الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

لدى فئات عمرية مختلفة

ا. د/ مجدي محمد الدسوقي
أستاذ الصحة النفسية
رئيس قسم العلوم التربوية والنفسية
كلية التربية النوعية – جامعة المنوفية

ملخص البحث

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين ، وبيان مدى صلاحية هذا المقياس لتقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي وذلك من خلال مؤشرات عديدة منها التحليل العاملي والصدق التلازمي والصدق الاتفاقي والصدق التعارضي ، وطريقة إعادة الإجراء وطريقة التجزئة النصفية إلى جانب التعرف على الفروق بين الذكور والإناث في أعراض اضطراب السلوك الفوضوي .

ويعد اضطراب السلوك الفوضوي من الاضطرابات الشائعة بين الأطفال والمراهقين ، ويؤثر هذا الاضطراب سلبياً على الأداء الوظيفي اليومي لهؤلاء الأفراد ؛ حيث يعوقهم عن اكتساب المهارات الأساسية اللازمة للتوافق مع البيئة التي يعيشون فيها ، ويرى عدد كبير من الباحثين أن تتبع سير المرض يكون رديئاً ؛ حيث يؤدى إلى حدوث العديد من المشكلات السلوكية التي تنبئ بسلسلة من النتائج الضارة في مرحلة الرشد تشمل الانحراف والسلوك التدميري أو التخريبي ، وهذا يعنى أن الكثير من الأطفال المصابين باضطراب السلوك الفوضوي يتحولون إلى مجرمين عندما يصبحون راشدين ، كما ينبئ هذا الاضطراب أيضاً بسلسلة من النتائج الضارة في مرحلة الرشد تشمل الانحراف ، والسلوك الإجرامي ، وسوء استخدام المخدرات .

وضع الباحث لهذه الدراسة عدة فروض مؤداها :

١- تتفاوت نسب (معدلات) انتشار اضطراب السلوك الفوضوي لدى الذكور ، ولدى الإناث وفقاً للمرحلة العمرية .

٢- يتشبع مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي على عدد من العوامل لدى عينة الدراسة .

٣- يتوافر لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي درجة مقبولة من الصدق لدى عينة الدراسة .

٤- يتوافر لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي درجة مقبولة من الثبات لدى عينة

الدراسة .

٥- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات التلاميذ ذوي المستويات العمرية المختلفة ، متوسطات درجات التلميذات ذوات المستويات العمرية المختلفة على مقياس تقدير أعراض السلوك الفوضوي لصالح التلاميذ .

واعتمد الباحث في ذلك على مجموعة كلية قوامها ٨٠٠ فرداً من بين تلاميذ وتلميذات المدارس الحكومية الابتدائية والإعدادية والثانوية ، وطلاب وطالبات الجامعة ، وشملت العينة أربعة مستويات عمرية من ٧ – ١١ عاماً ، ومن ١٢– ١٤ عاماً ، ومن ١٥ – ١٧ عاماً ، ومن ١٨ – ٣٣ عاماً ، وأجرى على أفراد هذه العينة مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي إعداد الباحث بعد التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس .

وأوضحت النتائج انتشار اضطراب السلوك الفوضوي لدى أفراد عينة الدراسة بنسب مختلفة ، وأن نسب الانتشار لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث ، وأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات ، وأنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الذكور ، ومتوسطات درجات الإناث على مقياس اضطراب السلوك الفوضوي لصالح الذكور .

الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي لدى فئات عمرية مختلفة

ا.د/ مجدي محمد الدسوقي
أستاذ الصحة النفسية
رئيس قسم العلوم التربوية والنفسية
كلية التربية النوعية – جامعة المنوفية

مقدمة :

يعد مصطلح السلوك الفوضوي أو السلوك التدميري أو السلوك المعرقل أو المعطل Disruptive Behavior أحد المفاهيم الحديثة في مجال الصحة النفسية ، وهذا المفهوم يتداخل مع السلوك العدواني وسلوك العنف ، وهناك العديد من الدراسات التي تناولت السلوك الفوضوي في إطار الفئات الخاصة باعتباره من المظاهر السلوكية الشائعة لدى هؤلاء الأفراد ، غير أن هذا لا يمنع من وجود كم من الدراسات التي تناولته مع العاديين وفي فئات عمرية مختلفة ، ويعمل السلوك الفوضوي على إثارة المشاكل والفوضى الأمر الذي يمثل تشويهاً لأشكال السلوك الاجتماعي ، ومصطلح السلوك الفوضوي لم يستخدم بشكل واسع في مجال الصحة النفسية حتى وقت قريب ، وذلك بنفس القدر الذي استخدمت فيه مفاهيم ومصطلحات متشابهة كالعدوان والغضب ... إلخ من المصطلحات التي تتشابه في الشكل وتختلف في المضمون وفي الآثار المترتبة عليها .

ويشير السلوك الفوضوي إلى مجموعة من الاستجابات التي تشترك في كونها تسبب اضطراباً في مجريات الأمور أو تحول دون تأدية شخص آخر لوظائفه بشكل أو بآخر، وفي غرفة الصف يشير السلوك الفوضوي إلى الاستجابات التي تؤثر سلبياً على العملية التعليمية (جرين وآخرون Green et al. ، ١٩٩٩) ، كما يتضمن السلوك الفوضوي مجموعة من الأعراض السلوكية منها التمرد والعصيان ، ومعارضة الكبار ، والنشاط الزائد ، والتمر ، والهروب من المدرسة ، والعدوان ، والكذب ، والعنف الجسدي ضد الآخرين ، والتخريب ، وعدم احترام الآخرين ، والاندفاعية ، وعدم الالتزام بالقواعد ، والسلوك العدواني (باري وآخرون Barry et al. ، ٢٠٠٥ ؛ بونتي وآخرون Bunte et al. ، ٢٠١٣) .

ويرى هيلجيلاند وآخرون Helgeland et al. (٢٠٠٥) أن السلوك الفوضوي يشير إلى مجموعة من الاستجابات التي تسبب إزعاجاً للآخرين أو تمنعهم عن تأدية وظائفهم بشكل أو بآخر وتتضمن هذه الاستجابات إيذاء الآخرين بالقول أو الفعل ، وانتهاك القواعد السائدة في المجتمع أو

البيئة المحيطة بالفرد ، والانتقام من الآخرين ، والتخريب المتعمد ، والتهكم والسخرية ، والعناد والفوضى ، والعجز عن التوافق مع الآخرين ، وعدم الانصياع لأوامر وتعليمات الآخرين (الآباء والمعلمين) .

ويرى هارستاد وباربارزى Harstad & Barbaresi (٢٠١١) أن مصطلح اضطراب السلوك الفوضوي يصف السلوك الفوضوي من الناحية الاجتماعية التي تكون أكثر إزعاجاً للآخرين من جانب الشخص الذي يبادر بهذا النوع من السلوك ، وتحدث السلوكيات الفوضوية على متوالية متصلة ، يوجد في أحد طرفيها مقاومة طبيعية وغضب شديد وهياج من الفرد الذي يعاني من الاضطراب ، وفي طرفها الآخر سلوكيات أكثر حدة وغير توافقية تستدعى تشخيصاً طبياً ؛ لذا فإنه من المهم بدرجة كبيرة جداً للمتخصصين في مجال الرعاية الصحية الأساسية للأطفال أن يكونوا على وعى شديد بحيث يتعاملون مع أي تحديات تتعلق بالسلوكيات الفوضوية ، ويتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV- TR) التشخيصات المدرجة تحت بند اضطرابات السلوك الفوضوي وهي اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ، واضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) ، واضطراب السلوك الفوضوي غير المعين أو غير المصنف على أي نحو آخر Disruptive Behavior Disorder Not Otherwise Specified كما تم تضمين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) أيضاً في هذا النمط ، ونظراً لأن هذا الاضطراب حالة متزامنة الحدوث لدى ما يقرب من نصف الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك فإنه عند عرض اضطرابات السلوك الفوضوي يتم التركيز على كل من اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك .

وتبدأ اضطرابات السلوك الفوضوي بصفة عامة في السنوات الدراسية بالمرحلة الابتدائية وتتطور قبل الدخول في مرحلة المراهقة ، ومع ذلك فبداية حدوث كل اضطراب تظهر داخل هذا المدى العمري والمعدلات العالية لاضطراب العناد والتحدي والسلوك العدواني ، والسلوك الذي يتسم بعدم الامتثال في سنوات ما قبل سن دخول المدرسة تعتبر ثابتة إلى حد ما ، وتتنبأ بالمشكلات التي تحدث في المدرسة ، وكذلك المشكلات السلوكية والصحية الخطيرة في مرحلة المراهقة مثل سوء استخدام المخدرات والاكتئاب ، وانحراف الأحداث والتسرب من المدرسة (ويبستر – ستراتون Webster-Stratton ، ١٩٩٨) .

مشكلة البحث :

يعد اضطراب السلوك الفوضوي من الاضطرابات الشائعة بين الأطفال والمراهقين ، ويؤثر هذا الاضطراب سلبياً على الأداء الوظيفي اليومي لهؤلاء الأفراد ؛ حيث يعوقهم عن اكتساب المهارات الأساسية اللازمة للتوافق مع البيئة التي يعيشون فيها (وانج وآخرون Wang et al. ، ٢٠١٢) ، ويرى عدد كبير من الباحثين أن تتبع سير المرض يكون رديئاً ؛ حيث يؤدى إلى حدوث العديد من المشكلات السلوكية التي تنبئ بسلسلة من النتائج الضارة في مرحلة الرشد تشمل الانحراف والسلوك التدميري أو التخريبي ، وهذا يعنى أن الكثير من الأطفال المصابين باضطراب السلوك الفوضوي يتحولون إلى مجرمين عندما يصبحون راشدين (بارتون Barton ، ٢٠٠٣ ؛ دورن وآخرون Dorn et al. ، ٢٠٠٩) كما ينبئ هذا الاضطراب أيضاً بسلسلة من النتائج الضارة في مرحلة الرشد تشمل الانحراف ، والسلوك الإجرامي ، وسوء استخدام المخدرات ، والنتائج الرديئة فيما يتعلق بالعمل والزواج ، والعنف الأسرى (ويبستر – ستراتون وريد Webster - Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ ؛ بروجو وبيوريل Borrego & Burrell ، ٢٠١٠) .

والأفراد الذين يعانون من السلوك الفوضوي يكونون في خطورة واضحة لمجموعة من المصاعب الحادة التي تتضمن اضطراب الحالة المزاجية ، واضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وسوء استخدام المادة ، وعجز عقلي تتراوح شدته من معتدل إلى متوسط (دي بور وآخرون De Boer et al. ، ٢٠١٢) .

وتحدث اضطرابات السلوك الفوضى غالباً مع وجود اضطرابات نفسية أخرى مثل اضطرابات القلق ، واضطراب الوسواس القهري ، واضطراب الاكتئاب الحاد ، وعلى الرغم من أن تشخيص اضطراب المسلك يحل محل اضطراب العناد والتحدي لدى حوالي ٩٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي المبكر الحدوث فإن بعض حالات اضطراب العناد والتحدي لا تؤدى إلى حدوث اضطراب المسلك (بارينز وآخرون Barnes et al. ، ٢٠١٣) ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكونون في خطر بالنسبة للاضطرابات المزاجية التي تعتبر حالة مرضية مصاحبة أو مشتركة مثل القلق والاكتئاب ، وطبقاً لآراء نتائج العديد من الدراسات فإن ارتباط اضطراب المسلك مع اضطرابات المزاج لدى المراهقين ولاسيما اضطراب الاكتئاب الحاد ، واضطراب اليأس يكون أعلى من المتوقع إذ يصل إلى ٥٠% في بعض الدراسات ، ويكون اضطراب المسلك ممهداً أو منبئاً أساسياً لاضطراب الاكتئاب (كازدين Kazdin ، ١٩٩٦) .

واضطرابات السلوك الفوضوي هي أحد الأسباب الشائعة بدرجة كبيرة جداً للتحويل أو الإحالة

إلى الأخصائيين النفسيين الكلينيكيين والأطباء النفسيين للأطفال ، وهي إحدى المشكلات الكلينيكية الهامة فيما يتعلق بالحالة المرضية المشتركة والخلل الوظيفي عند الأطفال ، ويسبب هذا الاضطراب مشكلات خطيرة فى النمو النفسي الاجتماعي عند الفرد ، ويبدأ السلوك الفوضوي في مرحلة الطفولة المبكرة ويتحول إلى مشكلات سلوكية فى مرحلة الرشد تتمثل فى ارتكاب الجرائم ، وسوء استخدام المخدرات ، والمعاناة من الاضطراب النفسي ، ومحاولة الانتحار ، والعنف ضد الشركاء ، وإنجاب الأطفال (فيرجسون Fergusson ، ٢٠٠٨) .

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن هذا الاضطراب إذا لم يعالج جيداً فإنه يتحول عند نقطة معينة إلى سلوك مضاد للمجتمع ، وفي مراجعة بشأن انتشار اضطراب المسلك وجد أن نصف الأطفال الذين يعانون من الاضطراب لديهم حالة مرضية مشتركة تشمل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، واضطراب الاكتئاب ، واضطراب القلق ، وصعوبات التعلم (بارنت ولابيلارت Barnett & Labellart ، ٢٠٠٢ ؛ دوهانى Duhaney ، ٢٠٠٣) .

وهكذا ؛ يتضح تزايد نسبة انتشار اضطراب السلوك الفوضوي بين الأطفال والمراهقين إلى جانب حدوث العديد من الآثار النفسية والاجتماعية التي يسببها الاضطراب ، الأمر الذي لا ينبغي إغفاله أو السكوت عليه ؛ لذلك يجب استخدام البرامج الإرشادية والعلاجية في سبيل الحد من أعراض هذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون منه ، وبالتالي تحسين أدائهم الوظيفي اليومي ، وتقليل الأنماط السلوكية غير الملائمة الناتجة عن الاضطراب ، وهذا ما دفع الباحث إلى إعداد أداة لتقدير هذا الاضطراب وتقنينها لدى الأطفال والمراهقين حتى يسهل التعرف على أو اكتشاف الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب .

هدف البحث :

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين ، وبيان مدى صلاحية هذا المقياس لتقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي وذلك من خلال مؤشرات عديدة منها التحليل العاملي والصدق التلازمي والصدق الاتفاقى والصدق التعارضي ، وطريقة إعادة الإجراء وطريقة التجزئة النصفية إلى جانب التعرف على الفروق بين الذكور والإناث في أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

أهمية البحث :

تكمن أهمية البحث الحالي في أهمية الموضوع الذي يتصدى لدراسته ؛ حيث إنه يسعى لبيان الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين

من الجنسين ، ولاشك أن هذا الموضوع ينطوي على أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أو من الناحية التطبيقية ، فمن الناحية النظرية يرى المشتغلون بالطب النفسي والصحة النفسية أن هذا الاضطراب السلوكي يؤدى إلى نتائج وخيمة على الصحة النفسية للفرد والأسرة تتمثل في التفاعل السلبي بين الوالدين والطفل ، ومظاهر المعارضة الزائدة التي تتمثل في عدم طاعة الأبناء لآبائهم من ناحية ، ومعارضتهم للمدرسين القائمين بالتدريس من ناحية أخرى إلى جانب اللامبالاة ونقص الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية وتخريب الممتلكات ، ويؤكد ذلك هارستاد وباريزى Harstad & Barbaresi (٢٠١١) حيث يريان أن هذا الاضطراب السلوكي يمثل نسبة تتراوح من ١٢% : ٣٦% بين الأطفال والمراهقين ، وأنه أكثر شيوعاً أو انتشاراً بين الذكور عن الإناث .

ومن الملاحظ أن البحوث العربية لم تتطرق لدراسة اضطراب السلوك الفوضوي باستثناء دراسة أحمد أبو زيد (٢٠٠٧) التي اهتمت بدراسة العلاقة بين السلوك الفوضوي وكل من الجنس والسلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ، ومدى فاعلية كل من التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب الوالدي في خفض حدة السلوك الفوضوي ، ودراسة حسن الصميلي (٢٠٠٩) التي اهتمت بالكشف عن فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية بالمملكة العربية السعودية ، يضاف إلى ذلك أنه لا توجد أداة عربية مقننة لتقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، وعلى الرغم من التأثير النفسي والاجتماعي الذي يحدثه هذا الاضطراب على الصحة النفسية للوالدين ، وكذلك المدرسين القائمين بالتدريس لهؤلاء الأفراد إلا أنه لم يأخذ الاهتمام الكافي به من حيث المسببات والمصاحبات والعلاج وخاصة في البيئة العربية ، ومن هنا كانت أهمية البحث في اضطراب يؤثر تأثيراً كبيراً على الصحة النفسية للأفراد في مراحل النمو المختلفة ، كما يؤثر أيضاً على الصحة النفسية للأسرة والمجتمع .

أما عن أهمية البحث من الناحية التطبيقية فهي تتمثل في إمداد البيئة العربية بأداة مقننة لتقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين ، كما أن هذه الأداة قد تفيد أولياء الأمور ، والأخصائيين النفسيين بالمدارس والعيادات النفسية ومراكز الإرشاد النفسي في التعرف على أو اكتشاف وتشخيص الحالات التي تعانى من الاضطراب بهدف تقديم البرامج الإرشادية والعلاجية لهم وصولاً بهم إلى مستوى مناسب من التوافق والصحة النفسية .

تحديد المصطلحات :

يعرف السلوك الفوضوي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - IV) بأنه مجموعة

من الاضطرابات التي تشكل نمطاً من الفوضى في المواقف الاجتماعية ، ويتسم سلوك الشخص الفوضوي بالتمرد ، والاعتداء على أنشطة وحقوق الآخرين (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

ويعرف معد الأداة اضطراب السلوك الفوضوي بأنه نمط متكرر ومستمر من السلوك الذي يثير حالة من الفوضى والتخريب ، وإزعاج الآخرين ، وخرق القواعد والمعايير الاجتماعية ، وبالتالي يؤثر سلبياً على توافق الفرد مع البيئة الاجتماعية المحيطة به ، ويتضمن هذا النمط مجموعة من السلوكيات منها السلوك العدواني ، والعناد والتحدي ، ونقص الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، وانتهاك القواعد ، والاحتيال أو السرقة ، وتعوق هذه السلوكيات تأدية الفرد لوظائفه الاجتماعية والأكاديمية والمهنية بشكل أو بآخر .

الإطار النظري :

يمكن النظر إلى اضطرابات السلوك الفوضوي على أنها سلسلة متصلة لأن حدوث أو ظهور اضطراب العناد والتحدي يكون البشير أو النذير لحدوث اضطراب المسلك ، وعلى الرغم من أن اضطراب العناد والتحدي يكون أكثر شيوعاً بين البنين قبل الوصول إلى سن البلوغ فإن هذا الاتجاه لا يستمر بعد البلوغ ، ويؤكد ذلك ستينر وآخرون Steiner et al. (٢٠٠٧) حيث يرون أن ما يقرب من ثلثي الأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي لديهم لم تنطبق عليهم المعايير التشخيصية الخاصة بذلك بعد مرور ثلاث سنوات ومع ذلك فإن الحدوث المبكر من المحتمل بواقع ثلاث مرات أن يتطور إلى اضطراب المسلك ، وأن ٤٠% من الأفراد الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك تنطبق عليهم في النهاية المعايير المتعلقة باضطراب الشخصية المعادية أو المضادة للمجتمع Antisocial Personality Disorder (ASPD)

وتتضمن اضطرابات السلوك الفوضوي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) ثلاثة أنواع من الاضطرابات هي :

- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
- اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD)
- اضطراب المسلك Conduct Disorder (CD)

ويرى بعض الباحثين استبعاد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من

اضطرابات السلوك الفوضوي واقتصارها على اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك (هونتر Hunter ، ٢٠٠٣ ؛ كيوتشر وآخرون Kutcher et al. ، ٢٠٠٤) .

وعلى الرغم من ذلك توصل عدد كبير من الباحثين إلى أن ٥٠% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون أيضاً من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، وتزداد هذه النسبة مع التقدم في العمر ، وأن كل الأطفال ذوى اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (نادر وآخرون Nadder et al. ، ٢٠٠٢ ؛ ألزوف وآخرون Althoff et al. ، ٢٠٠٣ ؛ إرسان وآخرون Ersan et al. ، ٢٠٠٤ ؛ ديك وآخرون Dick et al. ، ٢٠٠٥ ؛ إركان وآخرون Ercan et al. ، ٢٠٠٥) .

معدلات انتشار الاضطراب :

لا يوجد اتفاق على معدل انتشار السلوك الفوضوي وربما يرجع ذلك إلى عدم وجود تعريف عالمي متفق عليه للمشكلة ، وتتراوح معدلات الانتشار في دراسات الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي من ١% إلى أكثر من ٢٠% ، بينما يتراوح انتشار اضطراب المسلك من أقل من ١% لما يزيد على ١٠% ، ونمو مشكلات المسلك يظل ثابتاً إلى حد ما من مرحلة الطفولة المبكرة إلى مرحلة الطفولة المتأخرة (برويدى وآخرون Broidy et al. ، ٢٠٠٣) ، وعلاوة على ذلك فلقد بينت الدراسات أن سمات اضطراب العناد والتحدي تظهر مبكراً في عمر سنتين إلى ثلاث سنوات عما في حالة الأعراض المرضية المتعلقة باضطراب المسلك ، ويصل متوسط عمر بداية حدوث اضطراب العناد والتحدي إلى ٦ سنوات مقارنة بـ ٩ سنوات بالنسبة لاضطراب المسلك ، وهناك ما يقرب من ٣٣% من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يتطور لديهم الاضطراب بعد ذلك ليصبح اضطراب المسلك ، وأن ٤٠% من الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يتطور لديهم الاضطراب ليصبح اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد (لوبير وفارنجتون Loeber & Farrington ، ٢٠٠٠) .

ويصعب تحديد مدى انتشار السلوكيات الفوضوية ؛ حيث إنها لا تسبب ضعفاً كافياً بحيث يستوجب إجراء تشخيص طبي ، ومع ذلك فإن السلوكيات الدالة على عدم الامتثال والمعارضة أو العناد تشكل درجة عالية من المخاوف بين الوالدين وتعتبر من المشكلات السلوكية التي يتم ذكرها بشكل متكرر جداً لدى أطباء الأطفال الذين يعملون في مجال الرعاية الأساسية ، وبصفة عامة فإن حوالي ٥% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم فيما بين ٦ إلى ١٨ سنة تنطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية فيما يتعلق باضطراب المسلك ،

واضطراب العناد والتحدي في أي وقت ، ومعدلات الانتشار لكل منهما تعتبر عالية إلى حد ما حيث تتراوح من ٣% إلى ١٦% بالنسبة لاضطراب المسلك ، ويكون تشخيص اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك أكثر شيوعاً لدى البنين أو الذكور على الرغم من أن سلوك المعارضة أو العناد في حد ذاته يكون شائعاً بدرجة متساوية بين كلا الجنسين (هارستاد وباربارِيزى Harstad & Barbaresi ، ٢٠١١) .

الحالة المرضية المشتركة :

يقصد بالحالة المرضية المشتركة تلك الحالة التي تحدث بطريقة متزامنة ، أو تظهر في نفس الوقت مع حالة مرضية أخرى ، ويوجد معدل عالٍ للحالة المرضية المشتركة بين اضطرابات السلوك الفوضى ففي الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن الحالة المرضية المشتركة مع الاضطرابات الأخرى تتم رؤيتها في ٥٠% - ٨٠% تقريباً من الحالات ، وعلى وجه التقريب هناك نسبة تقدر بـ ٣٠% إلى ٥٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك لديهم حالة نفسية مرضية مشتركة لاضطراب القلق ، والحالات الأخرى التي ذُكر أنها تحدث مع اضطرابات السلوك الفوضى تتضمن مجموعة الأعراض المرضية المتعلقة بسوء استخدام المخدرات والمشروبات الكحولية ، واضطراب توريت Tourette Disorder (بونتى وآخرون Bunte et al. ، ٢٠١٣) .

ومن النادر أن نشاهد حالة لاضطرابات السلوك الفوضوي غير مصحوبة باضطراب إضافي أو أكثر ، وبمعنى آخر فإن الحالة المرضية المشتركة هي القاعدة وليست الاستثناء فحوالي ٣٦% من الإناث ، ٤٦% من الذكور ممن لديهم اضطراب العناد والتحدي انطبقت عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك ، ومن ٥٠% - ٦٥% من الشباب الذي لديه اضطراب العناد والتحدي كان لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كاضطراب مصاحب ، وحوالي ٣٥% من الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي تطور لديهم شكل من أشكال الاضطراب الوجداني ، وحوالي ٢٠% من الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي تطور لديهم شكل ما من أشكال اضطراب الحالة المزاجية (آيبرج وآخرون Eyberg et al. ، ٢٠٠٨) .

ومعظم الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون لديهم اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك كحالة مرضية مشتركة ، وعلى وجه العموم فإن التشخيصات التي تتضمن اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تتواجد مع بعضها البعض غالباً ، وأوضحت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن نسبة تتراوح بين ٤٥% : ٧٠% من الشبّاب الذين لديهم اضطراب المسلك

أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تنطبق عليهم أيضاً المعايير التشخيصية لبعض الاضطرابات الأخرى ، ومن بين الشباب الذي يتم تحويله للعيادات والذي تنطبق عليه معايير تشخيص اضطراب المسلك وجد أن ٨٤% – ٩٦% انطبق عليهم أيضاً معايير تشخيص اضطراب العناد والتحدي (دى بور وآخرون De Boer et al. ، ٢٠١٢) .

و يوجد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك لدى ٢٥% من الشباب الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك ، والأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من المحتمل بواقع مرتين ونصف أن يكون لديهم حدوث مبكر لاضطراب المسلك (آيبرج وآخرون Eyberg et al. ، ٢٠٠٨) كما أن ٣٩% من الفتيات ، ٤٦% من البنين الذين لديهم اضطراب المسلك انطبقت عليهم المعايير المتعلقة باضطراب آخر على الأقل ، وتوجد نسبة متوازية من الفتيات حوالي ١٢% مقابل ١٤% من البنين الذين لديهم اضطراب المسلك يعانون من الاكتئاب ، وحوالي ١٦% من الفتيات اللاتي تم تشخيصهم بأن لديهم اضطراب المسلك يكن أكثر عرضة للتعرض للقلق والاكتئاب ، وحوالي ١٦% من الفتيات اللاتي لديهن اضطراب المسلك لديهن قلق كحالة مرضية مشتركة أكبر مما لدى البنين نسبة تقدر بحوالي ١٠% (أوهان وجونستون Ohan & Johnston ، ٢٠٠٥) .

التنبؤ بسير الاضطراب :

على الرغم من أن اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك يرتبطان ارتباطاً وثيقاً فإن علاقتهما تعتبر علاقة معقدة ، فبعض الأطفال الذين لديهم تشخيص يفيد بوجود اضطراب العناد والتحدي في مرحلة الطفولة يتطور أو يتحول في النهاية إلى تشخيص يفيد بوجود اضطراب المسلك بعد الوصول إلى مرحلة البلوغ ، والأطفال الآخرون يظهرون سلوكيات فوضوية لوقت قصير أو يستمرون في حمل تشخيص يتعلق باضطراب العناد والتحدي إلا أنه لا يتطور ليصبح اضطراب المسلك (وانج وآخرون Wang et al. ، ٢٠١٢) ، والبنون الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي من المحتمل بدرجة كبيرة أن يتم تشخيصهم فيما بعد بما يفيد وجود اضطراب المسلك بالمقارنة بالفتيات ، وبعض الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يتطور الأمر لديهم ويظهرون صورة تتفق مع تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وفي الحقيقة فإن محكات أو معايير الدليل التشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية بالنسبة لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع تتطلب دليلاً لاضطراب المسلك قبل سن ١٥ عاماً ، ومع ذلك فإن معظم الأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك لا يتطور لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد (روى وآخرون Rowe et al. ، ٢٠٠٥) .

وبصفة عامة أوضحت الدراسات أنه كلما زاد الحدد المتزايد للسلوكيات الفوضوية التي يظهرها الطفل كلما كانت النتيجة الطويلة الأمد أسوأ (رى وآخرون Rey et al. ، ٢٠٠٧) ، والأعراض المرضية التي تتمثل في العدوانية ، والسلوك المعادى للمجتمع ، وإشعال الحرائق ، والخلل الوظيفي الأسرى ، وسوء استخدام المادة ترتبط بتنبؤ رديء لمسير الاضطراب ، ومن بين الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي ، فإن الأطفال الذين لديهم سمات مزاجية تتعلق بالعناد والمجادلة لديهم تنبؤ أسوأ بسير الاضطراب بالمقارنة بالأطفال الذين يحدث لديهم السلوك المتسم بالعناد والتحدي كنتيجة لحدث حاد (هاريس Harris ، ٢٠٠٦) ، والمراهقون الذين لديهم سلوكيات خارجية حادة من المحتمل بدرجة أكبر أن يتركوا المدرسة مبكراً ويذكروا المحنة أو الضيق بشكل عام خلال حياتهم وذلك بالمقارنة بالمراهقين الذين لديهم عدد قليل من السلوكيات الخارجية Externalizing Behaviors أو الذين لا يوجد لديهم سلوكيات خارجية ، ومن الصعب تحديد إذا كانت تجاربهم في مرحلة المراهقة (على سبيل المثال الدخول في متاعب ، والعلاقات الأسرية المضطربة) تؤدى إلى المزيد من المصاعب التي تحدث في حياتهم ، أو ما إذا كانت مصاعب أو متاعب الكبار أو الراشدين ترجع بدرجة أساسية إلى السلوكيات الفوضوية الرئيسية (هارستاد وباريزى Harstad & Barbaresi ، ٢٠١١) .

ويصاحب اضطرابات السلوك الفوضوي غالباً حالات مرضية أخرى مشتركة ، ومن أهم هذه الحالات المرضية اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والاكتئاب الحاد ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يحدث بواقع ١٠ مرات بطريقة متكررة لدى الأطفال الذين ليهم اضطرابات السلوك الفوضوي ، ويحدث الاكتئاب الحاد بواقع ٧ مرات بالمقارنة بالأطفال الذين لا يوجد لديهم تشخيص يفيد بوجود اضطرابات السلوك الفوضوي ، والطفل الذي يتراوح عمره من ١١ – ١٤ سنة ولديه تشخيص يفيد بوجود اضطراب المسلك لديه احتمال متزايد بواقع ٤ مرات بأن يحدث له اضطرابات تتعلق بسوء استخدام المادة قبل أن يبلغ ١٨ سنة (أنجولد وكوستيلو Angold & Costello ، ٢٠٠١) ، وهناك الكثير من الاضطرابات الطبية النفسية والتنموية الأخرى تعتبر أكثر انتشاراً لدى الأطفال الذين يوجد لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي وذلك بالمقارنة بالعينة السكانية العامة ، وهذه الاضطرابات تتضمن اضطرابات الحالة المزاجية ، واضطرابات القلق بالإضافة إلى الإضطرابات المعرفية والاضطرابات المتعلقة بالتعلم (رى وآخرون Rey et al. ، ٢٠٠٧) ، ونظراً للعدد المتزايد للحالات المرضية المشتركة المصاحبة أو المرتبطة باضطرابات السلوك الفوضوي ، فمن المهم بالنسبة للمتخصصين في مجال الرعاية الصحية الأساسية للأطفال أن يقدروا بطريقة روتينية أو معتادة الانتباه ، والحالة المزاجية ، واستخدام المادة ، والأداء المدرسي لدى الأطفال

والمراهقين الذين لديهم سلوكيات فوضوية .

اضطراب السلوك الفوضوي غير المعين أو غير المحدد على أي نحو آخر :

إذا لم تنطبق معايير السلوكيات التي تتسم بالعناد والتحدي على اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي فهناك ما يبرر التشخيص الخاص باضطراب السلوك الفوضوي غير المعين على أي نحو آخر ، ومع ذلك إذا كانت المشكلات السلوكية لدى الشباب دون الكلينيكية لتشخيص اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك فإن هذه السلوكيات لابد أن تساهم في ضعف دال من الناحية الكلينيكية في الأداء الوظيفي للشباب لتحديد تشخيص يفيد بوجود اضطراب السلوك الفوضوي غير المعين على أي نحو آخر ، ولا ينبغي أن يصدر تشخيصاً لاضطراب السلوك الفوضوي غير المعين على أي نحو آخر إذا استطاعت الأعراض المرضية أن توصف بدرجة أفضل على أنها اضطراب في الحالة المزاجية ، أو اضطرابات القلق ، أو اضطرابات التوافق ، أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

دراسات سابقة :

فيما يلي عرض لبعض الدراسات التي تناولت السلوك الفوضوي من حيث علاقته ببعض المتغيرات ، وكذلك بعض الدراسات التي تناولت فاعلية بعض الأساليب العلاجية المستخدمة في خفض حدة السلوك الفوضوي ومن هذه الدراسات ما يلي :

هدفت دراسة هينشو وآخرون Hinshaw et al. (٢٠٠٠) إلى التعرف على فاعلية التدريب الوالدي والعلاج السلوكي في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المدارس الابتدائية ، واستخدموا في ذلك مجموعة كلية قوامها ٥٧ تلميذاً ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٧ – ١٠ سنوات وآبائهم ، وأجروا على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت استبيان لجمع البيانات المتعلقة بأعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، وتم تقسيم أفراد هذه العينة إلى مجموعة تجريبية أولى تلقت العلاج عن طريق التدريب الوالدي ، ومجموعة تجريبية ثانية تلقت العلاج عن طريق العلاج السلوكي ، وتكون كل برنامج تدريبي من ستة عشر جلسة ، وأوضحت النتائج فاعلية برنامج التدريب الوالدي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة الدراسة ، وارتبط الأثر العلاجي بانخفاض الممارسات السلبية التي يمارسها الآباء مع الأبناء ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن برنامج العلاج السلوكي المطبق على التلاميذ أدى إلى تحسن المهارات الاجتماعية ، وأنه لا يوجد فرق بين الأسلوبين العلاجيين في الأثر العلاجي على الرغم من أن برنامج العلاج السلوكي كان أفضل في تحسين المهارات الاجتماعية .

وقام شيلتون وآخرون Shelton et al. (٢٠٠٠) بدراسة تتبعية للتدخل التعليمي النفسي

المتعدد الطرق Multimethod Psychoeducational Intervention لأطفال مرحلة ما قبل دخول المدرسة الذين لديهم سلوك فوضوي ، وتم علاجهم لمدة عام كامل باستخدام تدخل علاجي لتدريب الوالدين فقط ، والتدخل المتعلق بالعلاج في الفصل الدراسي فقط ، وتركيبة من التدريب الوالدي والعلاج المتعلق بالفصل الدراسي معاً ، وأوضحت النتائج الأولية للتدخل العلاجي للثلاث مجموعات أنه لا يوجد أي تأثير لبرنامج تدريب الوالدين ، بينما وجد بعض التأثير الفعال لبرنامج التدخل العلاجي في الفصل الدراسي ، وفي ضوء هذا التقرير تم تقسيم الأطفال الذين لديهم سلوك فوضوي إلى مجموعتين فرعيتين أحدهما تجريبية تلقت العلاج المتعلق بالفصل الدراسي (ن=٧٤) ، والمجموعة الأخرى ضابطة لم تتلق أي نوع من العلاج (ن=٧٧) ، وأظهرت نتائج المتابعة بعد مرور سنتين عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات المجموعة التي تلقت العلاج المتعلق بالفصل الدراسي ومتوسط درجات المجموعة التي لم تتلق أي علاج وذلك في السلوك الفوضوي ، وفي كلتا المجموعتين كان لدى الأطفال ذوى السلوك الفوضوي أعراض مرضية أكثر بدرجة دالة فيما يتعلق باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي مما في حالة المجموعة الضابطة (ن=٤٧)، كذلك أوضحت النتائج أن التدخل المتعلق بالعلاج في الفصل بالنسبة للأطفال ذوى السلوك الفوضوي قد لا يسفر عن نتائج دائمة بمجرد الانسحاب من العلاج .

وقام إزون Ison (٢٠٠١) بدراسة تهدف إلى التعرف على فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية في تعديل التفاعلات البينشخصية وتخفيف حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية ، واستخدم الباحث في ذلك مجموعة كلية قوامها ٤٠ تلميذاً ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٨ – ١٢ عاماً ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة الكلية إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة وتم مجانسة هاتين المجموعتين من حيث عدد من المتغيرات الوسيطة مثل العمر الزمني ، ومستوى التعليم ، ونسبة الذكاء ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، وأجرى الباحث على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت قائمة المشكلات السلوكية ، واستبيان يعتمد على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المتعلقة باضطراب السلوك الفوضوي وذلك إلى جانب برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية الذي تم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية والذي يتضمن ستة عشر جلسة بواقع جلستين أسبوعياً ، وأظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على قائمة المشكلات السلوكية في القياس البعدي وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية ، وتعنى هذه النتائج فاعلية برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية في تحسين التوافق الاجتماعي وخفض حدة السلوك الفوضوي لدى أفراد

المجموعة التجريبية .

وقام وليد القصاص (٢٠٠٢) بدراسة فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية ، واستخدم في ذلك مجموعة كلية قوامها ٢٤ تلميذاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية قوامها ١٢ تلميذاً ، والأخرى ضابطة قوامها ١٢ تلميذاً أيضاً ، وأجري على أفراد المجموعة التجريبية البرنامج الإرشادي الذي تكون من إثنى عشر جلسة إرشادية مدة كل منها خمس وأربعون دقيقة بواقع جلسة كل أسبوع ، وأظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على قائمة تقدير السلوك الفوضوي لصالح أفراد المجموعة التجريبية ؛ حيث أظهر أفرادها تحسناً واضحاً إذ انخفض السلوك الفوضوي لديهم مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة ، وتؤكد هذه النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في معالجة السلوك الفوضوي أو خفض حدته .

وقام لير وآخرون Lier et al. (٢٠٠٣) بدراسة تهدف إلى تصنيف اضطرابات السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ٣٣٦ تلميذاً وتلميذة من بين تلاميذ المدارس الابتدائية بمتوسط عمري قدره ٧ سنوات ، وأجروا على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت قائمة سلوك الطفل Child Behavior Checklist (CBCL) إعداد أكينباتش Achenbach ، ومحكات تشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) وكشفت النتائج أن اضطرابات السلوك الفوضوي تتضمن ثلاثة اضطرابات فرعية هي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، واضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) ، واضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ، كذلك أظهرت النتائج وجود فروق بين متوسطات درجات الذكور ، ومتوسطات درجات الإناث على المقاييس الفرعية لاضطراب السلوك الفوضوي لصالح الذكور .

وقام كونور وآخرون Connor et al. (٢٠٠٤) بدراسة تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين السلوك الفوضوي والسلوك العدواني لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ٣٢٣ طفلاً ومراهقاً من الجنسين ، وأجروا على أفراد هذه العينة مقياس تقدير إعراض السلوك الفوضوي ، ومقياس تقدير أعراض السلوك العدواني ، وعالج الباحثون نتائجهم إحصائياً باستخدام اختبار " ت " ومعامل ارتباط بيرسون ، وأوضحت النتائج وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين أبعاد السلوك الفوضوي ، وأبعاد السلوك العدواني التي تتمثل في العدوان اللفظي ،

والعدوان ضد الذات ، والعدوان ضد الآخرين ، والعدوان ضد الأشياء ، كذلك أوضحت النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الذكور ، ومتوسطات درجات الإناث على كل من الأبعاد الفرعية لمقياس تقدير السلوك الفوضوي ، والأبعاد الفرعية لمقياس السلوك العدواني لصالح الذكور .

وقام سوكهودولسكي وآخرون Sukhodolsky et al. (٢٠٠٥) بدراسة تهدف إلى التعرف على فاعلية برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية ، والتدريب على حل المشكلات في خفض حدة السلوك الفوضوي ، والعدوان ، والغضب لدى عينة من تلاميذ المدرسة الابتدائية ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ٢٦ تلميذاً بمتوسط عمري قدره ٩,٦ سنة ، وأجروا على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت قائمة المشكلات السلوكية للأطفال ومقياس بلهام Pelham لتقدير السلوك الفوضوي ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، وتم مجانسة هاتين المجموعتين من حيث العمر الزمني ، ومستوى التعليم ، ونسبة الذكاء ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، وتعرض أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية ، وبرنامج التدريب على حل المشكلات الاجتماعية ، وأظهرت النتائج وجود فرق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس تقدير السلوك الفوضوي لصالح أفراد المجموعة الضابطة وتعنى هذه النتيجة فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب على حل المشكلات في خفض حدة السلوك الفوضوي ، كذلك أظهرت النتائج عدم وجود فرق بين متوسط درجات أفراد التجريبية في القياس البعدي ، ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعي على مقياس اضطراب السلوك الفوضوي مما يشير إلى استمرارية فاعلية الأسلوبين العلاجيين في خفض السلوك الفوضوي لدى أفراد العينة .

وهدفت دراسة شيو– وين وهسن – هسنج Chiu - Wen & Hsen - Hsing (٢٠٠٧) إلى قياس أثر استراتيجيات التعزيز التفاضلي والاقتصاد الرمزي في معالجة السلوك الفوضوي ، وتكونت عينة الدراسة من عدة مجموعات شملت تلاميذ المدرسة الابتدائية ، وتلاميذ من عمر ١٣ – ١٥ سنة ، وتلاميذ من عمر ١٦ – ١٨ سنة ، واستخدم الباحثان التصميم التجريبي ؛ حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعات متساوية بحيث تشتمل كل مجموعة على مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية ، وتم تطبيق المعالجة من خلال برنامج إرشادي لمواجهة السلوك الفوضوي استند على استخدام عدد من الاستراتيجيات السلوكية منها التعزيز التفاضلي ، والاقتصاد الرمزي ، واستمر البرنامج الإرشادي لمدة شهرين بواقع جلسة إرشادية لكل مجموعة أسبوعياً ، وأظهرت النتائج فاعلية الاستراتيجيات التي تم استخدامها في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى أفراد المجموعات التجريبية .

وقام أحمد أبو زيد (٢٠٠٧) بدراسة تهدف إلى التعرف على علاقة السلوك الفوضوي بكل من الجنس والسلوك العدواني لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ، ومدى فاعلية كل من التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب الوالدي في خفض حدة السلوك الفوضوي ، واستخدم الباحث في ذلك مجموعة كلية قوامها ١٨ طفلاً (١٠ ذكور ، ٨ إناث) من ذوى السلوك الفوضوي والتخلف العقلي ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٩ – ١٢ سنة وتكونت عينة الآباء من ١٨ فرداً ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة الكلية إلى ثلاث مجموعات تجريبية وضابطة ، وأجرى الباحث على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت مقياس تقدير السلوك الفوضوي ، ومقياس تقدير السلوك العدواني ، ومقياس تقدير المهارات الاجتماعية ، ومقياس ستانفورد – بينيه للذكاء ، وبرنامجي التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب الوالدي ، وأوضحت النتائج وجود فرق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور ، ومتوسط درجات الإناث على مقياس تقدير السلوك الفوضوي لصالح الذكور ، وأنه توجد علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين السلوك الفوضوي والسلوك العدواني ، وكشفت الدراسة عن فاعلية كل من برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية وبرنامج التدريب الوالدي كل على حدة والبرنامجين معاً في خفض السلوك الفوضوي وتحسين التفاعل الاجتماعي ، كما أظهرت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي ، ومتوسطات درجاتهم في القياس التتبعي على مقياس السلوك الفوضوي ومقياس المهارات الاجتماعية ، وتشير هذه النتائج إلى استمرار فاعلية الأساليب العلاجية المستخدمة في خفض السلوك الفوضوي وتحسين التفاعل الاجتماعي أو المهارات الاجتماعية لدى أفراد العينة .

وقام حسن الصميلي (٢٠٠٩) بدراسة موضوعها فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية بالمملكة العربية السعودية ، وذلك بهدف الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية ، واستخدم الباحث في ذلك مجموعة كلية قوامها ٢٤ تلميذاً ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٧ – ٢١ عاماً تم اختيارهم عشوائياً وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية قوامها ١٢ تلميذاً ، والأخرى ضابطة قوامها ١٢ تلميذاً وتم مجانسة أفراد هذه العينة من حيث العمر الزمني ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، والسلوك الفوضوي ، وأجرى الباحث على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت مقياس السلوك الفوضوي ، والبرنامج الإرشادي المستخدم الذي طبق على أفراد المجموعة التجريبية ، وأظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ، ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس السلوك الفوضوي وذلك لصالح القياس القبلي ، وتعنى هذه النتيجة

انخفاض معدلات حدوث السلوك الفوضوي بعد التعرض للبرنامج الإرشادي المستخدم ، كذلك أوضحت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ، ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس السلوك الفوضوي ، كما أظهرت النتائج أيضاً عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ، ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي وتعنى هذه النتيجة استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم بعد الانتهاء من البرنامج الإرشادي خلال فترة المتابعة .

واهتمت دراسة دى بور وآخرون .De Boer et al (٢٠١٢) بفحص الارتباط بين سمات مرحلة الطفولة والسلوك المعادى للمجتمع لدى عينة من المرضى الداخليين بهدف التعرف على سمات مرحلة الطفولة التي يمكن أن تساعد على اختيار العلاج للمرضى الداخليين من المراهقين الذين لديهم اضطراب السلوك الفوضوي ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ٢٠٣ مريضاً من بين المرضى الداخليين تم تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة الأولى تمثل المرضى الذين لديهم حدوث مبكر للاضطراب ، والمجموعة الثانية تمثل المرضى الذين لديهم حدوث متأخر للاضطراب وذلك استناداً إلى الأعمار التي بدأ فيها استخدام الرعاية التخصصية للسلوك الفوضوي والتحويل إلى التربية الخاصة ، وارتكاب الإساءات الإجرامية ، وكان أفراد هاتين المجموعتين يختلفان في العديد من سمات مرحلة الطفولة ، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق تتعلق بالجنس أو النوع ، وأوضح تحليل الانحدار أن الأطفال الذين يبقون (يرسبون) في الصف التعليمي في المدرسة ، وذوى السلوك الاندفاعي ، والتاريخ الذي يدل على الإساءة البدنية كان لديهم احتمال عالي بأن يكونوا أعضاء في مجموعة الحدوث المبكر لاضطراب السلوك الفوضوي ، وأوصت الدراسة أن السمات السلوكية المميزة لكل مرحلة من المحتمل أن تنطبق على عينات كلينيكية أخرى مما يساعد الكلينيكيين في أن يستهدفوا علاجها .

وهدفت دراسة جراى وآخرون .Gray et al (٢٠١٢) وموضوعها السلوك الفوضوي الملاحظ لدى أطفال مرحلة ما قبل دخول المدرسة ، وتنوعه عبر الجنس أو النوع والسياق التفاعلي والحالة النفسية المرضية ، وذلك بهدف فحص الفروق بين الجنسين في السلوك الفوضوي الملاحظ عبر سياقين تفاعليين هما الوالدين والمعلمين ، واستخدموا في ذلك مجموعة كلية قوامها ٣٢٧ طفلاً وطفلة في سن ما قبل دخول المدرسة تم تصنيفهم إلى ثلاث فئات فئة غير مضطربة (النسبة ٥%) وفئة في خطورة من الناحية الكلينيكية أو المرضية (النسبة ٢٦%) ، وفئة مضطربة (النسبة ٢٣%) وذلك استناداً إلى تقارير الوالدين والمعلمين ، ومقاييس السلوك الفوضوي ، وتم قياس السلوك الفوضوي الذي تمت ملاحظته باستخدام قائمة الملاحظة التشخيصية للسلوك الفوضوي Disruptive

Observation Schedule Behavior Diagnostic وهي نموذج للملاحظة يميز التنوع في السلوك الفوضوي عند الأطفال في سن ما قبل دُخول المدرسة ، وأوضحت النتائج أن الأولاد الفوضويين (المضطر بين) هم المجموعة الفرعية الوحيدة التي كان سلوك أفرادها غير حساساً للسياق التفاعلي وعلى العكس فإن الفتيات الفوضويات (المضطربات) أوضحن أقوى تأثير للسياق التفاعلي ؛ حيث كان سلوكهم قابلاً للمقارنة مع الأولاد غير المضطربين (على الرغم من أنه كان أعلى بكثير من سلوك الفتيات غير المضطربات) ، ومع ذلك ففي التفاعلات مع أمهاتهن أظهرن أعلى معدل للسلوك الفوضوي على الرغم من أن الفرق بين متوسط درجات الأولاد المضطربين ، ومتوسط درجات البنات المضطربات على مقياس السلوك الفوضوي لم يكن دالاً من الناحية الإحصائية .

وقام دونكومبى وآخرون .Duncombe et al (٢٠١٣) بدراسة موضوعها علاقات الكفاءة الانفعالية والرقابة الفعالة بالنسبة لمشكلات السلوك الفوضوي ، وذلك بهدف فحص إسهام المكونات النوعية للكفاءة الانفعالية والرقابة الفعالة على السلوكيات الفوضوية للطفل بعد ضبط أو عزل تأثير نسبة الذكاء و الأعراض المرضية لنقص الانتباه أو النشاط الزائد ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ٣٥٧ طفلاً ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٥ – ٩ سنوات ، والذين تم تحديدهم من خلال إجراءات المعاينة الشاملة داخل المدرسة على أنهم معرضين للخطر من جراء أو نمو اضطراب السلوك الفوضوي ، وتم تقييم خمسة متغيرات مستقلة تتضمن التعرف على الانفعال Emotion Identification ، وفهم الانفعالEmotion Understanding ، وضبط الانفعال Emotion Regulation، والضبط الكفي Inhibitory Control ، والمرونة المعرفية Cognitive Flexibility وتم قياس مشكلات السلوك الفوضوي باستخدام تقديرات الوالدين والمعلمين ، وأوضحت النتائج أن أوجه العجز في ضبط الانفعال والمرونة المعرفية ترتبط بدرجة دالة بالخطر من جراء مشكلات السلوك الفوضوي طبقاً لتقديرات الوالدين فقط ، وأوجه العجز هذه فاقت في أهميتها الضبط الكفي ، والتعرف على الانفعال ، وفهم الانفعال وذلك في ارتباطها بالسلوك المسبب للمشكلات ، وقد تساعد هذه النتائج في زيادة وتحسين المحتوى والتوصل للبرامج الوقائية .

وقام دى بورو وآخرون .De Boer et al (٢٠١٣) بدراسة تهدف إلى التعرف على السمات التي يمكن قياسها لدى المراهقين ذوى المسارات المستمرة مدى الحياة استناداً إلى سلوكهم الفوضوي ، واعتمد الباحثون في ذلك على مجموعة كلية قوامها ٢٠٣ مراهقاً ومراهقة من المرضى الداخليين تم تقسيمهم إلى مجموعتين : المجموعة الأولى تضم الأفراد الذين لديهم سلوك فوضوي مبكر الحدوث (ن=١٣٤) ، والمجموعة الثانية تضم الأفراد الذين لديهم سلوك فوضوي يبدأ في

مرحلة المراهقة (ن=٦٩) استناداً إلى العمر الذي بدأت فيه الرعاية التخصصية للسلوك الفوضوي والإحالة إلى فصول التربية الخاصة أو الإساءات الإجرامية التي تم ارتكابها لأول مرة ، واختلفت المجموعتان في العديد من السمات ، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق تتعلق بالجنس أو النوع فيما يتعلق بسمات أفراد المجموعتين ، وأوضح تحليل الانحدار أن الذكور الذين لديهم تاريخ يفيد بوجود إساءة جسدية وتم تحويلهم إلى مرفق لرعاية الشباب كان لديهم احتمال بأن يكونوا أعضاء في المجموعة التي يحدث فيها السلوك الفوضوي مبكراً ، وهذه السمات من السهل تحديدها أو التعرف عليها ، ويمكن تطبيقها على عينات كلينيكية أخرى وتعتبر هامة لاختيار العلاج للمراهقين من المرضى الداخليين الذين لديهم سلوك فوضوي حاد .

وقامت بويلان وآخرون .Boylan et al (٢٠١٣) بدراسة فاعلية العلاج النفسي والتعليمي النفسي للأسر المتعددة Multifamily Psychoeducational Psychotherapy (MF-PEP) في علاج الأطفال الذين لديهم سلوكيات فوضوية ، وما إذا كانت السلوكيات الفوضوية تؤثر على الاستجابة للعلاج بالنسبة للأعراض المرضية للحالة المزاجية ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ١٦٥ طفلاً ممن تتراوح أعمارهم بين ٨ – ١١ عاماً ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة وكان أفراد هاتين المجموعتين متجانستان من حيث مستوى السلوكيات الفوضوية ، و كان هؤلاء الأطفال لديهم حالة مرضية مشتركة من السلوك الفوضوي والحالة المزاجية ، وأظهرت النتائج فاعلية العلاج المستخدم في خفض حدة السلوكيات الفوضوية لدى أفراد العينة ؛ حيث كان انخفاض الأعراض المرضية المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يبلغ ٠,٣٩ ، وانخفاض الأعراض المرضية المصاحبة لاضطراب العناد والتحدي يبلغ ٠,٣٠ ، وانخفاض الأعراض المرضية العامة للسلوك الفوضوي يبلغ ٠,٣٠ ، كذلك أظهرت النتاج أن حدة الحظ القاعدي للسلوكيات الفوضوية لم تؤثر على الاستجابة للعلاج بالنسبة للأعراض المرضية المتعلقة بالحالة المزاجية ، وأن العلاج النفسي والتعليمي النفسي هو تدخل فعال ومؤثر بالنسبة للأطفال الذين يعانون من الاضطرابات المزاجية ، وهكذا يتضح أن العلاج النفسي والتعليمي النفسي للأسر المتعددة ، يعد تدخلاً مبكراً وهاماً للأطفال الذين لديهم اضطرابات مزاجية كحالة مرضية مصاحبة مع اضطرابات السلوك الفوضوي ، وأن التدخل التالي أو المتعاقب يجب أن يستهدف الأعراض السلوكية المرضية بعد التحسن في الحالة المزاجية .

وقامت مارتينز وآخرون .Martins et al (٢٠١٣) بدراسة تهدف إلى فحص الارتباط بين تطور السلوك الفوضوي / العدواني في فترتين تنمويتين هما مرحلة الطفولة المبكرة ومرحلة المراهقة المبكرة والسلوك المتمثل في المقامرة Gambling بعد ذلك في مرحلة الطفولة المتأخرة حتى سن ٢٠

عاماً ، واستخدم الباحثون في ذلك مجموعة كلية قوامها ٣١٠ من الذكور الذين يعيشون في الحضر وينتمون إلى المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني ، وتم تتبعهم من بداية مرحلة الطفولة المبكرة إلى مرحلة المراهقة المتأخرة ، وتم تحديد ثلاث مسارات متميزة للسلوك لكل مرحلة ، ففي مرحلة الطفولة المبكرة تم تحديد ثلاث مسارات هي مسار عالي مزمن ومسار متوسط ومسار منخفض ، وفي مرحلة المراهقة المبكرة تم تحديد ثلاث مسارات هي مسار عالي مزمن ، ومسار متوسط ، ومسار متناقص ومستقر بشكل منخفض ، وأوضحت النتائج عدم وجود ارتباط بين مسارات سلوك الطفولة وبين الاشتراك في المقامرة ، وأن الذكور ذوى المسار المتوسط في مرحلة المراهقة من المحتمل أن يقامروا بواقع مرتين بالمقارنة بالأفراد الذين في المسار المتناقص والمستقر بشكل منخفض ، وأن تطور السلوك الفوضوي / العدواني في مرحلتي الطفولة والمراهقة يرتبط بالمقامرة لدى الذكور الذين يعيشون في المناطق الحضرية وذوى المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني ، وأوصت الدراسة بأن الوقاية من السلوك الفوضوي / العدواني في مرحلتي الطفولة والمراهقة تكون فعالة في الحد من تأثير مشكلات المقامرة لدى الشباب .

تعقيب على الدراسات السابقة :

– اعتمدت غالبية الدراسات في تشخيص اضطراب السلوك الفوضوي على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية DSM - IV- TR الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ٢٠٠٠ ، واعتمد بعضها على الاستبيانات لتقدير المعلم والوالدين لأعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، وأهملت هذه الدراسات التقرير الذاتي للأطفال أو المراهقين هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى يلاحظ أن ثمة نقصاً واضحاً في الدراسات السابقة فيما يتعلق بإعداد أداة لتقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين ، وهذا ما حاول الباحث القيام به من خلال الدراسة الحالية .

– عدم توافر أداة مقننة لقياس اضطراب السلوك الفوضوي في البيئة المصرية والعربية على حد سواء وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية .

– توجد أداتان لقياس اضطراب السلوك الفوضوي أحدهما لقياس اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال المتأخرين عقلياً (أحمد أبو زيد ، ٢٠٠٧) ، والأخرى لقياس السلوك الفوضوي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية في البيئة السعودية (حسن الصميلي ، ٢٠٠٩) .

– أن اضطراب السلوك الفوضوي أكثر حدة وانتشاراً لدى الذكور مقارنة بالإناث .

فروض البحث :

وضع الباحث لهذه الدراسة عدة فروض مؤداها :

١- تتفاوت نسب (معدلات) انتشار اضطراب السلوك الفوضوي لدى الذكور ، ولدى الإناث وفقاً للمرحلة العمرية .

٢- يتشبع مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي على عدد من العوامل لدى عينة الدراسة .

٣- يتوافر لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي درجة مقبولة من الصدق لدى عينة الدراسة .

٤- يتوافر لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي درجة مقبولة من الثبات لدى عينة الدراسة .

٥- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات التلاميذ ذوي المستويات العمرية المختلفة ، متوسطات درجات التلميذات ذوات المستويات العمرية المختلفة على مقياس تقدير أعراض السلوك الفوضوي لصالح التلاميذ .

إجراءات البحث :

أولاً : عينة البحث :

استخدم الباحث مجموعة قوامها ٨٠٠ فرداً من بين تلاميذ وتلميذات المدارس الحكومية بمدينة شبين الكوم وطلاب كلية التربية النوعية جامعة المنوفية ، وقد شملت العينة أربعة مستويات عمرية الأولى امتدت أعمارها من ٧ – ١١ سنة وتضم تلاميذ المرحلة الابتدائية ، والثانية امتدت أعمارها من ١٢ – ١٤ سنة وتضم تلاميذ المرحلة الإعدادية ، والثالثة امتدت أعمارها من ١٥ – ١٧ سنة وتضم تلاميذ المرحلة الثانوية ، والرابعة امتدت أعمارها من ١٨ – ٢٢ سنة وتضم طلاب الجامعة ، والجدول التالي يوضح عدد الأفراد الذين اختيروا من كل مرحلة عمرية .

جدول (١)

عدد الأفراد الذين اختيروا من كل مرحلة عمرية

الجنس	تلاميذ المرحلة الابتدائية	تلاميذ المرحلة الإعدادية	تلاميذ المرحلة الثانوية	طلاب الجامعة	المجموع
ذكور	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٤٠٠
إناث	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٤٠٠
المجموع	٢٠٠	٢٠٠	٢٠٠	٢٠٠	٨٠٠

ثانياً : الأداة المستخدمة :

استخدم الباحث مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، وفيما يلي عرض للخطوات التي تم إتباعها في تصميم المقياس :

- وعاء البنود :

اشتقت بنود المقياس من التراث السيكولوجي ، وبخاصة الكتابات والآراء النظرية التي تناولت اضطراب السلوك الفوضوي (نادر وآخرون Nsdder et al. ، ٢٠٠٢ ؛ ألزوف وآخرون Althoff et al. ، ٢٠٠٣ ؛ إرسان وآخرون Ersan et al. ، ٢٠٠٤ ؛ أوهان وجونسون Ohan & Johnston ، ٢٠٠٥ ؛ إركان وآخرون Ercan et al. ، ٢٠٠٥ ؛ ديك وآخرون Dick et al. ، ٢٠٠٥ ؛ ويد وآخرون Weid et al. ، ٢٠١٠ ؛ ويست وآخرون West et al. ، ٢٠١١ ؛ أوكونور وآخرون O'Connor et al. ، ٢٠١٢ ؛ وانج وآخرون Wang et al. ، ٢٠١٢ ؛ بايلي وآخرون Bailey et al. ، ٢٠١٣ ؛ بارينز وآخرون Barnes et al. ، ٢٠١٣ ؛ بونتي وآخرون Bunte et al. ، ٢٠١٣ ؛ كارتر وآخرون Carter et al. ، ٢٠١٣) .

- الإطلاع على المقاييس السابقة :

تم الإطلاع على عدد من المقاييس التي صممت لقياس اضطراب السلوك الفوضوي بهدف الاستفادة من هذه المقاييس في إعداد المقياس الحالي ، ومن هذه المقاييس ما يلي :

١- مقياس تقدير اضطراب السلوك الفوضوي Disruptive Behavior Disorder Rating Scale (DBD) إعداد بيلهام وآخرون Pelham et al. (١٩٩٢) تعديل لونا وكامال Loona & Kamal (٢٠١١) .

٢- مقياس السلوك الفوضوي للتلاميذ Disruptive Behavior Scale Professed by Students إعداد فيجا Veiga (٢٠٠٨) .

٣- استبيان السلوك الفوضوي (DBQ) Disruptive Behavior Questionnaire إعداد باركلى وميرفي Barkley & Murphy (١٩٩٨) .

٤- قائمة أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD Symptom Checklist – 4 (ADHD – SC4) إعداد جادو وسبرافكين Gado & Sprafkin (١٩٩٧) تعريب وتقنين مجدي الدسوقي (٢٠٠٥أ) .

٥- مقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٥ب) .

٦- مقياس اضطراب العناد والتحدي إعداد مجدي الدسوقي (٢٠١٣أ) .

٧- مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك إعداد مجدي الدسوقي (٢٠١٣ب) .

- صياغة البنود أو العبارات :

اعتماداً على الخطوتين السابقتين تم صياغة ٤٨ بنداً أو عبارة صياغة عربية فصحى .

- عرض البنود على المحكمين :

تم عرض المقياس في صورته الأولية على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية للحكم على مدى صلاحية وصدق عباراته في تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، ولم يؤدِ هذا الإجراء إلى استبعاد أي عبارات ، ولكن عدلت صياغة بعض العبارات في ضوء التوجيهات التي أبداها السادة المحكمون ، وبذلك أصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من ٤٨ بنداً أو عبارة .

- إجراءات تطبيق المقياس :

يتم تطبيق المقياس لتقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، ويتم استخدامه من قبل المعلمين (الصورة أ / صورة المعلم) ، أو من قبل الوالدين (الصورة ب / صورة الوالد أو الوالدة) أو من قبل الأخصائيين النفسيين أو الأخصائيين الاجتماعيين ، مع العلم بأن بنود أو عبارات الصورة أ ، والصورة ب واحدة ، كما أن هناك صورة أخرى للمراهق ، ولا تستغرق عملية التطبيق أكثر من ١٥ دقيقة (ملحق ١ ، وملحق ٢ ، و ملحق ٣) .

- طريقة التصحيح :

وضع للمقياس تعليمات بسيطة تتضمن الإجابة على كل بند من بنود المقياس تبعاً لبدائل خمسة هي هذا السلوك لا يحدث مطلقاً ، وهذا السلوك يحدث أحياناً ، وهذا السلوك يتكرر كثيراً ، وهذا السلوك يتكرر كثيراً جداً ، وهذا السلوك يحدث طوال الوقت ، ووضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة هي صفر ، ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ على الترتيب ، وتفسير هذه الاختيارات الخمسة على النحو التالي :

- **هذا السلوك لا يحدث مطلقاً** : يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص نادراً ما يظهر هذا السلوك
- **هذا السلوك يحدث أحياناً** : يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا السلوك بدرجة متوسطة (٢ – ٣ مرات كل ٦ ساعات) .
- **هذا السلوك يتكرر كثيراً** : يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا السلوك بدرجة متكررة (٣ – ٤ مرات كل ٦ ساعات) .
- **هذا السلوك يتكرر كثيراً جداً** : يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا السلوك كثيراً جداً (٥ – ٦ مرات كل ٦ ساعات) ، ويمثل هذا السلوك مشكلة حادة أو كبيرة لهذا الفرد ويعوق الأداء الوظيفي له .
- **هذا السلوك يحدث طول الوقت** : يشير هذا الاختيار إلى أن المفحوص يظهر هذا السلوك كثيراً (أكثر من ٦ مرات كل ٦ ساعات) ، ويمثل هذا السلوك مشكلة حادة أو كبيرة لهذا الفرد

ويعوق الأداء الوظيفي له .

والدرجة الكلية للبعد هي مجموع عبارات هذا البعد أو المقياس الفرعي ، والدرجة الكلية على المقياس هي مجموع الدرجات التي حصل عليها المفحوص على العبارات المكونة للمقياس أو بمعنى آخر يستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي حصل عليها المفحوص على الأبعاد الفرعية المكونة للمقياس ، و تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى أن الفرد يعانى من اضطراب السلوك الفوضوي والعكس صحيح .

نتائج البحث :

النتائج المتعلقة بالفرض الأول :

يوضح الجدول التالي نسب انتشار اضطراب السلوك الفوضوي لدى أفراد المراحل العمرية المختلفة .

جدول (٢) نسب انتشار اضطراب السلوك الفوضوي لدى أفراد المراحل العمرية المختلفة

المرحلة العمرية	العدد الكلي للعينة		عدد الأفراد الذين يظهرون الاضطراب		نسبة انتشار الاضطراب		نسبة الانتشار الكلية
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
تلاميذ الابتدائي	٤٣١	٤١١	٨٥	٥٣	١٩,٧	١٢,٨٩	% ١٦,٣٩
تلاميذ الإعدادي	٥١٧	٥٤٨	٩٢	٧٠	١٧,٨	١٢,٧٧	% ١٥,٢١
تلاميذ الثانوي	٦١١	٦٠٥	٨٩	٧٣	١٤,٦	١٢,٠٧	% ١٣,٣٢
طلاب الجامعة	٢١٠	٤٨٠	٣١	٣٤	١٤,٧٦	٧,٠٨	% ٩,٤٢
المجموع	١٧٦٩	٢٠٤٤	٢٦٥	٢٣٠	١٤,٩٨	١١,٢٥	% ١٢,٩٨

يتضح من جدول (٢) أن نسبة انتشار اضطراب السلوك الفوضوي لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث بصفة عامة ، وان نسبة انتشار الاضطراب لدى الذكور في كل مرحلة عمرية أعلى منها لدى الإناث ، وأحتل تلاميذ المرحلة الابتدائية المقدمة ؛ حيث بلغت نسبة انتشار الاضطراب لدى أفراد هذه المرحلة العمرية ١٦,٣٩ % ، يلي ذلك تلاميذ المرحلة الإعدادية ؛ حيث بلغت نسبة انتشار الاضطراب لدى أفراد هذه المرحلة العمرية ١٥,٢١ % ، بينما بلغت نسبة انتشار الاضطراب لدى تلاميذ المرحلة الثانوية ١٣,٣٢ % ، وبلغت نسبة انتشار الاضطراب لدى طلاب المرحلة الجامعية ٩,٤٢ % ، هذا وقد بلغت نسبة الانتشار العامة ١٤,٩٨ % بالنسبة للذكور ، ١١,٢٥ % بالنسبة للإناث ، ١٢,٩٨ % بالنسبة للعينة الكلية .

النتائج المتعلقة بالفرضين الثاني والثالث (صدق المقياس والبناء العاملي له) :

١- الصدق العاملي :

تم استخدام التحليل العاملي بوصفه أسلوباً يسهم فى التحقق من الصدق التكويني أو البنائي للمقياس ، كما يسهم فى رد الكثرة من العوامل إلى المحدود والنقي منها ، وقد تم تحليل المصفوفة الارتباطية المستخرجة من استجابات عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية وطلاب وطالبات الجامعة (ن = ٤٨٠) باستخدام طريقة المكونات الأساسية Principle Components ، وبالإبقاء على العوامل التي يزيد جذرها الكامن عن الواحد الصحيح تم استخراج اثني عشر عاملاً تضمنت ٨٧,٩٣ % من حجم التباين الكلي ، وجاءت نسبة هذه العوامل على الترتيب ٢٣,٨٢% ، ١٧,٤٠% ، ٥,٢٠% ، ٤,٦٨% ، ٤,٢٨% ، ٣,٦٧ % ، ٣,٤٩ % ، ٣,١١% ، ٢,٩٠% ، ٢,٥١% ، ٢,٣٠% ، ٢,١١% ، ونظراً لأن معيار الجذر الكامن لا يعطي نتائج دقيقة أحياناً (رجاء أبو علام ، ٢٠٠٣) ؛ لذا عند دراسة الرسم البياني للجذور الكامنة تبين أن العوامل التي تظهر في الجزء شديد الانحدار هي سبعة فقط ، وبعد ذلك تم تدوير هذه العوامل تدويراً متعامداً بطريقة الفاريماكس Varimax للوقوف على التركيب العاملي للمقياس ، وقد أسفرت هذه الخطوة عن ظهور سبعة عوامل يتشبع كل منها بعدد من المفردات تبعاً للمحكات الثلاثة التالية :

- العامل الجوهري ما كان له جذر كامن أكبر من أو يساوي ١,٠ .
- محك التشبع الجوهري للفقرة أكبر من أو يساوي ٠,٣ .
- محك جوهرية العامل أكبر من أو يساوي ثلاثة تشبعات جوهرية .

وتوضح الجداول التالية تفصيلاً للبناء العاملي للمقياس كما يتضح من التشبعات الجوهرية على كل عامل .

جدول (٣) التشبعات الجوهرية على العامل الأول لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٦	أهدد الآخرين لأحصل على أشياء ثمينة منهم	٠,٧٠١
٢	٧	أبادر بالاعتداء على الآخرين	٠,٦٩٢
٣	٣	أمارس البلطجة على الآخرين لتخويفهم وإرهابهم	٠,٦٣١
٤	٥	أقوم بإيذاء الآخرين دون أن أدخل معهم في مشاجرات (إلقاء أو رمى الأشياء عليهم)	٠,٦٠٩
٥	١	أتعمد إيذاء / إلحاق الضرر بالآخرين	٠,٦٠١
٦	٤	أهدد الآخرين باستخدام آلة حادة (سكين- أو زجاجة مكسورة أو نبوت ... إلخ)	٠,٥٢٤

م	رقم البند	نص البند	التشبع
٧	٢	أبدأ الشجار مع الآخرين في المدرسة أو الحي الذي أقيم فيه	٠,٥١٩
٨	١٢	اشترك في أعمال شغب داخل المدرسة	٠,٤٩٢
٩	١٨	أتعمد إتلاف ممتلكات الآخرين (تكسير نوافذ – إفراغ إطارات السيارات ... إلخ)	٠,٤٦٠
١٠	٢٠	أحطم مقتنيات أخوتي وزملائي	٠,٤٢٥
١١	١٩	أتصرف بأسلوب انتقامي	٠,٤٠٣
الجذر الكامن		١١,٤٣	
نسبة التباين		% ٢٣,٨٢	

يتضح من جدول (٣) أن العامل الأول للمقياس تشبع عليه إحدى عشر مفردة تراوحت تشبعاتها بين ٠,٧٠١ ، ٠,٤٠٣ ، وتدور جميعها حول إيذاء وتهديد الآخرين ، والتشاجر معهم ، وممارسة البلطجة عليهم ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل **السلوك العدواني** .

جدول (٤)

التشبعات الجوهرية على العامل الثاني لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٢١	أجادل الكبار باستمرار	٠,٦٣٨
٢	٢٢	أتحدى الكبار وأرفض الانصياع لأوامرهم	٠,٦١٩
٣	٣٠	أفرض آرائي على الآخرين	٠,٦٠٤
٤	٢٧	أتعمد مضايقة الآخرين (أضربهم – أدفعهم – أعرقلهم .... إلخ)	٠,٥٩٨
٥	٢٨	ألقي على الآخرين بتبعية أخطائي وسوء تصرفاتي	٠,٥٦٢
٦	٢٤	أنفس عن غضبي من خلال الإساءة للآخرين	٠,٥١٧
٧	٢٣	يسيطر عليّ الغضب والاستياء لأتفه الأسباب	٠,٤٧٢
٨	٢٩	أغضب وأثور عندما لا تتحقق رغباتي	٠,٤٣٩
٩	٢٦	أفقد أعصابي لأتفه الأسباب	٠,٣٧٥
١٠	٢٥	أتضايق بسهولة من الآخرين	٠,٣٥٩
الجذر الكامن		٨,٣٥	
نسبة التباين		% ١٧,٤٠	

يتضح من جدول (٤) أن العامل الثاني للمقياس تشبع عليه عشرة مفردات تراوحت تشبعاتها بين ٠,٦٣٨ ، ٠,٣٥٩ وتدور جميعها حول مجادلة الكبار وتحديهم وعدم الانصياع لأوامرهم ، وفرض آرائه عليهم وتعمد مضايقتهم ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل العناد والتحدي .

جدول (٥)

التشبعات الجوهرية على العامل الثالث لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٣٢	أجد صعوبة في الانتباه الشديد للتفاصيل	٠,٦٠٢
٢	٣٣	يصعب علىَّ الاستمرار في الانتباه عند أداء المهام	٠,٥٣١
٣	٣١	يتشتت ذهني بسهولة	٠,٤٩٢
٤	٣٦	أجد صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة	٠,٤١٦
٥	٣٤	أفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام أو الأنشطة كالأقلام أو الأدوات	٠,٤١١
٦	٣٥	أتجنب الاشتراك في المهام التي تتطلب مجهوداً عقلياً أو ذهنياً مستمراً	٠,٣٨٥
الجذر الكامن		٢,٥٠	
نسبة التباين		٥,٢٠ %	

يتضح من جدول (٥) أن العامل الثالث للمقياس تشبع عليه ست مفردات تراوحت تشبعاتها بين ٠,٦٠٢ ، ٠,٣٨٥ وتدور جميعها حول صعوبة الانتباه وتشتت الذهن عند أداء المهام ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل نقص الانتباه .

جدول (٦)

التشبعات الجوهرية على العامل الرابع لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٤٠	أجد صعوبة في اللعب أو الاشتراك بهدوء في أنشطة وقت الفراغ	٠,٦٨٥
٢	٣٨	أضرب أو أدفع الآخرين (كثير الشغب)	٠,٦٥٤
٣	٣٧	أتحدث بطريقة زائدة عن الحد	٠,٥٩٨
٤	٣٩	يصعب علىَّ الجلوس ساكناً في مقعدي (أهز قدمي أو أتلوى في مقعدي)	٠,٥٣٢
٥	٤١	أتحرك باستمرار وأتصرف كما لو كنت مندفع بمحرك	٠,٥١٤
٦	٤٢	أشعر بالقلق وعدم الاستقرار	٠,٣٥٩
الجذر الكامن		٢,٢٥	
نسبة التباين		٤,٦٨ %	

يتضح من جدول (٦) أن العامل الرابع للمقياس تشبع عليه ست مفردات تراوحت تشبعاتها بين ٠,٦٨٥ ، ٠,٣٥٩ وتدور حول تحدث الفرد بطريقة زائدة عن الحد ، وعدم القدرة على الجلوس

هادئاً ، والتحرك باستمرار ودفع الآخرين ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل النشاط الزائد .

جدول (٧)

التشبعات الجوهرية على العامل الخامس لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	٤٥	أتسرع في الإجابة قبل أن يتم طرح أو إكمال الأسئلة	٠,٦٨٦
٢	٤٨	يصعب عليَّ الانتظار حتى يأتي دوري	٠,٦٣٣
٣	٤٦	أنتقل من نشاط إلى آخر دون الانتهاء من النشاط الأول	٠,٥٩٤
٤	٤٣	أقاطع الآخرين وأفرض نفسي على أنشطتهم	٠,٤٠٦
٥	٤٧	يصعب عليَّ إتباع التعليمات	٠,٣٨٩
٦	٤٤	تتقصني اللباقة وأتفوه بأي شئ يطرأ على ذهني	٠,٣٢٤
الجذر الكامن		٢,٠٥	
نسبة التباين		% ٤,٢٨	

يتضح من جدول (٧) أن العامل الخامس للمقياس تشبع عليه ست مفردات تراوحت تشبعاتها بين ٠,٦٨٦ ، ٠,٣٢٤ وتدور جميعها حول التسرع وعدم القدرة على الانتظار ، ومقاطعة الآخرين باستمرار وعدم القدرة على إتباع التعليمات ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل الاندفاعية .

جدول (٨)

التشبعات الجوهرية على العامل السادس لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	١٧	أستخدم ممتلكات الآخرين دون الحصول على إذن منهم	٠,٥٨٩
٢	٨	أسهر خارج المنزل دون رغبة والديَّ	٠,٥٣٣
٣	١١	أهرب (أزوغ) من المدرسة	٠,٤٦٩
٤	١٠	هربت من المنزل ليلاً بواقع مرة أو مرتين بدون العودة لمدة أسبوعين	٠,٣٨٧
٥	٩	سبق لي أن فصلت من المدرسة	٠,٣٥٠
الجذر الكامن		١,٧٦	
نسبة التباين		% ٣,٦٧	

يتضح من جدول (٨) أن العامل السادس للمقياس تشبع عليه خمس مفردات تراوحت تشبعاتها بين ٠,٥٨٩ ، ٠,٣٥٠ ، وتدور جميعها حول الاعتداء على ممتلكات الآخرين ، والسهر

خارج المنزل ، والهروب من المنزل وعدم الالتزام بتعليمات الوالدين ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل انتهاك القواعد .

جدول (٩)

التشبعات الجوهرية على العامل السابع لمقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

م	رقم البند	نص البند	التشبع
١	١٥	غافلت شخص ما وقمت بسرقته	٠,٥١٩
٢	١٤	سرقت نقوداً من زملائي الذين أعيش معهم	٠,٤٨٢
٣	١٦	أقوم بسرقة الأشياء عندما أشعر أنني غير مراقب	٠,٤٥٢
٤	١٣	خطفت حافظة نقود من شخص ما	٠,٤٠٦
الجذر الكامن		١,٦٧	
نسبة التباين		% ٣,٤٩	

يتضح من جدول (٩) أن العامل السابع للمقياس تشبع عليه أربع مفردات تراوحت تشبعاتها بين٠,٥١٩ ، ٠,٤٠٦ وتدور جميعها حول الاحتيال على الآخرين وسرقتهم ؛ لذلك يقترح مُعد الأداة تسمية هذا العامل الاحتيال أو السرقة .

وبناء على ما سبق فإن مفردات مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي قد تشبعت إلى حد كبير بسبعة عوامل ، مما يؤيد صحة البناء الذي افترضه مُعد الأداة ، وبما يتفق أيضاً مع صدق محتوى المقياس وصدق المحكمين ، مما يؤكد على أن المقياس يُعد صادقاً صِدْقاً عاملياً .

٢- الصدق التلازمي :

تم التحقق من الصدق التلازمي للمقياس ، وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها عينة التقنين (كل مجموعة عمرية على حدة) وبين درجاتهم على مقياس أنماط السلوك المشكل إعداد عبد المنعم شحاتة وأمنية الشناوي (٢٠١٠) بعد إعداد صورة مبسطة تناسب تلاميذ المرحلة الابتدائية لاستخدامها في هذا الغرض ، والجدول التالي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد .

جدول (١٠)

معاملات الارتباط بين درجات أفراد عينة التقنين على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ودرجاتهم على مقياس أنماط السلوك المشكل

العينة	الجنس (النوع)	العدد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تلاميذ المرحلة الابتدائية	ذكور	١٠٠	٠,٧٩٣	٠,٠١
	إناث	١٠٠	٠,٦٤١	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الإعدادية	ذكور	١٠٠	٠,٧٣٤	٠,٠١
	إناث	١٠٠	٠,٧٢٣	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الثانوية	ذكور	١٠٠	٠,٨٦٥	٠,٠١
	إناث	١٠٠	٠,٧٧٤	٠,٠١
طلاب المرحلة الجامعية	ذكور	١٠٠	٠,٨٨٢	٠,٠١
	إناث	١٠٠	٠,٧٥٩	٠,٠١

يتضح من جدول (١٠) أن معاملات الارتباط الناتجة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى صدق تلازمي مرتفع للمقياس .

٣- الصدق الاتفاقي :

يعنى الصدق الاتفاقي أن المقياس يرتبط بغيره من المقاييس الأخرى التي تقيس متغيرات لها نفس الاتجاه النفسي الايجابي من الناحية النظرية (والكر Walker ، ٢٠١٠) ، واعتماداً على ذلك تم تطبيق مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي مع مقياس القلق للأطفال تأليف كاستانيدا وآخرون إعداد فيولا الببلاوى (١٩٨٧) ، واختبار الاكتئاب للأطفال تأليف ماريا كوفاكس إعداد محمد الطيب (١٩٨٣) ، ومقياس السلوك العدواني والعدائي للمراهقين والشباب إعداد آمال باظة (٢٠٠٣) ، ومقياس مظاهر القلق للمراهقين والراشدين إعداد مجدي الدسوقي (١٩٩٨ أ) ، وقائمة تشخيص الاكتئاب إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٢ أ) ، مقياس التشاؤم من قائمة التفاؤل والتشاؤم إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٢ ب) ، ومقياس الشعور باليأس إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٦) على أفراد عينة التقنين ، والجدول التالي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد .

جدول (١١) معاملات الارتباط بين مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي وعدد من المقاييس النفسية لدى أفراد عينة التقنين

العينة	الجنس	المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تلاميذ المرحلة الابتدائية	الذكور ن = ٥٠	– اختبار الاكتئاب للأطفال	٠,٧٧٣	٠,٠١
		– مقياس القلق للأطفال	٠,٧٤٥	٠,٠١
	الإناث ن = ٥٠	– اختبار الاكتئاب للأطفال	٠,٧٨٢	٠,٠١
		– مقياس القلق للأطفال	٠,٧٢٦	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ١٠٠	– اختبار الاكتئاب للأطفال	٠,٧٥٥	٠,٠١
		– مقياس القلق للأطفال	٠,٧٢٧	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الإعدادية	الذكور ن = ١٠٠	– مقياس مظاهر القلق	٠,٨٤٦	٠,٠١
		– مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٧٩٣	٠,٠١
	الإناث ن = ١٠٠	– مقياس مظاهر القلق	٠,٧٨٤	٠,٠١
		– مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٧٣٥	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ٢٠٠	– مقياس مظاهر القلق	٠,٨١٣	٠,٠١
		– مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٧٤٥	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الثانوية	الذكور ن = ١٠٠	– مقياس الشعور باليأس	٠,٨٧٥	٠,٠١
		– مقياس مظاهر القلق	٠,٨٩٣	٠,٠١
		– مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٨٥٤	٠,٠١
	الإناث ن = ١٠٠	– مقياس الشعور باليأس	٠,٧٧٦	٠,٠١
		– مقياس مظاهر القلق	٠,٧٠٧	٠,٠١
		– مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٨٢٦	٠,٠١
	العينة الكلية ت = ٢٠٠	– مقياس الشعور باليأس	٠,٧٧٥	٠,٠١
		– مقياس مظاهر القلق	٠,٧٤٦	٠,٠١
		– مقياس السلوك العدواني والعدائي	٠,٨٣٧	٠,٠١
طلاب المرحلة الجامعية	الذكور ن = ١٠٠	– مقياس التشاؤم	٠,٨١٦	٠,٠١
		– مقياس الشعور باليأس	٠,٨٠٦	٠,٠١
		– قائمة تشخيص الاكتئاب	٠,٧٠٨	٠,٠١
	الإناث ن = ١٠٠	– مقياس التشاؤم	٠,٧٩٣	٠,٠١
		– مقياس الشعور باليأس	٠,٧٨٤	٠,٠١
		– قائمة تشخيص الاكتئاب	٠,٧٢٧	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ٢٠٠	– مقياس التشاؤم	٠,٨٠٦	٠,٠١
		– مقياس الشعور باليأس	٠,٧٧٧	٠,٠١
		– قائمة تشخيص الاكتئاب	٠,٧١٢	٠,٠١

يتضح من جدول (١١) أن مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي يتصف

بمعاملات صدق مرتفعة لارتباطه ارتباطاً موجباً ودالاً عند بمستوى ٠,٠١ مع كل من القلق ، والسلوك العدواني والعدائي ، والاكتئاب ، والشعور باليأس وتؤكد هذه النتائج الصدق الاتفاقي للمقياس ، وتتمشى هذه النتائج بصفة عامة مع نتائج دراسات (ملتينو وآخرون . Molteno et al ، ٢٠٠١ ؛ سوكهودولسكي وآخرون .Sukhodolsky et al ، ٢٠٠٥ ؛ سوندييجكر وآخرون Sondeijker et al. ، ٢٠٠٧ ؛ ويلسون وليبسي Wilson & Lipsey ، ٢٠٠٧ ؛ دي بور وآخرون De Boer et al. ، ٢٠١٢) والتي أوضحت نتائجهم ارتباط اضطراب السلوك الفوضوي ايجابياً بكل من القلق ، والاكتئاب ، والشعور باليأس ، والسلوك العدواني ، والتشاؤم .

٤- الصدق التعارضي :

يعنى الصدق التعارضي أن المقياس يرتبط بغيره من المقاييس الأخرى التي تقيس متغيرات لها نفس الاتجاه النفسي المضاد (السلبي) من الناحية النظرية (والكر Walker ، ٢٠١٠) ، واعتماداً على ذلك تم تطبيق مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي مع عدد من المقاييس منها مقياس المثابرة إعداد مجدي الدسوقي (١٩٩٨ ب) ، وقائمة تقدير التوافق للأطفال إعداد عبد الوهاب كامل (١٩٨٨) ، وقائمة تقدير الذات للأطفال إعداد عبد اللطيف خليفة وآخرون (٢٠٠٧) ، ودليل تقدير الذات إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٤) ، وقائمة الاتجاه نحو الذات إعداد مجدي الدسوقي (٢٠٠٣) والتي تقيس بعدى الثقة بالنفس ، والاستحسان الاجتماعي ، واختبار الكفاءة الاجتماعية إعداد مجدي حبيب (١٩٩٠) ، ومقياس التوافق النفسي إعداد زينب شقير (٢٠٠٣) ، ومقياس الاستحسان الاجتماعي إعداد رشاد موسى وصلاح أبو ناهية (١٩٨٦) على أفراد عينة التقنين ، والجدول التالي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد .

جدول (١٢) معاملات الارتباط بين مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي وعدد من المتغيرات النفسية لدى أفراد عينة التقنين

العينة	الجنس	المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
أطفال المرحلة الابتدائية	ذكور ن = ٥٠	– مقياس المثابرة	٠,٦٤٥ –	٠,٠١
		– قائمة تقدير التوافق للأطفال	٠,٧٤٨ –	٠,٠١
		– قائمة تقدير الذات للأطفال	٠٧٥٦ –	٠,٠١
	إناث ن = ٥٠	– مقياس المثابرة	٠,٦٦٧ –	٠,٠١
		– قائمة تقدير التوافق للأطفال	٠,٧٣١ –	٠,٠١
		– قائمة تقدير الذات للأطفال	٠,٦٨٦ –	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ١٠٠	– مقياس المثابرة	٠,٦٥٤ –	٠,٠١
		– قائمة تقدير التوافق للأطفال	٠,٦٩٠ –	٠,٠١

العينة	الجنس	المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
		- قائمة تقدير الذات للأطفال	- ٠,٧٤٣	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الإعدادية	الذكور ن = ١٠٠	- قائمة الاتجاه نحو الذات :	- ٠,٦٧٦	٠,٠١
		أ- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٦٧	٠,٠١
		ب- مقياس الثقة بالنفس	- ٠,٦٨٧	٠,٠١
		- دليل تقدير الذات	- ٠,٦٥٦	٠,٠١
	الإناث ن = ١٠٠	- قائمة الاتجاه نحو الذات :	- ٠,٦٦٨	٠,٠١
		أ- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٧٤	٠,٠١
		ب- مقياس الثقة بالنفس	- ٠,٦٨٥	٠,٠١
		- دليل تقدير الذات	- ٠,٦٧٣	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ٢٠٠	- قائمة الاتجاه نحو الذات :	- ٠,٦٧٤	٠,٠١
		أ- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٥٥	٠,٠١
		ب- مقياس الثقة بالنفس	- ٠,٦٧٧	٠,٠١
		- دليل تقدير الذات	- ٠,٦٦٥	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الثانوية	الذكور ن = ١٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٦٨٩	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٧٥٤	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٧٣٠	٠,٠١
	الإناث ن = ١٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٦٧٧	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٩٢	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٦٨٥	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ٢٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٦٧٦	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٨٦	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٦٧٦	٠,٠١
طلاب المرحلة الجامعية	الذكور ن = ١٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٧٧٥	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٨	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٧٢	٠,٠١
	الإناث ن = ١٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٨٠	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٧٣٢	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٦٣٨	٠,٠١
	العينة الكلية ن = ٢٠٠	- مقياس التوافق النفسي	- ٠,٧٨٠	٠,٠١
		- مقياس الاستحسان الاجتماعي	- ٠,٦٩١	٠,٠١
		- اختبار الكفاءة الاجتماعية	- ٠,٦٥٦	٠,٠١

يتضح من جدول (١٢) أن مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي يتصف بمعاملات صدق مرتفعة لارتباطه ارتباطاً سالباً ودالاً عند مستوى ٠,٠١ مع كل من المثابرة ، تقدير

التوافق ، وتقدير الذات ، والاستحسان الاجتماعي ، والثقة بالنفس ، والكفاءة الاجتماعية ، والتوافق النفسي وتؤكد هذه النتائج الصدق التعارضي للمقياس ، وتتمشى هذه النتائج بصفة عامة مع نتائج دراسات (جوفريمونتودوماس Guevremont & Dumas ، ١٩٩٤ ؛ ديكر وآخرون Dekker et al. ، ٢٠٠٢ ؛ فرانكل وفينبرج Frankel & Feinberg ، ٢٠٠٢ ؛ لير وآخرون Lier et al. ، ٢٠٠٣ ؛ هيلجيلاند وآخرون Helgeland et al. ، ٢٠٠٥ ؛ لونا وكامال Loona & Kamal ، ٢٠١١) والتي أوضحت نتائجهم وجود علاقة دالة إحصائياً بين اضطراب السلوك الفوضوي وكل من تدني تقدير الذات ، والسلوك الاجتماعي السلبي ، وقصور المهارات الاجتماعية ، وفقدان الثقة بالنفس ، وعدم القدرة على التوافق الاجتماعي مع الآخرين .

النتائج المتعلقة بالفرض الرابع (ثبات المقياس) :

تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطريقتين الآتيتين :

١- طريقة إعادة الإجراء :

تم تطبيق المقياس ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى بفاصل زمني قدره شهر على مجموعة من أفراد عينة التقنين وبعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد كل مجموعة عمرية في التطبيقين الأول والثاني على الأبعاد الفرعية وكذلك الدرجة الكلية على المقياس ، والجدول التالي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد .

جدول (١٣)

معاملات ثبات مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي بطريقة إعادة الإجراء

العينة	العدد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تلاميذ المرحلة الابتدائية	٣٦	٠,٨٣٧	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الإعدادية	٤٣	٠,٨٨٦	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الثانوية	٥٥	٠,٧٩٤	٠,٠١
طلاب المرحلة الجامعية	٦١	٠,٨٠٦	٠,٠١

يتضح من جدول (١٣) أن معاملات الارتباط الناتجة (معاملات الثبات) دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات .

٢- طريقة التجزئة النصفية :

تم تقسيم المقياس إلى نصفين أحدهما يتضمن العبارات الفردية ، والآخر يتضمن العبارات

الزوجية ، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية ، ودرجات البنود الزوجية لأفراد كل مجموعة عمرية من أفراد عينة التقنين ، وبعد ذلك تم تصحيح معاملات الارتباط الناتجة باستخدام معادلة سبيرمان – براون Spearman Brown ، والجدول التالي يوضح النتائج التي تم التوصل إليها في هذا الصدد .

جدول (١٤)

معاملات ثبات مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي بطريقة التجزئة النصفية لدى مجموعة من أفراد عينة التقنين

العينة	العدد	معامل ارتباط النصفين	معامل الثبات	مستوى الدلالة
تلاميذ المرحلة الابتدائية	٣٠	٠,٨٤٢	٠,٩١٤	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الإعدادية	٤٠	٠,٨٤٦	٠,٩١٧	٠,٠١
تلاميذ المرحلة الثانوية	٥٠	٠,٨٩٧	٠,٩٤٦	٠,٠١
طلاب المرحلة الجامعية	٥٠	٠,٨٤٩	٠,٩١٨	٠,٠١

يتضح من جدول (١٤) أن معاملات الارتباط الناتجة (معاملات الثبات) باستخدام طريقة التجزئة النصفية دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات .

النتائج المتعلقة بالفرض الخامس :

يوضح الجدول التالي المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة البحث على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي .

جدول (١٥) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة البحث على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي

العينة	الجنس (النوع)	العدد	م	ع	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
تلاميذ المرحلة الابتدائية	ذكور	١٠٠	١٠١,٩٥	١٨,٤٣	٢,٨٦	٠,٠١
	إناث	١٠٠	٩٥,١١	١٥,٠١		
تلاميذ المرحلة الإعدادية	ذكور	١٠٠	١١٠,٢٢	٢٠,٣١	٢,٩٥	٠,٠١
	إناث	١٠٠	١٠٢,١٧	١٨,٠٥		
تلاميذ المرحلة الثانوية	ذكور	١٠٠	١٣٢,١١	٢٢,٧٥	٣,٨	٠,٠١
	إناث	١٠٠	١٢٠,٥٢	٢٠,٠٣		
طلاب المرحلة الجامعية	ذكور	١٠٠	١٣٩,٢٧	٢٥,١١	٣,١٤	٠,٠١
	إناث	١٠٠	١٢٨,٣٦	٢٣,٧٢		

يتضح من جدول (١٥) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط الدرجات التي حصل عليها تلاميذ المرحلة الابتدائية ، ومتوسط الدرجات التي حصل عليها تلميذات المرحلة الابتدائية على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ؛ حيث كانت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة بين هذين المتوسطين تبلغ ٢,٨٦ وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ وجاء هذا الفرق لصالح التلاميذ ، وهذا يعنى أن تلاميذ المرحلة الابتدائية يعانون من أعراض اضطراب السلوك الفوضوي بدرجة أكبر من التلميذات .

كما يتضح من نفس الجدول وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط الدرجات التي حصل عليها تلاميذ المرحلة الإعدادية ، ومتوسط الدرجات التي حصل عليها تلميذات المرحلة الإعدادية على مقياس تقدير اضطراب السلوك الفوضوي ؛ حيث كانت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة بين هذين المتوسطين تبلغ ٢,٩٥ وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ، وجاء هذا الفرق لصالح التلاميذ ، وتعنى هذه النتيجة أن تلاميذ المرحلة الإعدادية يعانون من أعراض اضطراب السلوك الفوضوي بدرجة أكبر من التلميذات .

كما يتضح من نفس الجدول أيضاً وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط الدرجات التي حصل عليها تلاميذ المرحلة الثانوية ، ومتوسط الدرجات التي حصل عليها تلميذات المرحلة الثانوية على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ؛ حيث كانت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة بين هذين المتوسطين تبلغ ٣,٨ وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ، وجاء هذا الفرق لصالح التلاميذ ، وتعنى هذه النتيجة أن تلاميذ المرحلة الثانوية يعانون من اضطراب السلوك الفوضوي بدرجة أكبر من التلميذات .

كما يتضح من جدول (١٥) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط الدرجات التي حصل عليها طلاب المرحلة الجامعية ، ومتوسط الدرجات التي حصل عليها طالبات المرحلة الجامعية على مقياس تقدير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ؛ حيث كانت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة بين هذين المتوسطين تبلغ ٣,١٤ وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ، وجاء هذا الفرق لصالح الطلاب ، وتعنى هذه النتيجة أن طلاب المرحلة الجامعية يعانون من أعراض اضطراب السلوك الفوضوي بدرجة أكبر من الطالبات ، وتتمشى هذه النتائج بصفة عامة مع نتائج دراسة لير وآخرون Lier et al. (٢٠٠٣) ؛ ونتائج دراسة كونور وآخرون Connor et al. (٢٠٠٤) التي أوضحت وجود فروق بين متوسطات درجات الذكور ، ومتوسطات درجات الإناث على المقاييس الفرعية لاضطراب السلوك الفوضوي لصالح الذكور ، وربما يرجع ذلك إلى طبيعة الأنثى وما تفرضه

عليها ظروف التنشئة الاجتماعية من قيود تجعلها غير قادرة على التنفيس الانفعالي الكامل عن مشاعرها .

خلاصة وتوصيات :

على ضوء ما أسفر عنه البحث من نتائج تشير إلى أن المقياس يتمتع بمعاملات صدق وثبات عالية يوصى الباحث بضرورة استخدام المقياس في البحوث المستقبلية في مجال الاضطرابات النفسية ، وفي مجال الإرشاد النفسي والتربوي للأطفال والمراهقين ، وخاصة أن المقياس يمكن استخدامه كمقياس للتقرير الذاتي أو كأداة لجمع المعلومات أو التشخيص من خلال تقديرات المعلمين والوالدين والأقران مما يحقق مميزات عديدة في قياس الشخصية ، كما يوصي الباحث بضرورة تطبيق المقياس على عينات من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة للتحقق من ملاءمة المقياس للتطبيق على هذه العينات .

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد (٢٠٠٧) . السلوك الفوضوي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم في المرحلة العمرية من ٩ – ١٢ سنة ومدى فاعلية التدخل العلاجي في خفضه . رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة حلوان .

آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٣) . مقياس السلوك العدواني والعدائي للمراهقين والشباب . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

حسن بن إدريس عبده الصميلي (٢٠٠٩) . فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية . رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، السعودية .

رجاء محمود أبو علام (٢٠٠٣) . التحليل العاملي للبيانات باستخدام SPSS . القاهرة : دار النشر للجامعات .

رشاد عبد العزيز موسى ، صلاح الدين محمد أبو ناهية (١٩٨٦) . مقياس الاستحسان الاجتماعي . القاهرة : دار النهضة العربية .

زينب محمود شقير (٢٠٠٣) . مقياس التوافق النفسي . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

عبد اللطيف محمد خليفة ، وفاء إمام عبد الفتاح ، لمياء بكرى أحمد (٢٠٠٧) . قائمة تقدير الذات للأطفال . القاهرة : مركز البحوث والدراسات النفسية .

عبد المنعم شحاتة ، أمنية إبراهيم الشناوي (٢٠١٠) . أنماط السلوك المشكل لدى المراهقين : دراسة استكشافية على طلاب محافظة المنوفية . دراسات عربية في علم النفس ، مجلد ٩ ، العدد ٢ ، ص ص ٢٧١ – ٣٠٠ .

عبد الوهاب محمد كامل (١٩٨٨) . قائمة تقدير التوافق للأطفال . طنطا : المكتبة القومية الحديثة .

فيولا البيلاوي (١٩٨٧) . مقياس القلق للأطفال . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

مجدي عبد الكريم حبيب (١٩٩٠) . اختبار الكفاءة الاجتماعية . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية

مجدي محمد الدسوقي (١٩٩٨ أ) . مقياس مظاهر القلق للمراهقين والراشدين . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (١٩٩٨ ب) . مقياس المثابرة . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٢ أ) . قائمة تشخيص الاكتئاب . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٢ ب) . مقياس التفاؤل والتشاؤم . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٣) . قائمة الاتجاه نحو الذات . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٤) . دليل تقدير الذات . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٥ أ) . قائمة أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD Symptom Checklist - 4 (ADHD-SC4) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٥ ب) . مقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (دليل إرشادي للقائمين بعملية التشخيص) . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦) . الشعور باليأس والعجز وتصور الانتحار لدى عينة من النساء الراشدات المعرضات للإساءة الزوجية . مجلة الإرشاد النفسي ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، العدد ٢٠ ، ص ص ٥٣ – ١٦٠ .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٣ أ) . . مقياس اضطراب العناد والتحدي . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٣ ب) . مقياس تقدير أعراض اضطراب المسلك . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٣) . اختبار الاكتئاب للأطفال . الإسكندرية : دار المطبوعات الجديدة .

وليد موسى القصاص (٢٠٠٢) . فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض السلوك الفوضوي لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في مدرسة حوارة الشاملة للبنين . رسالة ماجستير، الجامعة الهاشمية، الأردن .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Althoff, R. R. ; Rettew, D. C., & Hudziak, J. J. (2003) . Attention deficit hyperactivity disorder , oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Psychiatric Annals, Vol. 33 (4), PP. 245 - 252 .*

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM - IV - TR)* . Washington, DC : American Psychiatric Association .

Angold, A., & Costello, E. J. (2001) . The epidemiology of disorders of conduct : Nosological issues and comorbidity. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp. 126 - 168).* Cambridge : Cambridge University Press .

Bailey, J.A. ; Hill, K. G. ; Guttman-Nova, K. ; Oesterle, S. ; Hawkins, J. D. ; Catalano, R. F., & McMahon, R. J. (2013). The association between parent early adult drug use disorder and later observed parenting practices and child behavior problems: Testing alternate models. *Developmental Psychology, Vol. 49(5), PP. 887 - 899.*

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.

Barnes, J. C. ; Boutwell, B. B., ; Beaver, K. M., & Gibson, C. L. (2013). Analyzing the origins of childhood externalizing behavioral problems. *Developmental Psychology, Vol. 49(5), PP. 900 - 914.*

Barnett, S. R., & Labellarte, M. J. (2002). Practical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Adolescent Psychiatry Vol. 26, PP.181 - 215.*

Barry, T. D. ; Dunlap, S. T. : Cotton, S. J. ; Lochaman, J., & Wells, K. (2005) . The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys . *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 44 (3), PP. 265 - 273 .*

Barton, J. (2003) . Conduct disorder : Intervention and prevention . *International Journal of Mental Health Promotion, Vol. 5 (4), PP. 32 - 41.*

Borrego, J., & Burrell, L. (2010). Using behavioral parent training to treat disruptive behavior disorders in young children : A how to approach using video clips. *Cognitive and Behavioral Practice, Vol.17, PP. 25 - 34.*

Boylan, K. ; MacPherson, H. A., & Fristad, M. A. (2013). Examination of disruptive behavior outcomes and moderation in a randomized psychotherapy trial for mood disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 52(7), PP. 699 -708.*

Broidy, L. M. ; Nagin, D. S. ; Tremblay, R. E. ; Bates, J. E. Brame, B. ; Dodge, K. A., & Vitaro, F. (3003). Developmental trajectories of childhood disruptive behavior disorders and adolescent delinquency : A six - site, cross - national study . *Developmental Psychopathology, Vol. 39, PP. 222 - 245 .*

Bunte, T. L., ; Schoemaker, K. ; Hessen, D. J. ; Van der Heijden, P. G. & Matthys, W. (2013). Clinical usefulness of the kiddie-disruptive behavior disorder schedule in the diagnosis of DBD and ADHD in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.41(5), PP. 681- 690.*

. Carter, A. S. ; Gray, A. Q. ; Baillargeon, R. H., & Wokschlag, L. S. (2013) A multidimensional approach to disruptive behaviors: Informing life span research from an early childhood perspective. In P. H. Tolan & B. L. Leventhal (Eds.), *Disruptive behavior disorders, advances in development and psychopathology : Brain research foundation symposium series (pp. 103-135).* New York: Springer.

Chiu-Wen, C., & Hsen-Hsing, M. (2007). Effects of treatment on disruptive quantitative synthesis of single-subject behaviors : A researches using the percentage of data points exceeding the median of baseline phase (PEM) approach . *Journal of Applied Behavior Analysis, Vol.8 (4), PP. 380 - 394.*

Connor, D. F. ; Steingard, R. ; Cunningham, J. A. ; Melloni, R. H., & Anderson, J. J (2004). Proactive and reactive aggression in referred children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 74(2), PP. 129 - 136.*

De Boer, S. B. B. ; Van Oort, F. V. A. ; Donker, M. C. H. ; Verheij, F., & Boom, A. E. (2012). Childhood characteristics of adolescent inpatients with early-onset and adolescent-onset disruptive behavior. *Journal of Psychopathology & Behavior Assessment, Vol.34, PP. 415 - 422.*

De Boer, S. B. ; Boon, A. E. ; Verheij, F., & Donker, M. C. (2013). Characteristics of adolescent psychiatric inpatients with early-onset and adolescent-onset disruptive behavior . *International Journal of Forensic Mental Health, Vol. 12 (1), PP. 14 - 25.*

Dekker, M. ; Nunn, R. ; Einfeld, S. ; Tonge, B., & Koot, H. (2002). Assessing emotional and behavioral problems in children with intellectual disabilities, revisiting the factor structure of the developmental behavior checklist. *Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 32(6), PP. 601 - 610.*

Dorn, L. D. ; Kolko, D. J. ; Susman, E. J. ; Hyang, B. ; Stein, H. ; Music, E., & Bukstein, O. G. (2009). Salivary gonadal and adrenal hormone differences in boys and girls with and without disruptive behavior disorders : Contextual variants. *Biological Psychology, Vol.18, PP. 31 - 39.*

Dick, D.M. ; Viken, R. J. ; Kaprio, J. ; Pulkkinen, L., & Rose, R. J. (2005) . Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 33 (2), PP. 219 - 229.*

Duhaney, L. M. G. (2003). A practical approach to managing the behaviors of students with ADD . *Intervention in School and Clinic, Vol. 38, PP. 267 - 279.*

Duncombe, M. ; Havighurst, S. S. ; Holland, K. A., & Frankling E. J. (2013). Relations of emotional competence and effortful control to child disruptive behavior problems. *Early Education & Development, Vol.24(5), PP. 599 - 615.*

Ercan, E. S. ; Somer, O. ; Amado, S., & Thom[son, D. (2005). Parental recall of pre-school behavior related to ADHD and disruptive behavior disorder. *Child Psychiatry and Human Development, Vol. 35(4), PP. 299 - 313.*

Ersan, E. E. ; Dogan, O. ; Dogan, S., & Sumer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry, Vol.13(6), PP.354 - 361.*

Eyberg, S, M. ; Nelson, M . M., & Boggs, S. R. (2008) . Evidence - based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior . *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 37, PP. 215 - 237.*

Fergusson, D. M. (2008). The prevention, treatment and management of conduct problems in childhood. *Paper in annual meeting faculty of child and Adolescent Psychiatry Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Port Douglas, Australia.*

Frankel, F., & Feinberg, D. (2002). Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry and Human Development, Vol. 33(2), PP. 125 - 146.*

Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1997). *ADHD symptom checklist-4 manual.*

Stony Brook, NY: Checkmate Plus.

Gray, S. A. ; Carter, A. S. ; Briggs-Gowan, W. J. ; Hill, C. ; Damis, B. ; Keenan, K., & Wakschlag L. S. (2012). Preschool children's observed disruptive behavior: Variations across sex, interactional context, and disruptive psychopathology . *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 41(4), PP. 499 - 507.*

Green, S. M. ; Russo, M. F. : Navratil, J. L., & Loeber, R. (1999) . Sexual and physical abuse among adolescent girls with disruptive behavior problems . *Journal of Child and Family Studies, Vol. 8 (2), PP. 151 - 168*

Guevremont, D. C., & Dumas, M. C. (1994). Peer relationship problems and disruptive behavior disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, Vol. 2(3), PP. 164 - 172.*

Harris, J. (2006). Disruptive behavior disorders. In J. A. McMillan ; R. D. Feigin; C. Deangelis & M. D. Jones (Eds.), *Oski's pediatrics: Principles & Practice (4th ed., pp. 629 – 634).* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Harstad, E. B., & Barbaresi, W. J. (2011). Disruptive behavior disorders. In R. G. Voigt ; M. M. Macias & S. M. Myers (Eds.), *Developmental and behavioral pediatrics (pp. 349 - 358).* Washington, DC: American Academy of Pediatrics.

Helgeland, M. I. ; Kjelsberg E., & Torgersen, S. (2005). Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *American Journal of Psychiatry, Vol. 162(10), PP. 1941 - 1947.*

Hinshaw, S. P. ; Owens, E. B., ; Wells, K. C. ; Kraemer, H. C. ; Abikoff, H. B. ; Arnold, E. L. ; Conners, K. C. et al. (2000). Family processes and treatment outcome in the MTA : Negative / ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.28 (6), PP. 555 - 568.*

Hunter, L. (2003). School psychology : A public health framework III, managing disruptive behavior in schools : The value of a public health and evidence - based perspective . *Journal of Psychology, Vol. 41, PP. 39 - 59.*

Ison, M. S. (2001). Training in social skills : An alternative technique for

handling disruptive child behavior . *Psychological Reports, Vol. 88(3), PP. 903 - 911.*

Kazdin, A. E. (1996) . Combined and multimodal treatments in child and adolescent psychotherapy : Issues, challenges, and research directions . *Clinical Psychology : Science and Practice, Vol. 3, PP. 69 - 100.*

Kutcher, S. ; Aman, M. : Brooks, S. : Buitelaar, J. ; Van Daalen, E. ; Pine, J. ; Taylor, E., et al. (2004) . International consensus statement on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behavior disorders (DBDs) : Clinical implications and treatment practice suggestions . *European Neuropsychopharmacology , Vol. 14(1), PP. 11 - 28.*

Lier, P. A. ; Verhulst, F. C. ; Ende, J., & Crijnen, A. A. (2003). Classes of disruptive behaviour in a sample of young elementary school children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, Vol. 44(3), PP. 377 -387.*

Loeber, R., & Farrington, D.P. (2000) . Young children who commit crime : Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions. and policy implications . *Development and Psychopathology, Vol. 12, PP. 571 - 578 .*

Loona, M. I., & Kamal, A. (2011). Translation and adaptation of disruptive behavior disorder rating scale. *Pakistan Journal of Psychological Research, Vol.26 (2), PP. 149 - 165.*

Martins, S. S. ; Lui, W. ; Hedden, S. L. ; Goldweber, A. ; Storr, C. L. ; Derevensky, J. L. ; Stinchfield, R. ; Ialongo, N. S., & Petras, H. (2013). Youth aggressive/disruptive behavior trajectories and subsequent gambling among urban male Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 42(5), PP. 657 - 668.*

Molteno, G. ; Molteno, C. D. ; Finchilescu, G., & Dawes, A. R. (2001). Behavioral and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Tow South Africa. *Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 45(6), PP. 515 - 520.*

Nadder, T. S. ; Rutter, M. ; Silberg, J. L. ; Maes, H. H., & Eaves, L. J. (2002). Genetic effects on the variation and covariation of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant

disorder / conduct disorder symptomatologies across informant and occasion of measurement . *Psychological Medicine, Vol. 32, PP. 39 - 53 .*

O'Connor, E. ; Rodriguez, E. ; Cappella, E. ; Morris, J., & McClowry, S. (2012). Child disruptive behavior and parenting efficacy : A comparison of the effects of two models of insights. *Journal of Community Psychology, Vol. 40(5), PP. 555 - 572.*

Ohan, J. L., & Johnston, C. (2005) . Gender appropriateness of symptom criteria for attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder . *Child Psychiatry and Human development, Vol.. 35(4), PP. 359 - 381.*

Pelham, W. E. ; Gnagy, E. M. ; Greenslade, K. E., & Milich, R. (1992). Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 31(2), PP. 210 - 218 .*

Rey, J. M. ; Walter, G., & Soutullo, C. A. (2007). Oppositional defiant and conduct disorders. In A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook (4th ed., PP. 454 - 466).* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Rowe, R. : Maughan, B. ; Costello, J. E., & Angold, A. (2005) . Defining oppositional defiant disorder . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 46 (12), PP. 1309 - 1316 .*

Shelton, T. L. ; Barkley, R. A. ; Crosswait, C. ; Moorehouse, M.; Fletcher, K.; Jenkins, L., & Metevia, L. (2000). Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Two - year post-treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 28(3), PP. 253 - 266.*

Sondeijker, F. E. ; Ferdinand, R. F. ; Oldhinkel, A. J. ; Veenstra, R. ; Tiemeier, H. ; Ormel, J., & Verhulst, F. C. (2007). Disruptive behaviors and HPA-axis activity in young adolescent boys and girls from the general population. *Journal of Psychiatric Research, Vol. 41, PP. 570 - 578.*

Practice Steiner, H. ; Remsing, L., & Work Group Quality Issues (2007). parameter for the assessment and treatment of children and

adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 141. - 46(1), PP. 126*

Sukhodolsky, D. G. ; Golub, A. ; Stone, F. C., & Orban, L. (2005). Dismantling anger control training for children: A randomized pilot study of social problem-solving versus social skills training components. *Behavior Therapy, Vol. 36(1), PP. 15 - 23.*

Veiga, F. H. (2008). Disruptive behavior scale professed by students (DBS-PS): Development and validation. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Vol. 8(2), PP. 203 - 216.*

Walker, J. (2010). *Research methods and statistics.* New York: Palgrave Macmillan.

Wang, Y. ; Horst, K. K. ; Kronenberger, W. G. ; Hummer, T. A. ; Mosier, K. M. ; Kalnin, A. J. ; Dunn, D. W., & Mathews, V. P. (2012). White matter abnormalities associated with disruptive behavior disorder in adolescents with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research : Neuroimaging, Vol. 202, PP. 245 - 251.*

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children : Strengthening parent competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.66, PP. 715 - 730.*

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2003) . The incredible years parents, teachers, and children training series : A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems . In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence based psychotherapies for children and adolescents (pp. 224 - 249).* New York : Guilford .

West, A. E. ; Weinstein, S. M. ; Celio, C. I. ; Henry, D. & Pavuluri M. N. (2011). Co-morbid disruptive behavior disorder and aggression predict functional outcomes and differential response to risperidone versus divalproex in pharmacotherapy for pediatric dipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Vol. 21(6), PP. 545 - 553.*

Wied, M. ; Wied, C. G., & Van Boxtel, A. (2010). Empathy dysfunction in

children and adolescents with disruptive behavior disorders. *European Journal of Pharmacology, Vol.626, PP. 97-103.*

Wilson, S. L., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine, Vol.33(25), PP. 5130 -5143.*

Psychometric Characteristics for Scale the Symptoms of Disruptive Behavior Disorder among Different Age Groups

Dr.: **Magdi Mohamed Eldesoki**
Professor of Mental Health
The Head of the Department of Educational and Psychological Science
Faculty of Specific Education
Menofia University

Research Summary

The current research aims at psychometric characteristics for scale the symptoms of disruptive behavior disorder among children and teenagers from the two genders, and explaining how good this scale to evaluation the symptoms of disruptive behavior disorder as well as knowing the differences between the genders in the symptoms of disruptive behavior disorder.

The researcher has put some hypotheses to this study that led to:

1- The rates of spreading the disruptive behavior disorder vary among males and females according to the stage of age.

2- The scale of evaluation the symptoms of disruptive behavior disorder is saturated among a number of factors in the sample of the study.

3- The scale of estimating the symptoms of disruptive behavior disorder has an acceptable degree of validity in the sample of the study.

4- The scale of estimating the symptoms of disruptive behavior disorder has an acceptable degree of reliability in the sample of the study.

5- There are statistically significant differences between the averages of the degree of male students with different ages, and the average of the female students degree with different ages on the measure of evaluation the symptoms of disruptive behavior disorder in favor of students.

The researcher has depended in this research on group of 800 male and female students of public primary, preparatory and secondary schools as well as the students of the university. The sample included four age levels: from 7-11 years, from 12-14 years, from 15-17 years and from 18-23 years. The measure of evaluation the symptoms of disruptive behavior disorder has been done on the members of the research sample by the researcher after making sure about the Psychometric characteristics.

The results have shown the spread of disruptive behavior disorder

among the members of the study sample with different rates. They have also found that the rates of the spread among males are more than that among females and that the scale has a great degree of validity and reliability. They have found that there are statistically significant differences between the averages of the degrees of male students, and the averages of the degrees of female students on the scale of evaluation the disruptive behavior disorder in favor of students.