مستوى أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال النازحين في مدينة إب

أ. أروى أحمد عبدالله الخطيب
باحثة دكتوراه - جامعة تعز
Tell:00967734542523
Email: ar2019alkhteeb@gmail.com

الملخص:

هدف البحث إلى التعرف على مستوى أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال النازحين في مدينة إب، والتعرف على دلالة الفروق الإحصائية في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال النازحين في مدينة إب تبعًا لمتغير النوع (ذكور – إناث)، ومدة النزوح (من 1–3 سنوات، 4 وما فوق)، وتكونت عينة البحث من (150) طفلًا وطفلة، بواقع (85) طفلة، و(65) طفلًا، قامت الباحثة ببناء مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأظهرت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,05) فأقل بين متوسط درجات الأطفال النازحين في مدينة إب والمتوسط الفرضي على مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده لصالح المتوسط المحسوب، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,05) فأقل بين متوسطي درجات الأطفال النازحين في مدينة إب في مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعًا لمتغير النوع الإنساني لصالح الإناث، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,05) فأقل بين متوسطي درجات الأطفال النازحين في مدينة إب في مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعًا لمتغير مدة النزوح (من 1–3 سنوات، 4 وما فوق) لصالح الأطفال النازحين من (1– 3 سنوات).

الكلمات المفتاحية: الصدمة – اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، الأطفال النازحين.

Abstract:

The research aimed to identify the level of symptoms of post-traumatic stress disorder in a sample of displaced children in the city of Ibb, and to identify the significance of the statistical differences in the symptoms of post traumatic stress disorder in a sample of displaced children in the city of Ibb according to the gender variable (males - females), and the duration of displacement (from 1-3 years - 4 and above), the research sample consisted of (150) boys and girls, with (85) girls and (65) boys, the researcher built a scale for post-traumatic stress disorder symptoms, The search results showed that there are statistically significant differences at the level (0.05) or less between the mean scores of the displaced children in the city of Ibb and the hypothetical average on the scale of post-traumatic stress disorder symptoms and its dimensions in favor of the calculated average, and there are statistically

significant differences at the level (0.05).) is lower among the mean scores of the displaced children in the city of Ibb in the scale of symptoms of post-stress disorder Trauma according to the human gender variable in favor of females, and there are statistically significant differences at the level (0.05) or less between the average scores of the displaced children in the city of Ibb in the scale of symptoms of post-traumatic stress disorder according to the variable of the duration of displacement (from 1-3 years - 4 and beyond). Above) for the benefit of displaced children (1-3 years).

Key Words: Trauma, Post-traumatic Stress Disorder, Displaced Children.

المقدمة:

مما لا شك فيه أَنَّ كل إنسان يتعرض في حياته للعديد من التهديدات من المحيط الذي يتواجد فيه، ومع الوقت يدرك موضوعية هذه التهديدات وحقيقتها؛ حيث يدرك أَنَّ آمال نجاته أكبر بكثير من احتمالات موته، فهو يعتقد بقدرته على تجاوز الأخطار والتهديدات، لكن أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الإنسان هي تلك المواجهة المفاجئة مع الموت؛ حيث تزيل هذه المفاجئة فكرة التأجيل، وتدفعه للتفكير باحتمال موته في أية لحظة.

وهناك العديد من الأحداث التي تسبب صدمات للفرد، وتجعله عرضه للإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، مثل: المواقف الخطرة التي تقع خارج حدود الخبرة الإنسانية الاعتيادية التي ينتج عنها ردود فعل عنيفة، كالكوارث الطبيعية، مثل (الحرائق، والزلازل، والبراكين، والعواصف، والفيضانات)، أو البشرية مثل: (الحروب، والصراعات المسلحة)، كلها تترك آثارًا نفسية واجتماعية على الفرد (مقدادي والمومني، 2017: 3).

وَيُعَدُّ اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة رد فعل متأخر لأحداث مفاجئة وخطيرة تحمل صفة التهديد، وتسبب العديد من الأعراض النفسية والإحباط (كفافي وعلاء الدين، 2006: 143)؛ لذلك فقد حظي هذا الاضطراب باهتمام العديد من علماء النفس والأطباء والاختصاصيين النفسيين خلال العقود الأخيرة من القرن العشرين وعلى وجه التحديد عام 1980م؛ حيث أصبحت الاضطرابات الناتجة عن الصدمات تصنف ضمن الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعًا التي تحدث عقب تعرض الفرد للازمات والشدائد (علوان؛ 2009: 224 ;Little, 2017: p2)، بسبب ما ينتج عن الصدمة من استجابة بالغة الشدة لمصادر المشقة، تتضمن متلازمة من الأعراض نفسية ومعرفية وانفعالية وسلوكية (البوسنية، 2013: 103)، وتتطور بعد التعرض لأحداث مرعبة ومهددة للحياة، بما في ذلك الحروب، وحوادث السيارات، والاعتداء الجسدي والجنسي، ويمكن أن يكون للتجربة العاطفية للصدمات النفسية آثار معرفية طويلة المدى، بالإضافة إلى تغيرات في العمليات المعرفية، مثل: الذاكرة، والانتباه، والتخطيط وحل المشكلات؛ وهو ما يؤكد التأثير السلبي للعاطفة في الأداء الإدراكي (Jasmeet et al, 2012: p1).

وقد أشار Spuy and Adrian, (2018: p156) إلى أَنَّهُ على الرغم من قدرة الإنسان على التكيف والبقاء عند التعرض للأحداث الصادمة، فَإِنَّهُ من الممكن أن تؤثر التجارب الصادمة في جوانب الأداء لدرجة أَنَّ ذاكرة الحدث الصادم يمكن أن تؤثر سلبًا في تصور جميع التجارب الأخرى؛ حيث بين (Cbernardy and Friedman (2017: p118) أَنَّ من بين الأفراد الذين تعرضوا لحادث صادم سوف يصاب واحد من كل (12) باضطراب ما بعد الصدمة، كما أَنَّ أكثر من ثلث الأفراد الذين تم تشخيصهم بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة لن يتعافوا تمامًا من هذه الأعرض؛ الأمر الذي يدعو إلى ضرورة توفير تدخلات علاجية متنوعة لتلبية الاحتياجات العلاجية للمصابين بهذا الاضطراب.

كما أشارت التقديرات إلى أَنَّ نسبة من يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة القابلة للتشخيص بعد عدة سنوات من مرور الحدث الصادم تصل إلى 30%، وَأَنَّ عدم تلقي العلاج خلال الثلاثة الأشهر الأولى التالية للصدمة يؤدي إلى استمرار الأعراض وزيادتها على مر السنين (Gomez & Bayon, 2000: p329).

وبالنظر لما يواجه العالم الإنساني في مختلف أنحاء العالم من حروب ونزاعات إقليمية وصراعات مسلحة داخلية وخارجية، إضافة إلى أعمال العنف والكوارث الطبيعية، والكثير من الأوبئة التي ألحقت ضررًا كبيرًا في الإنسان، وتهديدًا له من حيث قدرته على التحمل والمواجهة لدى (الفئات المستضعفة) من المدنيين والأطفال، والنساء، والشيوخ كان لها تأثير كبير في حياتهم الصحية والنفسية (Blenkinsop et al, 2018: p1)، حيث أشار Yurtsever (2018: p16) إلى أَنَّ الحروب والزلازل والأعاصير تسبب العديد من الصدمات، تاركة العديد من الأثار والصعوبات والخسائر البشرية والمادية والهجرة القسرية والفقر، وتسبب العديد من الاضطرابات النفسية، مثل: القلق، والاكتئاب، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذي يُعَدُّ الأكثر انتشارًا في العصر الحالي.

وَيُعَدُّ الأطفال الشريحة الأكثر تأثرًا بالظروف القاهرة؛ فضلا عن الأحداث الطبيعية وغير الطبيعية؛ لضعف خبرتهم وقدرتهم على التحمل، فالصدمات التي يتعرض لها الأطفال في أثناء الحروب والنزاعات المسلحة أقسى ما يتعرض لها في غير هذه الظروف، وتظل أكثر رسوخًا بالذاكرة، وتزداد الأمور صعوبة إذا تكررت الصدمات وفي فترات متقاربة (أحمد وآخرون، 2010: 5)، تاركة أثرًا كبيرًا في تكوين شخصية الطفل، ووضع بذور لاضطرابات الشخصية المختلفة التي قد يعاني منها في حياته المستقبلية (فهمي، 1967: 66)، فقد توصلت دراسة Van der kolk and Fisler المشار إليها في دراسة (2017: p9) Littleإلى أَنَّ الأفراد الذين عانوا من صدمة شخصية في مرحلة الطفولة أكثر عرضة لمواجهة صدمة شخصية أخرى في مرحلة البلوغ، كما أَنَّ التعرض لخبرات صادمة في الطفولة يؤدي إلى خلل بيولوجي شديد بالمقارنة بالبالغين، ويعانون من مشاكل وظيفية يومية أعلى وأكثر حدة ومشاكل نفسية مع أعراض أكثر تعقيدًا تسبب لهم ضعفًا شديدًا.

وبين Gomez& Bayon (20003: p30-331) أَنَّ التجارب المبكرة لاضطراب ما بعد الصدمة تؤدي إلى اضطرابات بيولوجية عصبية، وهذا بدوره يؤثر في التنشئة الاجتماعية للطفل، وعلى بناء المخططات العقلية في المستقبل، فالشخص الذي عانى من الاعتداء في مرحلة الطفولة سيخزن هذه التجارب في ذاكرة لا يمكن الوصول إليها، ولا يتم استردادها إلا عند مواجهة المحفزات المناسبة، ويكون اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أكثر حدة وتعقيدًا مع اضطرابات أخرى، مثل: الاكتئاب، واضطرابات الشخصية، والذعر ورهاب الخلاء، وكلما طالت فترة احتضان الضحية لاضطراب ما بعد الصدمة دون علاج زاد احتمال حدوث التغيرات النفسية؛ لِأَنَّ التجارب الصادمة تغير رؤية الشخص للعالم والآخرين؛ الأمر الذي دفع بالعديد من علماء النفس والاختصاصيين والأطباء النفسيين للعمل على إيجاد العديد من الطرق والتقنيات العلاجية للتخفيف من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، مثل العلاج المعرفي، والعلاج السلوكي، والعلاج بالعقاقير، والعلاج الدينامي، بالإضافة إلى عشرات التقنيات المشتقة من هذه العلاجات الرئيسة (ضمرة، 2013: 298).

فضلًا عن ذلك فَإِنَّ النزوح أو اللجوء الناتج عن الحروب والصراعات المسلحة يؤدي إلى انهيار نفسي للأسر النازحة، ويزيد العديد من الضغوط الاقتصادية والمعيشية والاجتماعية وتدهور الصحة النفسية؛ حيث أشارت النشرة البريطانية إلى أَنَّ النزوح الداخلي أو اللجوء الخارجي يؤدي إلى انتشار الكثير من الاضطرابات والاكتئاب والإجهاد واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاضطرابات الجسدية الشكل (Thomas & Thomas, 2004: p115-117)، بالإضافة إلى ذلك فَإِنَّ النزوح أو اللجوء لا يؤثر في الأسرة فقط، وَإِنَّمَا يتأثر به الأطفال، فقد أظهرت نتائج دراسة مقدادي والمؤمني (2017) ارتفاع مستوى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال في مخيمات اللاجئين، وَأَنَّ الاضطراب مستمر بسبب أَنَّ الأطفال يمرون خلال حياتهم اليومية؛ بتجارب مؤلمة بسبب انخفاض مستوى الخدمات، ويشعرون بِأَنَّ الأحداث التي يمرون بها خارجة عن سيطرتهم وتسبب ردة فعل قد تستمر لأشهر أو سنوات، خاصة عند غياب المساعدات النفسية المتخصصة، كما أظهرت نتائج دراسة العمار (2018) أَنَّ معظم الأطفال يعانون من أعراض ضغوط اضطراب ما بعد الصدمة؛ حيث وجدت الدراسة أَنَّ 72% يعانون من العجز في التعبير عن مشاعرهم، و70% يعانون من صعوبة النوم والاستيقاظ، و67% لا يشعرون بالرغبة بعمل أي شيء، و63% لديهم خوف من المستقبل، و62% يعانون من الشعور بالوحدة والبعد عن الناس، و61% يعانون من عدم الاستقرار العاطفي.

مشكلة البحث:

من خلال ما سبق، ونظرًا لما يشهده المجتمع اليمني من أحداث وأزمات نتيجة الصراعات والنزاعات المسلحة والعدوان الغاشم الذي أدى إلى نزوح العديد من الأسر والأطفال من مناطقهم هربًا من أعمال العنف، ومشاهد القتل، والموت، والانتهاكات الإنسانية الأخرى، والانتقال إلى مناطق أخرى آمنة، الأمر

الذي نتج عن عنه بروز العيد من المؤشرات الدالة على معاناة الأطفال من العديد من الأعراض المرضية والاضطرابات، لاسيما اضطراب ما بعد الصدمة؛ حيث أشارت الإحصاءات الصادرة عن (اليونيسيف) إلى أَنَّ ما يقارب (2,9) مليون يمني قد نزحوا نتيجة الحرب والعدوان والصراعات المسلحة، منهم (1,6) مليون طفل خلال السنة الأولى من الحرب، معظمهم يعانون من اضطرابات صدمية ومشكلات سلوكية مثل (التبول اللاإرادي، الخوف من الوحدة، وانخفاض في الأداء الدراسي) (العمار، 2018: 9)، فضلًا عن ذلك فَإِنَّ الأطفال هم أول الضحايا، وأكثر الفئات عجزًا وهشاشة في مواجهة ومقاومة ما يتعرضون له من خطر ورعب؛ لِأَنَّهُم يفتقرون إلى القدرات المعرفية التي تمكنهم من استيعاب ما يتعرضون له من أخطار وخبرات صادمة، كما يفتقرون للقدرة على التعبير اللفظي عما يعانونه منه؛ جراء المشاهدة والمواجهة للاستغلال والأذى الذي يلاقونه (أحمد وآخرون، 2010: 5).

كما أَنَّ ما زاد من شعور الباحثة بمشكلة البحث ما لمسته خلال عملها بوصفها اختصاصية في مركز الإرشاد النفسي – بجامعة إب، والعمل مع منظمات الحماية ومؤسسات المجتمع المدني، من أَنَّ هناك العديد من الأطفال الذين تقدموا أو تم إحالتهم من جهات أخرى للحصول على مساعدات علاجية واستشارات نفسية من المركز معظمهم يعاني من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، فضلًا عن ضعف الوعي المجتمعي والثقافي بأهمية العلاج النفسي وبأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، فلم يحظ كثير من الأطفال بالحصول على الخدمات العلاجية النفسية المناسبة، بسبب عدم وجود مراكز متخصصة بالخدمات النفسية للأطفال، وإن وجدت فهي تقتصر على العلاجات الدوائية، بالإضافة إلى ما خلفه النزوح من أعباء معيشية أثقلت كاهل العديد من الأسر النازحة، وجعلتهم عاجزين عن الاهتمام بصحة أبنائهم الجسدية بشكل عام والنفسية بشكل خاص.

لذلك فقد تبلورت مشكلة البحث في الإجابة عن السؤال الآتي: ما مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال النازحين في مدينة إب؟، وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال النازحين في مدينة إب تبعًا لمتغيري النوع (ذكور، إناث)، ومدة النزوح؟

أهمية البحث:

تتضح أهمية البحث من خلال الآتي:

الأهمية النظرية:

-موضوع اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة من الموضوعات المهمة في الوقت الحالي؛ نتيجة لما تعيشه المجتمعات العالمية بشكل عام والمجتمع اليمني بشكل خاص من أزمة وصراع مسلح وعدوان غاشم أثر في مختلف فئات المجتمع عامة، وشريحة الأطفال خاصة؛ حيث أشار تقرير صادر عن

منظمة الصحة العالمية إلى أَنَّ الأطفال خلال الصراعات المسلحة لا يعانون فقط من اضطرابات نفسية، وَإِنَّمَا أيضًا يكونون عرضة للاستغلال والانتهاك، ويؤدي ضعف الاهتمام بالصحة النفسية للأطفال إلى المعاناة من اضطرابات نفسية متعددة أهمها اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة التي قد تستمر أعراضها خلال مراحل الحياة اللاحقة للطفولة، ويقلل من قدرة المجتمعات على البقاء أمنة ومنتجة (منظمة الصحة العالمية 2003: 2).

- أهمية المرحلة العمرية والعينة التي سيطبق عليها البرنامج العلاجي، وهي مرحلة الطفولة التي تُعَدُّ من أكثر المراحل حاجة للرعاية، والحماية في كل الظروف؛ حَيْثُ إِنَّ أكبر صدمة يتلقاها الطفل في حياته هي المعايشة الإجبارية لمشاهد القتل، والعنف والتعذيب، والأعمال التخريبية، مثل هذه الصدمات تؤدي إلى تراكمات انفعالية داخلية للطفل، وعدم الاهتمام بهذه المرحلة سيكون له تأثير كبير في شخصية الطفل مستقبلًا.

الأهمية التطبيقية:

تتمثل في الآتي:

- إعداد أداة تتوفر فيها الشروط العلمية لقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال النازحين بما يتناسب مع الثقافة العربية واليمنية.

- معرفة مستوى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال، ويهدف إلى مساعدة العاملين في المؤسسات من اختصاصيين نفسيين، وأطباء نفسيين، واختصاصيين اجتماعيين، ومرشدين تربويين، ممن يعملون في هذا المجال في التخطيط لبرامج وقائية وعلاجية للاضطرابات الناتجة عن التعرض للصدمات النفسية، مع الاستفادة من البرنامج العلاجي الذي قامت الباحثة بتقنينه على البيئة اليمنية والتأكد من فاعليته.

أهداف البحث:

يهدف البحث إلى التعرف على:

-مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال النازحين في مدينة إب.

-الدلالة الإحصائية للفروق في مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال النازحين في مدينة إب تبعًا لمتغيري النوع (ذكور، إناث)، ومدة النزوح.

فرضيات البحث: يسعى البحث إلى اختبار الفرضيات الآتية:

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال النازحين في مدينة إب على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والمتوسط الفرضي.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال النازحين في مدينة إب تبعًا لمتغيري النوع (ذكور – إناث)، ومدة النزوح.

حدود البحث:

يتحدد البحث بدراسة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال النازحين في مدينة إب للعام الدراسي 2020- 2021م.

مصطلحات البحث:

اضطراب ما بعد الصدمة:

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بِأَنَّهُ: "مجموعة من الأعراض المميزة التي تلي مواجهة ضاغط صدمي شديد يشمل خبرة شخصية عن ذلك الحدث، (موت حقيقي أو تهديد بالموت أو إصابة بالغة)، وتكون استجابة الفرد للحدث خوفًا شديدًا أو عجزًا ورعبًا شديدًا . (DSM, IV,1994: P462)

وتعرف الباحثة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بِأَنَّهُ: اضطراب ناتج عن حدث مفاجئ، ينتج عنه مجموعة من الأعراض المثيرة للتوتر والقلق والضيق، واختلال في المدركات والتشوهات السلبية، والاستثارة الانفعالية المبالغ فيها، واختلال أداء الفرد في حياته اليومية.

كما تعرف الباحثة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة إجرائيًا بِأَنَّهُ: مجموعة درجات الطفل بعد الإجابة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة؛ حيث تشير الدرجات المرتفعة إلى ارتفاع أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في حين تشير الدرجات المنخفضة إلى انخفاض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

ويعرف الطفل وفق مواثيق الأمم المتحدة بِأَنَّهُ: "كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر إلا إذا بلغ الرشد قبل ذلك بموجب القوانين المحلية" (ديلاني، 2006: 10).

النازح: يعرفه Thomas& Thomas, (2004: p117) بِأَنَّهُ: "الشخص الذي أجبر على الفرار من منطقته إلى منطقة أخرى ضمن إطار دولته، ولم يستطع عبور الحدود الدولية"، وعرف القانون الدولي(2008: 3) النازحين بِأَنَّهم: "الأشخاصً أو الجماعات النازحة من داخل بلدهم، وأكرهوا على الهرب، أو ترك منازلهم، أو أماكن إقامتهم المعتادة، أو اضطروا إلى ذلك سعيًا؛ لتفادي آثار النزاع المسلح أو حالات عنف عام أو انتهاكات حقوق الإنسان أو كوارث طبيعية أو من صنع البشر، ولم يعبروا الحدود الدولية المعترف بها للدولة.

وتعرف الباحثة النازح إجرائيًا بِأَنَّهُ: كل طفل لم يتجاوز عمره الثامنة عشر واضطر بسبب النزاع المسلح والعدوان إلى ترك محل إقامته منتقلًا إلى منطقة أخرى ضمن إطار البلد نفسه.

الخلفية النظرية والدراسات السابقة:

النظريات المفسرة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

حاول العديد من العلماء تفسير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كل من وجهة نظره، وتعكس مجمل تفسيراتهم وحدة وتكامل جوانب حياة الإنسان، وارتباط النواحي الجسمية بالنواحي النفسية والعقلية والاجتماعية، وقد حاولت الباحثة عرض العديد من الاتجاهات المفسرة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على النحو الآتي:

أولًا-الاتجاه البيولوجي:

ركز هذا الاتجاه في تفسيره لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على ثلاثة جوانب الأول: الجانب الوراثي الذي يفترض وجود عوامل وراثية تسبب اضطراب الضغوط التالية للصدمة؛ حيث أظهرت دراسة (True et al. (1993 التي أجريت على عينة من التوائم بهدف التعرف على التأثيرات التي يحدثها التعرض للمعارك، وأظهرت النتائج وجود نسبة اتفاق كبير بين التوائم المتشابهة مقارنة بالتوائم الأخوية في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (الأرضي ، 2009 : 2)، كما أشار كُلٌّ من Sker et al, ; (1993 كازدين 2003: 113) إلى أَنَّ العوامل الوراثية تلعب دورًا مهمًا في المعاناة من الاضطرابات؛ حيث أوضحت الدراسات وجود معدل اتفاق مرتفع بين التوائم المتشابهة في مقابل التوائم غير المتشابهة، كما أشارت دراسة (1987) Foy et al. إلى أَنَّ ما يقارب من ثلثي الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الصدمة كانوا ينتمون إلى أسر يعاني بعض أفرادها من اضطرابات نفسية (Eysenck & Kean, 2005: p693)، وبين Nazzal (2019: p15) وجود ارتباط بين عامل الوراثة وظهور اضطراب ما بعد الصدمة، خاصة الأفراد الذين لديهم تأريخ عائلي مضطرب قبل التعرض لحادث صدمي.

ويعزو الجانب الفسيولوجي اضطراب ما بعد الصدمة إلى فشل أنظمة الاسترداد، وعدم قدرتها على التمييز بين الخطر والأمان، والذاكرة المضطربة، وضعف القدرة على مواجهة الخوف، والاستجابات الكيميائية العصبية الحساسة (bryant, 2019: p128)، كما وصف الجانب الفسيولوجي الإجهاد الناتج عن الصدمة بِأَنَّهُ داء العصب الفيزيائي، وتم تحديد العلاقة بين الاستجابات النفسية والفسيولوجية الناتجة عن التوتر، من خلال ملاحظة أَنَّ الأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة يكون لديهم ارتفاع في معدل ضربات القلب واستثارة أعلى (Yarvis, 2004: p15)، ويسيطر لديهم الجهاز الباراسمبثاوي، ويعانون من عجز في تحقيق ترميز كاف للمنبهات المؤلمة والمفاجئة بشكل صحيح، كما أَنَّهُم يستجيبون فيزيولوجيًا بشكل غير عادي لتلك المنبهات (يعقوب، 1999: 79)، كما يتميزون بقدرتهم على اكتشاف

التهديدات الواعية واللاواعية بشكل يسهم في ظهور أعراض فرط الإثارة المتمثل في زيادة النشاط العصبي والاتصال الوظيفي بين مناطق الدماغ (AIS)، يتم ملاحظة هذه التغيرات في أثناء معالجة التهديدات اللاشعورية في حالة الراحة؛ وهو ما يشير إلى زيادة الموقف الدفاعي والحفاظ عليه في غياب التهديد الصريح (Alanius et al,2017: p109) .

أَمَّا الجانب الكيميائي فقد بين أَنَّ الصدمة تؤدي إلى خلل في التنظيم الفسيولوجي (الغدد الصماء) وما ينتج عن هذا الخلل من عواقب كبيرة عاطفية وسلوكية طويلة الأمد (Stankovic,2017: p60)، كما ركز هذا الجانب على دور العوامل (البيو كيميائية) في حدوث اضطراب ما بعد الصدمة؛ حيث افترض (Krystal et al, 1989: 196 ; Auxemery, 2012: p2 ; Nazzal, 2019: p16) أَنَّ التعرض لحدث صادم يؤدي إلى تلف نظام إفراز الغدة الكظرية، وزيادة في مستويات إفراز النورادرنالين والدوبامين، والاستثارة الفسيولوجية؛ الأمر الذي يؤدي إلى استجابات قوية من الخوف والجفلة، وتم تفسير حالة الخدر الانفعالي في اضطراب ما بعد الصدمة بِأَنَّهُ ناتج عن إطلاق مادة أفيونيه (Endogenous Opiates) من داخل الجسم، يتم إفرازها عند تعرض الفرد لمنبه يذكره بالصدمة الأصلية (Van Der Kolk , 1984: p123) كما أكدت دراسة Oiff **and** Zuiden (2017: p135) على وجود خلل في جهاز الغدد الصماء والجهاز المناعي قبل الصدمة وبعدها وقد يصبح خلل التنظيم البيولوجي أكثر وضوحًا مع زيادة الوقت مُنذ الصدمة.

ثانيًا- الاتجاهات النفسية:

لعل من أهم هذه الاتجاهات نظرية التحليل النفسي، وعلى رأسها فرويد الذي أشار إلى (الصدمة النفسية) في الفترة 1895 – 1900م عند تناوله لأسباب العصابات الناتجة عن العقد النفسية في مرحلة الطفولة؛ حيث كان يعتقد أَنَّ كل عصاب هو نتيجة تأثير حادث صادم غير متوقع، وعجز قدرات الطفل لإحداث رد الفعل الملائم (النابلسي، 1991: 42)، كما افترض (فرويد) أَنَّ الصدمة تنشط صراعات داخلية مكبوتة منذ مرحلة الطفولة المبكرة (الصدمات العاطفية)، وإعادة هذه الصدمات يسبب نكوصًا مع ظهور الحيل الدفاعية المصاحبة، مثل: (الكبت والإنكار والإبطال)، وتزداد إعادة المعايشة بواسطة الأنا لتخفيف القلق والسيطرة عليه، إضافة إلى المكسب الثانوي الذي يحصل عليه من المحيطين به من تعاطف، واهتمام، وإشباع لحاجاته، وهذا يدعم الاضطراب ويبقيه (عواد، 2011: 82).

كما رأى (فرويد) أَنَّ الأحداث المؤلمة تتكرر في عملية الطرح في الأعصبة الصدمية وأعصبة القدر، هذا التكرار يمكن إرجاعه إلى مبدأ اللذة، فالتوتر الذي لم يتم السيطرة عليه في حالة الصدمة، فَإِنَّهُ يتطلب تكرار المحاولات للتخلص من التوتر، ويكون مبدأ الواقع عاجزًا عن تصحيح هذا المسلك غير التكيفي في الخبرات الأليمة والضارة، وربما يكون الحل في اعتبار قهر التكرار تعبيرًا عن القصور الذاتي للمادة، فإذا كانت الأنا قوية أو أتيح لها طريق التحليل استطاعت أن تقف في وجه قهر التكرار، أَمَّا في غير ذلك

فَإِنَّها تعاني سلبية هذا التكرار القهري، وفي الحالات الصدمية تكون آلية التكرار في خدمة دفاعات الأنا، وفي الحالات العادية يكون فيها التكرار مجرد تكرار للحاجة يستند إلى دورية الغريزة (الداهري ، 2008 : 46 -47) .

وبين اتورانك Ottorank أَنَّ أساس العصاب الصدمي هو صدمة الولادة، وما يصاحبه من إحساس الوليد بالاختناق؛ حيث يعدها التجربة الأولى للقلق عند الإنسان، ويثير التوتر والإرباك لديه؛ الأمر الذي يلجأ إلى كبته (عبد الواحد، 2013: 46)، في حين حدد هوروتيز Horowitz خمسة مراحل متعاقبة لمعالجة المعلومات من حيث ردود الفعل على الحدث الصادم، هي:

-مرحلة الصرخة أو الغضب: حيث تزداد ردود فعل الضحية تجاه الأحداث التي تهدد الحياة.

-مرحلة الإنكار والتخدير: فيها يتم تجنب الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم، ومحاولة التخفيف من المستويات العالية من القلق والتوتر.

-مرحلة الإقحام: تكرار الأفكار المتعلقة بالصدمة تظهر بشكل صور مرئية في الذهن نتيجة المشاهد أو الأصوات أو الروائح أو الظلال المصاحبة للأحداث الصادمة.

-مرحلة الانتقال والعمل على مواجهة الواقع: يتم فيها الانتقال إلى مستوى جديد من القبول والفهم لما حدث، وكيف حدث وأثر ذلك في حياة الفرد.

-مرحلة الاكتمال أو الدمج: تتميز هذه المرحلة بإتمام المعلومات المتعلقة بالحدث الصادم؛ حيث يتم استعادة التوازن النفسي والأدوار والمسؤوليات(Hutt, 1994: p12).

أَمَّا النظرية السلوكية فقد فسرت أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية على أساس أَنَّها استجابة متعلمة ناتجة عن التعرض لمثير خطر أو ضرر قد يحدث، يتم الاستجابة له بعدد من المظاهر الانفعالية تظهر في صورة أعراض واضطرابات تدل على معاناة الفرد، كما يتم تعميم هذا المثير على مثيرات أخرى متشابهة معه في الخصائص والشدة والحدة، بالرغم من اختلافها معه في المصدر؛ و هو ما يجعل الفرد في حالة معاناة مستمرة ومتكررة (كفافي، 1999: 373 – 374 ؛ كفافي وعلاء الدين، 2006: 176).

ويؤكد كين وزملاؤه (1985) أَنَّ ضحايا الحدث الصادم يميلون إلى تجنب إشارات معينة، لكي يخفضوا من ذكرياتهم عن الحدث الصادم الذي عاشوه إلى أدنى حد ممكن، ويميلون إلى السلوك الإحجامي للمواجهة الذي يدعم مشاعر الخوف والعزلة الاجتماعية وإدراك الفرد لذاته على أَنَّهُ عاجز عن التحكم في حياته (أبو عيشة وعبدالله، 2012: 57).

وركزت النظرية المعرفية على أهمية المخططات المعرفية لتفسير المواقف والأحداث التي تم تكوينها في مرحلة الطفولة من خلال أساليب التنشئة الأسرية، فَإِن كانت هذه الأساليب إيجابية وقائمة على الحب،

فَإِنَّ الطفل يحكم على نفسه وعلى الأسرة والمجتمع حكمًا إيجابيًا مريحًا وآمنًا، وعند التعرض لخبرة صادمة أو تجربة ضاغطة، فَإِنَّهُ من الممكن أن يتجاوزها من خلال النظرة التفاؤلية للأشياء، أو بمساعدة أسرته ومجتمعه الداعم والمساند، وإن كانت الأساليب سلبية تتسم بالإهمال والرفض وعدم التقدير، فَإِنَّ الطفل سيشعر بعدم الأمان وعدم الرضا، وسيجعله يعطي حكمًا سلبيًا على المجتمع وعلى (ذاته، أسرته، مدرسته، وسطه الاجتماعي)، والمبالغة في توقع الخطر والشر في المستقبل (العتيبي، 2001 :22).

وأشار فوا وروثبام إلى أَنَّ هناك طريقتين تؤدي إلى اكتساب المعارف المختلة وظيفيًا، الأولى: أَنَّ الأفراد الذين يمرون بخبرة صادمة ويبالغون في مخططاتهم عن الذات والعالم، والثانية: أَنَّ الخبرة الصدمية تبرز المخططات الحالية عن العالم على أَنَّهُ مكان غير آمن وَأَنَّ الذات عاجزة؛ وذلك لِأَنَّ الأفراد خبروا صدمات على مدى حياتهم؛ لذا فَإِنَّ وجود المفاهيم الجامدة عن الذات والعالم (إيجابية أو سلبية) إِنَّمَا يجعل الأفراد عرضة لتطوير اضطراب الضغط اللاحق للصدمة، ويعتبر أفكار الفرد ومعتقداته إِنَّمَا هي ترجمة مباشرة لما يتراكم لديه من خبرات عبر العمر (مجيد، 2011 :315).

كما فسرت النظرية المعرفية اضطراب ما بعد الصدمة من خلال عدة نماذج أساسية، منها:

أولًا- نموذج شبكة الذاكرة القائمة على الخوف:

ينشأ اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بحسب هذا النموذج، حينما تعتبر المواقف أو الأشخاص أو الأشياء التي كانت تتصف في السابق بالآمن والسلامة مرتبطة بخطر بالغ الشدة في أثناء الصدمة، وتعكس ظاهرة معاودة الخبرة (كالذكريات والأحلام المفزعة) حالة من العجز لدى الفرد في تنشيط شبكة الذاكرة، ولتغيير مركب الخوف ينبغي تنشيط الذاكرة، مع ضرورة تكامل المعلومات الجديدة مع إدراك الخطر الشامل المزمن (بارلو، 2002: 127)، في نفس السياق فَإِنَّ اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يحدث عندما تعزز الحادثة المؤلمة المعتقدات السلبية المتعلقة بسلامة الفرد وكفاءته؛ حيث يشترك الأفراد المصابون باضطراب ما بعد الصدمة في التشويه المعرفي بِأَنَّ العالم خطير، ويعيشون حياتهم في خوف دائم، وينظرون إلى أنفسهم على أَنَّهُم غير أكفاء (Yarvis, 2004: p117).

ثانيًا-نموذج معالجة المعلومات:

يقوم هذا النموذج على معالجة المعلومات من خلال ميكانزمات العمليات المعرفية لمعالجة ردود الفعل (حسن، 2016: 16)، فعند تعرض الفرد للصدمة تكون كمية المعلومات كبيرة، مثل: (الصور والأفكار والمشاعر... الخ)، منها ما يستوعبه ويعالجه الدماغ، في حين أَنَّ هناك جزءًا آخر لا يتم معالجته بطريقة صحيحة؛ بسبب نقص في المعلومات أو أَنَّها تفوق طاقة الجهاز العصبي لاستيعابها؛ لذلك تكون عملية معالجة المعلومات، مضطربة ومشوهة، وتبقى المنبهات الصادمة نشطة من وقت إلى آخر ومؤلمة للشخص المصدوم الذي يحاول تكرار إخراجها من الوعي ليشعر بالأمان والراحة؛ حيث قد

تستخدم أساليب دفاع سلبية مثل (النكران والتبلد والتجنب) جميعها تشكل أعراضًا بارزه في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (يعقوب، 1999: 14).

أَمَّا النظرية النفسية الاجتماعية فقد ركزت على جانبين الأول: الصدمة من حيث حدتها وطبيعتها وطول مدتها وسرعة الإنذار ببداية وقوعها، والثاني الشخص المصدوم، وردود البيئة الاجتماعية والثقافية، فعندما تكون العوامل النفسية والبيئية مناسبة وداعمة، يكون المصدوم أكثر قدرة على تخطي آثار الصدمة (التميمي، 2013: 87)، كما ركزت هذه النظرية على خصائص الفرد مثل قوة الأنا، ومصادر المواجهة، والتاريخ السابق للاضطراب النفسي، والخبرات الصدمية (الضاغط) السابقة، والميول السلوكية والمرحلة الاجتماعية والنفسية الحالية للضحية، والعوامل الديموغرافية، كما أَنَّ التغيرات الموقفية ذات قيمة مثل المواقف والأماكن التي حدثت فيها الصدمة كالمنزل أو الأماكن المأهولة أو بلد أجنبي، كما أَنَّ وجود قصور في تقديم الدعم الاجتماعي من الأشخاص المهمين أو الأصدقاء أو المجتمع يُعَدُّ عاملًا مسهمًا في التأثير في الضغوط الجديدة (التميمي، 2013: 86 ؛ البرثين، 2011: 196).

-**ردود الفعل تجاه الخبرات الصادمة:** تتضمن ردود الفعل تجاه الخبرات الصادمة ثلاثة أنواع من الأعراض هي على النحو الآتي:

1-**أعراض قصيرة الأمد:** هي ردود فعل تلي الحدث الصدمي مباشرة، يتأثر بها جميع الأفراد ويصابون بالذعر والهلع، واضطرابات في النوم، واستجابة فسيولوجية تتمثل في (خفقان القلب، وضيق التنفس، والغثيان، والدوار، والشعور بالصداع)، ويشعر الفرد في هذه المرحلة بِأَنَّ الحدث غير حقيقي، كما يشعر بالعجز وعدم القدرة على الاستجابة مع انتباه ويقظة مفرطة، وسلوك قاصر على الأنشطة البسيطة، بالإضافة إلى الإحساس باللاواقع وصعوبة التفكير المنطقي، والانتباه أو التيقظ الشديد(النابلسي، 1991: 284-286).

2-**ردود فعل متوسطة الأمد:** هي الأعراض التي تلي وقوع الصدمة بفترة قصيرة، قد تختفي بعض الأعراض لدى الأفراد وتتطور لديهم أعراض أخرى خاصة عندما لا يجدون دعمًا اجتماعيًّا بعد حدوث الصدمة، وقد تستمر الأعراض ثلاثة أشهر بعد وقوع الصدمة من مثل الشعور بالخوف وعدم الاطمئنان، وتجنب الأماكن المرتبطة، والشعور بالذنب تجاه ضحايا الحدث الصادم (منال، 2016: 25).

3-**الأعراض بعيدة المدى:** يقصد بها الأعراض التي تتأخر في الظهور، وتظهر بعد مرور ستة أشهر على الأقل من التعرض للحدث الضاغط، وتستمر لفترة بعيدة نسبيًا، كما يعتمد ظهور هذه الأعراض على عدة عوامل منها: شدة الحدث الصادم، ومدة التعرض له، ومدى إصابة شخص عزيز بهذا الحدث، وهل سبق التعرض لصدمات سابقة، ومن أهم ردود الفعل الطويلة الأمد الإصابة بالاكتئاب، أو القلق الذي يؤدي إلى ظهور اضطراب ما بعد الصدمة (فرينه، 2011:19).

-اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال:

يصاب الأطفال بالصدمة النفسية التالية للكرب كما هو الحال لدى الكبار، إلَّا أنَّها تختلف في صورتها وآثارها السلبية وفقًا للمرحلة العمرية والنضج النمائي والعقلي والاجتماعي، والخبرات السابقة للطفل، فالبعض قد يعاني القلق والخوف لفترة قصيرة ما تلبث أن تزول خاصة حينما تتوفر الرعاية والحماية والمعاضدة النفسية من قبل الوالدين، في المقابل قد يعاني آخرون من اضطرابات مزمنة كالخوف والاكتئاب والقلق النفسي العام وقلق الانفصال عن الوالدين ونوبات من الهلع أو العنف والغضب، وتجنب الأنشطة أو الأماكن المذكرة بالكارثة، ومحاولات إيذاء النفس أو الآخرين، والسلوكيات المتسمة بالمجازفة والاندفاعية، إضافة إلى المضاعفات الناتجة لما سبق كالمشكلات الأسرية أو تدهور التحصيل العلمي وكثرة التغيب عن المدرسة، وعدم الرغبة في القيام بالأنشطة المعتادة (Terr, 1991: p10 ; Dyregrov, 2003: p96)، كما أَنَّ كثير من الأطفال يعاني من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بسبب الإهمال الشديد أو سوء المعاملة التي تصنف غالبًا على أَنَّها صدمة معقدة، ومن أكثرها شيوعًا (العنف الأسري، الاعتداء الجنسي والإيذاء الجسدي، والإهمال الشديد، الفقدان، مشاهدة العنف والإرهاب، الحروب، حوادث المرور، الكوارث الطبيعية) (Powers et al, 2015: 261-263).

وأضاف ميزا ووريس Masia and Morris أَنَّ هذا الاضطراب قد يحدث عند التعرض لبعض الأحداث من مثل: (الجراحة أو الاستغلال الجسمي أو الجنسي، أو موت شخص عزيز على الطفل) (غانم، 2006: 81-82)، كما ذكر Stankovic et al (2017: p57) أن هناك عوامل أخرى غير مباشرة لحدوث الاضطراب والحفاظ عليه عند الأطفال، تنتج عن تفاعل معقد للأحداث الخارجية والتفاعل النفسي والفسيولوجي الداخلي وضعف المرونة والدعم النفسي والاجتماعي الخارجي.

وهناك صلة مهمة بين صدمات الطفولة والاكتئاب الذي قد يؤثر في الأداء النفسي والاجتماعي للطفل، ويرتبط بالسلوكيات المنحرفة، ويكون الأطفال أقل اهتمامًا باللعب، وانخفاض في الطاقة، والقلق، ومحاولة القيام بسلوك إيذاء الذات، وسرعة الانفعال والعدوانية وضعف في التركيز (Spuy & Adrian,2018: p159)، وأشار (Terr, 1990) إلى أربع سمات أو خصائص شائعة تظهر لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة منها: (ذكريات بصرية متكررة عن الصدمة، وسلوكيات متكررة تكون مشابهة للوسواس القهري، ومخاوف مرتبطة بالحدث الصادم، وتغير الاتجاهات نحو الناس والحياة والمستقبل الذي يعكس مشاعره الحرجة، واضطرابات الوسواس القهري وانخفاض المستوى الاجتماعي والأكاديمي) (العطية، 2008: 44).

كما يمكن أن تظهر أعراض الصدمة النفسية عند الأطفال على شكل استرجاع أحداث الكارثة في اليقظة وعبر الأحلام، وتخيل وقائعها المؤلمة ومحاولة الهروب والابتعاد عن كل ما يذكر بها، والشعور بالاكتئاب، والرغبة في الانتحار، وقد يلجأ بعضهم إلى تعاطي المخدرات وشرب الكحول، وكذلك تتسم

سلوكياتهم بالعنف والاندفاعية، وعلى الرغم من أَنَّ بعض الأطفال قد يتحسنون مع الوقت وتزول عنهم الصدمة النفسية التالية للكرب، فَإِنَّ نسبة منهم تستمر معاناتهم إن لم يتلقوا العلاج المناسب (النواسية، 2013: 105 -106).

الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة:

هدفت دراسة William et al, (2007) إلى التعرف على مدى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة مجتمعية طولية من الأطفال، تكونت عينة الدراسة من (1430) طفلًا، واستخدم الباحثان مقياس التقييم النفسي للطفل والمراهق(CAPA)، توصلت الدراسة إلى أَنَّ ثلثي الأطفال أفادوا بحدوث حدث واحد مؤلم على الأقل خلال (16) السنة، وَأَنَّ 13,4% من هؤلاء الأطفال يعانون من أعراض ما بعد الصدمة، وارتبطت الصدمات العنيفة والجنسية بأعلى معدلات الأعراض.

كما هدفت دراسة ثابت (2007) إلى تقييم تأثير الأحداث الصادمة التي تعرض لها الأطفال الفلسطينيون خلال انتفاضة الأقصى في تطور كرب ما بعد الصدمة والحزن بين الأطفال، تكونت عينة الدراسة من (405) أطفال، بواقع (209) طفلات، و(196) طفلًا، واستخدم الباحث مقياس عزة للخبرات الصادمة، ومقياس ردود الفعل لكرب ما بعد الصدمة للأطفال، ومقياس الحزن للأطفال، وأظهرت نتائج الدراسة انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة بنسبة 19,5% ، ونسبة 47,9% من الحزن، كما بينت نتائج الدراسة وجود فروق بحسب الفئات العمرية في تطور كرب ما بعد الصدمة لصالح الأطفال الأكبر سنًا، كذلك وجود علاقة طردية بين شدة الصدمة النفسية وتطور ردود الفعل للكرب ما بعد الصدمة والحزن، ووجود علاقة ارتباطيه بين نوع الخبرات الصادمة التي تتضمن المشاهدة السمع وتطور كرب ما بعد الصدمة والحزن.

وهدفت دراسة كل من Cindy Mels et al. (2009) إلى التعرف على مستوى انتشار أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المراهقين، ودلالة الفروق في اضطراب ما بعد الصدمة وفقًا لمتغير (الجنس- المنطقة)، تكونت عينة الدراسة من (1046) فردًا، بواقع (477) من الإناث و (569) من الذكور، استخدم الباحثون مقياس التعرض للأزمات الطارئة للمراهقين، ومقياس تأثير الأحداث. وتوصلت الدراسة إلى أَنَّ ما يقرب من نسبة (95,5 %) من الذكور قد خبروا على الأقل حدثًا صدميًا، وكان تعرض المراهقين في المتوسط (4,71) حدثًا صدميًا، وكان معدل التعرض للصدمة عاليًا خصوصًا وسط الذكور، سواءً في المناطق الريفية أو الحضرية في المجموعات الأكبر سنًا ممن فقد أباه أو أمه، كما أظهرت الدراسة أَنَّ نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقين كانت بنسبة (52,2)، وترتبط الأعراض بقوة التعرض المتكرر للصدمة غير أَنَّ قوة هذا الارتباط تختلف قليلًا في المناطق السكنية للإناث.

كما هدفت دراسة العطاب (2011) إلى التعرف على مستوى اضطراب ما بعد الصدمة ومستوى أعراض الصحة النفسية المصحابة لاضطراب ما بعد الصدمة (القلق والاكتئاب) لدى الأطفال والمراهقين، والتعرف على الفروق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وفقًا لمتغير النوع، تكونت عينة الدراسة من (798) طالبًا وطالبة، استخدمت الباحثة مقياس اضطراب ما بعد الصدمة من إعداد الباحثة، ومقياس القلق والاكتئاب لهوبكنز. وتوصلت الدراسة إلى انتشار أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بدرجة مرتفعة، وَأَنَّ اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أعلى لدى الإناث، وكذلك أعلى لدى طلبة الثانوية الفئة العمرية التي تتراوح بين (15–17)، كما توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين اعراض اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب.

في حين هدفت دراسة إبراهيم والكواد (2011) إلى التعرف على الفروق في اضطراب ما بعد الصدمة ومستوى العنف وفقًا لمتغير الجنس، والتعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والعنف، وتكونت عينة الدراسة من (200) بواقع (100) طالب، و(100) طالبة، واستخدم الباحثان مقياسي اضطراب ما بعد الصدمة والعنف من إعداد الباحثين. وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع مستوى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة والعنف لدى طلبة المرحلة الإعدادية، ووجود فروق في اضطراب ما بعد الصدمة والعنف تبعًا لمتغير الجنس لصالح الذكور، توجد علاقة ارتباطيه بين اضطراب ما بعد الصدمة والعنف.

وهدفت دراسة كل من (Alisic et al, 2014) إلى التعرف على مستوى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال والمراهقين المعرضين للصدمات، والفروق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وفقًا لمتغير النوع، تكونت عينة الدراسة من (72) دراسة، على (43) عينة مستقلة (3563) طفلًا. وتوصلت الدراسة إلى نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة كان 19,9%، كما يوجد فروق في انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لصالح الإناث، وكان الأولاد أقل عرضة لخطر الصدمات غير الشخصية بنسبة 8,4%، بينما أظهرت الفتيات المعرضات لصدمات شخصية أعلى معدل بنسبة 32,9%.

وهدفت دراسة مراد (2015) إلى التعرف على العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والدعم النفسي لدى عينة من المهجرين في مراكز الإيواء في محافظة دمشق، وكذلك التعرف على الفروق في اضطراب ما بعد الصدمة والدعم النفسي عند الأطفال المهجرين وفقًا لمتغير (الجنس، العمر)، ومعرفة الفروق في اضطراب ما بعد الصدمة وفقًا لمتغير البعد (أعراض ذكريات، تجنبيه، فرط إثارة)، تكونت عينة الدراسة من (271) طفلًا، استخدمت الباحثة مقياس الدعم النفسي ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة من إعداد الباحثة. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والدعم النفسي، توجد فروق في اضطراب ما بعد الصدمة وفقًا لمتغير الجنس لصالح الذكور، لا توجد فروق في الدعم النفسي وفقًا لمتغير الجنس، توجد فروق في اضطراب ما بعد الصدمة وفقًا لمتغير العمر لصالح الفئة العمرية من (12 –

13) سنة، احتلت أعراض استعادة الذكريات القيمة الأعلى بالنسبة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، تليها فرط الإثارة ومن ثم الأعراض التجنبية.

كما هدفت دراسة كل من مقدادي والمؤمني (2017) إلى التعرف على مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال السوريين اللاجئين في مخيم الزعتري، والتعرف على الفروق في اضطراب ما بعد الصدمة تبعًا لمتغير الجنس (ذكور، إناث)، تكونت عينة الدراسة من (76) طفلًا (45) ذكرًا و(31) أنثى، واستخدم الباحثان مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيسون تعريب عبد العزيز ثابت. وتوصلت الدراسة إلى وجود مستوى متوسط من اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة البحث، كما بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في درجة اضطراب لضغوط ما بعد الصدمة تعزى لمتغير النوع.

وهدفت دراسة العمار (2018) إلى التعرف على مدى انتشار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين الأطفال النازحين في محافظة صنعاء بعد أحداث الحرب، والفروق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وفقًا لمتغير النوع، وتكونت عينة الدراسة من (902) من طلاب المدارس النازحين، بواقع (466) ذكرًا، و(436) أنثى تتراوح أعمارهم ما بين (14 – 18) عام، استخدمت الباحثة مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (CPSS). وتوصلت الدراسة إلى أَنَّ معظم أفراد العينة يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة وَأَنَّ الإناث أكثر معاناة من الذكور.

وهدفت دراسة الشميري (2020) إلى التعرف على مستوى خبرات الحرب الصادمة ومستوى اضطراب ما بعد الصدمة، ودلالة الفروق في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة حسب متغير (النوع، النزوح، مكان النزوح)، والعلاقة بين الخبرات الصادمة واضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال النازحين في محافظة إب، وتكونت عينة الدراسة من (112) طفلًا وطفلة، استخدم الباحث قائمة أحداث الخبرات الصادمة ومقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من إعداد الباحث. وتوصلت الدراسة إلى أَنَّ انتشار مستوى الخبرات الصادمة وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة كانا متوسطين، كذلك وجود علاقة إيجابية بين الخبرات الصادمة وأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، كما أظهرت نتائج الدراسة أَنَّهُ لا توجد فروق في مستوى الخبرات الصادمة ومستوى أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تعزى لمتغير (الجنس، والنزوح، ومكان النزوح) في بعد تجنب الخبرات الصادمة، بينما توجد فروق تعزى لمتغير مكان النزوح في بعدي استجابة الخبرات الصادمة والاستثارة المفرطة لصالح المقيمين في شقق سكنية.

منهجية البحث وإجراءاته:

منهج البحث:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المسحي؛ كونه المنهج المناسب لتحقيق أهداف البحث.

عينة البحث:

تكونت عينة البحث من (150) طفلًا من الأطفال النازحين في بعض مدارس مدينة إب، بواقع (65) طفلًا، و(85) طفلة، تراوحت أعمارهم بين (13–18) سنة بمتوسط عمري قدره (15,82) سنة، وانحراف معياري (1,43)، والجدول رقم (1) يوضح ذلك:

جدول (1)

وصف عينة البحث حسب النوع والمدرسة

البيان		المدرسة							الاجمالي
		مدرسة26	أسماء	مدرسة أروى	مدرسة خالد	مجمع السعيد	النهضة	الشهيد الصباحي	
النوع	ذكر				22		15	28	65
	أنثى	26	19	20		20			85

أداة البحث:

قامت الباحثة بإعداد مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال النازحين؛ حَيْثُ إنَّ معظم الدراسات السابقة استخدمت مقاييس معتمدة على الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية في حين تم بناء هذا المقياس اتساقًا مع الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية.

لذلك فقد قامت الباحثة ببناء المقياس بالاستناد إلى معايير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية DSM-5 ترجمة حامد (2013)، وكذلك الأطر النظرية التي تناولت اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى المقاييس والدراسات والبحوث السابقة ومنها: (دافيسون، 1987؛ الوحش، 1999؛ مقياس CPSS ترجمة العامر، 2018؛ مقياس باينوس وآخرين، 1987؛ مقياس PSSI-5 ترجمة دعدرة، 2021؛ مقياس الحواجري، 2003؛ مقياس اضطراب ما بعد الصدمة الذي يديره الأطباء Weathers et al 2018 ؛ مقياس عوض، 2007؛ قائمة مراجعة أعراض اضطراب ما بعد الصدمات للأطفال John & Brier ترجمة عكاشة، 2010؛ مقياس تأثير الأحداث، 1979)، والتي استطاعت الباحثة من خلالها تحديد الأبعاد الأساسية للمقياس، بالإضافة إلى استشارة بعض الأساتذة من ذوي الخبرة والمعرفة في القياس النفسي والصحة النفسية، تم وضع العبارات الخاصة بالمقياس بصورته الأولية الذي تكون من (28) عبارة موزعة على أربعة أبعاد: الأول (المدركات والتعديلات السلبية)، (10) فقرات، الثاني (الاقتحام)، (6) فقرات، الثالث (التجنب)، (5) فقرات، الرابع (الاستثارة)، (7) فقرات.

–صدق المقياس:

تحققت الباحثة من صدق المقياس بطريقتين، هما:

1–الصدق الظاهري:

قامت الباحثة بعرض المقياس بصورته الأولية على مجموعة من الخبراء المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية في كل من جامعة تعز، وجامعة إب بلغ عددهم (10)، وضحت الباحثة للأساتذة المحكمين مفهوم أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وفي ضوء نتائج التحكيم اعتمدت الباحثة الإبقاء على العبارات التي نالت نسبة اتفاق (80%) من إجابات المحكمين، وقد أسفرت النتيجة عن حصول معظم عبارات المقياس على نسبة اتفاق 100%، واتفاق المحكمين على مناسبة بدائل الاستجابة للمقياس، واتفاق نسبة 70% على حذف فقرة واحدة البعد الثالث (التجنب).

2-صدق البناء:

للتحقق من صدق البناء لمقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة قامت الباحثة بتطبيقه على عينة من الأطفال النازحين بلغت (150) طفلًا وطفلة من الأطفال النازحين، بعد ذلك استخدمت الباحثة طريقة (الاتساق الداخلي) وذلك على النحو الآتي:

1- العلاقة بين الدرجة الكلية للفقرة والدرجة الكلية للبعد، والجدول رقم (2) يوضح نتيجة هذا الإجراء:

جدول (2)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل فقرة والدرجة الكلية للبعد

م	البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	م	البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	الأول	**0,687	,000	15		0,583	0,000
2		**0,712	0,000	16		0,723	0,000
3		**0,637	0,000	17	الثالث	0,625	0,000
4		**0,505	0,000	18		0,493	0,000
5		**0,638	0,000	19		0,330	0,000
6		**0,547	0,000	20		0,670	0,000
7		**0,491	0,000	21	الرابع	0,727	0,000
8		**0,593	0,000	22		0,741	0,000
9		**0,539	0,000	23		0,680	0,000
0		**0,480	0,000	24		0,594	0,000
1	الثاني	**0,665	0,000	25		0,735	0,000
2		**0,631	0,000	26		0,614	0,000
3		**0,760	0,000	27		0,684	0,000
4		**0,659	0,000				

**دالة عند مستوى (0,01)

يتضح من الجدول السابق أَنَّ جميع معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للفقرة والدرجة الكلية للبعد دالة عند مستوى دلالة (0,000) باستثناء الفقرة رقم (19) من البعد الثالث دالة عند مستوى (0,001)؛ وهو ما يشير إلى وجود اتساق داخلي كبير بين الدرجة الكلية للفقرة والدرجة الكلية للبعد.

2-العلاقة بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس والجدول رقم (3) يوضح نتيجة هذا الإجراء:

جدول (3)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الأول	**0,875	0,000
البعد الثاني	**0,833	0,000
البعد الثالث	**0,586	0,000
البعد الرابع	**0,816	0,000

****دالة عند مستوى (0,01)**

يتضح من الجدول السابق أَنَّ جميع معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى دلالة (0,000)؛ حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0,586 – 0,875)؛ وهو ما يشير إلى وجود اتساق داخلي كبير بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس.

-**تقدير ثبات المقياس:** تحققت الباحثة من ثبات مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المكون من (27) فقرة بطريقة ألفاكرونباخ؛ حيث بلغ معامل الثبات للمقياس بشكل عام (0,883)، وتراوح معامل الثبات للأبعاد المكونة للمقياس ما بين (0,547 إلى 0,809)، وهي معاملات ثبات جيدة.

نتائج البحث ومناقشتها:

1-النتائج المتعلقة بالفرض الأول ومناقشتها:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) فأقل بين متوسط درجات الأطفال النازحين والمتوسط الفرضي في مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده". وللتحقق من صحة هذه الفرض استخدمت الباحثة الاختبار التائي لعينة واحدة لاختبار دلالة الفروق بين متوسط درجات الأطفال النازحين في مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده وبين المتوسط الفرضي، والجدول رقم (4) يوضح ذلك:

جدول (4)
القيمة التائية لاختبار دلالة الفروق بين متوسط درجات الأطفال النازحين في مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده والمتوسط الفرضي

المتغير	ن	المتوسط الواقعي	المتوسط الفرضي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	مستوى الدلالة	الدلالة اللفظية
الأول	150	19,4133	18	3,902	4,436	0,000	دالة
الثاني		15,0667	14	3,677	3,552	0,001	دالة
الثالث		13,3467	12	2,655	6,213	0,000	دالة
الرابع		8,660	8	1,654	4,887	0,000	دالة
الكلي		56,5867	52	9,564	5,873	0,000	دالة

يتضح من الجدول وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسط درجات الأطفال النازحين في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة وأبعاده وبين المتوسط الفرضي لصالح الواقعي في الدرجة الكلية للمقياس وفي الأبعاد؛ الأمر الذي يشير إلى معاناة الأطفال النازحين من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أَنَّ الأطفال هم أكثر الفئات عجزًا وهشاشة في مواجهة الأحداث المؤلمة والمواقف الصادمة التي لم يسبق أن تعرضوا لها أو كانوا مهيئين لمواجهتها، وليس لديهم الخلفية الثقافية أو المعرفية التي تعطي الحدث الصادم معنى قد يقلل من حجم ونوعية التأثر به، ويفتقرون للقدرة على التعبير اللفظي عما يعانونه من أعراض ناتجة عن الأحداث الصادمة. بالإضافة إلى معايشة معظم الأطفال للعديد من الأحداث والمشاهد المؤلمة الناتجة عن الصراع المسلح في مناطقهم قبل النزوح، فضلًا عما سببه النزوح من معاناة في مختلف جوانب الحياة ليس على مستوى الأسر فحسب، وَإِنَّمَا على مستوى حتى الأطفال، من مثل ضعف إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية والصحية وبالأخص الصحة النفسية.

كما أدى استمرار تدهور الأوضاع الأمنية، وسرعة تداول مشاهد العنف والدمار وأخبار القتل والعنف عبر وسائل التواصل الاجتماعي إلى إحياء الخبرات الصادمة؛ الأمر الذي يؤدي إلى استمرار أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى ضعف الاهتمام بتقديم الدعم النفسي لمثل هذه الشريحة من المجتمع، وأن قدم فتقديمه لا يزال فيه قصور كبير ويمارسه أشخاص غير متخصصين يفتقرون إلى الخبرات والمهارات اللازمة لتشخيص أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع عدد من نتائج الدراسات من مثل (ثابت، 2007 Cindy Mels et al, ; 2009؛ العطاب، 2011 ؛ ابراهيم والكواد، 2011 ; Alisic et al, 2014 ؛ العمار، 2018) التي أكدت نتائجها على انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

2-النتائج المتعلقة بالفرض الثانية:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) فأقل بين متوسطي درجات الأطفال النازحين في مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده تبعًا لمتغير النوع (ذكور، إناث)"

للتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة الاختبار التائي لمتوسطين غير مرتبطين وعينتين غير متساويتين، والجدول رقم (5) يوضح ذلك:

جدول (5)
القيمة التائية لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الأطفال النازحين في مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده تبعًا لمتغير النوع (ذكور-إناث)

المتغير	العينة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة التائية	مستوى الدلالة	الدلالة اللفظية
الأول	ذكور	65	18,4615	3,804	2,666-	0,009	دالة
	اناث	85	20,1412	3,839			
الثاني	ذكور	65	13,1231	3,384	6,367-	0,000	دالة
	اناث	85	16,5529	3,179			
الثالث	ذكور	65	12,7077	2,903	2,629-	0,009	دالة
	اناث	85	13,8353	2,349			
الرابع	ذكور	65	7,7077	1,366	7,121-	0,000	دالة
	اناث	85	9,3882	1,481			
الكلي	ذكور	65	52,000	9,394	5,643-	0,000	دالة
	اناث	85	60,0941	8,142			

من الجدول يتضح وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى أقل من 0,05 بين متوسطي درجات الأطفال النازحين في مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده الأربعة تبعًا لمتغير النوع (ذكور، إناث) لصالح الإناث.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى دور أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية للأطفال في المجتمع اليمني الذي يولي اهتمامًا كبيرًا بالذكور؛ إذ يتم تنشئتهم على أساس أن يكونوا أكثر تجلدًا وصلابة مقارنة بالإناث واللاتي بحكم طبيعتها البيولوجية والنفسية والانفعالية، بالإضافة إلى النظرة الثقافية لها على أنها أكثر ضعفًا، وأكثر تعبيرًا عن مشاعرها وانفعالاتها من قلق وحزن وخوف وتوتر؛ الأمر الذي ينعكس على الجوانب النفسية للأنثى، وجعلها أكثر معاناة من الذكور.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع عدد من الدراسات من مثل العطاب(2011)، و(2014) Alisic et al، والعمار (2018) التي أكدت نتائجها وجود فروق دالة إحصائيًا في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد

الصدمة تبعًا لمتغير النوع لصالح الإناث، في حين اختلفت هذه النتيجة مع دراسة ابراهيم والكود (2011) التي أظهرت نتائجها وجود فروق دالة تبعًا لمتغير النوع لصالح الذكور، كما اختلفت هذه النتيجة مع عدد من الدراسات من مثل مراد(2015)، ومقدادي والمؤمني (2017)، والشميري (2020) التي أظهرت نتائجها عدم وجود فروق دالة تبعًا لمتغير النوع.

3-النتائج المتعلقة بالفرض الثالث:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) فأقل بين متوسطي درجات الأطفال النازحين في مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده تبعًا لمتغير مدة النزوح (من 1إلى 3- 4 وما فوق)"، للتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة الاختبار التائي لمتوسطين غير مرتبطين وعينتين غير متساويتين، والجدول رقم (6) يوضح ذلك:

جدول (6) القيمة التائية لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الأطفال النازحين في مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأبعاده تبعًا لمتغير مدة النزوح (من 1-3-4 وما فوق)

المتغير	العينة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة التائية	مستوى الدلالة	الدلالة اللفظية
الأول	من 1-3	58	20,086	4,109	1,687	0,094	غير دالة
	4 ما فوق	92	18,989	3,725			
الثاني	من 1-3	58	15,758	3,681	1,844	0,067	غير دالة
	4 ما فوق	92	14,630	3,627			
الثالث	من 1-3	58	13,862	2,516	1,905	0,059	غير دالة
	4 ما فوق	92	13,021	2,701			
الرابع	من 1-3	58	8,913	1,646	1,498	0,136	غير دالة
	4 ما فوق	92	8,500	1,647			
الكلي	من 1-3	58	58,741	9,380	2,219	0,028	دالة
	4 ما فوق	92	55,228	9,478			

يتضح من الجدول وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى أقل من 0,05 بين متوسطي درجات الأطفال النازحين في مقياس أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لمتغير مدة النزوح (من 1-3 -4 وما فوق) لصالح الأطفال النازحين الذين تتراوح مدة نزوحهم (من 1-3) سنوات، في حين لم توجد فروق دالة إحصائيًا على مستوى أبعاد مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تبعًا لمدة النزوح.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى استمرار تأثير الخبرات والأحداث الصادمة لدى الأطفال الذين لم تتجاوز مدة نزوحهم عن ثلاث سنوات؛ الأمر الذي يعني استمرار أعراض اضطراب ضغوط ما بعد

الصدمة لديهم مقارنة بالأطفال الذين تجاوزت مدة نزوحهم فوق أربع سنوات، بالإضافة إلى تضاءل خدمات الرعاية والدعم النفسي للأطفال حديثي النزوح مقارنة بمن سبقوهم الذين قدمت لهم العديد من الخدمات والمساندة سواء من المجتمع المضيف لهم، أو من المنظمات المحلية والدولية، والتي أسهمت خدماتها في التخفيف من العديد من الضغوط سواء النفسية أو المعيشية التي كان لها أثر كبير في التخفيف من المعاناة.

وقد اختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة الشميري (2020) التي أظهرت نتائجها بِأَنَّهُ لا توجد فروق دالة إحصائيًا في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة حسب متغير النزوح.

التوصيات:

-الاهتمام ببرامج الدعم النفسي والاجتماعي وتقديمها بشكل منظم في مخيمات النازحين.

-الاهتمام بإعداد البرامج الإرشادية والعلاجية النفسية وتطبيقها على الأطفال بأساليب علمية.

-تدريب القائمين على إدارة مخيمات النازحين على أساليب الإسعاف النفسي الأولي.

-تنظيم ندوات تثقيفية لأولياء الأمور حول الأساليب الوقائية الإيجابية من المشكلات النفسية والسلوكية بشكل عام والتخفيف من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بشكل خاص لدى الأطفال النازحين.

المراجع:

أولًا- المراجع العربية:

1- أحمد، عبدالباقي دفع الله، وعكاشة، علي الجبلي، و الشيخ، عبدالمجيد، وعبدالرحمن، عثمان. (2011). اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين بمعسكرات النازحين بولاية غرب دارفور. دراسات إفريقية، 46، 241-290.

2- .إبراهيم، حسن حمود، وكواد، طه حميد. (2011). اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية والعنف لدى طلبة الإعدادية، مجلة البحوث التربوية والنفسية، 32، 72 -107.

3- أبو عيشة، زاهدة، عبد الله، تيسير. (2012). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية، ط1، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

4- الأرضي، مروة شيخ. (2009). الاضطرابات النفسية الشائعة وعلاجها، اضطراب الشدة بعد الصدمة (أعراضه وأسبابه).

5- بارلو، ديفيد. (2002). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، ترجمة صفوت فرج، القاهرة: الأنجلو المصرية.

6- البرثين، عبد العزيز عبد الله. (2011). الإرشاد الأسري، عمان: دار الشروق.

7- التميمي، محمود كاظم. (2013). الصحة النفسية، مفاهيم نظرية وأسس تطبيقه، ط1، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
8- ثابت، عبد العزيز. (2007). الصدمات النفسية للاحتلال وأثرها على الحزن وكرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال في قطاع غزة، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، ع31، ص1 -38.
9- حسن، عايدة محمد نور. (2016). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته بالرهاب الاجتماعي لدى النساء بمركز الإيواء بدولة الأمارات العربية المتحدة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الخرطوم، السودان.
10- الخولي، محمود سعيد. (2008). العنف المدرسي، الأسباب والعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية.
11- الداهري، صالح حسن. (2008). أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات، الأسس والنظريات، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
12- الشميري، عبد الرقيب عبده حزام. (2020). خبرات الحرب الصادمة وعلاقتها باضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال النازحين في محافظة إب، المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، ع8، المركز الديمقراطي العربي المانيا، برلين.
13- ضمره، جلال قايد. (2013). فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي الجماعي والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال اللاجئين، مجلة الدراسات التربوية والنفسية، جامعة السلطان قابوس، الأردن، ع 1، مج8، ص 290-303.
14- عبد الواحد، هند إبراهيم عبد الرسول. (2013). اضطراب قلق الانفصال (الأم – الطفل)، مصر: دار الجامعة الجديد.
15- العتيبي، غازي. (2001). اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، رسالة دكتوراه منشورة، الكويت.
16- العطاب، فتحية عبد الله. (2011). اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الأطفال والمراهقين في مدينة صعدة، أطروحة دكتوراه، جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.
17- العيطه، إسماعيل عبد الله. (2008). الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
18- علوان، نعمان شعبان. (2009). اضطراب الكرب التالي للرض ، دراسة على عينة من أطفال غزه ، مجلة شبكة العلوم النفسية والعربية ،ع21 ، ص 221-228 .
19- العمار، فوزية. (2016). اضطراب ما بعد الصدمة في أوساط الأطفال في اليمن ، مركز الدراسات التطبيقية .
20- عواد، محمود. (2011). معجم الطب النفسي والعقلي ، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

21- غانم، محمد حسن. (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات – التعريف – محكات التشخيص – الأسباب والعلاج – المآل والمسار)، ط1، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

22- فرينة، أسامة عمر. (2011). القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص في تمييز اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، كلية التربية، غزة، فلسطين.

23- فهمي، مصطفى (1967) الصحة النفسية في الأسرة والمدرسة والمجتمع، ط2، القاهرة: دار الثقافة.

24- كازدين، الآن (2003) الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين، ترجمة عادل عبد الله محمد، ط2، القاهرة: دار الرشاد.

25- كفافي، علاء الدين (1999) الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، المنظور النسقي الاتصالي، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.

26- كفافي، علاء الدين، علاء الدين، جهاد (2006) موسوعة علم النفس ألتأهيلي (مج4) الأمراض المزمنة، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.

27- مجيد، سوسن شاكر (2011) اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمية التي يعاني منها أعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية، دراسية ميدانية، جامعة بغداد، مجلة الفتح، ع 47.

28- مراد، وحيده محمد (2015) اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالدعم النفسي، دراسة على عينة من الأطفال المهجرين في محافظة دمشق، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.

29- مقدادي، يوسف موسى، المومني، فواز أيوب (2017) اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللاجئين السوريين في مخيم الزعتري، بحث علمي محكم مقدم لمؤتمر التربية، تحديات وآفاق مستقبلية في الفترة من 25 – 27 نيسان.

30- منال، منقور (2016) اضطراب ما بعد الصدمة النفسية في ظهور اضطراب الشخصية التجنبية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الدكتور مولاي الطاهر، سعيدة.

31- منظمة الصحة العالمية (2003) الاضطرابات العاطفية والسلوكية للأطفال والمراهقين، موضوع اليوم العالمي للصحة النفسية، النشرات الإعلامية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.

32- النابلسي، محمد أحمد. (1991). الصدمة النفسية، بيروت: دار النهضة العربية.

33- النوايسة، فاطمة عبد الرحيم. (2013). الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة، ط1، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.

34- يعقوب، غسان. (1999). سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، (ط1)، لبنان: دار الفارابي.

ثانيا المراجع الأجنبية:

1-Adams, N.K & Winston, F.K (2004) Predicting Child PTSD: The Relationship Between Acute Stress Disorder and PTSD in Injured Children, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, pp403-411.

2-Alanius, R ; Rabellion, D ; Eboyd, J ; Harricharan, S.h ; Afrewen, P & Cmckinnon, (2017) The Innate Alarm System in PTSD: Conscious and Subconscious Processing of Threat, Current Opinion in Psychology, Vol 14, pp109-111.

3-Alisic, E ; Zalta, A.K ; Van Wesel, F ; Larsen, S.E ; Hafstad, S.G ; Hassanpour, K & Smid, G. E.(2014) Rates of Post-traumatic Stress Disorder in Traum-exposed Children and adoles Cents: Meta- analysis, Britis Journal of Psychiatry, Vol(204) IS(5), pp335-340.

4-American psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder: DSM-5, Washington DC: London, England.

5-Auxemery, Y (2012) Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) as A consequence of the Interaction Between an Individual Genetic Susceptibility, Atraumatogenic Vent and a social Context, European Psychiatry,Vol27, European 1, pp1-7.

6-Bryant, R. (2019) Post- traumatic Stress Disorder, art Review of a State- of- the- Evidence, World Psychiatry, Vol 18, pp 259-269.

7-Cbernardy, I & friedman, M (2017) Pharmacological Management of Posttraumatic Stress Disorder, Current Opinion in Psychology, Vol 14, pp116-121.

8-Cindy, M ; Derlayn, L ; Broekaert, E & Rosseel, Y (2009) Screening for Traumatic Exposure and Posttraumatic Stress Symptoms in Adolescents in the Wae-Affected Eastern Democratic Republic of Congo, Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 163(6), p 525-530.

9-Dyregrov, A (2003) Psychological Debriefing: A leaders for Guide Small Crisis Intervention, Chevereon Publishing Coporation, Published by Oxford University, Journal.Permissions@Oxfordjournals.org.

10-Eysenck, M.W& Kean, M.T (2005) Psychology Cognitive : A students Handbook, Imprint Psychology Press.

11-Gomez, J & Bayon, D (2000) Model Psicopatologico Y Tratamiento DE UN Caso Con UN Trastorno DE Esters Postraumatico, Psicologia Conductual, Vol8, No2, pp329-355.

12-Hutte, M.J (1994) Post Traumatic Stress and Debriefing in the Emergency Services, Dissertation Submitted to the University

She Field in Partial Fulfillment of the Degree Doctor of Clinical Psychology.

13-Jasmeet, P ; Hayes, I ; Michael, B & Lisa, M (2012) Emotion and Cognition Interactions in PTSD: A review of Neurocognitive and Neuroimaging Studies, Frontiers in Integrative Neuroscience, Vol9, Article 89, pp 1-10.

14-Krystal, J.H ; Kosten, T.R ; Southwick, S ; Moson, J.W ; Perry, B.D & Gillery, E.L (1989) Neurobiological Aspects, of PTSD Review of Clinical and Preclinical Studies, Behavior Therapy, Vo20 (2), pp 177-198.

15-Little, M (2017) Reconnection Group for Individuals Who Have Experienced Interpersonal Trauma: An Explanatory Case Study, PhD, University of Arkansas, Fayetteville.

16-Nozzle, K.S (2019) The Effectiveness of a Behavioral Cognitive Therapy Program in Reducing the Symptoms of PTSD in a Sample of Syrian Children Refugees in Jordan, British Journal of Scince, Vol 17(2), pp13-32.

17-Oiff, M & Zuiden, M (2017) Neuroendocrine and Neuroimmune Markers in PTSD: pre-, peri- and post-trauma glucocorticoid and inflammatory dysregulation, Current Opinion in Psychology, Vol 14, pp132-137.

18-Powers, A ; Etkin, A ; Gyurak, A ; Bradley, B & Jovanovic, T (2015) Associations Between Childhood Abuse, Posttraumatic Stress Disorder and Implicit Emotion Regulation Deficits: Evidence From a Low-Income Inner City Population, Journal Psychiatry, VO78(3), PP251-264.

19-Skre, I. ; Onstad, S ; Torgeresn, ; Lygren, S & kringlen, E (1993) Atwin Study of DSM- 111-R Anxiety Disorders Act Psychiatric Scandinavia, (88),pp 85-92.

20-Spuy, C.H & Adrian, D (2018) An Exploratory Study on the Use of Eye Movement Integration Therapy for Treating Trauma in Early Childhood in South Africa, 25(2) Child Care in Practice, pp157-174.

21-Stankovic, M ; Dimov, I ; Stojanovic, A & Stevanovic, J (2017) Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolecents: Review of The Research History, Epidemiological Data and Etiological Factors, Acta Medica Medianae, Vol 56, Nu 2, pp 57-63.

22-Terr, L (1991) Childhood Traumas, American, Journal of Psychiatry, 148(1), pp 10-19.

23-Thomas, S.L & Thomas, S.D (2004) Displacement and Health, Journal British Medical Bulletin, VOl 69, ISS(1), PP 115-127.

24-True, W.R ; Rice, J ; Eisen, S.A ; Meath, A.C ; Goldberg, J ; Lyons, M.J & Nowak, J (1993) A twin of Genetic and Twin study of Genetic and Environ Ment Contributions to Liability for Post-Traumatic Stress Symptoms, Archives of General Psychiatry,(50), pp257-264.

25-Van der rolk, B.A (1984) Post Traumatic Stress Disorder Psychological and Biological Sequelae, Washington, D. C. An American, psychiatric press.

26-William, E.C ; Gordon, K ; Adrian, A ; Costello, E.J (2007) Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood, Arch Gen Psychiatry, 64(5), pp 577-584.

27-Yarvis, J.S (2004) Subthreshold Ptsd: A comparison of Depression and Al cool Problems in Canadian Peacekeepers with Different levels of Traumatic Stress.

28-Yurtsever, A (2018) An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Post-traumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial.