كلية الآداب
Faculty of Arts

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث والدراسات النفسية

كلية الآداب – جامعة القاهرة

دورية علمية سيكولوجية محكمة – ربع سنوية

أ.د. عبير محمد عبد السلام
عميد الكلية
ورئيس مجلس الإدارة

أ.د.دينا أبو الفتوح سلام
وكيل الكلية لشئون
خدمة المجتمع وتنمية البيئة
ونائب رئيس مجلس الإدارة

المجلد التاسع عشر العدد الأول

يناير ٢٠٢٣م

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث والدراسات النفسية

كلية الآداب – جامعة القاهرة

دورية علمية سيكولوجية محكمة – ربع سنوية

السنة :	٢٠٢٣
رقم المجلة :	١٩
العنوان :	**مركز البحوث والدراسات النفسية – كلية الآداب – جامعة القاهرة (١) شارع الشهيد عبد الهادى صلاح (أمام السفارة السعودية الجديدة) جمهورية مصر العربية.**
المحافظة :	الجيزة
التليفون:	٣٣٣٥٣٧٨٥ – ٠١٠٦٥٨٣٣٨٨٦
صفحة الفيس:	**مركز البحوث والدراسات النفسية بجامعة القاهرة**
الترقيم الدولى المطبوع	**Issn 2735 -3680**
الترقيم الألكترونى	**Issn 2735 - 3699**

قواعد النشر
فى مجلة بحوث ودراسات نفسية
مركز البحوث والدراسات النفسية- جامعة القاهرة

مجلة بحوث ودراسات نفسية دوريه علمية سيكلوجية محكمة تتضمن مجموعة من البحوث العلمية منهجية متخصصة في علم النفس، باللغتين العربية والإنجليزية، تتناول قضايا علم النفس بجميع فروعه وبما تشمله من نظريات وتوجهات علمية أساسية وتطبيقية حديثة وذلك لخدمة البحث العلمى، وتدعيم الروابط العلمية بين المراكز البحثية والاقسام العلمية المتخصصة.

- **قواعد النشر**

١- ألا يكون البحث قد سبق نشره أو قدم للنشر في أي مكان آخر.

٢- أن يكون البحث في مجال علم النفس بكل تخصصاته.

٣- استيفاء البحث القواعد المتعارف عليها، بحيث يشمل المقدمة وأهمية البحث ومشكلته والإطار النظري لموضوع البحث، والدراسات السابقة التي أجريت حوله، والانتهاء إلى صياغة الفروض التي يهدف البحث إلى التحقق منها، ثم منهج الدراسة وإجراءاتها، بما تشمله من وصف العينة والأدوات والتحليلات الإحصائية التي استخدمت لاستخلاص النتائج، ثم وصف النتائج ومناقشتها.

٤- توثيق المراجع سواء في متن البحث أو قائمة المراجع النهائية طبقاً لنظام جمعية علم النفس الأمريكية (APA).

٥- تكتب المصطلحات الأجنبية التي لم يستقر الرأى عليها (أو الجديدة) بجانب المصطلحات العربية في متن البحث عند ورودها للمرة الأولى، ثم تكتب بعد ذلك باللغة العربية فقط.

٦- تكتب المصطلحات المتعارف عليها في حاشية في نهاية الصفحة.

٧- ترقم المصطلحات في الحواشي السفلية بشكل تسلسلي من أول البحث حتى نهايته.

٨- تكتب أسماء العلماء الأجانب باللغة الأجنبية إلى جانب كتابتها باللغة العربية لورود الاسم، ثم السنة باللغة الأجنبية.

٩- تقدم الرسومات والأشكال البيانية بشكل جاهز للنسخ المباشر.

١٠- تخضع البحوث المقدمة للنشر في مجلة البحوث والدراسات النفسية للتقييم العلمي المعمَّى من قبل اثنين من المحكمين من أساتذة التخصص، ويتم إخطار الباحث بقبول بحثه أو ملاحظات التحكيم أو الحاجة إلى المراجعة ...الخ، كما يتم إخطار الباحث إرجاع البحث إليه إذا لم يُقبَل للنشر.

١١- يتم إصدار مجلة بحوث ودراسات نفسية ربع شهرية.

١٢- تقديم الباحث نبذة مختصرة عن سيرته العلمية عند النشر في المجلة لأول مرة.

١٣- لا يقل البحث عن ٥٠ صفحة تقريباً من حجم الكوارتو (A4)، ويشترط أن يقدم البحث إلكترونياً ومصحوباً بملخصين أحدهما باللغة العربية والآخر بالإنجليزية في حدود ١٥٠ كلمة لكل ملخص.

١٤- يتم تسليم الباحث ١٠ نسخ بعد الطباعة مستلات لبحثه إذا كان باحثاً واحداً، أما إذا كانا باحثيْن فأكثر يعطى كل باحث منهم ٥ نسخ مستلات .

١٥- ترسل جميع البحوث والمراسلات باسم رئيس التحرير إلكترونيا من خلال التواصل الالكترونى مع الباحث .

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

رئيس مجلس الإدارة

أ.د. عبير محمد عبد السلام

عميد كلية الآداب – جامعة القاهرة

نائب رئيس مجلس الإدارة

أ.د.دينا أبو الفتوح سلام

وكيل الكلية لشئون خدمة المجتمع وتنمية البيئة ونائب رئيس مجلس الإدارة

رئيس التحرير

أ.د عبير محمد أنور

أستاذ علم النفس ومدير مركز البحوث والدراسات النفسية

هيئة التحرير

أ.د. معتز سيد عبدالله

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة

أ.د. طريف شوقي فرج

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة بني سويف

أ.د. بدرية كمال أحمد شرابية

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنصورة

أ.د. فريح عويد العانزي

أستاذ علم النفس بكلية التربية – الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب – الكويت

أ.د. أحمد عبدالفتاح عياد

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة طنطا

أ.د. عبدالمنعم شحاتة محمود

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنوفية

مدير التحرير

د. وفاء إمام عبد الفتاح

دكتوراه علم النفس – مركز البحوث والدراسات النفسية بكلية الاداب – جامعة القاهرة

سكرتير تحرير المجلة

أ. أمل السيد الحسيني

اختصاصى أول تقنية معلومات

المنسق الإلكتروني

أ. أيمن أبوالعلا

اختصاصي أول تكنولوجيا المعلومات

الهيئة الاستشارية

أ.د. الحسين عبدالمنعم
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة
أ.د. أحمد عبدالخالق
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة الإسكندرية
أ.د. أيمن عامر
أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة
أ.د. طارق عبدالوهاب
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة الفيوم
أ.د. طه المستكاوي
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة أسيوط
أ.د. عادل كمال خضر
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة بنها
أ.د. عويد سلطان المشعان
أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية – جامعة الكويت
أ.د. محمد دسوقي
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنيا
أ.د. محمود خيال
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنوفية

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث والدراسات النفسية
كلية الآداب – جامعة القاهرة
دورية علمية سيكولوجية محكمة – ربع سنوية

السلوك التدميري المشوَّش وعلاقته بالطمأنينة النفسية لدى المراهقين الأيتام المصابين بالصرع

د.شيماء محمد جادالله
أستاذ مساعد علم النفس – كلية الآداب – جامعة الوادي الجديد

د.سليمان محمد سليمان
مدرس علم النفس – كلية الآداب – جامعة سوهاج

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

المحتويات

الموضوع	الصفحه
الفروق الارتقائية بين مرحلتي الرشد الأوسط والرشد المتأخرفي الإدراك الذاتي للتقدم في العمر **أ.رشا محمد مصطفى أمين** **د.فكري محمد العتر د. أماني أحمد يحيي**	١-٧٧
السلوك التدميري المشوَّش وعلاقته بالطمأنينة النفسية لدى المراهقين الأيتام المصابين بالصرع **د. شيماء محمد جادالله د.سليمان محمد سليمان**	٧٩-١١٣
الآثار السلبية للحجر الصحي على الصحة النفسية لدى المصابين بفيروس كورونا والمشتبه بإصابتهم **د. غادة سعد سليمان الطلحة**	١١٥-١٥١

مجلة بحوث ودراسات نفسية مج ١٩ ، ع ١ يناير ٢٠٢٣ ، ص (٧٩ -١١٣)

السلوك التدميري المشوَّش وعلاقته بالطمأنينة النفسية لدى المراهقين الأيتام المصابين بالصرع

د.شيماء محمد جادالله

أستاذ مساعد علم النفس – كلية الآداب – جامعة الوادي الجديد

د.سليمان محمد سليمان

مدرس علم النفس – كلية الآداب – جامعة سوهاج

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على السلوك التدميري المشوش لدى الأيتام المراهقين المصابين بالصرع (الذكور والإناث). وقد بلغ عدد أفراد العينة (٦٠) من الأيتام المراهقين. وقد استخدم مقياس الطمأنينة النفسية، أعده فهد الدليم وآخرون (١٩٩٣)، ومقياس السلوك التدميري المشوش والمشكلات السلوكية الاجتماعية، أعده كل من يونج وآخرين، وتم تعريبه من الباحثَيْن. توصلت نتائج الدراسة إلى: عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسط درجات العينة في السلوك التدميري المشوَّش والوظيفة النفسية الاجتماعية، بجانب عدم وجود فروق بين متوسط درجات الأيتام المراهقين (الذكور والإناث) في المشكلات السلوكية (السلوك التدميري المشوَّش، والوظيفة النفسية الاجتماعية). ووجد تباين بين متوسط درجات الأيتام المراهقين (الذكور والاناث) في الطمأنينة النفسية فى اتجاه الإناث، ووجود علاقة عكسية دالة إحصائيًا بين السلوك التدميري المشوَّش والطمأنينة النفسية، وتوجد علاقة طردية دالة إحصائيًا بين الوظيفة النفسية–الاجتماعية والطمأنينة النفسية.

الكلمات المفتاحية: الصرع، الأيتام المراهقون، السلوك التدميري المشوَّش، الطمأنينة النفسية.

Disruptive Behavior and its Relationship to Psychological Security among Orphanages Adolescent with New-Onset Epilepsy

Dr. Shimaa M. Gad Allah

Assistance Professor of Psychology - Faculty of Arts -

New Valley University

Dr. Suleiman M. Suleiman

Psychology teacher - Faculty of Arts - Sohag University

Abstract:

This study aimed to identify the disruptive destructive behavior of adolescent orphans with epilepsy (males and females). The sample was (60) adolescent orphans. The measure of psychological reassurance was used by Fahd Al-Dulaim and others (1993), and the measurement of disruptive destructive behavior and social behavioral problems prepared by Young and others was arabized by the researchers. The results of the study reached; There are no statistically significant differences between the average scores of the sample in the disruptive destructive behavior and the psychosocial function, in addition to the absence of differences between the average scores of adolescent orphans (males and females) in the behavioral problems (disruptive destructive behavior, and the psychosocial function). There was a discrepancy between the average scores of adolescent orphans (males and females) in psychological reassurance towards females. There is a statistically significant inverse relationship between disruptive destructive behavior and psychological reassurance, and there is a statistically significant direct relationship between psychosocial function and psychological reassurance.

Keywords: Epilepsy, Adolescent Orphans, Disruptive Destructive Behavior, Psychological Well-Being.

مقدمة:

اليتم[1]: هو فَقْد الطفل لأحد أبويه أو كليهما بسبب من أسباب الوفاة، أو أي سبب آخر، وهو ما دون سن الثامنة عشر (Hermenau et al., 2015)؛ وسواء كان اليتم أحاديًا (a single orphan) بفقد الطفل لأحد الوالدين، أو مزدوجًا (a double orphan) فقد الطفل لكلا والديه (UNAIDS et al., 2004). ويُعد فَقْد الوالدين أثناء الطفولة أمرًا مرهقًا نفسيًا للطفل (Morantz et al., 2013)، ومن التجارب المجهدة التى تؤثر على علاقاته البينشخصية (Dorsey et al., 2015)، وقد يؤدى باليتيم بأن يكون غير قادر على أن يندمج مع الأقران أو لا يقدر على إقامة علاقات طيبة معهم (Beth&Nicole, 2011)؛ مما يزيد من توتره اليومي (Mohammad et al., 2018)، وقد يضعف الأنشطة الإبداعية والدوافع المعرفية لديهم (Shafiq et al., 2020).

الحزن: هو استجابة طبيعية للموت والخسارة، ولكن من المعروف أن الوفيات المفاجئة تؤثر على المفجوعين بشكل مختلف، حيث يعاني الكثير منهم من استجابات حزن معقدة، وخطر المعاناة من ضعف الصحة العقلية لسنوات عديدة (Jones & Thomas, 2017). إلى أن آلام الفقد والاستجابة له بمرضي الإصابات الدماغية لم يتناوله الإنتاج العلمي السابق، ومنها: الصرع[2]، والذي يُعد من أكثر الاضطرابات العصبية انتشارًا فى مرحلتي الطفولة والمراهقة، حيث يبلغ معدل انتشاره طوال العمر ٥.٨-١٥.٤ لكل ١٠٠٠ شخص (Bell et al., 2014; Camfield & Camfield, 2015). وتزداد المشكلات السلوكية مرضي الصرع المراهقين (Oyegbile-Chidi et al., 2022)، وترتبط العوامل الأسرية والاجتماعية فى تطور الباثولوجيا النفسية للصرع بما في ذلك؛ سن البداية، ونوع النوبات وتواترها وشدتها ومدتها، واستخدام الأدوية المضادة للصرع وآثارها الجانبية

[1] Orphan
[2] Epilepsy

.(Choudhary et al., 2014; Reilly et al., 2014)

وتعمل البيئة الأسرية دورًا فاعلًا فى تكون المشكلات السلوكية للمراهقين المصابين بالصرع والتعامل مع مشاكلهم، حيث إن الأسرة يمكن أن تمارس تأثيرًا قويًا على تكيفهم مع المرض ومشاكلهم السلوكية (Stanton 1999; Ellis et al., 2000)، مثل المواقف الأبوية السلبية التي رُبطت بالمشاكل السلوكية لدى الأطفال المصابين بالصرع (Hoare & Kerley, 1991)، ووجد أن تكرار النوبات والجنس الأنثوي يرتبط بالإجهاد الأسري، وانخفاض الدعم النفسي للأسرة (Austin et al., 1992)؛ مما يجعل الطمأنينة النفسية احتياج رئيس لمواجهة القلق والوحدة النفسية، بالإضافة إلى الشعور بالعزلة والاكتئاب، الأمر الذي يتطلب عناية خاصة بتحقيق الطمأنينة النفسية للفرد في البيئة المحيطة به (سليمان، ٢٠١٦).

ومن هنا ارتأت الباحثة تناول السلوك التدميري المشوَّش لمرضى الصرع الأيتام المراهقين بمحافظة الوادي الجديد، ومدى ارتباطه بالطمأنينة النفسية، وذلك فى ضوء عوامل الفسيولوجية والإكلينيكية.

مشكلة الدراسة:

بالعودة إلى الأدب العلمي السابق الذي أجري حول ملاحظة ورصد المشكلات السلوكية لدى مرضى الصرع الأيتام المراهقين وعلاقتها بالطمأنينة النفسية لديهم، وجدت الباحثة –فى حدود اطلاعها– أن الأدب السابق ارتكز على محورين؛ المحور الأول، تناول المشكلات السلوكية لدى الأيتام المراهقين الأصحاء قليلة نسبيًا (بلان، ٢٠١١؛ زايد، ٢٠١٥ Musisi et al., 2007; Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008; Kaur et al., 2018; Shafiq et al., 2020). وكانت النسبة الأكثر تناولًا للمشكلات السلوكية على المراهقين العاديين (على سبيل المثال، صالح، ٢٠١٧؛ المحارمة، ٢٠١٩؛ عواض، ٢٠٢٠) بجانب عدد من الدراسات بالمجتمع الأجنبي (Zatitsoff et al., 2009; Rahman et al., 2012; Kaur, et al., 2018)

وتضم المشاكل النفسية الرئيسة التي يعاني منها الأيتام الأطفال والمراهقون؛ الاكتئاب، والقلق، وتدني تقدير الذات، ونوبات الغضب (سليمان، ٢٠١٦). وركزت أغلب الدراسات تناول أعراض الاكتئاب لدى المراهقين الأيتام، والتي أوضحت أن انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي، وطول مدة الإقامة، والتمييز المجتمعي، والعمر الأصغر تعمل على تطور أعراض الاكتئاب لديهم (Shiferaw et al., 2018)، وتُعاني الفتيات اليتيمات من مستويات مرتفعة من الاكتئاب وتدني تقدير الذات مقارنة بالفتيان اليتامى (Ibrahim et al., 2014; Safdar, 2018) بجانب سيطرة النظرة السلبية للعالم لديهن بشكل أكثر وضوحًا (Majeed et al., 2015; Thabet & Panos, 2017).

والمحور الثاني من اهتمام الأدب السابق تناول المشكلات السلوكية لدى مرضى الصرع من الأطفال والمراهقين، فقد ركزت بعض الدراسات على: (١) جوانب العلاقة بين الوالدين وسلوك الطفل، مثل: دراسة بينتا ولوثمان (1994) Pianta and Lothman الذين حاولا استكشاف العلاقة بين مشاكل سلوك الطفل والتفاعلات بينه وبين الوالدين، وذلك على عينة مكونة من ٥١ طفلاً يعانون من الصرع المزمن. ووجدا أن الضغوط الأسرية المرتفعة والتفاعل الفقير بين الوالدين والطفل (فيما يتعلق بتعزيز اعتماد الطفل على الذات) ارتبطت بمشاكل السلوكية للطفل حتى عند ضبط متغير تكرار النوبات. وأيضًا دراسة كارلتون–فورد وآخرين (Carlton-Ford et al., 1997) التي ربطت بين تصور الطفل للسيطرة المفرطة للوالدين والمشاكل السلوكية للطفل. وقد وجدوا أن السيطرة الأبوية المتصورة كانت مرتبطة بتزايد المشكلات السلوكية وظهور أعراض الاكتئاب لدى الطفل. وفي دراسة دان وزملائه التي أُجريت على المراهقين المصابين بالصرع، وجد أن انخفاض الرضا عن العلاقات الأسرية يرتبط بأعراض الاكتئاب (Dunn et al., 1999).

وفي دراسة مكوسكر وآخرين (McCusker et al., 2002) على الأطفال المصابين بالصرع المستعصي[3]، وجد أن العلاقات الأسرية الأكثر فقرًا لمساندة الطفل وارتبطت

[3] Intractable Epilepsy

بضعف توافق الطفل مع أعراض المرض وتكرار النوبات، ووجد أن أعراض اكتئاب الأمهات مرتبط بالمشاكل السلوكية لدى الأطفال المصابين بالصرع (Shore et al., 2002). (٢) تقييم سلوك أطفال الصرع؛ فقد درس أوجبيل-شيدي وزملاؤه (Oyegbile-Chidi et al., 2022) سلوك ٣٣٢ طفلًا (٦-١٦ عامًا) باستخدام قائمة مراجعة سلوك الطفل[4]. وبالمقارنة بأشقائهم، كان الأطفال المصابون بالصرع يعانون من معدلات مرتفعة من المشكلات السلوكية التي استمرت على مدى ٣٦ شهرًا. وفى دراسة فان دي بيرج وزملائه (Van Den Berg et al., 2018) مع تشخيص لصرع الفص الأمامي، أكمل المعلمون وأولياء الأمور لعدد ٣٢ طفلاً (١٨ طفل و ١٤ طفلة، متوسط العمر ٩) أكملوا قائمة التصنيف السلوكي للوظيفة التنفيذية (BRIEF)، قائمة مراجعة سلوك الطفل (CBCL)، ونموذج تقرير المعلم (TRF). يميل الآباء والمعلمون إلى الإبلاغ عن المزيد من مشاكل تنظيم السلوك. واهتمت دراسة سيلبرج وآخرين (Silberg et al., 2020) التى شارك فيها ١٥٥ طفلاً مصابًا بالصرع (٥٠٪ فتيات)، تتراوح أعمارهم بين ٥ و ١٨ عامًا. أكمل أولياء الأمور قائمة مراجعة سلوك الطفل (CBCL)، وأكمل المعلمون نموذج تصنيف المعلم المقابل (TRF)؛ لتقييم مشاكل الطفل العاطفية والسلوكية. أبلغ الآباء والمدرسون على حد سواء عن مستويات مرتفعة من المشكلات العاطفية والسلوكية، وأبلغ المعلمون عن مستويات أعلى نسبيًا من الأعراض. وكانت المشكلات العاطفية والسلوكية للطفل واضحةً فقط لتقارير المعلمين.

ويتضح مما سبق أن الأدب السابق لم يهتم بدراسة المشكلات السلوكية بالمراهقين؛ سواء الأيتام الأصحاء أو مرضى الصرع -وذلك فى حدود اطلاع الباحثَيْن-. هل يصاحب اليتم بمرحلة المراهقة لدى مرضى الصرع السلوك التدميري المشوش؟ وهل يؤثر مستوى الطمأنينة النفسية على خفض هذا السلوك؟ ليكون السؤال الرئيس: هل تتباين المشكلات السلوكية النفسية-الاجتماعية والطمأنينة النفسية لدى الأيتام المراهقين من

[4] Child Behavior Checklist

مرضى الصرع؟ وذلك فى محاولة لفهم أوضح للعلاقة المعقدة الموجودة بين العوامل البيولوجية والنفسية الاجتماعية في نشأة هذه المشكلات النفسية، وذلك للوقوف على التدخلات النفسية المناسبة.

٢- المفاهيم والأطر النظرية لمفاهيم الدراسة

تتضمن الدراسة الحالية مصطلحات رئيسة، هي: السلوك التدميري المشوش لدى مرضى الصرع، والطمأنينة النفسية، واليتم لدى المراهقين. وفيما يلي عرض لهذه المصطلحات:

٢.١ السلوك التدميري المشوش

السلوك التدميري المشوَّش[5] واحد من أكثر المشكلات السلوكية بالأطفال والمراهقين، ومن العوامل المسهمة للفشل الأكاديمي والجنوح والاضطرابات الانفعالية (Loeber et al., 2000)، وقد يظهر هذا السلوك بما في ذلك سلوك العناد[6] ونوبات الغضب، وغيرها من السلوكيات المعادية للمجتمع، مثل: الكذب والسرقة عند الأطفال والمراهقين. وغالبًا ما يشتمل على مشاكل التنظيم الانفعالي (أي: المزاج الغاضب والانفعال) (Karimy et al., 2018). ويعرف بأنه أي سلوك يصدر عن الأطفال يهدد أو يخيف الآخرين (Sam, 2013). https://psychologydictionary.org/disruptive-behavior/ وتتراوح أنماطه بين الانتهاكات البسيطة من قبيل الحديث أو الكلام الجريء المتحدي والردود السخيفة إلى التصرفات والأفعال العنيفة؛ كالعدوان الشديد. ويرتبط تفاقم هذا السلوك في صغار الأطفال بخصال محددة من قبيل التقلبات المزاجية الطفلية الحادة، والاضطرابات النفسية العصبية التي تؤثر سلبًا على القدرة على معالجة المعلومات، وتفاعل بنية الطفل الوراثية مع العوامل الأسرية الضارة أو المعاكسة (آلان كازدين وجون وايز، ٢٠١٨، ٤٩٣-٤٩٤).

[5] Disruptive Behavior (DB)
[6] Conduct Behavior

ويعاني المراهقين ذوي السلوك التدميري المشوَّش من مشاكل في قدرتهم على فهم وإدارة العواطف (Ciarrochi et al., 2001) ومخاطر أعلى لارتكاب سلوك إجرامي ومعادٍ للمجتمع (Attari et al., 2009). وفيما يتعلق بالجانب الأكاديمي؛ يواجه الطلاب المراهقون مشاكل تعليمية، مثل: الفشل الأكاديمي، والطرد والتسرب الدراسي، والدرجات الأكاديمية المنخفضة (Nock et al., 2006)، وعلى الجانب الآخر يُعد سلوكهم معطل لعمليات التعلم والتعليم في الفصل أو أي بيئة تعليمية أخرى (Walker et al., 2003; Lannie & Mc-Curdy, 2007; Veiga, 2008).

وتظل الآليات التشريحية العصبية للسلوك التدميري بين الجنسين غير واضحة، وتشير عدد من الدراسات الفيزيولوجيا المرضية للسلوك التدميري أن التشوه البنائي فى اللوزة الدماغية والقشرة الجبهية البطنية (PFC) أحد مسببات ضعف تنظيم العاطفة والعدوان التفاعلي، بما في ذلك فرط تفاعل اللوزة لديهم (Passamonti et al., 2010; Viding et al., 2012) بجانب ضعف نشاط المناطق التنظيمية الجبهية، لا سيما فى قشرة الفص الجبهي البطني الأنسي (vmPFC) والبطني الجانبي (vlPFC) على التوالي، في الأطفال المصابين باضطراب السلوك التدميري المشوش (Aghajani et al., 2017; Ibrahim et al., 2019) ومن ثَمَّ، فإن الفرضية الرئيسة هي أن اضطراب دوائر اللوزة – قشرة الفص الجبهي البطني الأنسي مسئولة عن بدء السلوك التدميري والدور الأساسي لهذه الدائرة في التأثير التكيفي أو تنظيم العاطفة (Motzkin et al., 2015; Etkin et al., 2015; Silvers et al., 2016)؛ مما يؤدي إلى انخفاض نشاط المناطق الجدارية أيضًا، ووجد ذلك فى الشباب ذوي السلوك التدميري (Klapwijk et al., 2016; Ibrahim et al., 2022) وانخفاض حجم المادة الرمادية في المناطق المتورطة في توليد المشاعر وتنظيمها (Raschle et al., 2015)، واللوزة (Aghajani et al., 2017) والجزيرة الأمامية (Fairchild et al., 2013) . وأظهر الإناث سمكًا قشريًا أعلى بالتلفيف فوق الهامشي (Smaragdi et al., 2017).

٢.٢ السلوك التدميري المشوش لدى مرضى الصرع المراهقين

الصرع هو مجموعة متنوعة من الاضطرابات العصبية التي تتميز في الغالب بالنوبات[٧] والعواقب العصبية الحيوية والمعرفية والنفسية – الاجتماعية المرتبطة بكل حالة على حدة (Fisher et al., 2005). ويُعرض الأطفال والمراهقون المصابون بالصرع لخطر الإصابة باضطراب نفسي يصل إلى خمسة أضعاف مقارنة بالأصحاء (Caplan et al., 2005) وتزايد معدلات الإصابة بالقلق والاكتئاب (Ettinger et al., 1998; Davies et al., 2003; Dunn et al., 2009) حتى الأطفال الذين يعانون من الصرع الذاتي[٨] ذوي نسبة الذكاء متوسطة، أو الأطفال الذين لا يعانون من النوبات الحرة والأدوية المضادة للنوبات[٩] يعانون من معدلات مرتفعة من المشاكل العاطفية والسلوكية (Hermann et al., 2012) وغالبًا ما تشكل هذه الصعوبات عبئًا كبيرًا على المراهقين المصابين بالصرع وعائلاتهم؛ مما يؤكد الحاجة إلى فهم شامل للعلاقة بين الصرع والصعوبات النفسية والاجتماعية (Mitchell et al., 1994; Freilinger et al., 2006).

تكشف النتائج المستخلصة بالدراسات السابقة أن العلاقات بين المشكلات السلوكية ومجموعة متنوعة من العوامل المتعلقة بالأطفال (مثل: العمر والجنس) غير متسقة، وتشير بعض الدراسات إلى أن السن الأصغر والجنس الأنثوي يرتبط بنتائج نفسية اجتماعية ضعيفة (Dunn & Austin, 1999; Austin et al., 2000; Freilinger, et al., 2006; Plioplys et al., 2007; Fleming et al., 2019) بينما فشلت بعض الدراسات الخرn في تقديم مثل هذا الارتباط (Valova et al., 2020).

أشارت الدراسات التي أجريت على الارتباط بين العوامل المرتبطة بالصرع والمشكلات

[7] Seizures
[8] Self-limited Epilepsies
[9] Off-antiseizure Medications, ASMs

السلوكية لدى الطفل إلى أن العلاج المتعدد هو أحد أهم عوامل الخطر للنتائج النفسية الاجتماعية السيئة (Caplan et al., 2008). وقد ارتبط الظهور المبكر للنوبات المرضية وطول مدة المرض أيضًا بزيادة خطر الإصابة بمشكلات السلوكية (Valova et al., 2020)، ومع كل سنة إضافية من تشخيص الصرع، وجد أن الطفل لديه فرصة أكبر ١.٣٥ مرة للتشخيص النفسي (Caplan et al., 2008). ومع ذلك، كان نوع النوبات (البؤرية[10] مقابل المعمم[11]) أو نوع متلازمة الصرع أقل اتساقًا في التنبؤ بمشكلات السلوكية (Freilinger et al., 2006). وتتطلب هذه التناقضات مزيدًا من الفحص للعلاقة بين العوامل المرتبطة بالصرع والحالة النفسية للطفل، فضلًا عن العوامل التي تؤثر على هذا الارتباط.

وبذلك، يُعد تقييم الأعراض السلوكية بين الأطفال أمرًا صعبًا، حيث قد تكون العلامات الظرفية للغاية (Achenbach et al., 1987). وبناءً على ذلك، يُعد النهج المتعدد لجمع البيانات[12] لتقييم المشكلات النفسية في المراهقين المصابين بالصرع (Achenbach et al., 1987; Renk, 2005). ويميل كل من الآباء والمعلمين إلى إدراك أن المراهقين المصابين بالصرع لديها أكثر (حوالي ٢٥٪) من مشكلات سلوكية من زملائهم الأصحاء (حوالي ٣-٥٪) (Oostrom et al., 2003). ووفقًا لذلك، تهدف الدراسة الراهنة إلى فحص العوامل النفسية الاجتماعية المرتبطة بصرع المراهقين وفقًا لتقارير الوالدين والمعلمين.

٢.٣ الطمأنينة النفسية عند اليتيم بمرحلة المراهقة

عرف ماسلو (Maslow, 1970) الحاجة إلى الطمأنينة والاستقرار والاعتمادية والتحرر من الخوف والقلق والاضطراب، والحاجة إلى التنظيم والترتيب، والقانون

[10] Focal
[11] Generalized
[12] A Multiple-Informant Approach

والمعرفة، والشعور بالسلام، والاستقلال، ونقص الخطر والتهديد، وتجنب الألم والإعاقة والاستثارة، والحاجة إلى القوة، وهي شعور الفرد بالاستقرار والتحرر من الخوف والقلق لتحقيق متطلباته ومساعدته على إدراك قدراته واكتشاف إمكاناته، وجعلها أكثر تكيفًا. فهي شعور مركب يحتوي شعور الفرد بالسعادة والرضا عن حياته بما يحقق له الشعور بالسلامة والاطمئنان، وأنه محبوب ومتقبل من الآخرين ليشعر بالانتماء، مع إدراكه لاهتمام الآخرين وثقتهم به، ليستشعر قدرًا كبيرًا من الدفء والمودة، ويجعله في حالة من الهدوء والاستقرار، والثبات الانفعالي والتقبل الذاتي واحترام الذات، وتحقيق رغباته في المستقبل بعيدًا عن خطر الإصابة باضطرابات نفسية أو صراعات أو أي خطر يهدد أمنه واستقراره في الحياة (Shoucair, 2005).

إن الحاجة إلى الطمأنينة ذات بعدين: الأول: الأمن المادي، ويتمثل في محاولات الفرد المستمرة إلى الحفاظ على حياته، وإشباع حاجاته الأولية من طعام وشراب، وإشباع الرغبات الجنسية، والبعد بنفسه بعيدًا عن موطن الخطر كلما أمكن ذلك أو التخلص من آثاره، أما الثاني: فهو الأمن المعنوي الذي يتمثل في إحساس الفرد بالأمن والأمان والطمأنينة والرضا وعدم القلق والتوتر والشعور بالسعادة مع التمتع بالصحة النفسية. ومن العوامل المؤثرة في الطمأنينة النفسية؛ التنشئة الاجتماعية التي تحدد درجة الطمأنينة النفسية التي يشعر الفرد بها تعتمد على توفير المحبة والقبول والاستقرار. والعوامل البيئية التي تكسب الفرد الخبرات والمواقف المختلفة، وتجعله يشعر بالطمأنينة النفسية نحو بيئته، والعوامل الجسمية والصحية وهي سلامة الجسم، فكلما زادت زاد تقبل الفرد لجسمه زاد شعوره بالطمأنينة النفسية، وكلما قل تقبله أصبح أكثر عرضة لفقدان الطمأنينة. والعوامل الاقتصادية هي العوامل الضاغطة التي قد تهدد حياة الفرد بالخطر، إذ إن قلة الدخل الشهري تشعر بعدم الأمن النفسي (العنزي والنجار، ٢٠١٩).

ويرى إريكسون Erikson أن الطمأنينة النفسية والحب والثقة في الآخرين يقابلها حاجات أساسية يؤدي إشباعها خاصة في السنوات المبكرة من الطفولة إلى سيادة

الإحساس بالطمأنينة النفسية في المراحل اللاحقة. وفي تصنيف إريكسون لمراحل النمو النفسي الاجتماعي تعكس هذه الرؤية؛ فالطفل في السنتين الأولَيَيْن من عمره إن لم يتحقق له الحب ويشعر بالأمن يفقد ثقته في العالم من حوله، ويتطور لديه مشاعر من عدم الثقة في الآخرين بالانعزال والابتعاد عنهم، وعندما يكبر الطفل ويصبح مراهقًا يفشل في تكون علاقات مع الآخرين؛ مما يؤدي إلى الميل إلى الوحدة والعزلة (عوض، ١٩٩٩).

وقد أورد القريطي (١٩٩٨) أن الأبناء المحرومون من رعاية الآباء فى مرحلة الطفولة والمراهقة كانوا أكثر عرضة للتدخين والاعتماد على المواد النفسية والجنوح، وتدني مستوى التحصيل، وتدني مفهوم الذات، والمغادرة المبكرة للمنزل، وعدم الأمان الاقتصادي، مقارنة بأبناء الأسر العادية؛ نتيجة لنقص الرعاية والمتابعة والرقابة الاجتماعية وتنظيم السلوك، وغياب دور الأسرة تجاه المراهق. وتتعدد احتياجات الأيتام المراهقين، فهي لا تختلف عن الاحتياجات لدى المراهقين العاديين في أسرهم، إلا أن الاهتمام بإشباع تلك الاحتياجات يُعد ضروريًا للاحتياجات النفسية، ومن أهمها؛ (١) الحاجات الجسمية التي تشمل التغذية واللعب والنشاط؛ ليتحقق النمو العقلي والصحي السليم، وإشعاره بالأمان والثقة. و(٢) الحاجات العقلية التي تضم تنمية القدرة على التفكير وممارسة الخبرات الحسية واكتساب المهارة اللغوية التي تغذي قدرة اليتيم على التفكير والبحث والاستطلاع والمعرفة (اسكندر، ٢٠٢٠). ويحتاج أيضًا إلى (٣) الحاجات الاجتماعية لتكوين الصداقات حتى يشعر من خلالها بالألفة والمحبة، ومن شأنه سرعة التكيف والتوافق مع المجتمع. و(٤) تضم الحاجات النفسية: ١) الحاجة إلى المحبة والحنان، ويحتاج اليتيم خاصة إلى تهيئة الجو العاطفي والوجداني السليم الذي يدعم نمو الشخصية ويجب أن نعامله بكل لطف ونداعبه، و٢) الحاجة إلى التوكيد، فاليتيم في حاجة إلى تهيئة مناخ لإعادة بناء شخصيته لكي يستعيد الثقة بنفسه مرة أخرى، ويشعر بأهميته وقيمته التي تليق به؛ وذلك حتى لا يكون عرضة للانحراف أو

الإصابة بالأمراض النفسية. و٣) الحاجة إلى المساواة، يحتاج اليتيم إلى من يستمع له ويهتم بشكواه ومعاناته التي تواجهه في مختلف الأحيان، وإلى من يخفف عنه حدة الفقدان والفراغ الذي تركه والداه، فلو أفصح عن أحد همومه لوجب أن نستجيب له؛ لإضفاء حالة من الهدوء والسكينة والرحمة عليه والتخفيف من معاناته (عبدالمنعم، ٢٠٢٣).

٣ المنهج واجراءات الدراسة

٣.١ منهج البحث وتصميمه

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج الوصفي بتصميم مقطعي قائم على الملاحظة سلوك مرضى الصرع خلال فترة إجراء البحث.

٣.٢ وصف خصائص العينة

في هذه الدراسة، يشير مصطلح "اليتم" إلى المراهقين الذين فقدوا كلا الوالدين بالوفاة بمرحلة الطفولة، ويشير مصطلح "المراهق اليتيم" إلى أولئك الموجودين في أسر بديلة، والذين توفي والديهم.

كان تصميم الدراسة مقطعيًا. تم التواصل مع أولياء الأمور بشأن المشاركة في الدراسة. وافق جميع الآباء مقدمي الرعاية على المشاركة، أكمل الوالدان مقدمي الرعاية للمراهقين أولًا قائمة التحقق من سلوك الطفل. وتم تضمين المشاركين إذا تم استيفاء المعايير التالية: تاريخ من الصرع (أي: النوبات التي حدثت خلال العام الماضي)، مع تحديد الصرع بأي من الشروط التالية: (أ) لا يزيد أعمارهم عن ١١–١٨ سنة (متوسط العمري ١١.٣ ± ٤.٨ سنة، وكان الذكور أصغر سنًا من الإناث)، و(ب) من المرضى المترددين على مركز حسن حلمي بمدينة الخارجة، وتم الاستعانه بالرائدات الريفيات بالقرى المحيطة بمدينتي الخارجة وباريس على أن يكون لهم تاريخ مرضي للإصابة بالصرع (وكانوا من المترددين على عيادات الصرع التخصصية التابعة لقسم الأمراض

العصبية والنفسية بمستشفى أسيوط الجامعي). (ج) المراهقين من الذين يتمتعوا بالتأمين الصحي وملتحقين بالمدارس.

تم استبعاد من يعانون من الإعاقة العقلية بمرضى الصرع العرضي والصرع مجهول المنشأ. وتعد النوبات الصرعية التوترية الرجعية ٤٧.١٪ اكثر أنواع الصرع شيوعًا فى مرضى الصرع المصابين بالتخلف العقلي تلاها فى ذلك صرع متلازمة لينوكس جاستو والمرضى الذين يعانون من أكثر من نوع من الصرع (مثل: النوبات التوترية، والنوبات الصغرى، واختلاج العضلات) ١٧.١٪ ثم نوبات الصرع الجزئي البسيط ١٥.٩٪ وأخيرًا نوبات الصرع الجزئي التي يصاحبها تعميم ثانوي ١٤.٩٪. وجد أن الفص الجبهي والصدغي الأكثر شيوعًا ٣٧.٧٪ لكل منهما. تلاها الفص الجداري ١٨٪ بينما الفص القفوي ٦.٦٪.

وبالنسبة لحجم العينة، أجريت الدراسة على ٦٠ مراهقًا، تمت تربيتهم فى بيئات أسرية بديلة (الأقرباء من جهة الأب أو الأم). وقد تراوحت أعمارهم بين ١١- ١٨ سنة؛ ١٢ ينتمون إلى الفئة العمرية ١١-١٣ سنة، و٤٨ ينتمون إلى الفئة العمرية ١٤-١٧ سنة. وكان عدد الأولاد (ن= ٢٣) في العينة أقل من البنات (ن = ٣٧). وكان سبب التواجد في الأسر البديلة بالنسبة لغالبية المراهقين هو وفاة كلا الوالدين (٩٤.٨٪)، ويليهم هجر الوالدين لهم (٥.٢٪). وكانت مدة بقاء العينة مع الأسر البديلة من ٣ إلى ٥ سنوات. وبلغ المستوى التعليمي "المرحلة الإعدادية" ٣٩.٧٪، المرحلة الثانوية ٦٠.٣٪. وكانت معايير الاستبعاد هي: (١) يعانون من إعاقة ذهنية أو أمراض طبية مزمنة وخيمة، و(٢) كانت مدة بقائهم في منزل الأسر البديلة أقل من شهر واحد، و(٣) أن لا يكونوا من الأحداث الجانحين كما ورد بتقرير الوالدين بالأسر البديلة، والرجوع لسجلات مديرية التضامن الاجتماعي.

٣.٣ الأدوات المستخدمة

٣.٣.١ قائمة ملاحظة سلوك مريض الصرع بمرحلة المراهقة

قائمة ملاحظة سلوك مراهق الصرع عبارة عن تقرير يملؤه الأبوين من مقدمي الرعاية، وتكون القائمة من ٣ أجزاء، هي: بيانات أولية وتشخيصية، وملاحظة المشكلات السلوكية، وتُعد أدوات التقييم القائمة على الملاحظة الأكثر استخدامًا للحصول على تقارير موحدة لسلوك الأطفال كما يلاحظها الآباء، وتسمح القائمة بمراجعة سلوك الطفل بتقييم الشكاوى الجسدية، والسلوك العدواني، والإنجاز المدرسي، وعلاقة الأقران، والأنشطة. بجانب المتغيرات الطبية المتعلقة بالصرع: المسببات (مجهول السبب، أو الخفي، أو أعراض)، والعمر عند النوبة الأولى، وأعراض النوبة (بؤرية أو معممة)، وتكرار النوبات (بدون نوبات خلال الأشهر الستة الماضية، أو مع نوبات في الأشهر الستة الماضية)، العلاج بمضادات الاختلاج في وقت التقييم (لا شيء، العلاج الأحادي، أو العلاج المتعدد)، وتخطيط كهربية الدماغ في وقت التقييم (طبيعي، أو مرضي مع النوبات).

٣.٣.٢ قائمة السلوك التدميري المشوَّش والمشكلات الاجتماعية

قائمة السلوك التخريبي والمشكلات الاجتماعية (Disruptive Behavior and Social Problem Scale, DBSP) هي قائمة مرجعية سلوكية لرصد السلوك والتفاعلات الاجتماعية، ألفه يونج وزملاؤه (Young et al., 2003)، وقد ثبت أنه ذو قيمة في تحديد المراهقين من طلاب المدارس الثانوية غير المقبولين اجتماعيًا والمضطربين (Mendelsohn & Erdwins, 1987). ويتكون من ١٤ عبارة (٨ عبارات للسلوك التدميري المشوَّش، ٦ عبارات للوظيفية الاجتماعية والنفسية)، ويتم الإجابة عليه بمقياس ليكرت المكون من ٧ نقاط (تتراوح من ١ "ليس على الإطلاق" إلى ٧ "كثيرًا جدًا"). ويتم عكس التصحيح في العبارات من (٩ – ١٤). ويمكن إكمال قائمة المراجعة في غضون ١٥–٢٥ دقيقة. وتشير الدرجات المرتفعة إلى وضوح السلوك

التدميري ودرجة أكبر من التسبب بالمشاكل الاجتماعية.

وقام الباحثان بتعريب المقياس إلى اللغة العربية، بعد عرضه على مختصين في اللغة الإنجليزية والعربية للتدقيق اللغوي، ثم تم عرضها على اثنين من المختصين في اللغة الإنجليزية بشكل مستقل لإعادة ترجمتها مرة أخرى إلى اللغة الإنجليزية. ثم قمت بمقارنة جميع العبارات التي تمت إعادة ترجمتها بعناية مع تلك الموجودة في النموذج الأصلي للتأكد من أن العبارات تم تعريبها بشكل مقبول. وللتحقق من الاتساق الداخلي، على عينة من المراهقين الأصحاء (ن=٣٠)، تم حساب معامل (بيرسون) بين كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه، وارتباط كل بُعد بالدرجة الكلية للمقياس؛ وذلك لمعرفة مدى ارتباط واتساق بنود المقياس بالدرجة الكلية للبُعد الذي ينتمي إليه، ويوضح ذلك فى الجدول رقم (١).

جدول (١)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

السلوك التدميري المشوَّش	معامل الارتباط	الوظيفة النفسية والاجتماعية	معامل الارتباط
١	٠.٧٨٦**	٩	٠.٧٠٠**
٢	٠.٧٧٩**	١٠	٠.٧٤٣**
٣	٠.٧٩٠**	١١	٠.٧٧٨**
٤	٠.٧٥١**	١٢	٠.٨٠٦**
٥	٠.٧٩٣**	١٣	٠.٧٩١**
٦	٠.٧٩٦**	١٤	٠.٧٢٨**
٧	٠.٧٢٦**	**البعد بالمقياس ككل**	٠.٨٠٠**
٨	٠.٧٧٣**	**البعد بالمقياس ككل**	٠.٨٣١**

**** دال عند (٠.٠١)**

يتضح من الجدول السابق بأن بنود المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط (>٠.٧)، ودالة

إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)؛ وبذلك تتمتع القائمة باتساق داخلي مقبول.

٣.٣.٣ مقياس الطمأنينة النفسية

وهو مقياس مشتق من مقياس الطمأنينة النفسية الذي أعده إبراهام ماسلو، ويهدف إلى قياس درجة الإحساس بالطمأنينة النفسية لدى الأفراد. وقام الدليم وآخرون (١٩٩٣) بتطبيقه على طلاب الجامعة بالسعودية. وقد وصل ثباته ٠.٩٤ بمعامل ألفا كرونباخ، ويتكون من ٧٥ عبارة، يتم الاختيار بإحدى فئات الاستجابة الأربع (دائمًا ٤، أحيانًا ٣، نادرًا ٢، أبدًا ١)، عدا بنود عكسية.

وقد حسب الباحثان الاتساق الداخلي للمقياس، على عينة من المراهقين الأصحاء (ن=٣٠)، بمعامل بيرسون بين كل بند من بنود المقياس ودرجته الكلية، والجدول رقم (٢) التالي يوضح هذه النتائج:

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لمقياس الطمأنينة النفسية (ن=٣٠)

العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط
١	٠.٧٧٩**	١٦	٠.٧١٦**	٣١	٠.٧٠٠**	٤٦	٠.٤٦٠**	٦١	٠.٤٦٧**
٢	٠.٧٠٥**	١٧	٠.٧٢١**	٣٢	٠.٧٣٠**	٤٧	٠.٦٨١**	٦٢	٠.٦٦٥**
٣	٠.٧٦٣**	١٨	٠.٧٩٤**	٣٣	٠.٧٨٦**	٤٨	٠.٥٧٩**	٦٣	٠.٥٧١**
٤	٠.٧٧٨**	١٩	٠.٧٥٧**	٣٤	٠.٧٧٩**	٤٩	٠.٧٠٣**	٦٤	٠.٧١٥**
٥	٠.٧٣٤**	٢٠	٠.٧٦١**	٣٥	٠.٧٩٠**	٥٠	٠.٧١٠**	٦٥	٠.٧٠٣**
٦	٠.٧٦٨**	٢١	٠.٧٢٨**	٣٦	٠.٧٥١**	٥١	٠.٧٥٦**	٦٦	٠.٧٣٥**
٧	٠.٧٩٠**	٢٢	٠.٧٤٣**	٣٧	٠.٧٩٣**	٥٢	٠.٧٩٨**	٦٧	٠.٧٨٩**
٨	٠.٧٩٥**	٢٣	٠.٧١٢**	٣٨	٠.٧٩٦**	٥٣	٠.٨٢٣**	٦٨	٠.٧٩٣**
٩	٠.٧٠٠**	٢٤	٠.٧٢٢**	٣٩	٠.٧٢٦**	٥٤	٠.٨٤٩**	٦٩	٠.٨٢٨**
١٠	٠.٧٤٣**	٢٥	٠.٧٢٠**	٤٠	٠.٧٧٣**	٥٥	٠.٨٦٨**	٧٠	٠.٨٧٣**
١١	٠.٧٧٨**	٢٦	٠.٧٠٥**	٤١	٠.٧٣٧**	٥٦	٠.٨٧٥**	٧١	٠.٨٦٥**

العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط
١٢	٠.٨٠٦**	٢٧	٠.٧٩١**	٤٢	٠.٧٨٨**	٥٧	٠.٨٩٤**	٧٢	٠.٨٩٩**
١٣	٠.٧٤٢**	٢٨	٠.٧٥٥**	٤٣	٠.٧٢٧**	٥٨	٠.٨٩٤**	٧٣	٠.٨٩٢**
١٤	٠.٧٨٠**	٢٩	٠.٧٦٩**	٤٤	٠.٧٥١**	٥٩	٠.٨٩٠**	٧٤	٠.٨٨٠**
١٥	٠.٨٢١**	٣٠	٠.٨٣٠**	٤٥	٠.٨٠٣**	٦٠	٠.٨١٤**	٧٥	٠.٧٧٢**

** دال عند (٠.٠١)

وللتحقق من ثبات مقياس الطمأنينة النفسية بهذه الدراسة، استخدم الباحثان معاملات ثبات ألفا كرونباخ على عينة من الأيتام المراهقين الأصحاء، ووصل معامل ثبات ألفا كرونباخ ٠.٨٩٦

٤ عرض نتائج الدراسة

ينص الفرض الأول "توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات مرضى الصرع من الأيتام المراهقين على قائمة السلوك التخريبي والمشكلات الاجتماعية ومقياس الطمأنينة النفسية" وللإجابة على هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وحساب اختبار «ت» على النحو التالي:

يوضح جدول (٣)

اختبار «ت» لعينة واحدة

المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت د.ج = ٢٩	مستوي الدلالة
السلوك التدميري المشوَّش	٣.٨٧٥	٠.٨١٥	٠.٨٤٠	غير دالة
الوظيفة النفسية والاجتماعية	٤.٢٤٤	١.٠٠٧	١.٣٢٩	غير دالة
المشكلات النفسية ككل	٤.٠٣٣	٠.٥٢٥	٠.٣٥١	غير دالة
الطمأنينة النفسية	٢.٦٠٠	٠.٣٠٦	٧.١٦٤	٠.٠١

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسط درجات العينة في السلوك التدميري المشوَّش. بينما وجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسط درجات العينة في الطمأنينة النفسية.

نص الفرض الثاني على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات السلوك التدميري المشوَّش والطمأنينة النفسية لدى مرضى الصرع من الأيتام المراهقين، وذلك لدى كل من الذكور ونظرائهم من الإناث". وقد استخدمت الباحثة اختبار (ت) للفروق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، وجاءت نتائجه كما يوضحه جدول رقم (٤).

جدول (٤)

اختبار "ت" ومستوى دلالتها للفروق فى **السلوك التدميري المشوَّش** والطمأنينة النفسية

البعد	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	ت ودلالتها
السلوك التدميري المشوَّش	الذكور	٣٠	٣١.١٧	٦.٨٠٣	٠.١٩٨
	الإناث	٣٠	٣٠.٨٣	٦.٢٢٦	غير دالة
الوظيفية النفسية والاجتماعية	الذكور	٣٠	٢٦.٧٣	٦.١٢٥	١.٦٦١
	الإناث	٣٠	٢٤.٢٠	٥.٦٧٨	غير دالة
المقياس ككل	الذكور	٣٠	٥٧.٩٠	٧.٢٢٧	١.٥٥٦
	الإناث	٣٠	٥٥.٠٣	٧.٠٣٩	غير دالة
الطمأنينة النفسية	الذكور	٣٠	٢٠١.٤٣	٢٦.١٦٦	٢.٢٦٧
	الإناث	٣٠	١٨٨.٥٧	١٦.٧٩٢	دالة ٠.٠٥

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين متوسط درجات الأيتام المراهقين (الذكور والإناث) في السلوك التدميري المشوَّش، بينما وجد تباين بين متوسط درجات الأيتام المراهقين (الذكور والإناث) في الطمأنينة النفسية فى اتجاه الاناث.

وينص الفرض الثالث "توجد علاقة ارتباطية بين السلوك التدميري المشوَّش والطمأنينة النفسية لدى مرضى الصرع من الأيتام المراهقين". وللإجابة على هذا السؤال تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين السلوك التدميري المشوَّش والطمأنينة النفسية لدى مرضى الصرع من الأيتام المراهقين الموضح بالجدول رقم (٥).

الجدول (٥)

معامل ارتباط بيرسون بين المشكلات السلوكية الاجتماعية والطمأنينة النفسي

	السلوك التدميري المشوَّش	الوظيفة الاجتماعية والنفسية	الكلي
الطمأنينة النفسية	٠.٥٢٧ –**	٠.٦٦٨**	٠.٣٩٢*

دال عند ٠.٠٥* دال عند ٠.٠١، **

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة عكسية دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين السلوك السلوك التدميري المشوَّش والطمأنينة النفسية حيث بلغ معامل الارتباط (–٠.٥٢٧). وتوجد علاقة طردية دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين الوظيفة الاجتماعية والنفسية والطمأنينة النفسية، حيث بلغ معامل الارتباط (٠.٦٦٨). وتوجد علاقة طردية دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين مقياس المشكلات ككل والطمأنينة النفسية، حيث بلغ معامل الارتباط (٠.٣٩٢) وهو معامل ارتباط موجب ضعيف، وقد يرجع ذلك إلى احتواء القائمة على بُعدين متعاكسين مما قلل وجود هذه العلاقة.

٥ تفسير النتائج

غالبًا ما يصبح الأطفال المحرومون من الرعاية الوالدية والبيئة الأسرية الآمنة عرضه لمجموعة من المشكلات السلوكية والنفسية. واهتمت الدراسات النفسية بتناول المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأيتام المراهقين بدور رعاية الأحداث التابعة للمؤسسات الحكومية قليلة نسبيًا (Musisi et al., 2007; Petersburg-USA Orphanage

Research Team, 2008; Kaur, et al., 2018; Shafiq, et al., 2020). وعلى الجانب الآخر كانت تركيز ووفرة الدراسات على المراهقين العاديين (Zatitsoff et al., 2009; Rahman et al., 2012; Kaur et al., 2018)

هدفت الدراسة الراهنة إلى تقييم الحالة السلوكية النفسية للأيتام المراهقين المصابين بالصرع الذين تم رعايتهم في منازل للأسر البديلة. ولهذا الغرض، كانت العينة يتم تربيتهم مع الأسر البديلة من الأقرباء بمدينة الخارجة بمحافظة الوادي الجديد.

وأظهر التاريخ المرضي بالنوبات الصرعية بعينة هذه الدراسة أن حدوث النوبة الأولى سجل ٧٩٪ فى الفترة العمرية من ١٢-١٥ سنة. ووجد أن نسبة زواج الأقارب كانت ٤١٪ وذلك لا يعني بالضرورة أن هنا تأثيرًا كبيرًا للعامل الوراثي في مرضى الصرع، وقد يكون ذلك بسبب العوامل الوراثية نتيجة زواج الأقارب من العائلات الواحدة. وقد كانت أعلى نسبة في زواج الأقارب ٥٦٪ بين حالات الصرع التي ليس لها سبب معلوم، تلتها فى ذلك حالات الصرع التي لها سبب واضح ٦٤٪ وكانت أقل نسبة في مرضى الصرع الذاتي مجهول السبب. ولوحظ أن نسبة ٦١.٢٪ من المرضى أظهروا تاريخًا مرضيًا أسريًا لحالات الصرع. ولوحظ أن زواج أولاد العم وأولاد الخال بلغت نسبته ١٧.٥٪ من المرضى. ويعان الصرع مجهول السبب، ونسبة المرضى الذي يعانون الصرع العرضي (المسبب) ١٨.٣٪ من إجمالي المرضى، منهم ٥٦٪ حالات ما بعد التهاب المخ تلتها العوامل الخطرة التي تحدث قبل وأثناء وبعد الولادة وبلغت نسبتها ١٩٪ ثم الصرع العرضي الناتج عن إصابات الرأس، وبلغت نسبته ١١٪ من الطفولة.

وبمراجعة التاريخ العلاجي للعينة. فيما يخص التاريخ العلاجي للعينة؛ وجد أن ٧٥٪ من المرضى يستعملون نوع واحد من أدوية مضادات الصرع، مثل: الكاربامازابين وفالبورات الصوديوم والدايفينيل هيدانتوين. ووجد أن أن الكارامازابين أكثر مضادات الصرع استخدامًا لعلاج ٦٧٪ من المرضى بمفرده. وبينما استخدم عقار فالبورات الصوديوم بمفرده لعلاج ٢٧٪ من الحالات. وبدراسة استجابة المرضى لأدوية الصرع –

عدم حدوث النوبات الصرعية فى فترة اكثر من سنة- وجد أن ٧١٪ من المرضى لم يستجيبوا منهم. وكان ٥٥.٩٪ يستخدمون نوعًا واحدًا من أدوية مضادات الصرع وكان ١٨.١٪ منهم يستخدمون أكثر من نوع من أدوية مضادات الصرع، وكان معظم مرضى الصرع العرضي غير مستجيبين للعلاج ٨٨٪. وقليل من المرضى فى المناطق الريفية ينتظمون على العلاج الموصوف لهم؛ مما يعكس ضعف الثقافة الطبية فى مجتمع الوادي الجديد، وربما صعوبة الوصول إلى المراكز المختصة، وكذلك صعوبة الحصول على العلاج بصفة دائمة لأسباب اقتصادية وغيرها. وكان ظهور النوبة الصرعية الأولى في مجموعة مرض الصرع الجزئي العرضي فى سن أصغر من مجموعة الصرع الجزئي الذاتي والصرع مجهول السبب؛ مما يعني أن الجهاز العصبي أكثر تأثرًا بالعوامل البيئية فى فترة الطفولة. وقد بدأ ظهور النوبة الصرعية الأولي فى مرضي الصرع العرضي فى الذكور فى سن أصغر من الإناث. وربما يفسر ارتفاع نسبة الحالات الناتجة عن عوامل خطرة حول الولادة أن الدول النامية ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض خاصة فى المناطق الريفية، تعاني من قصور الرعاية أثناء الحمل وقبل وأثناء وبعد الولادة قد يمثل مثل هذا القصور ظاهرة ارتفاع معدل إصابات الأطفال أثناء الولادة. أيضًا تعتبر الأمراض الالتهابية للجهاز العصبي (مثل: التهاب المخ، والالتهاب السحائي) من أهم أسباب ارتفاع معدل الصرع العرضي.

وأوضحت النتائج أيضا؛ عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسط درجات العينة في السلوك التدميري المشوَّش، بجانب عدم وجود فروق بين متوسط درجات مرضى الصرع من الأيتام المراهقين (الذكور والاناث) في السلوك التدميري المشوَّش. وهو ما تعارض مع نتائج الدراسات السابقة (أبو منديل، ٢٠١٦؛ Shiferaw et al., 2018) التي أكدت على عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في مستوى المشكلات السلوكية، وقد يرجع ذلك لعدد من العوامل مثل مستوى الدعم الاجتماعي، ومدة الإقامة، والتمييز المجتمعي. ويعطل السلوك التدميري المشوَّش عمليات التعلم والتعليم في الفصل أو أي

بيئة تعليمية أخرى (Walker et al., 2003; Lannie & McCurdy, 2007; Veiga, 2008)، وتسهم العوامل الاجتماعية في حدوثه (Rijlaarsdam et al., 2016).

وبسؤال الأقارب بالأسر البديلة بالدراسة الراهنة اتفقوا على أن الأيتام المراهقين حساسين لكل التصرفات (خاصة إذا صدر من ذكر سواء كان العم أو الخال أو الجد) سواء كان هذا التصرف موجه لهم أو لغيرهم، ويجعل استجاباتهم اللفظية سخيفة وأحيانًا عنيفة بجانب أنه ينتابهم التقلبات المزاجية الطفلية الحادة. وقد أكدوا أيضًا على أن الأيتام الذكور أعنف من الإناث فى استجاباتهم، وأن المراهقات اليتيمات يملن إلى البكاء والنظر للجسم عند توجيه تعليق على تصرف صدر منهن أو لغيرهن بالأسرة.

ورغم أن السلوك التدميري ينتشر عند الأولاد مقارنة بالفتيات (Keenan et al., 2010; Demmer et al., 2017) إلا أن الفتيات اليتيمات ينتابهن مستويات مرتفعة من أعراض الاكتئاب وتدني تقدير الذات مقارنة بالفتيان اليتامى (Ibrahim et al., 2014; Safdar, 2018)، بجانب سيطرة النظرة السلبية للعالم بشكل أكثر وضوحًا في الأيتام الفتيات مقارنة بالأولاد (Majeed et al., 2015; Thabet & Panos, 2017) ويرجع ذلك لصغر حجم المادة الرمادية في الجزيرة الأمامية لدى كل من الذكور والإناث ذوي اضطراب السلوك (Fairchild et al., 2013). وتأتي الفروق بين الجنسين في سمك القشرة لدى المراهقين من ذوي اضطراب السلوك؛ حيث أظهر الإناث سمكًا قشريًا أعلى في التلفيف فوق الهامشي مقارنةً بمجموعات الضابطة (Smaragdi et al., 2017)، وهو ما يظهر أن السلوك التدميري المشوش يؤثر سلبًا على تطور الأنسجة الدماغية لدى الأطفال والمراهقين المقيمين بدور الأيتام. وتتراوح أنماطه بين الانتهاكات البسيطة من قبيل الحديث أو الكلام الجريء المتحدي والردود السخيفة إلى التصرفات والأفعال العنيفة؛ كالعدوان الشديد (آلان كازدين وجون وايز، ٢٠١٨، ٤٩٣). ويرجع ذلك لأن المراهقين ذوي السلوك التدميري المشوَّش يعانوا من مشاكل في قدرتهم على فهم

وإدارة الانفعالات (Ciarrochi et al., 2001). ويرجع ذلك إلى ضعف تنظيم العاطفة والعدوان التفاعلي، ويرجع ذلك لفرط تفاعل اللوزة (Passamonti et al., 2010; Viding et al., 2012) وقلة النشاط في المناطق التنظيمية الجبهية، ولا سيما قشرة الفص الجبهي البطني الأنسي (vmPFC) والبطني الجانبي (vlPFC) (Aghajani et al., 2017; Ibrahim et al., 2019) أي يؤثر على الروابط المتبادلة المشتركة بين قشرة الفص الجبهي البطني الأنسي واللوزة (Motzkin et al., 2015) التى يُعد دورها الأساسي في التأثير التكيفي أو تنظيم العاطفة (Etkin et al., 2015; Silvers et al., 2016). وبذلك قد تعكس سلامة دائرة اللوزة– القشرة الجبهية البطنية الأنسية فى بداية السلوك التدميري، وانخفاض نشاط المناطق الجدارية (Klapwijk et al., 2016; Ibrahim et al., 2022) بجانب انخفاض حجم المادة الرمادية في المناطق المشاركة في توليد المشاعر/ التفاعل والتنظيم (Raschle et al., 2015) وانخفاض حجم المادة الرمادية في اللوزة (Aghajani et al., 2017) وانخفاض حجم القشرة الجبهية البطنية (Dalwani et al., 2015; Sebastian et al., 2016)

وبالنسبة للطمأنينة النفسية؛ توصلت نتائج الدراسة الراهنة إلى (١) وجود تباين بين متوسط درجات الأيتام المراهقين (الذكور والاناث) في الطمأنينة النفسية في اتجاه الإناث. و(٢) وجود علاقة عكسية دالة إحصائيًا بين السلوك التدميري المشوَّش والطمأنينة النفسية، وتوجد علاقة طردية دالة إحصائيًا بين الوظيفة الاجتماعية والنفسية والطمأنينة النفسية. وتوجد علاقة طردية دالة إحصائيًا بين مقياس المشكلات ككل والطمأنينة النفسية ضعيفة. وتُعد الطمأنينة النفسية شعورًا مركبًا بالسعادة والرضا عن الحياة بما يحقق الشعور بالسلامة والاطمئنان، والإحساس بالحب والتقبل من الآخرين لنشعر بالانتماء، مع إدراك لاهتمام الآخرين بنا وثقتهم ، لنستشعر الدفء والمودة والتقبل الذاتي وتقدير الذات (Shoucair, 2005). ويعمل الوسط والبيئة غير الطبيعية التي تتم فيها رعاية اليتيم بعيدًا عن جو الأسرة الطبيعي ليقلل من الشعور بالطمأنينة النفسية وفاعليتها اللازمة له نتيجة المرور بخبرة حرمانه من والديه ومن وجوده في أسرة طبيعية،

حيث تتحقق الطمأنينة النفسية من خلال شعور الفرد بالاستقرار والتحرر من الخوف والقلق لتحقيق متطلباته ومساعدته على إدراك قدراته واكتشاف إمكاناته وجعلها أكثر تكيفًا (كفافي، ٢٠٠٨).

إن الأطفال والمراهقين الذين يكون فى مقدور الآباء معرفة احتياجاتهم العاطفية ويستجيبون لها بشكل حميمي يكونون أكثر احتمالًا لتطوير نموذج فعَّال للشعور بالطمأنينة النفسية لعلاقاتهم بأطفالهم وتفاعلاتهم معهم، الأمر الذي يؤدي إلى مزيد من التنظيم الانفعالي المؤثر. ولكن فى حال عدم إدراك تعبير الأطفال عن مشاعرهم أو يعجزون عن لاستجابة لها –وهو ما يحدث فى حال اليتم– غالبًا ما يكون ارتباط أطفالهم وتعلقهم بهم تعلقًا مهددًا أو غير آمن (Bosmans et al., 2022) التعلق غير الآمن يتصل بزيادة الشعور بالمشقة لدى الأطفال ويؤدي لسوء معاملة الطفل وإهماله (آلان كازدين وجون وايز، ٢٠١٨، ٤٩٥)؛ مما يجعل هناك ضرورة ملحة للاهتمام بإشباع احتياجات اليتيم أكثر من غيره ليخفف عنه حدة الفقدان والفراغ الذي تركه والداه، فلو أفصح عن أحد همومه لوجب أن نستجيب له؛ لإضفاء حالة من الهدوء والسكينة والرحمة عليه، والتخفيف من معاناته (الصرايرة والهواري، ٢٠٢١). وخاصة بمرحلة المراهقة التى تمثل التغيرات الفيزيولوجية بها عاملًا أساسيًا؛ مما يولد العديد من التوترات والصعوبات؛ لأن الخصائص الإنسانية الكاملة تولد فى هذه المرحلة. وأن الحياة الانفعالية للمراهق تكمن فى حالات متناقضة، فمن الحيوية والنشاط إلى الخمول والكسل (العمور، ٢٠١٥).

المراجع

أبو منديل، وسام يوسف سليمان. (٢٠١٦). *المشكلات السلوكية وعلاقتها بالتواصل الأسري لدى المراهقين مستخدمي الهواتف الذكية من وجهة نظر الوالدين*. [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الاسلامية – غزة. كلية التربية، قسم الصحة النفسية والمجتمعية.

اسكندر، نيفين ميخائيل. (٢٠٢٠). دور الجمعيات الأهلية في رعاية الأطفال الأيتام بمصر. جامعة عين شمس – مركز تعليم الكبار. *آفاق جديدة فى تعليم الكبار*؛ ٢٨، ٢٠٩ – ٢٧٦.

آلان كازدين وجون وايز. (٢٠١٨). *أساليب العلاج النفسى المؤيدة بالأدلة العلمية للأطفال والمراهقين*. ترجمة: محمد نجيب الصبوة. القاهرة: المركز القومي للترجمة (العمل الأصلي نشر في ٢٠١٠).

الصرايرة، صفاء جمال والهواري، لمياء، صالح محمد. (٢٠٢١). التمكين النفسي وعلاقته بالطمأنينة النفسية لدى الطلبة الأيتام في جامعة مؤتة. *مجلة جامعة الحسين بن طلال للبحوث*؛ ملحق (٧)، ٣٨٢ – ٤٠٨.

العتيبي، أروى بنت عبد الله عواض. (٢٠٢٠). *الحرمان الوالدي وعلاقته بالسلوك الانحرافي* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية– كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، تخصص الصحة النفسية.

العمور، أحمد محمد زايد. (٢٠١٥). *المشكلات الانفعالية والاجتماعية لدى الأيتام المراهقين فى قضاء بئر السبع* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة عمان العربية.

العنزي، سعد ثويني سعيد والنجار، نبيل جمعة صالح. (٢٠١٩). *الطمأنينة النفسية وعلاقتها بفاعلية الذات ومستوى الطموح لدى طلبة المرحلة الثانوية في دولة الكويت*

[رسالة ماجستير منشورة]. جامعة مؤتة.

المحارمة، عمار محمد صالح. (٢٠١٩). *المشكلات السلوكية والانفعالية لأبناء نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة عمان الأهلية، السلط.

بلان، كمال يوسف. (٢٠١١). الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المقيمين في دور الأيتام من وجهة نظر المشرفين عليهم. جامعة دمشق – كلية التربية. *مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية*؛ ٢٧ (١-٢)، ١٧٧-٢١٨.

صالح، أحمد محمد. (٢٠١٧). الفروق بين الأيتام وغير الأيتام في الإبداع والصلابة النفسية والتدين. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية. *مجلة دراسات عربية*؛ ١٦(٢)، ٣٥١ – ٤٠٣.

عبد المنعم، سيد. (٢٠٢٣). المشكلات السلوكية للأطفال زارعي القوقعة في المجتمعين المصري والكويتي (دراسة عبر ثقافية). *مجلة الطفولة*؛ ٤٤ (١)، ٥٢٦-٥٥٧.

عوض، عباس محمود. (١٩٩٩). *المدخل إلى علم نفس النمو*. دار المعرفة الجامعية، ص١٢٤ -١٢٥.

كفافي، علاء الدين. (٢٠٠٨). تقدير الذات في علاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي، *المجلة العربية للعلوم الإنسانية*؛ ٣ (١١)،١٠١ – ١٣٧.

Aa, T., & Vostanis, P. (2017). Effect of trauma on mental health of parents and children in the middle area of the Gaza strip. *JOJ Nursing & Health Care*, *3*(4), 269-278.

Abdel Hakeem, N., Abu Bakr, O., & Hassan, M. (2018). Behavioral and Emotional Problems among Institutionalized Orphans Children. *Egyptian Journal of Health Care*, *9*(3), 246-258.

Amada, G., & Smith, M. C. (1999). *Coping with misconduct in the college classroom: A practical model*. Asheville: College

Administration Publications.

Brown, S. D. (2000). Coping with Misconduct in the College Classroom: A Practical Model, by Gerald Amada. *Journal of College Student Psychotherapy*, *14*(4), 75-80.

Austin, J. K., Dunn, D. W., & Huster, G. A. (2000). Childhood epilepsy and asthma: changes in behavior problems related to gender and change in condition severity. *Epilepsia*, *41*(5), 615-623.

Buchanan, T. (2003). Internet-based questionnaire assessment: appropriate use in clinical contexts. *Cognitive behaviour therapy*, *32*(3), 100-109.

Butler, A. M., & Titus, C. (2015). Systematic review of engagement in culturally adapted parent training for disruptive behavior. *Journal of early intervention*, *37*(4), 300-318.

Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J. J., Rohde, L. A., & Frick, P. J. (2010). Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *45*, 695-704.

Caplan, R., Siddarth, P., Gurbani, S., Hanson, R., Sankar, R., & Shields, W. D. (2005). Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. *Epilepsia*, *46*(5), 720-730.

Caplan, R., Siddarth, P., Stahl, L., Lanphier, E., Vona, P., Gurbani, S., & Shields, W. D. (2008). Childhood absence epilepsy: behavioral, cognitive, and linguistic comorbidities. *Epilepsia*, *49*(11), 1838-1846.

Ciarrochi, J., Chan, A. Y., & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and individual differences*, *31*(7), 1105-1119.

Davies, S., Heyman, I., & Goodman, R. (2003). A population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Developmental medicine and child neurology*, *45*(5),

292-295.

Dorsey, S., Lucid, L., Murray, L., Bolton, P., Itemba, D., Manongi, R., & Whetten, K. (2015). A qualitative study of mental health problems among orphaned children and adolescents in Tanzania. *The Journal of nervous and mental disease*, *203*(11), 864.

Dray, J., Bowman, J., Freund, M., Campbell, E., Hodder, R. K., Lecathelinais, C., & Wiggers, J. (2016). Mental health problems in a regional population of Australian adolescents: association with socio-demographic characteristics. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *10*, 1-11.

Dunn, D. W., & Austin, J. K. (1999). Behavioral issues in pediatric epilepsy. *Neurology*, *53*(5 Suppl 2), S96-100.

Dunn, D. W., Austin, J. K., & Perkins, S. M. (2009). Prevalence of psychopathology in childhood epilepsy: categorical and dimensional measures. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *51*(5), 364-372.

Elattar, N. F. M., Alabd, A. M. A., & Mohammed, R. E. (2019). Impact of Orphan Children's Emotional and Behavioral Problems and Length of Institutionalization on Their Life Satisfaction. *EAS J Nurs Midwifery*, *1*(3), 76-82.

Ettinger, A. B., Weisbrot, D. M., Nolan, E. E., Gadow, K. D., Vitale, S. A., Andriola, M. R., & Hermann, B. P. (1998). Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. *Epilepsia*, *39*(6), 595-599.

Fisher, R. S., Boas, W. V. E., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., & Engel J.r, J. (2005). Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, *46*(4), 470-472.

Fleming, M., Fitton, C. A., Steiner, M. F., McLay, J. S., Clark, D., King, A., & Pell, J. P. (2019). Educational and health outcomes of children and adolescents receiving antiepileptic medication: Scotland-wide record linkage study of 766 244 schoolchildren. *BMC Public Health*, *19*, 1-12.

Freilinger, M., Reisel, B., Reiter, E., Zelenko, M., Hauser, E., & Seidl, R. (2006). Behavioral and emotional problems in children with epilepsy. *Journal of child neurology*, *21*(11), 939-945.

Green, E. P., Cho, H., Gallis, J., & Puffer, E. S. (2019). The impact of school support on depression among adolescent orphans: A cluster randomized trial in Kenya. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *60*(1), 54-62.

Hermann, B. P., Jones, J. E., Jackson, D. C., & Seidenberg, M. (2012). Starting at the beginning: the neuropsychological status of children with new-onset epilepsies. *Epileptic disorders*, *14*, 12-21.

Ibrahim, A., El-Bilsha, M. A., El-Gilany, A. H., & Khater, M. (2012). Prevalence and predictors of depression among orphans in Dakahlia's orphanages, Egypt. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, *4*(12), 2036.

Ibrahim, K., Kalvin, C., Li, F., He, G., Pelphrey, K. A., McCarthy, G., & Sukhodolsky, D. G. (2021). Sex differences in medial prefrontal and parietal cortex structure in children with disruptive behavior. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *47*, 100884.

Isnaeni, Y., Hartini, S., & Marchira, C. R. (2021). Intervention model for orphan's emotional and behavioral problems: A scoping review. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, *9*(F), 211-218.

Jones, L. A., & Thomas, R. H. (2017). Sudden death in epilepsy: Insights from the last 25 years. *Seizure*, *44*, 232-236.

Karimy, M., Fakhri, A., Vali, E., Vali, F., Veiga, F. H., Stein, L. A., & Araban, M. (2018). Disruptive behavior scale for adolescents (DISBA): development and psychometric properties. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *12*(1), 1-7.

Karimy, M., Niknami, S., Heidarnia, A. R., Hajizadeh, I., & Montazeri, A. (2013). Prevalence and determinants of male adolescents' smoking in Iran: An explanation based on the theory of planned behavior. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *15*(3), 187.

Kaur, R., Vinnakota, A., Panigrahi, S., & Manasa, R. V. (2018). A descriptive study on behavioral and emotional problems in orphans and other vulnerable children staying in institutional homes. *Indian journal of psychological medicine*, *40*(2), 161-168.

Lannie, A. L., & McCurdy, B. L. (2007). Preventing disruptive behavior in the urban classroom: Effects of the good behavior game on student and teacher behavior. *Education and Treatment of children*, *30*(1), 85-98.

Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(12), 1468-1484.

Majeed, R., Kh an, M. A., & Khan, M. N. S. (2015). Gender differences in personality of orphans and non orphans of lahore. Journal of Global Research in Education and Social Science, 2(1), 1–7. Retrieved from https://www. ikprress.org/ index.php/JOGRESS/article/view/1543

Manninen, M., Pankakoski, M., Gissler, M., & Suvisaari, J. (2015). Adolescents in a residential school for behavior disorders have

an elevated mortality risk in young adulthood. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *9*(1), 1-7.

Mendelsohn, M., & Erdwins, C. (1978). The Disruptive Behavior Scale: an objective assessment of unmanageable social behavior in adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, *34*(2), 426-428.

Mitchell, W. G., Scheier, L. M., & Baker, S. A. (1994). Psychosocial, behavioral, and medical outcomes in children with epilepsy: a developmental risk factor model using longitudinal data. *Pediatrics*, *94*(4), 471-477.

Mohammadzadeh, M., Awang, H., Ismail, S., & Kadir Shahar, H. (2018). Stress and coping mechanisms among adolescents living in orphanages: A n experience from Klang Valley, Malaysia. *Asia Pacific Psychiatry*, *10*(1), e12311.

Morantz, G., Cole, D., Vreeman, R., Ayaya, S., Ayuku, D., & Braitstein, P. (2013). Child abuse and neglect among orphaned children and youth living in extended families in sub-Saharan Africa: What have we learned from qualitative inquiry?. *Vulnerable children and youth studies*, *8*(4), 338-352.

Moreland, A. D., & Dumas, J. E. (2008). Categorical and dimensional approaches to the measurement of disruptive behavior in the preschool years: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *28*(6), 1059-1070.

Attari A, Motamedi M, Siavash M, Hassanzadeh A, Soltani M. Effects of Parent Training on Salivery Cortisol in Children and Adolescents with Disruptive Behavior Disorder. (2009). *European Psychiatry. 24*(S1):1-1.

Musisi, S., Kinyanda, E., Nakasujja, N., & Nakigudde, J. (2007). A comparison of the behavioral and emotional disorders of primary school-going orphans and non-orphans in Uganda. *African health sciences*, *7*(4).

Sam, M.S., "DISRUPTIVE BEHAVIOR," in *Psychology Dictionary.org*, April 7, d2013. https:// psychology dictionary . org/disruptive-behavior/

(accessed April 13, 2023).

Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E. V. A., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, *36*(5), 699-710.

Oyegbile-Chidi, T., Harvey, D., Eisner, J., Dunn, D., Jones, J., Byars, A., & Austin, J. (2022). The Relationship Between Sleep, Cognition and Behavior in Children With Newly-Diagnosed Epilepsy Over 36 Months. *Frontiers in Neurology*, *13*, 903137.

Plioplys, S., Dunn, D. W., & Caplan, R. (2007). 10-year research update review: psychiatric problems in children with epilepsy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(11), 1389-1402.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, *56*(3), 345-365.

Rijlaarsdam, J., Tiemeier, H., Ringoot, A. P., Ivanova, M. Y., Jaddoe, V. W., Verhulst, F. C., & Roza, S. J. (2016). Early family regularity protects against later disruptive behavior. *European child & adolescent psychiatry*, *25*, 781-789.

Safdar, S. (2018). Comparative analysis of childhood depression and self-esteem among orphan girls and boys. *J Psychol Clin Psychiatry*, *9*(1), 00498.

Salami, S. O. (2010). Moderating effects of resilience, self-esteem and social support on adolescents' reactions to violence. *Asian Social Science*, *6*(12), 101.

Semke, C. A., Garbacz, S. A., Kwon, K., Sheridan, S. M., & Woods, K. E. (2010). Family involvement for children with disruptive behaviors: The role of parenting stress and motivational beliefs. *Journal of school psychology*, *48*(4), 293-312.

Shafiq, F., Haider, S. I., & Ijaz, S. (2020). Anxiety, depression, stress, and decision-making among orphans and non-orphans in Pakistan. *Psychology research and behavior management*, 313-318.

Shiferaw G, Bacha L, Tsegaye D. (2018). Prevalence of Depression and Its Associated Factors among Orphan Children in Orphanages in Ilu Abba Bor Zone, South West Ethiopia. *Psychiatry J.* Oct 15;2018:6865085.

Silberg, T., Ahoniska-Assa, J., Bord, A., Levav, M., Polack, O., Tzadok, M., & Ben-Zeev, B. (2020). In the eye of the beholder: Using a multiple-informant approach to examine the mediating effect of cognitive functioning on emotional and behavioral problems in children with an active epilepsy. *Seizure*, *82*, 31-38.

St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. (2008). *Monogr Soc Res Child Dev. 73*(3):vii-viii, 1-262, 294-5..

Stringaris, A., Maughan, B., Copeland, W. S., Costello, E. J., & Angold, A. (2013). Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(8), 831-840.

Sujatha, R., & Jacob, S. M. (2014). Study on emotional and behavioural problems among adolescent children in selected orphanages at mangalore. *ZENITH International Journal of Multidisciplinary Research*, *4*(7), 253-259.

Tsegaye, A. (2013). A comparative study of psychological wellbeing between orphan and non-orphan children in Addis Ababa: The case of three selected schools in Yeka Sub-city. *Addis Ababa University*.

Undheim, A. M., Lydersen, S., & Kayed, N. S. (2016). Do school teachers and primary contacts in residential youth care institutions recognize mental health problems in adolescents?. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *10*(1), 1-11.

Valova, V., Kochan, A., Werry, B., John, R., Prager, C., Schneider, J., & Kaindl, A. M. (2020). Early onset, long illness duration, epilepsy type, and polypharmacy have an adverse effect on psychosocial outcome in children with epilepsy. *Neuropediatrics*, *51*(02), 164-169.

van den Berg, L., de Weerd, A., Reuvekamp, M., Hagebeuk, E., & van der Meere, J. (2018). Executive and behavioral functioning in pediatric frontal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, *87*, 117-122.

Veiga, F. H. (2008). Disruptive behavior scale professed by students (DBS-PS): Development and validation. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 203-216.

Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2003). Heading off disruptive behavior. *American Educator*, *27*(4), 1-21.

Wolf, N. J., & Hopko, D. R. (2008). Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clinical psychology review*, *28*(1), 131-161.

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

Journal

The Psychological Research Center
Faculty of Arts - Cairo University

Disruptive Behavior and its Relationship to Psychological Security among Orphanages Adolescent with New-Onset Epilepsy

Dr. Shimaa M. Gad Allah
Assistance Professor of Psychology - Faculty of Arts - New Valley University

Dr. Suleiman M. Suleiman
Psychology teacher - Faculty of Arts - Sohag University

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

Content

Subject	NO.
The Developmental Differences between Middle and Late Adulthood in Self Perception of Aging **Rasha Mohamed Mostafa** **Dr. Fekry Mohammed Aletr Dr. Amany Ahmed Yehia**	1-77
Disruptive Behavior and its Relationship to Psychological Security among Orphanages Adolescent with New-Onset Epilepsy **Dr. Shimaa M. Gad Allah Dr. Suleiman M. Suleiman**	79-113
The Negative Effects of Quarantine upon Mental Health of Individuals Infected with Coronavirus and Suspected of Infection **Dr. Ghada Saad Suliman Altalha**	115-151