

# فعالية برنامج معرفى - سلوكى فى خفض بعض اضطرابات كرب مابعد الصدمة لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنىسى

أ.د. محمد نجيب الصبوة  
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

د. سماح نبيل أحمد محمد  
باحث بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى

## ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض بعض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنىسى، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢) طفلاً ذكوراً وإناثاً قسمت إلى مجموعتين، الأولى من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنىسى وتلقّت جلسات البرنامج العلاجى، والثانية من الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنىسى ولكن لم تتلق أى جلسات علاجية، وقد تراوح المدى العمرى لهم من (٨ إلى ١٢) سنة، وبمتوسط حسابى قدره (١٠,٥) عاماً، وانحراف معيارى قدره (١,٢) عاماً، وتم تطبيق جلسات البرنامج العلاجى والتي استمرت أربعة أشهر أتبعتهن الباحثة بالمتابعة الأولى بعد أربعة أشهر من انتهاء العلاج، والمتابعة الثانية بعد ثمانية أشهر من انتهاء العلاج، واتبعت الدراسة الحالية المنهج التجريبى، حيث تم فيه معالجة المتغير المستقل والتحكم فيه بشكل عمدى، ويقصد به فى هذه الدراسة التدخل باستخدام برنامج معرفى- سلوكى لتحسين أعراض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنىسى بهدف تقليل الأعراض وتنمية بعض المهارات التى تمكنهم من التغلب على بعض المشاعر السلبية، ومواجهة بعض أشكال الضغوط التى تنشأ بسبب تعرضهم للتحرش الجنىسى، والتى تمثل المتغيرات التابعة فى الدراسة الحالية، وتم هذا التدخل تبعاً لخطوات وجلسات محددة بواقع جلستين أسبوعياً، ومدة كل جلسة (٦٠) دقيقة، كما استخدمت الدراسة- بالإضافة إلى البرنامج- عدداً من المقاييس التى تم إعدادها لتقييم كفاءته وتأثيره، كما تم إتباع الأساليب الإحصائية المناسبة وذلك بهدف التعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، والفروق داخل المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده، وأثناء فترتى المتابعة بعد انتهائه، وتبين أن البرنامج العلاجى ذو فعالية وفقاً للفروق بين المجموعات وداخلها، ووفقاً لما كشف عنه أداء المجموعتين على الأدوات (اضطرابات مابعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب والتحرش الجنىسى بكافة أنواعه الثلاثة).

الكلمات المفتاحية: التحرش الجنىسى - اضطرابات مابعد الصدمة - العلاج المعرفى- السلوكى - القلق - الاكتئاب النفسى- الأطفال.

## مقدمة

تعتبر التحرشات الجنىسية من أخطر الخبرات التى يمر بها الإنسان، وفى كثير من الأحيان، تكون أشد إيذاءً من غيرها من الخبرات القاسية الأخرى، مثل سوء المعاملة أو الحرمان، لأن التجربة المريرة التى يعيشها الطفل تحت هذه الاعتداءات تجعله يشعر بأنه مختلف بشكل سلبى عن الآخرين، وأن وجوده خطأ وأنه محمل

بالخطيئة ، ويؤدى هذا الشعور إلى الخجل الشديد من الآخرين ومن ذاته، كما يؤدى إلى الشعور بالذنب وفقدان الثقة بالآخرين(أواصر خالد، ٢٠١١).

ومن الصعب وضع تعريف محدد للتحرش الجنىسى ذلك إن ما يعد كذلك فى مجتمع، قد لا يكون كذلك فى مجتمع آخر. ورغم إنتشار الظاهرة وطرح نفسها بقوة على مستوى دولى واقليمى ووطنى، إلا أن المجتمع الدولى لم يجمع على تعريف واحد لها، ولم يتصدَّ لها بموجب اتفاقية دولية بعد. بل إن الاتحاد الأوروبى أعلن صراحة إنه ليس بإمكانه وضع تعريف موحد وإن كان بإمكانه وضع معايير تساهم وتساعد كل دولة من دوله فى إعداد تشريع يلائمها بالخصوص (أحمد عبد اللطيف، سمر عبد المعطى، لبنى عبد العليم، ٢٠٠٩).

ومن الآثار السلبية النفسية الناجمة عن التحرش الجنىسى الإصابة بالاكنتاب وزيادة الضغط النفسى، وانخفاض تقدير الذات والإحساس بالخجل والدونية والمهانة، والشعور بالتعاسة وخيبة الأمل والشعور بالكراهية وبغض الآخرين، وعدم الإحساس بالأمن النفسى أو الاجتماعى أو المادى والانسحاب والأرق، واضطراب نمو الشخصية. وتسهم عمليات التحرش الجنىسى فى خفض التوافق النفسى عند الأطفال وتزيد من مستوى القلق والتوتر لديهم، كما ترفع من معدلات الإحساس بالظلم والقهر والكتب والعزلة(سماح نبيل، ٢٠١٠).

ويطلق مسمى "التحرش الجنىسى" على كل إثارة يتعرض لها الطفل/ الطفلة عن عمد، وذلك بتعرضه للمشاهد الفاضحة أو الصور الجنىسية أو العارية، أو غير ذلك من المثيرات كتعمد ملامسة أعضائه التتاسلية أو حثه على لمس أعضاء شخص آخر أو تعليمه عادات سيئة - كالاستمناء مثلا- بالإضافة الى الاعتداء الجنىسى المباشر فى صورته المعروفة، الطبيعى منها والشاذ.

ويعتبر التحرش الجنىسى أحد أشكال العنف وهو ظاهرة حظيت فى العصر الحديث بإهتمام محلى وعالمى كبيرين، حيث أصبحت هذه الظاهرة تشمل النساء والأطفال فى مختلف مراحلهم العمرية، وهى ليست مرتبطة بالدين أو العرف او المستوى الثقافى والاقتصادى، بل تنتشر فى مختلف الشرائح والطبقات الاجتماعىة. ويعتبر التحرش الجنىسى أحد المشكلات الاجتماعىة الخطيرة التى تهدد التفاعل الاجتماعى فى المجتمع المصرى مثلما هى مشكلة خطيرة تهدد مجتمعات غربىة وعربىة كثيرة (أبو بكر عثمان، ٢٠١٥).

## مشكلة الدراسة

يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية فى الأسئلة الآتية:

١- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائىة بين متوسط أداء المجموعة التجربىة (الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنىسى ) والتى تعرضت للبرنامج العلاجى ومتوسط أداء المجموعة الضابطة (الأطفال

- الذين تعرضوا للتحرش الجنسي) التي لم تخضع للبرنامج العلاجي وذلك على كل من اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة، ومقياس القلق، ومقياس الاكتئاب؟
- ٢- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الأداء التتبعي للمجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج العلاجي ومتوسط الأداء التتبعي للمجموعة الضابطة وذلك على كل من اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة، ومقياس القلق، ومقياس الاكتئاب؟
- ٣- وهل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي الأداء على اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة، ومقياس القلق، ومقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده لدى المجموعة التجريبية؟
- ٤- وهل توجد فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على كل من اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة، ومقياس القلق، ومقياس الاكتئاب في القياسات البعدية والتتبعية وخط الأساس؟

### مفاهيم الدراسة

#### أولاً: مفهوم التحرش الجنسي

التحرش الجنسي هو أى سلوك جنسى غير مرغوب فيه، والذي يعرض الشخص للخوف أو الاهانة. ويشمل ذلك: اللمس بطريقة غير مرغوب فيها، وقد يشمل سلوك جنسى موجه إلى الشخص في وجوده مثل إيماءة غير مرغوب فيها، أو فعل، أو تعليق ذى طابع جنسى. كما يمكن أن يكون حديث مع شخص أو كتابة على سبيل المثال من خلال الرسائل النصية القصيرة، أو عن طريق عرض الملصقات الجنسية غير المرغوب فيها. ويشمل أيضاً أسئلة تطفلية حول حياتك الخاصة. ولكي يكون السلوك تحرشاً جنسياً، يجب ألا يكون موضع ترحيب، وهذا يعنى أنك لا تريد أن يحدث ذلك. ويمكن أيضاً أن يكون التحرش الجنسي جريمة تشمل الاعتداء الجنسي أو الاعتداء اللاحق، وهو أن يلمس شخص جسمك بطريقة جنسية، حتى من خلال الملابس دون موافقتك (Pina, Gannon and Saunders, 2009).

ويحدث التحرش فى مختلف الأماكن، فيحدث فى الشوارع، ووسائل المواصلات، وأماكن العمل والمؤسسات التعليمية. وعادة ما يأتى التحرش من شخص لا تربطه صلة بالضحية على العكس من الإساءة الجنسية والتي يأتى بها شخص على صلة بالضحية سواء كان قائم بالرعاية أو يعرفه الطفل. ويرتبط مرور الأطفال بخبرة التحرش بحدوث ٦٠% من العواقب الوخيمة المختلفة والمتنوعة، وبشكل خاص أعراض ما بعد الصدمة ومشكلات السلوك الجنسي الشائعة بشكل خاص، ولذلك كانت الوقاية والعلاج على حد سواء من المكونات المهمة للسياسة العامة فى الوقاية من الإيذاء الجنسي فى مرحلة الطفولة (Susan, 2004).

كذلك يحدث التحرش الجنسي فى مكان العمل أو فى بيئة التعلم مثل المدرسة أو الجامعة، ويمكن أن يحدث ذلك فى العديد من الأشكال والمواقف المختلفة، كما قد يتعرض البعض لسلوكيات أخرى غير مرغوب فيها مثل التهديد فى الشارع، أو الأماكن العامة، وتختلف القوانين حول هذه السلوكيات من دولة إلى أخرى، وتحدث

معظم حوادث التحرش الجنى فى الممرات، والمراحيض، فى الملعب، أو الحافلات. وكذلك فإن المدارس الابتدائية ليست فى مأمن من هذا السلوك (McCann, 2005). وليس بالضرورة أن يحصل التحرش فى مكان غير معروف أو مكان جديد يزوره الطفل، تبعاً لإحصاءات منظمة راين (RAINN) الأمريكية فإن نسبة ٥٥% من حالات الاعتداء الجنى تحصل فى منزل الطفل أو فى مكان قريب منه جداً. وفى حالات أخرى يحصل التحرش بنسبة ١٥% فى الأماكن العامة المفتوحة كالمقاهى ومراكز التسوق ووسائل النقل العامة، و ١٠% فى الأماكن العامة المغلقة كالجراج أو الحدائق الخاصة أو مراكز الألعاب المغلقة وغيرها. وفى منازل الأقارب بنسبة ١٢% أو بالقرب منها، بالإضافة للمدرسة أو المراكز الخاصة بها، حيث يمارس الأطفال نشاطات متنوعة فنسبة حدوث حالات تحرش فيها هى ٨% (Hersch, 2011).

### كذلك تم تصنيف أشكال التحرش الجنى إلى:

- أ - سلوك جنسى لفظى، يتضمن التعليقات والألفاظ والفكاهات الجنسية.
  - ب- سلوك جنسى غير لفظى، ويتضمن التعبيرات الجنسية العدوانية.
  - ج- سلوك جنسى جسدى، ويتضمن عدد من السلوكيات تبدأ من الرتب على الجسد، والقرص، والمعانقة إلى الاغتصاب (مديحة عبادة، ٢٠٠٧).
- وليس بالضرورة أن تظهر آثار التحرش مباشرة على الطفل، فقد تكون هذه الآثار على المدى القصير أو على المدى الطويل؛ أى يظهر تأثير حادثة التحرش فى وقت لاحق من حياة الطفل عندما يكبر مثلاً.

### ثانياً: أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة :

هو اضطراب نفسى ينشأ بسبب صدمة مادية أو نفسية أو كليهما. وقد تنتج الصدمة عن عدة مصادر منها التعرض أو مشاهدة أحداث قاسية تهدد الحياة أو السلامة البدنية أو التوافق النفسى. وقد حدد الدليل الإحصائى والتشخيصى للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-IIIV) الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال، وهى:

- أ- أن يكون الشخص قد تعرض لحدث صدمى تهديدى أو كارثى عاشه على النحو التالى:
- ١- أن يكون قد شاهد أو خبر حدثاً أو أكثر فيه حالات من الموت والتهديد أو بسلامة الجسم له وللآخرين.
- ٢- أن يستجيب لهذا الحدث بخوف شديد أو رعب أو عجز جزئى أو كامل (فى حالة الأطفال قد يظهر على الطفل سلوك مضطرب أو متهيج).
- ٣- أن يتجنب الشخص الظروف (القائمة فعلياً أو محتملة) التى تشبه ظروف الصدمة.
- ب- يستعيد الطفل الحدث الصدمى بشكل إقحامى فى واحد أو أكثر مما يلى:

- ١- ظهور ذكريات أليمة تبدو على شكل صور، أو أفكار اقتحامية، أو إدراكات ملحة ترتبط بالحدث الصدمي ( في حالة الأطفال يظهر لديهم نوع من اللعب التكراري يرتبط موضوعه بالحدث الصدمي)، والإحساس بالحزن في الحالات التي تتصل أو التي تشبه ظروف الصدمة.
- ٢- ظهور الحدث الصدمي، أو أجزاء منه في الأحلام ( في حالة الأطفال تكون أحلامهم مفزعة دون أن يستطيعوا تحديد مضمونها، واجترار الأحلام، والكوابيس).
- ٣- يتصرف الشخص، أو يشعر كما لو أن الحدث الصدمي يحدث مرة أخرى، فهو يتذكر الحدث الصادم باستمرار (في حالة الأطفال قد تظهر في سلوكياتهم أجزاء محتدة من الحدث الصدمي).
- ٤- شعور الشخص بالضيق والارتباك عند التعرض لإشارات أو رموز داخلية أو خارجية ترتبط بالحدث الصدمي بشكل عام.

- ٥- تظهر لدى الشخص استجابات أو أرجاعاً فيزيولوجية عند التعرض لهذه الإشارات.
- ج- يتجنب الشخص بشكل مستمر كل المثيرات المرتبطة بالحدث الصدمي، ويبدو هذا في ثلاثة على الأقل مما يلي:

- ١- يبذل الشخص جهداً في تجنب الأفكار أو المشاعر أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.
- ٢- يبذل الشخص جهداً في تجنب الأشخاص والأماكن والأنشطة المرتبطة بالصدمة.
- ٣- نسيان أجزاء مهمة من الحدث الصدمي.
- ٤- الشعور بالعزلة والاعتزاب عن الآخرين.
- ٥- العجز عن مشاعر العطف والحب، وضيق سعة الانفعالات.
- ٦- نقص واضح في الاهتمام بالأنشطة المهمة أو المشاركة فيها.
- د- وجود أعراض مستمرة في لحظة مرتفعة تظهر في اثنين على الأقل مما يلي ( لم تكن موجودة قبل الصدمة):

- ١- صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه، أو الأرق.
- ٢- قابلية للاستثارة ونوبات غضب وتهيج Irritability.
- ٣- صعوبة التركيز.
- ٤- التحفز وفرط التيقظ Hyper Vigilance.
- ٥- استجابات هلع مبالغ فيها.
- هـ- استمرار الأعراض في (ب و ج و د) مدة أكثر من شهر. وتقسّم الأعراض إلى ثلاثة أنواع حسب زمن التعرض للحدث الصادم:

- ١- الأعراض الحادة: تستمر الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.
- ٢- الأعراض المزمنة: تستمر الأعراض أكثر من ثلاثة أشهر.
- ٣- الأعراض المتأخرة: تبدأ بعد ستة أشهر من التعرض للحدث.
- و- يرافق ذلك في كثير من الأحيان الانسحاب، والانعزال الاجتماعي، ووجود شعور من الخدر، والبلادة العاطفية، واللامبالاة إزاء الأشخاص الآخرين فضلاً عن تعكر المزاج (DSM-IIIV, p.265, 2013).

وتظهر لدى كثير من ضحايا التحرش الجنسي أعراض خاصة بعد الصدمة بأسابيع أو أشهر وحتى السنوات التالية للحادثة؛ حيث يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن اضطرابات ما بعد الصدمة تشخص بصورة جيدة بعد مرور شهر على الأقل من الحادث الصدمي (Lloyd,2010).

كما قد يظهر اكتئاب واضطرابات وأعراض نفسية أخرى بعد التحرش الجنسي. وقد يكون التحرش الجنسي صادماً للأطفال بشكل خاص. ويعانى ضحايا التحرش الجنسي من أعراض صدمة نفسية للتجربة الصادمة التي مروا بها، فكثير من الضحايا يعيشون خائفين ممن اعتدوا عليهم ويرتعبون من احتمال رؤيتهم ثانية. ويشعر الضحايا أحياناً كثيرة بإحساس من الذل والعار والشعور بالذنب بالنسبة للحادثة، معتقدين أنه كان بالإمكان عمل شئ لمنع الاعتداء (مديحة عبادة، خالد أبو دحرج، ٢٠١٣)

### ثالثاً: العلاج المعرفي - السلوكي

العلاج المعرفي - السلوكي أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكاته لنفسه وبيئته (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣، ٣٤٢).  
والعلاج المعرفي - السلوكي للأطفال المتأثرين بالصدمة النفسية نتيجة تعرضهم للتحرش الجنسي هو علاج يركز على الصدمة والتخفيف منها لمساعدة الأطفال، ومقدمي الرعاية للتغلب على الصدمة ذات الصلة بتعرضهم للتحرش. والعلاج قائم على التعلم المعرفي، ويوفر بيئة داعمة يتم فيها تشجيع الأطفال على الحديث عن الصدمة، ويساعد أيضاً الآباء والأمهات بشكل فعال، وكذلك يساعد على تطوير المهارات التي تدعم أطفالهم. وهي فعالة في معالجة آثار الأحداث الصادمة، وغالباً ما يعانى هؤلاء الأطفال من:

١- المعتقدات غير الملائمة أو غير المفيدة، والسمات المتعلقة بالأحداث المسيئة بما فيها: الشعور بالذنب لدورهم في الاعتداء، ومشاعر العجز، والغضب من الآباء والأمهات لسوء المعاملة، والخوف من أن يعاملهم الناس بشكل مختلف بسبب سوء المعاملة، واضطرابات الصحة العقلية، بما في ذلك الاضطرابات الرئيسية، واضطرابات مابعد الصدمة، وصعوبة في النوم وفي التركيز، وفرط التوتر الجسدي والعاطفي، وسرعة الغضب والبكاء، وتجنب تذكير الصدمة.  
هذه الأعراض يمكن أن تؤثر على الحياة اليومية للطفل، وتؤثر على السلوك، والأداء المدرسي، والانتباه والإدراك الذاتي، والتنظيم العاطفي. وقد أثبتت الدراسات فعالية هذا الأسلوب للأطفال والآباء، وفي دعم الوالدين في عملية إنعاش الطفل (Mannarino&lyengar,2011).

### رابعاً: القلق

يعد القلق من أكثر الحالات الوجدانية الشائعة والمسببة للكثير من المشكلات النفسية والسلوكية، حيث أظهرت الدراسات الوبائية أن نسبة (١٥%) من المجتمع يعانون من القلق على مدار العام الواحد. ويعتبر مفهوم القلق من المفاهيم التي يوجد خلط كبير حول تعريفها، وذلك لأنه يأخذ معاني عديدة ويطلق على كثير من السلوكيات، وطبقاً لموسوعة " تابير" الطبية يعرف القلق بأنه شعور غامض غير سار بعدم الارتياح والرغبة يكون مصحوب باستجابة لارادية (حسانين، عبد السلام، ٢٠١٦)

والقلق هو انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد متوقع أو هم مقيم وعدم راحة أو استقرار، وخبرة ذاتية تتسم بمشاعر الشك والعجز والخوف من شر مرتقب لا مبرر له، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول مع استجابة لموقف لا يتضمن خطراً حقيقياً، أو الاستجابة لمواقف الحياة العادية كما لو كانت ضرورة ملحة أو طوارئ، ويصاحب القلق عادة أعراض جسمية ونفسية كالإحساس بالتوتر والشد والشعور بالخشية والرغبة.

ويرتبط بالقلق بالعديد من الأفكار والمشاعر والسلوكيات، ويتأثر بالعوامل البيولوجية والنفسية والجينية، وتتضمن استجابة القلق العديد من الأعراض تشمل الخوف وعدم الارتياح واضطرابات المعدة والتنقيط الزائد والتوتر العضلي وتصبب العرق والتجنب. كلما تتسم استجابة القلق بأنها تكون مفرطة لا تتناسب مع الموقف أو المثير لأن هذه المواقف لا تحمل خطراً حقيقياً، ولكنها تحمل الخطر فقط من وجهة نظر الفرد القلق سواء في مخيلته أو في البيئة الخارجية (عبد الله، ٢٠٠٠)

### خامساً: الاكتئاب

يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في العالم وأشدّها خطورة على الصحة سواء الجسدية أو النفسية، وهو موجود عند الأفراد في مختلف المجتمعات، ويتضح تأثير الاكتئاب في أنه لا يقتصر على التغيير السلبي للحالة النفسية (مثل الخوف، التشاؤم، وعدم حب الذات ونقدتها، وسرعة الغضب، وفقدان الاستمتاع، الخ) للمرضى الذين يعانون من أحد الأمراض المزمنة فقط، بل يمتد ليشمل التأثير السلبي على حالتهم الجسدية (مثل فقدان الطاقة، وصعوبة النوم، والاجهاد، والكسل، وصعوبة التركيز، وتغيرات في الشهية، الخ).

ووفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس لجمعية الطب النفسي الأمريكية يتصف الاكتئاب بانخفاض شديد في المزاج وفقدان الاهتمام أو المتعة في جميع الأنشطة تقريباً مع وجود عدد كبير من المشاكل المرتبطة ببعض الاضطرابات الأخرى كاضطراب القلق والتفكير في الانتحار، ويقسم الدليل التشخيصي الخامس أعراض الاكتئاب على الفئات التالية:

١- اضطراب ضعف تنظيم المزاج التخريبي.

٢- اضطراب اكتئابي جسيم في شكل نوبة أحادية أو نوبات متكررة.

٣- اضطراب اكتئابي متواصل.

٤- اضطراب عسر المزاج السابق للطمث.

٥- اضطراب اكتئابي ناتج عن تعاطي مواد أو أدوية.

٦- اضطراب اكتئابي يرجع إلى حالة طبية.

٧- اضطراب اكتئابي محدد آخر.

٨- اضطراب غير محدد (DSM-V, 2013).

### الدراسات السابقة

هدفت دراسة دبلنجر ومليير وهنرى (١٩٩٠) Deblinger, Meleer, Henry إلى تقييم فاعلية برنامج علاج معرفي - سلوكي فردي لدى الأطفال. وقد تكونت العينة من ١٩ فتاة من الفتيات المساء إليهن

جنسياً، واللاتى يعانون من اضطراب مابعد الصدمة، وتتراوح أعمارهن بين ٣ و ١٦ سنة. وقد تم تشخيص هؤلاء الفتيات باستخدام محكات تشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة، والتي أشارت إليها هذه الدراسة، وقد اشتملت الدراسة على مقابلة مع الفتيات لتقييم ظهور أو غياب أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى مقابلة مع الوالدين لتقييم سلوك الطفل، وقياس للاكتئاب، والقلق باستخدام مقياس سيبيلجر. واستغرق البرنامج ١٢ جلسة علاجية، وتضمنت الأساليب العلاجية التدريب على مهارات الوقاية من الإساءة، والتعرض التدريجى للمساعدة على مواجهة الذكريات والأفكار المرتبطة بالإساءة، والتدريب على مهارات الوقاية من الإساءة. وأظهرت النتائج فعالية برنامج العلاج المتبع فى تخفيف الأعراض لدى عينة الدراسة.

وفى دراسة أخرى أجراها فاريل وآخرون (Farrell et al., ١٩٩٨)، بعنوان تقييم فعالية التدخل المعرفى- السلوكى فى علاج الأطفال المساء إليهم جنسياً ويعانون من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة. تكونت عينة الدراسة من ٤ أطفال (٣) اناث، و(١) ذكر من المساء إليهم جنسياً، والذين أظهروا أعراض اضطرابات مابعد الصدمة، تراوحت أعمارهم من (٨-١٠) سنوات. وقد استخدمت الدراسة المقابلة الإكلينيكية حيث تم تقييم أعراض اضطرابات مابعد الصدمة من خلالها، ومقياس اضطرابات مابعد الصدمة، وكذلك مقاييس التقرير الذاتى للقلق والاكتئاب، ومن ثم تم تطبيق البرنامج العلاجى فردياً مع كل طفل لمدة (١٠) أسابيع. وقد تألف البرنامج من (٩) جلسات تضمنت التدريب على الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفى، وأداء الأدوار، والمراقبة الذاتية، وقد أظهرت نتائج الدراسة انخفاضاً فى أعراض اضطرابات مابعد الصدمة وكذلك فى الاكتئاب والقلق لدى أطفال عينة الدراسة الأربعة. كما أن نتائج خط الأساس المتعدد تشير إلى أن الأساليب المعرفية- السلوكية يمكن أن تكون فعالة فى علاج الأطفال المساء إليهم جنسياً.

وقام كنج (King ٢٠٠٠) بدراسة هدفت إلى تقييم فعالية العلاج المعرفى- السلوكى على عينة من الأطفال المساء إليهم جنسياً، والذين يعانون من أعراض اضطرابات مابعد الصدمة. تكونت العينة من (٣٦) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٥-١٧) سنة تم توزيعهم عشوائياً على ثلاث مجموعات هى مجموعة العلاج المعرفى- السلوكى الفردى للطفل، ومجموعة العلاج المعرفى- السلوكى للعائلة، والمجموعة الضابطة وهى مجموعة قائمة الإنتظار. وتضمن العلاج (٢٠) جلسة علاجية تم فيها استخدام الاسترخاء، والحديث مع الذات، ومناقشة العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وتدريب الطفل على أساليب توكيد الذات، والتعرض التدريجى عن طريق التخيل والرسم، وأداء الأدوار. وقد أظهرت النتائج أن الأطفال الذين تلقوا العلاج أظهروا تحسناً ذا دلالة لأعراض اضطرابات مابعد الصدمة، كما حدثت تحسنات دالة فى علاقة الآباء الذين أكملوا المقاييس والتقديرات الإكلينيكية، وقد كان الاحتفاظ بالتحسن واضحاً عند تقييم المتابعة بعد (١٢) أسبوعاً.

وفى دراسة كوهين وديبلنجر وآخرين (Cohen and Diblinger et al ٢٠١٢) التى حاولت الوقوف على فعالية العلاج المعرفى - السلوكى الذى يركز على الصدمة، والعلاج الذى يركز على الطفل لعلاج أعراض اضطرابات مابعد الصدمة والمشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال الذين

يعانون من الاعتداء الجنسي. وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها ٢٢٩ طفلاً، تراوحت أعمارهم من ٨ وحتى سن ١٤ سنة، يعاني هؤلاء الأطفال من أعراض اضطرابات مابعد الصدمة، وقد تم تشخيص هؤلاء الأطفال بما ورد في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع بالنسبة لاضطرابات مابعد الصدمة، وكان أكثر من ٩٠% من هؤلاء الأطفال قد شهدوا أحداثاً مؤلمة بالإضافة إلى الاعتداء الجنسي. وبعد إجراء تحليلات التباين أشارت النتائج إلى أن هؤلاء الأطفال أظهروا تحسناً فيما يتعلق باضطراب مابعد الصدمة والاكنتاب ومشكلات السلوك والمعتقدات المتعلقة بالاعتداء، وبالمثل أظهر الوالدان تحسناً أكبر فيما يتعلق بمستويات تقدير الذات، والاكنتاب، وتقديم الدعم للطفل، والممارسات الوالدية الفعالة. وقد أشارت الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي - السلوكي مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات مابعد الصدمة نتيجة الاعتداء الجنسي، كما تقترح الدراسة أن يكون هذا العلاج فعالاً للأطفال الذين عانوا من صدمات متعددة. ويركز العلاج المعرفي - السلوكي للصدمة على تقليل اضطراب مابعد الصدمة بصورة أكثر فعالية من العلاج الذي يركز على الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة جنسياً.

وفي دراسة أخرى قام بها أولويوس (٢٠١٥) والتي هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي- السلوكي على تحسين خطط المواجهة، والحد من أعراض القلق، والاكنتاب، والشكاوى الجسدية لدى عينة من الذكور ضحايا التحرش الجنسي، بلغ عددهم ٤٠٠ شخص تراوحت أعمارهم من ١٠ إلى ١٤ سنة. أجريت هذه الدراسة شبه التجريبية على مجموعة من الطلبة تعرضوا للتحرش، وتم تطبيق الاختبار القبلي والبعدي. وقد تم جمع البيانات باستخدام اختبار أولويوس للضحية، والذي اشتمل على ٢٦ بنداً يقيس التحرش اللفظي، والجسدي، والتقرير الذاتي للطلبة، ومقياس خطط التأقلم. ثم تم تعيين ٣٠ مشاركاً من الذين حققوا درجات عالية على هذه الاستخبارات بشكل عشوائي للمجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة. ثم تم التعامل مع موضوعات المجموعة التجريبية مع العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي على مدى (١٢) جلسة، كل جلسة مدتها (٩٠) دقيقة، في حين لم تتلق المجموعة الضابطة أي تدخل. وفي نهاية جلسات العلاج تم تطبيق الاختبار البعدي لكلتا المجموعتين، ثم تم استخدام تحليل التباين المتعدد. وقد أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي- السلوكي يقلل من القلق، والاكنتاب، والشكاوى الجسدية، بالإضافة إلى ذلك انخفضت خطط التكيف التي تركز على الانفعال، وزيادة خطط التأقلم في المجموعة التجريبية.

وفي دراسة أخرى قام بها كل من جولد بيك، وموتش، وساتشر، وناتوس (٢٠١٦) Gold Beck, Muche, Sachser, Tutus على الأطفال والمراهقين الذين يعانون من أعراض اضطرابات مابعد الصدمة بعد تعرضهم لصدمة التحرش الجنسي بهدف اختبار فعالية العلاج المعرفي- السلوكي الذي يركز على الصدمة، وقد تمت الدراسة على عينة عشوائية أخذت من ثمانية من العيادات الخارجية الألمانية، من سن ٧- ١٧ سنة للأطفال الذين حصلوا على ٣٥ درجة فيما فوق على مقياس اضطرابات مابعد الصدمة للأطفال والمراهقين، وقد شارك مقدمي الرعاية في البرنامج العلاجي. وقد تم تقسيم المرضى بصورة عشوائية إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، المجموعة التجريبية أخذت ١٢ جلسة للبرنامج المعرفي- السلوكي بلغ عددهم (٧٦ طفلاً)، وكانت النتيجة الأولية على مقياس اضطرابات مابعد

الصدمة بعد ٤ أشهر من تقديم البرنامج العلاجي، وعلى مقياس تقييم الأطفال العالمي، ومقدم الرعاية، ومقياس إدراك الطفل، ومقياس الاكتئاب، ومقياس الاضطرابات الانفعالية، وقائمة التحقق من سلوك الطفل، ومقياس نوعية الحياة للأطفال. وقد أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي- السلوكي كان متفوقاً بشكل ملحوظ خلال ٤ أشهر على هذه المقاييس، وأظهر الأطفال استجابة للعلاج خاصة الأطفال والمراهقين الأصغر سناً الذين يعانون من اضطرابات مابعد الصدمة حيث أظهرت المجموعة التجريبية تحسناً ملحوظاً بشكل أكثر من المجموعة الضابطة.

وفي دراسة قام بها تشارلز، وأديل، وديمون، وجين (٢٠١٧) Charles,Adele,Damion,& Jean هدفت إلى التحقق من فعالية العلاج المعرفي- السلوكي في علاج اضطرابات مابعد الصدمة للأطفال، وقد أجريت الدراسة على (٧٢ طفلاً) تراوحت أعمارهم من ٧ إلى ١٦ سنة تعرضوا للاعتداء الجنسي والبدني، والعنف، ويعانون من أعراض ما بعد الصدمة. وقد تضمن العلاج (١٠) جلسات علاجية. وقد تم تقييم أعراض اضطرابات مابعد الصدمة، والمشكلات السلوكية بعد ٣ شهور، و٦ شهور، و٩ شهور، و١٢ شهراً بعد تلقى البرنامج العلاجي. وقد كشفت النتائج أن أعراض اضطرابات مابعد الصدمة، والمشكلات السلوكية الداخلية والخارجية انخفضت بشكل ملحوظ على مدى الأشهر الستة بعد تلقى البرنامج العلاجي (خط الأساس، ٣ أشهر، والتقييمات التالية لمدة ٦ أشهر). وتم الحفاظ على هذه المكاسب خلال الأشهر الستة التالية (٦، ٩، ١٢ شهراً).

وهدفت دراسة باتريك، وويليام، وشين، وتروى، وديفيد (٢٠١٧) Patrick, illiam,Sean, Troy,and David إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات مابعد الصدمة لعينة تكونت من ٢٤ طفلاً ومراهقاً من سن (٨- ١٨ سنة) تعرضوا لصدمة الاعتداء الجنسي، وتم تشخيصهم أنهم يعانون من اضطرابات مابعد الصدمة. وقد تلقوا علاجاً معرفياً- سلوكياً لمدة ٤ أسابيع لرصد الأعراض، تم تحديد خط الأساس ثم تقسيم المجموعة عشوائياً لمجموعتين (واحدة تجريبية، وأخرى ضابطة لم تتلق العلاج) حيث أظهر المشاركون الذين تلقوا العلاج المعرفي- السلوكي تحسناً كبيراً في أعراض اضطرابات مابعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق مع أداء أفضل بكثير بعد تلقيهم للبرنامج المعرفي السلوكي بنسبة ٩٢% من المشاركين أظهروا هذا التحسن بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، وتم الحفاظ على هذه المكاسب للبرنامج العلاجي في فترة المتابعة لمدة ٦ أشهر، كما أظهرت أيضاً تغيرات في إدراك الأطفال للحدث الصدمي وتفاعلهم بشكل أفضل مع أسرهم، حيث أن العلاج المعرفي- السلوكي يركز على الصدمات الفردية وهو علاج فعال لعلاج اضطرابات مابعد الصدمة لدى الأطفال والشباب.

وفي دراسة تجريبية لفاهيد، وفايزة، وصافورا، وأشرف كاظمي، ومصطفى اليخاني وآخرون (٢٠١٧) والتي هدفت إلى تحديد الفعالية للبرنامج العلاجي المعرفي- السلوكي للحد من سوء التكيف الاجتماعي والانفعالي للأطفال تعرضوا للتحرش الجنسي حيث أن التحرش أدى إلى سوء التكيف بين الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي. أجريت الدراسة على (٤٠) من الأطفال الذكور الذين يدرسون في المدارس الابتدائية في كرمانشاه- ايران، تم اختيارهم بشكل عشوائي، قسمت العينة إلى مجموعتين (مجموعة تدخل، ومجموعة مراقبة ضابطة) وتم أخذ قياس قبل وآخر بعد العلاج المعرفي- السلوكي، وقد تم

استخدام اختبار تعديل (سنيها وسينغ) لتقييم المستوى الاجتماعي والانفعالي في مجموعة التدخل التي تركز على الصدمة السلوكية المعرفية. تم تنفيذ البرنامج في (١٠ جلسات) مدة الجلسة ساعة، وقد أظهرت النتائج أنه بعد التدخل كان متوسط سوء التكيف الاجتماعي والانفعالي انخفض في مجموعة التدخل بصورة دالة جوهرياً بينما في المجموعة الضابطة لم يكن الاختلاف الاجتماعي والانفعالي مختلفاً بشكل ملحوظ بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، وقد أظهرت الدراسة أن البرنامج المعرفي السلوكي خفض من سوء التكيف الاجتماعي والانفعالي بالأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي.

### فروض الدراسة

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء المجموعة التجريبية (الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي) والتي تعرضت للبرنامج العلاجي ومتوسط أداء المجموعة الضابطة (الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي) (التي لم تتعرض للبرنامج العلاجي) وذلك على اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة، ومقياس القلق، ومقياس الاكتئاب.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الأداء التبعي للمجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج العلاجي ومتوسط الأداء التبعي للمجموعة الضابطة وذلك على اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة، ومقياس القلق، ومقياس الاكتئاب.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي الأداء على اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة، ومقياس القلق، ومقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده لدى المجموعة التجريبية.

٤- توجد فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة، ومقياس القلق، ومقياس الاكتئاب في القياسات البعدية والتتبعية وخط الأساس.

### منهج الدراسة وإجراءاتها

#### أولاً: منهج الدراسة

يندرج البحث الراهن ضمن بحوث المنهج التجريبي، وذلك لأن البحث تناول الوقوف على فعالية البرنامج العلاجي كمتغير مستقل يمارس تأثيره لتخفيف المعاناة من القلق والاكتئاب وأعراض ما بعد الصدمة (والتي تمثل المتغيرات التابعة في الدراسة الحالية) لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وتم هذا التدخل تبعاً لخطوات وجلسات محددة بواقع جلستين أسبوعياً، مدة الجلسة (٦٠) دقيقة. كما تم قياس المتغيرات التابعة عدة مرات قبل تطبيق البرنامج (أي مرحلة تحديد خط الأساس المتعدد)، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وخلال فترة المتابعة الأولى والثانية، وفيما يلي وصف لكل مكون من مكونات المنهج التجريبي.

#### ثانياً: التصميم البحثي

اتبعت الدراسة الحالية تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة غير المتكافئتين بقياس قبلي- بعدي متكرر. وتعتبر الدراسة الحالية من البحوث التجريبية المقارنة، حيث يمكننا المقارنة بين مجموعتين لمعرفة أثر التعرض لبرنامج معرفي- سلوكي على تحسين الاكتئاب والقلق وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى الأطفال. وتم قياس المتغيرات التابعة على أربع مراحل نذكرها فيما يلي:

- ١- خط الأساس المتعدد: ويشير إلى تقدير أعراض اضطرابات مابعد الصدمة لدى الأطفال وكذلك أعراض الاكتئاب، والقلق، وتم تقسيم الأفراد إلى عينتين بطريفة عشوائية بحيث تلقت المجموعة التجريبية جلسات البرنامج المعرفي- السلوكي، والمجموعة الضابطة لم تتلق أى جلسات.
- ٢- القياس البعدي: ويشير إلى تقدير مدى التحسن في أعراض اضطرابات مابعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق عقب انتهاء البرنامج مباشرة.
- ٣- قياس المتابعة الأولى: وتشير إلى تقدير مدى استمرار التحسن بعد مرور فترة تساوى فترة العلاج الفعلية والتي استغرقت أربعة أشهر.
- ٤- قياس المتابعة الثانية: وتشير إلى تقدير استمرار التحسن بعد فترة تساوى ضعفى فترة العلاج؛ أى بعد ثمانية أشهر من انتهاء العلاج.

### ثالثاً: عينة الدراسة

أجريت الدراسة الحالية على عينة قوامها (٣٠) طفلاً تعرضوا للتحرش الجنسى يعانون من الآثار النفسية السلبية للتحرش الجنسى (الذكور والإناث) تراوحت أعمارهم بين ٨ - ١٢ سنة بمتوسط عمرى ١٠,٥ عاماً، وانحراف معيارى ١,٢ عاماً، من مستوى اقتصادى اجتماعى متقارب، وكذلك متقاربين فى المستوى التعليمى (مدارس حكومية) ومستوى الذكاء (وقد تم ضبطه من خلال استخدام اختبارى الفهم والمفردات من وكسلر لذكاء الأطفال)، وقد سحبت العينة من مؤسسة كاريناس بالهرم، ومؤسسة كاريناس بشبرا. تلقت المجموعة التجريبية البرنامج العلاجى المستهدف (١٥ طفلاً، (٨) من الذكور، و (٧) من الإناث) بينما لم تتلق المجموعة الضابطة هذا العلاج (١٥ طفلاً، (٨) من الذكور، و (٧) من الإناث)، وتم المقارنة بينهما فى درجاتهم على قائمتى الاكتئاب، والقلق، وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة. ويوضح الجدول التالى المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموعتى الدراسة:

### جدول (١)

الفروق بين مجموعتى الدراسة فى كل من متغير العمر والتعليم والمستوى الاجتماعى الاقتصادى وكذلك اختبارى الفهم والمفردات من وكسلر باستخدام دلالات قيمة (ت)

		المجموعة الضابطة ن=١٥		المجموعة التجريبية ن=١٥		المجموعات المتغيرات
الدلالة	ت	ع	م	ع	م	
٠,٠٦	١,٨٧-	١,٢	٩,٥	١,٢	١٠,٥	العمر
٠,٢١	١,٢٧-	١,٣	٣,٣	١,٧	٤	التعليم
٠,٣٨	٠,٨٧-	٠,٥	١,٥	٠,٦	١,٧	المستوى الاجتماعى الاقتصادى
٠,٧٦	٠,٣٠-	١,٣	١٣,١	١,٣	١٣,٣	الفهم
٠,٦٢	٠,٥٠-	٢,٧	١٣,٦	٢	١٣,٥	المفردات

ويوضح الجدول السابق المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على كل من متغير العمر، وسنوات التعليم، والذكاء، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي.

#### رابعاً: تقدير الكفاءة القياسية للمقاييس

قامت الباحثة بحساب الكفاءة السيكمترية لاختبارات الدراسة التي قامت بتصميمها في البطارية وهي الاختبارات التالية:

-استخبار التحرش الجنسي (سماح نبيل، ٢٠١٧)

-استخبار اضطرابات مابعد الصدمة (سماح نبيل، ٢٠١٧)

- قائمة القلق النفسي وقائمة الاكتئاب النفسي (فداء أبو الخير، ٢٠١٥)

(١)- حساب معاملات ثبات أدوات الدراسة:

١- تم حساب الكفاءة السيكمترية لاستخبار التحرش الجنسي، واستخبار اضطرابات مابعد الصدمة، وقائمة القلق وقائمة الاكتئاب باستخدام طريقة التجزئة النصفية وألفا كرونباخ، كما يتضح من الجدول التالي:

#### جدول (٢)

#### معاملات الثبات لأدوات الدراسة لدى المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة الضابطة ن=١٥		المجموعة التجريبية ن=١٥		المجموعات الأدوات
القسمه النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	القسمه النصفية بعد تصحيح الطول	ألفا كرونباخ	
٠,٨٥	٠,٦٣	٠,٦٠	٠,٨٤	استخبار التحرش الجنسي وعدد بنوده(٩ ابتداً)
٠,٩٢	٠,٩٥	٠,٩٤	٠,٩٤	استخبار اضطرابات مابعد الصدمة (٢٠) بنداً
٠,٧٩	٠,٩٠	٠,٨٩	٠,٩٥	قائمة القلق للأطفال والمراهقين(٣٥ ابتداً)
٠,٨٢	٠,٩٢	٠,٨٦	٠,٩٣	مقياس القلق العام(٩) بنود
٠,٩٢	٠,٨٤	٠,٨٥	٠,٩١	قائمة الاكتئاب(٢٣) بنداً
٠,٨٨	٠,٩٠	٠,٩٧	٠,٩٦	مقياس الاكتئاب النفسي(٨)بنود

\* وقد استخدمت الباحثة المعادلة التالية لتصحيح الطول:

$$r_{nn} = \frac{r_{11}}{1 + (n-1)r_{11}}$$

ويوضح الجدول أن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية (جتمان) لكلتا المجموعتين جاءت مرتفعة على اختبار التحرش الجنسي، الأمر الذي يجعلنا نثق في جميع البيانات به. كذلك يشير الجدول إلى ارتفاع معاملات الثبات لكلتا المجموعتين بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان براون) على اختبار اضطرابات مابعد الصدمة الأمر الذي يجعلنا نثق في أدوات جمع البيانات، ونتقدم في إجراء التحليلات الإحصائية بإطمئنان.

كما جاءت معاملات الثبات لمقاييس القلق، والاكتئاب لكلتا المجموعتين باستخدام طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية (جتمان، وبراون)، متقاربة في المجموعتين التجريبية والضابطة.

### (٢) - حساب معاملات صدق أدوات الدراسة بطريقة الارتباط بمحك خارجي:

ويشير هذا المفهوم إلى أي مدى أو درجة يرتبط المقياس بمحك أو بمؤشر له صلة به، ويكون هذا المحك ذا معاملات صدق مرتفعة، ولذلك فقد تم حساب معاملات الارتباط بين كل مقاييس الدراسة الراهنة وبعض المقاييس الأخرى في الانتاج العلمي السابق ذات معاملات ثبات وصدق مرتفعة، وذلك كما هو موضح على النحو الآتي:

### جدول (٣)

معاملات الصدق لاستخبارات الدراسة بطريقة التعلق بالمحك الخارجي لدى كل من العينة التجريبية والعينة الضابطة

اسم الاستخبار	الاستخبار المحكى	معاملات صدق المجموعة التجريبية	معاملات صدق المجموعة الضابطة
استخبار التحرش الجنسي	مقياس الاساءة الجنسية	٠,٨٢	٠,٨٧
استخبار اضطرابات مابعد الصدمة	مقياس اضطراب مابعد الصدمة	٠,٩٤	٠,٨٩
قائمة القلق	مقياس القلق العام	٠,٩٢	٠,٨٣
قائمة الاكتئاب	مقياس الاكتئاب النفسى	٠,٩٠	٠,٧٧

يظهر لنا من خلال النظر إلى الجدول السابق أن معاملات الصدق مرتفعة حيث أنها لا تقل عن ٠,٧ مما يدعم أن بطارية استخبارات الدراسة صادقة وتقيس ما وضعت لقياسه.

## مراحل إعداد البرنامج الحالي:

مر إعداد البرنامج الحالي بعدة مراحل نذكرها فيما يلي:

١- إعداد إطار نظري شامل للتحرش الجنسي وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة التي يعاني منها الطفل الذي تعرض لصدمة التحرش الجنسي، بحيث يمثل هذا الإطار النظري الفلسفة العامة للبرنامج.

٢- إعداد البرنامج وترجمته في صورته المبدئية ثم تطويره مع البيئة العربية وإجراء التعديلات عليه من قبل المشرف وأثناء التدريس والتدريب على تطبيقه.

٣- التدريب الذي تلقتة الباحثة:

تلقت الطالبة تدريباً في مجال العلاج المعرفي- السلوكي اشتمل على دورة تدريبية تخصصية لمهارات تطبيق العلاج المعرفي- السلوكي للقلق والرهاب الاجتماعي بإجمالي ٣٠ ساعة، وقام بتقديمها أ.د. محمد نجيب الصبوة، ودورة أخرى تخصصية للعلاج المعرفي- السلوكي متعدد الأبعاد للاكتئاب الأساسي بإجمالي ٣٠ ساعة تدريب وقدمها أ.د. محمد نجيب الصبوة، وورشة عمل بعنوان " كيفية إعداد برامج التدخل في البحوث النفسية " بإجمالي ٨ ساعات، وقد قام بتقديمها والتدريب عليها أ.د. محمد نجيب الصبوة.

وقد قامت الباحثة بإعداد البرنامج العلاجي (برنامج التدخل ضد التحرش الجنسي "لجين اندرسون، وجيل براون، وجولي إيفانز، وإيلين سـانكوفيش، وجينيفر سيميز، ٢٠٠٩) Anderson, Brown, Evans, Sankovich, Sims الذي يحتوي على عدد من الجلسات وفق برنامج زمني محدد ومهام محددة، وعدد محدد من الجلسات العلاجية. وهو برنامج دولي تم تجربته في دراسات سابقة، ومن ثم فهو معد سلفاً، وتوفرت له مؤشرات للفعالية أو الكفاءة، ومؤشرات للتأثير، ومن ثم فهو لا يحتاج للتحكيم، ويستخدم كبرنامج وقائي عندما يطبق على المستوى الثاني للوقاية على أعداد ضخمة من الحالات تطبيقاً جمعياً، ويستخدم كبرنامج علاجي عندما يطبق تطبيقاً فردياً على عدد قليل من الحالات المرضية. يقدم هذا البرنامج للصفوف من الثالث الابتدائي إلى الخامس الابتدائي، ويتكون من ١٦-١٨ جلسة بواقع جلستين أسبوعياً، كل جلسة لمدة ٦٠ دقيقة. يحتوي البرنامج على:

### خامساً: ظروف التطبيق وإجراءاته:

١- تم إعداد البرنامج العلاجي بناء على التدريب المسبق.

٢- تم تطبيق البرنامج تطبيقاً فردياً.

٣- بدأ التطبيق ٢٠١٦/٧/٢٠ وانتهى التطبيق ٢٠١٦/١٠/٢٠ والمتابعة الأولى في ٢٠١٧/١/٢٠ والمتابعة الثانية ٢٠١٧/٤/٢٠.

### سادساً: التحليلات الإحصائية للدراسة.

اعتمدت الباحثة في التحليلات الإحصائية التي حاولت من خلالها الإجابة عن أسئلة الدراسة وتحقيق أهدافها على أساليب الاستدلال الإحصائي الملائمة للعينات الصغرى والاحصاء اللامعلمي:  
١- الوسيط ونصف مدى الانحراف الربيعي.

- ٢- اختبار ويلكوكسون، ويسمى اختبار إشارات الرتب، ويستخدم هذا الاختبار فى تحديد الفروق بين عينتين مرتبطتين فيما يتعلق بمتغير تابع معين، بحيث تشمل العينتين على المجموعة نفسها من الأفراد يجرى عليهم قياس قبلى وقياس بعدى.
- ٣- اختبار مان ويتنى للمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أعراض اضطرابات مابعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب.
- ٤- اختبار فريدمان للمقارنات المتعددة داخل المجموعة التجريبية فى القياسات المتعددة.

### عرض نتائج الدراسة

أولاً: نتائج الفروق بين مجموعتى الدراسة فى الأداء على متغيرات الدراسة أو أعراض اضطرابات مابعد الصدمة عبر مختلف مراحل العلاج.

- نعرض فيما يلى لنتائج الفروق بين مجموعتى الدراسة فى القياس القبلى، والقياس البعدى، ومرحلتى المتابعة لرصد فعالية البرنامج العلاجى.
- ١- الفروق بين المجموعتين فى القياس القبلى لضمان التكافؤ بين المجموعتين وعدم وجود فروق بينهما، ويوضحها الجدول التالى.

#### جدول (٤)

نتائج الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى القياس القبلى (تحديد خط الأساس المتعدد)

مستوى الدلالة	قيمة ذ	*ضابطة ن = ١٥		*تجريبية ن = ١٥		متغيرات الدراسة
		نصف مدى الانحراف الربيعى	وسيط	نصف مدى الانحراف الربيعى	وسيط	
٠,٧٠	٠,٤٠-	١٣,١٣	٧٧,٥٠	١٩,٠٠	٨٠,٥٠	اضطرابات ما بعد الصدمة
٠,٦٣	٠,٤٨-	٥,٣٨	٦٨,٥٠	٨,١٣	٦٨,٠٠	القلق
٠,٨٧	٠,١٦-	٢,٥٠	٤٤,٥٠	٧,٨٨	٤٤,٥٠	الاكتئاب

\*كان هذا حجم كل عينة قبل تسرب عدد كبير من الحالات من كل مجموعة قبل إجراء التجربة العلاجية، وبعد التسرب أصبح حجم كل عينة ستة أطفال، هم الذين أكملوا الدراسة العلاجية.

من خلال النظر إلى الجدول السابق يتضح من النتائج أن مجموعتى الدراسة لها خط أساس متعدد المشكلات متقارب فى جميع المتغيرات مما يدعم وجود تكافؤ بين المجموعتين، الأمر الذى يؤدى إلى نتائج حقيقية وصادقة.

٢- الفروق بين المجموعتين فى القياس البعدى لمعرفة فعالية البرنامج العلاجى فى تخليص الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسى من اضطرابات ما بعد الصدمة، ويوضحه الجدول التالى.

جدول (٥)

نتائج الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى للمتغيرات أو الأعراض المرضية للدراسة

مستوى الدلالة	قيمة ذ	ضابطة ن=٦		تجريبية ن=٦		متغيرات الدراسة
		نصف المدى الربيعي	الوسيط	نصف المدى الربيعي	الوسيط	
٠,٠١	٢,٨١-	١٢,٥٠	٧٩,٥٠	٧,٢٥	٥٥,٥٠	اضطرابات ما بعد الصدمة
٠,٠٠٤	٢,٨٩-	٤,٧٥	٦٨,٥٠	٤,٧٥	٤٤,٥٠	القلق
٠,٠٠٤	٢,٩١-	٢,٣٨	٤٤,٥٠	١,٨٨	٢٥,٠٠	الاكتئاب

توضح النتائج السابقة وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدى بعد انتهاء البرنامج العلاجى فى اتجاه تفوق المجموعة التجريبية، حيث يظهر لنا من خلال التدقيق فى الجدول السابق أن درجات المجموعة التجريبية انخفضت بشكل ملحوظ فى كل من اضطرابات ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب مما يؤكد لنا فعالية البرنامج العلاجى فى تخليص الأطفال من اضطرابات ما بعد الصدمة وما يصاحبها من قلق واكتئاب.

الفروق بين مجموعتى الدراسة فى المتابعة الأولى (بعد ٤ شهور من انتهاء العلاج) للوقوف على مدى استمرار التحسن لدى أطفال المجموعة التجريبية والضابطة، ويوضحها الجدول التالى.

جدول (٦)

نتائج الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى المتابعة الأولى للأعراض المرضية (بعد ٤ شهور من انتهاء العلاج)

مستوى الدلالة	قيمة ذ	ضابطة ن=٦		تجريبية ن=٦		متغيرات الدراسة
		نصف المدى الربيعي	وسيط	نصف المدى الربيعي	وسيط	
٠,٠٠٤	٢,٨٩-	١١,٦٣	٨١,٠٠	٧,٥٠	٤٦,٠٠	اضطرابات ما بعد الصدمة
٠,٠٠٤	٢,٨٩-	٤,٣٨	٦٩,٠٠	٥,٧٥	٣٧,٥٠	القلق
٠,٠٠٤	٢,٩٠-	٤,٠٠	٤٤,٠٠	٠,٧٥	٢٤,٥٠	الاكتئاب

يوضح الجدول السابق وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد انتهاء العلاج بأربعة أشهر فى أول متابعة، حيث نجد من خلال التدقيق فى النتائج السابقة أن أطفال المجموعة التجريبية استمر انخفاض التقديرات لديهم فى الأداء على اختبارات اضطرابات ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب وذلك بعد مرور أربعة أشهر من انتهاء البرنامج العلاجى.

١- الفروق بين مجموعتي الدراسة في المتابعة الثانية (بعد ٨ شهور من انتهاء العلاج) للوقوف على مدى استمرار التحسن لدى الأطفال في المجموعتين، ويوضحها الجدول التالي.

### جدول (٧)

نتائج الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتابعة الثانية (بعد ٨ شهور من انتهاء العلاج)

مستوى الدلالة	قيمة ذ	ضابطة ن=٦		تجريبية ن=٦		متغيرات الدراسة
		نصف المدى الربيع	وسيط	نصف المدى الربيع	وسيط	
٠,٠٠٤	٢,٨٩-	٩,٠٠	٩٧,٥٠	٥,٠٠	٣٧,٠٠	اضطرابات ما بعد الصدمة
٠,٠٠٤	٢,٩٠-	٥,٣٨	٨٠,٠٠	٢,٣٨	٣٣,٥٠	القلق
٠,٠٠٣	٢,٩٦-	٧,٢٥	٥٩,٠٠	٠,٥٠	٢٤,٠٠	الاكتئاب

يوضح الجدول السابق وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة، حيث نجد استمرار الانخفاض في تقديرات أفراد المجموعة التجريبية في الأداء على كل من اختبار اضطرابات ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب وذلك بعد مرور ثمانية أشهر على انتهاء البرنامج العلاجي، مما يدعم فكرة أن العلاج المعرفي- السلوكي عملية تعليمية تؤدي إلى تراكم الخبرات لدى الفرد ليعمها على مختلف المواقف المهنية والاجتماعية والأكاديمية.

ثانياً: نتائج الفروق داخل المجموعة التجريبية في الأداء على متغيرات الدراسة عبر مختلف مراحل العلاج:

نعرض فيما يلي الفروق داخل المجموعة التجريبية في كل من القياس القبلي والقياس البعدي، والقياس البعدي والمتابعة الأولى، والقياس البعدي والمتابعة الثانية، وكذلك الفروق داخل المجموعة الضابطة في كل من القياس القبلي والقياس البعدي، والقياس البعدي والمتابعة الأولى، والقياس البعدي والمتابعة الثانية بهدف قياس فعالية البرنامج العلاجي في تحقيق أهدافه وسنتناولها بالترتيب التالي:

١- نتائج الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية ونعرض لها في الجدول التالي.

### جدول (٨)

نتائج الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية على متغيرات الدراسة

مستوى الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس القبلي والبعدي		متغيرات الدراسة
		متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة	
٠,٠٣	٢,٢٠-	٣,٥٠	صفر	اضطرابات ما بعد الصدمة

تابع جدول (٨)

٠,٠٣	٢,٢١-	٣,٥٠	صفر	القلق
٠,٠٣	٢,٢١-	٣,٥٠	صفر	الاكتئاب

يظهر لنا من خلال النظر في الجدول السابق وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي لدى أطفال المجموعة التجريبية المتلقين للبرنامج العلاجي مما يدعم كفاءة وفعالية البرنامج في تحقيق أهدافه، وذلك عند مستوى دلالة ٠,٠٣، وظهرت هذه الفروق في إنخفاض مستوى القلق والمشاعر السلبية المتعلقة بالحدث الصدمي لدى أطفال المجموعة التجريبية، وظهر ذلك أيضاً في تحسن النوم لدى المجموعة التجريبية بعد البرنامج عنه قبل تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي، وظهر التحسن أيضاً في إنخفاض مشاعر التأنيب والإحساس بالذنب لدى هؤلاء الأطفال فيما يتعلق بشعورهم تجاه موقفهم من الحدث الصدمي بالإضافة إلى إنخفاض مشاعر العزلة لديهم وأصبحوا أكثر قدرة على الحديث عن الحدث الصدمي دون خوف.

٢- الفروق بين القياس البعدي وقياسات المتابعتين (الأولى والثانية) للمجموعة التجريبية ونعرض لها في الجدول التالي.

جدول (٩)

الفروق بين القياس البعدي وقياسات المتابعة (الأولى والثانية) للمجموعة التجريبية في متغيرات الدراسة

متغيرات الدراسة	الفروق بين القياس البعدي ومتابعة (١)		قيمة ذ	مستوى الدلالة	الفروق بين القياس البعدي والمتابعة (٢)		قيمة ذ	مستوى الدلالة
	متوسط الرتب الموجبة	متوسط الرتب السالبة			متوسط الرتب الموجبة	متوسط الرتب السالبة		
اضطرابات ما بعد الصدمة	صفر	٣,٥٠	٢,٢٠-	٠,٠٣	صفر	٣,٥٠	-	٠,٠٣
القلق	صفر	٣,٥٠	٢,٢١-	٠,٠٣	صفر	٣,٥٠	-	٠,٠٣
الاكتئاب	١,٥٠	٢,٨٣	١,٣٠-	٠,١٩	صفر	٣,٠٠	٢,٠٧	٠,٠٤

يوضح الجدول السابق وجود فروق بين مختلف القياسات لدى المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج العلاجي، حيث نجد أن النتائج أظهرت وجود فروق بين القياس البعدي والمتابعة الأولى بمعنى أن هناك تحسناً في المجموعة، والتراكم العلاجي شديد، أما بالنسبة للمقارنة بين القياس البعدي والمتابعة الثانية، فنجد أيضاً فروقاً بين القياس البعدي والمتابعة الثانية - أي بعد ثمانية أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي -

مما يدعم فكرة استمرار التحسن وتأثير البرنامج وعدم وجود انتكاسات بعد مرور ضعفي مدة العلاج.

٣- نتائج الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة حتى نتأكد من أن التحسن في مشكلات المجموعة التجريبية بسبب البرنامج العلاجي، وليس لأي أسباب أخرى، ونعرض لهذه الفروق في الجدول التالي:

#### جدول (١٠)

نتائج الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في متغيرات الدراسة

مستوى الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة		متغيرات الدراسة
		متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة	
٠,٢٥	١,١٦-	٢,٥٠	٤,٠٠	اضطرابات مابعد الصدمة
٠,٦٦	٠,٤٥-	٢,٠٠	١,٠٠	القلق
٠,١٨	١,٣٤-	صفر	١,٥٠	الاكتئاب

يوضح الجدول السابق عدم وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة الضابطة، حيث أن هذه المجموعة لم تتلق أي جلسات علاجية وبالتالي يمكننا أن نجزم أن أي تحسن طرأ على المجموعة التجريبية يرجع إلى البرنامج العلاجي وليس لأي سبب آخر.

٤- الفروق بين القياس البعدي وقياسات المتابعة (الأولى والثانية) للمجموعة الضابطة ونعرض لها في الجدول التالي:

#### جدول (١١)

نتائج الفروق بين القياس البعدي وقياسات المتابعة (الأولى والثانية) للمجموعة الضابطة

مستوى الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس البعدي ومتابعة (٢)		مستوى الدلالة	قيمة ذ	الفروق بين القياس البعدي ومتابعة (١)		متغيرت الدراسة
		متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة			متوسط الرتب السالبة	متوسط الرتب الموجبة	
٠,٠٧	١,٨٠-	٢,٠٠	٣,٨٠	٠,١١	١,٦٠-	صفر	٢	اضطرابات مابعد الصدمة
٠,٠٧	١,٨٠-	٢,٠٠	٣,٨٠	٠,٠٦	١,٨٦-	صفر	٢,٥٠	القلق
٠,٣٤	٠,٩٦-	٦,٠٠	٣,٠٠	٠,٣٤	٠,٩٦-	٣,٦٧	٢,٠٠	الاكتئاب

يوضح الجدول السابق عدم وجود فروق بين مختلف القياسات لدى المجموعة الضابطة والتي لم تتلق أى جلسات علاجية، وبالنظر إلى النتائج السابقة نجد عدم وجود فروق بين القياس البعدى وقياس المتابعة الأولى بعد مرور أربعة أشهر من القياس البعدى، والأمر نفسه بين القياس البعدى وقياس المتابعة الثانية بعد مرور ثمانية أشهر من القياس البعدى، مما يدعم كفاءة البرنامج العلاجى فى تحسين اضطرابات أفراد المجموعة التجريبية حيث أن هذه النتائج تثبت أن التحسن راجع إلى البرنامج العلاجى وليس للصدفة أو أى عوامل خارجية أخرى.

### مناقشة النتائج.

### أولاً: مناقشة نتائج الراسة فى ضوء التحقق من صحة فروضها ومدى اتساق تلك النتائج مع الدراسات السابقة:

تبين من نتائج الدراسة الحالية تحقق صحة فروض الدراسة كلياً بوجود فروق ذات دلالة داخل المجموعة التجريبية، ثم بين المجموعتين، وذلك قبل تقديم البرنامج العلاجى وبعده. وقد أظهرت النتائج فعالية برنامج العلاج السلوكى- المعرفى فى تخفيف أعراض اضطراب مابعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. واتفق ذلك مع الإنتاج الفكرى السابق حيث أشارت دراسة دبلنجر ومكثير وهنرى (١٩٩٠) إلى فعالية برنامج العلاج المعرفى- السلوكى المتبع فى تخفيف أعراض اضطرابات مابعد الصدمة لدى عينة الدراسة.

وكذلك اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة فاريل وآخرين (١٩٩٨) على نجاح البرنامج فى خفض أعراض اضطرابات مابعد الصدمة التى عانى منها الأطفال فى عينة الدراسة.

وفى السياق ذاته نجحت الدراسة التى قامت بها إيمان عز (٢٠٠٢) فى علاج الحالة موضوع الدراسة، والتى كانت تعانى من اضطراب ما بعد الصدمة بعد تعرضها للتحرش الجنسى، وقد أثبتت الدراسة فعالية الأسلوب العلاجى المتبع فى علاج الحالة، أما نتائج دراسة إيمان السنبانى عام (٢٠٠٥) فقد انتهت إلى فعالية البرنامج فى تخفيف أعراض اضطرابات مابعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية من خلال استخدام أساليب إعادة البناء المعرفى، والاسترخاء، والتدريب على تصحيح الأفكار اللاعقلانية، وهو ما يتفق مع نتائج الدراسة الراهنة.

وفى سياق متصل جاءت نتائج دراسة بنون، وجيلانستف، وفانديرا، وبايرز (٢٠٠٩) Bnnon، Glennhstv, Vnddrae, Byers متفقة مع نتائج الدراسة الحالية حيث انتهى إلى كفاءة البرنامج المعرفى- السلوكى فى التخفيف من معاناة الأطفال، الذين وقع عليهم التحرش، حيث تضمن العلاج مجموعة من المهارات الاجتماعية، وحل المشكلات والمهارات الحياتية، وإدارة المشقة والتدريب على الوقاية من الانتكاس.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية أيضاً مع نتائج الدراسة التى قدمتها منال الشيخ (٢٠١٢) والتى انتهت إلى بيان فعالية البرنامج الإرشادى المتبع فى علاج أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهو ما تم فى الدراسة الحالية.

وفى سياق الكفاءة والفعالية اتفقت النتائج مع نتائج دراسة كوهين ودبلنجر وآخرين (٢٠١٢) والتى انتهت إلى فعالية العلاج المعرفى- السلوكى مع الأطفال الذين يعانون اضطراب مابعد الصدمة نتيجة الاعتداء الجنى فى التخفيف من أعراض الصدمة لدى هؤلاء الأطفال، حيث أظهروا تحسناً فيما يتعلق باضطراب مابعد الصدمة والاكنتاب ومشكلات السلوك، وهو ما اتفق أيضاً مع دراسة هيفاء التوم خضر عام (٢٠١٤).

ويعتمد العلاج المعرفى على التفاعل النشط بين المعالج والمتعالج وهو ما يوصف بتبادل الخبرات، إذ يقدم المعالج إلى المتعالج مبادئ أساسية للعلاج وتكون مهمته القيام بدور المعلم أو الدليل وهو يقوم بدور موضوعى بعيداً عن إصدار الأحكام، ويؤدى ذلك التفاعل النشط إلى ثقة المريض فى المعالج بشكل يدعم التغيير الإيجابى وتعميمه عبر المواقف والأشخاص والأحداث، فما يتعلمه الطفل داخل الجلسة يستطيع تطبيقه فى مواقف مختلفة مما يؤدى إلى ظهور تغيرات إيجابية فى سلوكيات الطفل يلاحظها من حوله.

#### ثانياً: مناقشة النتائج فى ضوء النماذج النظرية:

انتهت نتائج الدراسة إلى قبول فروض الدراسة، والتى رأت أن هناك فروقاً بين وسيط أداء المجموعة التجريبية (الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنى) والتى تعرضت للبرنامج العلاجى ووسيط أداء المجموعة الضابطة (الأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنى) التى لم تتعرض للبرنامج العلاجى وذلك على استخبار اضطرابات مابعد الصدمة، وقائمتى القلق والاكنتاب.

ويمكننا تفسير النتائج فى ضوء النموذج المعرفى، كما صاغه بيك، حيث أن البرنامج العلاجى عمل على تعديل الأفكار حول المواقف أو الأشخاص أو الأحداث التى تثير أعراض مابعد الصدمة والقلق والاكنتاب لدى الأطفال، وأيضاً لدى القائمين بالرعاية بشكل يساعدهم على إدارة الاضطراب لدى الأطفال والتعامل معه مما أدى إلى هذه النتائج.

أما عن تفسير النتائج فى ضوء نماذج التعلم الاجتماعى، نجد أن التعلم الإنسانى وأغلب سلوكيات الإنسان متعلمة من خلال المشاهدة والتقليد والافتداء بسلوكيات الآخرين، ويذكر باندورا أن الطفل يتعلم كثيراً من سلوكياته عن طريق المشاهدة والتقليد، وأسباب التحرش نجد أن كثيراً من هذه السلوكيات تكتسب من خلال التقليد سواء من نماذج اجتماعية أو من خلال وسائل الإعلام التى يشاهدها الأطفال المتحرشين ويقلدونها.

أما عن تفسير النتائج فى ضوء النماذج النظرية الحيوية الاجتماعية والتى تقترض أن السلوك المنحرف يحدث بسبب خلل فى هذه الهرمونات الجنىة مما يدفع الفرد إلى القيام بالسلوكيات المنحرفة أو الجانحة، كما أن غياب هذه الآلية قد يرجع إلى خلل فسيولوجى يؤثر على تشكيل السلوك الجنى، أو بسبب نقص فى الخبرات ناتج عن التنشئة الاجتماعية أو كليهما معاً.

ويؤدي انخفاض هذه الآلية لدى الأفراد إلى عدم وجود أى مشاعر أخلاقية تجاه الضحية مثل الشعور بالذنب بسبب الإيذاء، بل والسعادة بما يفعل تجاه الآخرين، وأن الطفل بدون هذه الآلية لا يتدعم سلبياً عند ظهور العلامات الدالة على الكرب، وبالتالي فإنه يقوم بالأفعال المنحرفة، والسلوكيات المعادية للمجتمع، ومن ثم فإن العلاج المعرفي- السلوكي يعمل على تعديل هذه الأفكار السلبية والمخططات التي تكمن وراء القيام بالسلوكيات المنحرفة والعدوانية، وبالتالي يعمل العلاج المعرفي- السلوكي على تعديل ذلك من خلال مختلف الأساليب العلاجية.

## المراجع

### أولاً: مراجع باللغة العربية:

- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٣). **العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته**، عالم المعرفة، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، (عدد ١٨٠).
- أبو عيشة، زاهدة (٢٠١٢). **اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية (النظرية - الأعراض - العلاج)**، الشارقة: دار وائل للنشر.
- السنبانى، إيمان (٢٠٠٥). **فعالية برنامج علاج سلوكي معرفي في تخفيف اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم، رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- السيد، إيمان (٢٠٠٤). **التحرش الجنسي بالأطفال: التعريف، الأسباب، الوقاية والعلاج**، مجلة الحوار المتمدن، (٨٣٧) من خلال: <http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=18246>
- الشيخ، منال (٢٠١٢). **فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال من خلال دراسة حالة**، مجلة جامعة دمشق، ٢٨ (٣)، ٥١٠-٥١٧.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٤). **الدورة التدريبية للعلاج المعرفي- السلوكي للقلق والرهاب الاجتماعي. الجيزة: الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).**
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٤). **ورشة عمل عن "كيفية إعداد برامج التدخل في البحوث النفسية". الجيزة: الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).**
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٥). **الدورة التدريبية للعلاج المعرفي- السلوكي متعدد الأبعاد للاكتئاب الأساسي. الجيزة: الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).**
- الطنباري، فانتن (٢٠٠٣). **التحرش الجنسي وتأثيره على الأطفال، رسالة ماجستير (غير منشورة)**، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- جعدوني، الزهراء (٢٠١١). **الاعتداء الجنسي- دراسة سيكوباتولوجية للتوظيف النفسى للمعتدى الجنسي، رسالة دكتوراة (غير منشورة)**، كلية الآداب، جامعة وهران.
- حسانين أحمد، العشرى، حسن (٢٠١٦). **دور أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة في التنبؤ بكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة مصراتة الليبية بعد أحداث ثورة ١٧ فبراير، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٤ (٢)، ١٥٣-١٨٣.**

- خالد، وأصر (٢٠١١). التحرشات والاعتداءات الجنسية على الأطفال وتأثيرها على حياتهم ومستقبلهم، مجلة الحوار المتمدن، (٣٢٧٣) من خلال:  
<http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=24537>
- عبد العزيز، فهد (٢٠١٥). التحرش الجنسى فى المدارس المتوسطة من وجهة نظر المرشدين الطلابيين، مجلة الفكر الشرطى، الشارقة، ١٤ (٣)، (ص ٢١:٩٠).
- عبد اللطيف، أحمد، عبد المعطى، سمر، عبد العليم، لبنى (٢٠٠٩). التحرش الجنسى أسبابه، تداعياته، اليات المواجهة: دراسة حالة المجتمع المصرى، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة.
- عز، إيمان (٢٠٠٢). اضطراب شدة ما بعد الصدمة لدى الأطفال، مجلة الرسالة التربوية المعاصرة، ٢١ (٣)، ٢٧٧-٣٠٥.
- عوض، نهى (٢٠١٧). فعالية برنامج معرفى - سلوكى لتحسين بعض المشكلات المعرفية والسلوكية لدى عينة من أطفال اضطرابات المسلك، رسالة دكتوراة (غير منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القاهرة.
- صابر، نيفين (٢٠٠٩). ممارسة العلاج المعرفى - السلوكى فى خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقى للأطفال المعرضين للانحراف، مجلة كلية الآداب بجامعة حلوان، (٢٦)، ص ١٤-٢٣.
- صلاح، منتصر (٢٠١٢). برنامج معرفى - سلوكى لتحسين أعراض حالات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء، رسالة دكتوراة (غير منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة المنيا.
- نبيل، سماح (٢٠١٠). إساءة معاملة الأطفال واضطراب بعض القدرات المعرفية واللغوية لديهم، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

## References

## ثانيا: مراجع باللغة الإنجليزية

- Afroditi Pina, Theresa A.Gannon, Benjamin Saunders(2009). **Aggression and Violent Behavior, An Overview of The Literature on Sexual Harassment: Perpertrator, Theory, and Treatment Issues, Psychology Department, Keynes College, University of Kent, United Kingdom, 14, 126-138.**
- Antecol, H., Cobb-Clark, D. (2006) "The sexual Harassment of Female Active-Duty Personnel: Effects on Job Satisfaction and Intentipn to Remain in Military" **Journal of Economic Behavior and Organization** 61:1:55-80. Dol:10.1016/j.jebo.2004.11.006.
- Bennett, William Ira, and Lisa A. Ennis. (2014) "Post- Traumatic Stress Disorder". **Dictionary of American History**. Ed. Stanley I. Kutler. 3<sup>rd</sup> ed. Vol.6. New York: Charles Scribners Son.431. Gale Virtual Reference Library. Web.20 Feb.2014.
- Berliner, L., & Elliott, D. M. (2002). Sexual Abuse of Children. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), **The**

**APSAC Handbook on Child Maltreatment**(pp.55-78). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

– Briete& Runtz,(1990): Symptomatology Associated with Childhood Sexual Victimization in Anon Clinical Sample, **Child Abuse and Neglect**,(29),747-752.

– Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and Psychological Sequelae of Self-Reported Childhood Physical and Sexual Abuse in a General Population Sample of Men and Women. **Child Abuse & Neglect**, 27,1205-1222.

– Christopher Uggen, Amy Blackstone(2012). Sexual Harassment as a Gendered Expression of Power, **American Psychological Review**,vol 69.

– Cohen,J.A.,Mannarino,A.P.,&Iyengar,S,(2011).A Pilot Study of Modified Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Traumatic Grief(CBT-CTO),**Journal of The American Academy of Child& Adolescent Psychiatry**,43,393-402.

– Corsini,R,J.(1994). **Encyclopedia Of Psychology**. New York: Wiley& Sons. 2<sup>nd</sup>ed, 3, 73-75.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,5ed(2013).**American Psychiatric Association**,Washington,DC

Daniel J.Tomasulo(2010). What Is The Difference Between Individual and Group Therapy?Psychological Today. <https://www.PsychologyToday.com/blog/the-healing-crowd/201012/what-is-the-difference-between-individual-and-group-therapy>

– Deblinger, Meleer S.U & Henry, D. (1990). Cognitive- Behavioral Treatment for Sexually Abused Children Suffering Post- Traumatic Stress, Preliminary Findings, **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry** ,29,747-752

– Deblinger,E.,Mannarino.A.P.,Cohen.J.A.,Runyon.M.K.,Stear.R.A.,(2017).Trauma- Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children Impact of the Trauma Narrative and Treatment Length,Depress Anxiety,28(1)67-75

– Elizabeth A., yeater and William, O., Donohue (2009) Sexual Assault Prevention Programs: Current Issues, Future Directions, and the Potential Efficacy of Interventions with Women, **Clinical Psychological Review**,19,(7),405-510

– Eomel,Restaino Si,Perkins Ami,Neveln NI,Harrington (2015). Sexual Harassment in Middle and High School Children and Effects on Physical and Mental Health,**Truma Abuse Treatment.com**.

– Farrel, M,P, Hains,A.A & Davies, W.H. (1998). Cognitive- Behavioral Intervention for Sexually Abused Children Exhibiting PTSD Symptomatology, **Behavior Therapy**,29,224-255.

– Goldbeck,Muche.R.,Sachser.C.,Tutus.A.,(2016).Effectivness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: A Rndomized Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics,85,159-170.

- Hamblen, J. (2003). PTSD in Children and Adolescents, **National Center for Post-Traumatic Stress Disorder**,122(2),729-773.
- Hersch, J.(2011) "Compensating Differentials for Sexual Harassment" **American Economic Review Papers and Proceedings**,630-634.
- Lindon.J. & Nour se, A.(1994). A multi- Dimensional Model of Group Work for Adolescent Girls Who have been Sexually Abused, **Child Abuse and Neglect**,3(8)401-415.
- McCann,D.(2005) **Sexual Harassment at Work:National and International Responses**,Geneva: International Labour Office.
- McDonald, P.(2012) "Workplace Sexual Harassment 30 Years on: A Review of the Literature" **International Journal of Management Review**,14(1),1-17.
- Misurell,J.,& Springer,C.(2014) Game- Based Cognitive- Behavioral Therapy Individual Model(GB-CBT-IM) for Child Sexual Abuse: A preliminary Outcome Study,**Psychological Trauma: Theory, Practice, and Policy**,6(3),250-258.
- PTSD Symptoms,Signs,Causes,DSM Criteria Checklist<http://www.ptsd-symptoms.org>.
- Patterson, C.H.(2000). **Theories of Counseling and Psychotherapy**. New York: Harper& Row Publishers.
- Paula F.(2001). **Cognitive Therapy Gale Encyclopedia of Psychology** (2<sup>nd</sup> ed), London : Gale group.
- Pina,A., Gannon, T.A., Saunders,B.(2009) "An Overview of the Literature on Sexual Harassment: Theory, and Treatment Issues, **Aggression and Violent Behavior** 14,2/126-138
- Peter, D.F. (2001). Examining Child Sexual Abuse Evaluations: The Types of Information Affecting Expert Judgment, **Journal of Child Abuse & Neglect**,25,149-178.
- Rajabi M,Bakhshani N,Saravani MR,Khanjani S,Javad Bagian M et al (2017).Effectiveness of Cognitive- Behavioral Group Therapy on Coping Strategies and in Reducing Anxiety Depression, and Physical Complaints in Student Victims of Harassment,**Journal of Vocational Behavior**,61(1),32:2
- Raver,J.L,Gelfand,M.J.(2005) "Beyond the individual Victim: Linking Sexual Harassment, Team Processes,and Team Performance" **Academy of Management Journal** ,48(3),387-400.
- Susan K. Dyer A. (2004)**Harassment Free Hallways How to Stop Sexual Harassment in School American Association of University Women Educational Foundation**, Library of Congress
- the Sexual Harassment Prevention Program, (2002). **Handout Packet** ,university of Maryland, the office of human relations programs, <http://www.odec.umd.edu/compliances/shpp/shpplargeprint.pdf>
- Tierny, J. (2000). Post-Traumatic Stress Disorder in Children: Controversies and Unresolved Issues, **Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing**, 13, 147-158.

- Vahid Farnia, Faezeh Tatari, Safora Salemi, Ashraf Kazemi, Mostafa Alikhani, Senobar Golshani, Sara Hookari. (2017). Substance Abuse Prevention Research Center, Psychiatry Department, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah Iran, Health Department, 5(8)22-44.
- wikipedia the free encyclopedia (2009). **Sexual Harassment**.  
[Http://en.wikipedia.org/wiki/sexual\\_harassment#Harassment\\_situations](http://en.wikipedia.org/wiki/sexual_harassment#Harassment_situations)

## **Efficacy of Cognitive – Behavioral Therapy for Improving Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder among a Sample of Children who Has Sexual Harassment**

**Samah N. Ahmed**

**Dr. Mohammed N. Alsabwa**

**Researcher At Anti-Addiction  
And Drug Control Fund**

**Dept. Psychology- Cairo University**

### **Abstract**

The purpose of the present study was to assess the efficacy of cognitive-behavioral program for Improving Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder among a Sample of Children who has Sexual Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder Harassment. The present study was conducted on a sample of (12) children divided on two groups. The first group was an experimental group consists of (6) children suffered from Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder ; their age range from 8 to 12 years old with mean 10.5 years old, and the standard deviation was 1.2 years old, who attended cognitive- behavioral program sessions. The second group was a control group consists of (6) children with Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder, Their age range from 8 to 12 years old with means 9.5 years old and standard deviation was 1.2 years old. collected from Karitas Haram and Shubra. The first follow up was after 4 months of the end of program, and the second was after 8 months. We concluded to accept all hypothesis of this study, as we found difference between the two group, and the difference into the experimental group was (pre therapy & post therapy) in all symptoms of Post Traumatic Stress Disorder, Anxiety, Depression.