلاً أجريت لهم عمليات تجميل خاصة، وذلك في كلية الطب قسم الجراحة والتجميل وترميم الوجه.

منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي.

أدوات الدراسة: تم استخدام المقابلات الشخصية، ومقياس من إعداد الباحثين يقيس الآثار النفسية المحتملة للأطفال.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً لدى الأطفال في القلق الاجتماعي لصالح الذين لم يجرؤوا عمليات تجميل، في حين جاءت درجة الاكتئاب في المرتبة الثانية لديهم، ولا توجد فروق بالنسبة لمتغير العمر لدى أفراد العينة.

2- دراسة كريمي وآخرون (Greame et al, 2011). استراليا:

عنوان الدراسة:

"Non-syndromic cleft lip and palate: Could stress be a causal factor?"**هل الضغط النفسي من العوامل المسببة لإصابة شق الشفة وقبة الحنك؟**

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف عن العوامل المسببة لإصابة الأطفال بشق الشفة وقبة الحنك وهي الضغط النفسي والتوتر للأم أثناء حملها، وذلك في استراليا.

عينة الدراسة: تم الدراسة على عينة من أمهات الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك حيث بلغت (20) أمًا.

منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس الخبرات السابقة للضغط النفسي من إعداد الباحثين.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن للتوتر والضغط النفسي الزائد أثناء الأشهر الأولى من حمل الأم عاملاً مهماً إصابة الأطفال بشق الشفة وقبة الحنك، حيث أن الضغط النفسي يؤثر على سوء التغذية بين الأم والجنين وعلى الغدة الكظرية للأم، وذلك من خلال ارتفاع ضغط الدم لدى الأم.

3- دراسة رابسون وعائدة (Rabson & Aida, 2013). ماليزيا:

عنوان الدراسة:

"Incidence rates of emotional and behavioural problems in Malaysian children as measured by parent ratings of the Strengths and Difficulties Questionnaire"

معدلات حدوث المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال الماليزيين من خلال تصنيفات الأهل لها على الاستبيان

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة معدلات ونسب انتشار بعض المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال بعمر (6-8) سنوات من وجهة نظر أهلهم، وكانت تلك المشكلات (النشاط الزائد، الانسحاب الاجتماعي، ضعف التواصل مع الأقران، الخجل، التعلق).

عينة الدراسة: تم تطبيق الدراسة على عينة من أهالي الأطفال الذين تبين أن لديهم مشكلات انفعالية وسلوكية، حيث بلغت (1407) فرداً.

منهج الدراسة: تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي.

أدوات الدراسة: تم استخدام بطاقة ملاحظة موجهة للأهل من إعداد الباحثان، وقائمة المشكلات الانفعالية والسلوكية من إعداد الباحثان أيضاً.

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة أن أعلى نسبة قدرها أهالي الأطفال هي مشكلة الخجل بنسبة (87.4%)، يليها مشكلة الانسحاب الاجتماعي بنسبة (84.15%)، ثم التعلق بنسبة (80.07%)، وأظهرت النتائج وجود فروق لصالح الذكور في المشكلات السلوكية، وفروق لصالح الإناث بالمشكلات الانفعالية وخصوصاً (الخجل، والتعلق)، ولا توجد فروق بالنسبة لمتغير العمر ونوع الإصابة.

4- دراسة بن هو وآخرون (Pin Ho, et al, 2013). الصين:

عنوان الدراسة:

"Behavioral pattern in Chinese school-aged children with cleft lip and palate"**النمط السلوكي للأطفال الصينيين المصابين بشق الشفة وقبة الحنك**

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على النمط السلوكي لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك بعمر (6-11) سنة، والمتمثل بـ(الكفاءة الاجتماعية، العدوان، القلق، الاكتئاب، السلوك الانحرافي)، وكذلك التعرف على الفروق بين الجنسين في التحصيل الدراسي وكذلك في اضطرابات النطق والكلام.

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة: (93) طفلاً مصابين بشق الشفة وقبة الحنك، تم اختيارهم من مشفى طب الأسنان في غرب الصين.

منهج الدراسة: تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي.

أدوات الدراسة: تم استخدام قائمة تقيس المشكلات السلوكية والانفعالية للأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، وكذلك اختبار في اضطراب النطق والكلام، واختبار لمعرفة الكفاءة التحصيلية لديهم.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة ارتفاعاً في نسبة القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة، وكذلك انخفاضاً في الكفاءة والتواصل الاجتماعي، في حين سُجلت أدنى نسب للسلوك العدواني والانحرافي، وكانت الفروق لصالح الأطفال الذين لديهم اضطراباً في النطق، ولا توجد فروق بين الجنسين في الأنماط السلوكية والانفعالية.

5- دراسة كينيدي وآخرون (Ginige et al, 2014). سيريلانكا:

عنوان الدراسة:

"Prevalence of behavioral and emotional problems among seven to eleven year old children in selected schools in Kandy District, Sri Lanka"

"انتشار المشاكل السلوكية والانفعالية بين الأطفال في سن (7-11) سنة في مدارس مختارة من

منطقة كاندي، سيريلانكا"

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى قياس مدى انتشار بعض المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى أطفال بعض المدارس الابتدائية من عمر (7-11) سنة في منطقة كاندي في سيريلانكا، وهي (العدوان، والكذب، والنشاط الزائد، العناد، الخجل، التعلق).

عينة الدراسة: تم تطبيق الدراسة على عينة من الأطفال بلغت (562) طفلاً بواقع (225) من الذكور، و(337) من الإناث اختيروا بطريقة عشوائية من (16) مدرسة ابتدائية بمنطقة كاندي في سيريلانكا.

منهج الدراسة: تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي.

أدوات الدراسة: تم استخدام قائمة بالمشكلات الانفعالية والسلوكية، والتي تقيس مشكلات ال(العدوان، والكذب، والنشاط الزائد، العناد، الخجل، التعلق).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن أعلى نسبة كانت لمشكلة (الخجل بنسبة 25%)، تليها مشكلة (العناد بنسبة 21%)، تليها مشكلة (التعلق بنسبة 19%)، ثم مشكلة (الكذب بنسبة 14%)، و(مشكلة النشاط الزائد 11%) وأخيراً مشكلة (العدوان بنسبة 10%)، ولم تظهر النتائج فروقاً بالنسبة للجنسين في المشكلات العاطفية، بينما كانت الفروق بالمشكلات السلوكية لصالح الذكور.

6- دراسة رهف وآخرون (Rahaf et al, 2014). سورية:

عنوان الدراسة:

"Congenital malformations and their impact on Oral Health-Related Quality of Life among Syrian children with cleft lip and/or palate"

"التشوهات الخلقية وتأثيرها على الصحة الفموية ونوعية الحياة بين الأطفال السوريين المصابين بشق الشفة و/أو قبة الحنك"

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر إصابة الأطفال بشق الشفة وقبة الحنك على نوعية الحياة لديهم وهي: الحالة الصحية، والحالة الاجتماعية، والحالة الانفعالية.

عينة الدراسة: بلغت العينة (93) طفلاً تم اختيارهم من مستشفى كلية طب الأسنان في دمشق بعمر (6-14) سنة.

منهج الدراسة: تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي.

أدوات الدراسة: تم استخدام استبيان لقياس نوعية الحياة مقسم إلى ثلاثة أبعاد.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة انخفاضاً كبيراً لدى الأطفال بالنقطة بالنفس، وكانت نسبة الخجل لديهم مرتفعة حيث بلغت (89%)، ثم أتى القلق بالمرتبة الثالثة بنسبة (75%)، ولا يوجد فروق بين الجنسين على مقياس نوعية الحياة.

7- دراسة فولكير وآخرون (Volker, et al, 2014). ألمانيا:

عنوان الدراسة:

"Children with a cleft lip and palate: An exploratory study of the role of the parent-child interaction"

"الأطفال الذين يعانون من شق الشفة وقبة الحنك: دراسة استكشافية لدور التفاعل بين الوالدين والطفل"

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة نوعية العلاقات الأسرية بين الوالدين والأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك من خلال: (التعلق، الحماية الزائدة) وأثرها على الطفل من الناحية النفسية.

عينة الدراسة: بلغت العينة (20) أسرة ممن لديهم أطفال مصابين بشق الشفة وقبة الحنك الذين يرتادون المشفى الطبي في فرانكفورت الخاص بجراحة الفكين والأسنان، وكان متوسط أعمار الأطفال (12.5) سنة.

منهج الدراسة: اتبع المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة.

أدوات الدراسة: تم استخدام استمارة موجهة للأهل لكيفية التعامل مع أطفالهم من حيث أسلوب التعلق والحماية الزائدة، وكذلك مقياس موجه للأطفال يصف الحالة النفسية من حيث: (القلق، الخجل، التعلق، الثقة بالنفس).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج تقارب في النسب المئوية على محوري التعلق والحماية الزائدة، والأثر السلبي على الأطفال من الناحية النفسية، حيث أظهرت نتائج الاستبيان الموجه للأطفال بأنهم أقل ثقة بأنفسهم، وزيادة في درجة التعلق، وكذلك كانت نسبة الخجل لديهم مرتفعة، بينما كانت نسبة القلق لديهم متوسطة، ولم تظهر فروقاً في متوسطات إجابات الأطفال على المقياس.

8- دراسة لورت وآخرون (Lorot et al, 2015). الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة:

"Frequency and socio-psychological impact of taunting in school-age patients with cleft lip-palate surgical repair"

الآثار النفسية والاجتماعية الناتجة عن العنف المدرسي على الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك الخاضعين لعمليات جراحية تجميلية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم المشكلات النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك ضمن المدرسة، وهي: (الخجل، التواصل مع الأقران، القلق الاجتماعي، التعنيف، الحزن، الاكتئاب).

عينة الدراسة: تم إجراء الدراسة على عينة بلغت (38) طفلاً بعمر من (8-12) سنة تم اختيارهم من عدة مدارس في مدينة بوسطن، وبالرجوع إلى سجلاتهم في المشفى الطبي لجراحة الفكين وهم خاضعين لعمليات تجميل في الفكين والشفة.

أدوات البحث: تم إجراء المقابلات الشخصية للأطفال وتم عرض استبيان يقيس المشاكل النفسية والاجتماعية التي يتعرضون لها.

منهج البحث: تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج أن (69%) من هؤلاء الأطفال يتعرضون إلى السخرية وإيذاء الأقران لهم في المدرسة، و(80%) من الأطفال يشعرون بالخجل، و(30%) منهم يشعرون بالاكتئاب، و(42%) من الأطفال أفادوا أنهم يتعرضون للتعنيف مرة واحدة في اليوم على الأقل من قبل أقرانهم في المدرسة، وأشارت النتائج أن هؤلاء الأطفال يتسمون بالخجل الشديد وضعف بالتواصل مع أقرانهم.

9- دراسة ليوناردو وآخرون (Leonardo, et al, 2015). البرازيل:

عنوان الدراسة:

"Prevalence of depressive symptoms in patients with cleft lip and palate"

انتشار أعراض الاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من شق الشفة وقبة الحنك

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف مدى انتشار أعراض الاكتئاب لدى المرضى المصابين بشق الشفة وقبة الحنك في المشفى الطبي العام في ساوباولو في البرازيل.

عينة الدراسة: تم اختيار (61) فرداً مصابين بشق الشفة وقبة الحنك وتتراوح أعمارهم من (7-17) سنة من الأطفال والمراهقين.

منهج الدراسة: تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس مؤلف من (27) عبارة تقيس الأعراض والحالات الاكتئابية.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن درجة الأعراض الاكتئابية كانت دون المتوسط لدى أفراد العينة من كلا الجنسين، وأن أدنى درجة كانت للأفكار الانتحارية، وأعلى درجة كانت للانطواء والعزلة.

مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة نلاحظ أنها تنوعت بتنوع الموضوع المتناول، ويمكن الوقوف على مدى اتفاقها أو اختلافها مع الدراسة الحالية، تبين من خلال الدراسات السابقة ما يلي:

من حيث الهدف: تنوعت أهداف الدراسات السابقة:، أما الدراسات التي تشابهت مع الدراسة الحالية من حيث الهدف فهي دراسة (العصيمي، 2008)، (دك الباب، 2012)، (Turkay, et al, 2011)، (Rahaf et al, 2013)، (Pin Ho, et al, 2013)، (Ginige et al, 2014)، (Lorot et al, 2015) حيث ركزت هذه الدراسات على مدى انتشار المشكلات الانفعالية، وتشابهت مع الدراسات السابقة من حيث المنهج. دراسة (بيروتي وحمدي، 2012)، ودراسة (النحاس، 2014)، حيث اعتمدوا المنهج التجريبي.

من حيث عينة الدراسة: تباينت أساليب اختيار عينة الدراسات السابقة وجنسها وحجمها:

جنس العينة: تناولت الدراسة الحالية عينة تضمنت الجنسين (الذكور والإناث) وبذلك تتفق مع جميع الدراسات السابقة.

حجم العينة: بلغ حجم عينة الدراسة الحالية (50) طفلاً وطفلة المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، وقد تباينت أحجام العينات في الدراسات السابقة متراوحاً بين (58-837) فرداً في معظم الفئة العمرية من حيث الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة، بعضها كان شبيهاً بأداة الدراسة الحالية، وبعضها كان مختلفاً عنها.

وتشترك الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة بما يلي:

1- متغيرات الجنس والعمر وارتباط ذلك بالمشكلات الانفعالية.

2- ارتباط ظهور المشكلات الانفعالية بإصابة الطفل بشق الشفة وقبة الحنك.

ومن خلال اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة تم الاستفادة من الجوانب التالية:

1- التعرف على الأداة المستخدمة والإفادة منها في تحكيم أداة الدراسة.

2- التعرف على المتغيرات التي تناولتها الدراسات السابقة ومعرفة علاقة تلك المتغيرات بظهور المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، ومقارنتها بمتغيرات الدراسة الحالية لمعرفة التشابه والاختلاف بينها.

3- الاستفادة من الفرضيات المطروحة في الدراسات السابقة ومعرفة ما تحقق منها، والتعرف على الأساليب الإحصائية المتبعة.

4- التعرف على ما خلصت إليه الدراسات السابقة من نتائج وتوصيات وما يمكن أن تحققه الدراسة الحالية من فائدة في ضوء ذلك.

الفصل الرابع

منهج البحث وإجراءاته

.مقدمة.

أولاً. منهج البحث.

ثانياً. مجتمع البحث وعينته.

ثالثاً. حدود البحث.

رابعاً. أدوات البحث.

خامساً. الأساليب الإحصائية المستخدمة.



الفصل الرابع: منهج البحث وإجراءاته

. تمهيد:

تستعرض الباحثة في هذا الفصل منهج الدراسة والإجراءات التي اتبعتها في تنفيذ الدراسة ميدانياً من أجل التأكد من صحة فروض الدراسة الحالية، متمثلة في توضيح العينة التي قامت عليها الدراسة وتقديم وصفاً مفصلاً للمراحل التي مر بها إعداد أداة الدراسة، وكذلك الدراسة السيكماترية للأداة، ويختتم هذا الفصل ببيان الخطوات المتبعة في تنفيذ الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات.

أولاً . منهج البحث:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي الأكثر ملائمة للدراسة الحالية الذي يعتمد على "التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كمياً، وباعتباره جهداً علمياً منظماً للحصول على معلومات وبيانات لوصف الظاهرة موضوع البحث، حيث يقوم على دراسة الظواهر كما هي في الواقع، والتعبير عنها على نحو كمي، يوضح مقدار الظاهرة، وحجمها، ودرجة ارتباطها بالظواهر الأخرى، أو على نحو كيفي، حيث يصف الظاهرة، ويوضح خصائصها، كما يقوم على وصف ما هو كائن وتفسيره، وتحديد العلاقات والأحوال التي بين الوقائع، كما يهتم أيضاً بتحديد الممارسات الشائعة، ومعرفة الاتجاهات والمعتقدات عند الأفراد والجماعات، وطرائقها في النمو والتطور" (جيدوري وأخرس، 2005، ص108).

ثانياً: المجتمع الأصلي وعينة البحث:

تكون المجتمع الأصلي للبحث من جميع الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة المصابين بشقوق الشفة وقبة الحنك في محافظة دمشق، وقد تعذر على الباحثة تحديد عدد المجتمع الأصلي، وذلك لعدم وجود جهة خاصة أو حكومية توثق أعداد الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك من حيث نوعية الإصابة وعمر الطفل وجنسه، وخصوصاً حديثي الولادة، باستثناء توثيق عدد الأطفال المراجعين لمشفى جراحة الوجه والفكين في جامعة دمشق، ومشفى الأطفال، والعيادات المتخصصة بجراحة الوجه والفكين وتقييم الأسنان. وبعد الرجوع إلى سجلات الأطفال المراجعين للمشافي الحكومية والعيادات الخاصة تبين للباحثة انخفاض عدد الأطفال المراجعين من الفترة الممتدة من (2013-2015)، حيث كان عدد الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك (162) طفلاً وطفلة، وانخفض عددهم بنسبة (51%) أي (84) طفلاً في عام (2014/2015)، وذلك بسبب تغيير مكان إقامة الأهل أو سفرهم أو ضيق الحالة الاقتصادية لديهم بسبب زيادة تكاليف العلاج لأطفالهم، فاستقر عدد الأطفال المراجعين للمشافي الحكومية والعيادات الخاصة (84) طفلاً وطفلة من عمر (2-18) سنة، وبلغ عدد الأطفال من عمر (6-12) سنة (53) طفلاً وطفلة، حيث تم اعتماد هذا العدد كعينة لتطبيق البحث عليهم، وتم استبعاد (3) أطفال لتعذر الاتصال بهم أثناء تطبيق أداة

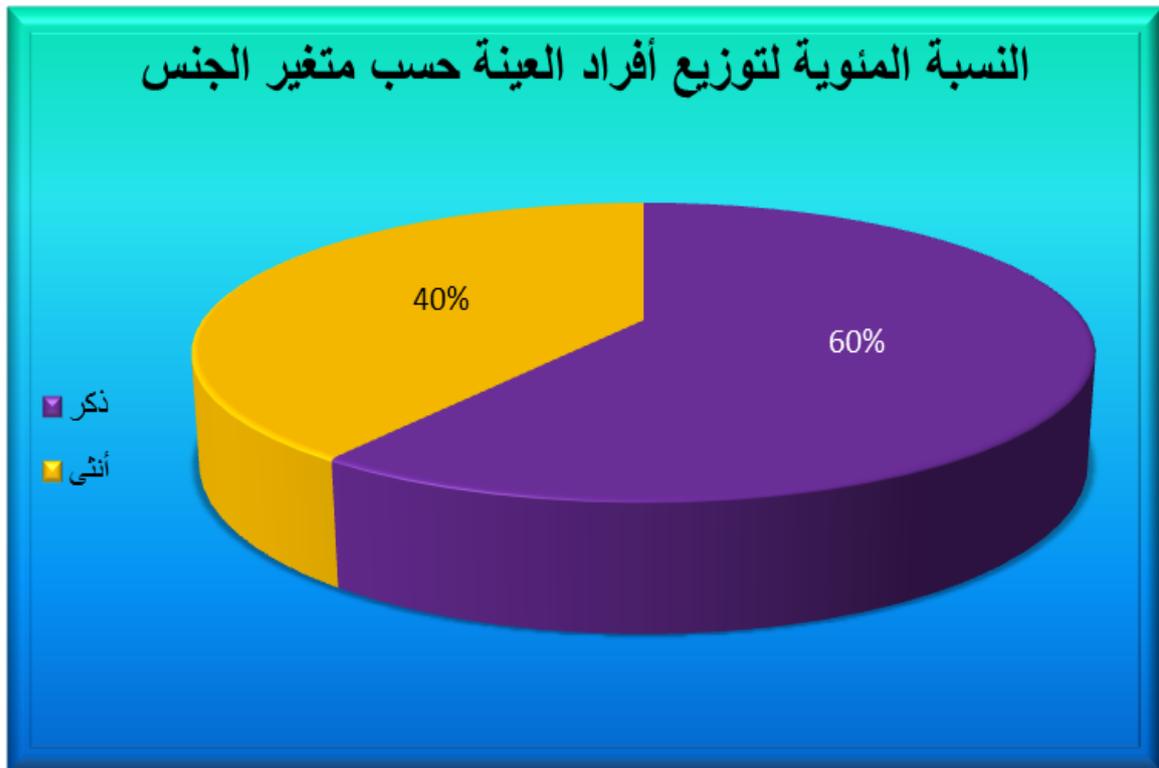
البحث، لتصبح العينة النهائية (50) طفل وطفلة بعمر (6-12) سنة، واعتمدت الباحثة على طريقة العينة المقصودة أو الغرضية حيث هي "نوع من أنواع العينات غير الاحتمالية ولا تحتاج لعمليات حسابية في تحديدها ولا تحتاج إلى تحديد المجتمع الأصلي للبحث، حيث يتم تحديد العينة على حسب سمات محددة ويتم استبعاد من لا تتوافر لديهم هذه السمات" (نوح، 2004، 89)، وذلك بالتعاون مع الأطباء المسؤولين على علاج الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك في المشافي العامة والعيادات الخاصة.

وتم توزيع العينة على متغيرات البحث والجداول والأشكال البيانية الآتية توضح توزيع أفراد عينة البحث:

الجدول رقم (4) توزيع أفراد عينة البحث حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
60%	30	ذكر
40%	20	أنثى
100%	50	المجموع

نلاحظ من الجدول السابق أن عدد أفراد العينة من الذكور بلغوا (30) طفلاً بنسبة (60%) من عدد أفراد العينة، وعدد الإناث (20) طفلة بنسبة (40%) من عدد أفراد العينة، والشكل الآتي يبين النسبة المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

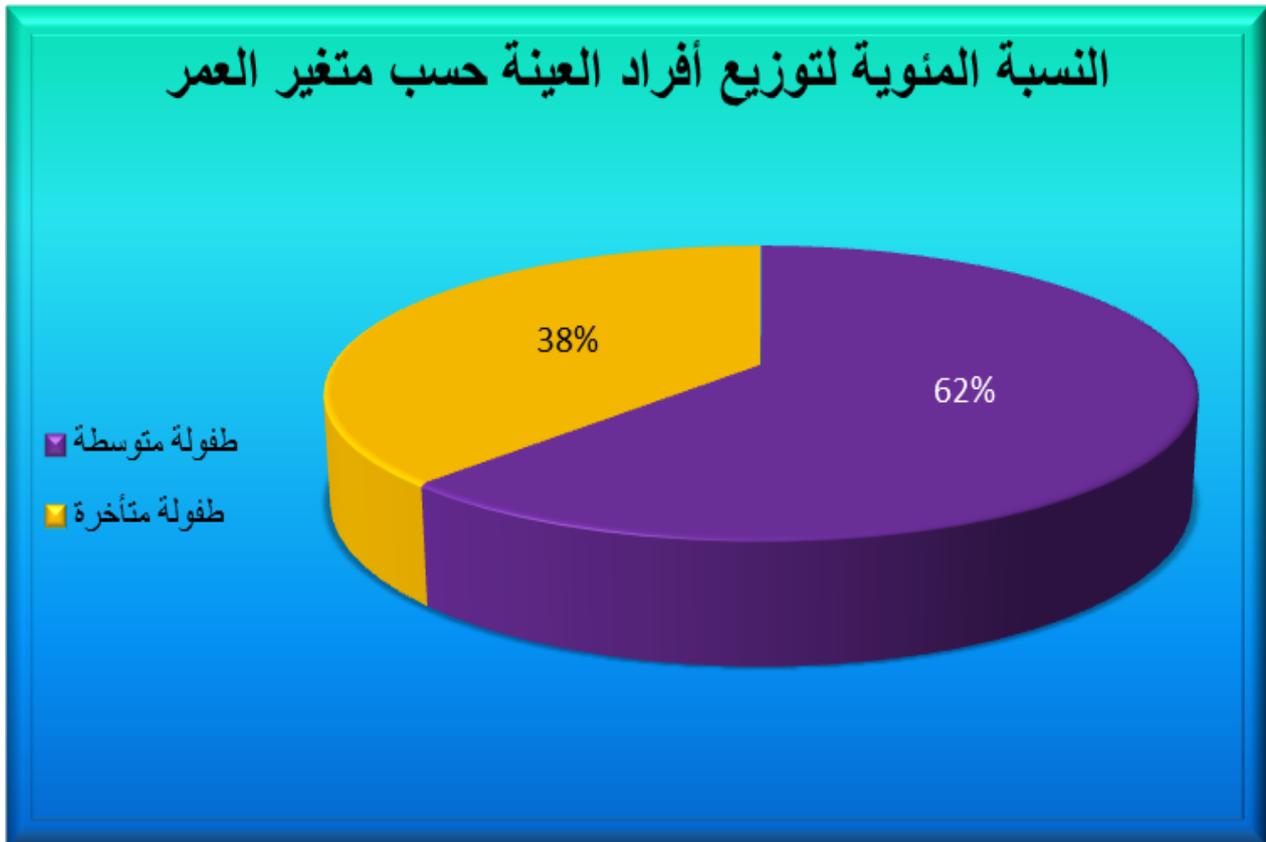


الشكل رقم (1) توزيع أفراد عينة البحث حسب متغير الجنس

الجدول رقم (5) توزيع أفراد عينة البحث حسب متغير العمر

العمر	العدد	النسبة المئوية
طفولة متوسطة	31	62%
طفولة متأخرة	19	38%
المجموع	50	100%

نلاحظ من الجدول السابق أن عدد أفراد العينة في الطفولة المتوسطة بلغوا (31) طفلاً وطفلة بنسبة (62%) من عدد أفراد العينة، وعدد الأطفال في الطفولة المتأخرة (19) طفل وطفلة بنسبة (38%) من عدد أفراد العينة، والشكل الآتي يبين النسبة المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب متغير العمر:

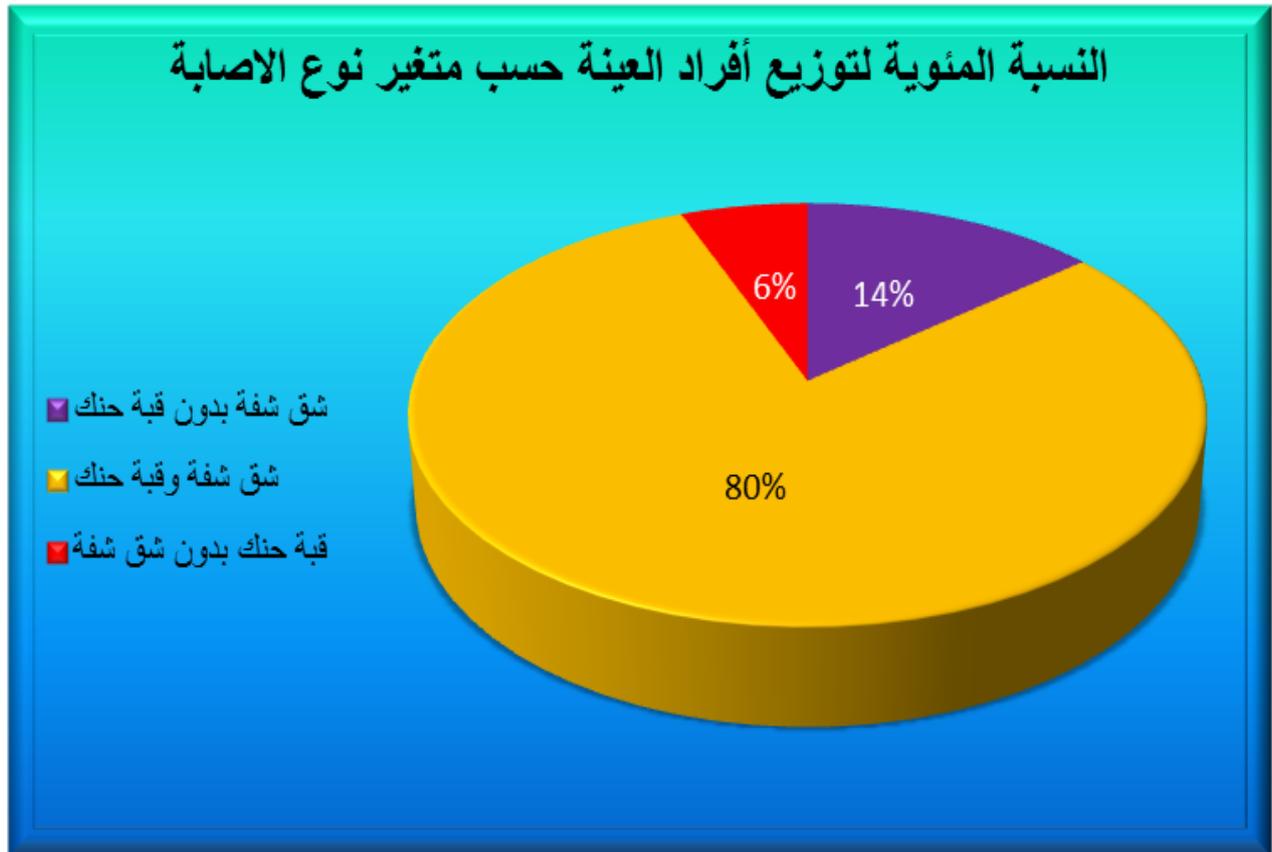


الشكل رقم (2) توزيع أفراد عينة البحث حسب متغير العمر

الجدول رقم (6) توزيع أفراد عينة البحث حسب متغير نوع الإصابة

نوع الإصابة	العدد	النسبة المئوية
شق شفة بدون قبة حنك	7	14%
شق شفة وقبة حنك	40	80%
قبة حنك بدون شق شفة	3	6%
المجموع	50	100%

نلاحظ من الجدول السابق أن عدد أفراد العينة المصابين بشق الشفة دون قبة الحنك بلغوا (7) طفل وطفلة بنسبة (14%) من عدد أفراد العينة، وعدد الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك (40) طفل وطفلة بنسبة (80%) من عدد أفراد العينة وهي النسبة الأكبر، وعدد الأطفال المصابين بقبة الحنك دون شق الشفة (3) أطفال بنسبة (6%) من عدد أفراد عينة البحث، والشكل الآتي يبين النسبة المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب متغير نوع الإصابة:



الشكل رقم (3) توزيع أفراد عينة البحث حسب متغير نوع الإصابة

ثالثاً: حدود البحث:

1- الحدود البشرية: تكونت العينة من الأطفال المصابين بشقوق الشفة وقبة الحنك الذين هم في عمر الطفولة المتوسطة (6-9) سنوات، وعمر الطفولة المتأخرة (10-12) عاماً، حيث بلغوا (50) طفلاً وطفلة.

2- الحدود الزمانية: تم إجراء البحث بين عامي (2013-2015).

3- الحدود المكانية: تم إجراء البحث في المشافي العامة المختصة بجراحة الوجه والفكين، ومشفى جراحة الوجه والفكين في جامعة دمشق، ومشفى الأطفال، وكذلك العيادات المتخصصة بجراحة الوجه والفكين وتقويم الأسنان في محافظة دمشق.

رابعاً: أدوات البحث:

قامت الباحثة بإعداد مقياس خاص بالبحث يقيس المشكلات الانفعالية التالية: (القلق - الغضب - العدوان - العناد - التعلق - الخجل - أعراض نفسية جسدية)، وذلك بالعودة إلى الأدبيات النظرية الخاصة بالمشكلات الانفعالية لدى الأطفال من عمر (6-12) سنة، وكذلك عدد من الدراسات السابقة التي تقيس بعض الأبعاد والمجالات في المقياس الحالي للدراسة، كدراسة (العصيمي، 2008)، ودراسة (بيروتى وحمدى، 2012)، ودراسة (سارة، 2012)، حيث تمت صياغة بنود المقياس وتوزيعه على (7) مجالات.

1- وصف المقياس:

قامت الباحثة بإعداد مقياس يقيس المشكلات الانفعالية التالية: (القلق - الخجل - العدوان - العناد - التعلق - أعراض نفسية جسدية)، وتمت صياغة البنود للتعرف على:

- مدى مناسبة بنود المقياس لقياس المشكلات الانفعالية للأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك.
- مدى سلامة الصياغة اللغوية ووضوح بنود المقياس بالنسبة للأهل.
- مدى ملائمة بنود المقياس للبيئة السورية.
- مدى وضوح تعليمات المقياس بالنسبة للأهل.

ويتألف المقياس من قسمين:

- القسم الأول: يتناول المعلومات والبيانات العامة لأفراد عينة البحث وتشمل (الجنس - العمر - نوع الشق) وتعليمات التطبيق مع مثال للتوضيح.
- القسم الثاني: استبانة تتضمن (67) بنداً مقسمة إلى سبعة مجالات:
- المجال الأول: القلق (11 بنداً).
- المجال الثاني: الغضب (9 بنود).
- المجال الثالث: العناد (10 بنود).

- المجال الرابع: الخجل (10 بنود).

- المجال الخامس: التعلق (8 بنود).

- المجال السادس: العدوان (10 بنود).

- المجال السابع: أعراض نفسية جسدية (9 بنود)

ومقابل كل بند خمسة خيارات تُصحح على حسب مقياس ليكرت الخماسي وهي: (دائماً 5 درجات، غالباً 4 درجات، أحياناً 3 درجات، نادراً 2 درجة، أبداً 1 درجة) ويُعكس التصحيح بالنسبة للبند رقم (5)، والبند رقم (9) في مجال العناد فقط، وبالتالي تنحصر الدرجة على المقياس بين (67 - 335) درجة، وكلما ارتفعت الدرجة على المقياس كانت هناك مشكلات انفعالية أكبر والعكس صحيح، والملحق رقم (3) يبين مقياس المشكلات الانفعالية للأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك بصورته النهائية بعد تعديل بعض بنوده بناءً على ملاحظات السادة المحكمين.

2- الدراسة السيكومترية لمقياس المشكلات الانفعالية:

لدراسة الصدق والثبات للمقياس قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية على (20) مصاباً خارج أفراد العينة المراجعين للعيادات الخاصة بجراحة الوجه والفكين وتقويم الأسنان في محافظة دمشق، ووزع المقياس على ذويهم، وفيما يلي عرض لاختبارات الصدق والثبات:

أولاً صدق المحكمين:

بعد أن تم إعداد المقياس من قبل الباحثة، وعُرض على عدد من الدكاترة في كلية التربية بجامعة دمشق، وعدد من الأطباء المتخصصين بجراحة الوجه والفكين في كلية طب الأسنان بجامعة دمشق والملحق رقم (1) يبين أسماء السادة المحكمين، وتم التعديل على ضوء الملاحظات المقدمة من قبل السادة المحكمين والملحق رقم (2) يبين البنود التي تم تعديلها.

ثانياً: الصدق التمييزي:

هو مفهوم كمي، وإحصائي، يعبر بلغة العدد، عن درجة تلك الحساسية، ومدى قدرة البند على التمييز، أو التفريق بين الأفراد في ذلك الجانب، أو المظهر من السمة، التي يتصدى لقياسها، ولاشك في أن القدرة التمييزية للبنود تتصل مباشرة، بصدق تلك البنود، ونجاحها في قياس ما وضعت لقياسه، وذلك من خلال مقارنة الفئات المتطرفة في المقياس نفسه، (ميخائيل، 2006، 152)

وتقوم هذه الفكرة على مقارنة المتوسطات بين متوسط درجات الأقوياء ومتوسط درجات الضعفاء على مقياس المشكلات الانفعالية، حيث تم ترتيب الدرجات تصاعدياً، ثم تحديد الربيع الأعلى والأدنى، ثم حساب اختبار "ت" لقياس دلالة الفروق بين المجموعة العليا والدنيا، ويوضح الجدول رقم (4) الفروق بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في مقياس المشكلات الانفعالية.

2- معامل الارتباط بين بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس:

جدول (9) معامل الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس

رقم البند	معامل الارتباط						
1	.794**	19	.769**	37	.810**	55	.604**
2	.727**	20	.469**	38	.786**	56	.555**
3	.694**	21	.758**	39	.714**	57	.522**
4	.740**	22	.638**	40	.472**	58	.612**
5	.684**	23	.570**	41	.813**	59	.661**
6	.516**	24	.635**	42	.788**	60	.705**
7	.604**	25	.102**	43	.619**	61	.554**
8	.555**	26	.109**	44	.555**	62	.719**
9	.522**	27	.495**	45	.628**	63	.603**
10	.612**	28	.658**	46	.619**	64	.761**
11	.661**	29	.678**	47	.548**	65	.740**
12	.705**	30	.526**	48	.499***	67	.801**
13	.554**	31	.690**	49	.681**		
14	.719**	32	.555**	50	.509**		
15	.603**	33	.403*	51	.755**		
16	.709**	34	.417**	52	.824**		
17	.776**	35	.457**	53	.801**		
18	.604**	36	.102**	54	.625**		

3- معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس:

جدول (10) معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس

أبعاد المقياس	معامل الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس
القلق	0.839**
الغضب	0.813**
العناد	0.794**
الخجل	0.813**
التعلق	0.828**
العدوان	0.831**
أعراض نفسية جسدية	0.820**

يلاحظ من الجداول السابقة أن جميع القيم مقبولة إحصائياً وتؤكد صدق الأداة.

رابعاً: التحقق من الثبات:

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات أداة البحث بالطرق التالية: الاتساق الداخلي (إلغا كرونباخ)، وبطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان - براون)، وبطريقة جوتمان، ويبين الجدول التالي معاملات ثبات المقياس.

الجدول رقم (11) معاملات ثبات مقياس المشكلات الانفعالية

المجال	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	جوتمان
القلق	0.794	0.681	0.650
الغضب	0.839	0.850	0.848
العناد	0.757	0.647	0.631
الخجل	0.848	0.790	0.787
التعلق	0.719	0.617	0.617
العدوان	0.860	0.724	0.716
الأعراض النفسية والجسدية	0.606	0.527	0.522
الدرجة الكلية	0.847	0.628	0.613

يظهر الجدول السابق أن معاملات الثبات تراوحت بين (0.522 - 0.860) وهي معاملات مرتفعة نسبياً وتدل على ثبات المقياس وتسمح بإجراء الدراسة .

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم جمع البيانات بوساطة الأدوات المذكورة سابقاً، ثم أُدخلت إلى الحاسب الآلي عن طريق برنامج الـ (SPSS)، وأعطيت كل إجابة الدرجة المناسبة، ومن ثم استخرجت النتائج آلياً، وسيتم عرضها بالتفصيل في فصل تحليل نتائج الدراسة، حيث جرى استخدام المعالجات الآتية:

معامل ارتباط بيرسون: لتحديد الارتباطات، وألفا كرونباخ: لحساب معامل الثبات لمقاييس الدراسة، ومعامل سبيرمان - براون: لتصحيح الثبات بالتجزئة النصفية لمقاييس الدراسة، واختبار (T-test): لتحديد القوة التمييزية لعبارات مقاييس الدراسة، ومعرفة الفروق في أداء أفراد عينة الدراسة على مقاييس الدراسة، واختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova).

الفصل الخامس

مناقشة نتائج البحث وتفسيرها

.تمهيد.

أولاً . عرض سؤال البحث وتفسيره.

ثانياً: عرض فرضيات البحث وتفسيرها.

ثالثاً . مقترحات وتوصيات البحث.



الفصل الخامس : مناقشة نتائج البحث وتفسيرها

. تمهيد:

تعرض الباحثة في هذا الفصل النتائج التي توصل إليها البحث باستخدام الأسلوب الإحصائي الذي يتناسب مع طبيعة كل فرض من فروض البحث، وعرض التفسيرات المناسبة في ضوء نتائج الدراسات السابقة والإطار النظري للبحث .

أولاً: عرض سؤال البحث وتفسيره:

- ما هي المشكلات الانفعالية الأكثر شيوعاً لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية المستخدم في البحث؟

وللإجابة عن سؤال البحث استخدمت الباحثة النسب المئوية والمتوسطات الحسابية لمعرفة الدرجة التي تمثل كل مشكلة انفعالية، وذلك بالاعتماد إلى القاعد العامة التي قدمها كوبيزين وبوريش (Kubizyn & Boorish, 1996, 55) اللذان أعلنوا أن النقطة الفاصلة للتصنيف على مقياس خماسي من (1-5) درجات هي (3) درجات، فالدرجة التي تزيد عن (3) تعتبر المشكلة مرتفعة، والعكس صحيح، وبالتالي يمكن تقدير درجة المشكلات الانفعالية على حسب النسب المئوية والمتوسط الحسابي كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول رقم (12) تقدير درجة المشكلات الانفعالية والنسب المئوية والمتوسط الحسابي على مقياس

المشكلات الانفعالية

درجة المشكة الانفعالية	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي
منخفضة جداً	20%-36%	1.8-1
منخفضة	36%-52%	2.6-1.8
متوسطة	52%-68%	3.4-2.6
مرتفعة	68%-84%	4.2-3.4
مرتفعة جداً	84%-100%	5-4.2

جدول رقم (13) الدرجات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية والانحرافات المعيارية لاستجابات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية

الترتيب	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	درجة المشكلة الانفعالية
4	القلق	2.8953	1.5869	%57.9	متوسطة
3	الغضب	3.1773	1.0370	%63.5	متوسطة
5	العناد	2.8920	1.2883	%57.8	متوسطة
1	الخجل	3.9044	1.0277	%78.08	مرتفعة
2	التعلق	3.2188	1.0707	%64.37	متوسطة
6	العدوان	2.1490	1.3382	%42.98	منخفضة
7	أعراض نفسية جسدية	2.0532	1.6096	%41.06	منخفضة
	الدرجة الكلية	2.8985	1.2797	%57.97	متوسطة

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن أكثر مشكلة انفعالية شيوعاً لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، هي الخجل حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.9044) بانحراف معياري (1.0277)، وكانت النسبة المئوية (78.08%) وكانت درجتها مرتفعة، وهذه النتيجة يمكن تفسيرها بأن الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك يتأثرون كثيراً بمظهرهم الخارجي، وبالتالي يبدون خجلاً واضحاً من أنفسهم وفي تعاملهم مع الآخرين، حيث يكون هؤلاء الأطفال أكثر حساسية انفعالية اتجاه الآخرين، بحيث يتأثرون بسهولة في حالة انتقادهم من قبل الآخرين، ويرتبطون في مواقفهم الاجتماعية وفي تواصلهم مع أقرانهم، مما يؤدي بهم إلى الانسحاب من النشاطات الاجتماعية، وهذا ما أكدته كل من دراسة (دك الباب، 2012)، ودراسة كينيغي وآخرون (Ginige et al, 2014)، ودراسة لورت وآخرون (Lorot et al, 2015)، والتي أكدت أن الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك كثيراً ما يتعرضون للسخرية من قبل أقرانهم مما يزيد من شعورهم بالنقص والخجل الشديد، وكذلك دراسة رهف وآخرون (Rahaf et al, 2014) التي أظهرت انخفاضاً لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك بتقّتهم بأنفسهم وارتفاعاً بنسبة الخجل لديهم، وكذلك دراسة ليوناردو وآخرون (Leonardo, et al, 2015)، التي أثبتت أن الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك يميلون للانعزال والانطواء ويظهرون خجلاً شديداً، وهذا ما أكدته (Martelli, 2015) أن الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك يشعرون بالخجل الشديد من أنفسهم خصوصاً في حال سخرية أقرانهم منهم.

في حين نلاحظ من الجدول السابق أن أقل المشكلات تلك المرتبطة بالأعراض النفسية الجسدية، حيث كان المتوسط الحسابي لها (2.0532) بانحراف معياري (1.6096) وكانت النسبة المئوية (41.06%) مما يشير إلى درجة منخفضة على مقياس المشكلات الانفعالية، حيث تلك الأعراض ليس لها ارتباط

واضح بإصابة الأطفال بشق الشفة وقبة الحنك، في حين كانت مشكلة العدوان في الترتيب السادس، حيث بلغ المتوسط الحسابي لها (2.1490) بانحراف معياري بلغ (1.3382)، وبالتالي بلغت النسبة المئوية (42.98%)، والدرجة كانت من منخفضة، حيث هؤلاء الأطفال لا تظهر لديهم أعراض العدوان أو العنف بشكل كبير، وربما يكون العدوان لديهم موجهاً لذاتهم نتيجة نقص شعورهم بالثقة بالنفس وانعزالهم وانطوائهم على ذاتهم وهذا ما أكدته العديد من الدراسات السابقة.

في حين كانت باقي المشكلات بالمستوى المتوسط، حيث كانت مشكلة التعلق هي أعلى درجة متوسطة وكان ترتيبها الثاني من بين المشكلات الانفعالية حيث بلغ المتوسط الحسابي لمشكلة التعلق (3.2188) بانحراف معياري (1.0707)، وبلغت النسبة المئوية (64.37%)، حيث أن مشكلة التعلق لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك ترتبط إلى حد كبير بأسلوب التنشئة والمعاملة الوالدية، من حيث الحماية الزائدة وإبداء الخوف على أبنائهم مما يؤثر بشكل سلبي عليهم، فيصبحوا أكثر تعلقاً واعتمادية على الآخرين في تلبية حاجاتهم ومتطلباتهم، وهذا ما أكدته دراسة فولكير وآخرون (Volker, et al, 2014) من خلال الآثار النفسية على الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك التي سببها الحماية الزائدة من قبل الأهل مما يؤدي إلى انتهاج هؤلاء الأطفال إلى تعلقاً زائداً بأهلهم ومن هم أكبر سناً منهم.

وجاءت مشكلة الغضب بالترتيب الثالث للمشكلات الانفعالية بمتوسط حسابي بلغ (3.1773)، وبانحراف معياري (1.0370) وكانت النسبة المئوية (63.5%) بدرجة متوسطة، وجاءت مشكلة القلق بالمرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (2.8953)، وانحراف معياري (1.5869)، وبلغت النسبة المئوية (57.9%)، بدرجة متوسطة وكانت مشكلة العناد قريبة من مشكلة القلق وجاءت بالمرتبة الخامسة بمتوسط حسابي بلغ (2.8920)، وانحراف معياري (1.2883)، وبلغت النسبة المئوية (57.8%) بدرجة متوسطة فظهور مشكلة الغضب والعناد وأيضاً القلق لدى هؤلاء الأطفال ناتج عن سوء تكيفهم مع أنفسهم وبالمحيطين معهم، فيقومون بردات فعل تظهر توترهم مع المحيطين بهم، ويفقدون السيطرة في ضبط انفعالاتهم، وبالتالي لا يبدون تعاوناً مع الآخرين، وتقع المسؤولية الأولى في هذا الجانب على الأهل والأسرة والمدرسة في التخفيف من توترهم وقلقهم وغضبهم وذلك بتقبلهم ومعاملتهم على أنهم أطفال أسوياء عقلياً وانفعالياً.

ثانياً: عرض فرضيات البحث وتفسيرها:

الفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير الجنس عند مستوى دلالة (0.05). وللتحقق من صحة هذه الفرضية جرى حساب اختبار (ت) لقياس دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات الانفعالية وفقاً لمتغير الجنس (ذكر/أنثى) والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (14) يبين الفروق في متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير الجنس

مقياس المشكلات الانفعالية					العدد	الجنس	المجال
القرار	مستوى الدلالة	قيمة (T)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي			
غير دال	.804	-.277-	7.34941	31.5769	30	ذكر	القلق
			7.82439	32.2000	20	أنثى	
غير دال	.740	1.071	6.50047	29.4483	30	ذكر	الغضب
			7.57360	27.2222	20	أنثى	
غير دال	.412	1.279	5.61453	29.8333	30	ذكر	العناد
			6.96212	27.5500	20	أنثى	
دال	.002	1.348	7.27130	37.2778	30	ذكر	الخجل
			7.02772	40.2222	20	أنثى	
غير دال	.281	.122	3.81084	25.8214	30	ذكر	التعلق
			5.94957	25.6500	20	أنثى	
غير دال	.685	1.889	7.07072	23.0690	30	ذكر	العدوان
			7.00827	19.2000	20	أنثى	
غير دال	.533	.975	4.33823	19.0345	30	ذكر	الأعراض النفسية الجسدية
			5.60962	17.6316	20	أنثى	
غير دال	.493	9152.	5.9936	196.0612	30	ذكر	الدرجة الكلية
			6.8507	189.676	20	أنثى	

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك تبعاً لمتغير الجنس، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور (196.0612) بانحراف معياري (5.9936)، والمتوسط الحسابي للإناث (189.676) بانحراف معياري (6.8507) وبلغت قيمة (ت) (0.9152) وهي غير دالة حيث بلغ مستوى الدلالة للدرجة الكلية للمقياس (0.493) وهي أكبر من مستوى الدلالة المفترض في البحث وهو (0.05) وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير الجنس عند مستوى دلالة (0.05). على الدرجة الكلية للمقياس وعلى جميع الأبعاد باستثناء مجال الخجل التي كانت فيه الفروق لصالح الإناث، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور (37.2778) بانحراف معياري (7.27130)، والمتوسط الحسابي للإناث بلغ (40.2222) بانحراف معياري (7.02772)، وبلغت قيمة (ت) (1.348) عند مستوى دلالة (0.002) أصغر من (0.05)، وبالتالي الإناث أكثر خجلاً من الذكور لأن طبيعة الإناث من ناحية الفروق الفردية وكذلك الفروق في التنشئة الأسرية والمجتمعية تختلف عن الذكور، وكون شق الشفة وقبة الحنك تؤثر من الناحية الجمالية وكذلك من ناحية النطق والكلام سلباً على الإناث في تواصلهم الاجتماعي وبالمحيطين بهم.

الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير العمر عند مستوى دلالة (0.05).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية جرى حساب اختبار (ت) لقياس دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات الانفعالية وفقاً لمتغير العمر (طفولة متوسطة/طفولة متأخرة) والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (15) يبين الفروق في متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير العمر

مقياس المشكلات الانفعالية					العدد	الجنس	المجال
القرار	مستوى الدلالة	قيمة (T)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي			
غير دال	.045	.340	6.24914	32.1379	31	طفولة متوسطة	القلق
			9.41369	31.3529	19	طفولة متأخرة	
غير دال	.052	1.205	7.69316	29.5517	31	طفولة متوسطة	الغضب
			5.35199	27.0556	19	طفولة متأخرة	
غير دال	.233	1.198	6.60287	29.7419	31	طفولة متوسطة	العناد
			5.44993	27.5789	19	طفولة متأخرة	
غير دال	.083	-.783-	8.41138	38.4138	31	طفولة متوسطة	الخجل
			4.43048	40.1875	19	طفولة متأخرة	
غير دال	.630	.487	4.34358	26.0000	31	طفولة متوسطة	التعلق
			5.55388	25.2941	19	طفولة متأخرة	
غير دال	.419	-1.001-	7.55364	20.6667	31	طفولة متوسطة	العدوان
			6.67981	22.7895	19	طفولة متأخرة	
غير دال	.854	.220	5.19682	18.6000	31	طفولة متوسطة	الأعراض النفسية الجسدية
			4.41662	18.2778	19	طفولة متأخرة	
غير دال	.271	1.666	6.5786	195.112	31	طفولة متوسطة	الدرجة الكلية
			5.8994	192.5363	19	طفولة متأخرة	

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك تبعاً لمتغير العمر، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لأطفال مرحلة الطفولة المتوسطة (195.112) بانحراف معياري (6.5786)، والمتوسط الحسابي لأطفال مرحلة الطفولة المتأخرة (192.5363) بانحراف معياري (5.8994) وبلغت قيمة (ت) (1.666) وهي غير دالة حيث بلغ مستوى الدلالة للدرجة الكلية للمقياس (0.271) وهي أكبر من مستوى الدلالة المفترض في البحث وهو (0.05) وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير العمر عند مستوى دلالة (0.05).

وتفسر الباحثة تلك النتيجة أن المشكلات الانفعالية للأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك هم بنفس الدرجة بغض النظر عن متغير العمر لديهم، فهم يعانون من تلك المشكلات على حد سواء، وهذه المشكلات لا تتغير مع تقدم العمر لديهم، فالمعناة من التشوهات الخلقية تستمر مع الطفل وهي بنفس الدرجة كون التدخل العلاجي الطبي يتأخر إلى سن (16-17) سنة، فالجانب الجمالي يؤثر على هؤلاء الأطفال واتصالهم مع الآخرين وتفاعلهم معهم بغض النظر عن العمر سواء كان في الطفولة المتوسطة أم في المتأخرة، وتتفق تلك النتيجة مع دراسة كل من: (دك الباب، 2012)، و (Turkay, et al, 2011)، ودراسة (Pin Ho, et al, 2013)، و (Ginige et al, 2014)، و (Rahaf et al, 2014)، و (Volker, et al, 2014).

الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير نوع الإصابة عند مستوى دلالة (0.05).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية جرى حساب اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) لقياس دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات الانفعالية وفقاً لمتغير نوع الإصابة (شق شفة بدون قبة حنك / شفة شفة وقبة حنك / قبة حنك بدون شق شفة) والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (16) تحليل التباين (Anova) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير نوع الإصابة

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	القرار
القلق	بين المجموعات	321.482	2	160.741	3.045	.058	غير دال
	داخل المجموعات	2164.063	47	52.782			
	المجموع الكلي	2485.545	49				
الغضب	بين المجموعات	224.578	2	112.289	2.775	.074	غير دال
	داخل المجموعات	1699.333	47	40.460			
	المجموع الكلي	1923.911	49				
العناد	بين المجموعات	62.909	2	31.454	.779	.465	غير دال
	داخل المجموعات	1816.404	47	40.365			
	المجموع الكلي	1879.312	49				
الخجل	بين المجموعات	174.896	2	87.448	1.684	.198	غير دال
	داخل المجموعات	2129.104	47	51.929			
	المجموع الكلي	2304.000	49				
التعلق	بين المجموعات	158.305	2	79.153	4.165	.202	غير دال
	داخل المجموعات	817.173	47	19.004			
	المجموع الكلي	975.478	49				
العدوان	بين المجموعات	77.799	2	38.900	.753	.477	غير دال
	داخل المجموعات	2272.073	47	51.638			
	المجموع الكلي	2349.872	49				

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	القرار
الأعراض النفسية الجسدية	بين المجموعات	91.436	2	45.718	2.530	.091	غير دال
	داخل المجموعات	777.173	47	18.074			
	المجموع الكلي	868.609	49				
الدرجة الكلية							
غير دال					2.247	0.223	غير دال

نلاحظ من الجدول رقم (16) أن نتائج تحليل التباين أظهر عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير نوع الإصابة (شق شفة بدون قبة حنك / شفة شفة وقبة حنك / قبة حنك بدون شق شفة) حيث بلغت قيمة ف على الدرجة الكلية للمقياس (2.247) ومستوى الدلالة بلغ (0.223) وهو أكبر من مستوى الدلالة المفترض في البحث وهو (0.05).

وبذلك تقبل الباحثة الفرضية الصفرية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير نوع الإصابة عند مستوى دلالة (0.05).

وتفسر الباحثة تلك النتيجة بأن معظم أطفال عينة البحث هم من ذوي إصابة شق الشفة وقبة الحنك حيث بلغوا ما نسبته (80%) من أفراد عينة البحث، وبالتالي إن نوع الإصابة لا يؤثر كثيراً في مستوى المشكلات الانفعالية لدى الأطفال، فجميع أنواع الاصابات تؤثر في العملية الوظيفية لدى الطفل من حيث المظهر الجمالي، واضطراب في النطق والتغذية، مما يؤثر سلباً عليهم في عملية التواصل مع أقرانهم، وبالتالي ظهور تلك المشكلات الانفعالية لديهم بغض النظر عن نوعية تلك الإصابة لديهم، وتدعم تلك النتيجة كل من دراسة: (دك الباب، 2012)، و (Turkay, et al, 2011)، ودراسة (Pin Ho, et al, 2013)، و (Ginige et al, 2014)، و (Rahaf et al, 2014)، و (Volker, et al, 2014).

ثالثاً: التوصيات والمقترحات:

في ضوء نتائج البحث السابقة التي توصلت إليها توصي الباحثة بعدة نقاط يمكن أن تسهم في التعمق في دراسة المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق ناشفة وقبة الحنك، وهي كالآتي:

- التوسع في دراسة عدد أكبر من المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، كالغيرة، والانطواء، والعزلة، والانسحاب... وغيرها من المشكلات التي يمكن أن تعترض هؤلاء الأطفال.
- ضرورة إجراء مراكز متخصصة تعنى باحتياجات الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك من حيث الاحتياجات الطبية العلاجية، والنفسية والانفعالية، ومتابعة هؤلاء الأطفال على المدى الطويل.
- ضرورة توعية آباء وأمهات الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك بتلك الإصابة لدى أبنائهم، وكيفية التعامل معهم، من خلال زيادة ثقتهم بأنفسهم، وتمكينهم من تلبية حاجاتهم بمفردهم لتدعيم مبدأ الاستقلالية لديهم.
- إجراء المزيد من البحوث والدراسات الخاصة بالأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك وربطها بمتغيرات أخرى، كالحالة الاجتماعية، والاقتصادية للطفل، وكذلك جوانب الشخصية لديه، مما قد يسهم بإعطاء صورة أوضح لما يعانيه هؤلاء الأطفال على الصعيد النفسي.
- إجراء برامج إرشادية وتدريبية للأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، وكذلك أهاليهم، من الناحية النفسية والانفعالية لديهم، لتنمية بعض المشاعر الإيجابية لديهم كالثقة بالنفس، والطمأنينة الانفعالية، والسعادة وغيرها من متغيرات علم النفس الإيجابي الحديث.

ملخص البحث باللغة العربية



ملخص البحث باللغة العربية

العنوان

المشكلات الانفعالية الشائعة لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك

يهدف البحث للحصول على إجابات علمية لأسئلة البحث وفرضياته وذلك من خلال:

1- معرفة المشكلات الانفعالية الشائعة لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك وترتيبها بحسب مدى انتشارها من خلال المقياس المعد لهذا الغرض وهي: (القلق، الغضب، التعلق، العدوان، الخجل، العناد).

2- معرفة دلالة الفروق في المشكلات الانفعالية عند الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية المستخدم في البحث حسب متغير (الجنس، العمر، نوع الإصابة).

سؤال البحث:

ما مدى انتشار المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك؟

فرضيات البحث:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك تبعاً لمتغير الجنس عند مستوى دلالة (0.05).

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك تبعاً لمتغير العمر عند مستوى دلالة (0.05).

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك تبعاً لمتغير نوع الإصابة عند مستوى دلالة (0.05).

أدوات البحث:

- مقياس للمشكلات الانفعالية من إعداد الباحثة ويقاس بعض المشكلات الانفعالية وهي: (القلق، الغضب، التعلق، العدوان، الخجل، العناد).

حدود البحث:

- 1- الحدود البشرية: تكونت العينة من الأطفال المصابين بشقوق الشفة وقبة الحنك الذين هم في عمر الطفولة المتوسطة (6-9) سنوات، وعمر الطفولة المتأخرة (10-12) عاماً، حيث بلغوا (50) طفلاً وطفلة.
- 2- الحدود الزمانية: تم إجراء البحث بين عامي (2013-2015).
- 3- الحدود المكانية: تم إجراء البحث في المشافي العامة المختصة بجراحة الوجه والفكين، ومشفى جراحة الوجه والفكين في جامعة دمشق، ومشفى الأطفال، وكذلك العيادات المتخصصة بجراحة الوجه والفكين وتقويم الأسنان في محافظة دمشق.

نتائج البحث:

- الإجابة عن سؤال البحث: ما مدى انتشار المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك؟

أظهرت النتائج الترتيب التالي لمدى انتشار المشكلات الانفعالية للأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك:

1. الخجل بنسبة (78.08%) بدرجة: مرتفعة.
2. التعلق بنسبة (64.37%) بدرجة: متوسطة.
3. الغضب بنسبة (63.5%) بدرجة: متوسطة.
4. القلق بنسبة (57.9%) بدرجة: متوسطة.
5. العناد بنسبة (57.8%) بدرجة: متوسطة.
6. العدوان بنسبة (42.98%) بدرجة: منخفضة.
7. أعراض نفسية جسدية بنسبة (41.06%) بدرجة: منخفضة.

نتائج فرضيات البحث:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير الجنس عند مستوى دلالة (0.05). على الدرجة الكلية للمقياس وعلى جميع الأبعاد باستثناء مجال الخجل التي كانت فيه الفروق لصالح الإناث.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير العمر عند مستوى دلالة (0.05).
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أهالي الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك على مقياس المشكلات الانفعالية تبعاً لمتغير نوع الإصابة عند مستوى دلالة (0.05).

قائمة المراجع



قائمة المراجع

أ. المراجع باللغة العربية :

1. إبراهيم ، إبراهيم الشافعي (2011): بعض المتغيرات الشخصية المرتبطة باضطرابات النطق والكلام لدى طلاب المرحلتين الابتدائية والمتوسطة بالمملكة العربية السعودية، دراسة تنبؤية مقارنة . مجلة العلوم التربوية
2. إبراهيم، سهير إبراهيم محمد (2004): المخاوف وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال المرحلة العمرية من (12-16) سنة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس ، معهد الدراسات العليا للطفولة، مصر .
3. إبراهيم، عبد الستار (1993): العلاج السلوكي للطفل، أساليبه ونماذج من حالاته، عالم المعرفة، الكويت.
4. أبو أسعد، مصطفى (2008): مهارات الحياة الوجدانية، ط1، دار الإبداع الفكري، الكويت.
5. أبو النجا، هويدا السيد محمد (2009): بعض أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأطفال ضعاف السمع في المرحلة العمرية (12-16) عاماً وعلاقتها ببعض المشكلات السلوكية، رسالة ماجستير غير منشورة،
6. أبو جادو، صالح محمد علي (2007): علم النفس التطويري الطفولة والمراهقة، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
7. أبو زيد ، أحمد محمد (2011): دراسة الحالة لذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، دار المسرة ، عمّان، الأردن.
8. أبو علام، رجاء (1993): علم النفس التربوي، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
9. أبو غزال، معاوية محمود (2011): النمو النفعالي والاجتماعي من الرضاعة إلى المراهقة، الطبعة الأولى،
10. أحمد، السيد علي السيد - بدر، فائقة (1999): اضطراب الانتباه لدى الأطفال أسبابه وتشخيصه وعلاجه، مكتبة النهضة الحضرية، القاهرة.
11. أحمد، سهير كامل (1988): الجزء الأول دراسات في سيكولوجية الطفولة، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
12. أحمد، سهير كامل (2000): التوجيه والإرشاد النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
13. أحمد، عدنان إبراهيم (1998): الأطفال المشكلون، ط1، دار المشرق للنشر والتوزيع، دمشق، سورية.
14. أدلي، ألفرد (2005): معنى الحياة، ترجمة عادل بصري، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة.

15. إسماعيل، محمد عماد (1989): **الطفل من الحمل إلى الرشد**، الطبعة الأولى، دار القلم، الكويت.
16. الأشول، عادل عز الدين (1982): **علم النفس النمو**، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
17. الأعسر، صفاء والكفافي، علاء الدين (2000): **الذكاء الوجداني**، ط1، دار قباء للطباعة والنشر.
18. أكين، تيري ودان، جيري وشيلنج، ديان (2007): **مساعدة الأطفال على اتخاذ قرارات حكيمة وتقليل سلوكيات المخاطرة**، ط1، مكتبة جرير.
19. بارلو، ديفيده (2002): **مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي**. الترجمة بإشراف ومراجعة صفوت فرج. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
20. بارون، خضر عباس (2002) **الدوافع والانفعالات والضغط النفسية**، الطبعة الأولى، مكتبة المنار الإسلامية، بيروت.
21. الببلاوي، إيهاب (2006): **التقييم والتشخيص في التربية الخاصة**، ط1، دار الزهراء، الرياض.
22. بدر الدين، عبد الرحمن وآخرون (1988): **اتجاهات تطبيق التعليم الأساسي في القطر العربي السوري**، مجلة المعلم العربي، العدد الثالث، دمشق.
23. بدير، كريمان (2008): **تقويم نمو الطفل**، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
24. برقايوي، محمد صالح (1992): **مشكلات طلاب المدارس الثانوية في الأردن**، جامعة اليرموك، مركز البحوث التربوي.
25. بشناق، رأفت محمد (2001): **دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية**، الطبعة الأولى، دار النفاس للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.
26. بطرس، بطرس حافظ (2007): **إرشاد الأطفال العاديين**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
27. بطرس، حافظ بطرس (2008): **المشكلات النفسية وعلاجها**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
28. بني يونس، محمد محمود (2009): **سيكولوجية الدافعية والانفعالات**، ط 2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
29. البهي، فؤاد (1975): **الأسس النفسية للنمو**، ط4، دار الفكر العربي، القاهرة.
30. بوعلو، الأزرق (1993): **الانسان والقلق**. ط1. القاهرة: سينا للنشر.
31. بيروتتي، عائدة، وحدي، نزيه (2012): **فاعلية تدريب الأمهات على التعزيز التفاضلي وإعادة التصور في خفض سلوك عدم الطاعة لدى أطفالهن وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى الأمهات**، **المجلة الأردنية في العلوم التربوية**، مجلد (8)، عدد (4)، ص 283-302.

32. توك، محي الدين - قطامي، يوسف - عدس، عبد الرحمن (2003): أسس علم النفس التربوي، ط3، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
33. الجاني، مرهف كمال (2008): دراسة لبعض المشكلات السلوكية لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية بمدينة المنيا في ضوء متغيرات الحكم الخلفي، المسايرة /المغايرة، التروي/ الاندفاع، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المنيا، مصر العربية.
34. الجسماني، عبد العلي (1994): سيكولوجية الطفولة وحقائقها الأساسية، الدار العربية، بيروت، لبنان.
35. جيدوري، صابر عوض، أخرس، نائل محمد.(2005). *مناهج البحث التربوي*، دار كنوز المعرفة، الرياض.
36. حبيب، مجدي عبد الكريم (1992): الخجل كبعد أساس للشخصية، دراسة ميدانية لدى طلاب المرحلة الجامعية، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد الثالث والعشرون، سبتمبر، ص 66-81
37. حجازي، مصطفى (2000): *الصحة النفسية*، ط1، منشورات المركز الثقافي العربي، بيروت، لبنان.
38. حجازي، مهند (2011): دراسة سريرية ونسجية لبعض الطرق المستخدمة في تطعيم الشق السنخي عن مرضى شق الشفة والحنك، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق.
39. حريقة، رولا (2001): *موسوعة الأسرة الحديثة بسيكوبيديا*، ط1، الجزء الحادي عشر، لبنان.
40. حسن، عبد المعطي (2002): *الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة*، مكتبة القاهرة للكتاب، القاهرة.
41. الحسين، أسماء عبد العزيز (2007): *اطمئن ولا تقلق*. ط2. الرياض: دار المغني للنشر والتوزيع.
42. حسين، محمد عبد المؤمن (1986): *مشكلات الطفل النفسية*، دار الفكر الجامعي، الأزاريطة، الإسكندرية.
43. حمام، فاديا كامل (2007): *مشكلات الأطفال السلوكية والتربوية*، ط1، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض، السعودية.
44. حمودة، محمود عبد الرحيم (1991): *الطفولة والمراهقة - المشكلات النفسية والعلاج*، دار غريب للنشر والطباعة، القاهرة.
45. حواشين، مفيد نجيب (1997): *الاتجاهات الحديثة في تربية الطفل*، الطبعة الثالثة، دار الفكر، عمان، الأردن.
46. حواشين، حواشين (1996): *النمو الانفعالي عند الأطفال*، ط1، دار الفكر للنشر، عمان، الأردن.
47. حواشين، زيدان نجيب (1990): *اتجاهات حديثة في تربية الطفل*، دار الفكر، عمان.

48. الخطيب، محمد جواد (1998): التوجيه والإرشاد بين النظرية والتطبيق، ط1، مطابع المنصورة، غزة، فلسطين.
49. خلف الله، سلمان (2004): الطفولة المشكلات السلوكية، الجزء الأول، دار جهينة، عمان.
50. خوالدة، محمود (2004): الذكاء الانفعالي، ط1، دار الشروق، عمان، الأردن.
51. داود، نسيمه وحمدي، نزيه (1989): مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، ط1، الجامعة الأردنية، عمان.
52. داينز، روبين (2006): إدارة القلق. ط1. ترجمة دار الفاروق. القاهرة.
53. الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (2004): المعايير التشخيصية، الرابطة الأمريكية للطب النفسي. ترجمة أمين السماك وعادل مصطفى. الكويت: مكتبة المنار الإسلامية.
54. دويدار، عبدالفتاح (2004): علم نفس الشخصية، ط2. الكويت: مكتبة المنار الإسلامية.
55. راجح، أحمد عزت (1991): أصول علم النفس، مطبعة الأهرام، القاهرة.
56. الرفاعي، نعيم (1987): الصحة النفسية. ط7. دمشق: مطابع جامعة دمشق.
57. الرفاعي، نعيم (2009): الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف. ط15. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
58. الرفاعي، غالية، وقطامي، نايفة (1989): نمو الطفل ورعايته، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان، الأردن.
59. الرفاعي، نعيم (1982): علم النفس التربوي، منشورات جامعة دمشق، سورية.
60. الريماوي، سليمان - حمدي، نزيه - داوود، نسيمه (1998): تدخلات الصحة النفسية في أطفال ما قبل المدرسة، المركز العربي للتعبير والترجمة والتأليف والنشر، دمشق.
61. الريماوي، محمد عودة (2003): علم نفس نمو الطفولة والمراهقة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
62. الزعبي، أحمد محمد (1994): الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، الطبعة الأولى، دار الحكمة اليمانية، صنعاء، اليمن.
63. الزعبي، أحمد (2000): الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والمدرسية عند الأطفال، دار زهران، عمان، الأردن.
64. الزعبي، أحمد محمد (2001): الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان.
65. الزغول، عماد عبد الرحيم (2006): الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
66. زهران، حامد عبد السلام (2000): الصحة النفسية. ط2. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

67. زهران، حامد عبد السلام (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3. القاهرة: عالم الكتب للطباعة والنشر.
68. زهران، حامد (1983): علم نفس نمو الطفولة والمراهقة، ط1، عالم الكتب، القاهرة.
69. زهران، حامد عبد السلام (1987): الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثانية، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
70. زهران، حامد عبد السلام (1998): التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب، القاهرة.
71. الزهراني، عبد الله (2009): المشكلات السلوكية، دراسة غير منشورة، كلية المعلمين، الباحة.
72. زيدان، محمد مصطفى (2007): النمو النفسي للطفل والمراهق، دار الشروق، جدة، السعودية.
73. سارة، مفتود (2011): مدى فاعلية برنامج إرشاد نفسي جماعي في تخفيف حدة المشكلات الانفعالية للتلاميذ الموهوبين في المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة باجي مختار عنابة، تونس.
74. السرطاوي، زيدان أحمد (1987): المعاقون أكاديمياً وسلوكياً، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع، الرياض.
75. سري، إجلال (2003): الأمراض النفسية الاجتماعية، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
76. سعد، علي (1993): علم الشذوذ النفسي، منشورات جامعة دمشق.
77. سليم، مريم (2002): علم نفس النمو، ط1، بيروت، دار النهضة العربية.
78. سمعان، مريم (2010): المشكلات الانفعالية لدى الطفل المتخلف عقلياً وعلاقتها بأساليب المعاملة والانسجام بين الوالدين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق.
79. سيد عثمان، فاروق (2000): القلق وادارة الضغوط النفسية. ط2. القاهرة: دار الفكر العربي.
80. سيد يوسف، جمعة (2000): النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية. ط1. القاهرة: دار الغريب للطباعة والنشر.
81. سيسالم، سالم (1998): المعاقون جسدياً وصحياً في المدارس العامة، ط1، دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات.
82. الشحيمي، محمد أيوب (1994): مشاكل الأطفال كيف نفهمها، دار الفكر اللبناني، بيروت.
83. الشربيني، زكريا (1993): المشكلات النفسية عند الأطفال، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
84. الشربيني، زكريا (2001): المشكلات النفسية عند الأطفال، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
85. الشربيني، زكريا (2007): المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة، دار الفكر العربي.
86. الشربيني، زكريا وصادق، سيرية (2000): تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملة ومواجهة مشكلاته، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

87. الشناوي، محمد محروس (1996): العملية الإرشادية العلاجية، ط1، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
88. شوقي، طريف (2005): السلوك العدواني، في: زين العابدين درويش (محرر): علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته، الطبعة الثالثة، القاهرة، دار الفكر العربي، ص327-355.
89. شيفر، شارلز وهليمان، هاوارد (1989): مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، ترجمة نسيمة داوود ونشرية حمدي، الجامعة الأردنية، عمان.
90. شيفر، وملمان (1999): سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة وتعريب: سعيد العزة، الطبعة الأولى، دار الثقافة، القاهرة، مصر.
91. صادق، عادل (1992): طب نفس الأطفال، مجلة العربي، العدد (402)، الكويت.
92. صوان، محمد ناصر (2008): دراسة التوزع الجغرافي والعوامل المسببة المحتملة لشقوق الشفة وقبة الحنك لدى عينة من المجتمع العربي السوري، مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية، المجلد (24)، العدد (1)، ص 161-170.
93. طنجور، إسماعيل (1998): الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية لدى أولاد المطلقين، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، سورية.
94. طه، فرج عبد القادر (1993): معجم علم النفس والتحليل النفسي، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
95. طه، فرج عبد القادر (1993): معجم علم النفس والتحليل النفسي، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
96. الظاهر، قحطان أحمد (2004): تعديل السلوك، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
97. عباس، فيصل (1997): علم نفس الطفل النمو النفسي والانفعالي للطفل، دار الفكر العربي، بيروت.
98. عبد الخالق، حافظ، أحمد خيرى (1988): حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية. ط 16. مجلة العلوم الاجتماعية ص 181-196، الكويت: جامعة الكويت.
99. عبد الله، محمد قاسم (2007): مدخل الى الصحة النفسية. ط3. الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.
100. عبد الله، مجدي (1997): الطفولة بين السواء والمرض، ط1، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر.
101. عبد الله، محمد قاسم (2001): أمراض الأطفال النفسية وعلاجها، دار المكتبي للطباعة والنشر والتوزيع، سورية.

102. عبد المعطي، حسن مصطفى (2001): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، ط1، مكتبة القاهرة للكتاب، القاهرة.
103. عريفج، سامي (1987): علم النفس التطويري، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان.
104. العزة، سعيد (2002): التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، الدار العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
105. العزة، سعيد حسني (2002): سيكولوجية النمو في الطفولة، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والثقافة، عمان، الأردن.
106. العزة، سعيد حسني (2006): سيكولوجيا الطفولة والمراهقة مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها، دار الثقافة، عمان.
107. العصيمي، جزاء (2008): بعض المشكلات النفسية الشائعة لدى طلاب مراحل التعليم العام في مدينة الطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
108. العقاد، عصام عبد اللطيف (2001): سيكولوجية العدوانية وترويضها، منحى علاجي معرفي جديد، ط1، دار غريب، القاهرة.
109. عكاشة، أحمد (1998): الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
110. عكاشة، أحمد (1984): علم نفس الفيزيولوجي، دار المعارف، الطبعة الخامسة، القاهرة.
111. عكاشة، أحمد (1992): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
112. علاونة، شفيق (1994): سيكولوجية النمو الإنساني، الطبعة الأولى، دار الفرقان، عمان، الأردن.
113. علاونة، شفيق فلاح (2004): سيكولوجية التطور الإنساني من الطفولة إلى الرشد، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
114. علاوي، محمد حسن (1998): سيكولوجية العدوان والعنف، الطبعة الأولى، مركز الكتاب للطباعة، مصر.
115. العمر، معن خليل (2005): التفكك الاجتماعي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع.
116. العناني، حنان عبد المجيد (1997): الصحة النفسية للطفل، الطبعة الثالثة، دار الفكر العربي، مصر.
117. عوض، عباس محمود (1999): المدخل إلى علم نفس النمو الطفولة والمراهقة والشيخوخة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
118. العيسوي، عبد الرحمن (1990): الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
119. العيسوي، عبد الرحمن (1990): بيثولوجيا النقص، ط2، دار الفكر الجامعي.

120. عيسوي، عبد الرحمن (1993): علم النفس الأسري، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
121. العيسوي، عبد الرحمن (1993): مشكلات الطفولة والمراهقة، أسسها الفيزيولوجية والنفسية، كلية الآداب، بيروت.
122. العيسوي، عبد الرحمن (1995): المرجع في علم النفس الحديث، دار المعرفة الجامعية، مصر.
123. العيسوي، عبد الرحمن (2000): اضطرابات الطفولة والمراهقة وعلاجها، ط1، موسوعة كتب علم النفس الحديث، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.
124. العيسوي، عبد الرحمن (2000): سيكولوجية العنف والعدوان، دار الأنوار، دمشق.
125. العيسوي، عبد الرحمن محمد (1999): علم نفس الشواذ والصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.
126. غالب، مصطفى (2000): في سبيل موسوعة نفسية، ط4، بيروت: مكتبة الهلال للطباعة والنشر والتوزيع.
127. فرحة، خليل (2000): الموسوعة النفسية، دار أسامة للنشر، عمان.
128. فرويد، سيغموند (1960): القلق. ترجمة محمد عثمان نجاتي. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
129. الفسفوس، عدنان أحمد (2006): الدليل الإرشادي لمواجهة السلوك العدواني لدى طلبة المدارس، ط1، المكتبة الالكترونية، أطفال الخليج.
130. الفيومي، محمد إبراهيم (1985): القلق النفسي مصادره وتياراته وعلاج الدين له، دار الفكر العربي، القاهرة.
131. القاسم، جمال وآخرون (2000): الاضطرابات السلوكية، ط1، صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
132. القريطي، عبد المطلب أمين (1998): في الصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
133. قطامي، يوسف (2000): نمو الطفل المعرفي واللغوي، الطبعة الأولى، الأهلية للنشر، عمان، الأردن.
134. قطامي، يوسف، وعدس، عبد الرحمن (2002): علم النفس العام، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن.
135. كاشف، إيمان فؤاد (2004): المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى المعاق سمعياً في ظل نظامي العزل والدمج، مجلة دراسات نفسية، المجلد الرابع، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.
136. كاظم، أحمد (1994): مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط1، دار النهضة، مصر.
137. الكحيمي، وجدان عبد العزيز وآخرون (2000): الصحة النفسية للطفل والمراهق، مكتبة الرشد، الرياض.

138. كفاي، علاء الدين (1989): التنشئة الوالدية والأمراض النفسية، دراسة إمبريقية إكلينيكية، دار فجر للطباعة والنشر، القاهرة.
139. كفاي، علاء الدين (1990): الصحة النفسية، دار هجر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
140. كفاي، علاء الدين (1999): العلاج النفسي الأسري، دار الفكر العربي، القاهرة.
141. الكندري، أحمد محمد مبارك (1992): علم النفس الأسري، كلية التربية، ط2، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.
142. كونجر، وآخرون (1970): سيكولوجية الطفولة والشخصية، ترجمة أحمد سلامة، وجابر عبد الحميد، القاهرة، دار النهضة العربية.
143. ماكاي، ماثيو وديفد، مارثا وافتنيح، باتريك (2010): الأفكار والمشاعر، ط1، مكتبة جرير، السعودية.
144. محمد علي، عبد الحميد وآخرون (2009): مشاكل الطفل النفسية، القاهرة، مؤسسة طبية.
145. محمد، عادل عبد الله (2000): دراسات في الصحة النفسية - الهوية - الاغتراب - الاضطرابات النفسية. ط1. القاهرة: دار الرشاد للطباعة والنشر.
146. مخائيل، امطانيوس (2006): القياس النفسي، الجزء الأول، منشورات جامعة دمشق.
147. المختار، محمد خضر عبد الله (1999): الاغتراب والتطرف نحو العنف، ط1، دار غريب، القاهرة، مصر.
148. مختار، وفيق صفوت (1999): مشكلات الأطفال السلوكية، الأسباب وطرق العلاج، ط2، دار العلم والثقافة، القاهرة.
149. المخزومي، أمل ورضا، أنور ظاهر (2004): دليل العائلة النفسي، ط1، دار العلم للملايين، بيروت.
150. مرشد، ناجي عبد العظيم سعيد (2003): فعالية برنامج إرشادي للتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض الخجل لدى الأطفال، مجلة كلية التربية بالزقازيق، المجلد (1)، العدد (45)، ص 81-105.
151. مرشد، ناجي عبد العظيم سعيد (2006): تعديل السلوك العدواني للأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة دليل للأباء والأمهات، ط1، مكتبة زهراء الشرق، الكويت.
152. ملحم، سامي (2001): سيكولوجية التعلم والتعليم الأسس النظرية والتطبيقية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
153. ملحم، سامي (2002): مشكلات طفل الروضة، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن.
154. ملحم، سامي (2004): علم نفس النمو دورة حياة الإنسان، ط1، عمان.

155. ملحم، سامي محمد (2007): المشكلات النفسية عند الأطفال، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
156. منصور، علي والأحمد، أمل (2003): سيكولوجيا اللعب، ط1، منشورات جامعة دمشق.
157. النحاس، محمود (2014): مدى فاعلية برنامج إرشادي لمساعدة أمهات الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك المتأثرين بضعف السمع على تنمية اللغة لديهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة المنوفية، مصر.
158. النوح، مساعد بن عبد الله (2004): مبادئ البحث التربوي، مكتبة الرشيد، الرياض، السعودية.
159. النيال، مايسة أحمد و أبو زيد، مدحت عبد الحميد (1999): الخجل وبعض أبعاد الشخصية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.
160. واطسون، روبرت - ليندجن، هنري (2004): سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة دالية عزت مؤمن، القاهرة، مكتبة مدبولي.
161. يحيى، خولة (1999): المشكلات التي يواجهها ذو المعوقين سمعياً وعقلياً وحركياً الملتحقين بالمراكز الخاصة لهذه الإعاقات، مجلة الدراسات، تصدر عن عمادة البحث العلمي في الجامعة الأردنية، مجلد 26، العدد الأول، آذار، ص 92-108.
162. يحيى، خولة (2000): الاضطرابات السلوكية الانفعالية، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

- 1- Badach, Janusz (1998): Multidisciplinary management cleft lip and palate, Saundres company.
- 2- Bandura, A, & Ribes-Inesta M. (1976): Analysis of deling vency and aggression. Newjersy: Lawrence Erlbau Associale, Inc.
- 3- Berkowitz, Samuel (1996): Cleft lip and palate perspectives in management, California, San Digo.
- 4- Broder HI, Struss RP (1991): Psychological prob;ems and referrals among oral facial tram patients. Journal of rehabilitation 57: 31-36.
- 5- Caldaerlla, Paull & et al (2009): The impact of gender Chinese elementary school teacher's perceptions of student behavior problems, New Horizons in education, v.57, N.2, p17-31.
- 6- Crosier, W.R (1979) : **Shyness as dimension of personality , British of Social and cline psy.** (18) , p. 121 – 128 .
- 7- David R .shaffer (1988) **social and personality Development** second Edition, Brooks/ cole publishing company , Galifornia, united states of America.
- 8- Erickson (1977): Children psychopathology, Englewood Cliffs, N.J prentice, hall, INC, 3nc, New York of City.
- 9- Estes and moddis (1979): Relation Shipsamangintelligence, speech proficiency in children with cleft and palate, cleft pate j.
- 10- Eysenck, H (1977): Dsychology is about people. Great Britain. Penguin Books.
- 11- Gilbert A. Michele (1999): Behavioral problems of children involved in custody legislation: The byffer effect associated with havingsiblings. **Master Abstract International, Vol.37, No.(4), P1258.**
- 12- Ginige, P. Tennakoon, S.U.B.. Wijesinghe, W.H.M.K.J. Liyanage, Herath, L. P.S.D. Bandara, K. (2014): Prevalence of behavioral and emotional problems among seven to eleven year old children in selected schools in Kandy District, Sri Lanka, *Journal of Affective Disorders, Volume 167, 1 October, Pages 167-188.*
- 13- Graeme H. Wallace, Jacinta M. Arellano, Tini M. Grune, (2011): Non-syndromic cleft lip and palate: Could stress be a causal factor?. *Women and Birth, Volume 24, Issue 1, March, Pages 40-46.*
- 14- Halpern, Leslie (2004): The relation of coping and family environment to preschoolrts, problem behavior, Journal of Applied development psychology, v 25, N 4, p339-421.
- 15- Hawton, K. Salkovskis, M.Kirk, J & Clark, M (1996) Cognitive Behavior Theory Psychiatric Problems , Practical Guide, Oxford, Oxford Medical Publications

- 16- Herskind AM, Chrstensen (1993): Cleft lip orisk factor for suicide, international cogresson cleft palate and relied craniofoicied anomlologies, Australia p. 156.
- 17- Hethererington, E.M & Parke, R.D (1993): Child psychology: Acontemporary view point 4thed. New York: MC Graw Hill, Ine.
- 18- Johne F. Simonds and Richard E. Heimburger (1990): Phsycological valuation of gouty. Cleft palate 7, 533-539.
- 19- Kaplan And Sadocks' (1994) Synopsis Of Psychiatry: Behavioral Clinical Psychiatry . Seventh Edition Mass Publishing Co
- 20- Kirket,samual & Gallagher, Jams & Anastasiow, Nicholas, J (2003): Educating exceptional children, tenth edition in psychological problem.
- 21- Kubiszyn, T., & Borich, G. (1996). Educational Testing and Measurement (5th Ed.), New York: HarperCollins.
- 22- Landsdown R, Polak, IFA (1975): Stady of psychological effects if facial deformity in children. Child care health.
- 23- Leonardo Santos Limaa, Gustavo Silveira Ribeirob, Sibeles Nascimento de Aquinoa, Fernando Madalena Volpec, Daniella Reis Barbosa Martellia, Mário Sérgio Oliveira Swertsb,d, Lívia Maris Ribeiro Paranaíbaa, Hercílio
- 24- Lorot-Marchand A. Guerreschi, P. Pellerin, P. Martinot, V. C. Gbaguidi, C. Neiva, B. Devauchelle, C. Frochisse, M.L. Poli-Merol, C. Francois-Fiquet. (2015): Frequency and socio-psychological impact of taunting in school-age patients with cleft lip-palate surgical repair, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, Volume 79, Issue 7, July, Pages 1041-1048*
- 25- Management of birth defects and haemoglobin disorders: report of a joint WHO-March of Dimes meeting, Geneva, Switzerland, 17-19 May, 2006. Geneva, World Health Organization, 2006.
- 26- Martelli Júnior,d,. (2015): Prevalence of depressive symptoms in patients with cleft lip and palate, *Brazilian Journal of otorhinolaryngology, Volume 13, Issue 2, February, Pages 177-183.*
- 27- Peter j p, chinsky RR (1988): Sociological aspects of cleft palate adults. Cleft j:11.
- 28- Pin Ha, Xu-Qing Zhuge, Qian Zheng, Bing Shi, Cai-Xia Gong, Yan Wang. (2013): Behavioral pattern in Chinese school-aged children with cleft lip and palate, *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine, Volume 6, Issue 2, February, Pages 162-166.*
- 29- Pripatnont p .2007 : hydroxyl apatiteinrabbitcal .varial defects .j oral maxilo fac.sary : 651 2418-2424.2007
- 30- Rahaf Dak-Albab, Rania Soudan, Hisham Shakhashero, Mhd Khalil Zabad. (2014): Congenital malformations and their impact on Oral Health-

- Related Quality of Life among Syrian children with cleft lip and/or palate, *Indian Journal of Dentistry, Volume 5, Issue 1, March, Pages 1-5.*
- 31- Richman IC (1988): And achivment at cleft lip and palate children, Cleft journal, 10, 21-26
- 32- Samuel berkowitz (1996): cleftlip and palate perspectives in management volume: chapler I cream management sanpiego California
- 33- Schwechendiek, Wancl, Danzen psychological stadies of paltiont with cleft and palate, cleft palate 7, 533-539-1970.
- 34- Smitn, R, and Mcwillians, B.j Psycholingtic abilities of children with clefts, clfpalaty 5, 238-249, 1968.
- 35- Sunin,R. (1990): Anxiety Management Traning. New York, Plenum Publishing Co
- 36- Tobiasonjm: Social jusments, facial deformity cleft palate. J.
- 37- Turkay Demir, Gul Karacetin, Semih Baghaki, Yagmur Aydin, (2011): Psychiatric assessment of children with nonsyndromic cleft lip and palate, *General Hospital Psychiatry, Volume 33, Issue 6, November–December, Pages 594-603*
- 38- Volker Gassling, Caroline Christoph, Kristina Wahle, Bernd Koos, Jörg Wiltfang, Wolf-Dieter Gerber, Michael Siniatchkin. (2014): Children with a cleft lip and palate: An exploratory study of the role of the parent–child interaction, *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, Volume 42, Issue 6, September, Pages 953-958.*
- 39- Zoha Huanhuan (1997): Behavioral problems of preschools children in urban china, **Dissertation Abstract International.Vol.58,No.(3),Pp1258.**
- 40- Zuckerman, (2000) Relaxation. Hodder And Stoughton: Teach Your Self Books.

قائمة الملاحق

- الملحق (1): أسماء السادة المحكمين.
- الملحق (2): تعديلات السادة المحكمين على مقياس المشكلات الانفعالية بصورته الأولى
- الملحق (3): مقياس المشكلات الانفعالية بصورته النهائية.
- الملحق (4): بعض الصور التوضيحية لشق الشفة وقبة الحنك



الملحق رقم (1)
أسماء السادة المحكمين

الرقم	الاسم	الكلية	القسم
1	أ.د رمضان درويش	جامعة دمشق/ كلية التربية	قسم القياس والتقويم
2	أ.د خالد العمار	جامعة دمشق/ كلية التربية	قسم الإرشاد النفسي
3	د. أحمد الزعبي	جامعة دمشق/ كلية التربية	قسم الإرشاد النفسي
4	د. عزيزة رحمة	جامعة دمشق/ كلية التربية	قسم القياس والتقويم
5	د. رنا قوشحة	جامعة دمشق/ كلية التربية	قسم القياس والتقويم
6	د. اعتدال عبد الله	جامعة دمشق/ كلية التربية	قسم القياس والتقويم
7	أ.د باسل عدنان البراد	جامعة دمشق/ كلية طب الأسنان	جراحة وجه وفكين
8	أ.د موفق عجاج	جامعة دمشق/ كلية طب الأسنان	تقويم أسنان
9	أ.د أسامة الجبان	جامعة دمشق/ كلية طب الأسنان	تقويم أسنان

الملحق رقم (2)

تعديلات السادة الحكّمين على مقياس المشكلات الانفعالية بصورته الأولى

المجال	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
القلق	سريع تشتت الانتباه	يتشتت انتباهه بسهولة
الغضب	ينفجر غضباً من مزاح أو لعب زملائه	ينفجر غاضباً من مزاح أو لعب زملائه
العناد	لا يقبل توجيهات الآخرين	يقبل توجيهات الآخرين
	لا يقبل مقترحات الآخرين	يقبل مقترحات الآخرين
الخبجل	يخجل من التحدث أمام مجموعة	يخجل من التحدث أمام مجموعة من الكبار أو الغرباء
العدوان	يضرب ويدفع الآخرين	يضرب ويدفع الآخرين دون سبب محدد
	لا يرضى إلا أن يقوم بدور القائد	يفضل أن يقوم بدور القائد

الملحق رقم (3)

مقياس المشكلات الانفعالية بصورته النهائية

الأهالي الكرام:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف المشكلات الانفعالية التي يعاني منها طفلك، أرجو الإجابة بكل موضوعية وشفافية بوضع إشارة أمام الخيار الذي ينطبق على طفلك، علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، والمعلومات الواردة في المقياس ستبقى بسرية تامة وهذا البحث معد لأغراض البحث العلمي.

التعليمات:

قراءة العبارة الموجودة في الجدول، حيث ستجد بجانب العبارة عدة خيارات أرجو وضع إشارة أمام الخيار الذي تراه مناسباً، وهو كالاتي:

أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً	العبارة	
				×	يظهر الطفل مخاوف كثيرة	القلق

إذا كان الطفل لديه مخاوف كثيرة نضع إشارة (×) عند "دائماً".

ولكم جزيل الشكر على تعاونكم.

الباحثة

المعلومات:

- الجنس: ذكر أنثى:.....
 عمر الطفل:.....
 نوع الشق: شق شفة وقبة حنك:..... شق شفة بدون قبة الحنك:.....
 قبة الحنك بدون شق الشفة:.....

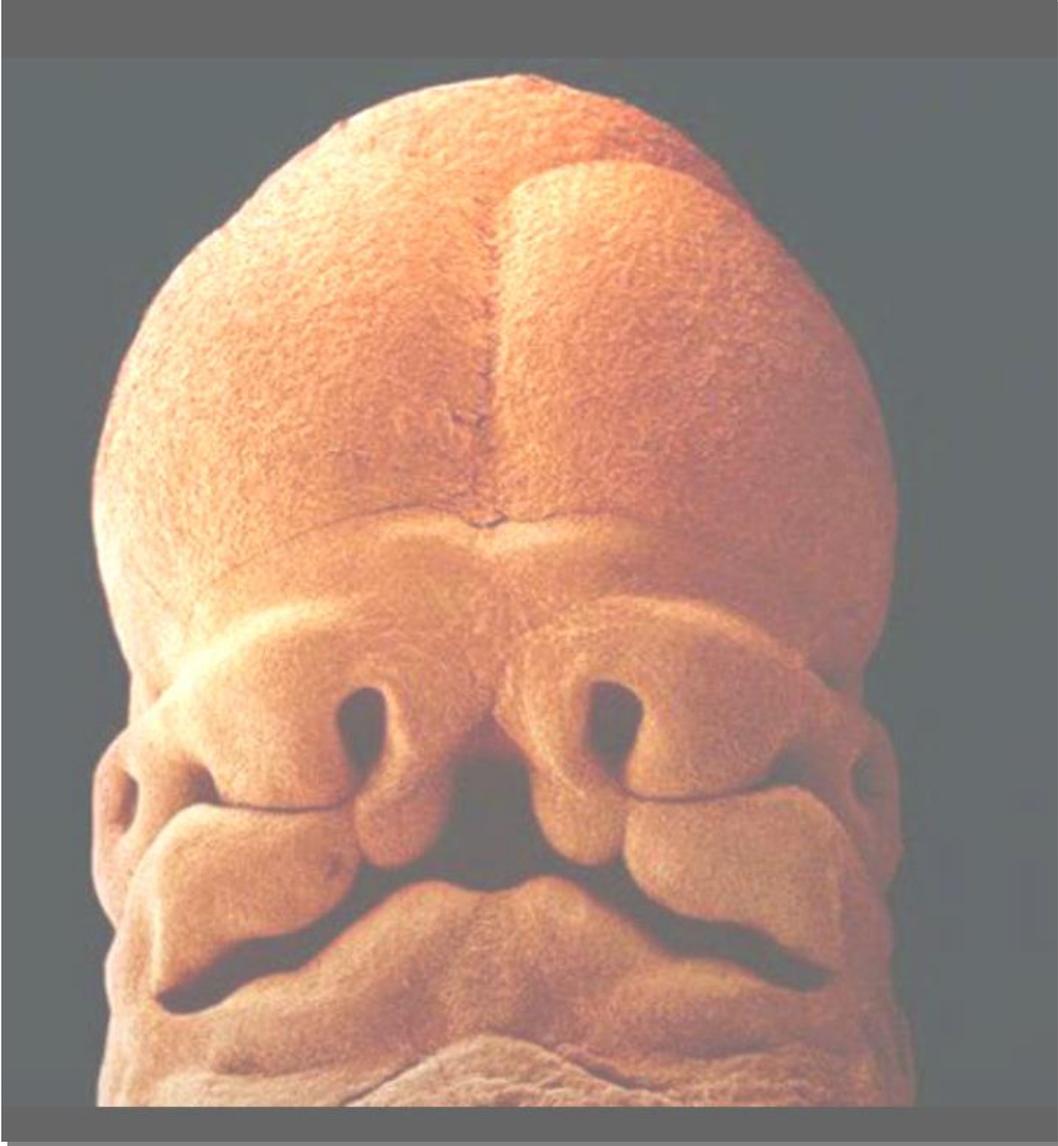
الرقم	العبرة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
المجال الأول: القلق						
1	يظهر الطفل مخاوف كثيرة.					
2	يسأل أسئلة تظهر قلقه من المستقبل.					
3	يبدو متوتراً ومتضائياً.					
4	يحمر وجهه بسهولة.					
5	نومه منقطع.					
6	يستيقظ وهو خائف.					
7	يشعر بأن لا أحد يفهمه.					
8	يتشتت انتباهه بسهولة.					
9	يشرد من وقت لآخر.					
10	يقضم أظفاره.					
11	يمص أصابعه.					
المجال الثاني: الغضب						
1	يغضب بسرعة.					
2	يفقد السيطرة في ضبط انفعالاته.					
3	ينفجر غاضباً من مزاح أو لعب زملائه.					
4	يغضب إذا طلب أحدهم إليه أن يقوم بعمل ما.					
5	ينزعج بسهولة ودون سبب واضح.					
6	يلجأ إلى التهديد والوعيد.					
7	يستجيب بالبكاء والصراخ.					
8	يحطم ألعابه.					
9	يغضب بشدة عندما يكون تحت تأثير الضغط.					

الرقم	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
المجال الثالث: العناد						
1	يرفض اتباع التعليمات والقواعد.					
2	عنيد وغير متعاون.					
3	يتمرد عند محاولته ضبطه.					
4	ينكر مسؤوليته عن أفعال قام بها.					
5	يقبل توجيهات الآخرين.					
6	يصر على أسلوبه.					
7	يثير الشغب في الصف.					
8	يرفض تنفيذ أوامر المعلمة في الصف.					
9	يقبل مقترحات الآخرين.					
10	يقوم بأعمال طائشة وغير مقبولة.					
المجال الرابع: الخجل						
1	ينسحب بسرعة من النشاطات الاجتماعية.					
2	يحب العمل بمفرده.					
3	يخالط الأصغر منه سناً.					
4	تقتصر إجاباته على نعم أو لا.					
5	يتحدث بصوت خافت.					
6	يلعب مع رفاقه إذا شجعه الآخرين.					
7	يخجل من التحدث أمام مجموعة من الغرباء أو الكبار.					
8	يتأثر بسهولة عندما ينتقده الآخرون.					
9	يتجنب الاتصال بالآخرين.					
10	يرتبك بسهولة من أبسط الأمور.					
المجال الخامس: التعلق						
1	سريع الانقياد للآخرين بسهولة.					
2	شديد التعلق بالراشدين.					
3	يبحث عن التشجيع والمدح باستمرار.					
4	يصعب عليه مفارقة الراشدين.					
5	يخضع بسرعة للآخرين.					
6	مبالغ في الطاعة.					
7	يخاف من الشعور بالفشل.					
8	يرتبك من أبسط الأمور.					

الرقم	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
المجال السادس: العدوان						
1	يضرب أو يبصق للحصول على حقه.					
2	يخرب أغراض الآخرين.					
3	يشارك بسهولة في المشاجرات.					
4	يؤذي غيره.					
5	يضرب ويدفع الآخرين دون سبب محدد.					
6	يفضل أن يقوم بدور القائد.					
7	يسخر من الآخرين.					
8	يغيظ الآخرين ويزعجهم.					
9	يكون مسروراً عندما يضح أو يجد غيره في مأزق.					
10	يسب ويشتم ويهدد ويستخدم ألفاظ نابية.					
المجال السابع: أعراض نفسية جسدية						
1	يتمتع عن تناول الطعام.					
2	شهيتته قليلة.					
3	يعاني من صعوبة في البلع.					
4	يشعر بألم في جوف بطنه.					
5	يعاني من الإسهال.					
6	لديه تقلصات في رأس المعدة.					
7	يعاني من تقلص في أعلى الحجاب الحاجز.					
8	يتوقف تنفسه لفترة قصيرة عند الخوف.					
9	يعاني من التبول اللاإرادي ليلاً.					

الملحق رقم (4)

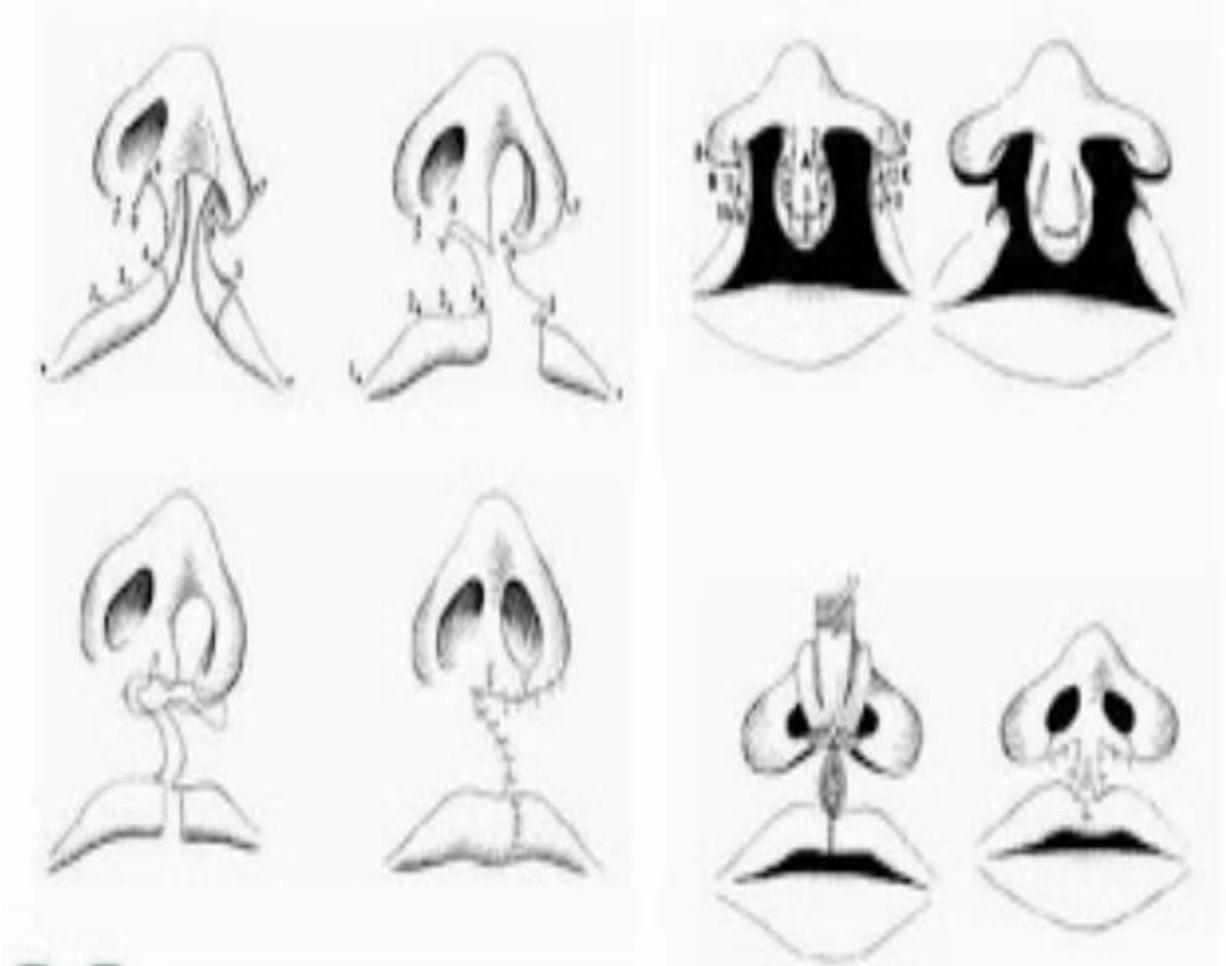
بعض الصور التوضيحية لشق الشفة وقبة الحنك



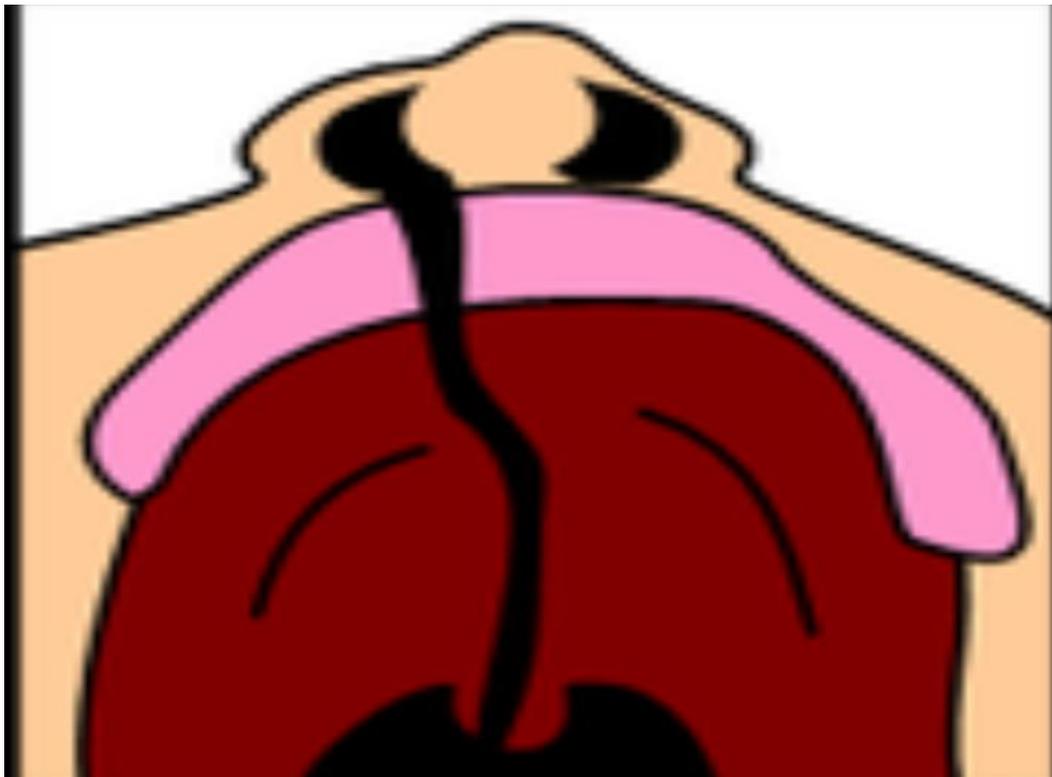
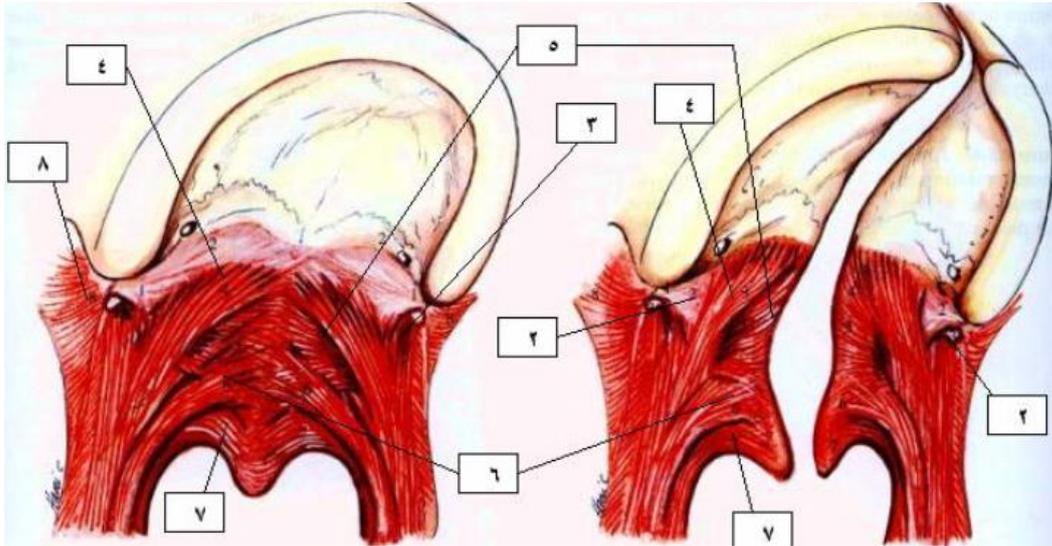
تمييز حفر الوجه والأنف والعيون بعد (5) أسابيع



حالة تقدم فك سفلي كاذب



تطور الشفة العلوية



تطور قبة الحنك



بعض أفراد العينة الذين طُبِقَ عليهم البحث

Damascus University
Faculty of Education
Department of Psychological Counseling



Common emotional problems in children with Cleft lip and palate

A thesis submitted to obtain the Master Degree in Psychological Counseling

Prepared by:

Noor Fakhani

Supervised by:

Dr. Ragdaa Naisse

Assistant professor in the Department of Psychological Counseling

1436 – 1435

2015 – 2014

Summary of research

Common emotional problems in children with hard-lip and palate

The research aims to get scientific answers to research questions and hypotheses, through:

1. knowledge of common emotional problems in children with hard-lip and palate and arrange them according to their spread through the scale prepared for this purpose, namely: (anxiety, anger, attachment, aggression, shyness, stubbornness).
2. The significance of the differences in emotional problems in children with hard-lip and palate on a scale of emotional problems in the user search by variable (sex, age, type of injury).

research question:

To what extent the spread of emotional problems in children with hard-lip and palate?

research assumes:

1. There were no statistically significant differences between the mean scores of members of the research sample on a scale of emotional problems in children with hard-lip and palate depending on the variable sex at a level of significance (0.05).
2. There were no statistically significant differences between the mean scores of members of the research sample on a scale of emotional problems in children with hard-lip and palate depending on the variable age at the level of significance (0.05).
3. There were no statistically significant differences between the mean scores of members of the research sample on a scale of emotional problems in children with hard-lip and palate variable depending on the type of injury at the level of significance (0.05).

search tools:

- Gauge the emotional problems of measures prepared by the researcher and some emotional problems, namely: (anxiety, anger, attachment, aggression, shyness, stubbornness).

search limits:

1. Human border: the sample consisted of children with Bhqouk lip and palate who are in the age of middle childhood (6-9 years), and late childhood age (10-12 years), which reached the 50 boys and girls.
2. temporal limits: The research was conducted between (2013 to 2015).
3. Spatial border: The research was conducted in public hospitals competent maxillofacial surgery, hospital and Maxillofacial Surgery at the University of Damascus, and the children's hospital, as well as specialized maxillofacial surgery and orthodontic clinics in the province of Damascus.

research results:

- The research question: What is the prevalence of emotional problems in children with hard-lip and palate?

The results showed the following order of the prevalence of emotional problems for children with hard-lip and palate:

1. shame by (78.08%) degree: high.
2. attachment by (64.37%) degree: Medium.
3. anger by (63.5%) degree: Medium.
4. concern by (57.9%) degree: Medium.
5. stubbornness by (57.8%) degree: Medium.
6. aggression by (42.98%) degree: low.
7. psychosomatic symptoms by (41.06%) degree: low.

- The results of the research hypotheses:

1. There were no statistically significant differences between the mean scores of families of children with hard-lip and palate on a scale of emotional problems, depending on the variable sex at a level of significance (0.05). The total score of the scale and all dimensions except for the area of shame that when the differences in favor of females.
2. There were no statistically significant differences between the mean scores of families of children with hard-lip and palate on a scale of emotional problems, depending on the variable age at the level of significance (0.05).
3. There were no statistically significant differences between the mean scores of families of children with hard-lip and palate on a scale of emotional problems variable depending on the type of injury at the level of significance (0.05).