كلية التربية

كلية معتمدة من الهيئة القومية لضمان جودة التعليم

إدارة: البحوث والنشر العلمي (المجلة العلمية)

=======

فعالية برنامج قائم على العلاج باللعب في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم

إعـداد

د/ طلعت أحمد حسن على

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية – جامعة بنى سويف

﴿ المجلد الحادي والثلاثين– العدد الرابع – جزء أول– يوليو ٢٠١٥م ﴾

http://www.aun.edu.eg/faculty_education/arabic

مستخلص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي قائم على اللعب في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم، وبلغ حجم العينة (١٢) طفلاً (٦ مجموعة تجريبية – ٦ مجموعة ضابطة) بمدارس الأمل ببني سويف، تتراوح أعمارهم ما بين (٩-١٢) عاماً، بمتوسط عمري (١٠.٥٠) عاماً، وانحراف معياري (١.٢)، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الاكتئاب، استمارة جمع البيانات عن الطفل الأصم، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، اختبار الذكاء للأطفال، برنامج العلاج باللعب من إعداد الباحث، وتمت معالجة البيانات إحصائياً من خلال البرنامج الإحصائي (SPSS)، وأوضحت النتائج: وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم لصالح المجموعة التجريبية، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لخفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم لصالح القياس البعدي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لمتغيرات الدراسة، كما أن الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي غير دالة.

المقدمة ومشكلة الدراسة :

لقد أصبح الاهتمام بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة محور اهتمام العلماء والباحثين في مجال علم النفس، فقد نادت الكثير من المجتمعات على رعايتهم باعتبارهم ثروة يجب استغلالها وليس عالة على المجتمع، ومن بين هؤلاء الأطفال المعاقين سمعياً، حيث يعد الفقدان أو القصور السمعي من أخطر أنواع الفقدان الحسي التي يمكن أن يتعرض لها الفرد وذلك لأن حاسة السمع تؤدي دوراً كبيراً في حياة الإنسان، وبدونها يعيش الفرد سجين عالم مليء بالسكون والصمت محروم فيها من سماع كل الأصوات التي تجعله يقبل على الاندماج والمشاركة في المجتمع مما يؤثر على انفعالاته وتوافقه الانفعالي والاجتماعي.

وحاسة السمع هي إحدى أهم حواس الإنسان، بل إنها أكثر من الحواس الأخرى كحاسة البصر، فالإنسان يستطيع أن يسمع في الظلام ومن ثم فإن لحاسة السمع القدرة على التقاط الأصوات عبر الأماكن، وهو ما لا يتوفر لأي حاسة أخرى، حيث تعمل على زيادة الحس الاجتماعي والتفاعل والترابط مع باقي أفراد المجتمع (رشاد علي موسى، ٢٠٠٩، ١١).

والطفل المعاق سمعياً طفل له وضع خاص عند مقارنته بمن سواه من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة الأخرى، فهو يبدو شخصاً عادياً في مظهره الخارجي، لأن نقص قدرته على السمع أو افتقاده لا يلفت نظر الآخرين نحوه مثل غيره من ذوي الإعاقات الأخرى، إنه يعيش في وسطهم معقود اللسان، إنه الأصم إنه أكثر من مشكلة واحدة في شخص واحد، إنه في أمس الحاجة للفهم، وأشد ما يكون في الاحتياج للمساعدة والرعاية (شاكر قنديل، ١٩٩٥، ١).

ويذكر عادل عبد الله (٢٠٠٤، ٢٠٢) أن الأصم يتعلم بشكل أفضل إذا ما تضمن الموقف مثيرات حسية متعددة كالأصوات والألوان والروائح والأنماط المختلفة والحركة.

ويبدو أن الغالبية العظمى من الأطفال الصم قد ولدوا لآباء سمعهم طبيعي، حيث توضح نتائج بعض الدراسات أن ٩٠% تقريباً من الأطفال المعاقين سمعياً – الذين أصيبوا بالإعاقة قبل تعلم اللغة – ينتمون إلى أسر لا يوجد فيها أي فرد معوق سمعياً، وبالتالي لا يجدون من يستطيع التواصل والتفاهم معهم، ومن ثم إكسابهم المفاهيم والمهارات الأساسية التي تساعدهم على التعامل مع الآخرين (عبد العزيز السيد الشخص، ٢٠٠٢، ٣٢٥).

لذلك يواجه الأطفال المعاقون سمعياً العديد من المعوقات في القيام بمهام الحياة اليومية، وفي إقامة علاقات تفاعل اجتماعي مع الآخرين، حيث يبدو القصور واضحاً لديهم في تواصلهم مع الآخرين، ويؤثر هذا القصور تأثيراً سالباً على مجمل حياة هذه الفئة من الأطفال، فيميل الطفل المعاق سمعياً إلى التجنب في مواقف التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، أو يشعر بالرفض والنبذ وعدم القبول، ويتعرض للسخرية والنقد، فينسحب ويشعر بانخفاض قيمته الذاتية والاجتماعية مما يؤدي إلى الاكتئاب.

والاكتئاب هو حالة من الشجن المتواصل والحزن المستمر لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنها تنجم عن خبرات أليمة وأحداث مؤثرة انفعالية قد مرت به وتتميز هذه الحالة بهبوط في الطاقة النفسية والحركية، والشعور بالأعباء من أقل مجهود، وبالقلق وعدم المقدرة على الاستمتاع بالحب والأحاسيس المبهجة في الحياة. كما تتميز بسيادة مشاعر اليأس والذنب وفقدان القيمة والثقة بالنفس، واللامبالاة بالأحداث الجارية، وفقدان المقدرة على المثابرة والتركيز والتحكم أو الضبط والتوجيه الذاتي ويصاحب بعض الحالات هذاءات وأوهام وهلاوس (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠٠، ٣٨٩).

ويشير (Sharyl L, D. Hull, 2008, 8-9) أن العلاج باللعب يكون تدخل علاجي فعال في العديد من المجالات التالية: السلوك العدواني، المشكلات الانفعالية، شد الشعر، مشكلات التخاطب، صعوبات نفس جسدية، الاكتئاب.

ويعتبر الاكتئاب من أكثر الأعراض انتشاراً، وتختلف هذه الأعراض في شدتها من شخص إلى آخر، وتمتد لتشمل جوانب جسمية وفسيولوجية وانفعالية ومعرفية وسلوكية، ويمكن أن تظهر أعراض الاكتئاب في أي مرحلة من مراحل العمر، حيث يشعر الشخص المصاب بالاكتئاب بالأعراض التالية: عدم القدرة على اتخاذ القرار، الشعور بالإثم وتأنيب الذات وتوبيخها، عدم القدرة على حل المشكلات، وفقدان القدرة على المثابرة وتحمل المسئولية، وعدم السيطرة على مواقف الحزن والغضب وبالتالي فقدان القدرة على ضبط الذات، وعدم قدرته على الالتزام بواجباته تجاه عمله وتجاه الآخرين، والمبالغة في تفخيم الأمور، والأرق الشديد، وفقدان الشهية، والشعور بأوهام مرضية والمعاناة من بعض الأفكار الانتحارية، وفقدان أو زيادة الشهية والرغبة في البكاء المستمر (علاء الدين إبراهيم يوسف، ٢٠٠٨، ١٠).

وتوصلت بعض نتائج الدراسات السابقة إلى وجود العديد من المشكلات والأمراض النفسية التي تتعلق بالمعاقين سمعياً مثل الاكتئاب وذلك بسبب الشعور الدائم للشخص المعاق سمعياً بالعجز والنقص بمقارنته بالعاديين وهذا الشعور يجعله غير قادر على تحمل المسئولية والتصدي لمواجهة أي مشكلة نفسية أو حياتية يمر بها، مما يجعله أكثر حساسية للمشكلات، وأقل اتزاناً وتحكماً في انفعالاته تجاه ذاته والآخرين، وهذا ما أكدته دراسة صالح عبد المقصود السواح (٢٠٠٧)، دراسة عوشة أحمد المهيري (٢٠١٠)، هدى شعبان محمد (٢٠١٠)، أسامة عادل محمود (٢٠١٣).

وأيضاً من خلال الزيارة الميدانية للباحث لمدارس الأمل ببني سويف ومقابلة المعلمين والموجهين المتخصصين في هذا المجال بداخل هذه المدارس أكدوا أن الأطفال الصم كثيراً ما تختل شخصيتهم ومظاهر نموهم من أثر الإعاقة ويزداد الأمر سوءًا للإصابة ببعض الأمراض والاضطرابات والمشكلات النفسية والانفعالية مثل الاكتئاب.

لذا يجب تقديم البرامج الإرشادية والعلاجية التي تخفف الاكتئاب والتي منها العلاج باللعب، حيث يعد العلاج باللعب من المداخل العلاجية التي أثبتت فعاليتها في معالجة السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً كالعدوان والعزلة، والانسحاب، والحزن، ... الخ، حيث يخفف اللعب كما يرى مايسكي (Muycsky, 1999) من إحباطات وانفعالات الطفل، ويعبر فيه الطفل عن غضبه أو عدم موافقته وعدم اطمئنانه.

وأهمية العلاج باللعب تكمن في أنه يتناسب مع كافة الأطفال سواء كانوا أطفال عاديين أو غير عاديين سواء من حيث التشخيص والعلاج، كما تتضح أهمية اللعب كحاجة إنسانية أساسية من خلال قول المفكر الألماني "ستلير" "يكون الإنسان إنساناً حين يلعب" (محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٤، ٧٩-٩٨).

وبشكل عام يسهم العلاج باللعب في خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم وذلك لما يتيحه للأطفال من التنفيس عن مشاعرهم وغضبهم وحزنهم وكبتهم دون أي تهديد بل في جو آمن مطمئن مما يساعده على التكيف مع العالم المحيط حوله.

فبناءً على ما تقدم ومن خلال إطلاع الباحث على الكثير من الدراسات السابقة والبحوث العربية والأجنبية والتي تعارضت فيما بينها والتي لم تتعرض لمتغيرات الدراسة بصورة مجتمعة، نبعت مشكلة الدراسة لدى الباحث، مما دفع الباحث إلى إجراء مثل هذه الدراسة وهي تصميم برنامج قائم على العلاج باللعب في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى الصم، وبذلك تتحدد المشكلة.

مشكلة الدراسة :

فى ضوء ما سبق عرضه فى المقدمة ، يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة عن التساؤلات التالية :

١- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للاكتئاب لدى الصم ؟

٢- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للاكتئاب لدى الصم ؟

٣- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدى للاكتئاب لدى الصم ؟

٤- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتتبعي للاكتئاب لدى الصم ؟

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى :

١- بناء برنامج قائم على العلاج باللعب في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى الصم.

٢- إلقاء الضوء على العلاقة الارتباطية بين العلاج باللعب وأعراض الاكتئاب لدى الصم.

٣- اختبار فعالية هذا البرنامج في مساعدة الأطفال الصم على تخفيف أعراض الاكتئاب وتحقيق التوافق والصحة النفسية.

أهمية الدراسة :

تنبثق أهمية الدراسة من أهمية الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها ويمكن تحديد هذه الأهمية فيما يلي :

١- أهمية مدخل العلاج باللعب باعتباره أيسر وأفضل المداخل التي يمكن أن تحقق نتائج مرجوة مع الصم وبخاصة في خفض أعراض الاكتئاب.

٢- نـدرة الدراسـات التـي تطرقـت إلـى هـذا الموضـوع فـي البيئـة العربيـة فـي حـدود علم الباحث.

٣- إعداد برنامج قائم على العلاج باللعب لخفض حدة أعراض الاكتئاب لدى الصم.

٤- الاستفادة من نتائج هذا البرنامج في التخطيط وإرشاد الوالدين والمربين والمسئولين في ضوء الواقع الفعلي لمواجهة السلبيات وتنمية الإيجابيات نحو الأطفال الصم.

٥- تقديم الإستراتيجيات والتوصيات والمقترحات التربوية في مجال خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم في ضوء ما تسفر عنه نتائج الدراسة الحالية.

٦- مساندة اهتمام المؤسسات التربوية في الآونة الأخيرة برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، وتـوفير كافـة الخـدمات للارتقـاء بهـم وتـوفير احتياجـاتهم ورعـايتهم الطبية والنفسية.

مصطلحات الدراسة :

يقدم الباحث تعريفات إجرائية لمصطلحات الدراسة، حيث قدم مزيداً من التفصيلات حول تعريف العلماء لهذه المصطلحات داخل الإطار النظري للدراسة، وهذه التعريفات كما يلي:

العلاج باللعب : Play Therapy

العلاج باللعب هو أسلوب علاجي يفيد في دراسة وتشخيص وعلاج مشكلات الأطفال بوصفه أحد أهم مناهج العلاج النفسي للأطفال، باعتباره علاقة دينامية شخصية بين الطفل ومعالج متدرب على إجراءات العلاج باللعب والذي يحدد فيه مسرح اللعب ويختار الأدوات بما يتناسب مع عمر الطفل وخبرته وتتناسب مع مشكلة الطفل بما يسمح بتطوير علاقة آمنة للطفل يعبر فيها عن مشاعره وأفكاره وخبراته، وسلوكياته.

البرنامج المستخدم القائم على العلاج باللعب :

هو برنامج منظم ومخطط يستند إلى مبادئ وفنيات نظرية التعلم الاجتماعي من خلال استخدام اللعب وما يرتبط به من أنشطة مصاحبة مثل النمذجة ولعب الدور، متضمناً مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة بهدف خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم.

الأطفال الصم : Deaf Children

هو ذلك الطفل الذي حُرم من حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلمه الكلام بسبب وراثي أو بيئي مكتسب بدرجة لا تقل عن (٩٠) ديسيبل مما يجعله غير قادر على سماع الأصوات المختلفة حتى مع استخدام المعينات السمعية.

الإطار النظري وبعض الدراسات السابقة :

أولاً: الإطار النظري :

يتألف الإطار النظري من ثلاثة محاور، يتم عرضها كما يلي:

المحور الأول: العلاج باللعب

مفهوم العلاج باللعب :

يرى محمود صوالحه (٢٠٠٧، ١٥) أن اللعب نشاط حر موجه أو غير موجه غايته الاستمتاع ويكون على شكل سلسلة من الحركات تمارس مزاجياً أو اجتماعياً، ويتم فيه استغلال الطاقة الجسمية والذهنية، ويمتاز بالخفة والسرعة في التعامل مع الأشياء. يظهر سلوك اللعب عند الأطفال عبر مراحل النمو المتتابعة بدءً بمرحلة الرضاعة فالطفولة، المراهقة ثم الرشد أو يعتبر اللعب وسيط تربوي هام يعمل على تكوين الطفل عبر مراحل نموه ويساهم اللعب بدور هام في التكوين النفسي للفرد، وتكمن فيه أسس النشاط الذي يعيشه عبر تلك المراحل.

ويؤكد (Landreth, 2002) أن العلاج باللعب المتمركز حول الطفل هو عملية يستخدم فيها الطفل الألعاب لكي يعبر فيها عن خبراته ومشاعره مع معالج حاني ودافئ والذي لا يوجه أو يحكم أو يدير لعبة ولكنه ييسر عملية اكتشاف الذات.

نظريات اللعب :

حاولت العديد من النظريات وضع تفسيراً سيكولوجياً للعلاج باللعب، وفيما يلي عرض لأبرز النظريات التي حاولت تفسير العلاج باللعب :

نظرية اللعب في الإسلام :

يعد اللعب والترويح من النظم التربوية والاجتماعية المكونة لبناء المجتمعات، فهي ضرورة اجتماعية للإسهام في بناء وتطوير شخصية الفرد المسلم، فقد كان الإسلام يدعو إلى التجديد الدائم والتطوير في سلوك المجتمع المسلم، ولقد كان رسول الله (صلى الله عليه وسلم) يهتم بتربية الأطفال ويرعاهم ويرى أن للطفل حقوقاً على والديه في تربيته وفي معاملته وكان رسول الله (صلى الله عليه وسلم) رقيقاً في معاملته مع الأطفال، ويدعوهم للعب معه ومن أقواله (صلى الله عليه وسلم) "لاعب ابنك سبعاً وصاحبه سبعاً" ولقد وردت كلمة لعب في القرآن الكريم في عدة آيات منها في سورة يوسف "أرسله معنا غداً يرتع ويلعب وإنا له لحافظون" (سورة يوسف، آية ١٢).

هذا وقد لعب النبي في طفولته، وأتاه جبريل وهو يلعب مع الصبيان فأخذه وشق صدره، وكذلك اهتم الخلفاء الراشدون باللعب، وكذلك المسلمون في شتى أقطارهم، فقد جاء في كتاب الماوردي (الأحكام السلطانية) ما يدل على أنهم في بغداد أيام العباسيين اتخذوا سوقاً خاصاً لبيع لعب الأطفال. وانطلاقاً من ملاعبة النبي (صلى الله عليه وسلم) للأطفال اهتم علماء التربية الإسلامية بحاجة الطفل إلى اللعب والترويح عن النفس بعد الانتهاء من دروسه (العناني، ٢٠٠١، ٨٤-٨٥).

النظريات الكلاسيكية في تفسير اللعب :

١- نظرية الطاقة الزائدة : Surplus Energy

وترى هذه النظرية أن اللعب عادة يكون نتيجة لوجود طاقة زائدة لدى الكائن الحي وليس في حاجة إليها لكفاحه في الحياة (محمد إبراهيم عبد الحميد، ١٩٩٩، ٤٩). ولذلك فإن الأطفال يلعبون للتنفيس عن مخزون الطاقة المكبوتة منذ وقت طويل (منال الشبيتي، صلاح عبد العاطي، ٢٠٠٠، ١٨).

٢- النظرية التلخيصية : Summarization Theory

اللعب ما هو إلا تلخيص للماضي وأن الإنسان منذ ميلاده، وحتى اكتمال نضجه يميل إلى المرور بنفس الأدوار التطويرية التي مرت بها الحضارة البشرية منذ ظهور الإنسان على وجه الأرض حتى الآن (أحمد بلقيس، توفيق مرعي، ١٩٨٧، ٢٦) ومن ثم فإن الطفل يستفيد من تاريخ جنسه ويقوم بنفس الأنشطة التي قام بها الإنسان الأول من خلال اللعب (Hardy, 1990, 121).

٣- نظرية الإعداد للحياة : Preparatory for life

تقوم فلسفة النظرية على أن اللعب لون من ألوان النشاط الغريزي الذي يلجأ إليه الإنسان والحيوان ليتدرب على مهارات الحياة، ومهارات البقاء الأساسية. فاللعب هو أسلوب الطبيعة للتمرين على العمل الجدي الذي يتطلبه مستقبل المخلوقات، فاللعب أسلوب الطبيعة للتعليم والتعلم (أحمد محمد جاد الرب، ٢٠٠٧، ٣٨).

٤- نظرية تجديد النشاط :

وترى هذه النظرية أن أوجه النشاط الرئيسية في الحياة متعبة ومجهدة لدرجة تستوجب تجديد النشاط بالتسلية والرياضة، فاللعب ضرورة للترفيه بعد العمل فهو ينسي الفرد ضغط العمل وتجدد النشاط والحيوية (إبراهيم أحمد محمد أبو زيد، ٢٠١٠، ١١٣).

٥- النظرية التحليلية : Psychoanalytic theory

وترى هذه النظرية أن اللعب وسيلة لتحقيق أمنيات الأطفال، وكذلك التحكم في الأحداث الصادمة، كما أنه يرى أن عكس اللعب ما هو جاد، ولكن ما هو حقيقي، كما أن الأطفال يكررون كل شيء ولديهم انطباعاً قوياً في حياتهم الواقعية، وهم بذلك يتحررون من قوة الانطباع، ويجعلون لأنفسهم المسيطرون على المواقف، تلك المواقف التي كانوا من قبل ضحاياها (محمد إبراهيم عبد الحميد، ١٩٩٩، ٥٠).

وتستند النظرية في تفسيرها للعب على مبدأين أساسيين وهما :

أ - **مبدأ اللذة:** وينبع هذا المبدأ من أن اللعب وسيلة لتحقيق بعض الرغبات الخاصة لدى الطفل والتي لا يستطيع أن يحققها في الواقع مما يجعله يقوم بها أثناء لعبه.

ب- **مبدأ التكرار والتوقيت:** وهي تعني أنه إذا مر الإنسان بخبرة مؤلمة ما فإن هذه الخبرة تؤثر في التكوين النفسي للفرد وتجعله يبذل مجهوداً لتناولها من جديد ويحاول التغلب عليها، كما أنه في تكرار الخبرة المؤلمة ما نخفف من أثرها النفسي على الطفل مثال الطفل الذي يعاقبه المعلم لعدم أدائه لواجبه فعند عودة الطفل للمنزل وإمساكه بالحصان أو الدمية التي يملكها فإنه يقوم بضربها ويؤنبها لأنها لم تقم بعمل الواجب (محمد محفوظ محمد، ٢٠١٠، ١١٥).

٦- النظرية المعرفية لتفسير اللعب :

احتل اللعب أهمية كبيرة في حياة علماء النفس المعروفين ومنهم بياجيه وبرونر وغيرهم من علماء النفس المعاصرين، وسوف يتناول الباحث فيما يلي آراء بياجيه وبرونر في تفسير اللعب.

أ – نظرية بياجيه في تفسير اللعب :

ووفقاً لأصحاب تلك النظرية :

- اللعب متطلب أساسي ضروري لحدوث النمو بجميع جوانبه العقلية والاجتماعية والانفعالية والجسمية والوجدانية.
- **يمر الفرد في مرحلة نموه بعدة مراحل وهي :**

- مرحلة التفكير الحسي الحركي: وهي مرحلة تمتد حتى سن الثانية من عمر الطفل.
- مرحلة التفكير الحسي: هي مرحلة تمتد حتى سن السابعة ومنها يطور الطفل مفاهيمه.
- مرحلة العمليات العقلية المادية: هذه المرحلة تمتد حتى سن الثانية عشر وتعتبر هذه المرحلة الفئة المستهدفة للبحث.
- مرحلة العمليات العقلية المجردة: في هذه الرحلة تنمو قدرات الفرد العقلية ليصبح قادراً على الإدراك العقلي المجرد والتفكير المعقد وتمتد هذه المرحلة بين سن الثانية عشر حتى الخامسة عشر (أيمن يوسف حجازي، ٢٠٠٥، ٣٩-٤٠).

- يشكل اللعب مؤشراً على نمو الطفل ونضجه.

ب- نظرية برونر :

اللعب أداة للنمو المعرفي وبناء للشخصية الاجتماعية المتكاملة للطفل بشكل خاص، والكائن الإنساني في مختلف مراحل النمو بشكل عام. بذلك يقوم الأطفال بمحاولات متنوعة لمعالجة المشكلات من وضع خيالهم تساعدهم في اكتشاف مشكلات حقيقية في حياتهم المستقبلية.

ويرى الباحث على الرغم من تباين النظريات في تفسير اللعب، إلا أن أغلب هذه النظريات يكمل بعضها البعض، كما أنها توضح مكانة اللعب وأهميته بالنسبة للأطفال كنشاط مسيطر عليهم وأن ألعاب الأطفال تجمع بين كل هذه النظريات لأنها متنوعة ومتعددة الجوانب والأشكال، ومن أنواع اللعب عند الأطفال اللعب الاستكشافي (الحركي)، اللعب الدرامي، اللعب الإيهامي، اللعب الاجتماعي.

المحور الثاني: الاكتئاب Depression

شهدت الفترة الأخيرة من النصف الثاني من القرن العشرين زيادة هائلة في انتشار مرض الاكتئاب في كل أنحاء العالم، وأثبتت آخر الإحصائيات التي صدرت عن منظمة الصحة العالمية أن ما يقارب من ٧% إلى ١٠% من سكان العالم يعانون من الاكتئاب وهذا يعني وجود مئات الملايين من البشر في معاناة نتيجة للإصابة بهذا المرض.

ويؤكد حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥، ٥١٤) بأن الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف الأليمة وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعني المصدر الحقيقي لحزنه. ويشير أسعد منصور رزق (٢٠١١، ٣١٤) بأن الاكتئاب انفعال أو انقباض أو حالة ذاتية من الانقباض تتكرر بسبب عوامل داخلية أو خارجية أو بسبب اجتماع الطرفين وينطوي على شدة لا يقتضيها الموقف ولا يكون مرافقة بتعطيل أو اضطراب عقلي.

ويصنف " حامد عبد السلام زهران " الاكتئاب كما يلي :

١- **الاكتئاب الخفيف:** وهو أخف صور الاكتئاب، ويبدو في شكل الشعور بالإحباط وهبوط العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة.

٢- **الاكتئاب البسيط:** وهو أبسط صور الاكتئاب، ويكون المريض في حالة ذهول غير قادر على تحمل المسئولية وينتابه الشعور بالذنب والتفاهة ولكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية.

٣- **الاكتئاب الحاد:** وهو أشد صور الاكتئاب حدة وفيه يشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء وتمر عليه فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله وتبدو عليه البلادة الذهنية ويختل تفكيره ويفقد الشهية ولا ينام إلا قليلاً ويعجز عن

القيام بأي وجه من أوجه النشاط العادية، ومن الأعراض المألوفة شكوى المريض من كثير من الأمراض الجسمية التي لا وجود لها.

٤- **الاكتئاب المزمن:** وهو دائم وليس في مناسبة فقط.

٥- **الاكتئاب التفاعلي:** وهو رد فعل لحدوث الكوارث مثل رسوب طالب أو خسارة مادية أو فقد عزيز ويكون المرض بصفة عارضة وهو قصير المدى.

٦- **الاكتئاب الشرطي:** وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة ويعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للخبرة السابقة.

٧- **اكتئاب سن القعود:** وهو يحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد، وفيه يشعر الفرد بالقلق والتهيج والهذاء وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم وقد يظهر تدريجاً أو فجأة وربما يصاحبه ميول انتحارية ويسمى أحياناً سوداء سن القعود (حامد عبد السلام زهران، ٢٠٠٥، ٩٤-٩٨).

النظريات المفسرة للاكتئاب :

تعددت النظريات المفسرة للاكتئاب وفقاً للمداخل الفلسفية المختلفة التي تؤكدها النظرية، حيث إن الاكتئاب مثله مثل بقية الاضطرابات النفسية الأخرى والتي يصعب إيجاد تفسير دقيق لها، وكل ما هو متوافر عبارة عن نظريات تختلف فيما بينها في تفسير الاكتئاب، وتتناقض في إيجاد سبب معين متفق عليه وهذا ما يتم تناوله وفقاً لما يلي :

أولاً: النظرية السيكودينامية (التحليل النفسي) للاكتئاب :

تعد نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات النفسية التي قامت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه، وترى نظرية التحليل النفسي أن الخبرات الضاغطة الصادمة التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل: الانفصال عن أحد الوالدين أو فقده قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب، ومن ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطاً مشابهة لضغوط الطفولة، فإنه ينهار وتظهر عليه أعراض الاكتئاب (حسين إبراهيم عبد اللطيف، ٢٠٠١، ٤٩).

وترى نظرية التحليل النفسي أنه يمكن تلخيص العوامل المثيرة للاكتئاب فيما يلي :

- تغير في التوازن الخاص بالدوافع الغريزية أي الحب والعدوان.
- تغير في علاقة المريض بموضوع الحب.
- فقدان الحب هو الموقف الأساسي الباعث على الاكتئاب (محمد عبد الظاهر الطيب، ٢٠٠٩، ٢٧٨).

ثانياً: النظرية السلوكية للاكتئاب :

ويرى أنصار المدرسة السلوكية أن السلوك العصابي يتم تعلمه تبعاً لنفس المبادئ العامة التي تحكم اكتساب كل سلوك يتم تعليمه، ألا وهي مبادئ التشريط والتعزيز سواء لدى بافلوف في صورتها الكلاسيكية أو لدى سكنر في صورتها الإجرائية. وتعتمد المدرسة السلوكية في الاكتئاب على مفهوم التعزيز حيث يرى أنصار هذه المدرسة أن الاكتئاب مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية، فالمريض المكتئب لا يستطيع السيطرة على مهام حياته بأن يخفف معاناته أو يحقق إشباعاته (عبد الله عسكر، ٢٠٠٦، ٥٢).

ثالثاً: النظرية المعرفية :

ترى النظرية المعرفية أن الاكتئاب ينتج بشكل أساسي من ميل الفرد للنظر إلى نفسه والمستقبل والعالم بنظرة تشاؤمية غير معقولة وهذه النظرة المشوهة للنفس والمستقبل والعالم يطلق عليها " الثالوث السلبي "، وينظر الشخص المتشائم إلى نفسه على أنه ليس كفئاً وغير قادر وغير مرغوب فيه، ويتوقع الفشل والنبذ وعدم الرضا وعلى الأساس يدرك كل خبراته على أنها تؤكد توقعاته السلبية تلك، وكل أعراض اضطراب الاكتئاب من وجدانية وسلوكية وجسمية ودافعية كلها ينظر إليها على أنها نتيجة مباشرة لذلك التنظيم المعرفي السلبي.

ويرى بيك وزملاؤه أن الاكتئاب غالباً ما يحدث نتيجة للعمليات المعرفية السلبية لدى الفرد فغالباً ما ينظر الفرد إلى نفسه وإلى خبراته وإلى مستقبله بصورة تتسم بالسلبية، ويسمى " بيك " هذه الأنماط بالثالوث المعرفي السلبي وهو الآتي :

- **النمط الأول:** حيث أن نظرة الفرد إلى نفسه دائماً ما تكون سلبية إذ يعتبر نفسه ناقص الكفاءة، ويعاني من القصور والنبذ والنزوع إلى عزو خبراته الغير سارة إلى نقائص عقلية يفترضها الفرد في نفسه فهو يعتبر أنه تنقصه الخصائص التي يراها أساسية لتحقيق السعادة أو القناعة ويوجد هذا المكون لدى غالبية المرضى الاكتئابيين في تقدير بيك.
- **النمط الثاني:** وهو التفسير السلبي غالباً للخبرة، فالمريض ينزع إلى أن يرى عالمه الشخصي على أنه يتطلب منه أمور غير معقولة، كما يتوقع عراقيل يصعب تجاوزها في طريق أهدافه في الحياة، وأنه محروم من الشعور باللذة أو الإشباع.
- **النمط الثالث:** وهو عبارة عن النظرة إلى المستقبل بصورة سلبية، فالمريض يتوقع أن تستمر متاعبه الحالية دون نهاية، ولا يرى أمامه غير المصاعب والحرمان والإحباط ويتوقع الفشل في كل ما تمر عليه من أعمال (لويس كامل مليكه، ٢٠٠٥، ٢٣١ – ٢٣٢).

رابعاً: النظرية البيولوجية للاكتئاب :

أرجعت هذه النظرية الأسباب المفسرة للاكتئاب إلى ثلاث عوامل من العوامل البيولوجية وهي:

١ – العوامل الوراثية أو الجينية :

حيث يشير المدخل الوراثي إلى أهمية العامل الوراثي في نشأة الاضطرابات الوجدانية، حيث أن هناك أشخاص محددين يرثون استعداداً مسبقاً للإصابة بالاضطرابات الانفعالية، وبخاصة إذا هيأت الظروف البيئية بما فيها من ضغوط الفرصة لإظهار تلك الاستجابات الاكتئابية، وقد أظهرت البحوث والدراسات المتعلقة بالاستعداد الوراثي للإصابة بالاكتئاب عن وجود علاقة دالة موجبة بين استعداد الفرد للإصابة بالاكتئاب وعن وجود تاريخ مرضي للوالدين أو أحدهما بالنسبة للإصابة بالمرض (صابر حجازي عبد المولى، ٢٠٠٥، ٩٦).

٢ – العوامل الفسيولوجية :

وتتناول هذه العوامل الأساس العصبي التشريحي للاضطرابات الوجدانية، حيث ترجع هذه الاضطرابات إلى وجود اختلال في الجهاز العصبي الطرفي المسئول عن تنظيم

الانفعالات، وقد كشفت البحوث عن أن التغيرات الوجدانية يمكن إحداثها عن طريق تنبيه أو تدمير أجزاء معينة في الجهاز الطرفي يعتبر مسئولاً عن نمط انفعالي معين مثل الخوف أو الهياج أو العدوان (إسلام عبدالقادر علي، ٢٠١١، ٥٨).

٣- العوامل البيوكيميائية :

حيث يشير أنصار هذا الاتجاه إلى أن الاكتئاب يقوم على نمطين هما :

- **النمط الأول:** يقوم على أساس اضطراب في الأيض للإلكترون الخاص بالمرضى المكتئبين ويعتبر كلوريد الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكافية والتحكم في استثارة الجهاز العصبي.
- **النمط الثاني:** فيعتبر الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصرين رئيسين من كيمياء الدماغ وهما نوربا بيفرين وسيروتونين وكلاهما ناقلات عصبية (حسين علي فايد، ٢٠٠١، ٧٧).

وتشير العوامل البيوكيميائية إلى أن الاكتئاب يحدث نتيجة لاختلال العناصر الكيميائية في الجسم.

ويرى الباحث أن أصحاب النظرية التحليلية يروا أن الاكتئاب مرض عصابي ينشأ نتيجة لصدمة نفسية خلال السنوات الأولى من حياة الإنسان، ويعبر عن الصراع الشديد بين مكونات الشخصية الهو والأنا والأنا الأعلى ولكي نقوم بعلاج الاكتئاب ينبغي جعل الحزن والاكتئاب شعورياً باستعادة الخبرات المصاحبة للموضوع المفتقد إلى الذات.

ويرى أصحاب النظرية السلوكية أن الاكتئاب كسلوك عصابي يتم تعلمه تبعاً لنفس المبادئ العامة التي تحكم اكتساب كل سلوك يتم تعلمه، ألا وهي مبادئ التشريط والتعزيز، وبالتالي فعلاجه يكون عن طريق تعديل وإطفاء هذا السلوك المتعلم واستبداله بسلوكيات أخرى جيدة. أما بالنسبة للنظرية المعرفية فيروا أن الاكتئاب يحدث نتيجة لاضطراب في التفكير ونتيجة لنمط التفكير السلبي والتشويه المعرفي كما ينتج بشكل أساسي من ميل الفرد للنظر إلى نفسه والمستقبل والعالم بنظرة تشاؤمية غير معقولة فيتم العلاج بتعديل الفكر المشوه السلبي إلى تفكير منطقي سليم وتعديل النظر إلى الذات والمستقبل والعالم من النظرة التشاؤمية إلى التفاؤلية. كما يرى أصحاب النظرية البيولوجية أن الأسباب المفسرة للاكتئاب

ترجع إلى العوامل البيولوجية والتي منها العوامل الوراثية أو الجينية والعوامل الفسيولوجية والعوامل البيوكيميائية ولعلاج الاكتئاب لابد من علاج العوامل المسببة للاكتئاب.

المحور الثالث: الأطفال الصم :

ذكر عادل عبد الله (٢٠٠٠، ٣٣٨) أن الطفل الأصم هو من فقد حاسة السمع أو من كان سمعه ناقصاً لدرجة تجعله يحتاج إلى أساليب تعليمية جيدة تمكنه من الاستيعاب دون مخاطبة كلامية. وعرَّف ناصح صقر (٢٠١٢، ٦) الأطفال الصم بأنهم الذين فقدوا حاسة السمع منذ الميلاد أو قبل تعلم الكلام أو حتى بعد تعلم الكلام بدرجة لا تسمح لهم بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية ويحتاجون إلى أساليب تعليمية تجعلهم قادرين على الاستيعاب دون مخاطبة كلامية ولديهم ضعف سمعي حاد أكثر من (٩١) ديسيبل وذلك وفقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية.

وقد صنف كلاً من طارق عامر، ربيع محمد (٢٠٠٨، ٨١-٨٢) فقدان السمع بحسب الديسيبل إلى :

١- فقدان سمع عادي أو صعوبة الأصوات الخافتة من (١٠-٢٥) ديسيبل.

٢- فقدان سمع خفيف أو صعوبة سماع الأصوات الخافتة والكلام البعيد، ومن ثم يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في تتبع مجريات الدراسة داخل الفصل من (٢٥-٤٠) ديسيبل.

٣- فقدان سمع متوسط أو صعوبة في فهم الكلام المسموع من مسافات كبيرة أو عدم وضوحه من (٤٠-٧٠) ديسيبل.

٤- فقدان سمع شديد أو عدم القدرة على سماع المحادثة وعدم القدرة على تعلم الكلام بالوسائل العادية من (٧٠-٩٠) ديسيبل.

٥- فقدان سمع كلي أو عدم القدرة على تمييز نماذج الأصوات رغم إدراك الذبذبات، ما فوق (٩٠) ديسيبل.

التصنيف التربوي للإعاقة السمعية :

ويعني أصحاب هذا التصنيف بالربط بين درجات الإصابة بفقدان السمع وأثرها على فهم وتفسير الكلام وتمييزه في الظروف العادية، وعلى نمو المقدرة الكلامية واللغوية لدى

الطفل، وما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية وتعليمية خاصة، أو برامج تعليمية لإشباع هذه الاحتياجات، فمثلاً هناك من يعانون من درجة قصور بسيطة قد لا تعوق إمكانية استخدام حاسة السمع والإفادة بها في الأغراض التعليمية سواء بحالتها الراهنة أو مع تقويتها بأجهزة مساعدة ومعينات سمعية، وهناك من يعانون من قصور حاد أو عميق بحيث لا يمكنهم من استخدام حاسة السمع أو الاعتماد عليها من الناحية الوظيفية في عمليات التعلم والنمو العادي للكلام واللغة وفي مباشرة النشاطات التعليمية المعتادة أو لأغراض الحياة اليومية والاجتماعية العادية وبين هاتين الطائفتين توجد درجات أخرى متفاوتة الشدة من حيث الفقدان السمعي تتباين احتياجاتها الخاصة ومعالجتها التربوية (طارق عامر، ربيع محمد، ٢٠٠٨، ٧٧-٧٨).

وهناك أربعة مستويات للتصنيف التربوي للإعاقة السمعية هي :

(١) **المستوى الأول:** فقد السمع من (٣٥-٥٤) ديسيبل ولا يتطلب هذا المستوى صفاً خاصاً أو مدرسة خاصة ولكن يحتاج إلى مساعدات سمعية ونطقية.

(٢) **المستوى الثاني:** فقد السمع من (٥٥-٦٩) ديسيبل ويتطلب هذا المستوى صفاً خاصاً أو مدرسة خاصة ومساعدات سمعية ونطقية واللغة.

(٣) **المستوى الثالث:** فقد السمع من (٧٠-٨٩) ديسيبل ويتطلب هذا المستوى صفاً خاصاً أو مدرسة خاصة ومساعدات سمعية ونطقية وكذلك في اللغة والجانب الأكاديمي.

(٤) **المستوى الرابع:** فقد السمع من (٩٠) ديسيبل فما فوق ويتطلب هذا المستوى صفاً خاصاً أو مدرسة خاصة ومساعدات سمعية ونطقية وكذلك في اللغة والجانب الأكاديمي والتربوي (عبدالفتاح مطر، سحر زيدان، ٢٠١٠، ٤١-٤٢).

ثانياً: بعض الدراسات السابقة :

قام سعد بن عبد الرحمن الشهري (٢٠٠٧) بدراسة هدفت إلى التعرف على أثر برنامج تدريبي قائم على اللعب بالتشكيل في خفض السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال

المعاقين عقلياً من الدرجة المتوسطة، وتكونت عينة الدراسة من (١٣) طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً من الدرجة المتوسطة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين (٦) أطفال مجموعة تجريبية، و (٧) أطفال مجموعة ضابطة، وقد استخدم الباحث مقياس السلوك العدواني للمعاقين عقلياً من إعداد سعيد عبد الله دبسيس (١٩٩٥)، وبرنامج قائم على اللعب بالتشكيل، وتوصلت نتائج الدراسة إلى خفض السلوك العدواني.

كما أجرى (Kristin, K. Meany-Walen, 2010) دراسة هدفت إلى اختبار فعالية العلاج باللعب لخفض السلوكيات الفوضوية لدى أطفال بمرحلة رياض الأطفال، وتألفت عينة الدراسة من (٥٨) طفلاً بمرحلة رياض الأطفال بالمستوى الثالث والذين يعانون من سلوكيات فوضوية داخل الفصل، وكان (٤٨%) من العينة من أصل لاتيني، ٣٣% أمريكي أوروبي، ١٩% أمريكي من أصل أفريقي، ٤٥% منهم ذكور، وقد قسم الأطفال إلى مجموعتين تجريبية تعرضت لبرنامج العلاج باللعب، وأخرى ضابطة وقد شاركت المجموعتين مرتان أسبوعياً لمدة ١٦ جلسة، وقد استغرقت الجلسة ٣٠ دقيقة. وباستخدام الأسلوب الإحصائي ANOVA اتضح وجود تحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية.

كما هدفت دراسة جافار وآخرين (Jafar, et al., 2011) إلى معرفة أثر العلاج باللعب في خفض المشكلات السلوكية متمثلة في اضطراب العناد المتحدي، وفرط الحركة والنشاط الزائد لدى الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلاً بمرحلة رياض الأطفال ممن يظهرون مشكلات سلوكية وفقاً لآراء المعلمين والآباء ويعانون من اضطراب العناد المتحدي بدرجة حادة، وتم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين، تجريبية وأخرى ضابطة، وتمثلت أدوات الدراسة في قائمة تقدير المعلمين للمشكلات السلوكية لدى الأطفال، وتوصلت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كما وجد انخفاض في اضطراب فرط الحركة وعجز الانتباه في أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة، وبالتالي فإن العلاج باللعب أدى إلى خفض المشكلات السلوكية لدى أطفال المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلق برنامج العلاج باللعب.

وأكدت دراسة كاري سوان (Karrie, L. Swa, 2011) إلى اختبار فعالية العلاج باللعب الممركز حول الطفل في خفض المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وقد استخدم التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة (ن = ٢) من أطفال ذوي الإعاقة العقلية

ممن يعانون من مشكلات سلوكية متمثلة في السلوك التكراري – السلوك الفوضوي التهيجي – النشاط الزائد – الحديث غير اللائق، ويتراوح أعمارهم من (٥–٩) سنوات، ونسب ذكاء (٥٥–٦٥)، وقد تم استخدام قائمة تقدير السلوك، وقد تعرض الأطفال لثلاث جلسات أسبوعياً لمدة خمس أسابيع، واستغرقت مدة الجلسة (٣٠) دقيقة، وأظهرت النتائج انخفاض المشكلات السلوكية عقب التدخل العلاجي باللعب واستمرار الانخفاض خلال فترة المتابعة.

وقد قامت منى كمال أمين (٢٠١٤) بدراسة هدفت إلى التحقق من مدى فعالية العلاج باللعب في الحد من بعض مشكلات الانضباط السلوكي، وتكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلاً من الذكور من تلاميذ مدرسة التربية الفكرية بمحافظة المنيا، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما ضابطة (ت = ٨) وأخرى تجريبية (ن = ٨) طبق عليها البرنامج، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس السلوك الفوضوي، برنامج العلاج باللعب، وتم استخدام نظام SPSS (الأساليب اللابارامترية منها اختبار مان ويتني للأزواج المستقلة، واختبار ويلككسون للأزواج المرتبطة)، وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك الفوضوي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للسلوك الفوضوي لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للسلوك الفوضوي.

كما أجرى هند دانيل وآخرون (Hind Daniel, et al., 2010) دراسة بعنوان تقبل العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض عضوية مزمنة، وهدفت الدراسة إلى تحديد فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة، وتكونت عينة الدراسة من (١٧) فرداً من الذين يعانون من الاكتئاب وتم استخدام قائمة الأعراض الاكتئابية وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هؤلاء الأفراد يعانون من الوحدة الاجتماعية وعدم الشعور بمعنى الحياة وبعضهم لم يكن قادر على التعرف على المشكلات أو التمييز بين الأحداث والأفكار ويعانون من الاكتئاب، وقد أسهم البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف الاكتئاب وعلاج المشكلات.

وهدفت دراسة (Asbell, L.B, 2010) إلى التعرف على العلاقة بين أساليب المواجهة ومنغصات الحياة اليومية والصلابة النفسية والاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (١٨١) شخصاً من الموظفين، وتم تطبيق مقياس الصلابة النفسية، ومقياس الاكتئاب (إعداد روم، ٢٠٠٠)، ومقياس منغصات الحياة اليومية (إعداد الباحث)، واستخدم الباحث اختبار "ت"، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة طردية بين الصلابة النفسية وأساليب المواجهة والإصابة بمرض الاكتئاب، وكلما زادت الصلابة النفسية وزادت أساليب المواجهة كلما قلت الإصابة بالمرض النفسي (الاكتئاب).

وأجرى الحسين بن حسن محمد (٢٠١٢) دراسة هدفت إلى التعرف على مستوى كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جده، ومعرفة العلاقة بين متغيرات الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من (٤١٢) طالب بمدرسة ثانوية بمحافظة جده بالإدارة العامة للتربية والتعليم (٢٠١ طالب متضررين، ٢١١ طالب غير متضررين)، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الصلابة النفسية من إعداد (عماد محمد مخيمر، ١٩٩٦)، ومقياس الاكتئاب، ومقياس المساندة الاجتماعية من إعداد الباحث، وتم استخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق، ومعاملات الانحدار المتعددة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات طلاب المرحلة الثانوية على مقياس الاكتئاب لصالح الطلاب المتضررين.

وهدفت دراسة أسامة عادل محمود (٢٠١٣) إلى التعرف على الفروق في درجة المساندة الاجتماعية المدركة بين الأطفال المعاقين سمعياً من حيث درجة السمع (صم – ضعاف سمع)، وبلغ حجم العينة (١٦٠) من الأطفال المعاقين سمعياً بمدارس الأمل الابتدائية للصم وضعاف السمع، وتراوحت أعمارهم ما بين (٩–١٢) عاماً، بمتوسط عمري (١٠.٧٢) عاماً، وانحراف معياري (٠.٨٢)، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي إعداد/ حمدان فضة (١٩٩٧)، مقياس المساندة الاجتماعية إعداد/ الباحث، ومقياس التواصل الاجتماعي، إعداد/ الباحث، وتمت معالجة البيانات إحصائياً من خلال البرنامج الإحصائي (SPSS)، وأوضحت النتائج: وجود فروق ذات دلالة

إحصائية بين متوسطي درجات ضعاف السمع والصم من الأطفال المعاقين سمعياً لصالح ضعاف السمع في المساندة الاجتماعية كدرجة كلية وكأبعاد فرعية.

كما أجريت نجلاء فتحي عبد الرحمن (٢٠١٤) دراسة هدفت إلى مدى إمكانية تحسين مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم من خلال تصميم برنامج تدريبي قائم على التأهيل المهني، وبلغت العينة (١٦) معاقاً عقلياً بمدرسة التربية الفكرية (٨ مجموعة تجريبية، ٨ مجموعة ضابطة)، أعمارهم بين (١٢-١٥) سنة، بمتوسط عمري (١٤.٦) عاماً، وانحراف معياري (١.٩)، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس السلوك التوافقي، البرنامج التدريبي، وتمت معالجة البيانات إحصائياً باستخدام اختبار مان ويتني وويلكوكسون، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج المستخدم له فاعليته في تحسين مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

تعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال العرض السابق لبعض الدراسات السابقة نلاحظ أن هناك مجموعة من الدراسات تؤكد نتائجها على أهمية استخدام برامج العلاج باللعب في خفض السلوك العدواني، السلوك الفوضوي، والمشكلات السلوكية للعاديين وذوي الإعاقة العقلية ومنها دراسة كل من (سعد بن عبد الرحمن الشهري، ٢٠٠٧)، (Kristin, K., 2010), (Jafari, 2011), (Karrie, L. Swa, 2011), (Hind Daniel,e t al., 2010)، (منى كمال أمين، ٢٠١٤)، وهناك بعض الدراسات التي تناولت خفض الاكتئاب مع متغيرات أخرى كالمساندة الاجتماعية، والصلابة النفسية مثل دراسة كل من (Asbell, L.B, 2010)، (الحسين بن حسن محمد، ٢٠١٢)، (أسامة عادل محمود، ٢٠١٣).

ومن خلال هذا العرض للدراسات السابقة تباينت بعض الدراسات ويتضح أنه لا توجد دراسة سابقة – على حد علم الباحث – تناولت متغيرات الدراسة الحالية في تناولها برنامج علاجي قائم على اللعب في خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم ببني سويف.

فروض الدراسة :

من خلال ما تم عرضه في الإطار النظري والدراسات السابقة صاغ الباحث الفروض التالية كإجابات محتملة لما أثاره في مشكلة الدراسة من تساؤلات :

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لخفض أعراض الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية لدى الأطفال الصم.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لخفض أعراض الاكتئاب لصالح القياس البعدي لدى الأطفال الصم.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى لخفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم.

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى لخفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم..

إجراءات الدراسة :

أولاً : منهج الدراسة :

استخدم الباحث المنهج التجريبى ، واعتمد على التصميم التجريبى ذى المجموعتين المتجانستين، التجريبية والضابطة ، والقياس القبلى ثم البعدى لتلك المجموعتين، واعتمد على التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة، والقياس القبلي ثم البعدي لهذه المجموعة.

ثانياً : عينة الدراسة :

أ – العينة الاستطلاعية :

تم اختيار عينة استطلاعية للدراسة الحالية ، وذلك بغرض التحقق من كفاءة الأدوات المستخدمة فى هذه الدراسة ، ومراعاة لبعض الجوانب الإجرائية عند تطبيق هذه الأدوات على العينة الأساسية ، وبلغ حجم العينة الاستطلاعية (١٠) من أطفال مدرسة الأمل للصم ببني سويف.

ب – العينة الأساسية :

بعد تقنين أدوات الدراسة السيكومترية ، قام الباحث باختيار عينة أساسية لإجراء هذه الدراسة قوامها (١٢) طفلاً (٦ أفراد مجموعة ضابطة ، ٦ أفراد مجموعة تجريبية) من أطفال مدرسة الأمل للصم ببني سويف، وتتراوح أعمارهم ما بين (٩ – ١٢) عاماً، بمتوسط عمري (١٠.٥) عاماً، وانحراف معيارى (١.٢)، مع مراعاة أن أفرادها ليسوا من أفراد العينة الاستطلاعية.

ثالثاً : أدوات الدراسة :

١- استمارة جمع البيانات عن الطفل الأصم ..... إعداد الباحث

٢- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي .....

إعداد محمد محمد بيومي (٢٠٠٠) وتقنين الباحث

٣- اختبار الذكاء غير اللفظي للصم .....

إعداد فايزة مكرومي السيد بكر (١٩٩٨) وتقنين الباحث

٤- مقياس الاكتئاب ..... إعداد وتقنين الباحث

٤- برنامج العلاج باللعب ..... إعداد الباحث.

التحقق من المعالم السيكومترية لأدوات الدراسة (كفاءة الأدوات) :

١ – استمارة جمع البيانات عن الطفل الأصم ..... إعداد الباحث

قام الباحث بتصميم تلك الأداة، وذلك للحصول على البيانات المرتبطة بالدراسة وهدفها التعرف على:

١-١- اسم الطفل الأصم تبعاً لسجلاتهم المدرسية وأن يكون فقد السمع ما بين ٩٠ ديسيبل فأكثر (صم)

١-٢- المدرسة التي يتعلم فيها.
١-٣- العمر
١-٤- النوع
١-٥- محل الإقامة
١-٦- صلة قرابة الأم بالأب
١-٧- وقت حدوث الإعاقة
١-٨- عمل الأب والأم
١-٩- نوع الإعاقة التي يعاني منها
١-١٠- أسباب إصابته بالإعاقة
١-١١- المستوى التعليمي للأب والمستوى التعليمي للأم
١-١٢- المستوى الاقتصادي للأسرة.

٢- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي

إعداد/ محمد محمد بيومي (٢٠٠٠) وتقنين الباحث

تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الاختبار، بتطبيق المقياس على عينة قوامها (١٠) أطفال من تلاميذ مدرسة الأمل للصم ببني سويف، بفاصل زمني قدره (٣) أسابيع، بلغ معامل الارتباط بين درجات التطبيق (٠.٨١)، مما يدل على ثبات عالٍ للمقياس، أما عن الصدق فقد تم استخدام طريقة صدق المحك الخارجي بتطبيق مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي إعداد عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٥) كمحك خارجي، وبلغ معامل الارتباط بين درجات المقياسين (٠.٨٢) عند مستوى دلالة (٠.٠١) مما يدل على صدق المقياس.

٣- اختبار الذكاء غير اللفظي للصم :

إعداد/ فايزه مكرومي السيد بكر (١٩٩٨) وتقنين الباحث

تم التحقق من ثبات الاختبار من خلال استخدام طريقة إعادة الاختبار على عينة قوامها (١٠) أطفال من تلاميذ مدرسة الأمل للصم ببني سويف، بفاصل زمني قدره (٣) أسابيع وبلغ معامل الارتباط بين درجات التطبيقين (٠.٧٨) مما يدل على ثبات الاختبار، أما عن الصدق فتم استخدام طريقة صدق المحك الخارجي بتطبيق اختبار الذكاء المصور إعداد

أحمد زكي صالح كمحك خارجي، وبلغ معامل الارتباط بين درجات الاختبارين (٠.٧٩) عند مستوى دلالة (٠.٠١) مما يدل على صدق الاختبار.

٤- مقياس الاكتئاب إعداد/ وتقنين الباحث

خطوات بناء المقياس :

قام الباحث بإعدام مقياس الاكتئاب لدى الأطفال الصم، اعتماداً على الدراسات السابقة والاختبارات والمقاييس المستخدمة في هذا الميدان، ومن هذه المقاييس :

مقياس الاكتئاب من إعداد (Mary, M., & Gray, C., 2009)

مقياس الاكتئاب من إعداد (Rosbook, A., & Wittingham, K., 2010) ، مقياس الاكتئاب إعداد (Yang, D., 2013) ، مقياس الاكتئاب إعداد (Carmer, D. Kupshiki, G., 2013) ، مقياس الاكتئاب إعداد (عادل عبد الله محمد، ٢٠١٣) ، (Beak, 1985) ، ودراسة كل من: (الحسين بن حسن محمد، ٢٠١٢) ، (نبيلة الشوربجي، ٢٠١٠) ، (إسلام عبد القادر علي، ٢٠١١)، (عبد الله عسكر، ٢٠٠٦) ، (علاء الدين إبراهيم يوسف، ٢٠٠٨) ، (أسامة محمد الغريب، ٢٠١١)، (Asbell, L.B., 2010).

ويتم تصحيح المقياس كالتالي :

تنطبق دائماً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق
٣	٢	١

الإجراءات السيكومترية للمقياس :

تم التحقق من صدق مقياس الاكتئاب لدى الصم وثباته كما يلي :

أولاً: صدق المقياس "

- **صدق المحكمين :**

وفي ضوء الدراسات السابقة والمقاييس النفسية تم صياغة مفردات المقياس في صورته الأولية (٤٥) مفردة، ثم تم عرض المقياس على المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية والأخصائيين النفسيين فتم حذف خمس عبارات فأصبح المقياس في صورته النهائية مكون من (٤٠) عبارة، واختيرت العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق ٨٠%.

- **صدق المحكات (الصدق التلازمي) :**

قام الباحث بحساب معامل صدق المقياس، وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية على مقياس الذكاء غير اللفظي للصم من إعداد/ فايزة مكرومي السيد بكر (١٩٩٨)، وكان معامل الارتباط (٠.٧٢) وهو دال عند مستوى (٠.٠١).

ثانياً: ثبات المقياس :

قام الباحث بحساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ على العينة الاستطلاعية بفاصل زمني قدره ثلاثة أسابيع، وبلغت قيمة الثبات (٠.٧٧) وهي دالة عند مستوى (٠.٠١) ويتضح من الإجراءات السابقة أن مقياس الاكتئاب لدى عينة الدراسة ذو كفاءة مطمئنة في قياس ما وضع لقياسه.

٥- برنامج العلاج باللعب ..... إعداد الباحث

قام الباحث بإعداد برنامج قائم على العلاج باللعب يعتمد على فنيات وأساليب متنوعة تلتقي جميعها في هدف واحد وهو خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم، حيث استفاد الباحث من فنيات ومبادئ نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا.

إعداد محتوى البرنامج :[*]

يعد تصميم برنامج قائم على العلاج باللعب لدى الأطفال الصم أحد أهداف الدراسة، واستفاد الباحث بعدد من البحوث والدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال كدراسة (Denis, 2005)، (Charlebonis, et al., 2004) ، ودراسة (سيد البهاص، ٢٠٠٧) ، (سعد بن عبد الرحمن سعد الشهري، ٢٠٠٧)، (محمد محفوظ محمد، ٢٠١٠) ، محمد جاد

(*) انظر ملاحق الدراسة.

الرب أبو زيد، ٢٠٠٧)، (أيمن الهادي محمود، ٢٠٠٥)، محمد أحمد محمود خطاب، ٢٠٠٤)، (محمود صوالحه، ٢٠٠٧)، (أيمن يوسف حجازي، ٢٠٠٥)، (منى كمال أمين عبد العاطي، ٢٠١٤)، ذلك بالإضافة للخبرة الميدانية لدى الباحث لزيارة مدارس الأمل للصم، والاستعانة ببعض الموجهين المتخصصين في مجال التربية الخاصة.

أسس البرنامج العلاجي :

يمكن إيجاز الأسس النفسية والتربوية التي يقوم عليها البرنامج على النحو التالي :

١- يقوم البرنامج على خصائص نمو وحاجات الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة في عمر (٩-١٢) عاماً.

٢- أن يكون البرنامج مرحاً ومتقبلاً ومريحاً للنفس عند هؤلاء الأطفال في هذه المرحلة.

٣- مدة الجلسة (٣٠) دقيقة بناءً على الدراسات السابقة وراء الخبراء في هذه المرحلة.

٤- أن تحتوي الجلسة على فنيات متنوعة تركز على تحقيق الهدف من الجلسة ومن ثم تحقيق الهدف العام للبرنامج.

٥- أن تختتم كل جلسة بفنية التدعيم وذلك لتحقيق السلوكيات الإيجابية، ومن ثم حدوث كف للسلوكيات السلبية وإطفائها.

النموذج أو النظرية التي يستند إليها البرنامج :

يقوم الأساس الفلسفي المرجعي للبرنامج على نظرية فلسفية وهي نظرية التعلم الاجتماعي، وعليها يستند الإطار المرجعي للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية، ولقد قدم باندورا نظرية التعلم الاجتماعي، حيث أنها تلائم طبيعة الطفل الأصم وأيضاً الاكتئاب المراد خفض أعراضه، وتقر هذه النظرية بأننا جميعاً والأطفال بصفة خاصة نكتسب وحدات السلوك

من خلال مراقبتنا لسلوك الآخرين وتقليدنا لهم وهو ما يعرف بفنية النمذجة. وسوف يتناول الباحث نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا بشيء من الإيجاز.

- **نظرية التعلم الاجتماعي :**

تعتبر نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا إحدى النظريات المعاصرة للعلاج السلوكي بصفة عامة وبخاصة للأطفال، ويرى باندورا مؤسس نظرية التعلم الاجتماعي أن السلوكيات متعلمة من خلال ملاحظة الآخرين ومحاكاتهم فيتعلم الأفراد متى يسلكونه سلوكاً معيناً وكيف يسلكونه ومع من يسلكونه من خلال خبرات مباشرة وغير مباشرة (Friman, 1996, 13-39). وترجع فكرة التعلم عن طريق الخبرة المباشرة إلى قانون التعزيز الذي وضعه سكنر Skinner حيث تتم المحافظة على السلوك من خلال الثواب والعقاب وفكرة التعلم عن طريق الخبرة التوكيدية ترجع إلى تعلم الأفراد عن طريق تقليد الآخرين من خلال الآباء والأخوة والأقارب والمشاهير (Huang, W., & Curo, A., 1997, 3-44).

كما يرى باندورا أن السلوك والعوامل الشخصية الداخلية (المعتقدات – الأفكار – التفصيلات – الإدراكات الذاتية) والمؤثرات البيئية كلها تعمل بشكل متداخل فكل منها يؤثر في الآخر ويتأثر بها، فيرى عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٩، ٦١٨) أنه عند مشاهدة برنامج تليفزيوني يتحدد نسبياً بالتفضيلات الشخصية للفرد وهذه التفضيلات لها تأثير على البيئة كما أن البيئة والقوى الخارجية تؤثر على تفضيلات الفرد وأنماط سلوكه لأن الفرد لا يحب أو يختار برنامجاً لم يعرضه التليفزيون، ويرى جابر عبد الحميد (١٩٩٤، ٣٨١-٣٨٣) أن عوامل تؤثر في درجة تقليد وانتباه الفرد للنموذج مثل :

١- خصائص النموذج ومدى التشابه بين النماذج.

٢- نمط السلوك الذي يمثله النموذج فكلما تعقد السلوك ضعف التقليد من ملاحظة واحدة.

٣- معايير مكافأة الذات عن الأداء الجيد مقابل الأداء الرديء.

٤- نتائج سلوك النموذج حيث أن المسترشد يقلد السلوك الذي يلقي الإثابة.

٥- الدافعية لدى الملاحظ أو المسترشد فكلما زادت الدافعية والتهيؤ زادت درجة تقليده للسلوك.

وقد حققت نظرية التعلم الاجتماعي نجاحاً من حالات الإعاقة على النحو الذي قدمه كروميل (Cromwell, 1963) ، (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٧، ٣٠١).

الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج :

استخدم الباحث بعض فنيات التعلم الاجتماعي لخفض حدة أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم ومن أهم هذه الفنيات ما يلي :

أ – فنية النمذجة Modeling

تعتبر النمذجة التطبيق الرئيسي لنظرية التعلم الاجتماعي التي وضعها باندورا (Bandura, 1977) والتي تعتمد على تنمية السلوك عن طريق ملاحظة أشخاص آخرين – نماذج – يقومون بهذا السلوك، ويمكن اكتساب السلوك من مجرد ملاحظة الآخرين حتى لو لم يشترك القائم بالملاحظة في هذا السلوك، أو يتلقى نتائج مباشرة عن الأداء، وفي التطبيق العملي يمكن أن تتم عملية النمذجة باستخدام النمذجة الحسية المباشرة أو من خلال النمذجة الضمنية مثل استخدام القصص (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٧، ٤٥٤). ويرى (Bandura, 1986, 46-49) أن آثار التعلم بالملاحظة تساعد الأفراد على توسيع معارفهم ومهاراتهم من خلال ملاحظة أداء الآخرين، ويظهر التعلم بالملاحظة واضحاً حينما يقدم النموذج أنماطاً فكرية أو سلوكية جديدة لم يعرفها الملاحظ من قبل ولكن عرفها بالملاحظة.

ب- فنية لعب الدور Role play

أشار (Westwood, Peter, 1999, 78) إلى أن لعب الدور أو أداء الدور هو طريقة تعلم الأسس المؤثرة في العلاقات الشخصية المتبادلة، إن ذلك يجعل الفرد يؤدي دوراً في لعب تلقائي سواء كان ذلك في العلاج النفسي أو التدريب السيادي مثل: التدريب على الاتصالات الهاتفية بأصدقائه، أو مبادرة زملائه بالتحية، أو قيامه بطريقة تلقائية بالتعرف على

الآخرين. وقد ارتبط اسم مورينو بمصطلح لعب الدور وهو القدرة على إجراء تفاعل مع الأشخاص الآخرين عن طريق وضع الفرد نفسه مكان الآخرين، وأن ينظر إلى الأمور المختلفة من وجهة نظر الآخرين، وتنمو القدرة على أخذ الدور من خلال اكتساب الطفل القدرة على وضع عدد متزايد من العوامل أو المظاهر بطريقة تلقائية، بالإضافة إلى نمو قدرته على أن يقيم نفسه في عملية الحكم على الأشياء أو على آراء الآخرين ووجهات نظرهم حينما يقوم هو بعملية الحكم (عادل عبد الله محمد، ٢٠١١، ٩٢-٩٣).

جـ- فنية الواجب المنزلية Home Work

تشير إلى الأنشطة التي يمكن للطفل أن يؤديها خارج جلسات البرنامج وتأخذ شكل الواجبات المنزلية، حيث تلعب دوراً هاماً في حدوث التغيير حيث يمارس الطفل خلالها ما تم التدريب عليه من مهارات وغير ذلك من خلال جلسات البرنامج (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠، ٤٣)، حيث قام الباحث بتكليف الأطفال بمجموعة من التكليفات المنزلية وفقاً لما يتطلبه مضمون الجلسة، ومناقشتها في الجلسات التالية موضع النقاش وذلك للتأكد من اكتساب الأطفال مجموعة من السلوكيات لخفض أعراض الاكتئاب.

د – فنية تكرار السلوك Behavior Repetition

وفيها يتم إعادة وتكرار السلوك أكثر من مرة وذلك للتدريب والاقتداء بالنموذج وكتغذية راجعة، وهذا يفيد في التدريب على السلوك الصحيح واتباع التعليمات وتنفيذ الأوامر الموجهة للطفل.

هـ- تدعيم السلوك الإيجابي Positive Behavior Support

تستخدم إستراتيجية تدعيم السلوك الإيجابي كما يرى (عادل عبد الله محمد، ٢٠١١، ٢٩٠) في سبيل تقديم التدعيم والتعزيز اللازم للسلوك الإيجابي الذي قد يأتي به الطفل حتى يقوى ويستمر، كما أنها في الوقت ذاته تتجاهل ما قد يصدر عن الطفل من سلوكيات سلبية، فلا يتم ا لتركيز عليها أو الالتفات لها، وعلى هذا الأساس فإن هذه الإستراتيجية تعمل على استخدام نسق معين يتم في ضوئه فهم تلك الظروف التي عادة ما يكون من شأنها أن تبقى

على سلوك التحدي وعدم الامتثال للنظام المدرسي أو إصدار السلوكيات الفوضوية أو السلوك غير المناسب من جانب الطفل.

و – التوجيه اليدوي واللفظي :

وقد استخدم الباحث هذه الفنيات بشكل متكامل في مكانها المناسب، ففي بداية البرنامج يستخدم الباحث هذه الفنيات، ثم الإقلال من هذه الفنيات تدريجياً حتى يتمكن الأطفال من القيام بالأنشطة دون تدخل من الباحث.

ز – المشاركة التعاونية :

تهتم هذه الفنية بتيسير التفاعل بين المدرب والمتدربين وذلك خلال التدريب على مهمة ذات معنى، وتوفير المساعدة الضرورية لإنجاز المهمة على أساس أن المهام تجمع الأفراد، وتتيح المشاركة في أداء العمل، وبهذا يتم التفاعل الإنساني وتكثيف الاعتماد المتبادل بين الأفراد، ويتم بينهم المشاركة والتعاون لإتمام المهمة معاً.

ك– الحوار والمناقشة :

تحتم هذه الفنية على المعالج الاستمرار في الحوار أثناء التدريب على المهمة، فعندما لا يستطيع المعالج التواصل مع الأفراد بالأفعال، هنا عليه بالحوار المستمر والتحدث بالكلمات التي تعطي معنى للعلاقات الحميمة التي تساعد على الاندماج والمشاركة في أداء وإتمام المهام الموكلة إليهم.

ل– القصص الاجتماعية :

وتستخدم القصص الاجتماعية في جلسات البرنامج من خلال عرض بعض القصص التي تحكي آداب التفاعل مع الآخرين والتأكيد على السلوكيات المرغوبة وشرح نتائجها الإيجابية للأفراد المعاقين.

تتضمن هذه الإستراتيجية موقف اجتماعي أو مهارة اجتماعية وتقدم سلوك مرغوب، ويتم تقديم المعلومات عن هذه المواقف أو السلوكيات في القصص بطريقة واضحة لتقليل الخلط في السلوكيات المتوقعة (هشام الخولي، ٢٠٠٨، ١٦٣).

م- التغذية المرتدة :

تعني هذه الفنية تزويد الفرد بالمعلومات من المدرب أو المهمة ذاتها التي يمارسها الفرد وهذه المعلومات على النحو التالي :

- يحكم المدرب على استجابة الفرد بأنها صحيحة أو خاطئة.
- يزود المدرب الفرد بالاستجابة الصحيحة.
- يسأل الفرد سؤالاً جديداً آخر.
- يشرح المدرب ما يجب أن تكون عليه الاستجابة الصحيحة.

(فؤاد أبو حطب، آمال صادق، ١٩٩٠، ٤٠٨)

تطبيق البرنامج :

قام الباحث بتطبيق البرنامج على عينة الدراسة الحالية، وذلك على مدى (٦٠) جلسة (لقاء) بواقع أربع جلسات أسبوعياً لمدة أربعة أشهر تقريباً، وكل جلسة (٣٠) دقيقة، وتم تطبيق البرنامج على الأطفال الذكور لاستمرارهم في اللعب لفترة طويلة وتحملهم المشقة، ولديهم درجة عالية (الارباعي الأعلى) على مقياس الاكتئاب.

نتائج الدراسة ، ومناقشتها :

الفرض الأول : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية لدى الأطفال الصم ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام ثلاثة أساليب لابارامترية هي اختبار مان – ويتني (U) ، وويلكوكسون (W) ، وقيمة (Z) ، والجدول (١) يوضح ذلك.

جدول رقم (١)

قيم U, W, Z ودلالتها للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لخفض أعراض الاكتئاب (ن١ = ن٢ = ٦)

المجموعة	م	م الرتب	مج الرتب	U	W	قيمة Z	الدلالة
التجريبية	١٧.٢٥	٣.٧٥	٢٢.٥٠	١.٥٠	٣.٩٨	٢.٧٣	٠.٠١
الضابطة	٢٦.٢٤	٩.٢٥	٥٥.٥٠				

ويتضح من الجدول (١) أن الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين دالة عند مستوى (٠.٠١) وأن هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية. وبالتالي فإن النتائج تحقق صحة الفرض الأول.

وهذا يدل على فاعلية البرنامج العلاجي القائم على اللعب في خفض أعراض الاكتئاب للأطفال الصم لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج مباشرة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي استخدمت برامج علاجية في متغيرات مختلفة، مثل دراسة كل من: (سعد بن عبد الرحمن الشهري، ٢٠٠٧)، (Hind Daniel, et al., 2010) و (Kristin, K., 2010) و (Karrie, L. Swan, 2011) و (Jafari, 2011) و(منى كمال أمين، ٢٠١٤).

وهذا يدل على استخدام فنيات نظرية التعلم الاجتماعي المستخدمة في البرنامج مثل (النمذجة – التعزيز – الواجبات المنزلية – لعب الدور – المشاركة التعاونية – الحوار والمناقشة – القصص الاجتماعية – التغذية الراجعة) التي أدت إلى انخفاض حدة أعراض

الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج بخلاف أفراد المجموعة الضابطة لم يظهر أي انخفاض في خفض الاكتئاب وذلك لأنهم لم يتعرضوا لنفس الأنشطة والخبرات السلوكية التي تعرض لها أطفال المجموعة التجريبية. فاللعب له أثر في خفض أعراض الاكتئاب وخاصة في التدخل المبكر للأطفال الصم وعلاج الاضطرابات النفسية واللعب يؤدي إلى رفع الروح المعنوية.

الفرض الثاني : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لخفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم لصالح القياس البعدي ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام نفس الإجراء السابق، والجدول (٢) يوضح ذلك.

جدول رقم (٢)

قيم U, W, Z ودلالتها للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لخفض أعراض الاكتئاب (ن = ٦)

القياس	م	م الرتب	مج الرتب	U	W	قيمة Z	الدلالة
البعدي	١٧.١٥	٣.٧٥	٢٢.٥٠	١.٥٠	٣.٩٥	٢.٧٣	٠.٠١
القبلي	٢٦.٢٤	٩.٢٥	٥٥.٥٠				

ويتضح من الجدول (٢) أن الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي دالة عند مستوى (٠.٠١) وأن هذه الفروق لصالح القياس البعدي. وبالتالي فإن هذه النتائج تحقق صحة الفرض الثاني.

وهذا يعني فاعلية البرنامج العلاجي القائم على اللعب في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج واستمرار فاعليته، وأنه قد حدث تحسن دال في خفض أعراض الاكتئاب للمجموعة التجريبية في القياس البعدي

بسبب تعرضهم للبرنامج والاستفادة من فنيات وجلسات وخبرات البرنامج، وهذا ما أكدته دراسة كل من: (محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٤) ، (هدى شعبان محمد عوض، ٢٠١٠) ، (Asbell, L.B., 2010) ، (علاءالدين إبراهيم يوسف، ٢٠٠٨) ، (أحمد محمد جاد الرب، ٢٠٠٧) ، (إسلام عبد القادر علي السيد، ٢٠١١).

وتأتي هذه النتائج متفقة مع نتائج الفرض الأول وتؤكد على أهمية وفاعلية مدخل العلاج باللعب في خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم وذلك من خلال استخدام فنيات النمذجة، لعب الدور، الواجب المنزلي، التغذية الراجعة، التعزيز، التي أدت إلى خفض أعراض الاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال الصم.

ويرجع التحسن الذي طرأ على أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي إلى خضوع هؤلاء الأطفال لبرنامج العلاج باللعب ومجموعة الأنشطة التي تحتوي على ألعاب بسيطة وجذابة أتاحت لهم الفرصة للتفاعل مع الأطفال الآخرين بطريقة ملائمة، كما أن انتقال البرنامج بألعاب مختلفة متدرجة من البسيط إلى المركب من حيث إتباع التعليمات، وتكرار التدريب عليها أدى إلى انخفاض أعراض الاكتئاب حيث تم إجراء الجلسات بشكل متواصل ومترابط في إطار جو من المرح والبهجة والمرونة واستخدام فنية التعزيز أدت إلى شعور الأطفال بنوع من السعادة والإتيان بالسلوكيات الإيجابية وكل هذا يؤدي إلى خفض أعراض الاكتئاب.

الفرض الثالث : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لخفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام الإجراء المتبع في اختبار صحة الفرض السابق، والجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول رقم (٣)

قيم U, W, Z ودلالتها للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لخفض أعراض الاكتئاب (ن = ٦)

القياس	م الرتب	مج الرتب	U	W	قيمة Z	الدلالة
البعدي	٥.٦٠	٣٣.٦٠	١٣.٠٠	٠.١٦	٠.٨١	غير دالة
القبلي	٧.٣٠	٤٣.٨٠				

ويتضح من الجدول (٣) أن الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي غير دالة وهذا ما يحقق صحة الفرض الثالث.

وهذا يدل على أن أ فراد المجموعة الضابطة والتي لم تتعرض للبرنامج العلاجي القائم على اللعب لم يحدث لأفرادها أي تفسير له دلالته وذلك بالنسبة لخفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم، وأيضاً أفراد المجموعة الضابطة لم يستفيدوا من أسس وقواعد وفنيات البرنامج العلاجي، وهذا يتفق مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة كل من : (Hind Daniel, et al., 2010) ، (الحسين بن حسن محمد، ٢٠١٢) ، (هدى شعبان محمد، ٢٠١٠) ، (أسامه عادل محمود، ٢٠١٣) ، (Karrie, L. Swan, 2011) ، (منى كمال أمين، ٢٠١٤) ، (نجلاء فتحي عبدالرحمن، ٢٠١٤).

الفرض الرابع : اختباره ، ومناقشته :

والذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لخفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام الإجراء المتبع في الفرض السابق، والجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول رقم (٤)

قيم U, W, Z ودلالتها للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لخفض أعراض الاكتئاب (ن = ٦)

القياس	م الرتب	مج الرتب	U	W	قيمة Z	الدلالة
البعدي	٩.٢٥	٥٥.٥٠	١٢	٠.١٨	١.٨٤	غير دالة
القبلي	٩.٧٥	٥٠.٥٠				

ويتضح من الجدول (٤) أن الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي غير دالة وهذا ما يحقق صحة الفرض الرابع.

وهذا قد يرجع إلى ما تم خلال المرحلة الأخيرة من البرنامج من زيادة تدريب أفراد هذه المجموعة على القواعد والفنيات والأسس والأنشطة والواجبات المنزلية التي يقوم عليها البرنامج وما تم تنميته خلاله من مهارات وذلك بعد تدريبهم عليها خلال المرحلة السابقة من البرنامج وهو الأمر الذي ساهم بشكل أساسي في استمرار أثر ذلك التدريب إلى ما بعد انتهاء البرنامج وخلال فترة المتابعة، وأدى بجانب ذلك إلى عدم حدوث انتكاسة بعد انتهائه، وهذا ما أكدته الدراسات السابقة.

كما يعزو استمرارية فعالية البرنامج إلى استناده إلى أساس نظري و فلسفي سليم، فقد تم إعداده في ضوء مراجعة الدراسات السابقة والبرامج التي نفذت في هذا المجال وكما أنه تم بناء البرنامج في ضوء القاعدة الصحيحة في تعلم السلوك المستهدف مثل التعلم الاجتماعي لباندورا، كما اعتمد البرنامج على كثرة وتعدد الأنشطة والفنيات مع استغراق البرنامج مدة مناسبة، مع صغر حجم العينة، أيضاً يرجع بقاء أثر البرنامج إلى مدى إتقان أطفال المجموعة التجريبية لقواعد تعليمات خفض الاكتئاب التي تم التدريب عليها أثناء جلسات البرنامج فترسخت بداخلهم مما أدى إلى استمرارية وفاعلية البرنامج العلاجي القائم على اللعب، علاوة على التأثير الواضح لكثرة التدريب وإعادة التدريب، بالإضافة إلى تناسب أنشطة البرنامج مع خصائص الأطفال الصم حيث تم إعداد البرنامج في ضوء توصيات الباحثين ونتائج الدراسات السابقة، كل ذلك ساعد على استمرارية فعالية البرنامج لما بعد فترة المتابعة.

أوجه الإفادة من الدراسة الحالية :

١- تؤكد نتائج الدراسة الحالية على أهمية استخدام البرنامج العلاجي القائم على اللعب في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الصم بصفة خاصة وذوي الفئات الخاصة والعاديين بصفة عامة.

٢- بناء برامج علاجية قائمة على اللعب تناسب كل فئة عمرية تساعد على التنفيس الانفعالي وإخراج الطاقة المكبوتة مما يؤدي إلى تحقيق التوافق والصحة النفسية.

٣- عرض هذا البرنامج العلاجي القائم على اللعب الذي يؤدي إلى خفض أعراض الاكتئاب على المتخصصين في التربية والتعليم وكليات التربية لمواجهة طلابهم بعد التخرج في كيفية الحد من أعراض الاكتئاب والتخلص من التوترات الانفعالية والجسمية مما يؤدي إلى تحقيق مستقبل باهر وتحقيق التوافق والصحة النفسية.

المراجع العربية والأجنبية

أولاً : المراجع العربية :

أحمد بلقيس، توفيق مرعي (١٩٨٧): سيكولوجية اللعب، عمان، دار الفرقان للنشر والتوزيع.

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠٠٧): السلوك الفوضوي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ومدى التدخل العلاجي في خفضه، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة حلوان.

أسامة عادل محمود (٢٠١٣): المساندة الاجتماعية كما يدركها الأطفال المعاقون سمعياً وعلاقتها بتواصلهم الاجتماعي، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بني سويف.

أسامة محمد الغريب (٢٠١١): أبعاد حل المشكلات الاجتماعية المنبئة بكل من القلق والاكتئاب لدى طلاب كلية التربية الأساسية، دراسات عربية في علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، أبريل، المجلد (١٠)، العدد (٢)، ص ص ٢١٥-٢٥٢.

أسعد منصور رزق (٢٠١١): موسوعة علم النفس، ط٣، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت (لبنان).

إسلام عبد القادر علي السيد (٢٠١١): فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية وأثره على دافعية الإنجاز لدى الطلاب المتأخرين دراسياً بالمرحلة الإعدادية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بني سويف.

أيمن الهادي عبد الحميد (٢٠٠٥): فعالية التدريب على اللعب التركيبي في تحسين مستوى الانتباه للأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

أيمن يوسف طه حجازي (٢٠٠٥): أثر توظيف الألعاب التربوية في تنمية بعض مهارات اللغة العربية لدى تلاميذ الصف الأول الأساسي، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة غزة.

جابر عبد الحميد جابر (١٩٩٤): علم النفس التربوي، ط٣، القاهرة، دار الرشاد.

حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٣، عالم الكتب، القاهرة.

حسين إبراهيم عبد اللطيف (٢٠٠١): الاكتئاب النفسي دراسة للفروق بين حضارتين وبين الجنسين، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، القاهرة، المجلد (٧)، العدد (١)، ص ص ٣٤٢-٣٦١.

الحسين بن حسن محمد السيد (٢٠١٢): الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جده، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى.

حسين علي فايد (٢٠٠١): العدوان والاكتئاب في العصر الحديث (نظرة تكاملية)، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

رشاد علي عبد العزيز موسى (٢٠٠٩): سيكولوجية المعاق سمعياً، القاهرة، عالم الكتب.

سعد بن عبد الرحمن سعد الشهري (٢٠٠٧): برنامج تدريبي قائم على اللعب بالتشكيل في خفض السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك خالد.

صابر حجازي عبد المولى (٢٠٠٥): الصحة النفسية في حياتنا اليومية، مطابع الشروق، الفيوم.

صالح عبد المقصود السواح (٢٠٠٧): فعالية التدريب على التواصل في تعديل السلوك الإنسحابي لدى الأطفال ضعاف السمع، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بين سويف.

طارق عبد الرؤوف عامر، ربيع عبد الرؤوف محمد (٢٠٠٨): الإعاقة السمعية " مفهومها – أسبابها – تشخيصها "، القاهرة، مؤسسة طيبة.

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠): العلاج السلوكي المعرفي، القاهرة، دار الرشاد.

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤): الإعاقات الحسية، القاهرة، دار الرشاد.

عادل عبد الله محمد (٢٠١١): تعديل السلوك الإنساني، الرياض، دار الزهراء.

عادل عبد الله محمد (٢٠١١أ): مدخل إلى التربية الخاصة " علم نفس ذوي الإعاقة والموهبة "، الرياض، دار الزهراء.

عادل محمد العدل (٢٠١٣): مدخل إلى التربية الخاصة، القاهرة، دار الكتاب الحديث.

عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٩): بحوث ودراسات في العلاج النفسي، القاهرة، مكتبة الزهراء.

عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٥): مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، ط٢، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٢): التدخل المبكر وتنمية المفاهيم والمهارات الأساسية للأطفال المعوقين سمعياً (برنامج مقترح للأسرة والمدرسة)، الندوة العلمية السابعة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، الدوحة (٢٨-٣٠) أبريل، ٣٢٤-٣٩٣.

عبد الفتاح رجب مطر، سحر زيدان (٢٠١٠): سيكولوجية ذوي الإعاقة السمعية وتربيتهم، الرياض، دار النشر الدولي.

عبد الله عسكر (٢٠٠٦): الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٠): الصحة النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة.

علاء الدين إبراهيم يوسف (٢٠٠٨): مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.

علاء الدين إبراهيم يوسف (٢٠٠٨): مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.

عوشه أحمد المهيري (٢٠١٠): التوافق الاجتماعي والنفسي لدى الطلبة الصم وضعاف السمع في دولة الإمارات العربية المتحدة، المجلة الدولية للأبحاث التربوية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، المجلد (٣)، العدد (٢٧)، ص ص (٨٨-١٠٨).

فايزة مكرومي السيد بكر (١٩٩٨): اختبار الذكاء غير اللفظي للصم، القاهرة، مكتبة دار النهضة العربية.

لويس كامل مليكة (٢٠٠٥): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار العلم، الكويت.

محمد إبراهيم عبد الحميد (١٩٩٩): تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقلياً، القاهرة، دار الفكر العربي.

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

محمد عبد الظاهر الطيب (٢٠٠٩): الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

محمد محروس الشناوي (١٩٩٧): التخلف العقلي، الأسباب، التشخيص، العلاج، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد محفوظ محمد (٢٠١٠): فعالية برنامج تدريبي في تنمية اللعب الرمزي للأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بني سويف.

محمد محمد بيومي خليل (٢٠٠٠): سيكولوجية العلاقات الأسرية، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر.

محمود صوالحه (٢٠٠٧): علم نفس اللعب، ط٢، عمان: دار الميسرة.

منى كمال أمين عبد العاطي (٢٠١٤): فعالية العلاج باللعب في الحد من بعض مشكلات الانضباط السلوكي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بني سويف.

نبيلة الشوربجي (٢٠١١):إساءة معاملة أطفال الشوارع وعلاقتها بالاكتئاب، دراسات نفسية، كلية التربية، جامعة المنيا، العدد (٤)، ص ص ٦٩١-٧١٦.

نجلاء فتحي عبد الرحمن (٢٠١٤): فاعلية برنامج تدريبي قائم على التأهيل المهني لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بني سويف.

هدى شعبان محمد عوض (٢٠١٠): فاعلية برنامج إرشادي في تنمية القدرة على التمييز الانفعالي لدى الأطفال الصم في ضوء نظرية العقل، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أسيوط.

هشام عبد الرحمن الخولي (٢٠٠٨): دراسات وبحوث في علم النفس والصحة النفسية، ط١، دار مصطفى للطباعة، بنها.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Asbell, L.B. (2010): Style of coping, daily Hassles, and Hardiness as Mediatros and Outcome in the stree-lness relationship, A prospective Study, 49, 12, 10, 510.

Banadura, A. (1986): Social foundation of thought and action-social cognitive theory. Inc: Prentice Hall.

Carmer, D. kKupshiki, G. (2013): Effect of rational and irrational statements on intensity and inappropriateness of emotional distress and irrational beliefs. I psychotherapy Patient Britishj, Clinical Psychology, 8, 3, 319-320.

Charlebois, P., Brendgen M; Vitaro, F; Nomandeau, S. & Boudreau, J. (2004): Examining Dosage effects on prepenting outcomes: Results from a multi-Modal Longitudinal Preventive Intervention for Young disruptive Boys. Journal of School Psychology, 42, 201-220.

Denis G, Sukhodolsky, S; Arthur, G Erin, S, & Lisa, O. (2005): Dismantling Anger control training for children, A Randomized pilot study of social problem.

Friman, P. (1996): Parent use of DRL on high rate disruptive behavior: direct ad collateral benefits, Research in Developmental Disabilities, 11(2), 13-39.

Hind Daniel, Ocathain Alicia, & Cooperp Cindy (2010): The acceptability of computerized cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with

chronic physical disease: A qualitative study of people with multiple sclerosis. Psychology, Health; Jul, 25, 699-712, 14P, 1 Chart.

Huang, W. & Cuvo, A. (1997): Social skills training for adults with mental retardation in job retarded setting, Behavior Modification, 21(1), 3-44.

Jafari N, Mohammed R.M, Kanba M, Farid S. & Chita P. (2001): The effect of play therapy on bahvrioral problems of maladjusted preschool children. Journal Psychiatry, 6(1), 37-42.

Karrie L. Swan, B.SM. ED (2011): Effectiveness of play therapy on problem behaviors of children with intellectual disability: A single subject Design. Unpublished Doctor Dissertation Doctor degree of Philosophy, University of North Texas.

Kristin K. Meany-Walen, M.A. (2010): Alderian play therapy: Effectiveness on Disruptive behaviors of early elementary-aged children. Unpublished Doctor Dissertation, Doctor Degree of Philosophy – University of North Texas.

Landreth, G.L. (2002): Play therapy: The art of the relationship (2^{nd} ed). New York: Brunner-Routleledge.

Mary, M., & Gray, C. (2009): Social problem solving, Anxiet and Depression I Adult Male prisoners, Legal and Criminological Psychology, 14, 1, 101-107.

McKay, M.M.; Gonzales, Quintana E; Kim. L & Adi, A. (1999): multiple family groups an alternative for reducing disruptive behavioral difficulties of urban children, Research on Social Work Practice 9(5), 593-607.

Rosbrook, A., & Whittingham, K. (2010): A wtistic traits in the General population what mediates the with Depressive and Anxious Symptomatology, Researchin Autism Spectrum Diorders, 4, 3, 415-416.

Shary L, D. Hull (2008): The effects of weekly child. Centered play therapy on the behavioral problems of elementary students. Unpublished Doctor Dissertation, Doctor Degree of Educational Leadership and human development – University of Central Missour.

Solving Versus Social Training Components. Play Therapy, 36(1), 15-23.

Westwood, P. (1999): Common sense methods for children with special needs (3th Ed.), New York: Routledge.

Yang, D (2013): The Relationship Between school factors and depression in middle school students. Chinese Journal of Clinical Psychology, 10, 1, 33.