

أثر برنامج إرشاد جمعي يستند إلى العلاج باللعب المعرفي السلوكي في خفض المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى عينة من الطلاب السوريين اللاجئين

جهاد علاء الدين* و شادي الحوامدة**

Doi: //10.47015/17.2.3

تاريخ قبوله: 2020/3/26

تاريخ تسلم البحث: 2020/2/9

The Effect of a Group Counseling Program Based on Cognitive- Behavioral Play Therapy in Reducing Emotional and Behavioral Problems among a Sample of Syrian Refugee Students

Jehad Alaedein, Hashemite University, Jordan..

Shadi Alhawamdeh, Shafallah Center for Persons with Disabilities, Qatar.

Abstract: This study sought to examine the effect of a group counseling program based on cognitive- behavioral play therapy in reducing emotional and behavioral problems among a sample of male Syrian refugee students enrolled in Abd Al-Malik Ibn Marwan Elementary School for Boys, Al-Mafraq, Jordan. The sample consisted of (40) students in the sixth and seventh grades, with ages ranging between (12-14 years) and selected according to their higher scores on the Arabic version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. (SDQ). The sample was randomly divided into two groups: The experimental treatment group that received the group counseling program based on CBPT and the control group whose members did not participate in any counseling intervention. The results indicated that there are statistically significant differences in the average scores between the experimental and control groups in the post-test on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and its five dimensions: Emotional symptoms, relationships with peers, behavioral problems, lack of attention and hyperactivity and lack of positive social behavior, in favor of the experimental group. Also, the results of the comparison between the post-test and the follow-up test for the experimental group showed that there are statistically significant differences between the scores on the study's scale and its five dimensions, with the exception of the behavioral problems dimension, in favor of the follow-up test, where the students' scores decreased to become significantly lower compared to their post-test scores.

(Keywords: Group Counseling Program, Cognitive-Behavioral Play Therapy, Emotional and Behavioral Problems, Syrian Refugee Students, Al-Mafraq City, Jordan)

ملخص: سعت هذه الدراسة لفحص أثر برنامج إرشاد جمعي يستند إلى العلاج باللعب المعرفي السلوكي في خفض المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى عينة من الطلاب الذكور اللاجئين السوريين في مدرسة عبد الملك بن مروان الأساسية للبنين التابعة لمديرية تربية قنيطرة المرفق، الأردن. وتكون أفراد الدراسة من (40) طالباً في الصفين السادس والسابع تراوحت أعمارهم بين (12-14) سنة، تم اختيارهم بناءً على درجاتهم المرتفعة على النسخة العربية من استبانة أوجه القوة والصعوبات (SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire)، وتوزيهم عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة المعالجة التجريبية التي تلقت برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي والعلاج باللعب، والمجموعة الضابطة التي لم يشارك أفرادها في أي تدخل إرشادي. وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في القياس البعدي في متوسط الدرجات بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي على مقياس أوجه القوة والصعوبات وأبعاده الفرعية الخمسة: الأعراض الانفعالية، والعلاقات مع الأقران، والمشكلات السلوكية، وعدم الانتباه وفرط النشاط، ونقص السلوك الاجتماعي الإيجابي، لصالح المجموعة التجريبية. كذلك أظهرت نتائج المقارنات بين الاختبارين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية وجود فروق دالة إحصائية بين الدرجات على مقياس الدراسة وأبعاده الخمسة، باستثناء بُعد المشكلات السلوكية، لصالح القياس التتبعي؛ فقد تراجعت درجات الطلاب لتصبح أقل بدرجة دالة مقارنة بدرجاتهم في القياس البعدي.

(الكلمات المفتاحية: برنامج إرشاد جمعي، العلاج باللعب المعرفي السلوكي، المشكلات الانفعالية والسلوكية، الطلاب السوريون اللاجئين في مدينة المرفق، الأردن)

مقدمة: يُعد الأطفال والمراهقون الذين تعرضوا لخبرات مواقف الاعتداءات والحروب وغيرها من المواقف القاسية والمهددة والذين عاشوا خبرة الهجرة واللجوء من بلادهم، من أكثر الفئات السكانية ضعفاً وقابلية للتعرض للإيذاء الجسدي والنفسي. ويتجلى ذلك في الخطر المتزايد للإصابة بالاضطرابات النفسية وظهور أعراض الصعوبات الانفعالية والسلوكية (Salem, 2018; Turrini et al., 2019). وكثيراً ما يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في التعبير عن مشاعرهم حول الأحداث المأساوية التي تعرضوا لها، ما يؤدي لتطور وظهور العديد من الصعوبات في التكيف النفسي والاجتماعي (Gangi & Barowsky, 2009; Pola & Nelson, 2014).

* الجامعة الهاشمية، الأردن.

** مركز الشفاح للأشخاص ذوي الإعاقة، قطر.

© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، إربد، الأردن.

(UNHCR, 2019)، إلى أنه منذ بداية الحرب الأهلية السورية في عام 2011، وصل عدد اللاجئين السوريين في جميع الدول المجاورة لسوريا، بما فيها الأردن، إلى (5) خمسة ملايين لاجئ في نهاية عام 2016. وأظهرت الإحصائيات أن عدد اللاجئين السوريين المسجلين في الأردن حتى مطلع شهر شباط/ فبراير 2020، وصل إلى (435,655) لاجئاً، يقيم أكثر من نصفهم (53%) في مدينتي عمان (29.5%) والمفرق (24.8%). كما أوضحت أن العدد والنسبة المئوية لفئة الأطفال والمراهقين تناهز النصف (ن=576,326; 49.8%) من العدد الإجمالي للاجئين السوريين (UNHCR, 2020). وما يفاقم هذا الوضع أن حوالي 86% من أصل مجموع عدد اللاجئين السوريين ممن يقيمون في الأردن يعيشون تحت خط الفقر البالغ (3.2) دولار يومياً. وهذا يضع أسر هؤلاء اللاجئين وأبناءهم في أوضاع عالية الضغوط تؤهلهم للتعرض للعديد من المخاطر المؤدية للمشكلات والاضطرابات النفسية والانفعالية والاجتماعية والسلوكية (Salem, 2018).

وتلقي هذه الأوضاع الصحية والإنسانية الملحة الخاصة بالأطفال مسؤولية كبرى على الدول التي تقوم باستقبال ورعاية الأسر اللاجئة، وبشكل خاص على المرشدين النفسيين والعاملين منهم في المدارس، وذلك للقيام بالتدخلات المبكرة وتوفير نماذج البرامج العلاجية وأدوات الكشف والمسح الكفيلة بتقديم المساعدة الممكنة لهؤلاء الأطفال. وبناءً عليه، فإن الدراسة الحالية تسعى إلى تطوير وفحص أثر برنامج إرشاد جمعي يستند للعلاج باللعب المعرفي السلوكي في خفض المشكلات الانفعالية والسلوكية المتمثلة في ارتفاع مستويات الصعوبات الانفعالية والسلوكية، ويستهدف عينة من الطلاب الذكور في مرحلة الصفين السادس والسابع الأساسية العليا، وهم من أبناء الأسر السورية اللاجئة إلى الأردن، والمقيمة في مدينة المفرق، وذلك بهدف تحسين الأداء الوظيفي النفسي والاجتماعي لدى هؤلاء المراهقين وردم الفجوة بينهم وبين الآباء والزملاء والمجتمع ككل وتعزيز كفاءتهم النفسية والاجتماعية.

وفي التسعينيات من القرن الماضي، بدأت سوزان نيل (Knell, 1993a, 1993b) باستعمال العلاج المعرفي السلوكي (CBT) المدموج بالعلاج باللعب (PT) مع الأطفال. وبدأت بانتقاء استراتيجيات معرفية وسلوكية تقليدية وتعديلها تبعاً للمرحلة العمرية وحاجات المسترشدين من الأطفال والمراهقين، وعلى سبيل المثال، بإضافة مكون اللعب عن طريق استخدام المواد الفنية والدمى والألعاب وصناديق الرمل والقصص الهادفة. وتكون المهمة الأولى في العلاج باللعب المعرفي السلوكي (Cognitive-Behavioral Play Therapy: CBPT) أن يتأكد المعالج من أن المسترشد قد فهم ماهية العلاج، بحيث تكون الأهداف العلاجية موجهة من المعالج والمشاركين في المجموعة الإرشادية. كما يمكن أن يبدو الاتجاه مختلفاً في كل جلسة اعتماداً على القضايا المستهدفة والأهداف العلاجية والمستوى التطوري وشخصية المسترشدين، وما الذي يحدث في حياتهم حالياً. وتمتد الجلسات

ويعد الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج باللعب المعرفي السلوكي (Cognitive-Behavioral Play Therapy: CBPT) من بين التدخلات المثبتت صلاحيتها تجريبياً لتسهيل فهم الأطفال وتعاملهم مع الأوضاع الحياتية القاسية والصعبة (Ghodousi et al., 2017; Razak et al., 2018; Sarimin & Tololui, 2017). فاستخدام اللعب والقصص الرمزية التي يعرضها المعالج وتمثل تجارب الطفل الانفعالية تمنح الأطفال فرصة لفهم ما عانوا منه بالتوحد مع شخصية البطل، ما قد يساعدهم على اكتساب فهم أفضل حول عواطفهم ويسهل لهم إمكانية التعبير عنها، ويؤدي لتعديل أفكارهم ومشاعرهم وسلوكياتهم المضطربة، وفي النهاية تعزيز عمليات الشفاء والنمو (Heath et al., 2005; Lu, 2008).

وتستند الآليات التي يعمل العلاج باللعب من خلالها على الآليات نفسها للعلاج المعرفي السلوكي (CBT) التي تعمل للوقاية والعلاج من السلوكيات الداخلية (مثل القلق والاكتئاب) والخارجية (مثل العدوان وفرط النشاط) وتعزيز السلوك الاجتماعي الإيجابي المرغوب لدى الأطفال والمراهقين (Battagliese et al., 2015; Heath et al., 2005; Lu, 2008; Sevinc & Tok, 2018). ويشير الباحثون إلى أن خبرة التعرض للعنف ولويلات الحروب (El-Khodary & Samara, 2018)، واللجوء من الوطن الأصلي (Salem, 2018; Ugurlu et al. 2016; van Ommeren et al., 2002a). تعتبر السبب الرئيسي في تطور بعض المشكلات والاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى أفراد أسر اللاجئين بمن فيهم الأبناء من الأطفال والمراهقين. ويعود هذا لقسوة خبرة اللجوء وما يكتنفها من خبرات مؤلمة ومثيرة لعدة جوانب سلبية في حياة هؤلاء الأطفال (Van Ommeren et al., 2002a). حتى أن معاناة الأطفال اللاجئين من بعض الاضطرابات النفسية، مثل القلق والاكتئاب والسلوكيات السلبية، لا يمكن تفسيرها عضوياً، بل ترجع إلى أسباب نفسية مرتبطة بالتعرض لظروف الحرب واللجوء (Van Ommeren et al., 2002b).

وقد أصبحت مشكلة اللجوء من الموطن الأصلي في السنوات الأخيرة من القضايا التي تحظى باهتمام الباحثين في ضوء ازدياد أعداد اللاجئين بشكل مضطرد نتيجة لانتشار الحروب والكوارث الطبيعية في مختلف دول العالم. وتشير إحصائيات الأمم المتحدة إلى أن أكثر من (15.4%) من مجموع السكان هم لاجئون موزعون في مختلف بقاع العالم، مع وجود أكثر من (28,8) مليون من اللاجئين، وأن هذه النسب والأعداد في تزايد مستمر (United Nations, 2015). وغالباً ما تستخدم كلمة "لاجئ" كمصطلح شامل للأشخاص الذين غادروا أوطانهم قسراً بسبب الحرب أو العنف أو الاضطهاد (United Nations High Commission for Refugees: UNHCR, 2019). وتشير أحدث تقارير المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (United Nations High Commission for Refugees:)

العلاج باللعب المعرفي السلوكي. ويمكن للمراهق والمعالج بعد ذلك صنع "مقياس حرارة لتقدير درجة الشعور بالخوف" من ورق الكرتون الملون مع ورق لامع ملون للدلالة على درجة الخوف، بينما يعلم المعالج المراهق كيفية استخدام هذا المقياس للإبلاغ عن الوحدات الذاتية من الضيق (Subjective Units of Distress:) (SUD)؛ أو يمكن للمعالج أن يطلب من المشارك أن يرسم صورة تمثل خوفه من التنمر (Bullying)، أو خارطة تشير إلى كل من مقدار الأرض التي يحكمها المتنمون، والمقدار الذي يسيطر المراهق عليه. وعند العمل مع المراهق المكتئب، يمكن للمعالجين والمراهقين صنع "صندوق الأمل" وتزيينه بالأشعار والصور والألعاب وعبارات معينة تذكرهم بمقاومة اليأس وتوجههم نحو إدارة نوبات الاكتئاب (Tompkins, 2018). وقد أظهرت الدراسات أن العلاج باللعب المعرفي السلوكي (CBPT) يكون ناجحاً في معالجة اضطرابات القلق والحزن، والصعوبات السلوكية (Knell & Darsari, 2006; Razak et al., 2018).

وتظهر مراجعة الأدب النفسي وجود بعض الدراسات السابقة التي عملت مع عينات من الطلاب المتضررين بالأحداث الحياتية، ومنهم الطلاب اللاجئين السوريين، واستخدمت برامج الإرشاد الجمعي المستندة إلى العلاج باللعب المعرفي السلوكي (CBPT). فقد أجرت إيرلز (Earls, 2009) دراسة لفحص فعالية العلاج باللعب المعرفي السلوكي الجمعي في علاج نقص المهارات الاجتماعية والصعوبات الانفعالية والاجتماعية لدى عينة من المراهقين الأمريكيين الذكور الذين بلغ عددهم (14) مراهقاً تتراوح أعمارهم بين 10 سنوات و17 سنة، المودعين في إحدى مؤسسات الرعاية الاجتماعية، وتم توزيعهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. وتم تطبيق أربع من قوائم بيك لقياس الصعوبات العاطفية والاجتماعية في الاختبارين القبلي والبعدي. وتلقت المجموعة التجريبية برنامج العلاج الجمعي باللعب والتدريب على المهارات الاجتماعية، الذي استمر لمدة (10) أسابيع. وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي على مقياس الدراسة، باستثناء مقياس بيك للقلق.

وقامت شوتلكورب وآخرون (Schottelkorb et al. 2012) بفحص فعالية العلاج باللعب المتمركز حول الطفل بالمقارنة مع التدخل القائم على الأدلة والعلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات النفسية مع الأطفال اللاجئين المصابين بصدمات نفسية الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أعوام و13 عاماً، المسجلين في المدارس الابتدائية في شمال غرب الولايات المتحدة. وتم تعيينهم بشكل عشوائي للمشاركة في واحد من البرنامجين. وأشارت النتائج إلى أن البرنامجين كانا فعالين في الحد من أعراض الصدمة وفقاً لتقارير الطفل والأم.

وأجرت أحمدى وآخرون (Ahmadi et al., 2014) دراسة لتقييم فعالية العلاج باللعب الجمعي المعرفي السلوكي في تحسين التكيف الاجتماعي. وتكونت العينة من (40) من الطلاب الذكور

إلى ما يقارب (40-50) دقيقة مع تخصيص (10) دقائق للمعالج لمراجعة الجلسة ولتقرير الواجب البيتي للأسبوع القادم. ومن المهم جداً أن يقوم الطفل بتأدية المهام المستمدة من علاج اللعب في بيئة البيت. وتساعد هذه المهام الطفل على نقل المهارات من موقف العلاج باللعب إلى حياته في البيئة الواقعية (Drewes, 2009; Knell, 2009; Knell & Dasari, 2006). ويستخدم العلاج باللعب المعرفي السلوكي فنيات التعليم النفسي وفق منظور بيك (Beck, 1976)، في العلاج المعرفي، لتحديد الأفكار غير التوافقية وتصحيح الأخطاء المعرفية لدى المسترشدين بالنسبة لأنفسهم وللآخرين ولعالمهم، بالإضافة إلى تعديل السلوكيات السلبية لديهم. ويقوم المعالج المعرفي السلوكي بشكل غير مباشر، بواسطة اللعب، بإحداث تغيير معرفي وتأسيس سلوك أكثر تكيفاً لدى المسترشد. ويلجأ المعالج إلى تعزيز انخراط المسترشد في العلاج من خلال تدريبه على وسائل للضبط والسيطرة وتحمل مسؤولية تغيير سلوكه، وتشجيعه على أن يكون مشاركاً فعالاً في تغيير سلوكه (Allawneh & Smadi, 2018).

ويكون العلاج باللعب المعرفي السلوكي (CBPT) منظماً وموجهاً بالهدف وتعاونياً وموجهاً من المسترشد والمعالج؛ ويساعد على تعلم طرق جديدة من التعامل (New Ways of Coping). وباستعمال الدمى وعرض القصص والحالات والمواقف المختلفة التي يمكن أن تسبب العدوان أو السلوكيات غير المرغوبة، يقوم المرشد بعرض أشكال أخرى من التصرف والسلوكيات الاجتماعية البديلة المرغوبة بواسطة النمذجة. وبعد أن يقدم طريقة أصح للتعامل، يتم تعزيز وتشجيع المسترشد لتشكيل ونمذجة السلوك الصحي (Knell, 2009). ويستخدم هذا التكنيك أيضاً تقديم وعرض مهارات اجتماعية جديدة وتشكيلها، وتوفير فرص للمناقشة والعمل من خلال المشكلات التي قد تواجه المسترشد. ويساعد مكون العلاج باللعب PT، الأطفال والمراهقين على منع الانتكاس والوقاية من التعرض للصعوبات، كما يساعدهم على تعلم طرق جديدة لمواجهة تلك المشكلات التي يتعرضون لها حالياً.

ويكون اللعب عنصراً أساسياً في جميع مراحل العلاج باللعب المعرفي السلوكي، بما في ذلك التقييم، والتعليم النفسي، وكذلك استراتيجيات العلاج، مثل مهام التعرض والوقاية من الانتكاس. على سبيل المثال، خلال مرحلة التقييم، قد يطلب المعالج من الأطفال استخدام التعليقات على شخصية بطل القصة، للكشف عن أفكارهم المقلقة أو المحرجة بدلاً من مطالبتهم بالكشف عن هذه المعلومات مباشرة للمعالج. وخلال مرحلة الوقاية من الانتكاس، قد يقوم الأطفال والمعالج بكتابة قصيدة أو قصة أو رسم صورة توضح الدروس والعبر المهمة المستفادة من العلاج (Knell & Dasari, 2006). وعند التعامل مع الأطفال/ المراهقين الذين يعانون من القلق على سبيل المثال، يمكن للطفل والمعالج خلال جلسة مبكرة تحويل صندوق أحذية إلى "صندوق القوي والشجاع"، ليقوم الطفل باستخدامه لتخزين الأشياء التي يصنعها خلال جلسات

بنسبة (15٪) في الصعوبات العاطفية والسلوكية وأعراض التوتر، وزيادة في المرونة النفسية بنسبة (15٪) وزيادة بنسبة (17 ٪) في تقديرات الأم لمرونة الطفل.

وأجرت قاسماي وأصغري (Kasmaei and Asghari, 2017) دراسة لمقارنة تأثيرات العلاج القصصي المعرفي السلوكي والعلاج باللعب في التقليل من سلوكيات الاندفاعية والعدوان وزيادة العلاقات الإيجابية مع الأقران على عينة مؤلفة من (30) طفلاً في المدارس الابتدائية بأعمار تراوحت بين (7-11 سنة) من الأطفال المودعين في مراكز الرعاية الاجتماعية في مدينة رشت الإيرانية. تم تقسيم أفراد الدراسة عشوائياً إلى ثلاث مجموعات، كما يلي: (1) العلاج القصصي، و (2) العلاج باللعب، و(3) المجموعة الضابطة. وأظهرت النتائج في الاختبار البعدي أن مجموعتي العلاج القصصي والعلاج باللعب، مقارنة بالمجموعة الضابطة، سجلتا مستويات دالة أعلى في التقليل من سلوكيات الاندفاعية والعدوان والزيادة في العلاقات الإيجابية بين الأقران.

وفي كوريا، قام كون و لي (Kwon and Lee, 2018) بدراسة لتقييم أثر العلاج الجمعي باللعب في التقليل من المشاكل الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال اللاجئين الكوريين الشماليين الذين أعيد توطينهم في كوريا الجنوبية. وتكونت عينة الدراسة من أربع فتيات لاجئات من كوريا الشمالية كن في الصف الثاني أو الثالث. وأوضحت النتائج أن العلاج باللعب الجمعي كان فعالاً في التخفيف من حدة المشاكل النفسية للأطفال. فقد أظهر الأطفال في الاختبارات البعدية انخفاضاً دالاً في أعراض القلق والاكتئاب والمشكلات السلوكية وتحسناً في الانتباه..

وحديثاً، قام الرفاعي والمومني (Al-Rifai and Al-Momani, 2020) بفحص فاعلية العلاج المستند إلى الأنشطة الترويحية والسيكودراما في خفض مستوى السلوك العدواني لدى عينة من الطلاب اللاجئين السوريين في مدرسة حكما الأساسية للبنين في إربد، الأردن. وتكونت عينة الدراسة العشوائية من (40) طالباً ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس السلوك العدواني. وقسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين: التجريبية وعدد أفرادها (20) طالباً تلقوا برنامجاً إرشادياً يستند إلى الأنشطة الترويحية والسيكودراما تكون من (14) جلسة، والضابطة وعدد أفرادها (20) طالباً لم يتلقوا أي برنامج إرشادي. وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المستند إلى الأنشطة الترويحية والسيكودراما في خفض مستوى السلوك العدواني في القياس البعدي وقياس المتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا البرنامج الإرشادي.

ويلاحظ من العرض السابق للدراسات السابقة أن معظم الدراسات التي استخدمت منظورات العلاج باللعب المعرفي السلوكي (CBPT) في علاج المشكلات الانفعالية والسلوكية، كالقلق والاكتئاب والصعوبات السلوكية، أجريت على عينات من الأطفال والمراهقين من اللاجئين المتعرضين لظروف العنف والحروب، حسب

الذين يعانون من اضطرابات سلوكية حادة في الصفين الخامس والسادس في إحدى المدارس الإيرانية. وتم توزيع أفراد العينة عشوائياً للمجموعة التجريبية (20) والمجموعة الضابطة (20). واستمر تنفيذ برنامج العلاج باللعب الجمعي المعرفي السلوكي للمجموعة التجريبية لمدة (10) جلسات، واستغرقت كل جلسة (45) دقيقة. وأشارت النتائج إلى أن البرنامج العلاجي أدى إلى تحسن مستوى التكيف الاجتماعي للأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية.

وأجرت أوغورلو وآخرون (Ugurlu et al., 2016) دراسة بهدف تقييم تأثير العلاج بالفن على التخفيف من أعراض ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق، وفحص مدى انتشار الأعراض النفسية، بين عينة من الأطفال اللاجئين السوريين وعددهم (64) في إسطنبول، تركيا. وأشارت النتائج إلى أن (60.3٪) من الأطفال السوريين كانت لديهم مخاطر عالية لتطوير اضطراب ما بعد الصدمة، وأن (31.1٪) يعانون من مستويات شديدة من أعراض القلق بوصيفة سمة. وكان (23.4٪) من الأطفال يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، بينما أظهر (17.6٪) أعراض الاكتئاب الحاد. علاوة على ذلك، أظهر (14.4٪) من الأطفال مستويات حادة من أعراض القلق بوصفه حالة. كما تبين أن أعراض الصدمات النفسية والاكتئاب والقلق لدى الأطفال انخفضت بدرجة دالة إحصائية في القياس البعدي. ومع ذلك، لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس القلق بوصفه حالة.

كما سعت ساريمين وتوليو (Sarimin and Tololiu, 2017) لإجراء دراسة لتقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة مع العلاج باللعب المعرفي السلوكي مع مجموعة من الأطفال الإندونيسيين الذين يعانون من توتر بعد الصدمة بسبب تضرهم بكارثة الفيضانات التي تعرضت لها مدينة مانادو، إندونيسيا. وتكونت العينة من مجموعة من (60) طفلاً وطفلة في الأعمار (8-12) سنة، تم توزيعهم إلى المجموعة التجريبية الأولى وتلقت برنامج (CBT)، والمجموعة التجريبية الثانية وتلقت العلاج باللعب المعرفي السلوكي. وأظهرت النتائج أن المجموعة التجريبية الثانية (العلاج باللعب المعرفي السلوكي) سجلت مستويات تحسن في الاختبار البعدي كانت أعلى بدرجة دالة على مقاييس توتر بعد الصدمة.

وهدفت دراسة إليوت (Elliot, 2017) إلى فحص فاعلية العلاج باللعب في تعزيز القدرة على التكيف لدى الأطفال السوريين اللاجئين. وتألفت المجموعة من (21) طفلاً لاجئاً سورياً في الأردن، تراوحت أعمارهم بين (6-12) عاماً، شاركوا في عشر (10) جلسات علاجية، بعد توزيعهم لمجموعات علاجية فرعية. وطبقت عليهم في الاختبارين القبلي والبعدي مقاييس الصعوبات الانفعالية والسلوكية (SDQ) والأحداث المؤثرة والمرونة النفسية. وأشارت النتائج إلى أن المشاركة في البرنامج أدت إلى انخفاض

فرضيات الدراسة

سعت الدراسة الحالية إلى فحص الفرضيتين الآتيتين:

- **الفرضية الأولى:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يطبق عليهم أي برنامج إرشادي، في الاختبار البعدي على مقياس أوجه الصعوبات (الدرجة الكلية والدرجات الفرعية).

- **الفرضية الثانية:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي على مقياس أوجه الصعوبات (الدرجة الكلية والدرجات الفرعية)، وبين متوسط درجاتهم في الاختبار التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق برنامج الإرشاد الجمعي على المقياس نفسه.

أهمية الدراسة

تتضح أهمية الدراسة بشقيها النظري والعملية التطبيقي في أنها من الناحية النظرية توظف وتقيم برنامج تدخل إرشادي للعلاج الجمعي المعرفي السلوكي والإرشاد باللعب كأحد نماذج العلاجات النفسية المبرهن تجريبياً على كفاءتها، مع عينة من الطلاب المتعرضين لمأس حياتية والذين يعانون من صعوبات انفعالية وسلوكية تحديداً. كما تستمد هذه الدراسة أهميتها التطبيقية من خلال توفير دليل عملي لدور الإرشاد النفسي والتربوي وبرامج الإرشاد الجمعي في خفض المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الطلاب السوريين اللاجئين في الأردن، والتحقق من اتساق نتائجها مع الأدب النفسي للعلاج باللعب المعرفي السلوكي، حتى يصبح بالإمكان استخدام هذه الدراسة بما فيها من أدوات وبرنامج لمساندة المراهقين من الذين يعانون من المشكلات الانفعالية والسلوكية من الطلاب الذكور في المدارس الأردنية وغيرها، الذين ما زالوا يعيشون في ظلال مأساة اللجوء.

حدود الدراسة

تتحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة الحالية تبعاً للخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة، وتقتصر على الطلاب السوريين اللاجئين الذكور في الصفين السادس والسابع الأساسيين، وعلى الفئة العمرية (12-14) سنة والمدرسة المعنية خلال الفصل الثاني من العام الدراسي 2017/2018. وتتحدد أيضاً بتصميم الدراسة بمجموعة ضابطة وأخرى تجريبية وقياسات قبلية وبعديّة، وتتبعية، تبعاً للخصائص السيكمترية للأداة المستخدمة في الدراسة التي استندت إلى أسلوب جمع البيانات بالتقدير الذاتي من قبل المشاركين على فقرات الأداة، بالإضافة إلى طبيعة وظروف تطبيق البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية.

اطلاع الباحثين، وغالبيتها أُجري في بيئات غربية، باستثناء دراستين أجريتا (Al-Rifai & Al-Momani, 2020; Elliot, 2017) في الأردن، مع الإشارة لوجود دراسات عربية عديدة استخدمت مناهج العلاج باللعب مع اللاجئين السوريين لا يتسع المجال لعرضها. وقد برهنت هذه الدراسات على كفاءة هذا النموذج المدموج من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج باللعب. وبالتالي، فإنّ الدراسة الحالية تستكمل جهود الباحثين بإجراء دراسة تستهدف فحص أثر برنامج للإرشاد باللعب المعرفي السلوكي الجمعي في خفض المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى عينة من الطلاب الذكور اللاجئين السوريين في مدينة المفرق شمالي الأردن.

مشكلة الدراسة وسؤالها الرئيسي

لقد أشارت المراجعات للأدب النفسي لأهمية التدخلات المبكرة وبرامج الإرشاد الجمعي التي تستهدف أطفال الأسر اللاجئة هروباً من ويلات الحروب (Thabet et al., 2007). ويعود ذلك بصورة خاصة إلى معاناة هؤلاء الأطفال من أعراض مزدوجة من القلق والاكتئاب وضعف الأداء الوظيفي (Karam et al., 2014; Karam et al., 2014; Salem, 2018; Ugurlu et al., 2016). وبالرغم من شيوع وتزايد أعداد الطلاب اللاجئين في المدارس الحكومية في مدن الأردن، وإقبال الباحثين على استخدام العلاج باللعب المعرفي السلوكي (CBPT) مع هذه الفئة المتضررة، فإن مراجعة الأدب النفسي والدراسات العربية المنشورة التي تناولت هذا الموضوع وتقصت فعالية برامج العلاج والإرشاد الجمعي لتقليل المشكلات النفسية والاجتماعية المرتبطة بخبرات اللجوء القاسية تؤكد قلة هذا النوع من الدراسات. بالرغم من توفر العديد من الدراسات التي تعاملت مع عينات من الطلاب اللاجئين السوريين. وبالتالي، فإنّ مشكلة الدراسة الحالية تتمثل في محاولة فحص أثر برنامج إرشاد جمعي يستند إلى العلاج باللعب المعرفي السلوكي (CBPT) في خفض المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى عينة من الطلاب السوريين اللاجئين المسجلين في المدارس الحكومية في الأردن. وينبثق ذلك من واقع الخبرة الميدانية والمسح الميداني الذي أُجري على عينة من هؤلاء الطلاب الذكور المسجلين في مدارس محافظة المفرق. وبناءً على البيانات الواردة سابقاً؛ مثلاً (Al-Rifai & Momani, 2020; Kwon & Lee, 2018; Sarimin & Tololou, 2017; Schottelkorb et al., 2012; Ugurlu et al., 2016)، فإنّ الدراسة الحالية تطرح السؤال الرئيسي الآتي: هل يوجد أثر للإرشاد الجمعي القائم على العلاج باللعب المعرفي السلوكي في خفض المشكلات الانفعالية والسلوكية عند عينة من الطلاب الذكور من أبناء أسر السوريين اللاجئين من سن (12-14) سنة، من الملتحقين بإحدى مدارس محافظة المفرق، الأردن؟

التعريفات الإجرائية

مقياس الدراسة. وتم توزيعهم عشوائياً بطريقة القرعة إلى مجموعتين: التجريبية وتضم (20) طالباً، والضابطة تضم (20) طالباً. وقد اختير الطلاب أفراد الدراسة وعددهم (40) من أصل مجموع الطلاب السوريين وعددهم (140) طالباً من طلبة الصفين السادس والسابع الذين طبقت عليهم أداة الدراسة، وهم من الذين مثلوا مجموعة الربيع الأعلى على مقياس أوجه الصعوبات وبلغ عددهم (49) طالباً بمتوسط درجات بلغ (50.69) ومدى تراوح من (48.04-56.01). كما انطبقت عليهم شروط المشاركة في الدراسة الحالية والموافقة الشخصية والوالدية. ولقد تبين لدى تحليل المعلومات الديموغرافية أن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للعمر قد بلغ بالسنوات كما يأتي: ($\mu = 12.95$ ؛ $\sigma = 0.95$)، بمدى عمري تراوح من (12-14) عاماً، وتوزعوا تبعاً للصف الدراسي كما يلي: السابع (60.0%) والسادس (40.0%). وأشارت درجاتهم على أداة الدراسة إلى معاناتهم من مستوى معتدل من الصعوبات الانفعالية والسلوكية ($\mu = 50.02$ ؛ $\sigma = 3.2$). وتجدر الإشارة إلى أنه في الدراسة الحالية، تشير الدرجة من (41-57) إلى مستوى معتدل من المشكلات الانفعالية والسلوكية.

أدوات الدراسة

مقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية

استخدم في الدراسة الحالية مقياس أوجه القوة والصعوبات الذي أعده جودمان (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ; Goodman, 1997)، والمترجم إلى اللغة العربية من قبل ثابت وآخرين (Thabet et al., 2000)، والمقنن في البيئة العربية على عينات من الأطفال والمراهقين من سن (11-16 سنة). ويتكون المقياس الأصلي المعرب من (25) فقرة، تصف أوجه الصعوبات الانفعالية والسلوكية المدركة، وتتوزع بالتساوي على خمسة أبعاد فرعية كما يأتي: الأعراض الانفعالية، ومشكلات الأقران، والصعوبات السلوكية، وعدم الانتباه وفرط النشاط، والسلوك الاجتماعي الإيجابي. وقد سجلت أبعاد المقياس الخمسة في دراسة ثابت وآخرين (Thabet et al., 2000) قيم كرونباخ ألفا بلغت (0.504؛ 0.182؛ 0.317؛ 0.554؛ 0.654)، على التوالي. كما بلغت قيمة معامل الثبات للدرجة الكلية للمقياس في إحدى الدراسات (Abu Hayin, 2010)، بالتجزئة النصفية، ($r = 0.53$)، وبلغت قيمة كرونباخ ألفا ($\alpha = 0.46$). وفي دراسة أخرى أجريت في البيئة الأردنية (Al-Smadi, 2015) على عينة من الأطفال الأردنيين بأعمار تراوحت بين 12-15 عاماً، بلغت قيمة معامل الثبات للمقياس بطريقة إعادة الاختبار ($r = 0.66$)، وقيمة كرونباخ ألفا ($\alpha = 0.74$). وتماشياً مع غايات الدراسة الحالية، سيكتفى بالإشارة للمقياس بمقياس أوجه الصعوبات.

• برنامج الإرشاد الجمعي: برنامج الإرشاد الجمعي الذي قام الباحثان بإعداده استناداً لمنهج العلاج المعرفي السلوكي المدمج بالعلاج باللعب، وتضمن مجموعة من الأنشطة والخبرات المنظمة التي تستهدف خفض مستوى الصعوبات الانفعالية والسلوكية لدى عينة من الطلاب اللاجئين السوريين، باستخدام استراتيجيات توضيح التصورات والمفاهيم الخاطئة والألعاب العلاجية. وتكون من (14) جلسة إرشاد جمعي، بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وتم تطبيقه في هذه الدراسة على أفراد المجموعة التجريبية فقط.

• العلاج باللعب المعرفي السلوكي: أحد أنواع العلاج النفسي الذي يجمع ما بين إعادة البناء المعرفي والتعديل السلوكي واستعمال القوى العلاجية للعب لمساعدة مجموعة من المسترشدين للوقاية أو تصريف وتسوية الصعوبات النفسية والاجتماعية من خلال التركيز على الروابط السببية بين الأفكار والعواطف والسلوكيات. ويعتمد على توظيف أساليب ضبط المثبرات ومناقشة المعتقدات والأفكار وبعض المهارات المعرفية مثل حل المشكلات ومهارات التعامل مع الضغوط النفسية.

• المشكلات الانفعالية والسلوكية: الصعوبات الانفعالية ومشكلات العلاقات مع الأقران والمشكلات السلوكية وعدم الانتباه وفرط النشاط ونقص السلوك الاجتماعي الإيجابي. وتعرف في الدراسة الحالية تبعاً للدرجة التي يسجلها الطالب من أفراد عينة الدراسة بأسلوب التقدير الذاتي على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

• الطلاب اللاجئين السوريون في مدينة المفرق: وهم أربعون طالباً من الذكور اللاجئين السوريين المسجلين في الصفين السادس والسابع الأساسيين في مدرسة عبد الملك بن مروان الأساسية للبنين في مدينة المفرق، في العام الدراسي 2018/2017.

الطريقة

أفراد الدراسة

تألف المشاركون في الدراسة من مجموعة من الطلاب اللاجئين السوريين المسجلين في الصفين السادس والسابع الأساسيين، المسجلين في مدرسة عبد الملك بن مروان الأساسية للبنين، التابعة لمديرية التربية والتعليم في محافظة المفرق، الأردن وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية لأن المدرسة إحدى مدارس الذكور الحكومية في مدينة المفرق التي تضم أكبر عدد من الطلاب الذكور من اللاجئين السوريين (162)، وهو ما سهل اختيار عينة الدراسة منها. وتضمن أفراد الدراسة أربعين (40) طالباً ممن يعانون من مشكلات انفعالية وسلوكية، كما أشارت درجاتهم على

صدق المقياس في الدراسة الحالية

ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية والدرجات الفرعية للأبعاد الخمسة للمقياس ومعاملات ارتباط الأبعاد بعضها مع بعض ومع الأداة ككل. وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل بين (0.324-0.754)، وبين (0.437-0.584) لبُعد الأعراض الانفعالية، وبين (0.539-0.745) لبُعد مشكلات العلاقات مع الأقران، وبين (0.488-0.631) لبُعد المشكلات السلوكية، وبين (0.429-0.576) لبُعد عدم الانتباه وفرط النشاط، وبين (0.483-0.787) لبُعد السلوك الاجتماعي الإيجابي. وكانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، لذلك لم يتم حذف أي من الفقرات. كما تبين أن معاملات ارتباط الأبعاد ببعضها ومع الأداة ككل تراوحت بين (0.428-0.869)، وهو ما يشير إلى أن المقياس يصلح لقياس المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى أفراد عينة الدراسة، ويدل على تمتعه بمؤشرات صدق عالية وملئمة لأغراض الدراسة الحالية. ويوضح الجدول (1) الأبعاد الخمسة وأرقام الفقرات الممثلة لها على مقياس أوجه الصعوبات.

تم استخدام الصدق الظاهري لمقياس أوجه الصعوبات (SDQ) من خلال عرض نسخته المعربة مرفقةً بالنسخة الأصلية وبالتعريفات الإجرائية الخاصة بها، على عشرة من المحكمين المتخصصين في الإرشاد النفسي وعلم النفس في الجامعات الأردنية، لبيان مدى وضوح ومناسبة الفقرات للمشاركين المستهدفين في الدراسة الحالية، ولقياس مدى الاتفاق عليها. وتجدر الإشارة إلى أنه تم اتفاق معظم المحكمين على صلاحية الأداة ووضوح ومناسبة فقراتها، حيث بلغت نسبة الموافقة (90%)، وهي نسبة اتفاق مرتفعة. وبالتالي، تم إعداد الصيغة النهائية للمقياس بحيث تكون من (25) فقرة تمثل فقرات المقياس الأصلية مع تعديلات لغوية طفيفة.

ولقياس الصدق والاتساق الداخلي للمقياس، لتقرير المدى الذي ترتبط فيه الفقرات بعضها ببعض، تم تطبيق المقياس بصورته النهائية على عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من (40) طالباً من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، واستخرجت معاملات

الجدول 1

الأبعاد الخمسة وأرقام الفقرات الممثلة لها على مقياس أوجه الصعوبات.

البُعد	أرقام الفقرات	الفقرات التي تصحح عكسياً
1. الأعراض الانفعالية	3، 8، 13، 16، 24	-
2. مشكلات العلاقات مع الأقران	6، 11، 14، 19، 23	11، 14
3. المشكلات السلوكية	5، 7، 12، 18، 22	7
4. عدم الانتباه وفرط النشاط	2، 10، 15، 21، 25	21، 25
5. السلوك الاجتماعي الإيجابي	1، 4، 9، 17، 20	1، 4، 9، 17، 20

ثبات المقياس

تم حساب ثبات المقياس بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-retest)، حيث طبق المقياس بصورته النهائية على عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من (40) طالباً، كما تم تطبيق المقياس على العينة المذكورة نفسها مرة أخرى بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول. وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار بين درجات المفحوصين في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للمقياس الكلي بلغت (0.791)، وللمقاييس الفرعية الخمسة (0.763؛ 0.775؛ 0.705؛ 0.713؛ 0.785)، على التوالي. وتعد هذه القيم مقبولة لثبات المقياس لغايات تحقيق أهداف الدراسة، علماً بأن قيم معامل الارتباط التي تزيد على (0.70) تعتبر مرتفعة وقوية (Gerstman, 2008). كما تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس الكلي، وبلغ معامل الثبات كرونباخ ألفا ($\alpha = 0.843$)، وللمقاييس الفرعية الخمسة ($\alpha = 0.794$)؛ (0.707؛ 0.730؛ 0.801؛ 0.805)، على التوالي، وهي جميعاً قيم مرتفعة. وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

طريقة التصحيح

تألف مقياس أوجه الصعوبات في صورته النهائية من (25) فقرة تقيّم بأسلوب التقرير الذاتي مستوى المشكلات الانفعالية والسلوكية المدركة التي قدرها المفحوص عن نفسه. وقد استخدمت لغايات الدراسة الحالية الدرجة الكلية والدرجات الفرعية للمقياس. وطلب من المفحوصين تقدير إجاباتهم على فقرات المقياس على سلم تقدير ليكرت ثلاثي مؤلف من (3) ثلاث درجات تتراوح من غير صحيح: (1) درجة واحدة؛ إلى صحيح نوعاً ما: (2) درجتان؛ وصحيح بالتأكيد: (3) درجات. وقد صيغت جميع الفقرات بحيث تصحح باتجاه الصعوبات، باستثناء الفقرات العشر الإيجابية الآتية (1؛ 4؛ 7؛ 9؛ 11؛ 14؛ 17؛ 20؛ 21؛ و25) التي تصحح عكسياً لتصبح باتجاه الصعوبات. وتتراوح الدرجة الكلية بين (25-75) درجة، وبين (5-15) درجة لكل بُعد فرعي. وتشير الدرجات الأعلى على المقياس إلى معاناة المفحوص من مستوى مرتفع من الصعوبات الانفعالية والسلوكية بحيث يمكن تقسيم الدرجات من خلال المعادلة التالية: (القيمة العليا- القيمة الدنيا) ÷ 3 مستويات: مرتفع ومعتدل ومنخفض؛ إلى ثلاثة

وبالونات (Weights and Balloons Game). وملء نموذج التقييم الدوري للبرنامج، وتعيين الواجب البيتي.

الجلسة الثالثة: الارتباط بالآخرين¹. مراجعة العمل ما بين الجلسات، وتقديم فكرة الارتباط بأفراد الأسرة باستخدام فنية الرسم العائلي. وتعيين الواجب ومهمة العمل ما بين الجلسات.

الجلسة الرابعة: الارتباط بالآخرين². تزويد مجموعة الطلاب بمكون التعليم النفسي حول أهمية العلاقات مع الآخرين وتزويد المشاركين بالتعليم النفسي حول الحديث الذاتي، مع استخدام فنية دوائر العاطفة. وتعيين مهمة العمل ما بين الجلسات.

الجلسة الخامسة: التعرف على المشاعر وتمييزها¹. يزود المشاركون بالتعليم النفسي حول التفاعل مع المقربين والأسرة، واستخدام لعبة كلمات الشعور التي تسهل للأطفال التعبير عن مشاعرهم بطريقة ممتعة وغير مهددة، وملء نموذج التقييم الدوري للبرنامج، مع تعيين مهمة العمل ما بين الجلسات.

الجلسة السادسة: التعرف على المشاعر وتمييزها². يزود المشاركون بالتعليم النفسي حول التفاعل مع الأوضاع والمواقف المزجة وما يرافقها من مشاعر، باستخدام "علبة القلق"، (Worry Can) وهي اللعبة التي تسهل للأطفال التعبير عن مخاوفهم بطريقة غير مباشرة، مع تعيين مهمة العمل ما بين الجلسات.

الجلسة السابعة: العلاج باللعب (العدوان)، مهارات المدرسة والدراسة (خرق القوانين). مراجعة المشاكل التي يتسبب فيها الطلاب خلال يومهم المدرسي. وتحديد الحديث الذاتي الإيجابي والسلبى. وتقديم قصة "كم مسماراً اقتلعت اليوم؟"، ولعبة ملصق "لون حياتك" (Color Your Life)، وتعيين مهمة العمل ما بين الجلسات.

الجلسة الثامنة: التغييرات الأساسية في الحياة. حث المشاركين على التحدث عن طبيعة التغييرات في المنزل والمدرسة باستخدام "لعبة القلعة".

الجلسة التاسعة: أخذ منظور الآخر. لعبة "بث الأخبار" (Broadcast News) والأخبار المذاعة.

الجلسة العاشرة: المواجهة¹. التفاعل مع ضغط الأقران: أصدقاء علي وكرة القدم، وملء نموذج التقييم الدوري للبرنامج، وتعيين مهمة العمل ما بين الجلسات.

الجلسة الحادية عشرة: المواجهة². عبارات التعامل الذاتية وإدارة الغضب، ولعبة بالونات الغضب.

الجلسة الثانية عشرة: حل المشكلة الاجتماعية. قصة نحن الآن أصبحنا أصدقاء.

مستويات متدرجة كالاتي: من (25-40) مستوى منخفض نسبياً، ومن (41-57) مستوى معتدل، ومن (58-75) مستوى مرتفع من حدة الصعوبات الانفعالية والسلوكية.

برنامج الإرشاد الجمعي باللعب المعرفي السلوكي

استند برنامج الإرشاد الجمعي الذي قام الباحثان بإعداده والمستخدم في الدراسة الحالية إلى منهج العلاج باللعب المعرفي السلوكي باستخدام أسلوب الإرشاد الجمعي ومنظور التعليم النفسي (Yalom, 1995). وقد طبق فقط على أفراد المجموعة التجريبية. وقد استعان الباحثان في تصميم برنامج الإرشاد الجمعي بالاطلاع على عدد من الدراسات والمؤلفات السابقة المماثلة التي أثبتت فاعلية برامج الإرشاد الجمعي في التقليل من المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الطلاب من اللاجئيين وغيرهم من المتعرضين لمأس حياتية؛ المستندة إلى منهج العلاج باللعب المعرفي السلوكي (Elliot, 2017; Ghodousi et al., 2017; Kasmaei & Asghari, 2017; Kwon & Lee, 2018; Razak et al., 2018)، وأيضاً تلك المستندة إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي (Liddle & Macmillan, 2010; Rooney et al., 2013). والعلاج باللعب (Earls, 2009; Flag, 2013; Hall et al., 2002). وتألّف برنامج الإرشاد الجمعي من (14) جلسة إرشاد جمعي تم تنفيذها بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً، باستثناء الأسبوع الأخير، وتراوح زمن الجلسة بين (45-50) دقيقة. وعقدت الجلسات الإرشادية في إحدى قاعات المدرسة المعنية في مدينة المفرق، خلال الفترة الواقعة بين يوم الأحد (2018 /5/27) ويوم الأحد (2018/8/19). وتضمنت جلسات البرنامج التركيز على العناصر الآتية: التقييم للمشكلة لوضع الهدف السلوكي والشخصي؛ مهارات الارتباط بالآخرين؛ الوعي بالمشاعر والإثارة الفسيولوجية؛ استعمال عبارات التعامل الذاتية؛ تكتيكات صرف الانتباه وطرق الاسترخاء عند القلق؛ مهارات المواجهة؛ التدريب على أخذ منظور الآخر والعزوة؛ مهارات حل المشكلة الاجتماعية؛ والتعامل مع ضغوط الزملاء باستعمال مهارات الرفض. وتضمنت الجلسات المواضيع الآتية:

الجلسة الأولى: (التمهيدية) التعارف والبناء ووصف المشكلة. هدفت الجلسة الأولى لتأسيس وإنشاء علاقة ودية بين المرشد والأعضاء وما بين الأعضاء، مع إشراك الأعضاء في وضع قواعد المجموعة، والتعرف على توقعات المشاركين في البرنامج الإرشادي وتقييم المشكلة ووضع الهدف السلوكي والشخصي وتقديم الواجب البيتي الأول.

الجلسة الثانية: التفكير والشعور والسلوك. هدفت الجلسة لزيادة دافعية الأعضاء للمشاركة في المجموعة، ومراجعة الواجب البيتي، وشرح الفرق بين الأفكار والمشاعر والسلوك، ومساعدة الطلاب على تقييم سلوكهم وتصنيف الأفكار السلبية عن طريق لعبة الأوزان

G1	R O1 X O2 O3
G2	R O1-O2

الجلسة الثالثة عشرة: تقييم التقدم. مراجعة ما تعلمته المجموعة باستخدام الرسم قبل البرنامج وبعده.

(G1) : المجموعة التجريبية

(G2): المجموعة الضابطة

(R): التوزيع العشوائي

(O1): الاختبار القبلي

(X): المعالجة

(.) : بدون معالجة

(O2): الاختبار البعدي

(O3): اختبار المتابعة

متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات الآتية:

المتغير المستقل: المعالجة التجريبية (التعرض لبرنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج باللعب المعرفي السلوكي).

المتغيرات التابعة: درجات الطلاب في القياسات البعدية والتتبعية على مقياس الدراسة: المشكلات الانفعالية والسلوكية (الدرجة الكلية والدرجات الفرعية).

النتائج

أولاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يطبق عليهم أي برنامج إرشادي، في الاختبار البعدي على مقياس أوجه الصعوبات (الدرجة الكلية والدرجات الفرعية)".

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية المعدلة لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس أوجه الصعوبات وأبعاده الفرعية الخمسة في الاختبار البعدي تبعاً للمجموعة: (التجريبية، الضابطة)، والجدول (2) يوضح ذلك.

الجلسة الرابعة عشرة (الختامية التقويمية): الدمج والتكامل. هدفت الجلسة الأخيرة إلى التعرف على مدى إنجاز توقعات المشاركين من البرنامج لمعرفة مدى نجاح المجموعة في تحقيق الأهداف وإنجاز التوقعات، ومراجعة جوهر التعلم من كل الجلسات السابقة، مع الاستجابة لنموذج التقييمات النهائية للبرنامج مع انتهاء عمل المجموعة.

صدق البرنامج

تم التحقق من الصدق المنطقي لبرنامج الإرشاد الجمعي من خلال عرضه على ستة من المحكمين المتخصصين في الإرشاد والقياس النفسي والتربوي، في الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة، لتحديد مدى مناسبته للأهداف التي أعد من أجلها. وقد ارتأت لجنة المحكمين أن البرنامج مناسب مع إجراء بعض التعديلات الطفيفة. وعلى ضوء ذلك، تم تطبيق البرنامج بعد إجراء التعديلات المطلوبة.

الإجراءات

تم تطبيق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية في إحدى قاعات المدرسة، وتولى قيادة المجموعة العلاجية الباحث الثاني الذي تم تدريبه على تنفيذ جلسات البرنامج قبل تطبيقه بصورته النهائية على المجموعة التجريبية، مع الإشراف عليها خلال تطبيقه من الباحث الرئيس. كما تم تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة مباشرة بعد الجلسة الأخيرة من البرنامج، بينما طبق القياس التتبعي بعد مرور شهر على تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعة التجريبية فقط.

منهج الدراسة وتصميمها

استندت الدراسة الحالية إلى المنهج التجريبي، من خلال التوزيع العشوائي لأفراد عينة الدراسة على مجموعتين: تجريبية وضابطة، متكافئتين ومتساويتين بقياسات قبلية وبعدية، وتتبعية للتجريبية فقط. ويمكن التعبير بالرسم عن تصميم الدراسة الحالية كما يأتي:

الجدول 2

المتوسّطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسّطات الحسابية المعدّلة والأخطاء المعيارية المعدّلة لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (ن=40) على مقياس أوجه الصعوبات (الدرجة الكلية والدرجات الفرعية) في الإختبار البعدي تبعاً لمتغير المجموعة.

المقياس	المجموعة	العدد	الاختبار القبلي		الاختبار البعدي		الاختبار البعدي المعدل	
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري المعدل
الأعراض	التجريبية	20	8.90	1.46	4.86	0.96	4.688	0.271
الانفعالية	الضابطة	20	9.46	1.86	8.64	1.31	8.816	0.271
العلاقات مع الأقران	التجريبية	20	9.14	0.78	6.08	0.64	6.078	0.170
	الضابطة	20	8.89	0.59	9.18	0.75	9.187	0.170
المشكلات السلوكية	التجريبية	20	8.32	1.11	6.86	0.71	6.831	0.228
	الضابطة	20	8.79	1.17	7.97	1.17	8.001	0.228
عدم الانتباه وفرط النشاط	التجريبية	20	7.72	1.33	5.67	0.59	5.630	0.240
	الضابطة	20	8.78	1.17	7.36	1.27	7.405	0.240
السلوك الاجتماعي	التجريبية	20	7.24	1.35	5.69	0.62	5.556	0.240
	الضابطة	20	6.89	1.56	7.34	1.25	7.479	0.240
الدرجة الكلية	التجريبية	20	49.02	3.03	34.61	1.90	34.142	0.613
	الضابطة	20	51.02	3.19	48.07	3.40	48.539	0.613

يتبين من الجدول (2) وجود فرق ظاهري بين متوسط الأداء المعدل للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس أوجه الصعوبات، وذلك لصالح المجموعة التجريبية. فقد بلغ المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة التجريبية للأبعاد الفرعية: الأعراض الانفعالية، والعلاقات مع الأقران، والمشكلات السلوكية، وعدم الانتباه، وفرط النشاط، والسلوك الاجتماعي الإيجابي (م = 4.7؛ 6.1؛ 6.8؛ 5.6؛ 5.5) على التوالي، و(م = 34.1) درجة للدرجة الكلية لمقياس أوجه الصعوبات، بينما بلغ المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (م = 8.8؛ 9.2؛ 8.0؛ 7.4؛ 7.4) و(م = 48.539) درجة، على التوالي، وهو ما يُشيرُ إلى وجود أثر للبرنامج الإرشادي في الأداء على المقياس وأبعاده الفرعية في الاختبار البعدي. ولمعرفة ما إذا كانَ هذا الفرق ذا دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05)، تم إجراء تحليل التباين المشترك المتعدد (MANCOVA) للأداء على الفقرات الممثلة لمقياس أوجه الصعوبات في الاختبار البعدي، وذلك وفقاً لمتغير المجموعة. ويوضح الجدول (3) ذلك.

يتبين من الجدول (3) أن قيمة "ولكس لامبدا" لمقياس أوجه الصعوبات بلغت (0.049)، وهي تُعد قيمة صغيرة، ما يُشيرُ إلى إمكانية وجود فروق بين المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس أوجه الصعوبات، حيث تشير قيمة "ف" المحسوبة البالغة (87.062) إلى وجود هذه الفروق، لأن قيمة مستوى الدلالة كانت أقل من 0.05 بدرجات حرية (6 و27). وتشير قيمة مربع إيتا (η^2) في الجدول 3 إلى مقدار تأثير استخدام البرنامج الإرشادي

الجدول 3

نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد (MANCOVA) لمقياس أوجه الصعوبات تبعاً لمتغير المجموعة.

الأثر	ولكس لامبدا	قيمة "ف"	درجات الحرية الافتراضية	مستوى الدلالة	مربع إيتا (η^2)
المجموعة	0.049	87.062	6	0.000	0.951

يتبين من الجدول (3) أن قيمة "ولكس لامبدا" لمقياس أوجه الصعوبات بلغت (0.049)، وهي تُعد قيمة صغيرة، ما يُشيرُ إلى إمكانية وجود فروق بين المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس أوجه الصعوبات، حيث تشير قيمة "ف" المحسوبة البالغة (87.062) إلى وجود هذه الفروق، لأن قيمة مستوى الدلالة كانت أقل من 0.05 بدرجات حرية (6 و27). وتشير قيمة مربع إيتا (η^2) في الجدول 3 إلى مقدار تأثير استخدام البرنامج الإرشادي

في الاختبار البعدي، حيث بلغت هذه القيمة (0.951)، وهي نسبة عالية تشير للتأثير الفعال للبرنامج على متغير الصعوبات الانفعالية والسلوكية. ولفحص أثر البرنامج الإرشادي في الأبعاد الفرعية لمقياس أوجه الصعوبات، حسب نتائج تحليل التباين متعدد المتغيرات (MANCOVA) المستخرجة من نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد، والجدول (4) يبين النتائج.

الجدول 4

نتائج تحليل التباين متعدد المتغيرات (MACNOVA) للأبعاد الفرعية لمقياس أوجه الصعوبات في الاختبار البعدي تبعاً لمتغير المجموعة.

مصدر التباين	المقياس	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	مربع إيتا (η^2)
الاختبار القبلي	الأعراض الانفعالية	0.435	1	0.435	0.345	0.561	0,011
	العلاقات مع الأقران	0.599	1	0.599	1.216	0.278	0,037
	المشكلات السلوكية	0.211	1	0.211	0.238	0.629	0,007
	عدم الانتباه وفرط النشاط	0.597	1	0.597	0.605	0.442	0,019
	السلوك الاجتماعي	0.157	1	0.157	0.158	0.693	0,005
المجموعة	الأعراض الانفعالية	127.93	1	127.930	*101.375	0,000	0.760
	العلاقات مع الأقران	72.583	1	72.583	*147.220	0,000	0.821
	المشكلات السلوكية	10.290	1	10.290	*11.588	0,002	0.266
	عدم الانتباه وفرط النشاط	23.637	1	23.637	*23.966	0,000	0.428
	السلوك الاجتماعي	27.771	1	27.771	*28.053	0,000	0.467
الخطأ	الأعراض الانفعالية	40.382	32	1.262			
	العلاقات مع الأقران	15.777	32	0.493			
	المشكلات السلوكية	28.416	32	0.888			
	عدم الانتباه وفرط النشاط	31.560	32	0.986			
	السلوك الاجتماعي	31.679	32	0.990			
المصحح	الأعراض الانفعالية	193.58	39				
	العلاقات مع الأقران	114.54	39				
	المشكلات السلوكية	48.198	39				
	عدم الانتباه وفرط النشاط	66.219	39				
	السلوك الاجتماعي	64.501	39				

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$).

(82.1%)، و(3) المشكلات السلوكية (26.6%)، و(4) عدم الانتباه وفرط النشاط (42.8%)، و(5) السلوك الاجتماعي (46.7%)، وأن قيمة الدلالة العملية للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على هذه المقاييس الفرعية بلغت (74.6%؛ 83.2%؛ 28.1%؛ 41.9%؛ 40.1%) على التوالي، علماً بأنها بلغت (88.0%) على المقياس الكلي لدى إدخال الدرجة الكلية، وهي قيم تعد مرتفعة. كما يلاحظ أن أحسن نسبة تحسن حدثت كانت لبعده العلاقات مع الأقران، ثم الأعراض الانفعالية، تلاه عدم الانتباه وفرط النشاط، ثم نقص السلوك الاجتماعي، وجاء أخيراً بعد المشكلات السلوكية، ما يشير إلى وجود أثر تمايزي ذي دلالة للبرنامج الإرشادي على أبعاد المقياس، ويعني ذلك أن برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم قد أحدث تحسناً وقلل من مستويات الصعوبات الانفعالية والسلوكية لدى الطلاب أفراد المجموعة

يشير الجدول (4) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية للأداء بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لأبعاد مقياس أوجه الصعوبات الخمسة في الاختبار البعدي، تعزى إلى متغير المجموعة؛ إذ بلغت قيمة (ف) لهذه الأبعاد (101.37؛ 147.22؛ 11.59؛ 23.97؛ 28.05) درجة على التوالي، وهي ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$)، وهو ما يشير إلى وجود أثر للبرنامج الإرشادي في الأداء على هذه الأبعاد لمقياس أوجه الصعوبات. ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في الأداء على الأبعاد الفرعية الخمسة لمقياس أوجه الصعوبات، تم استخراج قيمة مربع إيتا (η^2) لمقياس حجم التأثير (Effect Size)، ومربع الارتباط (R^2) للتعرف إلى الدلالة العلمية للفروق. ويبين الجدول (4) أن قيمة مربع إيتا (η^2) للأبعاد الفرعية الخمسة بلغت كما يلي: (1) الأعراض الانفعالية (67.0%)، و(2) العلاقات مع الأقران

في الاختبار التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق برنامج الإرشاد الجمعي على المقياس نفسه". ولفحص هذه الفرضية، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدام اختبار "ت" للعينة المترابطة (Paired-Sample t-test) لأداء أفراد المجموعة التجريبية وعددهم (20) طالباً في الاختبارين البعدي والتتبعي على مقياس الدراسة، ويوضح الجدول (5) النتائج.

التجريبية الذين تعرضوا لخبرة برنامج الإرشاد الجمعي، لكن بنسب متفاوتة.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي، على مقياس أوجه الصعوبات (الدرجة الكلية والدرجات الفرعية)، وبين متوسط درجاتهم

الجدول 5

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار "ت" للفروق بين درجتى الاختبارين البعدي والتتبعي على مقياس أوجه الصعوبات لأفراد المجموعة التجريبية.

المقياس	أبعاد المقياس	الاختبار	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الأعراض الانفعالية	الفرعي	البعدي	20	4.859	0.967	*2.299	0.033
		التتبعي	20	4.297	0.607		
العلاقات مع الأقران	الفرعي	البعدي	20	6.082	0.639	*2.761	0.012
		التتبعي	20	5.532	0.518		
المشكلات السلوكية	الفرعي	البعدي	20	6.859	0.709	0.762	0.456
		التتبعي	20	6.685	0.484		
عدم الانتباه وفرط النشاط	الفرعي	البعدي	20	5.670	0.598	*3.249	0.004
		التتبعي	20	5.170	0.307		
السلوك الاجتماعي	الفرعي	البعدي	20	5.694	0.620	*2.449	0.024
		التتبعي	20	5.270	0.410		
الدرجة الكلية	الكلية	البعدي	20	34.610	1.902	*5.217	0.000
		التتبعي	20	31.460	1.468		

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$).

الانفعالية والسلوكية لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة. فقد انخفضت حدة الصعوبات الانفعالية والسلوكية لدى المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي وتراجعت من المستوى المعتدل في الاختبار القبلي إلى المستوى المنخفض، بينما بقيت المجموعة الضابطة كما هي في المستوى المعتدل في الاختبار القبلي.

وتتفق هذه النتائج بوجه عام مع ما توصلت إليه بعض الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي والعلاج باللعب في خفض مستويات الصعوبات الانفعالية والسلوكية لدى عينات من الطلاب ومنهم الذين تعرضوا لمحن الحروب والمآسي الطبيعية، ومنها: (Ahmadi et al., 2014; Al-Rifai & Al-Momani, 2020; Earls, 2009; Elliot, 2017; Kasmaei & Asghari, 2017; Kwon & Lee, 2018; Sarimin & Tololiu, 2017; Schottelkorb et al., 2012; Ugurlu et al., 2016).

ويمكن تفسير هذه النتيجة الإيجابية المتعلقة بتحسين أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي مقارنة بأفراد المجموعة

تشيرُ بيانات الجدول (5) إلى أن متوسطات الدرجات الكلية على مقياس أوجه الصعوبات، استمرت في التحسن إيجابياً في الاختبار التتبعي مقارنة بالاختبار البعدي بدرجة دالة إحصائية. وقد تراجعت الدرجات الكلية والفرعية على مقياس أوجه الصعوبات في الاختبار التتبعي مقارنة بالاختبار البعدي بدرجة دالة إحصائية، باستثناء بُعد المشكلات السلوكية، ما يشير إلى احتفاظ المشاركين بالمكاسب العلاجية واستمرار تحسنهم أيضاً بدرجة دالة إحصائية على مقياس أوجه الصعوبات. ويلاحظ أن درجات المقياس الفرعي للمشكلات السلوكية تراجعت فعلاً وتحسنت في الاختبار التتبعي، لكن ليس بدرجة دالة إحصائية.

مناقشة النتائج

فيما يتعلق بفرضية الدراسة الأولى، تبين وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الصعوبات الانفعالية والسلوكية، وذلك لصالح المجموعة التجريبية التي شاركت في البرنامج الإرشادي. كما تبين أن برنامج الإرشاد الجمعي المصمم لغايات الدراسة الحالية أثبت تأثيره بمقدار ($R^2=0.88$)، على هذا المتغير، وبرهن على فعاليته في التقليل من المشكلات

كما أن عملية تعلم كيفية القيام بمعالجة وإعادة البناء المعرفي والإدراكي للخبرات الموترة عبر علاقة الطالب بالبيئة وفق العلاج المعرفي السلوكي (CBT) التي كانت تُقدّر من قبل الفرد بأنها تستهلك أو تفوق مصادره وموارده الشخصية (Lazarus, 1984)، والقيام بالتمارين حول التقاط الأفكار أو الأحاديث الذاتية (-Self talks) والتعبير عنها، وكذلك الاستفادة من التشبيهات والأمثلة الافتراضية، بالإضافة لاستخدام القصص والأمثلة، واستخدام بعض فنيات العلاج باللعب مثل لعبة كلمات المشاعر ولعبة علبة القلق ولعبة بالونات الغضب، ربما أسهمت في الحد من القلق من خلال تنمية القدرة على تحديد وتمييز العواطف. فعندما كان يُطلب من المشارك تقييم انفعالاته باستخدام مقياس "الحرارة العاطفي" أو "عجلة العواطف" (إلى الرقم 10) كحد أقصى، تمكن الطالب من تعلم هذه التقنية بسهولة أكبر لتقدير مشاعره في موقف ما والمبادرة بحل الموقف بطريقة بناء أكثر (Sevinc & Tok, 2018). وهو ما أدى أيضاً إلى الإسهام في التقليل من الشعور بالقلق النفسي. فليس الحدث المرهق والموتر بحد ذاته هو الذي يُسبب القلق لدى الفرد، لكن بالأحرى تقييمه لحجم التهديد، أو الأذى، أو التحدي الذي يشكله للفرد وتقييمه لمصادر المواجهة (Coping Resources) المتوفرة لديه للتعامل معه، وهذا ما تعلمه الطلاب أيضاً في برنامج الإرشاد الجمعي.

وأشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية إلى وجود فروق دالة إحصائية للأداء بين متوسطي الاختبارين البعدي والتبقي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس أوجه الصعوبات أتت لصالح الاختبار التبعي. وتشير هذه النتيجة لاحتفاظ أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار التبعي بالمكاسب العلاجية التي حققوها في الاختبار البعدي على مقياس أوجه الصعوبات، وتحسن درجاتهم في الاختبار التبعي بدرجة دالة. وهذا يعكس أن برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى الإرشاد المعرفي السلوكي والعلاج باللعب قد برهن على تأثيره وفاعليته التي اتضحت في احتفاظ أفراد عينة الدراسة بالمكاسب العلاجية التي أحرزوها في الاختبار البعدي واستمرار هذا التحسن والتغير العلاجي إيجابياً لديهم بدرجة كانت دالة إحصائية على مقياس الدراسة، وذلك في فترة الاختبار التبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج.

وتتفق هذه النتيجة الإيجابية بوجه عام مع ما توصلت إليه بعض الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجمعي من احتفاظ المشاركين بالمكاسب العلاجية في قياس المتابعة، لدى عينات متنوعة من الطلاب، ومنهم الذين تعرضوا لمحن الحروب والمآسي الطبيعية، ومنها دراسة الرفاعي والمومني (Al-Rifai and Al-Momani, 2020). ويمكن أن تعود هذه النتيجة الإيجابية إلى الشروط العلاجية الميسرة التي تم توفيرها خلال العمل مع هذه المجموعة الإرشادية، ومنها التقبل غير المشروط والتعاطف والأصالة والاحترام المتبادل وبناء عامل الثقة مع المسترشدين في بيئة آمنة (Rogers, 1986). هذا بالإضافة إلى ما تضمنه البرنامج

الضابطة على مقياس أوجه الصعوبات الانفعالية والسلوكية وما تضمنه من فقرات خاصة بالمشكلات الانفعالية ومشكلات العلاقات بالأقران والمشكلات السلوكية وعدم الانتباه وفرط النشاط الزائد وقصور السلوك الاجتماعي الإيجابي، بأنها تعود إلى كون البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية قد اعتمد أساساً على الاعتراف وتلبية حاجات أفراد العينة والأهداف التي وضعوها بأنفسهم وكانوا يسعون إلى تحقيقها خلال جلسات هذا البرنامج، وهو ما جعل دافعية المشاركين ترتفع. هذا إضافة إلى توظيف البرنامج للفنيات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي والعلاج باللعب لتحقيق هذه الأهداف، علماً بأن تلك الفنيات ساهمت في الوصول إلى هذه النتيجة عندما استهدفت المشكلات المراد معالجتها من خلال هذا البرنامج، ومنها الشرح وإعطاء التعليمات وأخذ منظور الآخر والنمذجة ولعب الدور والاحتفاظ بسجلات ذاتية والتعزيز والتغذية الراجعة والواجبات البيتية. وقد كان الاحتفاظ بسجلات حول السلوكيات المستهدفة جزءاً مهماً من فنية المراقبة الذاتية، الأمر الذي مكن المشارك من أن يلاحظ عدد المرات والوقت الذي ينفذ فيه هذه السلوكيات خارج الجلسة، ويلاحظ الأنماط المتكررة المتعلقة بالمشكلات المحتملة، ما أدى لتمكنه من مراقبة مزاجه/ أفكاره وسلوكه في أثناء النهار، وإدراك العواطف التي يشعر بها، والبحث عن بدائل سلوكية أكثر مناسبة يختارها من بين تلك التي تم تعلمها داخل الجلسات، سواء عن طريق النمذجة أو لعب الدور أو من خلال الاستماع والملاحظة والاقتراد ببقية أعضاء المجموعة وكيفية معالجتهم لمواقف مماثلة.

وقد تُعزى هذه النتيجة أيضاً إلى طبيعة المعلومات في مكون التعليم النفسي (Psychoeducation) في البرنامج الإرشادي، وطبيعة مكونات برنامج الإرشاد النفسي وما احتواه من استراتيجيات معرفية سلوكية وألعاب علاجية. فالمشاركون في المجموعة الإرشادية تعلموا عدة استراتيجيات ناجحة للتعامل مع القلق الذي يشعرون به، مثل وضع أهداف محددة والسعي لتحقيقها، وتمييز المشاعر والأفكار والسلوك، والمواجهة، والبحث والسعي للحصول على الدعم، وحل المشكلات، والمراقبة الذاتية، وممارسة التنفس العميق والاسترخاء وتحديد الأوقات السعيدة، وممارسة النشاط البدني، وإعادة البناء المعرفي، والحديث الذاتي الإيجابي (Sevinc & Tok, 2018). وذلك بدلاً من استراتيجيات التعامل التجنبية الأقل فاعلية التي أشار المشاركون إلى أنهم كانوا يستعملونها في أغلب الأحيان للتعامل مع ما يقلقهم من موترات حياتية طارئة وحادة مثل الاستغراق في الأمنيات، والابتعاد/ الإنكار، ولوم الذات. فقد تبين منذ بداية جلسات الإرشاد الجمعي أن تفادي الاعتراف بالقلق كان الشكل الأكثر شيوعاً لتعاملهم مع الموترات التي كانوا يصادفونها في البيت والمدرسة. ويأتي ذلك على اعتبار أن المواجهة (Coping) تعتبر مكوناً حاسماً في تقرير الطريقة التي يستجيب بها الأفراد للظروف الحياتية القاسية (Lazarus, 1984).

- التأكيد على أهمية إشراك المسترشد في العملية العلاجية لدى العمل مع مجموعات الإرشاد بالعلاج باللعب المعرفي السلوكي (CBPT)، لأنها تعد متيناً هاماً بنتائج العلاج الإيجابية (Chu & Kendall, 2004) بما فيها احتفاظ المشاركين بالمكاسب العلاجية على المدى البعيد.
- بناءً على النتائج والتحسين البسيط الذي حدث في بُعد المشكلات السلوكية، يوصى بمراعاة توظيف المزيد من الاستراتيجيات الإرشادية لمعالجة هذا الجانب في الدراسات المستقبلية التي ستستخدم برامج مماثلة من العلاج باللعب المعرفي السلوكي للمراهقين والأطفال.
- توصي الدراسة بضرورة الاهتمام بأفراد المجموعة الضابطة، وضرورة عدم تخلي الباحثين عنهم واستخدام برامجهم الناجحة معهم، والتعلم والاستفادة من خبراتهم السابقة.

من تركيز الجلسات الإرشادية بشكل مباشر على عرض ومناقشة الطلاب للمشكلات التي تعرضوا لها سابقاً والتي تواجههم حالياً، وذلك في بيئة إرشادية آمنة ومتقبلة، ومناقشة الأهداف التي وضعوها مسبقاً في بداية البرنامج، وتشجيع التحدث عن المشكلات الخاصة بكل مشارك، واستخدام بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي والعلاج باللعب، مثل: رواية القصص العلاجية والألعاب (مثل: الجزيرة، والقلعة، والأوزان والبالونات)، وإعادة الصياغة، وإعادة البناء المعرفي، والتعبير عن المشاعر، ولعب الدور، والواجبات البيتية، وبشكل خاص فنيات الإرشاد الجمعي العلاجية (Yalom, 1995)، مثل الثقة، والتماسك، وإظهار الاهتمام، والتقبل، والكشف عن الذات، والتنفيس الانفعالي.

التوصيات

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، خلصت الدراسة الحالية إلى تقديم التوصيات الآتية:

References

- Abu Hayin, F. (2010). *Child labor and its impact on their mental health in the governorates of Gaza*. Center for Community Training and Crisis Management. Al-Aqsa University.
- Ahmadi, M., Alizei, M., & Mazloomi, A. (2014). Effectiveness of group play therapy through cognitive -behavioral method in social adjustment of children with behavioral disorder. *Kuwait Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review*, 3(12), 356–362.
- Allawneh, A., & Smadi, A. (2018). The effects of a play-based counseling program on improving social adjustment and isolation among deprived orphan children. *Jordanian Journal of Educational Sciences*, 14 (1), 59-70.
- Al-Rifai, A., & Al-Momani, F. (2020). The effectiveness of recreational activities and psychodrama in reducing the level of aggression among a sample of Syrian refugee students. *Journal of the Islamic University Educational and Psychological Studies*, 28 (1), 589-616.
- Al-Smadi, R. (2015). *The effect of group counseling on reducing aggressive behavior and improving psychological resilience of children abused by their parents and placed in care institutions*. Unpublished Master Thesis, Hashemite University.
- Battagliese, G., Caccetta, M., Luppino, O., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., & Buonanno, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behavior Research and Therapy*, 75, 60-71.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. International Universities Press.
- Chu, B., & Kendall, P. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7 (5), 821–829.
- Drewes, A. (2009). *Blending play therapy with cognitive behavior therapy*. New Jersey: Wiley.
- Earls, M. (2009). *The play factor: Effect of social skills group play therapy on adolescent African-American males*. Unpublished Ed.D. Dissertation, Texas Southern University..
- El-Khodary, B., & Samara, M. (2018). The effect of exposure to war-traumatic events, stressful life events and other variables on mental health of Palestinian children and adolescents in the 2012 Gaza war. *The Lancet*, 21(391), S6.

- Elliot, S. (2017). To what extent can a series of play therapy sessions contribute to strengthening resilience in Syrian refugee children? *Child Therapy International*, 3 (1), 1-19.
- Flagg, E. (2013). *Play and treatment outcomes in a cognitive behavioral program for children with anxiety: The role of child involvement and collaboration*. Unpublished Ph.D. Dissertation, Philadelphia College of Osteopathic Medicine.
- Gangi, J., & Barowsky, E. (2009). Listening to children's voices: Literature and the arts as means of responding to the effects of war, terrorism and disasters. *Childhood Education*, 85(6), 357-363.
- Gerstman, B. (2008). *Basic biostatistics: Statistics for public health practice*. Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Ghodousi, N., Sajedi, F., Mirzaie, H., & Rezasoltani, P. (2017). The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy in externalizing behavior problems among street and working children. *Iranian Rehabilitation Journal*, 15 (4), 359-366.
- Goodman, R., (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal Child Psychology Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Hall, T., Kaduson, H., & Schaefer, C.(2002). Fifteen effective play therapy techniques. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 515-522.
- Heath, M., Sheen, D., Leavy, D., Young, E., & Money, K. (2005). Bibliotherapy: A resource to facilitate emotional healing and growth. *School Psychology International*, 26(5), 563-580.
- Karam, E., Friedman, M., Hill, E., Kessler, R., McLaughlin, K., Petukhova, M. et al. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the world mental health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, 31, 130-142.
- Kasmaei, S., & Asghari, F. (2017). Comparative study of the effects of narrative therapy and play therapy by group approach on inhibiting impulsivity, reducing aggression and increasing interpersonal relations. *World Family Medicine/ Middle East Journal of Family Medicine*, 15(4), 24-33.
- Knell, S. (1993a). *Cognitive behavior play therapy*. Jason Aronson.
- Knell, S. (1993b). To show and not tell: Cognitive-behavior play therapy in the treatment of electivemutism. In: T. Kottman & C. Schaefer (Eds.), *Play therapy in action: A casebook for practitioners* (pp. 169-208). Jason Aronson.
- Knell, S. (2009). *Cognitive-behavioral play therapy*. Jason Aronson, Inc.
- Knell, S., & Dasari, M. (2006). Cognitive behavioral play therapy for children with anxiety and phobias. In: H. Kaduson & C. Schaefer (Eds.), *Short-term therapies with children* (2nd edn., pp.22-50). Guilford.
- Kwon, Y., & Lee, K. (2018). Group child-centered play therapy for school-aged North Korean refugee children. *International Journal of Play Therapy*, 27(4), 256-271.
- Lazarus, R. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39 (2), 124-129.
- Liddle, I., & Macmillan, S. (2010). Evaluating the FRIENDS program in a Scottish setting. *Educational Psychology in Practice*, 26(1), 53-67.
- Lu, Y. (2008). Helping children cope. *Children and Libraries*, 6(1), 47-49.
- Pola, A., & Nelson, R. (2014). The impact of bibliotherapy on positive coping in children who have experienced disasters. *Therapeutic Recreation Journal*, 48(4), 341-344.
- Razak, N., Johari, K., Mahmud, M., Zubir, N., & Johan, S. (2018). General review on cognitive-behavior play therapy on children's psychology development. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development*, 7(4), 134-147.
- Rogers, C. (1986). Client-centered therapy. In: I. Kutash & A. Wolf (Eds.), *Psychotherapist's casebook* (pp. 197-208). Jossey-Bass.
- Salem, H. (2018). The voices of reason: Learning from Syrian refugee students in Jordan. Policy Paper No. 18/3. *Research for Equitable Access and Learning*, REAL Centre, University of Cambridge. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1247330>.

- Sarimin, D., & Tololiu, T. (2017). Effectiveness of cognitive behavior therapy in comparison to CBT- plus play therapy among children with post-traumatic stress disorder in Manado, Indonesia. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 5(4), 1589-1593.
- Schottelkorb, A., Dumas, D., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 57-73.
- Sevinc, E., & Tok, S. (2018). Cognitive behavioral therapy principles in children: Treatment of internalizing disorders. In: O. Senormamci & G. Senormamci (Eds.), *Cognitive behavioral therapy and clinical applications* (Chapter 1, pp.1-25). TECH Open.
- Thabet, A., Abu Tawahaina, A., & Al-Sarraj, E. (2007). The effect of home demolitions on the mental health of male children and psychological resilience. *Arab Psychological Network*, 4(15 &16), 117-125.
- Thabet, A., Stretch, D., & Vostanis, P. (2000). Child mental health problems in Arab children: Application of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *International Journal of Social Psychiatry*, 46, 266-280.
- Tompkins, M. (2018). *Role of play in cognitive-behavior therapy*. San Francisco, CA: Center for Cognitive Therapy. <http://sfbacct.com/kid-korner/role-of-play-in-cognitive-behavior-therapy>.
- Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., ... , & Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: Systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 376-388.
- Ugurly, N., Akca, L., & Acarturk, C. (2016). An art therapy intervention for symptoms of post-traumatic stress, depression and anxiety among Syrian refugee children. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 11(2), 89-102.
- United Nations (UN). (2015). *United Nations General Assembly, Session 44, Resolution 25. Convention on the Rights of the Child (CRC)*. (20 November 1989). United Nations Publications. Retrieved on August 22, 2018. www.coe.int/t/dg3/children/participation/CRC-C-GC-12.pdf.
- United Nations High Commission for Refugees (UNHCR). (2019). *Vulnerability assessment framework (VAF) population study 2019*. Retrieved on 9 February 2020. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/68856>.
- United Nations High Commission for Refugees (UNHCR). (2020). *Syria regional refugee response: Jordan*. Retrieved on 5 February 2020. <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria/location/36>
- van Ommeren, M., Sharma, B., Sharma, G., Kamproe, I., Cardena, E., & De-Jong, J. (2002a). The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese refugee torture survivors: Examination of comorbidity with anxiety and depression. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 415-421.
- van Ommeren, M., Sharma, B., Prasain, D., & Poudyal, B. (2002b). Addressing human rights violations: A public mental health perspective on helping torture survivors in Nepal. In: J. De-Jong (Ed.), *Trauma, war and violence: Public mental health in socio-cultural context* (pp.259-281). Springer.
- Yalom, I.(1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. 4th Edition, Basic Books.