

The Islamic University–Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of Education
Master of Psychosocial and
Mental Health



الجامعة الإسلامية – غزة
شؤون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
ماجستير الصحة النفسية والمجتمع

أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م
Symptoms of Mental Disorder among the Owners of
the Demolished Houses after 2014 war

إعدادُ البَاحِثِ:

رباح محمد أحمد أبو تيلخ

إشرافُ

الأستاذ الدكتور: محمد وفائي علاوي الحلو

قُدِّمَ هَذَا البَحْثُ إِسْتِكْمَالاً لِمَتَطَلِبَاتِ الحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ المَاجِسْتِيرِ
فِي الصِّحَّةِ النَفْسِيَّةِ المَجْتَمَعِيَّةِ بِكُلِّيَّةِ التَّرْبِيَّةِ فِي الجَامِعَةِ الإِسْلَامِيَّةِ بِغَزَّةِ

1437هـ - 2016م

ملخص الرسالة باللغة العربية

هدف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف مستوى أعراض الاضطراب النفسي ومستوي التعرض للخبرات الصادمة لدى أصحاب البيوت المهدمه بعد الحرب بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة، و الكشف إلى العلاقة بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية، والتعرف إلى الفروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي تبعاً للمتغيرات التالية: نوع الجنس، لفئات العمرية، حجم الأسرة، المستوى التعليمي للأسرة، المستوى الاقتصادي، نوع المواطنة.

أدوات الدراسة: مقياس الأعراض النفسية **SCL-90**. (تعريب د. البحيري 2005م)، ومقياس الخبرات الصادمة (برنامج غزة للصحة النفسية، 2009م ترجمه ثابت 1998).

عينه الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (180) أباً وأماً من الأسر صاحبة البيوت المهدمه من حرب 2014م النازحين في مراكز الإيواء في محافظة الوسطى.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث الادوات التالية: مقياس الأعراض النفسية **SCL-90**. (تعريب د. البحيري 2005م)، ومقياس الخبرات الصادمة. (برنامج غزة للصحة النفسية، 2009)

منهج الدراسة: اعتمد الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي.

أهم نتائج الدراسة: أن أكثر الأعراض انتشاراً بين الأفراد هو قلق الخوف (22.2%)، ويليها الأعراض الجسمانية (21.7%)، ثم أعراض الحساسية التفاعلية (20.7%)، وأيضاً 19.4% من الأفراد يعانون من البارانويا التخيلية، في حين 18.9% يعانون من العداوة، و 18.3% يعانون من الوسواس القهري، 17.2% يعانون من الذهانية، و 16.1% يعانون من القلق، وأيضاً 16.1% يعانون من الاكتئاب، وأن مستوى التعرض للخبرات الصادمة عند أفراد العينة كان متوسط خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة.

حيث تبين وجود علاقة طردية بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية الكلية، لدى أصحاب البيوت المدمرة بعد حرب 2014م.

أهم توصيات الدراسة:

1. توجيه الباحثين للاهتمام باجراء دراسات علي أفراد الاسر النازحة وذلك للوقوف علي جميع الاثار الناجمه ليهم من اثر الحرب.
2. تصميم برامج ارشادية علاجية للتعامل مع الاثار النفسية والاجتماعية التي يعاني منها اسر البيوت المهدمه بسبب الحرب.

3. تعزيز الجوانب الاقتصادية لعائلات البيوت المهدمه وذلك من خلال تنفيذ برامج دعم اقتصادي وبرامج تشغيلية في تعيد دمجهم في مؤسسات المجتمع وتساعدهم علي الايفاء بأعباء الحياه المكده.

كلمات مفتاحية: أعراض الاضطراب النفسي . الخبرات الصامه

Abstract

Study Aims:the study aims at: This study aims at identifying the symptoms of mental disorders suffered by the owners of the demolished houses after the war in the middle governorate in the Gaza Strip. It also aims at exploring the level of their exposure to traumatic experiences during the last war on the Gaza Strip. This is in addition to identifying the relationship between the traumatic experiences and the symptoms of psychological disorders after the war in 2014 ρ in relation to the following variables: gender, ran Rs,level of family size, family education, economic situation of the family, type of citizenship.

Research Methodology: Descriptive analytical method

study Tool: The researcher used the following tools: The symptoms checklist 90 (SCL-90) (translated by Dr. Fadil Abu Hain), the trauma Scale (Gaza Mental Health Program 2009 ρ).

study sample : The study sample consisted of 180 parents of the displaced owners of demolished houses during the war of 2014 ρ .

Conclusions of the study:

- 1-The most common symptoms among the individuals were phobic anxiety symptoms (22.2%)
- 2-Somatic symptoms (21.7%)
- 3-Symptoms of interpersonal sensitivity (20.7%)
- 4-The study revealed that, the level of exposure to traumatic experiences among the sample members was moderate during the last war on Gaza.

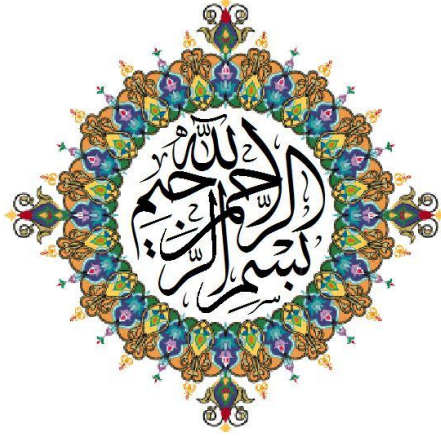
In addition to that, the study showed direct correlation of statistical significance between traumatic experiences and psychological symptoms, among the owners of the demolished houses.

Recommendations:

- Its recommended to invite researchers to carry out more studied about displaced families, in order to know more about the impact of this experience in the after math of the war.
- Designing more counseling programs to deal with the psychological and social consequences of the displaced families of the demolished houses.
- Supporting economically the families of demolished houses through financial programs, to help these people to meet their daily life needs.

Key words

Symptoms of mental disorders-traumatic disorders



﴿وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ
الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ﴾

(البقرة: 155)

الإهداء

إلى والديّ أدام الله عليهم الصحة والعافية...
إلى من عانت معي مشوار البحث والنهصيل وضحت من أجل ذلك بوقتها وجهدها شريكة
حياتي... زوجتي العزيزة.
إلى أولادي الأحباب...
إلى إخوتي وأخواتي الكرام...
إلى زملائي في العلم والعمل...

الباحث:

مرياح محمد أبو تيلخ

شكرٌ وتقديرٌ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ (رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ) (النمل : 19).

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على نبي الهدي، من بعثه الله رحمة للعالمين، وعلى من دعا بدعوته إلى يوم الدين.

أحمد الله عز وجل وأشكره على توفيقه لي بإتمام هذا العمل، وأسأله - سبحانه - أن يجعله خالصاً لوجهه الكريم، وأن يعفو عما به من قصور، وزلات .

وانطلاقاً من قوله تعالى (وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِنْ كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ)

(إبراهيم: 7)

قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ: " مَنْ صُنِعَ إِلَيْهِ مَعْرُوفٌ فَقَالَ لِفَاعِلِهِ: جَزَاكَ اللَّهُ خَيْرًا فَقَدْ أَبْلَغَ فِي النَّثَاءِ ". قال: هَذَا حَدِيثٌ حَسَنٌ جَيِّدٌ غَرِيبٌ . (الترمذي، السنن: 380/4 /حديث2035م)، وقوله صلى الله عليه وسلم: " لَا يَشْكُرُ اللَّهُ مَنْ لَا يَشْكُرُ النَّاسَ ". (البخاري، الأدب المفرد:114/حديث218)، والحديث إسناده صحيح، وقد صححه الألباني في صحيح الترغيب والترهيب (1/ 415 /حديث973).

لذا يقتضي الواجب أن أذكر فضل من شجعني وساعدني على إتمام هذه الدراسة، ولا ينكر فضل الفضلاء إلا من ران على قلبه، وساء منبتاً.

وإن كان من الواجب أن يذكر أهل الفضل بفضلهم، وأن يخص بعضهم بالذكر، فإني أقدم بخالص شكري وعظيم تقديري وامتناني إلي الأستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور / محمد الحلوة، الذي أسعدني وشرفني بإشرافه على هذه الدراسة، فقد رافقني في هذه الرحلة التعليمية، ومنحني الكثير من وقته، وجاد علي بإرشاداته السديدة، جعل الله ذلك في ميزان حسناتي.

كما أتقدم بالشكر إلى لجنة المناقشة ممثلة بالأستاذ الدكتور/ سمير قوته والدكتورة/ عفاف أبو غالي، على دورهم المميز والفعال خلال المناقشة.

ولا يفوتني أن أشكر أخي وزميلي الأستاذ/ إبراهيم حماد، على جهده ودعمه في دروب رسالتي. أما أسرتي: والدي، والدي، زوجتي، أبنائي، إخوتي، فقد أعانوني وعانوا في سبيل تذليل كل صعب، وتعبيد كل درب، فلهم مني التقدير والاعتزاز والحب.

هؤلاء من ذكرتهم فشكرتهم، أما من نسيتهم، فهم أولى الناس بالشكر والتقدير، وأدعو الله سبحانه وتعالى أن ينال هذا الجهد القبول والرضا، فحسبي أنني اجتهدت، ولكل مجتهد نصيب، والكمال لله وحده، فإن وفقت فمن الله، وإن قصرت، فعذري قوله سبحانه وتعالى: (قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ) (البقرة: 32). والله من وراء القصد.

فهرس المحتويات

أ.....	ملخص الرسالة باللغة العربية.....
ج.....	Abstract.....
ه.....	الإهداء.....
و.....	شكر وتقدير.....
ز.....	فهرس المحتويات.....
ي.....	قائمة الجداول.....
1.....	الفصل الأول المدخل إلى الدراسة.....
2.....	تمهيد:.....
4.....	مشكلة الدراسة:.....
4.....	تساؤلات الدراسة:.....
5.....	أهداف الدراسة:.....
5.....	أهمية الدراسة:.....
6.....	مصطلحات الدراسة:.....
10.....	حدود الدراسة:.....
12.....	الفصل الثاني الإطار النظري.....
13.....	المبحث الأول: أعراض الاضطراب النفسي.....
14.....	مقدمة.....
14.....	أولاً- الاضطراب النفسي.....
17.....	أولاً- الاعراض الجسدية (السيكوسوماتية).....
20.....	ثانياً- الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder.....
25.....	ثالثاً- الحساسية التفاعلية Interpersonal Sensitivity:.....
26.....	رابعاً- الاكتئاب Depression:.....
30.....	خامساً- القلق Anxiety:.....
38.....	سادساً- قلق الخواف Phobia:.....
39.....	سابعاً- البارانويا Paranoia:.....
43.....	ثامناً: الذهان Psychosis:.....

49.....	المبحث الثاني:الخبرةالصادمة
49.....	مقدمة
49.....	تعريف الصدمة النفسية:
49.....	تعريف الخبرات الصادمة:
52.....	أنواع الأحداث الصادمة:
65.....	تعليق على النظريات المفسرة للخبرة الصادمة:
67.....	تعقيب عام على الإطار النظري:
69	الفصل الثالث الدراسات السابقة
70.....	الدراسات التي تناولت الاضطراب النفسي
77.....	الدراسات التي تناولت الأحداث الصادمة.
81.....	التعقيب العام على الدراسات السابقة:
83.....	أما أهم ما تتميز به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:
84.....	الاستفادة من الدراسات السابقة:
84.....	فروض الدراسة :
86	الفصل الرابع إجراءات الدراسة
87.....	مقدمة:
87.....	منهج الدراسة:
87.....	المجتمع الأصلي للدراسة:
87.....	عينة الدراسة:
88.....	تصنيف البيانات العامة لخصائص أفراد العينة:
91.....	أدوات الدراسة:
100	المعالجات الإحصائية:
101	خطوات الدراسة:
102	الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء الدراسة:
103	الفصل الخامس عرض نتائج الدراسة وتفسيرها
104	مقدمة:
104	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي:
105	إجابة التساؤل الأول وتفسيره:

108إجابةالتساؤل الثاني وتفسيره:
130تعليق عام على نتائج الدراسة:
132التوصيات:
133مقترحات دراسية:
134المصادر والمراجع
141الملاحق

قائمة الجداول

- جدول (1) يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة في العينة الاستطلاعية.....88
- جدول (2) يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطي حسب متغير الجنس
88.....
- جدول (3) يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطي حسب متغير
المستوي التعليمي89
- جدول (4) يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطي حسب متغير الفئات
العمرية89
- جدول (5) يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطي حسب متغير نوع
المواطنه90
- جدول (6) يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطي حسب متغير حجم
الأسرة90
- جدول (7) يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطي حسب متغير المستوى
الاقتصادي.....90
- جدول (8) يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الأعراض النفسية والدرجة الكلية للمقياس91
- جدول (9) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد الأعراض الجسمانية والدرجة الكلية للبعد92
- جدول (10) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد الوسواس القهري والدرجة الكلية للبعد....93
- جدول (11) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد الحساسية التفاعلية والدرجة الكلية للبعد .93
- جدول (12) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد الاكتئاب والدرجة الكلية للبعد94
- جدول (13) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد القلق والدرجة الكلية للبعد.....95
- جدول (14) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد العداوة والدرجة الكلية للبعد95
- جدول (15) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد قلق الخواف والدرجة الكلية للبعد96
- جدول (16) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد البارانونيا التخيلية والدرجة الكلية للبعد ...96
- جدول (17) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد الذهانبة والدرجة الكلية للبعد97
- جدول (18) يوضح معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة لمقياس(الأعراض النفسية) وأبعاده...98
- جدول (19) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الخبرات الصادمة والدرجة الكلية للمقياس
99.....
- جدول (20) يوضح نتائج اختبار كلمروجوف للتوزيع الطبيعي.....104

- جدول (21)** يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الأفراد الذين تجاوزوا الانحراف المعياري الأول على أبعاد مقياس الأعراض النفسية لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد الحرب بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.....105
- جدول (22)** يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الخبرات الصادمة لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد الحرب بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.....108
- جدول (23)** يوضح مصفوفة معاملات الارتباط لبيرسون لدراسة العلاقة بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.....109
- جدول (24)** يوضح نتائج اختبار ت لكشف الفروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي الاضطرابات النفسية لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للجنس.....111
- جدول (25)** يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للفئات العمرية.....114
- جدول (26)** يوضح نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات أعراض الاضطراب النفسي بالنسبة للفئات العمرية لأصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.....116
- جدول (27)** يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لحجم الأسرة.....117
- جدول (28)** يوضح نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات أعراض الاضطراب النفسي بالنسبة لحجم الأسرة لأصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.....119
- جدول (29)** يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تبعاً للمستوى التعليمي.....120

- جدول (30)** يوضح نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي بالنسبة للمستوى التعليمي لأصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة123
- جدول (31)** يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوى الاقتصادي.....125
- جدول (32)** يوضح نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لمعرفة وجهه الفروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي بالنسبة للمستوى الاقتصادي لأصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة127
- جدول (33)** يوضح نتائج اختبار "ت" لكشف دلالة الفروق في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تبعا للمواطنه.....128

قائمة الملاحق

ملحق (1): قائمة بأسماء المحكمين.

ملحق (2): رسالة التحكيم.

ملحق (3): المقياس.

ملحق (4): تسهيل مهمة.

الفصل الأول

المدخل إلى الدراسة

تمهيد

مشكلة الدراسة

تساؤلات الدراسة

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

مصطلحات الدراسة

حدود الدراسة

تمهيد:

تترك الحروب، الكثير من الكوارث، ومن جرائم بحق الأبرياء، ومن تدمير يلحق بالعمران والبيئة، لكن أكثر نتائجها مأساوية بما يتعلق بما تتركه هذه الحرب لدى بعض الأفراد من آثار سلبية قد ترافقهم طيلة حياتهم، ويقوم الخبراء والمحللون المختصون خلال الحروب أو بعد انتهائها بإجراء الدراسات والتحليلات للآثار السياسية والاقتصادية والعسكرية والبيئية وغيرها التي ترتبت على هذه الحرب أو تلك، والقلّة من هؤلاء المختصين - حسب علم الباحثين - يتصدون لبحث الآثار النفسية والاجتماعية لتلك الحروب على المدنيين بشكل عام، ففلسطين تشهد حرباً مروعة ترمي بظلمها الأسود الحالك على الشعب الفلسطيني بأسره، لتحفر في ذاكرة الأطفال والآباء والأمهات صوراً لا تنسى تؤثر على صحتهم النفسية وسلوكهم الاجتماعي، وتسبب الآفات التي يصعب علاجها، والتي قد تتحول إلى آفات نفسية مزمنة .

و حيث أن الشعب الفلسطيني يتعرض إلى ظروف صعبة، تترك بصماتها على الحياة اليومية لكافة فئات الشعب ، وهذا بدوره ينعكس سلباً على جوانب الحياة الاقتصادية والاجتماعية والنفسية، مما يهيئ أرضاً خصبةً لتنامي المشكلات النفسية والاجتماعية داخل الأسرة والمجتمع، لذلك تقع علينا مسؤولية حماية أفراد شعبنا وضمان سلامتهم من هذه المشكلات.

ونتيجة لهذه الحرب الأخيرة على غزة ، فقد ظهرت العديد من المشكلات الاجتماعية والضغوطات النفسية، مثل المشكلات المتعلقة بالتواصل مع أفراد الأسرة والأقرباء والجيران بسبب اضطرار الكثير من العائلات مغادرة بيوتها بحثاً عن وجود البيت الآمن، كما أن التأقلم على ظروف سكنية جديدة في ظل عدم القدرة على التنقل في مناطق غزة المختلفة سبب نوع من الضغوط لدى كثير من الأفراد.

قال تعالى: " لا يَنْهَاكُمُ اللَّهُ عَنِ الَّذِينَ لَمْ يُفَاتِلُوكُمْ فِي الدِّينِ وَلَمْ يُخْرِجُوكُمْ مِّن دِيَارِكُمْ أَن تَبَرُّوهُمْ وَتُقْسِطُوا إِلَيْهِمْ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُقْسِطِينَ ، إِنَّمَا يَنْهَاكُمُ اللَّهُ عَنِ الَّذِينَ قَاتَلُوكُمْ فِي الدِّينِ وَأَخْرَجُوكُم مِّن دِيَارِكُمْ وَظَاهَرُوا عَلَىٰ إِخْرَاجِكُمْ أَن تَوَلَّوهُمْ وَمَن يَتَوَلَّهُمْ فَأُولَٰئِكَ هُمُ الظَّالِمُونَ " (سورة الممتحنة: آية 8) فعدم الاستقرار وعدم الإحساس بالأمان والتعرض الدائم للخطر وفقدان الأبناء والأحبة والزوج والأقرباء والكوارث المجتمعية الناتجة من الاعتداءات الصهيونية المتكررة؛ ترك أثراً سلبياً في كل جوانب حياة المرأة الفلسطينية من شخصية وأسرية واجتماعية (القحطاني، 2009).

إن سياسة هدم المنازل التي مارستها سلطات الاحتلال الإسرائيلي اعتبرت من أبرز انتهاكات حقوق الإنسان و كانت ذات انعكاس مباشر وخطير على واقع السكن وعلى مدى تمتع السكان الفلسطينيين في الأراضي الفلسطينية المحتلة بحقوق السكن ومن الجدير ذكره عند الحديث عن

الحرب وما خلفته من مشاكل نفسية واجتماعية واقتصادية صعبة ، نود أن نؤكد على أن هذه الحرب و بكل ما سببته من معاناة والتي كان الحصار القاسي سببا رئيسا فيها وعلى ضوء الانتهاكات الإسرائيلية تجاه الحق في السكن، كان لزاماً على السلطة الفلسطينية والمجتمع الدولي أن يضطلعوا بمسئولياتهم تجاه إعادة تأهيل ضحايا الانتهاكات التي قامت بها قوات الاحتلال الحربي الإسرائيلي تجاه مساكن المواطنين إن أولى المهمات التي ينبغي أن تتجز على هذا الصعيد، هي توفير منازل جديدة للذين هدمت منازلهم من خلال تجمعات سكنية قريبة إلى حد ما من منازلهم الأصلية (المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، 2008م:ص22).

والصحة الجيدة تعني أكثر من جسم صحيح ومعافي ،فالشخص السوي يجب ان يكون لديه عقل سليم ، والانسان بالعقل السليم يكون قادر علي التفكير بوضوح ، وعلي حل جميع المشكلات التي تواجهه في الحياه ،وعلي الاستمتاع بعلاقات جيدة مع الاصدقاء والزملاء في العمل والعائلة فيشعر بانه مرتاح معنويا ويجلب السعادة لمن حوله في مجتمعه ، وهذه النواحي من الصح هي التي تمثل الصحة النفسية، وهذا الامر يجب تحقيقه خاصة في الظروف الضاغطة التي يعيشها الشعب الفلسطيني والتي تمثل القتل (الاستشهاد) القصف وتدمير البيوت وتقسيم المناطق جغرافيا والحصار الاقتصادي ، بما وفر تربة خصبه للعديد من المشاكل والازمات في جميع مناحي الحياه الاجتماعيه والاقتصادية والنفسية كالأحباط والخوف والعدوان والقلق واضطرابات الكلام وخلافها لدي العديد من فئات المجتمع ، لا سيما أصحاب البيوت المهدمة حيث يستجيب كل منهم بطريقته للظروف الضاغطة، وبما أن الوضع في قطاع غزة متفرد كما أسلفت حيث الخبرات الصادمة متكررة ومتصاعدة والعيش تحت التهديد والخطر وانعدام مصادر الدعم والمساندة فاننا نتوقع اختلاف الصورة الاكلينيكية واختلاف المسار والمآل لكثير من الاضطرابات وأهمها كرب ما بعد الصدمة لدي ذوي البيوت المهدمة، اذ نجد أكثر من شخص من بين كل ثلاثة أشخاص في معظم دول العام يعاني من أحد أنواع الاضطرابات النفسية علي الأقل في مرحلة ما من حياتهم، وتتراوح معدلات الانتشار الفعلية للاضطرابات النفسية بين (65% و 85%)، وتشير الدراسات التي اجريت بعد الحروب علي غزة الي نسب متفاوتة من الاطفال بدعوا يعانون من اعراض الخبرة الصادمة كدراسة ثابت والسراج(2009م) ودراسة(الزير، 2001م)التي توصلت الي نسبة 35% تظهر لديهم الامراض النفسية والاضطراب الناتج عن الصدمة علي المدى البعيد، ودراسة ثابت(2009م) التي توصلت الي ان (61%) من اطفال قطاع غزة يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، واطهرت نتائج العديد من الدراسات مستوي مرتفع من التأزم النفسي لدي الانسان الفلسطيني كدراسة الزير(2001م) وغيرها من الدراسات التي اجمعت نتائجها علي ان عدد هائلا

من الاعراض النفسية متمثلة بحالات القلق والاكتئاب واليأس والخوف من المستقبل والاعراض النفس جسمية كتداعيات مباشرة للظروف الطاحنه التي يعيشها الفلسطينيون كدراسة صيدم (2008م)

ومن خلال هذه الدراسة قد يمكننا أن نستشف إمكانيات الشخصية على تحمل التعرض لأحداث الحروب، وخاصة الناس الذين هدمت بيوتهم وتعرضوا لخبرات صادمة، ومستوى ظهور أعراض الاضطراب النفسية لديهم، ومن هنا جاءت أهمية دراسة أعراض الاضطراب النفسى لدى أصحاب البيوت المهدمه فى المنطقة الوسطى - النصيرات ودير البلح-.

مشكلة الدراسة:

تعيش العديد من المجتمعات والشعوب حالة من الصراع متعدد الأوجه، فتارة تأخذ طابعاً سياسياً سلمياً، وتارة أخرى تأخذ أنماطاً عنيفة، الأمر الذي يؤدي إلى اضطراب الواقع النفسى والاجتماعى والاقتصادى للمجتمع، خاصةً إذا ما خرج الصراع من طابعه السلمى وتحول إلى حرب مدمرة، بلا شك فإن الحروب ذات تأثير على النسيج الاجتماعى والبناء النفسى لضحايا هذه الصراعات، إذ أن ذلك يؤدي إلى مزيد من شرذمة المجتمع، وحدة الاستقطاب بين مكوناته .

ولقد مر المجتمع الفلسطينى بظروف قاسية فى الآونة الأخيرة، تمثلت فى الحرب العنيفة 2014م والتي لم يسبق لها مثيل، هذه الحرب خلفت مآسى إنسانية وضحايا وأضراراً كبيرة على الصعيد المادى والنفسى، جزء من هذه المأساة أصحاب البيوت المدمرة، مما استوجب دراسة أعراض الاضطراب النفسى لدى أصحاب البيوت المهدمه بعد حرب 2014م

تساؤلات الدراسة:

1. ما أكثر أعراض الاضطراب النفسى شيوعاً لدى أصحاب البيوت المهدمه بعد الحرب بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة؟

2. ما مستوى التعرض للخبرات الصادمة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة لدى أصحاب البيوت المهدمه بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة؟

3. هل توجد علاقة بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية لدى أصحاب البيوت المهدمه بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة ؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى درجات أعراض الاضطراب النفسى لدى أصحاب البيوت المهدمه بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لنوع الجنس؟

5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى درجات أعراض الاضطراب النفسى لدى أصحاب البيوت المهدمه بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للفئات العمرية؟

6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب

البيوت المهدامة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لحجم الأسرة؟

7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب

البيوت المهدامة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوى التعليمي

للأسرة؟

8. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب

البيوت المهدامة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوى

الاقتصادي؟

9. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب

البيوت المهدامة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لنوع المواطنة؟

أهداف الدراسة:

تحدد أهداف الدراسة الحالية كل من:

1. التعرف إلى مستوى أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد الحرب

بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة، والكشف عن مستوى التعرض للخبرات الصادمة خلال الحرب

الأخيرة على قطاع غزة لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد الحرب بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.

2. الكشف عن العلاقة بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية لدى أصحاب البيوت

المهدامة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.

3. التعرف إلى الفروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد

حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تبعاً للمتغيرات التالية: نوع الجنس، للفئات العمرية،

حجم الأسرة، المستوى التعليمي للأسرة، المستوى الاقتصادي، نوع المواطنة.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في الجانب الذي تتناوله، وهو معرفة أعراض الاضطراب النفسي لدى

أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى بقطاع غزة وعلاقته بالخبرات

الصادمة ولعل هذا الجانب ينطوي على أهمية كبرى سواء من الناحية النظرية أو الناحية التطبيقية.

أ- الأهمية من الناحية النظرية:

تكمن أهمية الدراسة في الجانب التي تتناوله ، وهو معرفه أعراض الاضطراب النفسي لدي

أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014 في محافظة الوسطى بقطاع غزة وعلاقته بالخبرات

الصادمة ولعل هذا الجانب ينطوي على أهمية كبرى سواء من الناحية النظرية أو الناحية التطبيقية

وتتمثل أهمية الدراسة من الناحية النظرية في تناولها لأحد الموضوعات البحثية المهمة، وهي: أعراض الإضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014 في محافظة الوسطى بقطاع غزة وعلاقته بالخبرات الصادمة ، ودراسة مصطلحات الدراسة يُعدّ أمراً مهماً في دراسة منظومة الشخصية، وخاصة في جانبها الانفعالي، والعقلي ، لدى شريحة مهمة من شرائح المجتمع الفلسطيني، وهي (أصحاب البيوت المهدمة)، وأحوالها النفسية، والاجتماعية، والتي تُعدّ شريحة جديرة بالاهتمام، والرعاية؛ نظراً لما ما تعرضت له من ضغوط حياتية مختلفة، والتي قد يكون لها انعكاسات سلبية على أمنهم النفسي، وصحتهم النفسية، خاصةً في ظل الظروف الحالية التي شهدتها المناطق الفلسطينية، وفي هذه المرحلة الصعبة من حياتها، وما يصاحبها من انعكاس قوي، ومؤثر على كل جوانب شخصيتهم؛ مما يمثل بالنسبة لها مشكلة حقيقية ملحة، ذات عواقب سيئة للغاية، تضرُّ بصحتهم النفسية، على الرغم من تناول بعض البحوث، والدراسات أعراض النفسي وتأثيره على الشخصية؛ إلا إن هذه الدراسات لم تعطِ اهتمامها الكافي لدراسة اعراض الإضطراب النفسي، والخبرات الصادمة لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014 في محافظة الوسطى بقطاع غزة وخصوصاً في المجتمع الفلسطيني، كذلك تعد الدراسة الحالية بمثابة طرح علمي تفتقر إليه مكتبة علم النفس، والعلوم الاجتماعية في فلسطين.

ب-الأهمية من الناحية التطبيقية:

أما من الناحية التطبيقية فتزويد الدراسة أساليب إرشادية نوعية، وإكساب المرشد النفسي و الأخصائيين النفسيين، و العاملين في مجال الإرشاد النفسي، والتربوي في جميع المؤسسات النفسية، والتربوية، و القائمين على رعاية الأسرة بصفة عامة، مهارة إنتاج برامج إرشادية للتخفيف من أعراض الأضطراب النفسي التي يعاني منها أصحاب البيوت المهدمه التي يعتري بعض الاسر ، كذلك قد تفيد طلبة الدراسات العليا في المجال النفسي، والتربوي، والاجتماعي، حيث تعتبر مرجعاً علمياً مفيداً لهم في بعض جوانب شخصية أصحاب البيوت المهدمه.

مصطلحات الدراسة:

1. الاضطراب النفسي Mental Disorder:

عرفه " زهران" بأنه عبارة عن اضطراب وظيفي في الشخصية يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية وانفعالية واجتماعية مختلفة تؤثر في سلوك الشخص فتعوق توافقه النفسي والاجتماعي وتحد من قدرته على استخدام قدراته بفعالية (زهران، 1978م، ص10).

كذلك عرفته "الجمعية الأمريكية للطب النفسي" بأن المرض النفسي والعقلي عبارة عن السلوك أو الظاهرة النفسية ذات الدلالة الأكلينيكية أو النمط، والذي يظهر في شخص معين، والذي

يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالأزمة التي يمر بها الفرد في الوقت الراهن مثل الأعراض المسببة للألم، والتي تعيق الشخص لحد ما عن أداء وظائف حياته الاعتيادية (مثل: التدهور في القدرات في أحد المنظومات الأدائية للفرد أو ازدياد احتمال المخاطرة التي قد تعترض الفرد كمواجهة الموت، أو المعاناة من الألم كإعاقة، أو فقدان التحكم في قراراته بمحض إرادته) بالإضافة لكل ذلك فهذا العرض أو النمط يجب أن يكون غير متنسق مع نسق القيم المجتمعية والثقافية التي تتيح التعامل المقبول مع الاستجابة لأحداث معينة كما هو الحال عند وفاة شخص عزيز مثلاً، ويضيف الدليل مهما كانت المسببات للمرض فلا بد أن يعتبرها الأخصائي الذي يقوم بالتشخيص دليلاً على ظهور بوادر اضطرابات سلوكية نفسية أو بيولوجية عند الشخص المعني بالتشخيص عليه (السيد، المغربي، 2005م، ص5).

يعرفه الباحث: الاضطراب النفسي لا يستخدم هنا في الدراسة الحالية كمفهوم يشير الي صور العصاب أو الذهان أو بعضاً منها، بل إنه أقرب إلي أن يكون في صورة عدم توافق متوسط الشدة وقد يتخذ هذا الاضطراب النفسي صوراً عديدة منها: الاضطرابات السيكوسوماتية، الوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والاكتئاب النفسي، والقلق النفسي، و العدوان، والخوف، و جنون العظمة والاضطهاد(البارانويا)، والذهان.

2. الأعراض الجسمية النفسية للاضطراب النفسي

:Psychosomaticsymptoms ofmental Dsorder

عرفها "الزبادي": هي تلك الأعراض الجسمية المرضية الناجمة عن ضغوط انفعالية نفسية، فالفرد عندما يواجه موقفاً طارئاً أو ضاعطاً يستجيب له استجابة انفعالية مصحوبة ببعض التغيرات الفسيولوجية البسيطة، فإذا استمر الانفعال أو لم يستطع المرء فيه فراراً يظل في حالة توتر دائم، ومن ثم تحدث تغيرات فسيولوجية لا تتوقف، وهذا التغير الفسيولوجي الداخلي يحدث مع استمراره تلباً في أنسجة الجسم (الزبادي، 1980م، ص212).

تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:

تقسم هذه الاضطرابات حسب العضو الذي تصيبه، وعلى ذلك يمكن تمييز الأنماط الآتية من هذه الاضطرابات:

1. الاضطرابات الجلدية أو ردود الفعل الجلدية من ذلك: المرض الجلدي العصبي أو الأكزيما، الحساسية، وبعض حالات الجدري، وحب الشباب والاضطرابات الأخرى التي يظهر فيها الاضطراب الانفعالي كعامل سببي.

2. الاضطرابات العضلية الهيكلية: أو تتضمن أعراض مثل آلام الظهر والشد أو التشنج العضلي والروماتيزم النفسي المنشأ .

3. الاضطرابات التنفسية أو اضطرابات الجهاز التنفسي من ذلك التقلص الشعبي وحمى الخريف والتهاب الجيوب العظمية والالتهابات أو النزلات الشعبية المتكررة .

4. الاضطرابات القلبية الوعائية من ذلك نوبات زيادة ضربات القلب، أو زيادة نشاط القلب، وزيادة ضغط الدم المرتفع

5. الاضطرابات المعدية المعوية : وتشمل اضطرابات مثل: اضطرابات الاثنى عشر أي: قرحة الاثنى عشر، والتهاب القولون والالتهاب المعدية أو النزلات المعدية المزمنة والإمساك وزيادة الحموضة وفقدان الشهية العصبي .

6. الاضطرابات التناسلية ومن ذلك : بعض أنواع من اضطرابات الحيض والطمث، حرقان البول أو آلام التبول إلخ .

7. اضطرابات الجهاز العصبي : وتتضمن فقدان القوة، مع الشعور بالتعب والإرهاق، ووجود آلام في العضلات.

8. الاضطرابات الخاصة بالأعضاء الخاصة والإحساس الخاص مثل آلام المفاصل المزمنة : من ذلك التهاب الغشاء الرقيق المحيط بجفن العين .

3. الوسواس القهري **Obsessive Compulsive**:

عرفها" الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل " **DSMIIR** " الوسواس: هو أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول تخفيفها بأفعال وأفكار أخرى، ويعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من خارجه (فرج، 2002م،ص472).

4. الحساسية التفاعلية **Interpersonal Sensitivity**:

عرفها البحيري (1984م،ص5) بأنها تتركز الأعراض الأساسية في هذا العرض على مشاعر القصور والإحساس بالنقص خاصة في حالة المقارنة بالآخرين، ويتميز الأشخاص ذوي المستوى العالي من الحساسية التفاعلية ببخس الذات والانزعاج وعلامات الضيق أثناء التفاعلات بينهم وبين الآخرين، وتعد مشاعر الأنانية (الشخصية الذاتية) الحادة التوقعات السلبية بشأن الاتصالات التفاعلية مصادر مماثلة للضيق أيضاً.

5. الاكتئاب النفسي Depression:

عرفه فايد (2004م، ص60) هو حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة، ووخز الضمير وتبكيته القاسي على شروق لم ترتكبها الشخصية في الغالب بل تكون متوهمة إلى حد بعيد وكثيراً ما تصاحب حالات الاكتئاب هذات وهلاوس تسندها وتدعمها، وحالات الاكتئاب لا تصيب الوظائف الذهنية باضطراب خطير ولا يتخلف عنها تدهور عقلي، كما أن نسبة الشفاء منها أعلى من غيرها من الأمراض النفسية الأخرى.

6. القلق النفسي Anxiety:

عرفه سوين (1988م، ص321) هو حالة انفعالية غير سارة يستثيرها وجود الخطر، وترتبط بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والتغيرات الفسيولوجية الناتجة عن القلق مثل: اتساع حدقة العين، وازدياد العرق في الكفين، وازدياد نبضات القلب.

7. العدوان Aggression:

عرف "بدوي" بأنه سلوك رمى إلى إيذاء الغير أو الذات أو ما يحل محلها من الرموز، ويعتبر السلوك الاعتدائي تعويضاً عن الحرمان الذي يشعر به الشخص المعتدي، والعدوان إما أن يكون مباشراً أي العدوان الموجه مباشرة نحو مصدر الإحباط سواء أكان شخصاً أم شيئاً أو يكون عدواناً متحولاً وهو عدوان موجه إلى غير مصدر الإحباط.

8. الخوف Phobia:

عرفه زهران (1977م، ص420) هو خوف مرضي دائم من وضع أو موضوع (شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان) غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أساس واقعي، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه، ويعرف المريض أنه غير منطقي، ورغم هذا فإن هذا الخوف يمتلكه ويحكم سلوكه، ويصاحبه القلق والعصابية والسلوك القهري.

9. جنون العظمة والاضطهاد (البارانويا) Paranoia:

عرفه شانلي (2001م، ص152) هو حالة مرضية ذهانية يميزها الأوهام والهذيان والمعتقدات الخاطئة الجامدة عن العظمة أو الاضطهاد، وتكون الشخصية متماسكة رغم وجود المرض ومنتظمة نسبياً وعلى اتصال لا بأس به بالواقع ولا يوجد تغير في السلوك العام.

كذلك عرفه المطيري (2004م، ص178) هو حالة مزمنة من الاضطراب الذي يصيب الإدراك والتفكير، وتتميز بالأفكار الهذيانية والهلاوس الدائمة، فيظل المريض ينسج من خياله هذياناً مرتبة فيها من هذيان إلى آخر، وهي هذياناً التمحور حول الذات، ثم الإيقاع بالذات،

ثم الاضطهاد وأخيراً هذيان العظمة ويعتبر المريض أحياناً خطيراً اجتماعياً، فهو مدفوع إلى الاعتداء على الغير والتخريب والقتل، تلبية الهلاوس وفي أحياناً أخرى قد يظل هادئاً ويعبر عن هذياناته على شكل دعائي مستخدماً طرقاً سليمة.

10. الذهان Psychosis

عرفه محمد(2004م،ص181) هو اضطراب عقلي شديد وخلل شامل في الشخصية Total personality disorder يعوق نشاط الفرد ذاتياً واجتماعياً ويشكل ارتباكاً في سلوكه.

كذلك عرفه أبو حويج والصفدي (2001م،ص121)أنه المرض الذي يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والذهنية والشخصية بصفة عامة وتعكس حالات من الشذوذ وانعدام التوافق.

التعريف الإجرائي Operational definition

هو الدرجة المرتفعة التي حصل عليها أفراد العينة على جميع أبعاد مقياس مراجعة الأعراض -CSI- 90 الذي تبناه الباحث ترجمة (البحيري، 1984م).

الخبرات الصادمة Tramatic experiences

عرفها (ثابت، 1998: 1) أنها الحدث الخارجي المفاجئ وغير المتوقع والشديد، والذي يترك الفرد مشدوهاً، ويكون هذا العمل خارجاً علي نطاق عمل الكائن الحي، وتطلق الخبرة الصادمة علي نوع الخبرة المفرطة للفرد، بحيث لا يستطيع احتمالها فيتداعى بالأعراض المرضية، ويأتي تأثيرها من الفجائية التي تحدث إثناء الصدمة.

التعريف الإجرائي:

هو الدرجة المرتفعة التي حصل عليها أفراد العينة على مقياس الخبرات الصادمة الذي تبناه الباحث، وهو مقياس برنامج غزة للخبرات الصادمة (ترجمه وتقنين ، ثابت، 1998).

حدود الدراسة:

الحد المكاني: تم تطبيق الدراسة في المحافظة الوسطى - منطقة دير البلح والنصيرات - بقطاع غزة.

الحد الزمني: تم تطبيق الدراسة في الفصل الأول من العام الدراسي 2014م/2015م. الفترة الزمنية من شهر ديسمبر/ 2014م حتى مارس/ 15م.

الحد البشري: تم تطبيق الاستبانة على عينة من (أصحاب البيوت المهتمة بشكل كلي أو جزئي، من النساء والرجال) ممن تتراوح أعمالهم ما بين 25 حتى 45 عاماً المقيمين في مدارس الإيواء بمدارس وكالة الغوث العينة الفعلية للدراسة.

الحد الموضوعي: تطرق الباحث في الدراسة إلى أعراض الاضطراب النفسي المتمثلة في (الأعراض الجسمية النفسية، الاضطرابات الجلدية أو ردود الفعل الجلدية، الاضطرابات العضلية الهيكلية، الاضطرابات التنفسية أو اضطرابات الجهاز التنفسي، الاضطرابات القلبية الوعائية، الاضطرابات المعدية المعوية، الاضطرابات التناسلية، اضطرابات الجهاز العصبي، الاضطرابات الخاصة بالأعضاء الخاصة والإحساس الخاص)، وعلاقتها بالخبرات الصادمة وخصوصاً المنتشرة لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م للوقوف على والفروق بين أفراد العينة وفقاً للمتغيرات التالية: نوع الجنس، الفئات العمرية، حجم الأسرة، المستوى التعليمي للأسرة، المستوى الاقتصادي، نوع المواطنة.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول: أعراض الاضطراب النفسي

المبحث الثاني: الخبرات الصادمة

المبحث الأول: أعراض الاضطراب النفسي

مقدمة:

لقد أدرك الإنسان أن هناك ارتباط بين الجسد والروح (النفوس)، ولقد عرف أهمية الإحساس بالراحة النفسية، أو الصحة النفسية من أجل قيام وظائفه الجسدية بعملها على أكمل وجه (رضوان، م2002:ص13).

كما أن الانسان يعيش في مجتمع متغير الأطوار، ولا شك أن هذا التغير السريع ألقى على المجتمعات خاصة النامية منها العديد من الأدوار، مما عبا أفراد هذه المجتمعات بالعديد من الدوافع والحاجات المطلوب إشباعها حتى لا يعيش الفرد حالة توتر يكون معه فريسة للاضطرابات والأمراض النفسية، وبالتالي على الفرد أن يتمتع بالصحة النفسية لكي يستطيع مواكبة متغيرات العصر الذي يعيش فيه (جبل، 2000م: ص 5)

ويرى (زغير، 2010م،ص11) أن ظاهرة انتشار الأمراض النفسية والعقلية تعتبر من الظواهر المهمة والمؤثرة في حياتنا الأسرية والاجتماعية وبالتالي تؤثر على هدر قدرات الأفراد المعرفية والعلمية.

ويؤكد الختاتنة(2012م،ص13) أن الإنسان يسعى في حياته لتحقيق أعلى درجة من درجات الصحة النفسية وراحة البال والتكيف، وتحقيق هذا الهدف ليس سهلاً، ولذلك فالصحة النفسية نسبية وكل فرد يواجه مشكلات وضغوطات خلال حياته، فالبعض يواجه هذه الضغوطات والمشكلات ويتعامل معها ويواجهها ويحقق التكيف معها، والبعض الآخر لا يستطيع ذلك فيقع فريسة للاضطراب النفسي.

ويرى الباحث أن أصحاب البيوت المهدامة من الرجال والنساء يعانون من ضغوطات نفسية ومشكلات نتيجة لكثرة الأعباء والمسئوليات الملقاة على عاتقهم لا سيما المخاسر المادية لهم مما يؤثر بالسلب على الصحة النفسية لديهم ويجعلهم أكثر عرضة للوقوع في المرض النفسي.

ويشير زكار(2013م،ص197) أن الصحة النفسية ليست مجرد خلو الفرد من الأعراض الشاذة والتي تبدو في صورة وساوس أو هلاوس أو توهمات أو صورة عجز ظاهر عن معاملة الناس، بل هي أيضاً حالة موضوعية يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين وذاتية لا يشعر بها إلا الفرد نفسه. ومن هنا لا بد للحديث عن مفهوم الصحة النفسية التي تعتبر أول الطريق الذي على طرفه الآخر المرض النفسي.

أولاً: الاضطراب النفسي

تعريف الاضطراب النفسي Definition of mental Dsorder

التعريف اللغوي للاضطراب:

إن كلمة اضطراب مشتقة من الفعل اضطرب: أي تحرك وماج، وضرب بعضه ضرباً، واضطرب الأمر: اختل، واضطرب من كذا: أي ضجر واضطرب في أمره: أي تردد وارتيك(المنجد، 2003م، ص448).

التعريف الاصطلاحي:

تتعدد التعاريف التي تناولت الاضطراب النفسي؛ وذلك نظراً لتعدد المدارس والتعقيدات النفسية التي تناولت الاضطراب النفسي، وذلك نظراً لتعدد السلوك الإنساني من ناحية أخرى، ولعل أهم التعريفات التي تناولت الاضطراب النفسي ما يلي:
عرفت " الجمعية الأمريكية للطب النفسي " الاضطراب النفسي بأنه (نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط سواء بأعراض مؤلمة أو بقصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة) (DSM-IV: 1994).

كما عرفه التصنيف العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية (ICD-10)، الصادر عن منظمة الصحة العالمية : مصطلح الاضطراب لتجنب مشكلات أكبر تتولد عن استخدام مصطلحات مثل: المرض أو العلل، وعلى الرغم من الاعتقاد بأنه مصطلح غير دقيق إلا أنه يستخدم للدلالة على مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي يمكن التعرف عليها إكلينيكيًا، والتي ترتبط بمعظم الحالات بألم أو ضرر وتصدم، أو تتداخل بالأدوار الشخصية .

كما عرفه(الحو، 2014م، ص8) الاضطراب النفسي: عبارة عن مجموعة من الأنماط والأعراض السلوكية والنفسية والعقلية غير السوية والتي تؤثر على حياة الفرد وتسبب له الآلام والضيق مما يؤثر على صحته النفسية والعقلية والشعور بالنقص وعدم الرضا وقد تؤدي إلى التدهور في بعض المهارات الحياتية على صعيد العمل والدراسة والإنجاز والعلاقات الاجتماعية وغير ذلك.

كما عرفها (رضوان، 1996: 20) تمثل الاضطرابات النفسية مجموعة أعراض مركبة قابلة للتحديد من الناحية العيادية، وهي تنجم عادة عن مجموعة متولفة من العوامل، النفسية والاجتماعية والوراثية والجسدية، وقد ترا فقها تبديلات عضوية أو شذوذا سلوكيا ظاهرا في التعامل مع المحيط الاجتماعي، كالسلوك الجانح والسلوك غير الاجتماعي والكذب والعدوان الزائد أو غير ذلك، وتترا فقهاه الأعراض والشذوذ مع شيء من الأذى للوظائف النفسية على المستويين الفردي والاجتماعي.

كما عرفه (Gazzaniga,Heatherton,2006, p.58):نمط سيكولوجي أو سلوكي ينتج عن الشعور بالضيق أو العجز الذي يصيب الفرد ولا يعد جزءاً من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافة.

كذلك عرفها (Wang, Insel,2010.p303):أنها اضطرابات في عصبونات الدماغ من المرجح أن تكون ناتجة عن العمليات الارتقائية التي يشكلها التفاعل المعقد بين العوامل الوراثية والتجارب الحياتية.

ويتضح مما سبق للباحث أن الاضطراب النفسي هو نمط سيكولوجي أو سلوكي ينتج عن الشعور بالضيق أو العجز الذي يصيب الفرد ولا يعد جزءاً من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافية، وقد تغيرت أساليب إدراك وفهم حالات الصحة النفسية على مر الأزمان وعبر الثقافات، وما زالت هناك اختلافات في تصنيف الاضطرابات، وتعريفها وذلك على الرغم من أن المعايير الإرشادية القياسية مقبولة على نطاق واسع.

أسباب الاضطراب النفسي:

قسم الباحثون أسباب الاضطراب إلى قسمين:

الأسباب الخارجية تشمل ما يلي:

العوامل الطبيعية: التلوث، التقلبات الجوية، التغذية.

أحداث الحياة: المشاكل المهنية، والمالية، الصدمات، فقدان الوظيفة والعلاقات مع الآخرين.

الأسباب الداخلية تشمل ما يلي:

العوامل الأسرية: الوراثة، مجال الاستعداد.

اختلال وظيفة الجسم: اضطراب وظيفية أو عضو.

الانفعالات، الطبع: انفعالات شديدة لها علاقة بأحداث معينة (مفاجأة، خوف، حزن) خصائص

طبائعية شخصية حساسية الشعور بالذنب (Marilon Bruhan, 2002, p.25).

تصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية

هناك عدة نماذج مختلفة لتصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية، ويكتفي الباحث في هذا الصدد

بعرض أهم هذه النماذج المعمول بها على المستوى العالمي، وهي كما يلي:

التصنيف الذي يقوم على أسس فيزيولوجية:-

لم تتحدث الدراسات إلا عن القليل من فيزيولوجية العمليات النفسية المرضية وغير المرضية،

وأصحاب هذا التصنيف يفترضون أن كل صور الاضطراب النفسي تتوقف على إحدى الحالات

الثلاث للجهاز العصبي، وهي:

1. حالات زيادة الإثارة.

2. حالات قلة الإثارة.

3. حالة عدم التوازن (الجسماني، 1998م، ص40)

ويمكن تصنيفه كما أشار " ماينيرت Maynirt" على افتراضات فيزيولوجية تتعلق بما يلي:

1. اضطرابات تنشأ من تغيرات تشريحية

2. اضطرابات تنشأ نتيجة للتغذية وتشمل ما يلي:

3. اضطرابات نتيجة إثارة القشرة المخية، تظهر في الهوس والميلانخوليا.

4. اضطرابات نتيجة إثارة منطقة تحت القشرة، وتظهر في الهذات والهلاوس.

5. اضطرابات في المراكز الدموية لمنطقة تحت القشرة، وتظهر في الصرع.

6. اضطرابات نتيجة التسمم (ملحم، 2001م، ص195).

التصنيف الذي يقوم على أسباب المرض:

يشمل هذا الاتجاه أصحاب التحليل النفسي، ويستخدم علم النفس العيادي غالباً هذه التصنيفات الواقعية، ولم يهتم التحليليون بوضع تصنيف للأمراض العقلية والنفسية، بل كان جل اهتمامهم منصباً حول معرفة أسباب الأمراض والعوامل الكامنة التي تقف وراء المکانيزمات الدفاعية المستخدمة، البيئية العميقة، ونمط العلاقة بالموضوع، ونوع القلق، وبالرغم من ذلك فإنه يوجد تصنيف خاص بهم، إذ يقسمون الأمراض النفسية والعقلية إلى ثلاث فئات مرضية كبرى هي: (العصاب، الذهان، الحالات الحادة الشاذة).

ولقد عرف هذا الاتجاه عدة محطات، لكل منها منطلقاته ومسلّماته الخاصة في التصنيف، حيث نجد أن عدة محلّين بعد فرويد أسهموا من خلال دراستهم حول الأمراض النفسية في وضع تصنيفات مختلفة انطلاقاً من مصادر متنوعة، ويندرج ذلك ضمن الاتجاهات التالية:

الاتجاه الأول: يتعلق بمحاولة وضع نظام عام للتصنيف، يقوم على أساس النظريات والملاحظات التحليلية .

الاتجاه الثاني : يتعلق بالأبحاث العيادية الفردية التي تتم على مستوى العيادة النفسية، انطلاقاً من دراسة حالات مرضية.

الاتجاه الثالث : من بين الأعمال البارزة في هذا الاتجاه نجد أعمال بارجوري الذي حاول إبراز وجهة نظر ما وراء علم النفس، واهتم بعلم النفس المرضي الراشد، كما قام بتوضيح الفروق بين الأعراض والطبع.

الاتجاه الرابع : اقترح دانييل ويدلوشر اتجاهاً رابعاً حيث قدم من خلاله مقارنة فريدة من نوعها في علم النفس المرضي، حيث بين "Widlocher" أن المبدأ الذي يقوم عليه تصنيف الاضطرابات العقلية يكون من خلال وصف التحليل النفسي للوظائف العقلية.

وحسبه فإن التحليل النفسي يهتم بالإضافة إلى جوانب سيكودينامية أخرى بالنشاطات العقلية كعمليات التفكير، وهذه الأخيرة التي لا تختلف عن الأفعال التي يمكن ملاحظتها كالحركات أو الكلام.

وحسب "دانييل w.Daniel" فإن تصنيف هذه الأنماط ووصفها ودراسة تغيراتها المتبادلة يأتي ليعوض تصنيف الحالات العقلية (Catherine chabert., 2008,p.166).

إذاً فهذا الاتجاه في التصنيف اهتم بشكل كبير بدراسة السببية المرضية، وانطلاقاً من ذلك تم بناء هذه التصنيفات، التي كثيراً ما وجهت له انتقادات حول مدى صحتها إذ يعتبر البعض أنها تخضع في كثير من بنودها لعامل الصدفة، هذا بالإضافة إلأن المرض الواحد يسببه أكثر من عامل واحد.

التصنيف الذي يقوم على أعراض المرض:

يقوم هذا التصنيف على الأعراض، ورائد هذا التقسيم هو كرابيلين، الذي توصل من خلال إخضاعه الأمراض النفسية للملاحظة إلى استنتاجات قيمة.

ولعل أهم التصنيفات التي تمثله اليوم هي:

تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي: الذي يسمى التشخيص الاحصائي.

تصنيف منظمة الصحة العالمية: الذي يسمى بالتصنيف العالمي للاضطرابات العقلية، واضطراب المسلك (Jean Louis pidinielli, 2005, p73).

أولاً- الاعراض الجسدية (السيكوسوماتية)

1- عرفها (أبو النيل، 1994م: 25): هي عبارة عن مشكلات جسمية تنشأ عن أسباب نفسية، وقد تتضمن مشكلات صحية، والتي لا يفلح العلاج الجسمي في شفاؤها تماماً؛ لاستمرار الاضطرابات الانفعالية ومنها أعراض التنفس، والدورة الدموية، وتوهم المرض، والسيكوباتية، والصداع النصفي، والربو، والقرح والصعوبات الهضمية التنقيسيها قائمه كورندل.

2- كذلك عرف (زغير، 2010م، ص107): الاضطرابات الجسدية الناشئة عن اضطرابات عقلية أو عاطفية، يحدث فيها تلف لأحد أعضاء الجسم، أو خلل في وظائفه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة ترجع إلى عدم اتزان بيئة المريض، ولا بد من علاج الأسباب النفسية الكامنة خلف الاضطراب الجسدي.

الأعراض:

- يؤكد (عكاشة، 2003م، ص246) أن السمات الرئيسية هي أعراض بدنية متعددة ومتكررة وغالباً متغيرة مستمرة لمدة عامين على الأقل، وأهم هذه الأعراض:
1. تغير السمات الشخصية للفرد، حيث تظهر عليه علامات من التشوش والاهتزاز النفسى.
 2. تأثير متبادل بين النفس والجسد، فالجسد يتأثر بالحالة النفسية للفرد، كما أن نفسية الفرد تتأثر بالحالة المرضية للجسد.
 3. معاناة الفرد من الحالة النفسية السلبية على مدار فترة طويلة من الزمن.
 4. تغير في وظائف الجسم.

الأسباب:

- يذكر (العيسوي، 2000م، ص16) أن الأمراض السيكوسوماتية ترجع إلى أسباب نفسية انفعالية ينتج عنها أعراض جسدية.
- ويرجع (غانم، 2006م، ص203) أسباب الأمراض النفس جسدية إلى العوامل الوراثية، والأسباب الاجتماعية النفسية.
- ويفسر (العبيدي، 2009م، ص220) حدوث الأعراض الجسمانية نتيجة لتعرض الفرد لمواقف التوتر الخارجية المستمرة التي تؤدي إلى إصابته بعدة أمراض جسدية.
1. الصراع النفسى داخل الذات، أو مع الغير الناشئ من الضغوط التي يتعرض لها الشخص فى تفاصيل حياته سواء داخل المنزل أو خارجه.
 2. معاناة الفرد من اضطرابات التكيف، أو بمعنى آخر عدم قدرة الفرد على التكيف مع المتغيرات التي تطرأ على حياته، وخاصة التغيرات التي توقعه فريسة للتوتر.
 3. الحساسية المفرطة وشعور الإنسان بالذنب تجاه أي تصرف يصدر منه، أو يصدره الآخرون تجاهه.
 4. افتقاد الشخص للحب والأمان، ومصدر الطمأنينة وإحساسه بالهدوء والراحة، وبالتالي قدرته على التعامل مع الضغوط.
 5. عدم قدرة الفرد على تحقيق احتياجاته الأساسية، مما يولد لديه صراعاً داخلياً ينعكس على نفسيته التي تسبب إصابته ببعض الأمراض الجسدية.
 6. الطرق الواهية لتخفيف التوتر، والشد العصبى الذي يتعرض له الإنسان من التدخين، وشرب الكحوليات.
 7. خبرات شعورية سلبية يمر بها الفرد فى حياته مثل: الفشل، أو وفاة شخص قريب إلى نفسه.

يتضح مما سبق أن الأسباب والعوامل المؤدية للأعراض الجسدية (السيكوسوماتية) تتمثل في ثلاثة عوامل رئيسية:

أولاً: العوامل الذاتية:

وهي تنقسم إلى قسمين هما:

العامل الأول: العامل الوراثي، والعامل الثاني: العامل النفسي: وهو ينقسم إلى ثلاثة أقسام هي: المواقف والمتغيرات التي لا تحصى، ولا تعد، والتي يخضع لها الإنسان في كل لحظة في حياته سواء الداخلية مثل: (شعور الفرد بالعطش، والجوع، والتعب، والراحة، والألم) والمتغيرات الخارجية مثل: (درجة الحرارة، أو الرطوبة، والأمطار، والرياح، والكوارث)، والضعف النفسي العام وهو الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي، والشعور بالذنب والخوف من العقاب، والشعور بالعجز، والنقص، والأزمات، والمخاسر الفادحة، والضغوط الحضارية والثقافية، ومطالب المدن المتغيرة، والبيئة المقلقة، والخوف، والحرمان، وعدم الأمان، واضطراب الجو الأسري.

ثانياً: العوامل البيئية:

ونقصد بها البيئة الاجتماعية وتشمل العلاقات بين الأبوين من جانب وبين الأبناء من جانب آخر وأسلوب المعاملة والضبط الاجتماعي، وإشباع الحاجات والقيم الاجتماعية والعادات والتقاليد والأعراف السائدة.

العلاج:

أولاً: العلاجات الدوائية:

يتم من خلال الاعتماد على المهدئات والمسكنات ومضادات الاكتئاب التي يتركز دورها فقط في تهدئة الشخص.

ثانياً: العلاجات النفسية:

أما العلاج التدعيمي فيعمل على الإيحاء والتغير والتشجيع والتدعيم التنفيس الانفعالي وبتث الثقة والإرادة لدى الفرد، أما العلاج النفسي المعرفي فيستخدم علاجات مثل: الصورة الذهنية السارة، والتركيز الخارجي للانتباه، والتغلب الدرامي، والتخيل المحايد، والنشاط التنفسي والسلوكي، أما العلاج بالتعميم فهو يركز على استراتيجيات الاسترخاء، والترويح عن النفس من خلال تفرغ الشحنات الكامنة للمريض بهدف إخراج كافة الانفعالات المكبوتة حتى يشعر بالهدوء والراحة، وأساليب الاسترخاء المتنوعة.

ثالثاً: العلاج البيئي والاجتماعي:

يهدف إلى تحسين ظروف العمل، وظروف المنزل، وحل الخلافات الزوجية، وتشجيع الهوايات الخاصة للأشخاص من ثقافة أو فنون أو رياضة.

بعد الاطلاع على الأدب التربوي، والتراث السيكولوجي وجد الباحث ندرة في الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية لدى طلبة المرحلة الثانوية، وفيما يأتي بعض الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة مع عينات أخرى في متغيرات الدراسة، وفيما يأتي عرضها من الأحدث للأقدم (الحو، 2015م: ص16).

ثانياً: الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder

تعريف الوسواس لغة

جاء مفهوم الوسواس في "لسان العرب": بمعنى الصوت الخفي، والوسوسة والوسواس حديث النفس" (ابن منظور، 1993م، ص254). كما جاء مفهوم الوسواس في "القاموس المحيط" وسواس "بالتفتح يقال بصوت الحلي، وهي أيضاً اسم الشيطان، ويضيف القاموس المحيط معنى آخر للوسواس هو: العوض، وكذلك همس الصياد وهو يتربص بفريسته كما يضيف" المعجم الوسيط "يضاف أن الوسواس مرض يحدث من غلبه السوداء، يختلط معه الذهن، كما يضاف معنى آخر للفعل "وسوس" وهو كلم كلاماً خفياً كأن يقال: وسوس فلان فلاناً أي كلمة كلاماً خفياً (الفيروز أبادي، 1986م، ص589).

تعريف الوسواس اصطلاحاً:

عرفه دوايدار (2005م، ص262) بأنها هي نوع من الأمراض النفسية يتميز باضطراب المصاب به لأن يبدي آراء ورغبات، أو يقوم بأعمال وحركات رغماً عنه ويغير ارادته، وهو مع معرفته أنها لا تتفق والمنطق أو قواعد المجتمع العامة، فإنه لا يقدر على عدم ايدائها أو التحرر من القيام بها.

كما عرفه فطينه (2003م، ص109) هو أفكار متكررة تتداخل في السلوك السوي وتعطله، فتشغل ذهن المريض ويشعر بنوازع تبدو غريبة عنه، ويضطر للقيام بتصرفات لا تجلب له السرور، ولا يملك القدرة على التخلي عنها، والأفكار الوسواسية قد لا يكون لها معنى في ذاتها، وقد لا تعنى شيئاً بالنسبة للمريض، وكثيراً ما تكون في منتهى السخف، وهو يحمل الهم دون إرادة منه، ويظل يتأمل ويفكر، وكأن الأمر يتعلق بالحياة أو الموت بالنسبة له.

3- كذلك عرفه (غانم، 2006م، ص73) بأنه عبارة عن اضطراب عصابي يتميز بوجود وساوس في هيئة أفكار أو مخاوف وأفعال قهرية، ويقين المريض بتقاهة هذه الوسواس ومحاولته المستمرة

لمقاومة هذه الوسواس، وفي حال استمرت هذه الوسواس يصبح لدى المريض إحساس بسيطرة هذه الوسواس عليه، مما يترتب عليه شلله الاجتماعي، وآلام نفسية وعقلية شديدة.

الأعراض:

وطبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية فإن تشخيص اضطراب الوسواس القهري يتطلب وجود وسواس أو دفاعات قهرية ، وتعرف الوسواس بأنها مقتحمة وغير ملائمة ، وتسبب قلقاً ملحوظاً أو شعوراً بالكرب ، أما الدفاعات القهرية فتعرف على أنها سلوكية متكررة ، أو أفعال عقلية يجد الشخص نفسه مدفوعاً لأدائها أو استجابة لوسواس ، أو طبقاً لقواعد متصلة وتتميز الأعراض الوسواسية القهرية بالميزات التالية

1. يجب إدراك أنها أفكار المريض أو نزواته الخاصة .
2. يجب أن يكون هناك فكرة أو فعل واحد على الأقل لا يزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح حتى إذا كانت هناك أفكار أو أفعال أخرى توقف المريض عن مقاومتها .
3. يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدراً للمتعة .
4. يجب أن تكون الأفكار أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج ويقسم اضطراب الوسواس القهري إلى عدة أنواع حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD/IO كما يلي:

- اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار أو نزوات لاتيان فعل بعينة وهي تتابن كثيراً في مضمونها ولكنها دائماً تقريباً مزعجة بالنسبة إلى الشخص ، فقد تتعذب امرأة على سبيل المثال ، بالخوف من أنها قد تفشل يوماً ما في مقاومة الاندفاع لقتل طفلها الذي تحبه ، أو بواسطة المضمون غير اللائق والغريب عنها بصورة ذهنية متكررة ، وأحياناً تكون الأفكار مجرد أفكار لا طائل من ورائها تتناول تفكيراً لا نهائياً وشبه فلسفي في احتمالات عسيرة التقدير ، وهذا التفكير غير الحاسم في البدائل يعتبر عنصراً مهماً في اجترارات وسواسية أخرى كثيرة ، وعادة يصاحبه انعدام القدرة على اتخاذ قرارات بسيطة ولكن ضرورية في الحياة اليومية والعلاقة بين الاجترارات الوسواسية والاكنتاب علاقة وثيقة بشكل خاص ، وتعطى الأولوية لتشخيص اضطراب وسواسي قهري فقط في الحالات التي تظهر فيها الاجترارات أو تستمر في غياب اضطراب اكنتابي .

- اضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية (طقوس وسواسية.) تدور أغلبية الأفعال القهرية حول النظافة (خاصة غسل اليدين) أو التحقق المتكرر من تأمين وضع معين يحتمل أن ينجم عنه خطر ، أو التحقق من النظام والترتيب ، ووراء هذا السلوك الواضح يوجد خوف

يكون عادة من خطر يصدر ضد الشخص أو منه ، وتكون هذه الطقوس محاولات غير مؤثرة أو رمزية لمنع هذا الخطر ، وقد تستغرق أفعال الطقوس القهرية ساعات طويلة كل يوم وبصاحبها أحياناً تردد وبطء شديدان وهي بصفة عامة تشيع بشكل متساو بين الجنسين وإن كانت طقوس غسل اليدين نشيع أكثر بين النساء في حين يشيع البطء ، دون تكرار أكثر بين الرجال(جودة، 2005م: 51 ص).

يقول أبو حجلة (2003م،ص50) أن أغلب حالات الوسواس القهري تبدأ في سن المراهقة أو بداية الشباب حيث يحصل ثلثا الحالات قبل سن 25، منها 15% قبل سن العاشرة، وحوالي 5% من الحالات بعد الأربعين.

ويذكر (علي، 2010م،ص389) أعراض الوسواس القهري في أفكار اقتحامية غير مرغوبة داخلية المنشأ متكررة لا يمكن تجاهلها، وهي غالباً تسبب تهديدا للفرد، ويسمع الفرد هذه الأفكار داخل رأسه وأحياناً في صدره، ولا يستطيع قمعها والفاكك منها، والوسواس معتقدات دائمة تتسم باللاعقلانية واللاواقعية، كما تتضح أعراض الوسواس القهري أيضاً في الأفعال القهرية المتكررة المقصودة التي تتسم بالطقسوية، وذلك استجابة لأحد الوسواس وهي كثيرة الشبوع . ومن الأمثلة على الوسواس القهرية: غسل اليدين بشكل مستمر، والوضوء للصلاة الواحدة مرات عديدة، والتأكد باستمرار من غلق أنبوب الغاز، وغيرها الكثير من السلوكيات .

الأسباب:

يلخص زهران(2005م،ص510) أهم أسباب الوسواس القهري فيما يلي:

1. الأمراض المعدية الخطيرة أو المزمنة .
2. الحوادث والخبرات الصادمة .
3. الصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد، ووجود رغبات لا شعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي والسلوك القهري .
4. الإحباط المستمر في المجتمع، والتهديد المتواصل بالحرمان وفقدان الشعور بالأمن .
5. الخوف وعدم الثقة في النفس والكبت .
6. التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة الصارمة المتسلطة والقسوة والعقاب والتدريب الخاطيء المتشدد المتأسف على النظافة والإحراج في الطفولة .
7. تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس القهري .
8. الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير وسعي المريض لا شعورياً إلى عقاب ذاته ويكون السلوك القهري بمثابة تفكير رمزي وراحة للضمير .

9. يعتبر فرويد حالات الوسواس القهري ترجع إلى خبرة جنسية مثلية سلبية تكبت وتظهر فيما بعد معبراً عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهري .

10. أرجع البعض الوسواس القهري إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ تسبب دوائر كهربائية تؤدي إلى نفس الفكرة أو السلوك تماماً كما تتعطل الإسطوانة وتكرر نفس النغمة.

11. عامل الوراثة أساسي في الوسواس القهري، ففي دراسة أجريت على العصائيين القهريين وجدت أن ثلث آباء، خمس إخوة المرضى يعانون من الوسواس القهري، لكن ذلك قلة بدليل قاطع على أن الأعراض القهرية يتم توارثها، فقد يرجع الأمر إلى تعلم الأبناء من آباءهم هذه المسالك خلال الطفولة المبكرة، ناتج عن توحيد الأبناء مع الآباء.

ويورد زغير (2010م، ص195) بعض الأسباب التي تؤدي لظهور الوسواس القهري لدى الأفراد وهي:

1. الشعور بالذنب الذي تسببه اندفاعات لاشعورية غير مقبولة، فبالتالي تكون الاستجابات الوسواسية القهرية وسائل دفاعية يقوم بها الفرد لتخفيض القلق والشعور بالذنب الناتج عنها.

2. يحدث هذا المرض كوسيلة للتعبير عن حالة القلق الناتجة عن الصراعات النفسية والذي يحدث في هذه الحالات أن يعبر المريض عن هذا القلق ببعض الكلمات عوضاً عن التفكير في القلق والتوتر ذاته.

3. وهناك تفسير آخر يعتبر أن الإحباط المستمر في المجتمع أو التهديد بالحرمان يجعل الشخص في حالة توتر وقلق، فيسعى الفرد للتخلص من القلق عن طريق الوسواس والأفعال القهرية.

ولقد تبين من خلال الدراسات التي قام بها العالم ادلر أن الوسواس ترجع لعقدة النفوق، أما يونج يرجعها إلى اللاشعور، ولاحظ العلماء أن العامل الوراثي يلعب دوراً كبيراً ومهماً في تكوين الوسواس القهري (الحو، 2015م: ص17).

علاج الوسواس القهري:

أولاً: العلاج النفسي: يحتاج مريض الوسواس القهري كما يبين "عكاشة" للعلاج النفسي لتفسير طبيعة الأعراض والتقليل من خوفه على ملكاته العقلية مع محاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي أدت لهذه الأعراض (عكاشة، 2003م، ص185).

وبضيف (علي، 2010م، ص419) أن هناك أنواع من العلاجات النفسية ثبتت فائدتها منها: العلاج بالاستبصار الموجه، والعلاج النفسي التديمي، والعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج الكهربائي، والعلاج البيئي والاجتماعي، والعلاج الجراحي.

ثانياً: العلاج العضوي

عن طريق استخدام الوسائل الطبية اللازمة ، وفقاً لما يقرره الطبيب المختص من نوعية العلاج وبالجرعة التي يحددها ، وذلك للسيطرة على أعراض الاضطراب وتخفيض مستوى التوتر والقلق أو الاكتئاب المصاحب له ، وزيادة شعور المريض بالاسترخاء العقلي والعضلي ، وزيادة كفاءته وصحته الجسمية(القريطي، 2003 م: 410ص).

العلاج بالعقاقير:

كاستخدام المنومات مع حالات الأرق المستمر والقلق الحاد والمخاوف المرضية ومن أهم هذه العقاقير ، هو مادة الأنافرانيل والجرعة تتراوح ما بين 25-75ملجم ويمكن استخدام مادة فلوفكسامين من 25-50 ملجم في اليوم ، يمكن استخدام مادة بروزاك بجرعة ٢٠ ملجم في اليوم(ثابت، 1998م: 19ص).

العلاج الكهربائي:

ويستخدم غالباً مع الحالات التي تصاحب فيها الاضطرابات العصابية أعراضاً اكتئابية حادة وأفكاراً سودائية أو انتحارية.

العلاج الجراحي:

ويستخدم في حالات القلق المزمن والوسواس القهري والاكتئاب الشديد ، وذلك بعد استفاد كافة أنواع العلاج النفسية والكيميائية والكهربية دون جدوى ، ويتم العلاج الجراحي بقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثلاموس مما يؤدي إلى توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال (القريطي، 2003م، ص411).

ويرى الباحث انه من خلال عرضنا لمبحث الوسواس القهري والذي يبين لنا مفهوم الوسواس القهري والعوامل والأسباب التي تؤدي إلى نشوء هذا النمط ومدى المعاناه التي يعاني منها مريض الوسواس القهري، لهذا يرى الباحث أهمية الأحذ بعين الإعتبار كل هذه الجوانب الخاصة بهذا المرض وخاصة الأسباب والعوامل، إضافة إلى الاهتمام بالأساليب العلاجية "العلاج العضوي والعلاج النفسي".

ويؤكد الباحث على أهمية إشراك الأسرة في العلاج لان ذلك مهم جداً حيث إننا في المجتمع الفلسطيني يعيش أغلب الناس في أسر ممتدة وتؤثر في العلاقات بين المريض والمحيط الذي يعيش فيه كذلك فان أهل المريض بشكل عام يعانون معاناة قاسية من معاشتهم لأبنهم المريض.

ثالثاً – الحساسية التفاعلية Interpersonal Sensitivity:

تعريف الحساسية التفاعلية:

عرفها البحيري (1984م، ص5) بأنها تتركز الأعراض الأساسية في هذا العرض على مشاعر القصور والإحساس بالنقص خاصة في حالة المقارنة بالآخرين ويتميز الأشخاص ذوي المستوى العالي من الحساسية التفاعلية ببخس الذات والانزعاج وعلامات الضيق أثناء التفاعلات بينهم وبين الآخرين وتعد مشاعر الأنانية (الشخصية الذاتية) الحادة التوقعات السلبية بشأن الاتصالات التفاعلية مصادر مماثلة للضيق أيضاً.

ويمتاز الفرد الحساس انفعاليا بأن انفعالاته مرهقة عنيفة متهورة ولايستطيع التحكم فيها وممتدبذبة وهى مزيج من انفعالات طفلية وانفعالات راشد كبير في أن واحد(الداهري، 2008م، ص87).

فعندما تصادف أشخاصالديهم هذا النوع من الحساسية، فهم ينظرون إلى الامور أو التصرفات التى يمارسونها وكأن شيء ما غير طبيعى لديهم ولكن في الواقع هذه الامور لاتزعجنا لاننا لانظر لها بحساسية مفرطة

- تعرف الاحساسية الانفعالية إجرائياً: تأثر الاصم الشديد بمواقف عادية قد لايعبأ بها الاخرون، تجعله يثور سريعاً لاتفة الاسباب، مما تدفعه لردود فعل عنيفة لايستطيع التحكم فيها، وتكون هذه الانماط الانفعالية مشابهه لانفعالات مرحلة الطفولة.

- يتضح مما سبق أن صاحب الحساسية الانفعالية الزائدة ذلك الشخص الذى يتأثر أكثر من اللازم بالعوامل الخارجية المحيطة به والخارجة عنه، قد يفسر الكلمه على أكثر مما تحتمل، ويفسر الحركة والنظرة بحيث يبالغ مبالغة لاعمق لها .

- وبمعنى آخر يمكن القول أن الانسان صاحب الحساسية الزائده يعطى الاشياء صدى لاتستحقة، وترى تأثير في نفسه بما يظهر عليه من تفاعلات نفسية واحمرار في الوجه لأقل الاسباب، ظهور الاضطرابات واضحة لديه.

1- كيف نتعامل مع الشخصية الحساسة:

- 1- هم بحاجة الى احترام الآخرين قراراتهم مستقلة، عندما تحترمهم ستفوز بصدقتهم وحبهم.
- 2- لاترغمهم على البوح بمشاعرهم وعواطفهم لانهم يفضلون إخفاء مشاعرهم عن الآخرين لكنهم يعبرون عن الحب بطريقة مختلفة مثل الاهتمام العملى بالآخرين وليس بالكلمات
- 3- هم بطيئون بالتعارف على الآخرين لكن ما إن يتقون بالآخرين يكونون أفضل الاصدقاء لديهم
- 4- توقع دفاعهم أو الصدام معهم إذا نقدتهم، فهي حاله طبيعیه عند هذا النوع من الشخصيات وإذا دافعوا لاتقاطعهم، الطريقة الافضل الاستماع لهم لانهم قد يقابلوا الهجوم بالهجوم الافضل التعامل بالحسنى معهم (ARON2010,)
- 5- يحتاجون من الاقران أن يكونوا إجتماعيين مع الآخرين لصعوبة ذلك عليهم
- 6- لاتمازحهم في خصوصياتهم لانهم يعتبرونه تهجم عليهم
- 7- لاتستهين بمشاعرهم إتجاهك
- 8- إذا جرحوا يظل ذلك في ذاكرتهم طول العمر لاتحاول تبخيسهم (الشيخة، 2008م)

رابعاً-الاكتئاب Depression:

تعريف الاكتئاب لغة:-

كأب :الكآبة سوء الحال، والانكسار من الحزن، كَنَّبَ يَكْأِبُ وكأبة كآبة، واكتأب اكتئاباً :حزن واغتم وانكسر، فهو كئِب وكئيب، وفي الحديث أعوذ بك من كآبة المنقلب، الكآبة :تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن، وهو كئيبٌ ومكتئِبٌ (ابن منظور، 2003م،ص59).

تعريف الاكتئاب اصطلاحاً:

عرفته منظمة الصحة العالمية WHO في تصنيفها الدولي العاشر ICD-10 بأنه انحطاط في المريض فقد اهتمامه وعدم تمتعه بما يبهج الآخرين ، وتتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط والمتوسط والشديد، كذلك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب وتتخلص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه ، ومعاناته مع الإحساس بالذنب وعدم أهميته ، التشاؤم وسرعة الإنهاك والتفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار، الأرق الشديد والنوم المتقطع، ثم انعدام الشهية (ابراهيم، 2009م،ص150).

عرفها العجوري (2007م، ص11) بأنه حالة نفسية يتعرض لها الفرد نتيجة خبرات صادمة واحباطات يواجهها الفرد في حياته وهي تتمثل في الحزن والتشاؤم والشعور بالذنب، وقد تصل إلى فقدان الشهية والانطواء وانعدام القيمة وفي الحالات الحادة يصل إلى حد كراهية الذات وإيذاء النفس يصل إلى درجة الانتحار.

كما عرفه البشر (2005م، ص405) اتجاه انفعالي ينطوي على شعور متطرف بعدم الكفاية وفقدان الأمل يصحبه انخفاض في النشاط الجسمي والنفسي وتشاؤم من المستقبل وفقدان الأمل، ويشعر الفرد أيضاً بالتعب وبفقدان الطاقة وعدم الاستمتاع بالنشاطات وإحساس بانعدام القيمة وبنقصان القدرة على التفكير أو التركيز.

كما عرفه العيسوي (2006م، ص33) بأنه مرض عقلي يصاحبه معاناة المريض من أعراض ذهانية كالهذات أو الضلالات وكذلك المعاناة من الهلوس وعدم استبصار المريض بحالته والهباج.

كذلك عرفه ملحم (2001م، ص234) بأنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم وغالباً ما يشعر بالذنب أو العار كما يقلل الشخص من ذاته.

ويتضح مما سبق أن الاكتئاب مصطلح يستخدم لوصف خليط من الحالات المرضية أو غير المرضية في الإنسان التي يتغلب عليها طابع الحزن، وهناك أنواع متعددة من الاكتئاب قسمت حسب طول مدة الحزن، وإذا ما كان الحزن قد أثر على الحياة الاجتماعية والمهنية للفرد، وإذا ما كان الحزن مصحوباً بنوبات من الابتهاج فضلاً عن نوبات الكآبة، إن طبيعة الإنسان هي التأثر بالموثرات الحياتية والتفاعل معها من خلال انفعالاته المتنوعة (كالفرح، والحب، والخوف، الخ) والحزن من أبسط صور الاكتئاب النفسي الذي يعرض للإنسان أثناء تفاعله مع مثيرات الحياة في مواقف الفشل والإحباط والمرض.

الأعراض:

يذكر (عكاشه، 1998م: 43) أن أعراض الاكتئاب تختلف بشكل واضح في هذا المرض، وعادة ما تزحف هذه الأعراض ببطء نحو المريض، وأحياناً تظهر فجأة، خاصة بعد عوامل مثيرة مثل فقدان عزيز أو عمليات جراحية.... الخ، ويلاحظ في عد يد من الأحوال تغير في الشخصية والسلوك قبل ظهور الأعراض الإكلينيكية المميزة، بل أحياناً يبدأ المرض بأعراض عامة، مثل صعوبة التركيز، والتردد، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات ايجابية كسابق عهد المريض، وشكاوي والألم جسدية، وإعياء وشعور بالتعب وتوهم علل بدنية، ومحاولات للانتحار والإدمان، عدم

الاعتزان، والحزن معظم الوقت والبكاء، وتغيير في الشهية وعادات الأكل ، وظهور بعض الهلوس والخرافات في الحالات شديدة الخطورة ويوجز الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب في الآتي:

أعراض اكتئابية وجدانية، أعراض نفسية أو سيكولوجية، أعراض جسمية أو فسيولوجية أعراض سلوكية (عكاشه 1998: 430).

كما يذكر عبد المعطي (1998م، ص351) أعراض الاكتئاب في أن المريض يكون مغتماً واستجابته الحركية بطيئة متبلدة وصعوبة في النوم والضجر ونقص التركيز والتوتر.

ويضيف الجسماني (1998م، ص80) أعراضاً أخرى للاكتئاب وهي شعور المريض بالقنوط والتعاسة والقلق الحاد وفقد الشخصية وصعوبة في التفكير وهبوط في النشاط الوظيفي.

يتضح مما سبق تعدد الأعراض في الاكتئاب النفسي العصبي والذهاني واحدة تتراوح بين الدرجة المعتدلة والدرجة القاتلة، أما الأعراض العامة وأهمها نقص الإنتاج وعدم التمتع بالحياة وسوء التوافق الاجتماعي، وعلى الرغم من اختلاف المفاهيم والاتجاهات النظرية المتعددة التي قامت بفحص الاكتئاب إلا أنها تتفق على أن هناك علامات وأعراضاً شائعة للاكتئاب، ويتم التشخيص الإكلينيكي وفقاً لوجود بعضها وبصفة خاصة حالة الحزن العميق والتعاسة البادية التي لا تتفق مع أحوال حياة المريض.

الأسباب:

يقسم القريطي أسباب الاكتئاب إلى أربعة عوامل أساسية:

عوامل وراثية:

تؤكد نتائج بعض الدراسات شيوع الاضطرابات الوجدانية عموماً و الاكتئاب خصوصاً بين التوائم المتشابهة والأقارب، وقد كشفت نتائج الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية عن وجود اضطراب وجداني لدى أقرباء مرضي الاكتئاب في من الحالات داخلية المنشأ ولدي من الحالات خارجية المنشأ أي من أفراد العينة الإجمالية.

عوامل بيوكيميائية:

نتيجة اضطراب الإفرازات الهرمونية أو الجهاز العصبي، حيث يلاحظ ظهور أعراض الاكتئاب لدى الإناث مثلاً أثناء فترة الطمث، وأثناء ما يطلق عليه سن اليأس أي بعد توقف إفرازات الهرمونات الجنسية كما يبدو المزاج المتقلب مسيطراً أثناء فترة ما بعد الولادة، ومع تناول أقراص منع الحمل.

عوامل نفسية وشخصية:

كخصائص الشخصية الأكثر استهدافاً للإضطراب ومنها: سمات الشخصية المنطوية بالخجل والانسحابية والتي لديها عدد محدود من الأصدقاء والاهتمامات والحساسية والسلبية والإعتمادية، والتي تتسم بالتردد والحذر والمحافظة، والشعور بالنقص ونقص الكفاية، والأمراض الجسمية المزمنة، والكرب النفسي المستمر سواء الإجماعي أم العائلي أم النفس جسمي أم المهني، والشعور بالوحدة والفراغ، وبعدم الأهمية نتيجة التقاعد أو العنوسة أو الشيخوخة أو الفشل المتكرر، والتوتر الإنفعالي المستمر. والاحباطات الشديدة والصدمات؛ ككارثة الخامس من يونيو، والأحداث المفجعة؛ كفقد شخص عزيز أو فقد ثروة أو مكانه اجتماعية، أو الشرف أو الكرامة وغيرها مما يؤدي إلي الإحساس بالضياع واليأس

أسباب بيئية اجتماعية:

ومن بينها الأساليب الوالدية اللاسوية في التنشئة؛ كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم، الخصائص المزاجية الإكتئابية للوالدين أو أحدهما، التفكك الأسري والإنفصال المبكر للوالدين أو عنهما، الخلافات الوالدية الشديدة واضطراب المناخ الأسري (القريطي، 1998م، ص395).

يتضح مما سبق أن الجنس يعد من أكثر عوامل الخطر المتفق عليه في هذا المجال سواء في الدراسات الوبائية أو الدراسات الإكلينيكية، سواء لدى الراشدين أو المراهقين (ليس الأطفال) وذلك أن كون الفرد أنثى يجعلها معرضة للإصابة بالاكتئاب ضعفي أو ثلاثة أضعاف الرجل . ويرى الباحث أن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب ينقسم إلى قسمين رئيسيين يمثلان، أن هذه الفروق الجنسية في الاكتئاب ما هي إلا فروق مصطنعة مرجعها إلى: إدراك النساء لضغوط وتغيرات الحياة واستجاباتهن العاطفية الانفعالية لهذه الضغوط، واستعدادهن للإفصاح والاعتراف بأعراضهن الوجدانية، وزيادة نسبة النساء بالنسبة للرجال اللاتي يذهبن للأطباء طلباً لأنواع المساعدة الطبية المختلفة، أن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب تمثل ظاهرة حقيقية مرجعها إلى: الحساسية البيولوجية للمرأة التي ترجع إلى اختلاف أو فروق بيولوجية أو هرمونية، وأسباب اجتماعية مثل التفرقة الأزلية بين الجنسين، وأسباب نفسية، والتغيرات الحديثة في دور المرأة في المجتمع، وأما أن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب فروق حقيقية، وهي التي تقوم على أساس تفسير الخصائص البيولوجية الهرمونية التي تختص بها النساء وتجعلهن أكثر حساسية للعديد من الاضطرابات العقلية وفي مقدمتها الاكتئاب، والتي تفسر على أساس معطيات التحليل النفسي فيما

يتعلق بالنمو النفسي الجنسي للمرأة، وكيف أن هذا النمو يؤهلها بدرجة أكبر للإصابة بهذا الاضطراب، والتي ذات أساس نفسي اجتماعي تركز على تأخر المكانة الاجتماعية للمرأة وعلى الأدوار الاجتماعية الجنسية وما تتركه من آثار في حياة كل من الجنسين، والتي تقوم على تفسير الفروق على اختلاف أنماط الاستجابة بين الجنسين لحالات الاكتئاب.

علاج الاكتئاب:

من الناحية العملية فإن علاج حالات الاكتئاب النفسي في العيادات النفسية يتم عن طريق عدة وسائل يمكن استخدام بعضها معاً أو اختيار المناسب منها لكل حالة من الحالات وهذه الوسائل هي العلاج النفسي والعلاج البيئي والعلاج بالأدوية النفسية والعلاج الكهربائي (الشرييني، 2004م، ص238).

العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب: لا بد من اختيار الدواء المناسب، هذا ويبدأ التأثير العلاجي لأدوية الاكتئاب بعد فترة خمول تمتد لأسبوعين إضافة لذلك أن جرعات الأدوية تختلف من شخص لآخر.

العلاج بالتحليل الكهربائي: يعطي هذا العلاج تأثيراً فعالاً وسريعاً في علاج الاكتئاب خاصة في الحالات الحادة المصحوبة بالانتحار والاكتئاب المتهيج.

العلاج النفسي: يفيد العلاج النفسي السطحي في كل أنواع الاكتئاب فمن الطبيعي أن يلجأ المعالج لمساندة المريض وطمأنته وإظهار الاهتمام بحالته (محمد، 2004م، ص388).

يتضح مما سبق أنه على الرغم من كثرة العلاجات يمكن القول أن الاكتئاب مرضاً واحداً يندرج في الشدة ويتنوع بتنوع العوامل والأسباب المؤدية إليه، ويحتاج إلى علاج نفسي دوائي إذا بلغ حد العصاب وما فوق لمساعدة المريض على استعادة توازنه أولاً ومن ثم البحث عن الأسباب والعوامل المؤدية إليه للتخفيف من حدة تأثيرها لتجنب انتكاس المريض مرة أخرى.

خامساً: القلق Anxiety:

تعريف القلق لغة:

جاء مفهوم القلق في " لسان العرب " بأنه " القلق من قلق والقلق الانزعاج، ويقال بات قلقاً وأقلق غيره، والقلق لا يستقر في مكان واحد والإزعاج (ابن منظور، 1986م، ص 323).

كما جاء مفهوم القلق " في الكعبي " من قلق وقلق قلقاً لم يستقر في مكان واحد أو لم يستقر على حال، واضطرب وانزعج فهو قلق، والقلق: حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، والمقلق: شديد القلق، ويقال رجل مقلق، وامرأة مقلقة (الكعبي، 1997م، ص28).

تعريف القلق الاصطلاحي:

عرف زكار (2013م، ص511)القلق بأنه عدم ارتياح نفسي وجسمي يتميز بخوف منتشر ويشعور من انعدام الأمن وتوقع حدوث كارثة، ويمكن أن يتصاعد القلق لحد الذعر، كما يصاحب هذا الشعور في بعض الأحيان بعض الأعراض النفسية والجسمية. كما عرف زهران (2001م، ص484) القلق بأنه هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع خطر فعلى أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها سبب غامض، وأعراض نفسية وجسمية. كما عرفه ملحم (2001م، ص233)على أنه "هو شعور عام غامض غير سار مصحوب بالخوف والقلق والتحفز يصحبه في العادة بعض الإحساسات الجسمية مجهولة المصدر كزيادة ضغط الدم وتوتر العضلات وخفقان القلب وزيادة إفراز العرق. كما عرفه عكاشة (2003م، ص134) بأنه شعور غامض غير سار مملوء بالتوقع والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية تأتي على شكل نوبات متكررة من نفس الفرد.

يتضح مما سبق أن الباحثين قد اختلفوا في تعريفاتهم له، فمنهم من ركز على الأعراض النفسية له، ومنهم من ذكر الأعراض الفسيولوجية، وبعضهم جمع بين الأعراض النفسية والأعراض الفسيولوجية، لكن كلاً منهم لمس جانباً من جوانبه وغطي ناحية من نواحيه، وهذا ما ساهم بقوة في توضيح معني القلق وتعريفه.

وكما يرى الباحث أن التعريفات قد اشتملت على عدة أمور أهمها:

1. القلق حالة نفسية تحدث للأفراد في جميع المستويات صغاراً وكباراً.
2. القلق حالة شعورية يمر بها الأفراد ويشعروا بها.
3. القلق يحدث نتيجة شيء غير متوقع وغير موجود وغير ظاهر وغير معروف المصدر أو المكان أو الزمان أي أنه غير محدد وانعدام الموضوع في غالب الأحيان.
4. القلق يؤدي النفس ويسبب لها إيلاًماً داخلياً واختراقاً كما يقول الإمام الغزالي من الصعب التعرف عليه أو التخلص منه بسهولة.
5. يتميز هذا القلق بالاستمرارية والغموض وعدم الوضوح مما يجعل الإنسان يعيش في حيرة.
6. يمكن تشخيص القلق من خلال أعراضه الواضحة التي حددها العلماء في المجال النفسي والجسمي أو الفسيولوجي.

7. القلق له جوانب متعددة من التوتر والخوف وعدم الاستقرار وتوقع الشيء غير المكروه أو الخطر في أي لحظة رغم عدم وجود الموضوع المحدد وغير مرتبط بفئة عمرية محددة.

أعراض القلق:

يرى (عبد الرحمن، 2000م، ص258) أن الخصائص الأساسية لهذا الاضطراب تدل على وجود قلق غير واقعي أو زائد أو انشغال وتوقع للشر أو الخطر حول مجالين على الأقل من مجالات الحياة ويمكن تقسيم الأعراض لثلاث أنواع هي أعراض التوتر الحركي (كالارتعاش والتوتر العضلي وانتفاض الجسم) وأعراض اضطراب نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (كالنهجان وخفقان القلب وتسبب العرق وبرودة اليدين وجفاف الحلق) وأخيراً أعراض فرط الانتباه كالأرق وصعوبة التركيز.

وقد قسم المختصون أعراض القلق إلى نوعين من الأعراض: وهي أعراض عضوية جسمية، وأعراض نفسية انفعالية، وسوف نستعرض هذه الأعراض بشيء من التفصيل:

الأعراض العضوية (الجسمية) للقلق:

من أمثلة الأعراض الجسمية خفقان القلب، واضطرابات المعدة (كسوء الهضم، والانتفاخ)، وبرودة الأطراف، وجفاف الحلق والفم، واضطرابات التنفس (كسرعة التنفس، النهجان)، وفقدان الشهية، وغزارة العرق، واضطراب البصر والرؤية، وتساقط الشعر، والتبول اللاإرادي وألام المفاصل والرعشة، والزيادة في النوم في بعض الأحيان (الراشد، 2000م، ص38).

ويضيف بعض الأخصائيين بعض الأعراض مثل: اضطرابات النوم (الأرق، النوم المتقطع) والصداع المتواصل والكوابيس والضعف ونقص الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات والنشاط الحركي الزائد، واللازمات العصبية الحركية مثل قضم الأظافر، ورمش العينين، واللوازم الحركية، وارتفاع في ضغط الدم، وارتفاع نسبة السكر في الدم (العناني، 1998م، ص108).

الأعراض النفسية (الانفعالية) للقلق:

أما الأعراض النفسية فهي عدم القدرة على التركيز والانتباه، والتوهم بالمرض، والتفكير في الموت، وتوقع الشر، والتشاؤم، والانشغال بالمستقبل والخوف منه (الراشد، 2000م، ص39). ويضيف البعض على ذلك سرعة النسيان والسرمان، وشدة الحساسية وعدم الصبر إطلاقاً (حيث يثور لأتفه الأسباب) والخوف الشديد والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والرغبة في الهرب عند مواجهة أي موقف من المواقف (الهابط، 1997م، ص84).

ويرى حامد زهران أن هناك بعض الأعراض: ومنها الشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات والهم والاكنتاب العابر، الانشغال بأخطاء الماضي وكوارث المستقبل، وضعف التركيز

وشرود الذهن، واضطراب قوة الملاحظة، وضعف القدرة على العمل والإنتاج، وسوء التوافق الاجتماعي، وسوء التوافق المهني، وقد يصل الحال إلى السلوك العشوائي غير المضبوط والقلق العام على الصحة والعمل والمستقبل (زهرا، 2001م، ص487).

ويؤكد راجح(1973م، ص578) أن من الأعراض النفسية للقلق، الأحلام والكوابيس، وسرعة الهيجان، وشرود الذهن، وتزاحم الأفكار المزعجة، وضعف القدرة على التركيز، وانشغال الفكر والتوتر الذهني، وتناول الحبوب المنونة، ويضيف بعض المهتمين في هذا المجال نوعين آخرين من الأعراض وهما الأعراض السيكوسوماتية (النفس جسمية) والأعراض الاجتماعية وهما كالتالي:

الأعراض السيكوسوماتية (النفس جسمية) للقلق:

ونقصد بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب في نشأتها القلق النفسي دوراً هاماً، أو الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض لانفعالات القلق النفسي ومن أهم هذه الأعراض: ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية بالقلب، والربو الشعبي، وروماتزم المفاصل.

الأعراض الاجتماعية للقلق:

ومن الأعراض الاجتماعية ظهور التردد والارتباك في اتخاذ القرارات واضطراب العلاقة مع الآخرين من زملاء وأقارب وزملاء وأصدقاء، وكذلك ثورة الزوج على زوجته لأقل الأسباب واتهام الزوجة بأنها تعتدى على كرامته وكما يؤدي القلق إلى انخفاض الأداء لدى الطلاب قبل الامتحانات وأثنائها (الكعبي، 1997م، ص48).

الأعراض المعرفية للقلق:

وتظهر تلك الأعراض على شكل صعوبة في التركيز وتشتت الانتباه، وصعوبة اتخاذ القرارات السليمة، وعدم تسلسل الأفكار ومنطقيتها والحذر في وظيفة الإنجاز العملي أو الدراسي والاجتماعي، وتداخل المعلومات بشكل واضح (سمور، 2006م، ص293).

ومن خلال استعراض الأعراض الجسمية والنفسية للقلق يؤكد علماء النفس أن مظاهر القلق

ثلاثة مرتبطة ببعضها البعض يمكن فصلها عن بعضها من الناحية النظرية فقط وهي كالتالي:

- 1. المظهر الأول:** المظهر الجسدي للقلق كسرعة ضربات القلب والتعرق وتوتر العضلات.
- 2. المظهر الثاني:** المظهر الذهني والانفعالي كالخوف من فقدان السيطرة على النفس أو الموت.
- 3. المظهر الثالث:** هو المظهر السلوكي الذي يتجلى في مواقف الخوف كالهرب بسبب الخوف أو تجنب موقف محرج.

وهذه المظاهر لا تظهر دائماً مع بعضها في الوقت نفسه وبالشدة نفسها وبعض الناس لا يدركون إلا المظهر الجسدي، والبعض الآخر الذهني أو السلوكي غير أن للمظاهر الثلاثة دوراً مهماً في نشوء واستمرار القلق وتشكل الأساس الذي يقوم عليه كل نظريات القلق النفسي (رضوان، 2002م، ص230).

أسباب القلق:

يذكر (زغير، 2010م، ص139) أن من أسباب القلق أثر العامل الوراثي حيث أظهرت دراسة الأسر أن 15% من أبناء وأخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض وأن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى 50% وقد يكون ذلك كمؤشر إلى أن الوراثة تلعب دوراً مهماً في الاستعداد للإصابة بمرض القلق، ويضيف أنه قد تبين أن مرحلة العمر لها دور في القلق حيث يزداد القلق عندما يكون الجهاز العصبي للفرد غير ناضج في مرحلة الطفولة وكذلك ضموره لدى المسنين.

وبالإضافة إلى أن هناك الكثير من الأسباب المؤدية للقلق النفسي منها ما يلي:

1. مشكلات الطفولة في المراهقة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراع في الماضي والأساليب الخاطئة في التنشئة الاجتماعية مثل: القسوة والتسلط الزائد والحماية الزائدة والتدليل والتراخي في التربية. (العناني، 1998م، ص115).
2. التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصادياً أو عاطفياً أو تربوياً) والإرهاق الجسدي والتعب والمرض وظروف الحرب.
3. عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات (زهران، 2001م، ص487).

ويتضح من خلال ما سبق عرضه من أسباب القلق والعوامل التي تقف وراءه يتضح أن الأسباب متعددة والعوامل كثيرة، فنجد أن الفرد ينتابه القلق بتأثير من العوامل الوراثية، وربما كذلك بتأثير من المواقف الضاغطة في مراحل الطفولة المختلفة والعلاقات الاجتماعية سواء في المحيط الأسري أو المدرسي أو المجتمع عامة، وكذلك يتأثر الفرد ويرتفع قلقه من خلال مفهومه عن ذاته ونظرة الآخرين له، ويتأثر كذلك بالوضع الاقتصادي الذي يعيشه، كل ذلك له أثر واضح على سلوك الفرد ويؤثر في استجابته للقلق.

ومما سبق يتضح للباحث الحالي العوامل والأسباب التي تفق وراء القلق وهي كما يلي:

1. القلق ربما يكون نابغاً من داخل الفرد، أي من ذاته ومكونات شخصيته.
2. القلق ينتج نتيجة اكتسابه من خلال المراحل العمرية المختلفة وذلك بتأثير من الأسرة أو الأصدقاء أو من المدرسة ومن البيئة المحيطة به.
3. القلق ينشأ نتيجة سوء الأوضاع الاقتصادية لدى الفرد أو الأسرة التي يعيش فيها.
4. القلق ربما ينشأ لدى الفرد نتيجة تطلعاته المستقبلية.
5. ربما ينشأ القلق من العوامل الوراثية التي ولد الفرد مزوداً بها.

علاج القلق:

رغم صعوبة علاج القلق، إلا أنه من أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج، حيث يمكن علاجه بإزالة الأسباب التي أدت إليه، ويمكن القول أن علاج القلق يختلف حسب الفرد وشدة القلق، ووسائل العلاج المتاحة للفرد (العناني، 1998م، ص115).

حيث كانت المسكنات بما فيها الكحول تستخدم لعلاج القلق لوقت طويل، والمسكنات تقلل من القلق وتجعل الفرد ينام إلا أن أعراض القلق تعود مرة أخرى وهذا يقود إلى الإدمان دون الشفاء الكامل، والنجاحات في علاج القلق اعتمدت على تأكيد العلاج النفسي كأساس قوي في علاج القلق والحد من درجته (المطيري، 2005م، ص84).

ومن هذا المنطلق سوف يقوم الباحث باستعراض بعض أهم أنواع العلاج المستخدمة في مجال القلق وهي كالتالي:

أولاً: العلاج النفسي:

يهدف العلاج النفسي إلى تطور شخصية المريض وإزالة مخاوفه وخفض توتره، وهناك عدة طرق للعلاج النفسي منها:

أ . العلاج بالتحليل النفسي:

وهو أحد الوسائل الهامة في علاج القلق حيث يساعد على تقوية (الأنا) للمريض باعتبارها الجزء المسيطر على حفزات (الهو) والمنسق بين متطلبات (الهو) وضوابط (الأنا الأعلى) وكما يهدف إلى إظهار الذكريات والأحداث المؤلمة والمكبوتة بمعنى تحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور ونقلها إلى حيز الشعور ويتم ذلك عن طريق التداعي الحر وتفسير الأحلام حيث يصل المريض إلى الاستبصار بالمشكلة ومحاولة حلها (الداهري، 2005م، ص334).

ب. العلاج الجشطالتي:

ويركز هذا العلاج على خبرة الفرد الواعية بذاته وبيئته باعتبارها محور حياته، ويتم ذلك باستخدام بعض الفنيات مثل: فنية المقعد الخالي، حيث يجلس المريض على مقعد وأمامه مقعد خالي يتخيل جلوس شخص آخر عليه ويبدأ في حوار تخيلي مع الشخص، وكذلك فنية الاسترخاء والتنفس العميق لإعادة الانتعاش الحيوي إلى الفرد وغير ذلك من الفنيات الأخرى (الطبيب، 1994م، ص389).

ج. العلاج العقلاني الانفعالي:

ويعتمد هذا العلاج على مناقشة الأفكار غير المنطقية لدى المريض وإحلال الأفكار المنطقية بدلاً منها مما يؤدي إلى تغيير سلوك المريض (المهيري، 2005م، ص285).

د: العلاج السلوكي:

يستخدم العلاج السلوكي خاصة في حالات الخوف حيث يتدرب المريض على الاسترخاء، إما بتمرينات الاسترخاء العضلية أو النفسية أو تحت تأثير عقاقير خاصة بالاسترخاء، ثم يعطي المريض منبهات أقل من أن تصدر قلقاً، أو تسبب ألماً ونزید المنبهات تدريجياً حتى يستطيع المريض مواجهة مواقف الخوف وهو في حالة استرخاء وهدوء شديد ودون ظهور علامات محددة ومعينة من القلق (الخطيب، 2003م، ص378).

ثانياً: العلاج البيئي:

يقصد به تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل: تغيير العمل، وتخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية، ومثيرات التوتر، والعلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصدقات والتسلية والعلاج بالموسيقى والعمل (زهران، 2001م، ص488).

ثالثاً: العلاج الكيميائي:

يستخدم هذا الأسلوب في علاج حالات القلق الشديد المزمن، ويعتمد على إعطاء المريض بعض العقاقير التي تخفض من حدة القلق والتوتر العصبي وهذه العقاقير تؤدي إلى الاسترخاء والهدوء (عبد الله، 1996م، ص156).

ومن أمثلة العقاقير التي تقلل التوتر العصبي: مجموعات البنزوديازيبين (الفاليوم - الليبريم - اتيفان - زاناكس - ترنكسين) (عكاشة، 2003م، ص149).

رابعاً: العلاج الكهربائي:

لا تنفيذ الصدمات الكهربائية في علاج القلق النفسي إلا إذا كانت تصاحبه أعراض اكتئابية شديدة، ويعتمد على تعريض المريض لصدمة كهربائية معينة تعيد تنظيم المواد الكيميائية والهرمونات العصبية التي تصل بين قشرة المخ والهيپوثلامس (العبيدي، 1996م، ص87).

خامساً: العلاج الجراحي:

توجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب والتي لا تتحسن بالعلاج النفسي، والكيميائي، أو الكهربائي أو السلوكي وهنا نلجأ إلى العملية الجراحية في المخ لتقليل شدة القلق والتوتر، وحتى يستطيع المريض العودة للحياة الاجتماعية. تعتمد هذه العملية على قطع الألياف الخاصة بالانفعال الشديد تلك الموصلة بين الفص الجبهي بالمخ والثلاموس، أو توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال وبالتالي يصبح الفرد غير قابل للانفعالات الشديدة المؤلمة والتي يمكن أن تعيقه عن التوافق والتكيف (الشاذلي، 2001م، ص118).

يؤكد عبد الرحمن (2000م، ص261) أن العلاج الطبي يعد أكثر طرق العلاج شيوعاً لدى مرضى القلق وعادة ما يشتمل على مضادات القلق مثل الليبروم والفالسيوم والزانكس وتسهم هذه الأدوية في خفض القلق لمدة قصيرة تتراوح بين أسبوع أو اسبوعين، كما ويعد العلاج السلوكي المقترن بالتدريب على الاسترخاء عاملاً فعالاً في اختزال التوتر مباشرة، كما أن المزوجة بين العلاج المعرفي والطبي غالباً ما تكون أكثر فعالية.

ويضيف (أبو حجلة، 2003م، ص54) أن هناك طرقاً أخرى للعلاج مثل العلاج بالاستبصار والعلاج النفسي الداعم والعلاج بالتأمل والعلاج السلوكي المعرفي.

وتؤكد دراسة (الطلحي، 2006م) والتي بعنوان " تأثير الوصم على تعاون مرضى القلق والاكتئاب في تطبيق الخطة العلاجية" أن هناك تأثيراً سلبياً ذات دلالة إحصائية لتأثر المريض بالوصم بوجه عام على تعاونه مع الفريق العلاجي في تطبيق الخطة العلاجية، بمعنى أنه كلما ارتفع تأثير المريض بالوصم بوجه عام أنخفض مدى تعاونه في تطبيق الخطة العلاجية.

ومما سبق يتضح أن علاج القلق يتركب من علاجين رئيسيين هما العلاج الدوائي، والعلاج النفسي، كل منهما على حدة أو كلاهما معاً، وقد تكون هناك حاجة إلى فترات تجريبية وخطأ من أجل تحديد العلاج العيني الأكثر ملاءمة ونجاعة لمريض معين تحديداً، والعلاج الذي يشعر معه المريض بالراحة والاطمئنان.

سادساً: قلق الخوف Phobia :

تعريف الخوف لغة:

جاء مفهوم الخوف في " لسان العرب " بأنه، خافه يخافه خوفاً وخيفة ومخافة ومنه التخويف والإخافة والتخويف، والنعت خائف وهو الفزع (ابن منظور، 1981م:1290) كما جاء مفهوم الخوف " في المعجم الوسيط " بأنه (خاف) خوفاً وخافة وخيفة: توقع حلول مكروه أو موت محبوب ويقال: خافه على كذا وخاف منه، وخاف عليه فهو خائف، خوفٌ خيفٌ والمفعول: مخوف، (الخوف): يقال سمع حوافهم: ضجتهم (الخوف): انفعال في النفس يحدث لتوقع ما يرد من المكروه أو يفوت من المحبوب (أنيس وآخرون، 1972م، ص262).

التعريف الاصطلاحي للخوف:

عرفته سليمان (2005م، ص21) أنه: حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني، تنتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر، وقد ينبعث هذا المؤثر من داخل الطفل، ويعد انفعال الخوف واحداً من أهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات ويلقائها لدى الإنسان، وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة أيضاً لدى الكائنات الأخرى. كذلك عرفه كريم (2005م، ص39) على أنه أحد الاضطرابات العصابية وهو خوف شاذ من موضوع أو موقف ما نتيجة رؤيته أو حتى تصوره والاحتكاك به، ويستجيب له الفرد إما بالهرب أو التجمد، وهي مخاوف قد لا يجد الفرد سبباً لها.

أنواع الخوف:

يذكر العبيدي (2009م، ص276) ست أنواع للخوف :

- 1- الخوف من الأماكن العالية (الأكروفوبيا)
- 2- الخوف من التلوث (ميسوفوبيا)
- 3- الخوف من الأماكن المزدحمة (اكلوفوبيا)
- 4- الخوف من التسمم والسموم (توكسوفوبيا)
- 5- الخوف من الأماكن المفتوحة (اوجورافوبيا)
- 6- الخوف من الأماكن المغلقة (كولستروفوبيا).

علاج الخوف:

يؤكد عكاشة (2003م، ص159) على أن علاج استجابة الخوف يعتمد على السبب الأولي للمرض الناشئ عنه الخوف سواء أكان مرضاً عقلياً أم نفسياً أم عضوياً.

كما يوجد العديد من العلاجات الطبية والنفسية والاجتماعية، كما و يذكر (غانم، 2006م، ص63) للمخاوف، فأما عن العلاجات الطبية؛ فإنه يوصف للمريض الأدوية المهدئة والمضادة للقلق، ثم العلاجات السلوكية المختلفة التي تعد أبرزها العلاج السلوكي الذي لا يبذل فيه المعالج مجهوداً كبيراً بل ينظر للاضطراب على أنه تعليم خاطئ، وأن عملية التشخيص والعلاج في العلاج السلوكي شيئان ملتزمان وفي هذا الإطار استطاع العلاج السلوكي أن يحقق سبقاً في علاج العديد من المخاوف.

ويضيف العبيدي (2009م، ص298) علاجات أخرى للمخاوف تتمثل في ضبط الخيال، والتعود على المواقف التي يخاف منها الشخص والايحاء الذاتي من خلال ترديد عبارات مثل: أنا شجاع ولا أخاف، إضافة إلى المعرفة لموضوع الخوف بشكل جيد.

سابعاً- البارانويا Paranoia :

تعريف البارانويا:

البارانويا في اللغة:

Paranoia كلمة بارانويا مؤلفة من شطرين: وتعني جانب Para.: وتعني العقل أي مجانية العقل والمنطق وهذا هو الهذيان. Noia.

عرفها البنا (2005م، ص228) حالة مرضية ذهانية، يميزها الأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت. أي الهذيان والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد، مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقي وعدم وجود هلوسات في حالة الهذاء النقي. أي أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنتظمة نسبياً.

عرفها ملحم (2001م، ص232) على أنها استجابات ذهانية تتميز بالهذات التي غالباً ما تكون هذات الاضطهاد أو العظمة وقد توجد الهلوسات أحياناً مع اضطراب في القدرة على الحكم والاستبصار، مما يساعد على نشوء الشك وسوء تأويل الحوادث والأمر.

يتضح مما سبق تتضح فيه أعراض الهذاء المختلفة كالشعور بالاضطهاد أو العظمة، والمريض في هذه الحالة تجده يشكو من ظلم البيئة ومن فيها، فهو تطارده أفكار وهمية بأن الآخرين يكيدون له، ويسميهم الحاسدين، والحاقدين والكارهين، وعندما تسأله كيف عرف ذلك، يجيبك أنه عرفهم وعرف تربصهم به من حركاتهم، ومن إشاراتهم، ومن تلميحاتهم لذلك ترى المريض يصم أذنيه بيديه، اتقاء هلوسات تداهمه كل حين، ويبقى ذاهلاً.

أعراض البارانويا:

يذكر أبو حجلة (2003م، ص175) خمسة أنواع من الأعراض البارانوية وهي:-

1. افكار الإشارة حيث يظن الفرد بأنه محط أنظار الناس.
2. توهمات الإشارة: وهي الاعتقاد الجازم بأن الآخرين يتكلمون عنه بالسوء ويشيرون اليه.
3. توهمات الاضطهاد: وهنا يعتقد الشخص أن أفراداً أو جماعاتٍ أو مؤسساتٍ تلاحقه وتحاول إيذائه.
4. توهمات العظمة: وهي توهمات تدور حول الاعتقاد بالعظمة مثلاً كأنه نبي.

ويقول زغير (2010م، ص284) أن الشخص المصاب بالبارانويا لا ينفصل عن الواقع ولكنه يفسر هذا الواقع حسب آرائه وتكون الأوهام مسيطرة عليه ومن الملاحظ أيضاً أن المصاب بالاضطهاد يكون شخصية اضطهادية يشعر دائماً أنه مظلوم من قبل الأسرة أو المجتمع، بينما نلاحظ المصاب بالعظمة أنه إنسان متكبر لا يشعر بالخجل والخوف، متمكن من الحديث أفكاره منتظمة ويكون شديد الملاحظة والانتباه ويمتلك قابلية الجدل والدفاع المنطقي ومن الصعوبة الكشف عن اضطراب في تفكيره أو عن أفكاره السلبية بل إنه يميل إلى الثقة بالنفس والعظمة.

ويتضح مما سبق أن هناك أعراضاً عامة للهذاء واعراضاً إكلينيكية، حيث إن الأعراض العامة أهمها الأوهام والهذيانات والمعتقدات الخاطئة الجامدة المنظمة الدائمة التي تغطي على البصيرة، والدفاع بحرارة عن هذه الأوهام والهذيانات ومحاولة إقناع الآخرين وتوجيه كل الاهتمام إليها وتمركز السلوك حولها، ويدور الهذاء عادة حول موضوع واحد مثل: الزواج أو الدين أو النشاط السياسي، وأوهام التأثير والتأثر، حيث يعتقد المريض أن قوى خارجية تؤثر فيه، وتسيطر عليه رغم إرادته، وأوهام جسمية في شكل أفكار غريبة وشاذة عن جسمه (كأن يعتقد أن الناس يتكلمون عنه ووسائل الإعلام تشير إليه)، والتمركز الشديد حول الذات. وتفسير سلوك الآخرين من وجهة نظر شخصية ذاتية بحثه مع الميل إلى تزييف الحقائق وتشويهها . وسوء التوافق الاجتماعي، والسلوك الجانح مع تغلب الغضب والعدوان والنقص الواضح في البصيرة .

أعراض الهذاء الإكلينيكية: هذاء العظمة أو توهم العظمة، حيث يعتقد المريض إعتقاداً قوياً بأنه شخص عظيم وأدكى وأقوى البشر، وأنه يحصل على قوة خارقة للكشف عن الظواهر الغيبية، أو أنه مرسل بدين جديد لهداية الناس، أو أنه حاكم أو زعيم أو قائد أو بطل كبير أو ملك ملوك العالم أو مخترع جبار أو نبي أو رسول، أو أغنى الأغنياء بما يملك من جبال من الذهب أو لديه

القدرة على قراءة أفكار الناس وفهم ما يدور بخلدكم دون الحاجة إلى الكلام ... إلخ، ويؤمن بأهميته وتفوقه وامتيازته وعظمته وخطورته ورفعته . وقد يعتقد أن لديه قوى خارقة أو سحرية .
هذاء الاضطهاد أو توهم الاضطهاد: حيث يعتقد المريض أنه شخص مضطهد مظلوم يسيء الناس معاملته، وأنه ملاحق من قبل هيئة أو منظمة أو شخص معين للاعتداء عليه أو قتله حسداً، أو غيرة منه، أو رغبة في التخلص من منافسته في العظمة وعلو الشأن أو أن الآخرين يحاولون ويخططون لإيذائه وتحطيمه وأنهم يكيدون له كيداً، ويأتمرون به ليقتلوه .

هذاء الهلوسة المزمنة: ويتصف بوجود اضطراب في المجال النفسحسي، يمثل الخلل الأساسي في هذا المرض، فإذا وجدت ضلالات، فإننا قد نستطيع أن نرجعها إلى هذا الاضطراب، وقد تأتي الهلوسات من أي مصدر من الحواس الخمس، مثل أن يشم المريض روائح كريهة، أو يرى مناظر بشعة، أو أن يعيش أي هلوسات أخرى وقد يسمع صوته، أو " صوتاً داخلياً، يهدد أو يعلق أو يؤيد أفعاله وسلوكه بصفة عامة، كما لا بد أن نشير أن الاضطراب النفسحسي لا يمثل نواة الضلالات فحسب، بل إنه يستمر يشغل حيزاً موازياً للضلالات في الصورة الإكلينيكية .

الهذاء التخيلي المزمّن: ويتصف بوجود تخيلات مرضية تسير جنباً إلى جنب مع الحياة الطبيعية، وهي ظاهرة تتصل بشكل ما بظاهرة الانشقاق، وإن كانت هذه الظاهرة تمثل إشكالاً تشخيصياً، فهي في موقف وسط بين الهلوسات من ناحية، وبين صور الذاكرة والذكريات من ناحية أخرى، كما أنها في موقف وسط بين حدوثها في وعي محور جزئياً لا هو بالوعي الواضح الثابت كالهلوسات ولا هو بالوعي البديل المختلف تماماً كالانشقاق الهستيري .

أسباب البارانويا:

يورد العيسوي(1999م، ص213) تفسير وذكر أسباب البارانويا في التالي:

العوامل البيولوجية حيث تمت دراسة هذه العوامل في نشأة البارانويا، ولم يتمكن العلماء من العثور على سبب من هذا النوع يرجع للوراثة أو العوامل الاستعدادية. أما بالنسبة للعوامل السيكولوجية فهي أكثر أهمية في نشأة اضطراب البارانويا بعضها يرجع للطفولة المبكرة وبعضها الآخر يرجع لسن متقدمة ومن هذه العوامل نوع العلاقة بين الطفل والديه، وبعض المرضى كان منعزلاً شكاكاً معانداً وعانى من الحرمان العاطفي والحب والحنان إلى جانب هذا يوجد شعور قوي بالدونية والنقص لدى هؤلاء المرضى يسعون لإخفائه بالتعالي والعظمة.

ويورد الباحثون بعض أسباب البارنويا والتي منها التالي:
الوراثة :

1. لها أثر هام في الاستعداد لهذا المرض، ويوجد في العائلة ومن أقارب المرضى وخاصة الوالدين - عادة - تاريخ إيجابي للمرض العقلي واضطرابات الشخصية .
2. الصراع النفسي بين رغبات الفرد في إشباع دوافعه وخوفه من الفشل في إشباعها لتعارضها مع المعايير الاجتماعية والمثل العليا، والإحباط والفشل والإخفاق في معظم مجالات التوافق الاجتماعي والانفعالي في الحياة والذل والشعور بالنقص وجرح الأنا، والاعتماد الزائد على حيل الدفاع، وظهور هذه الحيل في شكل أعراض الهذاء . ومن أهم حيل الدفاع هنا: الإنكار، والتبرير، والتعويض، والكبت، والإسقاط (مثل إسقاط الدوافع التي تؤدي إلى الشعور بالذنب إلى الخارج على مضطهدهم (زهران، 1977م، ص150).
3. اضطراب الجو الأسري وسيادة التسلطية والكف والنقد ونقص كفاية عملية التنشئة الاجتماعية، والفشل في تحديد مستوى طموح يتناسب مع القدرات (الرخاوي، 1997م، ص150).
4. تهديد أمن الفرد من خلال المنافسة أو الرفض أو الخزي أو الهزيمة .
5. خبرات الحياة الصادمة، والمشكلات التي تتركز حول احترام وقيمة الذات والمكانة الاجتماعية (زهران، 1977م، ص150).
6. اضطراب نمو الشخصية قبل المرض وعدم نضجها، تميل إلى غلبة السمات البارنوية والخيالية (18).
7. المشكلات الجنسية وسوء التوافق الجنسي، والجنوسة، وتأخر الزواج، والحرمان الجنسي، وتعزي مدرسة التحليل النفسي الهذاء إلى أنه نتيجة للجنسية المثلية المكبوتة والمسقطه، والشعور بالإثم (الرخاوي، 1997م، ص120).

علاج البارنويا:

من الممكن الاستفادة من استخدام العلاج بالصدمات مع العلاج النفسي في الحالات الحديثة ولكن في الحالات القديمة يصعب العلاج وهناك محاولات للعلاج بالجراحة ولكن لم تتأكد جدوى هذه الطريقة في العلاج. حتى الإيداع في المستشفيات العقلية يواجه عدداً من الصعوبات نظراً لحاجتهم لفترة طويلة من العلاج طويل المدى، ولقد وجد أنه من العوامل التي ساعدت في الشفاء رغبة المريض في الشفاء وبحثه عن النصيحة وفي جميع الأحوال فإن العلاج لا تتعدم فائدته على القليل من التقليل من تدهور الحالة وتحولها لحالة مزمنة، وتساعد المعالجة في تدعيم

الذات الوسطى لدى المريض بحيث تحتمل في المستقبل مواقف الضغوط بصورة أكثر فاعلية (العيسوي، 1999م، ص216).

يتضح مما سبق حالات الهذاء لا تحتاج إلى الإيداع في مستشفى الأمراض النفسية؛ لأن المرضى يظلون في إطار المعقول فيما يختص بالاتصال الاجتماعي فيما عدا ما إذا كانوا من النوع الخطر العدوانى المشاكس أو الجنسى، فيجب إيداعهم في المستشفى، ويبدأ العلاج بدراسة الأسباب التي دعت المريض إلى الاستثارة، والتي جعلت هذه المنظومة البارنوية تتصاعد في حدتها، حتى يتوقف التصالح النسبي بين أجزاء الشخصية، وبالتالي عجز التوازن القائم بين المنظومة البارنوية والجهاز السليم الواقعي، ولم يعد التوافق قادراً على الاستمرار دون تدخل أو تصادم .

ثامناً: الذهان Psychosis:

تعريف الذهان:

الذهان في اللغة:

ذاهنٌ يُذاهن، مُذاهنةٌ، فهو مُذاهن، والمفعول مُذاهن.

ذاهنٌ فلانٌ فلاناً: فاطنه وباراه في جودة الذهن.

ذُهَانٌ [مفرد]: (نف) اختلال شديد في القوى العقلية، يؤدي إلى اختلال جميع وسائل التكيف والتوافق العقلي والاجتماعي والمهني والديني، مع فقد القدرة على الاستبصار "ذهان هذيانى- أصيب بذهان (الرازي، 1986م، ص218).

عرفه زهران (1977م، ص85) هو اضطراب عقلي خطير، وخلل شامل في الشخصية، يجعل السلوك العام للمريض مضطرباً ويعوق نشاطه الاجتماعي.

عرفه زغير (2010م، ص254)الذهان بأنه عبارة عن اضطرابات تصيب الجهاز العقلي وتسبب اضطراباً حاداً في الوظائف النفسية المختلفة كالإدراك والتفكير والانفعال والذاكرة والشعور بالهلاوس السمعية والشمية والبصرية والحسية مع العجز عن القيام بنشاط فعال.

كذلك عرفه زكار (2013م، ص505) بأنه مرضٌ عقليٌ حيث تتصدع فيه الشخصية بشكل ملحوظ ويحدث تفكك فيها وتضطرب صلة المريض بالواقع ويحدث سوء إدراك لهذا الواقع، كما يحدث تدهور في المظهر العام للمريض، وقد تظهر بعض التصرفات الطفولية من المريض مثل: التبول على الملابس أو السير في الشارع في حالة التعري التام أو الجزئي.

ويتضح مما سبق أنه اضطراب عقلي خطير، يؤدي بصاحبه إلى تعطيل إدراكه واستيعابه وذكريته وعجزه عن رعاية نفسه، أي إلى الجنون، كما يصيب الشخصية والسلوك بالتفكك

والاضطراب، لذا يمنع المذهون أن تكون له علاقة بالآخرين، وهو لا يعي أنه مريض فهو فاقد الاستبصار، وتأتيه هلوسات وهذات، كما يرى الباحث أن الذهاني يعتبر أكثر اضطراباً وعجزاً عن العمل والتكيف للحياة من العصابي، كما أن اضطرابات الذهاني حاسمة وتمس التفكير والقدرة على التواصل مع الآخرين، وغالباً ما يحجز الذهانيون بمستشفيات الصحة العقلية؛ لتشكيلهم خطراً على أنفسهم والآخرين.

أعراض الذهان:

يشير العبيدي (2009م، ص428) إلى أن الذهان اضطراب شديد في الشخصية يؤدي لتوتر في الخبرات الداخلية للفرد على مظاهر السلوك الخارجي مما يؤدي لعدم السداد، كما يشعر المريض بالضلالات والخيالات، وتفكيره غير واقعي.

ويضيف باتل (2008م، ص13) بعض الدلائل البارزة على الذهان الحادّ أو الذهان قصير الأمد التي تظهر فجأةً وتدوم أقلّ من شهر وهي: اضطراب سلوكيّ حادّ، ولاسيّما كثرة الحركة العدوانية. سماع أصوات ورؤية أشياء لا يستطيع الآخرون سماعها أو رؤيتها. معتقدات غريبة. النفوه بكلام غير مترابط. وضع عاطفيّ يطغى عليه الخوف أو تقلّب سريع في الحالات العاطفية مثل الانتقال من البكاء إلى الضحك.

كما يورد الجسماني (1998م، ص98) أعراض الذهان شديدة إذا قورنت بأعراض العصاب، وعادة لا توجد مكاسب ثانوية مرتبطة بالأعراض، وفيما يلي أهم أعراض الذهان :

1. اضطراب النشاط الحركي، فيبدو البطء والجمود والأوضاع الغريبة والحركات الشاذة، وقد يبدو زيادة في النشاط وعدم الاستقرار والهياج والتخريب .
2. تأخر الوظائف العقلية تأخراً واضحاً، واضطراب التفكير بوضوح فقد يصبح ذاتياً وخيالياً وغير مترابط . ويضطرب سياق التفكير؛ فيظهر طيران الأفكار أو تأخرها، والمداومة والعرقلة، والخلط، والتشتت، عدم الترابط . ويضطرب محتوى التفكير، فتظهر الأوهام مثل أوهام العظمة أو الاضطهاد، أو الإثم أو الإنعدام ... إلخ. واضطراب الفهم بشدة وعادة يكون التفاهم مع المريض صعباً . واضطراب الذاكرة والتداعي، وتظهر أخطاء الذاكرة كثيراً . واضطراب الإدراك ووجود الخداع، ووجود الهلوسات بأنواعها البصرية والسمعية والشمية والذوقية واللمسية والجنسية، واضطراب الكلام وعدم تماسكه ولا منطقيته . واضطراب مجراه، فقد يكون سريعاً أو بطيئاً أو يعرقل، واضطراب كفه بالنقصان أو الزيادة، واضطراب محتواه حتى ليصبح في بعض الأحيان لغة جديدة خاصة، وضعف البصيرة أو فقدانها، وأحياناً يكون هناك انفصال كامل عن الواقع، ويشوّهه المريض ويعيش في عالم بعيد عن الواقع، ويبدو عدم استبصار

المريض بمرضه مما يجعله لا يسعى للعلاج ولا يتعاون فيه وقد يرفضه ويضطرب التوجيه بالنسبة للمكان والزمان .

3. سوء التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني .

4. اضطراب الانفعال، ويبدو التوتر والتبدل وعدم الثبات الانفعالي والتناقض الوجداني والخوف والقلق ومشاعر الذنب الشاذة، وقد تراود المريض فكرة الانتحار .

5. اضطراب السلوك بشكل واضح، فيبدو شاذاً نمطياً انسحابياً، واكتساب عادات وتقاليده وسلوك يختلف، ويبتعد عن طبيعة الفرد، وتبدو الحساسية النفسية الزائدة، ويضطرب مفهوم الذات .

يتضح مما سبق أن يعتبر الذهاني أكثر اضطراباً وعجزاً عن العمل والتكيف للحياة من العصابي، كما أن اضطرابات الذهاني حاسمة وتمس التفكير والقدرة على التواصل مع الآخرين، وغالباً ما يحجز الذهانيون بمستشفيات الصحة العقلية؛ لتشكيلهم خطراً على أنفسهم والآخرين.

ويتميز الذهاني عن العصابي بخصائص، منها: عدم الاستبصار بالمرض، فقدان الصلة بالواقع، والاختلال بإدراك الزمان والمكان، والخطر على نفسه والآخرين (بالمعنى القانوني)، وهناك فرق بين الذهان العضوي والذهان الوظيفي، فالذهان العضوي يكون سبب الاضطراب يكون اختلال أو إصابة عضوية بالمخ أو الجهاز العصبي، وأما الذهان الوظيفي فيصعب تحديد عوامل بيولوجية محددة لأسبابه.

الأسباب :

تعود بعض أسباب الاضطراب كما يذكر العبيدي (2009م، ص428) لعوامل عضوية أو حدوث اضطراب في وظائف الجهاز العصبي ويحتمل وجود دور للعوامل الوراثية في الاضطراب، كما يؤثر الذهان على جوانب مختلفة في الشخصية ويكون المريض غير مسؤولٍ عن تصرفاته. كما تعود أسباب الاضطراب كما يذكر (راجح، 1990م، ص158).

1. الاستعداد الوراثي المهيء، إذا توافرت العوامل البيئية المسببة للذهان.

2. العوامل العصبية والسمية والأمراض مثل التهاب المخ وجروح المخ وأورام المخ والجهاز العصبي المركزي والزهري والتسم وأمراض الأوعية الدموية والدماغ كالنزيف وتصلب الشرايين.

3. الصراعات النفسية والإحباطات والتوترات النفسية الشديدة، وانهيار وسائل الدفاع النفسي أمام هذه الصراعات والإحباطات والتوترات .

4. المشكلات الانفعالية في الطفولة والصدمات النفسية المبكرة .

5. الاضطرابات الاجتماعية وانعدام الأمن وأساليب التنشئة الخاطئة في الأسرة مثل الرفض والتسلط والحماية الزائدة ... إلخ.

ويتضح مما سبق أن الذهان لا ينشأ في الكثير من الحالات عن سبب وظيفي فقط، أو سبب عضوي فقط، إنما يتكامل السببان عادة في تكوين الذهان مع غلبة السبب العضوي في الذهان العضوي، وغلبة السبب الوظيفي في الذهان الوظيفي، ولهذا فليس من المستبعد وجود سبب عضوي وراء الذهان الوظيفي، ولا وجود سبب وظيفي وراء الذهان العضوي .

علاج الذهان:

جميع حالات الذهان تعالج في مستشفى الأمراض النفسية، وذلك لما يحدثه الذهان من اضطراب شامل للشخصية، ولما يؤدي إليه ذلك من سوء التوافق، ولما يصاحبه من نقص في البصيرة . وفيما يلي أهم ملامح علاج الذهان :

أولاً: العلاج الطبي بالعقاقير المضادة للذهان، كالمهدئات لضبط الانفعالات والسلوك . والعلاج بالصدّات الكهربائية تمهيداً للعلاج النفسي، والتأهيل الطبي النفسي .

ثانياً: العلاج النفسي الشامل والتدعيمي فردياً أو جماعياً . وتعديل السلوك الغريب أو الشاذ وتحقيق السلوك العادي بقدر الإمكان، مع الاهتمام بعلاج مشكلات المريض بالاشتراك مع الأسرة .

ثالثاً: العلاج الاجتماعي وإعادة التثبيح والاندماج الاجتماعي وإعادة التعليم الاجتماعي، وتشجيع التفاعل الاجتماعي وتنمية المهارات الاجتماعية . والعلاج البيئي والتدخل المباشر في تعديل البيئة، والعلاج بالعمل .

رابعاً: الجراحة النفسية (كحل أخير وبعد فشل جميع الوسائل العلاجية)، بشق مقدم الفص الجبهي، وذلك حتى يقل الإجهاد والتوتر وردود الفعل الانفعالية(البنا، 2006م، ص190).

يؤكد أبو حجلة(2003م، ص170) أن الأدوية المضادة للذهان لها فعالية بارزة في علاج الأعراض الموجبة مثل الهلوس والتوهّمات واضطرابات السلوك الشديدة، وهي أقل تأثيراً في الأعراض السالبة مثل الجفاف العاطفي واللامبالاة وفقدان الرغبة في العمل، كما ثبتت أهمية العلاجات المضادة للذهان في منع الانتكاس وخاصة إذا رافقها أنواع العلاجات النفسية والاجتماعية المناسبة.

ويتضح مما سبق أن هناك نوعين فقط من الاضطرابات الذهانية التي يُمكن اعتبارها مؤقتةً وقابلةً للمعالجة:الاضطراب الذهاني الناجم عن تعاطي بعض المواد، ، الاضطراب الذهاني الناجم عن حالات صحّية، من الممكن في هاتين الحالتين أن تزول الأوهام والهَلُوسات زوالاً دائماً بعد خضوع المريض للمعالجة. لا يوجد علاجٌ للأشكال الأخرى من الاضطرابات الذهانية. لكنّ المعالجة يُمكن أن تقيّد في ضبط الأعراض وتخفيفها، فمع الاستفادة من هذه المعالجة، يُمكن لكثير من

المرضى أن يتحسنوا إلى حد يجعلهم قادرين على مواصلة حياتهم على نحو مقبول، و تختلف معالجة الاضطرابات الذهانية باختلاف الاضطراب، وقد يُمكن استخدام أدوية لضبط الأعراض، إضافةً إلى المعالجة النفسية بالجلسات، وهناك أدويةٌ مضادّةٌ للذهان يُمكنها تخفيف كثير من أعراض الاضطرابات الذهانية، وهذه الأدويةُ تعمل من خلال تغيير التوازن الكيميائي لبعض المواد في الدماغ. من الممكن أن يتطلّب الأمرُ محاولاتٍ متعدّدةً قبلَ التوصلِ إلى معرفة الدواء الذي يكون له مفعول أفضل بالنسبة للمريض، لابدّ من استشارة الطبيب لمعرفة الأدوية التي يُمكن أن تكون ناجحة، يُمكن تجنّب أو تقليل حالات النكس من خلال المواظبة على تناول الدواء طوال المدّة التي يقررها الطبيب، فالأعراضُ تعود إلى الظهور إذا لم يتناول المريض أدويته، ولا يجوز أبداً أن يبدأ المريض بتناول أيّ دواءٍ ولا أن يتوقّف عن تناوله من غير موافقة الطبيب أوّلاً، بعد العثور على الدواء المناسب، يُمكن أن يستفيد المريض من بعض أشكال المعالجة النفسية الاجتماعية. إن المعالجة النفسية الاجتماعية تركز على مساعدة المريض فيما يتعلق بالجزء الاجتماعي والانفعالي من مرضه، تعدّ مهارات السيطرة على المرض من خلال أنشطة ارشادية علاجية وداعمة من الأمثلة على المعالجات النفسية الاجتماعية؛ فهذا النوع من المعالجة قادر على مساعدة مريض الاضطراب الذهاني على تعلّم كيفية التعامل مع مرضه. يعدّ التنقيف العائلي أحد أشكال المعالجة النفسية الاجتماعية. ويركّز هذا التنقيف على طرق من أجل مساعدة العائلة كلها على تعلّم كيفية تلاؤم أفرادها مع هذه الحالة المرضية في حياتهم اليومية. من الممكن أيضاً أن تكون إعادة التأهيل مفيدةً في مساعدة مريض الاضطراب الذهاني في العثور على عمل. كما تتضمن أيضاً تعليم المريض بعض المهارات المتعلقة بالحياة اليومية. هناك أيضاً مجموعات المساعدة الذاتية التي توفر الدعم للأشخاص المُصابين بالاضطرابات الذهانية ولعائلاتهم أيضاً. وتعدّ المعالجة النفسية شكلاً آخر من أشكال المعالجة التي يُمكن أن تساعد المرضى على تدبير أعراض مرضهم. يُمكن في بعض الحالات أيضاً الاستفادة من معالجات إساءة استخدام المُخدّرات والكحول. إن تناول المخدرات غير المشروعة وشرب كميات كبيرة من الكحول مشكلة يعاني منها بعض الأشخاص المُصابين بالاضطرابات الذهانية. كما أنّ احتمال التزام المريض بالخطة العلاجية يتراجع كثيراً عندما يكون هذا المريض ممّن يتناولون المخدرات أو الكحول. إنّ استخدام المخدرات والكحول يُمكن أن يقلّل أيضاً من فعالية الأدوية. من الممكن أن يؤدي تدخين السجائر أيضاً إلى تقليل فائدة الأدوية المضادة للذهان. وقد يكون المريض في حاجة إلى مساعدة طبية للكفّ عن التدخين، لأنّ التدخين يُمكن أن يجعل الأعراض تتفاقم على نحو مؤقت. المعالجة بالتخلّيج الكهربائي شكلاً آخر يُستخدم لمعالجة حالات الاكتئاب الشديد. لكن من الممكن استخدامه

أيضاً مع أمراضٍ نفسيةٍ أخرى من قبيل الفُصام مثلاً. خلال المعالجة بالتخليج الكهربائي، يجري تمرير تيار كهربائي لفترة وجيزة عبر الدماغ، وذلك من خلال الجمجمة؛ وهذا يسبب "توبات صرعية" للمريض. وقد تكون هذه المعالجة مفيدة في "إعادة ترتيب" الدماغ وتخفيف الأعراض. يعدُّ دخول المستشفى خياراً ممكناً في الحالات الخطيرة من الاضطرابات الذهانية. ويوصي الطبيب عادةً بإدخال المريض إلى المستشفى عند وجود احتمال لقيام المريض بإيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين. يُمكن أن يوصي الطبيب أحياناً بالمعالجة السكنية بالنسبة للأشخاص الذين يحتاجون إلى مكانٍ "داعم" للعيش في أثناء تلقّي المعالجة الخاصة باضطرابات الشخصية.

ولا بد من ذكر أن الظروف الصعبة وخاصة ظروف الحروب وما ينتج عنها من خبرات صادمة انعكس على الحياة النفسية للإنسان وتؤدي لظهور أعراض نفسية مختلفة مثل اضطرابات الخوف والقلق والإكتئاب وحالات الضغط النفسي المختلفة. كل ذلك يمكن التعامل معه من خلال التدخلات العلاجية المختلفة "نفسية واجتماعية ودوائية"، مبنية على دراسات محددة حتى تعطي نتائج أفضل مع التأكيد على أهمية المتابعة والالتزام بذلك.

المبحث الثاني: الخبرة الصادمة

مقدمة

يعتبر ابن سينا من أوئل الذين نجحوا مع غياب التقنيات الحديثة في دراسة العصاب الصدمي دراسة معمقة، وكان أول من درس العصاب الصادمة وآثاره النفسية والجسدية في تاريخ الطب، على أن تسمية العصاب الصدمي هي تسمية يرجع الفضل في استخدامها للعالم أوبنهايم (Oppenheim) عام (1884)، حيث استخدمها لوصف حالة الشعور بتهديد الحياة واقتراب الموت، فقد كان له الفضل في عزل وتمييز هذا العصاب بوصفه يخلف آثاراً نفسية ناجمة عن الرعب المصاحب لحادثة من حوادث القطارات.

لقد كان مصطلح العصاب الصدمي أو الأمراض النفسية الصدمية قبل الحرب العالمية الأولى يستخدم لوصف وتشخيص تلك الحالات الناجمة عن حوادث السكة الحديديّة، أو الكوارث المروعة الأخرى التي تهدد حياة الفرد، ولما جاءت الحرب العالمية الأولى، وهددت أعداداً كبيرة من الناس وشكلت بهذا عسباً صدمياً جماعياً، اتخذ هذا العصاب أهمية قصوى، واتسعت حقول دراسته، ثم جاءت الحرب العالمية الثانية لتعيد إحياء الاهتمام بهذه الدراسة التي لا تزال تزدهر بسبب الحروب المتطرفة التي تنشب هنا وهناك.

وهكذا تطور مفهوم العصاب الصدمي حتى يكاد أن يتحول إلى تخصص متفرد في علم نفس الكارثة، وما أحوجنا في العالم العربي عامة، وفي فلسطين خاصة، إلى مثل هذا التخصص في دراسات الكوارث (أبونجيلة، 2001م، ص 118).

تعريف الصدمة النفسية:

مصطلح الصدمة النفسية يستخدم ليشير إلى أي حدث أو مجموعة من الأحداث التي يتعرض لها الفرد خلال حياته، نتيجة ظروف خارجة عن إرادة وسيطرة الفرد، كالحروب والكوارث الطبيعية والإصابات الجسدية الخطيرة وحوادث الطرق والحرمان العاطفي والفقر والتعرض للاغتصاب أو الخطف والانفصال المفاجئ عن الوالدين (Thabet, 1996, p7).

تعريف الخبرات الصادمة:

الخبرة في اللغة:

1. خَبِرَ ، خُبِرًا وخِبْرَةً الشيء: علمه عن تجربة.

تَخَابَرَا : خَبِرَ كُلُّ مَنَهُمَا الْآخَرَ إِخْتَبَرَ الشَّيْءَ: جَرِبَهُ وَامْتَحَنَهُ. الخُبْرُ: التَّجْرِبَةُ وَالِاخْتِبَارُ .

يقال "صدق الخبر الخُبْر" أي أن الاختبار بالمشاهدة أثبت الخبر المسموع .المختبر :مكان معد للاختبارات والتحليلات الكيماوية وغيرها.

الخبير جمع خبراء في اصطلاح المحاكم :هو صاحب خبرة يعين للتدقيق في مختلف الأمور التي تتعلق بشتى القضايا.المخبر والمخبرة والمخبرة-:إدراك الشيء بالاختبار لا بالنظر (المنجد، 1986م، ص167).

الصدمة فى اللغة:

صدم ، صدماه دفعه وضربه بجسده ويقال " صدمه أمر شديد "أي أصابه، ويقال " صدمته حميا الكأس " إذا سكر.

صادم مصادمة ، ضربه تصادم، واصطدم الفارسان :أي ضرب أحدهما الآخر بنفسه وتزاحما.

الصدمة المرة من صدم، الدفعة الواحدة يقال " صرعه بصدمة "وأعطاه رزق شهرين صدمة" أي بدفعة واحدة.

رجل مصدم :محارب شجاع.

وفي مصدر آخر صدم (صدمه) ضربه بجسده وبابه ضرب و(صادمه) و(تصادما) و(اصطدما) وفي الحديث" الصبر عند (الصدمة)الأولى: معناه أن كل ذي مرزئة فُصاراه الصبر ولكنه إنما يحمى عند حدثها (المنجد، 1986م، ص210).

الخبرات الصادمة اصطلاحاً:

عرفها(Lemperier,et al., 2006, p.178) أنه وضعية أو حدث ضاغط لمدة قصيرة أو طويلة استثنائياً مهدد أو كارثي الذي يثير عرضاً لظاهرة الضيق عند أغلبية الافراد.

كما عرفها(حميد، 2011م، ص12)هو حدث من غير الأحداث اليومية الذي يثير عند الفرد الضيق والشدة، ويمكن أن يمثل مواجهة حقيقية مع الموت، هذا التطور يسمح بإدراك حضور أعراض صدمية في صعوبات لا يكون الموت حاضر لكنه ضمنى.

كما عرفها ثابت(1998م، ص4) بأن الحوادث التي نسميها خبرات صادمة هي تلك التي تحتشد فيها الحياة النفسية في فترة وجيزة جدا من الزمن بفضل تضخيم من التنبيه لا يمكن تمثيله أو تعديله بالطرق العادية، مما يترتب عليه اضطرابات دائمة في توزيع الطاقة النفسية على أنها حالة هستريا وقال أن أعراض الهستريا هي بقايا ورمز لخبرات صادمة منذ الطفولة.

كما عرفها عبدالقادر (1993، ص427) الخبرة الصادمة بهذا المعنى حدث في حياة الإنسانية، أو هي تجربة معاشة تؤدي خلال فترة وجيزة لزيادة جد كبيرة من الإثارة تتحدد تبعاً لشدتها وللعجز الذي يجد المرء نفسه فيه (ضعف الأنا وقوته)، وبحاجتها (الصدمة)، أو محاولة خفض الحصر الناجم عنها بحلول سوية ملونة تنتهي إلى الفشل في بعض الأحيان مما يفطر الأنا للقيام بدفعاته لمواجهةها وتختلف الدفعات تبعاً لقوة الأنا وطبيعة التثبيتات، وتوقفات مرحلة النمو العامة، وقد تكون آثار الصدمة النفسية مؤقتة في حين أنها تستمر لدى البعض مما يجعلهم في حاجة إلى العلاج النفسي لتخطي أثارها السلبية على شخصياتهم وذلك بناء على مدى صلابة الجهاز النفسي واستعداده لدى كل فرد .

كما عرفتها الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل الشخصي والإحصائي الرابع -DSM (DSM-IV.1994) (American Psychiatric Association, 1994,p.24) الخبرة الصادمة بأنها: التعرض لحادث صدمي على نحو مفرط الشدة متضمناً خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي ينطوي على موت فعلي، أو تهديد بالموت، أو إصابة شديدة، أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتاً أو إصابة، أو تهديداً لسلامة الجسم لشخص آخر، أو أن يعلم عن موت غير متوقع، أو نتيجة لاستخدام العنف، أو عن ضرر شديد، أو تهديد بالموت أو الإصابة ، مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة أو لبعض الأصدقاء المقربين.

كما عرفتها (جامعه القدس المفتوحة، 2009م، ص356) على أنها تعرض الفرد لحادث صادم سواء أكان بواسطة التهديد الجسدي أم النفسي أم التعرض الفعلي للموت أو إصابة الفرد نفسه أو الآخرين، ويشمل ذلك الخوف الشديد، والشعور بالتوتر الشديد، والشعور بالعجز والرعب. كما عرفها (حسنين، 2004م، ص8) الخبرات الصادمة بأنها الأحداث المفاجئة والمربكة التي ينتج عنها عدم قدرة الفرد على السيطرة والتصرف وأخذ القرار المناسب والسريع بسبب الازدياد الغامر أو النقصان الحاد في نشاط المتلقي مما يؤدي إلى توقف مؤقت أو دائم في قدرته على التكيف تبعاً لحدة الخبرات ولمستوى ونوع التدخل.

وكذلك عرفها (عيوش وآخرون، 2001م، ص40) بأنها: عبارة عن حدث خارجي فجائي غير متوقع، يكون الحدث شديداً بحيث يترك الطفل مشدوداً ومذهولاً، و يكون هذا الحدث خارجاً عن نطاق تحمل الطفل، و قد تكون هذه الأحداث فردية أو اجتماعية. من خلال ما ورد من تعاريف للصدمة النفسية، يخلص الباحث بان جميع التعريفات اتفقت على أن الصدمة هي حدث أو مثير أو منبه يطرأ على الفرد، هذا المنبه فجائي، غير متوقع، ضخم بحيث

لا يمكن لشخصية الفرد وكيونته تحمل هذا الحدث، وهذا الحدث يؤدي إلى اضطرابات نفسية وصعوبات ونكبات، تجعل الفرد يتجه نحو سلوك غير الذي كان عليه بحيث لا يستطيع العودة إلى سلوكه السابق للحدث الصادم، ويكون سبب هذا الحدث الصادم بعض الحوادث والمنبهات الطبيعية كالأعاصير، العواصف، البراكين، والزلازل، وغيرها من الكوارث الطبيعية، ومنها ما يكون من صنع الإنسان نفسه: كالحروب، التعذيب، الاعتقال، الاغتصاب، القتل، وما إلى ذلك من أفعال، وجميعها (الطبيعية، والتي من صنع الإنسان) تهدد الحياة، أو تتدد بالموت، إلا أن سيجموند فرويد قد أرجع سبب هذا الحدث الصادم إلى أعراض هستيرية هي بقايا لخبرات صادمة منذ الطفولة.

أنواع الأحداث الصادمة:

يوجد أنواع كثيرة من الأحداث الصادمة التي يمكن تقديمها في كوارث جماعية وفردية.

1. الأحداث الصدمية الجماعية:

أ. الحوادث، الانفجارات، الحريق، وحوادث العمل.

ب. الاعتداءات: الجسمية في الحروب، والتعذيب وغيرها.

الحوادث الفردية:

أ. الاعتداءات الفردية: اعتداءات، اغتصاب، اعتداء جنسي مع أو بدون تهديد بالموت، عنف

زواجي، حادث مرور، سرقة بالتهديد، أخذ الرهائن الاعتداءات على الأطفال القصر.

ب. سوء المعاملة للأطفال، للأشخاص العاجزين، أو الافراد المسنين: الأضرار الجسمية واللكمات،

المنع من الأكل والحرية، ولكن الشتم والبهذلة والاعتداءات والمهنية.

ج. حوادث العمل : التنكيل المهني أو الجنسي (Kedia M et all, 2008, p. 22).

العوامل المسببة للصدمة النفسية عند الأفراد:

هناك العديد من المسببات والتي تكون بمثابة صدمة تجعل الفرد يمر بالأعراض المعروفة

بأعراض ما بعد الخبرة الصادمة والتي منها بشكل عام:

1. وفاة احد أفراد الأسرة أو أي شخص مقرب نتيجة لأحد أشكال العنف.

2. مشاهدة احد أشكال العنف من تخويف أو إرهاب أو قتل شخص مقرب أو تعذيبه.

3. المشاركة في الأعمال العدائية كالقتال وحمل السلاح.

4. الفصل عن الوالدين وخصوصا في السنوات الست الأولى من عمر الطفل.

5. التهجير القصري للعائلات من أماكن سكنهم لمناطق أخرى.

6. الوقوع كضحية لأحد أشكال العنف مثل الاعتقال والتعذيب والتوقيف.

7. التعرض للقصف والأعمال الحربية الخطيرة.

8. المعاناة من الإصابة الجسدية أو الإعاقة (عودة، 2010م، ص25).

أما العوامل المسببة للخبرة الصادمة عند الافراد الفلسطينيين فهي كثيرة إلى جانب العوامل السابقة ونذكر منها ما يلي:

1. هدم المنازل:

إن مشاهدة الطفل لبيته وهو ينسف ، أو يقلق، أو لا يستطيع الوصول إليه ، يكون له بالغ الأثر عليه، فتنتابه أحاسيس شتى بالغضب، الحزن، والخوف من المستقبل ، ففي دراسة (Thabet et al, 1997) تبين أن 2.9 % من الأطفال شاهدوا بيوتهم وهي تنسف، بينما 15.4 % من الأطفال شاهدوا بيوت الآخرين وهي تهدم.

2. المداهمات الليلية:

حيث أن الأطفال تعرضوا للمداهمات الليلية المتكررة وذلك خلال الانتفاضة الأولى، وكذلك انتفاضة الأقصى المباركة، وبعض المداهمات التي يقوم بها جيش الاحتلال في هذه الأيام.

3. الغارات الوهمية:

وقد شنت هذه الغارات خلال انتفاضة الأقصى، وقد كان لها بالغ الأثر على الطفل والكبير، وذلك لغرابة الصوت وضجيجه العالي مما يثير الخوف بين المواطنين.

4. القصف المتكرر والانفجارات والقذائف:

حيث أدت إلى ظهور أعراض الصدمة النفسية عند الأطفال، وذلك بالخوف من الأصوات المرتفعة، ومشاهدة الطائرات، والدبابات.

5. استنشاق الغاز وغاز الفسفور الأبيض:

إن هذا النوع من الصدمات يجعل الطفل في لحظة من اللحظات غير قادر على التقاط أنفاسه فيكون لديه إحساس بأنه يموت، وهنا يصاب بحالة من الهلع الشديد، ويبدأ في البحث عن مخرج لكي يلتقط أنفاسه ، ففي دراسة على 1200 طفل في قطاع غزة تبين أن 87.4 % من الذين قد تعرضوا (ثابت، 1998م، ص16) إلا أن الدراسة التي نحن بصدد القيام بها ستدرس تأثير غاز الفسفور الأبيض؛ وذلك لاستحدثاته في المواجهات بين جيش الاحتلال والمواطنين في قطاع غزة.

6. استشهاد احد الوالدين أو الإخوة أو الأقارب:

ففقدان عزيز يؤثر سلبا على الطفل، حيث أن مشاهدة هذه الأحداث أو السماع بها تؤدي بالطفل إلى الصدمات النفسية، وكذلك مشاهدة أعمال العنف، من ضرب و اهانة احد الوالدين أو الإخوة أو الأقارب ، ففي دراسة (أبوهين وآخرون، 1993م) تبين أن 39.5 % من الأطفال شاهدوا أعمال العنف.

الخبرة الصادمة لدى الأفراد:

عادة ما تصاحب الصدمات النفسية خبرات صادمة من المتوقع أن يكون لها الوقع السيئ على البناء النفسي للفرد، ويتوقف تأثير الصدمات النفسية كما حددها (الخطيب، 1999م، ص119). على كثير من العوامل منها شدة ومقدار ما يتعرض له الفرد من صدمة نفسية، و مدى إدراك وتقييم الفرد للحدث الصادم.

1. العمر الزمني والعمر الشخصي للفرد، والخبرات السابقة باعتبارها متطلب سابق لإكساب الصدمة النفسية.

2. الدعم الاجتماعي للحدث الصادم، و نمط الشخصية التي يتميز بها الفرد.

3. المتغيرات الوسيطة: إن الخبرة الصادمة تتوقف على مجموعة من المتغيرات الوسيطة مثل (الأسرة، ومصادر الطفل، ومركز التحكم، والمساندة، والعوامل الوالدية، والجو السياسي والاجتماعي، كما حدد هيرمان (Herman, 1997: p. 50) مقدار ودرجة التوتر النفسي لدى الفرد في الظروف والمواقف غير العادية يعتمد على الكيفية التي يدرك بها الحدث المؤلم الذي يمكن ملاحظته على النحو الآتي:

توتر جسدي: ويتضح ذلك في حالة الإنذار المكرر الذي يظهر على هيئة توتر فسيولوجي يشمل الزيادة في سرعة ضربات القلب وارتفاع شديد في ضغط الدم وسرعة في التنفس وتوتر في حركة انقباض وانبساط العضلات وزيادة في إفراز البول والعرق.

توتر ذهني: ويظهر على هيئة مشكلات ذهنية مختلفة منها (ضعف في التركيز وتمحور في التفكير واضطراب في الذاكرة).

توتر سلوكي انفعالي: ويتضح من خلال المظاهر السلوكية العنيفة وغير المنتظمة التي تظهر على هيئة توتر انفعالي في سلوك الفرد ومن الملاحظ أن عدم تحقيق الطفل نجاحاً في سلوكه المضطرب غالباً ما يؤدي إلى انسحاب الفرد من المواقف.

المثيرة ويمكن تشخيصه من خلال المظاهر الرئيسية الثلاثة التالية لأكثر من شهر:

إعادة تمثيل الخبرة: وتتمثل فيما يأتي:

1. استرجاعات متكررة للحدث تتصف بأنها تقتحم التفكير والتوتر والهم وتشمل صوراً لما حدث وأفكار ومدركات وأحلام مفعمة ومتكررة للحدث.

2. التصرف أو شعور وكأن الحدث المسبب للصدمة يعاود الوقوع.

3. ردود فعل نفسية أو بدنية حادة لدى التعرض لأمر تذكر أو ترمز لأحد مظاهر الحدث.

4. الصادم سواء كانت هذه الأمور داخلية أو خارجية (حجازي، 2004م، ص16).

التجنب والحذر: تجنب عنيد للمثيرات المرتبطة بالصدمة وحذر في القدرة على الاستجابة مما لم يكن موجوداً قبل الصدمة يشار إليها بما يأتي:

1. بذل الجهد لتجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالصدمة النفسية.
2. بذل الجهد لتجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص الذين يستثيرون استرجاع الصدمة.
3. عدم القدرة على تذكر مظاهر هامة من الحدث.
4. تساؤل ملحوظ للاهتمام أو المشاركة في الأنشطة البارزة.
5. الشعور بالانقطاع عن الآخرين أو الغربة عنهم.
6. مدى محدود من المشاعر مثلاً عدم القدرة على الشعور بالمحب.
7. الإحساس بضيق المستقبل مثلاً توقع عدم النجاح المهني أو الزواج أو الحياة القصيرة.
8. الأعراض المستمرة للاستثارة المتزايدة (لم يوجد قبل الصدمة) كما تتضح فيما يلي:

الاستثارة الدائمة:

1. صعوبات في استهلال النوم أو الاستمرار فيه والهيجان أو نوبات الغضب.
2. صعوبات التركيز وتيقظ شديد.
3. استجابات مبالغ فيها للإجفال.

يؤثر اضطراب التوتر اللاحق للصدمة النفسية على سلامة الأفراد بشكل جدي من النواحي العلمية والأكاديمية والمهنية، ولا يظهر الأشخاص المتأثرون بالصدمة النفسية بالضرورة كافة الأعراض الموصوفة أعفاً، ففي بعض الحالات قد تمر شهور أو سنوات قبل ظهور تلك الأوجه.

توتر اجتماعي انفعالي: ويظهر من خلال المخاوف المرضية والقلق والتوتر والانزعاج ونوبات الغضب وسهولة الاستثارة الانفعالي والرفض للمعايير الاجتماعية السائدة ومقاطعة الناس وارتفاع درجة الحساسية العاطفية للطفل (الخطيب، 1999م: ص120).

ومما سبق يتضح الباحث الحالي أن في كثير من الحالات عندما يصاحب الصدمة حالة من الترقب وتوقع الخطر يعيش الفرد حالة من القلق الشديد والمستمر، ولذا يسعى إلى تجنب كل ما يقربه من مكان أو زمان أو أشياء أو أفراد، وهو في حينه يعيش حالة من الرعب المستمر على هيئة مشاعر الحزن والغضب الشديد المصحوبة بالإذلال الشديد والإحساس البالغ بالهوان، ومن هنا تبدأ الاضطرابات السلوكية النفسية المترتبة على ذلك في الظهور سواء في المجال النفسي أو الاجتماعي أو الأكاديمي، ويكون ذلك على حسب شدة التركيز والانتباه وعدم الخلود إلى النوم أو الراحة في أثناء ممارسته الحياة اليومية، ومن الملاحظ أن أعراض الصدمة النفسية تشمل أعراضاً واضطرابات على المستوى النفسي والفسولوجي منها الاكتئاب والقلق والفرع الليلي وفقدان الشهية وقلة الأكل وفقدان

الطفل للاهتمام بالأحداث التي تدور من حوله وعدم الاستمتاع بالحياة اليومية وعدم الاستقرار والالتزان الانفعالي، بالإضافة إلى فقدان كثير من الطاقة الجسمية والعقلية ويكون مصحوباً بصعوبة في التفكير والتركيز والانتباه واتخاذ القرار، وفي النزاعات المسلحة يصبح القصف، وإلقاء القنابل، وتدمير البيوت، والاعتقال، والاحتلال، والطرده، والنفي، والإساءة، والتعذيب، والاغتصاب، والتشويه، والقتل كلها إجراءات من الحياة اليومية للمدنيين، خلال هذه الظروف يتعرض الأطفال والراشدون لمحنة دائمة وخصوصاً لخبرة صادمة نفسياً، وغالباً ما تكون خبرة الصدمة النفسية مصحوبة بانطباعات حسية شديدة وهي تتناقض وتهز الافتراضات الأساسية التي يحملها الناس اتجاه استقرار حياتهم، وإمكانية التنبؤ بها وتوفر الخبر في الجنس البشري، ويصاحب خبرات الصدمة النفسية في الغالب انطباعات حسية شديدة تلتصق بالذاكرة للأبد، لذلك فإن الأطفال هم أحوج ما يكونون للحماية والرعاية من أخطار التعرض للأزمات النفسية والمواقف الضاغطة نظراً لعدم اكتمال بنائهم النفسي وبالتالي عدم الصمود في مواجهة المثيرات المكررة مما يعيق تقدمهم النفسي والانفعالي بدرجة تسمح لهم بالتكيف مع الخبرة المؤلمة اللاحقة (الخطيب، 1999م، ص 120).

تأثير الحدث الصدمي في المعتقدات الأساسية لدى الفرد:

من خلال تعامل الفرد مع أسرته ومع عالمه الصغير تتكون لديه صورة بسيطة عن نفسه وعن الحياة تسمى افتراضات أساسية تتلخص في: أنه شيء محبوب من المحيطين به، وأنهم يقومون بحمايته ورعايته ولا يعرضونه للخطر، وهم قادرون على ذلك، وأن هناك منطفا يحكم العالم وهو أن الخير دائماً ينتصر، لأن الله يحب الأخيار ويحميهم ويساعدهم.

وعند تعرض الفرد للحدث الصادم فإن هذه الافتراضات أو القناعات الأساسية تنزلزل، وتتهدم في لحظة الاعتداء على الفرد hgwydv أو ذويه، حيث يرى كل شيء يتغير أمام عينيه، فتهتز كل ثوابته، ويتعرض للتناثر والتشتت، وتتعرض صورته عن نفسه وعن العالم للتشوه، وبما أن تكوينه المعرفي والوجداني لم ينضج بعد، لذلك تكون الآثار عميقة ومؤثرة بشكل أكثر من الكبار.

وقد يقول قائل: إن الفرد الأصغر سنالديه القدرة على التأقلم مع الأحداث ربما تفوق قدرة الكبار؛ وذلك بسبب عدم وجود تصورات جاهزة كثيرة عن العالم لديه، وبالتالي فهو أكثر تقبلاً للتصورات والأنماط الواقعة فعلاً دون مقارنتها بنمط قياس.

وهذا القول صحيح من ناحية، ولكنه من ناحية أخرى يعني أن التأقلم حين يحدث في هذه الظروف فإنه يؤدي إلى تثبيت أفكار واتجاهات العدوان والانتقام وعدم الثقة في أي (جامعة القدس المفتوحة، 2009م: 363).

العوامل المؤثرة في استجابات الأفراد للخبرة الصادمة:

ليس كل الأشخاص الذين تعرضوا إلى صدمة نفسية يصابون باختلال نفسي لأن هناك عدة عوامل وسيطة تلعب دور الحماية أو الحفظ مثل: الشخصية، أو المزاج، والعوامل الجينية، والأمراض النفسية الأخرى، وإستراتيجيات التأقلم، والعوامل العائلية، والاجتماعية والثقافية المختلفة ، ويمكن تقسيم العوامل التي تؤثر على استجابة الفرد إلى ثلاث مجموعات رئيسية وهي، عوامل تتعلق بالحدث الصادم، عوامل تتعلق بشخصية الفرد، وعوامل تتعلق بالمحيط الخارجي وهي كالتالي:

طبيعة الحدث الصادم:

يمكن تحديد طبيعة الحدث الصادم بعدة أبعاد منها ما يتعلق بنوع الخبرة الصادمة، فالأشخاص الذين يتعرضون لخبرات صادمة تتضمن تهديداً بالموت أو الإصابة وتهديد السلامة الجسدية الشخصية(الناجون) يكونون أكثر تأثراً، ويكونون عرضة للاضطرابات النفسية الناتجة عن الخبرات الصادمة أكثر من الأفراد الذين يتعرضون لمشاهدة أو لسماع مواقف وأحداث صادمة تتضمن تهديد بالموت أو الإصابة وتهديداً السلامة الجسدية للآخرين(Wenar & Kerig, 2000, p178-188) ودرجة القرب من الحدث الصادم تلعب دوراً في استجابة الفرد للخبرة الصادمة، فالشخص الذي يتعرض بيته للقصف أو إطلاق النار وهو بداخله يتأثر بالحدث الصادم أكثر من الشخص الذي لا يتعرض بيته للقصف أو إطلاق النار، كما تؤثر شدة الصدمة النفسية من حيث استمرار التعرض للأحداث الصادمة لفترة زمنية طويلة، والتعرض لأكثر من حدث صادم، كما أن المناطق التي تشهد حروباً تلعب أيضاً في درجة استجابة الشخص للخبرة الصادمة ودرجة التأثير بها وتجعله أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية الناتجة عن الخبرات الصادمة (شعت، 2005م، ص33).

عوامل تتعلق بشخصية الفرد:

بينت الدراسات والأبحاث التي أجريت على الأشخاص الذين طورو اضطرابات نفسية بعد الصدمة وجود علاقة بين الشخصية السابقة والمزاج وتطور اضطرابات نفسية لديهم فيما بعد، ووجود اضطرابات نفسية سابقة لدى الفرد الذي يتعرض لخبرات صادمة يزيد من احتمال تطور الاضطرابات النفسية الناتجة عن خبرات صادمة أكثر من الأفراد الآخرين الذين لا يوجد لديهم على الأطفال الفلسطينيين ، اضطرابات سابقة، وفي دراسة أجراها (Thabet et al, 1997) في قطاع غزة وجد أن الأطفال الذين كانوا يعانون من مشاكل سلوكية انفعالية كانوا أكثر عرضة للتأثر بالخبرات الصادمة و الإصابة بالأمراض النفسية الناتجة عن مواقف صادمة، وبعد سنة وجد الباحثون بأن هناك انخفاضاً في نسبة المشاكل السلوكية والانفعالية نتيجة ابتعاد الأطفال عن الخبرات الصادمة ، ويقول ثابت أيضاً أن الجنس له دور بارز هنا حيث أظهرت تلك الدراسة أن

الفتيات في سن المدرسة يظهرن أعراضاً نفسية أكثر من الأولاد، ولكن مشاكل السلوك العدوانى أكثر عند الأولاد (Thabet et al, 1997 p.20).

عوامل تتعلق بالمحيط الخارجى:

تعتمد استجابة الطفل للأحداث الصادمة ودرجة التأثير بها إلى حد بعيد على استجابة الوالدين أو الأشخاص الذين يعتبرون قدوة للطفل، وترتبط الطفل علاقة معهم مثل المعلم فى المدرسة، أو احد الإخوة والأخوات الكبار، أو ربما بعض الأصدقاء والأقارب، هذا الأمر ينعكس على درجة الدعم الأسرى للطفل حين يتعرض لموقف صادم، كذلك يؤدي مستوى الدعم الاجتماعى فى المدرسة والمجتمع بشكل عام دورا مهما فى الحد من آثار الخبرات الصادمة على المدى القريب والبعيد، ويقال من احتمال الإصابة باضطرابات نفسية ناتجة عن الخبرات الصادمة (Turner, 1999, p.188).

ردود الفعل الناتجة عن الخبرات الصادمة:

من الطبيعى أن تظهر ردود فعل صعبة لدى الأطفال حين تعرضهم للمواقف الضاغطة ومن الطبيعى أن تختلف تعبيرات الأطفال عن الحدث الضاغط والصادم و بالتالى تظهر لديهم العديد من الاستجابات المختلفة و التي هي ردود فعل للخبرات الصادمة.

ويمكن تقسيم ردود فعل الفرد للحدث الصادم قسمين:

أ . ردود قصيرة المدى:

وهو ردود الفعل قريبة المدى، والمقصود بها ردود الفعل الفورية والسريعة للحدث الصادم، والتي تظهر كالغثيان والإغماء، وفقدان الوعي، أو أعراض فسيولوجية، كارتفاع ضغط الدم، وسرعة ضربات القلب، واحمرار الوجه ، كذلك البكاء، والصراخ، والإحساس بالعجز، أو التبلد الانفعالي أحيائاً، والأحلام المزعجة، والكوابيس وغير ذلك.

ب . ردود بعيدة المدى:

وهو ردود الفعل بعيدة المدى وهي التي تظهر بعد مرور فترة زمنية معينة على الحدث الصادم ومنها تجنب المواجهة والانطواء واستعادة الحدث الصادم، وغيرها.

أعراض ما بعد الصدمة:

تبدأ أعراض ما بعد الصدمة فى الظهور بعد تعرض الفرد لخبرة صادمة أو مجموعة من الخبرات، خلال الأيام أو الأسابيع الأولى من التعرض للحدث الصادم ، بشرط أن تستمر هذه الأعراض أكثر من شهر، بالإضافة إلى أنها يجب أن تشمل على مجموعات الأعراض الثلاثة وهي أعراض إعادة تمثّل الخبرة الصادمة، وأعراض التجنب والخدر، وأعراض الاستشارة (شعّت، 2005م، ص42).

هذه المجموعات الثلاث تؤثر على النواحي النفسية الرئيسية الثلاث وهي الناحية الانفعالية، الناحية السلوكية، والناحية الفكرية والاتجاهات، الأمر الذي يجعل الشخص المصدوم غير قادر على ممارسة نشاطاته اليومية الاعتيادية والتي كان يمارسها بشكل طبيعي قبل تعرضه للحدث الصادم . وهذه المجموعات هي على النحو التالي:

1. استعادة الذكريات المؤلمة للحدث الصادم:

تأخذ مجموعة إعادة تمثيل الحدث الصادم أشكالاً وصوراً من الأعراض مثل الاسترجاع ويمكن ملاحظته ، (Flash Back) المتكرر للحدث الصادم المصحوب بالألم كشريط سينمائي في الأطفال من خلال إعادة اللعب، حيث يقوم الأطفال بإعادة تمثيل الأحداث التي مروا بها من خلال اللعب، أو من خلال الكوابيس المتكررة أثناء النوم، ونلاحظها عند الأطفال من خلال الاستيقاظ من النوم مصحوباً بالبكاء أو الخوف (الفزع الليلي)، أيضاً تشمل هذه المجموعة الشعور المفاجئ مصحوباً بالخوف والتوتر وربما الفزع كما لو أن الحدث سيعاود الحدوث مرة أخرى، بالإضافة إلى الشعور بالضيق والألم عند مرور الشخص بحدث يذكر الشخص بالحدث الصادم السابق، عملية التذكير بالحدث يمكن أن تتم عن طريق الشم، السمع، والرؤية عند الأطفال (Sadock, 2000, p. 214). أي أنه بعد فترة من إصابة الطفل يحدث عنده استعادة للخبرة الصادمة ويكون ذلك عن طريق صور متلاحقة في مخيلته لما حدث ولا يستطيع منعها حيث يتذكر نفس المكان الذي تعرض فيه للصدمة أو اللون الذي كان يرتديه المعتدي، وقد تكون الاستعادة عن طريق سماعه لنفس الأصوات التي كانت موجودة أثناء الصدمة، أو يشم نفس رائحة المكان الذي حدثت فيه الصدمة، أو عن طريق لعبه بألعاب شبيهه بما حدث أثناء الصدمة وهو ما يسمى باللعب الصدمي.

2. تجنب المواجهة:

يحاول الشخص المصدوم دائماً وجاهداً الابتعاد المستمر عن المواقف التي من الممكن أن تذكره بالخبرة الصادمة مع تخدر واضح في العاطفة والاستجابة العامة، ويمكن ملاحظة أعراض مختلفة تتميز بالتجنب والخدر مثل محاولات الشخص المستمرة لتجنب الأفكار والمشاعر، والأماكن، والأشخاص والمواقف التي من الممكن أن تذكره بالحدث الصادم، ولعل النسيان النفسي يحدث نتيجة هذا التجنب المقصود عند البالغين ولكنه لا يحدث في الأطفال، بالإضافة إلى أعراض الخدر حيث يشعر الشخص بالتشاؤم والإحباط الشديد، وأيضاً الشعور بالغرابة والابتعاد عن الآخرين الذين كانت تربطه معهم علاقات اجتماعية قوية كالأصدقاء والزملاء، وعلاقات عاطفية كالزوج، أو الأبناء، أو الإباء، والأمهات، والإخوة، كذلك يمكن ملاحظة الانخفاض الواضح في الاهتمامات اليومية بالفعاليات المختلفة (Turner, 1999, p.642) .

أي أنه يكون بابتعاد الطفل عن الأماكن التي شاهد فيها أحد الرموز في حياته كالأب أو الأم وهم يتعرضون للضرب أو الإهانة ، ويتجنب حتى الألوان التي تذكره بالملابس التي كان يلبسها المعتدون، فنرى الطفل منطوياً، ويبتعد عن الفعاليات التي كان يقوم بها قبل حدوث الصدمة، ويصاب بتبلد الإحساس، وهذوء زائد، ويفقد قدرته على العطاء الوجداني.

3. الخوف الزائد:

ويكون ذلك بخلاف الخوف الطبيعي عند الأطفال حيث أنه يبدأ، بعد حدوث الصدمة، في الخوف من الأشياء التي لم يكن يخاف منها سابقاً مثل الخوف من الظلام، والخوف من الشارع، أو القطط والكلاب، وذلك بصورة دائمة تجعله أحياناً لا ينام إلا مع والديه خوفاً من فقدانهم.

4. النكوص إلى أنماط سلوكية مختلفة:

وأعني هنا رجوع الطفل إلى عادات سلوكية سابقة قد سبق له تعلمها وإتقانها، فنراه يعاني من حالة تبول أو تبرز لإرادي أو كلاهما معاً، ليلاً أو نهاراً أو كلاهما معاً أو يرجع مرة أخرى لمشكلة مص الإصبع.

5. تدني التحصيل الدراسي:

إن تكرار تذكر الحدث الصادم بشكل مستمر يجعل الطفل لا يستطيع التركيز في أي شيء حتى في دروسه أو متابعتة للمعلم أثناء الشرح وبالتالي يبدأ مستواه الدراسي في النزول تدريجياً.

6. تقلبات المزاج والعواطف:

إن تعرض الطفل لحدث صادم يجعله في حالة من الذهول، وقد ينفجر في البكاء، ويصبح هذا تصرفاً متكرراً، فقد نجد ببيكي في المدرسة دون سبب، أو لمجرد تعرضه لضغط بسيط يجعله ينفجر في البكاء.

7. ردود الفعل النفس جسمية:

إن ردة فعل بعض الأطفال للحدث الصادم تكون عن طريق عدم المقدرة على الكلام، أو الشلل التام، أو الحركة والصداع، وآلام البطن، وفقدان الشهية، والآلام المختلفة في أنحاء الجسم، والتشنجات الهستيرية.

8. اضطرابات الكلام:

قد يفقد الطفل القدرة على الكلام نتيجة مروره بحدث صادم سواء أكان ذلك بشكل كلي أو إصابته بتأتأة، وقد يصبح هذا التصرف تصرفاً يومياً وملازماً للطفل (شعت، 2005م، ص48).

9. كثرة الحركة و عدم الاستقرار:

يميل الأطفال الذين يتعرضون للضغط نتيجة وجودهم في أجواء العنف إلى عدم الاستقرار و كثرة الحركة، وهي علامة من علامات تأثر الطفل بالمواقف الصعبة وعدم الاستقرار، ورغم أنها سلوك طبيعي وسط المواقف الضاغطة إلا أننا بحاجة إلى تنبيه أذهان الوالدين إلا أن الموقف الضاغط و الصادم هو الذي أدى إلى كل هذه التغيرات الحركية و السلوكية لدى الطفل.

10. العنف و العدوان:

وهو رد فعل الطفل بالخوف و التوتر ،فقد يزداد شعور الطفل بآثار الضغط الواقع عليه فيلجأ إلى التعبير عن ذاته بشكل أكثر حدة و أكثر عنفاً و يظهر ذلك في علاقة الطفل مع الأخوة أو الأطفال الآخرين مثل الضرب والشتم وعندما يتعذر على الطفل التعبير عن ذاته بشكل مباشر، فإنه يلجأ للتعبير بشكل غير مباشر ويكون بتكسير الأشياء المادية، أو إتلاف ممتلكات الأخوة، أو اللجوء إلى سلوك من أجل إيذاء الآخرين.

11. ازدياد التنبه للمؤثرات الخارجية:

إن تعرض الأطفال لمختلف أنواع الخبرات يحدث تغيرات بيولوجية و نفسية تؤدي إلى زيادة التنبيه في الإحساس لدى الطفل فترى ذلك الطفل يقوم مفزوعاً من نومه في الليل متصبباً بالعرق الغزير نتيجة لمشاهدة كوابيس كلها حول الخبرة الصادمة التي تعرض لها هذا الطفل، أو تجده يلتفت في النوم ذات اليمين و ذات الشمال، غير قادر على الخلود إلى النوم، أو يقوم في ساعات الصباح الأولى ولا يستطيع الرجوع إلى النوم مرة ثانية، ونتيجة هذا التنبيه الزائد يؤدي إلى ظهور تصرفات عدوانية لدى الطفل، فنراه فجأة بدون مقدمات يهاجم أخوته و أصحابه ويكسر الأغراض في البيت، ويبدأ في تمزيق ملابسه و التصرف بشكل هستيري (ثابت، 1998م، ص73).

12. اللوازم الحركية:

إن تعرض الطفل لصدمة في حياته تؤدي إلى ظهور حركات لا إرادية تكون إما على شكل حركات في العينين و تكون تلك الحركات متكررة وسريعة إما في جانب الفم أو في حركات الكتفين، وتؤدي إلى مضايقة من أهل الطفل وأصدقائه في المدرسة بالإضافة إلى ردود الفعل السابقة لنذكر على سبيل المثال: المخاطرة، والاندفاعية، والسلوك المنحرف المؤذي، والعدوانية لدى الأطفال.

النظريات المفسرة للخبرة الصادمة:

هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير الخبرة الصادمة، ومن هذه النظريات: نظرية التحليل النفسي، النظرية السيكلوجية، نظرية معالجة المعلومات، نظرية التعلم و التشريط، النظرية المعرفية، وسأقوم بالحديث عنها بشيء من التفصيل كما يلي:

1. نظرية التحليل النفسي:

لقد قدم التحليل النفسي تاريخياً تفسيرات عن عصاب المعارك الحربية لدى الجنود، وكان لفرويد في أوائل القرن الماضي كتاباته في هذا الشأن (مقدمة في سيكولوجيا أعصاب الحرب)، ودراسات حول (العصاب الصدمي) لدى الأشخاص الباقين على قيد الحياة بعد خبراتهم في معسكرات التدريب النازي، ويفترض هذا النموذج أن الشدة أو الصدمة قد أعادت تنشيط صراع نفسي قديم غير محلول، وانبعثت أو تجدد الرض الطفولي ينتج عنه نكوص واستخدام للآليات الدفاعية مثل الكبت والإنكار والإلغاء، وينبعث الصراع من جديد حين يحدث الموقف الصادم وتحاول الأنا أن تسيطر على الموقف لتخفيف القلق.

وبذلك نرى أن النظرية التحليلية قد اهتمت بالصراعات الداخلية عند المصاب، وقد أرجع فرويد سبب هذا الاضطراب إلى انبعث المشكلات التي كان يعاني منها المصدوم في الطفولة، واستخدامه لإنزيمات الدفاع للسيطرة على القلق، وإن أي مكاسب أو محفزات خارجية من بيئة الفرد كالتعاطف والمحفزات المالية هي التي تعزز هذا الاضطراب أو تديمه، وبذلك يكون فرويد قد أغفل البيئة الخارجية للمصابين وركز على شخصيته قبل الإصابة بالصدمة (أبونجيلة، 2001م، ص127).

2. النظرية السيكلوجية:

حاول كل من جرين، ويلسون، وليندزي (Green, Wilson, Lindsey) أن يضعوا تفسيراً نفسياً واجتماعياً للصدمة النفسية، وهم يعتقدون بأن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدثها وطبيعتها، ومن جهة أخرى على شخصية المصدوم ودور البيئة.

إذ كلما كانت العوامل النفسية والبيئة ملائمة، كلما كان المصدوم قادراً على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد مقبول.

3. نظرية معالجة المعلومات:

إن معالجة المعلومات تعتبر من أهم النظريات التي حاولت أن تفسر اضطراب ما بعد الصدمة، فالانبيات أو المنبهات تغزونا من كل حذب وصوب، قسم منها يستوعبه الدماغ وتتم معالجته ترميزاً، حل الترميز، السلوك، بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لأن المنبهات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي، جهاز الاستقبال كما هي الحال مثلاً في الكوارث والصددمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه والاضطراب في معالجة المنبهات وفي هذه الحالة تبقى المنبهات الصادمة ناشطة وبشكلها الخام وهي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة والأمان. غير أن الشخص المصدوم

يلجأ عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل: النكران، والتبليد، والتجنب، وهذه الوسائل تشكل السمات البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة (يعقوب، 1999م، ص70).

يرى الباحث أن الصدمة حسب نظرية تحليل المعلومات تكون عبارة عن حدوث منبهات وخبرات جديدة، خارجة عن إطار المعلومات والمعارف الموجودة عند الشخص المصاب فلا تجد لها مكان من الخبرات السابقة فتحدث هنا الصدمات حيث تكون هذه المنبهات الجديدة طارئة وخارجة عن الإطار المعروف للفرد.

ويبدو أن المنبهات الصادمة لا تغيب عن وعي الشخص بل إنها تغزو وبعنف رأسه من وقت لآخر، وتؤدي إلى المشاعر المؤلمة والصور والأفكار المأساوية المرتبطة بالصدمة (كوابيس، أفكار وصور دخيلة) وهكذا تبقى المنبهات الصادمة تضغط على الشخص حتى تتم معالجتها بشكل كامل ولكن يبدو انه ليس من السهل حدوث ذلك نظرًا لطبيعة الصدمة التي تبقى ناشطة في الذاكرة عصبية عن تحديد معنى لها، ولذلك يحدث تأرجح دائم بين عمليات التكرار للأنفعالات وتجنبها، لعدم القدرة على احتوائها في البناء المعرفي، والإنكار والتبليد كوسيلة دفاع تبقى المعلومات خارج الوعي أو في اللاشعور قبل أي محاولة علاجية لاحتواء الصدمة، والهدف هو اكتمال معالجة المعلومات الصادمة أو المثيرات وذلك عندما يتم تمثّل الواقع أو المنبهات الصادمة بنجاح مع النماذج المعرفية للمصاب، ولكن إذا لم يتم هذا التغيير فإن الخبرة الصادمة ستظل بشكلها الخام والنشط بلا معالجة (مكماهون، 2002م، ص20).

4. نظرية التعلم و التشريط:

هناك نوعان من التعلم القائم على الاشتراط:

التشريط الكلاسيكي:

الذي يدرس ردة فعل الجسم أو الكائن إزاء ضغوط البيئة (المنبهات) وفيها يكون الشخص خاضعاً لتلك الضغوط وليس له الخيار في تبديلها (بافلوف)

التشريط الفاعل:

بحيث يكون فيه الفرد قادرًا على التحرك والرد على منبهات البيئة بالشكل الذي يراه مناسبًا. ولكن كلما كان الرد صحيحًا يكون التعزيز (مكافأة) حافزًا لاستمرار العمل، والعكس بالعكس، إن الشخص المصدوم يحاول أن يهرب من المنبهات الذي تذكره بالصدمة (تجنب)، وهذه المنبهات قد أصبحت مؤلمة للشخص لأنها اقترنت مثلًا بعمليات التعذيب أو تزامنت معها. من هنا يبدو أن الماضي المؤلم (التجربة الصادقة) يستمر عبر الحاضر والمستقبل وكانت الصدمة تغطي على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم.

إن نموذج السلوكي يساعدنا على فهم الخبرة الصادقة من خلال نظرية التشريط ، فالصددمات والنكبات والحروب وأعمال العنف تعتبر بمثابة منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابة الخوف، وردات فعل فيزيولوجية مطلقة ، ويجري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة، أو تتشابه مع أدواتها، ويتحدث عن الإنذار المكتسب، أي أن تعميم الخوف، الخطر يمكن أن ينظر إليه على أنه استجابة قد تم اكتسابها عن طريق الاشتراط (أسعد، 1994م، ص96).

5. النظرية المعرفية:

إن العمليات المعرفية هي أساس فهم الخبرات الصادمة في رأي النظرية المعرفية، وإدراك الفرد للأحداث، والمواقف، والأشخاص يعتمد بشكل جوهري على ما يشكله الفرد من سير وخطط معرفية، يدرك بها ومن خلالها الأشياء والمواقف والأشخاص، وهذه الخطط والصيغ تتكون في مرحلة الطفولة من خلال علاقة الطفل مع أسرته؛ فان كانت هذه العلاقة تتسم بالاهتمام والحب والتقبل والتقدير يحكم الطفل على نفسه وعلى الأسرة والمجتمع حكماً ايجابياً مريحاً وأمناً، ويدرك ذاته وأسرته والمجتمع في الحب والاحترام والتقدير، فإذا تعرض لخبرة صادمة أو تجربة ضاغطة من الممكن أن يتجاوزها من خلال نظريته التفاضلية للأشياء، ومن خلال مساعدة أسرته المحبة له ومجتمعه العطوف الداعم والمساند، وان كانت الخبرات الطفولية التي عاشها الطفل تتسم بالإهمال والرفض وعدم التقدير؛ فان الطفل بالضرورة سيشعر بعدم الأمان وعدم الرضا وهنا الشعور السلبي سيجعله يعطي حكماً سلبياً على المجتمع ككل (ذاته، أسرته، مدرسته، الوسط الاجتماعي) وإذا كانت الذات والأسرة والمجتمع لا تمنحه الأمن والأمان والطمأنينة لذا فسيبالغ في توقع الخطر والشر في المستقبل وستزداد حياته تعقيدا ومن المحتمل أن يصاب اضطرابات نفسية ناتجة عن الخبرات الصادمة(العنبي، 2001م، ص122).

وعلماء النفس عادة يحكمون على عواقب العنف من وجهة نظر الفرد نفسه الذي عاش التجربة(عنف سياسي، جسدي، تهديد، فقدان، حوادث) والدراسات النفسية في السابق اعتمدت على تفسيرات نظرية فرويد (نظرية التحليل النفسي) بشكل جوهري وأساسي أما ما تمت مؤخرا فاعتمدت بشكل واسع على النظرية المعرفية.

فتبعاً لفرويد (1926م) بسلوك الإنسان أن أساس الخبرات الصادمة هو الشعور بالعجز فالإنسان عندما يشعر بأنه غير قادر على التصرف بشكل مناسب عند مواجهة الخطر يشعر بأنه عاجز . (أما النظرية المعرفية) فتربط الخبرات الصادمة أو الضغوط بالفرد نفسه والبيئة المحيطة فالنظرية المعرفية تعتبر الفرد والبيئة متداخلان، فالبيئة من وجهة نظرها تزيد من قدرة الفرد على التكيف والعكس وهناك تشابه بين النظرية التحليلية والنظرية المعرفية في فهم وتفسير علاقة الفرد في البيئة

تحت الظروف الصادمة فكلاهما يعتبر العلاقة علاقة رد فعل وبان علاقة الفرد بالبيئة تضطرب عندما تزداد المطالب الخارجية أو الداخلية التي تقع على عاتقه فيقوم الفرد بتحريك مصادره ليصلح العلاقة ولكن هناك اختلافا بين النظرية التحليلية والنظرية المعرفية في طريقة فهم مصدر الخبرات الصادمة وفي طبيعة العمليات النفسية التي تتبع التعرض للحدث الصادم، في التأكيد على العوامل الاجتماعية الوسيطة فالنظرية التحليلية ترجع الصدمة إلى الماضي أي إلى الخبرات التي تمت معاشتها في الماضي، والتي قد تكون مقموعة أو مكبوتة أي إلى العجز التي قد يعود إلى الظهور مرة أخرى عند مواجهة حالة الخطر أي أن المدرسة التحليلية تؤكد الصراعات اللاشعورية والأجهزة الدفاعية لأنها من وجهة نظرهم تقرر استجابة الفرد للحدث الصادم أما النظرية المعرفية فتتظر إلى الاستجابات النفسية كاستجابات لأحداث خارجية رئيسية، وهذه الاستجابات يعتبرها علماء النظرية المعرفية استراتيجيات شعورية واعية وأنشطة يبذلها الفرد للتكيف مع الأحداث الصادمة (قوته، 2001م، ص10).

تعليق على النظريات المفسرة للخبرة الصادمة:

من خلال ما سبق في عرض النظريات المفسرة للصدمة النفسية نرى أنها تباينت في تفسيرها للحدث، فمنهم من نظر إليها من الجانب الداخلي لها متغافلا الجوانب الأخرى (العصبية الفسيولوجية، المعرفية، الاجتماعية، السلوكية) وذلك في نظرة التحليل النفسي، أما أصحاب النظرية المعرفية فارجعوا الصدمة إلى مدى توافق المعلومات التي تلقاها الفرد والمعلومات التي لديه، بمعنى كمية الخبرات التي لدى الفرد عن الموقف والحدث الصادم، وبذلك تكون قد أغفلت شخصية الفرد ومكوناته الداخلية، أما آخرين فارجعوا الصدمات إلى علم مجرد من تدخل الإنسان وذلك من خلال الهرمونات العصبية والإفرازات التي تنتجها الغدد، إلا أن بافلوف رأى أن الصدمة تكون نتيجة التعلم واكتساب المهارات التي من خلالها يمكن التعامل مع الأحداث.

الخبرات الصادمة من وجهة نظر الإسلام:

يقول الله في كتابه العزيز: "رَبَّنَا وَلَا تُحَمِّلْنَا مَا لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِ" (البقرة، آية: 286). أي لا تحملنا ما لا قدرة لنا عليه من التكليف والبلاء. إشارة إلي الخبرات الصادمة (الصابوني: ص181).

يقول الرسول صَلَّى الله عليه وسلم "الصبر عند الصدمة الأولى" أي أنه صلوات الله وسلامه عليه يعرف الصدمة بأنها {الحدث المفاجئ والقوي الذي يصعب احتمالته} ولكن رغم صفات الصدمة القاسية يدعو الرسول صلى الله عليه وسلم الأمة الإسلامية إلى الصبر والاحتمال عند الابتلاء والمقاومة وعدم الانهيار (الجوزية: ص30).

الصبر على البلاء:

إن الله سبحانه وتعالى جعل الصبر جواداً لا يكتبو وصارماً لا ينبو وجنداً لا يهزم وحصناً حصيناً لا يهدم ولا يتلم ، فهو والنصر أخوان شقيقان ، فالنصر مع الصبر والفرج مع الكرب والعسر مع اليسر وهو أنصر لصاحبه من الرجال بلا عدة ولا عدد، ومحلّه من الظفر كمثل الرأس من الجسد، ولقد ضمن الوفي الصادق لأهله في محكم الكتاب أنه يوفيههم أجرهم بغير حساب، وأخبرهم أنه معهم بهدايته ونصره العزيز وفتح المبين، فقال تعالى : " إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ " (البقرة، آية: 153).

فظفر الصابرون بهذه المعية بخير الدنيا والآخرة ، وفازوا بها، بنعمة الباطنة والظاهرة، وجعل سبحانه الإمامة في الدين منوطة بالصبر اليقين فقال تعالى ويقول اهتدى المهتدون : " وَجَعَلْنَا مِنْهُمْ أُمَّةً يَهْدُونَ بِأَمْرِنَا لَمَّا صَبَرُوا ۖ وَكَانُوا بِآيَاتِنَا يُوقِنُونَ " (السجدة، اية، 24).

وأخبر أن الصبر خير لأهله مؤكداً باليمن فقال تعالى : "وَلَئِن صَبَرْتُمْ لَهُوَ خَيْرٌ لِلصَّابِرِينَ " (النحل، آية: 126).

وأخبر أن مع الصبر والتقوى لا يضر كيد العدو ولو كان ذا تسليط فقال تعالى : " وَإِن تُصِيبْكُمْ سَيِّئَةٌ يَفْرَحُوا بِهَا وَإِن تَصْبِرُوا وَتَتَّقُوا لَا يَضُرُّكُمْ كَيْدُهُمْ شَيْئاً إِنَّ اللَّهَ بِمَا يَعْمَلُونَ مُحِيطٌ " (آل عمران ، آية: 120).

ينقسم الصبر إلى ثلاثة أقسام:

1. صبر على الأوامر والطاعات .
2. صبر على النواهي والمخالفات.
3. صبر على الأقدار و الأفضية.

وعلق الفلاح بالصبر والتقوى، يقول تعالى: " يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اصْبِرُوا وَصَابِرُوا وَرَابِطُوا وَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ " (آل عمران ، آية: 200).

ما ورد عن الصبر من نصوص السنة:

في الصحيحين من حديث أنس بن مالك رضي الله عنه أن الرسول صلى الله عليه وسلم أتى امرأة تبكي على صبي فقال لها " اتقي الله واصبري"، فقالت: وما تبالي بمصيبتي، فلما ذهب قيل لها: إنه رسول الله صلى الله عليه وسلم فأخذها مثل الموت فأنتت بابيه فلم تجد على بابيه بوابين فقالت يا رسول الله :لم أعرفك، فقال " إنما الصبر عند أول صدمة"، وفي لفظ " عند الصدمة الأولى "وقوله" الصبر عند الصدمة الأولى "مثل قوله" ليس الشديد بالصرعة إنما الشديد الذي يملك نفسه وقت الغضب."

فإن مفاجآت المصيبة لها روعة تززع القلب وتزعجه بصدمة، فإن صبر للصدمة الأولى انكسر حدها وضعفت قوتها فهان عليه استدامة الصبر، وأيضاً فإن المصيبة ترد على القلب وهو غير موطن لها فتزعجه وهي الصدمة الأولى، وأما إذا وردت عليه بعد ذلك توطن لها وعلم أنه لا بد منها فيصير صبره شبيه الاضطرار، وهذه المرأة لما علمت أن جزعها لا يجدي عليها شيئاً جاءت تعتذر إلى النبي صلى الله عليه وسلم كأنها تقول له قد صبرت فأخبرها أن هذا الصبر إنما عند الصدمة الأولى.

وفي صحيح مسلم عن أم سلمة قالت سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول " ما من مسلم تصيبه مصيبة فيقول ما أمره الله إنا لله وإنا إليه راجعون، اللهم أجرني في مصيبتى واخلف لي خيراً منها"

وفي صحيح مسلم من حديث عائشة عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال " لا يصيب المؤمن من شوكة فما فوقها إلا رفعه الله بها درجة وحطّ عنه بها خطيئة".

مرض أبو بكر رضي الله عنه فعادوه، فقالوا: ألا ندعو لك الطبيب فقال: قد رأني الطبيب قالوا فأبي شيء قال لك؟ قال: إني فعال لما أريد. قال عمر بن الخطاب رضي الله عنه: (وجدنا خير عيشنا بالصبر).

وقال أيضاً: (أفضل عيش أدركناه بالصبر ولو أن الصبر من الرجال كان كريماً) ، وقال علي ابن أبي طالب رضي الله عنه: (ألا إن الصبر من الإيمان بمنزلة الرأس من الجسد، فإذا قطع الرأس بار الجسد، ثم رفع صوته فقال: إنه لا إيمان لمن لا صبر له .وقال الصبر مطية لا تكبو) وقال الحسن : (الصبر كنز من كنوز الخير لا يعطيه الله إلا لعبد كريم عنده) وقال عمر بن عبد العزيز : (ما أنعم الله على عبد نعمة فانتزعها منه فعاذه مكانها الصبر إلا كان ما عوضه خيراً مما انتزعه.

(القرني، 2002، م، ص 107).

تعقيب عام على الإطار النظري:

بعد الاطلاع الموسع الذي قام به الباحث على المراجع والكتب التي تهتم بمجال التوجيه والإرشاد النفسي، وكتب الصحة النفسية والتي تتحدث عن أعراض الاضطراب النفسي، لما له من أهمية كبرى لدى المهتمين بمجال الإرشاد النفسي وبرامجه، فقد قام الباحث بعرض الإطار النظري لأعراض الاضطراب النفسي للدراسة، وعلاقة ظهور الأعراض النفسية لحدوث الحرب حيث إن هذه الحرب تركت تأثير نفسي كبير أدى إلى ظهور كثير من الأعراض النفسية وتم تقديم شرحاً تفصيلياً له في دراسته وهي كالآتي: عرض مقدمه عن الاضطراب النفسي، ثم شرح تفصيلي له

ومنه (الاضطراب النفسي - الوسواس القهري - الاكتئاب - القلق، مع عرض العديد من التعريفات في هذا المجال، وتحدث أعراض القلق هي : الأعراض العضوية (الجسمية) للقلق، الأعراض النفسية (الانفعالية) للقلق الأعراض السيكوسوماتية (النفس جسمية) للقلق، الأعراض الاجتماعية للقلق، الأعراض المعرفية للقلق، ثم تحت عن قلق الخواف، وأنواع الخواف، ثم تم التطرق الي البارنويا، وأعراض البارنويا، ثم تم التطرق الي الذهان، وأعراض الذهان، وأخيراً تم التطرق علاج كل اضطراب.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الدراسات التي تناولت الاضطراب النفسي.

الدراسات التي تناولت الأحداث الصادمة.

التعقيب العام على الدراسات السابقة

أما أهم ما تتميز به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة

الاستفادة من الدراسات السابقة

فروض الدراسة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

بعد الاطلاع على الأدب التربوي، والتراث العلمي وعلى مخزون علم النفس في هذا المجال، قام الباحث بتجميع أكبر عدد من البحوث والدراسات السابقة سواء المحلية أو العربية أو الأجنبية، لانتقاء بعض البحوث والدراسات السابقة في جميع المجالات التي تخدم وتقوي الدراسة الحالية، وسوف يعرض الباحث أهم البحوث والدراسات العربية والأجنبية التي تناولت الاضطراب النفسي وأعراض الاضطراب النفسي، والأحداث الصادمة بصورة مباشرة أو غير مباشرة مع موضوع الدراسة الحالية.

هذا وقد تم تصنيف البحوث والدراسات السابقة إلى مجموعتين على النحو التالي:
المجموعة الأولى: وتختص بالدراسات التي تناولت أعراض الاضطراب النفسي.
المجموعة الثانية: وتختص بالدراسات التي تناولت الأحداث الصادمة.
الدراسات التي تناولت الاضطراب النفسي.

1. دراسة (أبو عيطة و ضمرة، 2014)

بعنوان "أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب".

هدفت الدراسة إلى مقارنة أثر برامج علاجية قائمة على التدخلات المركزة على الصدمة والموسيقى في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب، وتكونت عينة الدراسة من (48) طفلاً سورياً ، واستخدم الباحث الأدوات التالية : قائمة قلق ما بعد الصدمة للأطفال لتقييم مستويات قلق ما بعد الصدمة لأفراد الدراسة ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: إلى فعالية البرامج العلاجية الموظفة في خفض أعراض إعادة اختبار الحدث الصادم والتجنب والإثارة الانفعالية الزائدة مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما كشفت النتائج فعالية البرنامج العلاجي التكاملي في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة مقارنة بمجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة العلاج الموسيقي، كما أظهرت أن لا توجد فروقاً ذات دلالة ما بين المجموعات في بعض الأعراض النفسية الأخرى.

2. دراسة (العديبات، 2012م)

بعنوان "اضطراب ما بعد الصدمة وسط الاطفال والمراهقين بمخيم الزعتري للاجئين السوريين في الأردن".

هدفت الدراسة الى معرفة السمة العامة المميزة لاضطراب ما بعد الصدمة وسط الاطفال في مخيمات اللاجئين السوريين في الأردن، ومعرفة ما اذا كان هناك فروق في أعراض الاضطراب تبعاً لنوع الاطفال أو اختلافهم في مستوى التعليم، وتكونت عينة الدراسة من (5200م) طفل ومراهق وقد استخدم الباحث الادوات التالية: مقياس أعراض الصدمة النفسية للأطفال، وتوصلت الدراسة الى أهم النتائج التالية: أن جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تنسم بالارتفاع وسط الأطفال والمراهقين، كما بينت أنه لا توجد فروق في كل أبعاد أعراض الصدمة النفسية تبعاً للنوع، كذلك أظهرت أنه توجد فروق في جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تبعاً للمستوى التعليمي بين مستوى التعليم الثانوي وبقية المستويات التعليمية وذلك لصالح المستوى الثانوي، كما بينت أن اضطراب ما بعد الصدمة هو الاعلى أي الأكثر شيوعاً، بينما القلق هو الأدنى أي الأقل شيوعاً.

3. دراسة (ضمرة، 2012م)

بعنوان "اضطراب قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال والمراهقين اللاجئين العراقيين في الأردن في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية".

هدفت الدراسة الحالية الى التعرف على شيوع أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الاطفال والمراهقين اللاجئين من المقيمين في الأردن في ضوء عدة متغيرات، وتكونت عينة الدراسة من (500) طفلاً ومراهقاً من اللاجئين العراقيين، وقد استخدم الباحث الادوات التالية: قائمة اضطراب قلق ما بعد الصدمة **CPTSD- Stress Disorder Inventory**، والمصمة لتقييم مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى الأطفال، وقد توصلت الدراسة الى النتائج التالية: شيوع أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة بشكل متوسط على جميع أبعاد أداة الدراسة والبعء الكلي، كما بينت وجود فروق في مستويات شيوع الاعراض تبعاً لمتغيرات جنس الطفل وعمره وفترة معايشة الحدث الصادم لصالح الإناث والأطفال الاصغر سناً وفترة المعايشة القصيرة في حين لم تظهر فروق في أعراض قلق ما بعد الصدمة تبعاً لمتغير فقدان أحد الوالدين .

4.دراسة (ريشة، 2010م):

بعنوان " مستوى الاكتئاب والقلق لدى مرضى الفصام المزمن والأسوياء مرتفعي ومنخفضي تقدير وتوكيد الذات".

هدفت الدراسة إلى فحص مستوى الاكتئاب لدى مرضى الفصام المزمن والأسوياء مرتفعي ومنخفضي تقدير وتوكيد الذات، وتكونت عينه الدراسة من (120) شخصاً منهم 60 مريضاً لفئة الفصام و60 من الأسوياء، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس تقدير الذات، إعداد: عبد الحميد:1984م، ومقياس توكيد الذات إعداد: غريب:1995م، ومقياس الاكتئاب إعداد غريب: 2000م، ومقياس القلق النفسي إعداد: غريب:1995م، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: إلى ارتفاع مستوى الاكتئاب والقلق النفسي لدى مرضى الفصام المزمن والأسوياء المنخفضين لتقدير وتوكيد الذات، كما توصلت أيضاً إلى انخفاض مستوى الاكتئاب والقلق النفسي لدى مرضى الفصام المزمن والأسوياء المرتفعين لتقدير وتوكيد الذات.

5. دراسة(الجبوري، 2010م)

بعنوان " قياس الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى أبناء الجالية العربية المقيمين في الدنمارك"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب لدى أفراد الجالية العربية المقيمين في الدنمارك، كما هدفت الدراسة أيضاً قياس الفروق المعنوية في مستوى الاكتئاب لديهم على وفق المتغيرات الآتية، الجنس، العمر، التحصيل الدراسي، وتكونت عينة الدراسة من (140) فرداً من المقيمين العرب في الدنمارك موزعين على مختلف مناطق الدنمارك، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياساً خاصاً للاكتئاب من إعداده، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن كلاً من الذكور والإناث من أعضاء الجالية العربية المقيمين بالدنمارك الذين شملتهم الدراسة يعانون من الاكتئاب، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق لصالح الإناث مما يدل على أن الإناث يعانون الاكتئاب أكثر من الذكور، كما توصلت الدراسة إلى أن مستوى العلاقة ضعيف وغير دال إحصائياً بمعنى أن أفراد العينة يعانون من الاكتئاب بنفس القدر بغض النظر عن أعمارهم على وفق التقسيم الذي شملته الدراسة وربما يعود ذلك إلى أن الفئات العمرية المحددة ليست بالمتباعدة كثيراً، كما توصلت الدراسة إلى أن العلاقة ضعيفة وغير دالة إحصائياً بالنسبة لمتغير التحصيل الدراسي وربما يعود ذلك إلى أن غالبية المقيمين لا يمارسون الأعمال التي تؤهلهم لها مستوياتهم الدراسية.

6.دراسة (امانلي وآخرون، 2009م):

بعنوان "الصدمة المرتبطة بالاضطرابات النفسية بين الأطفال والبالغين الفلسطينيين في غزة والضفة الغربية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة الاضطرابات النفسية الناتجة عن صدمة الحرب والعنف لدى الأفراد الذين يعيشون في قطاع غزة والضفة الغربية، وتكونت عينه الدراسة من (1369م) مريض، واستخدم الباحث الأدوات التالية: المقابلة شبه الهيكلية المعتمدة على معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV-TR، توصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية:

أن الأطفال أقل من أو يساوي 15 سنة والبالغ عددهم 619 طفلة/ كانوا يعانون من: اضطرابات القلق: 18.3% والعدد: 113 طفل، الاكتئاب: 3.4% والعدد: 21، اضطراب ما بعد الصدمة: 25.8% والعدد 160، اضطراب حاد: 6.5% والعدد: 40، كما توصلت الدراسة أن الراشدين والبالغ عددهم 627 راشداً كانوا يعانون من:، اضطرابات القلق: 16.4% والعدد: 103 راشداً، الاكتئاب: 27.1% والعدد: 170، اضطراباً ما بعد الصدمة: 20.9% والعدد 131، اضطراباً حاداً: 8.3% والعدد: 52 .

7.دراسة (إيفانز وأوهرلر 2008م):

بعنوان "صدق مقياس جامعة ولاية أوكلاهوما لاضطراب ما بعد الصدمة ونظام تقييم السلوك بالنسبة للتقرير الذاتي عن شخصية الأطفال عند الأطفال الناجين من الإعصار".

هدفت الدراسة إلى التعرف على صدق مقياس جامعة ولاية أوكلاهوما لاضطراب ما بعد الصدمة مقارنة بنظام تقييم السلوك بالنسبة للتقرير الذاتي عن شخصية الأطفال الناجين من الاعصار، تكونت عينة الدراسة من (88) طفل من الصف الثاني إلى الصف السادس الابتدائي مدرستين ريفيتين صغيرتين تضررتا من إعصار اوكلاهوما في الولايات المتحدة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس اضطراب ما بعد الصدمة للأطفال، واستبيان ديموجرافي، ومقاييس تقرير الذات للأطفال والمراهقين، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن الارتباطات ذات دلالة عند درجة 0.01 بين مقاييس نظام تقييم السلوك للتقرير الذاتي عن شخصية الطفل مثل القلق، اللانوعية، وعدم التوافق الإكلينيكي. وعلى الأقل عند درجة 0.05 بين مقاييس جامعة ولاية أوكلاهوما لاضطراب ما بعد الصدمة مثل: الضغط الاجتماعي، الاكتئاب، عدم المساواة، ومؤشر الأعراض العاطفية، كما توصلت الدراسة أيضاً إلى فروقات ذات دلالة عند 0.01 بين الأطفال المصابين والغير مصابين باضطراب ما بعد الصدمة بناء على الدرجات الموجزة لمقياس جامعة

ولاية اوكلاهوما لاضطراب ما بعد الصدمة- نموذج الطفل، بالنسبة لنظام تقييم السلوك للتقرير الذاتي عن شخصية الطفل مثل: القلق والانوعية وعدم التوافق الإكلينيكي. كما توصلت الدراسة أيضاً وجود فروق ذات دلالة عند 0.05 بالنسبة للضغط الاجتماعي وموضع التحكم والعلاقة مع الوالدين ومؤشر الأعراض العاطفية، كما توصلت الدراسة أيضاً أن أعطت النتائج حجم تأثير متوسط، وكانت المتوسطات الحسابية لنظام تقييم السلوك للتقرير الذاتي عن شخصية الطفل في الحدود الطبيعية لكل المجموعات.

8. دراسة (تشارلز وآخرون، 2007م):

بعنوان "الجمع بين اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض الجسدية وزيارات الرعاية الصحية والتغيب عن العمل بين محاربي الحرب العراقيين".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى ارتباط المشاكل الصحية الجسدية باضطرابات ما بعد الصدمة للجنود في حرب العراق، وتكونت عينه الدراسة من (2863م) جندي، وتوصلت الدراسة إلى اهم النتائج التالية: من بين جميع المشاركين 16.6% كان لديهم PTSD حيث أنه ارتبط بمعدلات منخفضة في الصحة العامة وهذا ما أدى إلى زيارات للرعاية الصحية للمرضى والتغيب عن العمل نتيجة زيادة الأعراض الجسدية، وهذه النتائج اعتبرت مهمة لكونهم مصابين أو جرحى. فالانتشار الواسع PTSD وارتباطه القوي بمشاكل الصحة الجسدية بين المحاربين العراقيين كانت له آثار مهمة في تلقيهم للخدمات الطبية.

9. دراسة (فايندا، 2007م)

بعنوان "اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال بعد كارثة تسونامي في تايلاند - سنتان من المتابعة".

هدفت الدراسة إلى التحقيق في الأعراض العيادية وتطوير برنامج التدخل والمتابعة للمصابين بPTSD لمدة سنتين وذلك للأطفال الذين تأثروا بالكارثة الطبيعية التي حدثت في 2004م، وتكونت عينه الدراسة من (1625م) طالباً نجا من الكارثة من مدرستين بمنطقتي تاكوبا وفانج ناج في تايلاند واستخدم الباحث الأدوات التالية : قائمة فحص الأعراض النفسية، ومقياس الاكتئاب للطفولة (CDI)، و مقياس الأحداث الصادمة (CRIES)، و مقياس تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة (DSM-IV)، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية انتشار اضطراب PTSD لدى الطلاب المتأثرين كان كالتالي : خلال الست أسابيع الأولى بعد الكارثة بلغت النسبة: 57.3%، خلال الست شهور التالية بلغت النسبة: 46.1%، خلال سنة بلغت النسبة: 31.6%، خلال سنة ونصف بلغت النسبة: 10.4%، خلال سنتين بلغت النسبة: 7.6%، وكانت نسبة

الإناث المتأثرات إلى الذكور المتأثرين 1:1.7. تتراوح أعمارهم جميعاً من 9-10 سنوات. كما تمت دراسة المواقف المهددة لـ 176 طالباً خاطروا بحياتهم بين الأمواج، 48 طالباً منهم بنسبة 27.3% عانوا من اضطراب PTSD. من بين 1314 طالباً لم تضربهم الأمواج بشكل مباشر لكنهم تأثروا بما حدث لأصدقائهم وأقاربهم، 42 طالباً بنسبة 3.1% عانوا من اضطراب PTSD حيث كان انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين الذين ضربتهم الأمواج أعلى من أولئك الذين لم تضربهم. وأظهرت النتائج أن انتشار PTSD في الأطفال الذين عانوا من كارثة تسونامي كان أعلى بنسبة 57.5% خلال الأسابيع الستة الأولى بعد الحادث وقل بالتدريج وبشكل ملحوظ خلال عامين حتى وصل إلى 7.6% بمساعدة الجهات المختصة. حيث إن الأطفال استمروا في تلقي الدعم النفسي والصحي والوقائي والمالي لمنع النتائج العكسية من الظهور على المدى البعيد .

10.دراسة (بيلا، 2007م):

بعنوان "العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب ما بعد الصدمة في النساء" .

هدفت الدراسة إلى مقارنة التعرض المطول وهو نوع من العلاج السلوكي المعرفي مع العلاج الحالي المركز والتدخل الداعم لعلاج PTSD، وتكونت عينة الدراسة (277) من النساء المحاربات المصابات باضطراب ما بعد الصدمة واستخدم الباحث الأدوات للدراسة: مقياس شدة اضطراب ما بعد الصدمة (CAPS-PCL) للباحثين كين ودافيدسون- الاستبيانات، والدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية (SCID) للباحثين ويليام وجابون، ومقياس جودة الحياة، ومقياس الحدث الصادم، ومقياس الاكتئاب لبيك، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن النساء اللواتي تلقين تعرضاً مطولاً بالعلاج أحسوا بانخفاض كبير في أعراض PTSD مقارنة مع النساء اللاتي تلقين علاجاً حالي مركز، ولم يعانين من معايير PTSD لوقت أطول حيث كانت نسبتهما (27.8% مقابل 0.41%)، كما توصلت الدراسة أيضاً أن التعرض المطول هو علاج فعال PTSD عند المحاربات النساء وموظفي الخدمات الفعلية ومن العملي تطبيق التعرض المطول على طول مدى الجلسات العيادية للحصول على أفضل النتائج.

11.دراسة (ريث أنثوني، 2007م)

بعنوان "الأداء العصابي المعرفي ما قبل وما بعد الصدمة وأعراض PTSD في عينة مجتمعية من الشباب" .

هدفت الدراسة إلى التعرف على ما إذا كان العجز العصابي المعرفي عند الناس المصابين PTSD هو نتيجة لهذه الأعراض أو أنه يمثل عامل ضعف في تطور وتحسن هذه الأعراض بعد التعرض لحدث صادم، وتكونت عينة الدراسة من (4105م) شخصاً، واستخدم الباحث الأدوات

التالية: مقياس مسح الصدمة (فو وتيرنر)، وقائمة الاختبارات العصابية المعرفية لإعادة تجربة الحدث الصادم (دليس وكابلان/ساندرز وبيبر)، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: مستويات عالية من الإثارة المتعلقة بإعادة تجربة الحريق، وأعراض الإثارة .

12.دراسة(لونكار وآخرون 2006م):

بعنوان "النتائج النفسية للاغتصاب عند النساء في حرب (1991م-1995م) في كرواتيا والبوسنة والهرسك".

هدفت الدراسة إلى اكتشاف النتائج النفسية طويلة المدى وقصيرة المدى عند النساء ضحايا الاغتصاب في الفترة ما بين 1992م-1995م خلال الحرب في كرواتيا والبوسنة والهرسك، وتكونت عينة الدراسة من (68) سيدة من ضحايا الاغتصاب، واستخدم الباحث الأدوات التالية: المقابلات الهيكلية العيادية تبعاً للدليل التشخيصي الثالث للاضطرابات العقلية، و استبيان متعلق بالدراسة- طريقة الشهادة Testimony، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن النساء المغتصابات أغلبهن من مسلمي البوسنة وكرواتيا، (44) منهن تم اغتصابهن أكثر من مرة و(21) منهن تم اغتصابهن يوماً خلال الحرب و(18) منهن تم إجبارهن على مشاهدة غيرهن يُغتصبن، كما توصلت الدراسة أيضاً أن أغلب النساء تم استعمال العنف الجسدي معهن بالإضافة للاغتصاب. كما توصلت الدراسة أيضاً إلى أنه تم الشعور ببعض الأعراض النفسية فوراً بعد الاغتصاب مثل: الاكتئاب وتجنب الأفكار أو الأحاديث المتعلقة بالصدمة، وبالرغم من عدم وجود تاريخ أمراض نفسية لدى نساء العينة من قبل، إلا أن (52) منهن عانين من الاكتئاب و(51) عانين من الخوف المرضي الاجتماعي و(21) عانين من اضطراب ما بعد الصدمة و(17) عانين من اضطرابات جنسية، كما أن (29) منهن أصبحن حوامل بعد اغتصابهن، و(17) لجأن للإجهاض الصناعي. قرار الإجهاض لديهن كان نتيجة التفكير بالانتحار، كما توصلت الدراسة أيضاً إلى أن الاغتصاب الدائم خلال الحروب يكون له أثر عميق ونتائج طويلة المدى على الصحة العقلية لضحايا الاغتصاب من النساء ولأدائهن الوظيفي والشخصي.

13.دراسة(الجواري، 2006م)

بعنوان: "مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية : صدمة الحرب لدى طلبة جامعة بغداد ."

هدفت الدراسة إلى قياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية- صدمة الحرب لطلبة جامعة بغداد، ومعرفة دلالة الفروق بصدمة الحرب وفق متغيرات الجنس والتخصص والصف، وتكونت عينة الدراسة من (430) طالباً وطالبة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس من إعداده، وتوصلت الدراسة إليهم النتائج التالية: أظهر أن 7.583% من الطلبة لديهم أعراض صدمة

الحرب، كما بينت وجود فروق لمتغير الجنس، بينما لم تظهر وجود فروق وفقاً لمتغيري التخصص والصف وللتفاعلات بين المتغيرات.

الدراسات التي تناولت الأحداث الصادمة.

1. دراسة (اليحفوفي، 2011م):

بعنوان الأحداث الصدمية وعلاقتها باضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب والتدين لدى الطلاب الجامعيين اللبنانيين".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة المحتملة ما بين الأحداث الصدمية واضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب لدى عينة من الطلاب الجامعيين، وتكونت عينة الدراسة من (734) طالب وطالبة من الجامعة اللبنانية والجامعة اللبنانية الأمريكية، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس الأحداث الصدمية إعداد: أحمد عبد الخالق 2000م ومقياس قائمه بيك للاكتئاب تعريب أحمد عبد الخالق 1996م، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطية بين الأحداث الصدمية واضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب، كما توصلت الدراسة أيضاً وجود فروق في الأحداث الصدمية واضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب ودرجة التدين تبعاً للوضع العائلي، كما توصلت الدراسة أيضاً لوجود فروق في الأحداث الصدمية واضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب ودرجة التدين تبعاً لنوع الجامعة حيث كانت الفروق لصالح الإناث، كما توصلت الدراسة أيضاً لوجود فروق في الأحداث الصدمية واضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب ودرجة التدين تبعاً لنوع الجامعة حيث كانت الفروق لصالح طلاب الجامعة اللبنانية الأمريكية.

2. دراسة (عودة، 2010م):

بعنوان "الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الإجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين درجة التعرض للخبرة الصادمة وبين أساليب التكيف مع الضغوط، ومستوى المساندة الاجتماعية، ومستوى الصلابة النفسية، لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، والتعرف عما إذا كان هناك فروق في هذه المتغيرات تعزى إلى بعض المتغيرات الديمغرافية التالية (النوع، مكان الإقامة، المستوى التعليمي للوالدين، وتكونت العينة الاستطلاعية للدراسة من (100) طفل وطفلة من أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، قام الباحث بإعداد أربع استبيانات لقياس متغيرات الدراسة وهي: استبانة الخبرة الصادمة، استبانة

أساليب التكيف مع الضغوط، استبانة المساندة الاجتماعية، استبانة الصلابة النفسية، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: بلغ الوزن النسبي للخبرة الصادمة (62.14) ، والوزن النسبي لأساليب التكيف مع الضغوط (71.14)، وبلغ الوزن النسبي للمساندة الاجتماعية (85.79) ، وكان الوزن النسبي للصلابة النفسية (76.04) ، كما توصلت الدراسة إلي انه توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين درجة التعرض للخبرة الصادمة وكل من استخدام أساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية،، كما توصلت الدراسة إلي أنه لا توجد فروقاً في الخبرة الصادمة، أساليب التكيف مع الضغوط والصلابة النفسية تعزى لمتغير النوع، في حين وجد أن هناك فروقاً في المساندة الاجتماعية لصالح الإناث، كما توصلت الدراسة إلي عدم وجود فروق في أساليب التكيف مع الضغوط والصلابة النفسية تعزى لمتغير مكان الإقامة، بينما وجد فروقاً في الخبرة الصادمة وكانت لصالح محافظتي خان يونس والشمال، وأن هناك فروقاً في المساندة الاجتماعية لصالح محافظة الوسطى، كما توصلت الدراسة إلي أنه لا توجد فروقاً في الخبرة الصادمة وأساليب التكيف مع الضغوط، والصلابة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين، في حين وجد أن هناك فروقاً في المساندة الاجتماعية لصالح الأطفال الذين درس والديهم في المرحلة الثانوية.

3. دراسة (ثابت، وآخرون، 2008م):

بعنوان " أنواع و شدة الخبرات الصادمة الناتجة عن الممارسات الإسرائيلية، والافتتال الداخلي في قطاع غزة".

هدفت الدراسة بحث أنواع و شدة الخبرات الصادمة الناتجة عن الممارسات الإسرائيلية، والافتتال الداخلي في قطاع غزة في يونيو 2007 ، كما هدفت الدراسة أيضاً إلي معرفة نسبة انتشار الأمراض النفسية مثل كرب ما بعد الصدمة، القلق، والاكتئاب في الأطفال، كما هدفت الدراسة أيضاً إلي معرفة العلاقات بين الصدمات النفسية، والصحة النفسية للأطفال، والمتغيرات الديمغرافية مثل الجنس، السكن، عدد الأخوة، وتكونت عينه الدراسة من (260) طفلاً من ثلاثة مخيمات صيفية عقدت في شهر أغسطس 2007 في مدينة (غزة، و المنطقة الوسطى، وفح)، واستخدم الباحثون الأدوات التالية قائمة غزة للخبرات الصادمة (Thabet et al, 2007) و مقياس القلق (RCMAS, Reynolds , 1980) و مقياس الاكتئاب لدي الأطفال إعداد غريب 2000 ، وتوصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: أن الأطفال في قطاع غزة قد تعرضوا لعدة خبرات صادمة ناتجة عن ممارسة الاحتلال الإسرائيلي، وكانت أكثر الخبرات شيوعاً هي سماعهم للقصف المدفعي للمناطق المختلفة لقطاع غزة وبنسبة (85.4 %)، ثم سماعهم لأصوات الطائرات وهي تخرق حاجز الصوت وبنسبة

(81.5%) ، ثم مشاهدة صور الشهداء والجرحى في التلفزيون وبنسبة (78.2%) ، ثم سماعهم للرصاص و القصف الناتج عن الاشتباكات الناتجة عن القلتان الأمني بنسبة (76.7%) ثم مشاهدة الآثار الناتجة عن القصف المدفعي على قطاع غزة بنسبة(68.5%).

4. دراسة (اليحفوفي وسكرية، 2007م):

بعنوان الأحداث الصدمية وعلاقتها باضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب لدى جرحي المقاومة اللبنانية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الأحداث الصدمية وعلاقته باضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب لدى عينة من جرحي المقاومة اللبنانية، وتكونت عينة الدراسة من (100) من المدنيين والجرحى، واستخدم الباحثين الأدوات التالية: مقياس الأحداث الصادمة واضطراب الضغوط التالية للصدمة ومقياس بيك للاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: وجود فروق في معدلات الاكتئاب واضطراب الضغوط التالية للصدمة بين المجموعتين، حيث تبين أن الجرحى كانوا أقل اكتئاباً وحصلوا على درجات أقل من اضطراب الضغوط التالية للصدمة على الرغم من تعرضهم لنسبة أحداث صدمية أعلى .

5. دراسة (كاموني وآخرون، 2007م):

بعنوان "أثر تجارب الحرب والاعتداء الجسدي على الأولاد المختطفين سابقاً في شمال أوغندا". هدفت الدراسة إلى تقييم تجارب الحرب وأثر الاعتداء الجسدي على الأولاد المختطفين سابقاً في شمال أوغندا، وتكونت عينة الدراسة من (216) طفلاً تم اختطافهم سابقاً، واستخدم الباحث الأدوات التالية: تقرير الذات المقطعي، ومقياس أثر الأحداث الصادمة (IES-R)، وقائمة تدقيق تجارب الحرب (WEC)، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية أن الأطفال الذين تعرضوا لأحداث الحرب وللعديد من الأعمال الوحشية وتعرضوا لاعتداء جسدي، أظهروا إشارات وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة وكان لديهم ضيقاً نفسياً شديداً في الوقت الذي تمت فيه الدراسة .

6. دراسة (Dyegrov et al, 2007) :

بعنوان "العلاقة بين نوع الخبرة الصادمة وتطور ردود لفعال لكرب ما بعد الصدمة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين نوع الخبرة الصادمة وتطور ردود لفعال لكرب ما بعد الصدمة، وتكونت عينة الدراسة من الأطفال الرواندي ين بعد 13 شهراً على بداية حملة التطهير العرقي في ابريل، و توصلت لها الدراسة تفيد بان الأطفال تعرضوا لخبرات صادمة شديدة والتي تتعلق بمشاهدة مقتل أحد أفراد الأسرة ومجازر جماعية، أيضاً وجد العديد من هؤلاء الأطفال مخفيين بين

جثث الموتى كناجين من المجازر وخبرات صادمة أخرى، كما توصلت الدراسة أيضا الدراسة أن 90 % من الأطفال عبروا عن أنهم سيموتون في المستقبل القريب، كما توصلت الدراسة أيضا إلي وجود علاقة بين الفعل لكرب ما بعد الصدمة والتعرض لخبرات صادمة تتضمن فقدان احد أفراد الأسرة.

7. دراسة (الخطيب، 2007م):

بعنوان " تقييم عوامل مرونة الأنا لدي الشباب الفلسطيني في مواجهه الأحداث الصادمة". هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل المكونة لمرونة الأنا لدى الشباب الفلسطيني في مواجهة الأحداث الصادمة التي يتعرضون لها نتيجة للاجتياحات والاعتقالات والإسرائيلية ضد الشعب الفلسطيني بأسرة، وتكونت عينه الدراسة من (317) طالباً وطالبة من جامعه الأزهر والجامعة الإسلامية، وقد استخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس مرونة الأنا، إعداد: الناصر 2000م، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: وجود عوامل خاصة لمرونة الأنا هي: الاستبصار والاستقلال والإبداع وروح الدعابة والمبادأة والعلاقات الاجتماعية والقيم الروحية والمواجهة الأخلاق، كما توصلت الدراسة أيضاً تمتع الشاب الفلسطيني بدرجة عالية في مرونة الأنا.

8. (دراسة Quota et al, 2006) :

بعنوان " فحص أثر كل من التنظيم الإدراكي وأساليب المعاملة الوالدية، والأحداث الصادمة، والنشاط، على الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة".

هدفت الدراسة إلى فحص أثر كل من التنظيم الإدراكي وأساليب المعاملة الوالدية، والأحداث الصادمة، والنشاط، على الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة PTSD ، والاضطرابات الانفعالية، والأداء المدرسي، والعصابية، وذلك بعد ثلاث سنوات من أجواء السلم، و تكونت عينة الدراسة من (86) طفلا ، وقد استخدم الباحث مقياس IQ Saleh picture ومقياس الإبداعية لابرهام النشاط ثم قياس الاتجاهات والتصرفات حيال الأحداث العنيفة ومقياس أساليب المعاملة الوالدية لشافر ، ومقياس أعراض ما بعد الصدمة PTSD لفريدريك، ومقياس العصابية لايزنك، ومقياس الاضطرابات الانفعالية لكل من بيلزوبيرن ، وبويل واو فورد، الأداء المدرسي بواسطة تقارير المعلمين عن العينة، وقد توصلت الدراسة إلي أهم النتائج التالية: أن الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة كانت مرتفعة بين الأطفال الذين كانوا قد تعرضوا لأحداث صادمة من فئة الأطفال الذين كانت مشاركتهم في الأحداث سلبية، وأن أساليب التنشئة الأسرية تلعب دورا كبيرا في تكوين الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة وحدثها، وبينت أن الأطفال الذين تعرضوا للصدمة كانوا أكثر اعتمادية واستعداداً للتلقي، فيما كانت قدراتهم الإبداعية منخفضة.

التعقيب العام على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للبحوث والدراسات السابقة والتي تناولت متغيرات الدراسة والتي قسمها الباحث إلى ثلاث مجموعات وبعد استعراض الدراسات التي تناولت تخصص الباحث وهي أعراض الاضطراب النفسي، والأحداث الصادمة، والاضطرابات النفسية أراد أن يعقب على هذه الدراسات من عدة زوايا وهي على النحو التالي:

أولاً: من حيث الموضوع:

اتفقت الدراسة الحالية مع كل من الدراسات السابقة في دراسة موضوع أعراض الاضطراب النفسي كدراسة (أبو عيطة و ضمرة، 2014م)، ودراسة (ضمرة، 2012م)، ودراسة (اميت وتور، 2007م)، ودراسة (امانلي وآخرون، 2009م)، كما اتفقت الدراسة الحالية مع كل من الدراسات السابقة فيدراسة موضوع الخبرات الصادمة كدراسة (اليحفوفي، 2011م)، ودراسة (عودة، 2010م)، ودراسة (ثابت، وآخرون، 2008م)، ودراسة (اليحفوفي وسكرية، 2007م)، ودراسة (الخطيب، 2007م)، بينما اختلفت الدراسات في تناول موضوع أعراض الاضطراب النفسي، فقد تناولت وركزت الدراسات السابقة موضوع أعراض الاضطراب النفسي في مجالات ضيقة فالغالبية من الباحثين درس أعراض الاضطراب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات مثل (العدينيات 2012م) ودراسة (أمانلي وآخرون، 2009م) (إيفانز وأوهلر 2008م) (تشارلز وآخرون، 2007م): (الجواري، 2006م) وكانت هناك مجموعة من الباحثين من تناول الموضوع على أنها مشكلة تحتاج إلى تدخل ومن ثم لابد أن تضع لها برامج وأساليب إرشادية أو تكتيكات علاجية إذا لزم الأمر مثل دراسة (العويضة، 2011م) (بيلا، 2007م) التي من شأنها أن تساعد المهتمين في هذا المجال للمساعدة في التخفيف من أعراض الاضطراب النفسي، كما اختلفت الدراسات في تناول موضوع الخبرات الصادمة، فقد تناولت وركزت الدراسات السابقة على موضوع الخبرات الصادمة في مجالات ضيقة فالغالبية من الباحثين درس الخبرات الصادمة وعلاقته ببعض المتغيرات كدراسة (عودة، 2010م)، ودراسة (اليحفوفي وسكرية، 2007م)، ودراسة (اليحفوفي، 2011م) وكانت هناك مجموعة من الباحثين من تناول الموضوع على أنها مشكلة تحتاج إلى تدخل من ثم لابد أن تضع لها برامج و أساليب إرشادية أو تكتيكات علاجية إذا لزم الأمر مثل دراسة (Quota et al، 2006م)، والتي من شأنها أن تساعد المهتمين في هذا المجال للمساعدة في التخفيف من اثر الخبرات الصادمة.

ثانياً: من حيث الأهداف:

اتفقت الدراسة الحالية مع كل من الدراسات السابقة فكانت تهدف في مجملها إلى معرفة وكشف عن أعراض الاضطراب النفسي الخبرات الصادمة والاضطرابات النفسية لدى عينة الدراسة في كل دراسة فهناك دراسات هدفت إلى الكشف عن الفروق بين أفراد عينة الدراسة كدراسة (ريث أنثوني، 2007م)، و(لونكار وآخرون 2006م)، دراسة (ثابت، وآخرون، 2008م)، ودراسة(عودة، 2010م)، ودراسة (Dyegrov et al., 2007) بالإضافة أن هناك بعض الدراسات تناولت الموضوع وهدفت إلى التعرف على أعراض الاضطراب والخبرات الصادمة وعلاقته ببعض المتغيرات دون الخوض في تقديم الحلول المناسبة للتخفيف من حدة هذه المشكلة مثل دراسة (اليحفوفي وسكرية، 2007م)، ودراسة (اليحفوفي، 2011م) و (ريشة، 2010م): (الجبوري، 2010م) بينما اختلفت الدراسة مع كل من الدراسات السابقة (بيلا، 2007م)، ودراسة (Quota et al، 2006م) حيث إن تلك الدراسات صممت برامج إرشادية للتخفيف من الأعراض والخبرات الصادمة.

ثالثاً: من حيث العينات:

اتفقت الدراسة الحالية مع كل من الدراسات السابقة (امانلي وآخرون، 2009م)، ودراسة، ودراسة (عودة، 2010م)، ودراسة (ثابت، وآخرون، 2008م)، ودراسة (الخطيب، 2007م) حيث أجريت تلك الدراسات على عينات فلسطينية وفي قطاع غزة، بينما اختلفت الدراسة الحالية مع كل من الدراسات كدراسة (اليحفوفي، 2011م)، و دراسة (الخطيب، 2007م)، ودراسة (كاموني وآخرون، 2007م) حيث أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئة العربية (مصر، الخليج العربي، السعودية، ولبنان، وسوريا)، بينما أجري البعض الأخر في بيئات أجنبية، ولقد اختلفت الدراسات في تناول العينة التي تقوم عليها الدراسة وقد تناولت بعض الدراسات والبحوث مراحل عمرية مختلفة كالمرحلة الجامعية كدراسة، والمراهقة ومرحلة الطفولة.

مدى استفادة الباحث من الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات التي اعتمدها الباحث في دراسته الحالية، فقد استفاد الباحث كثيراً من هذه الدراسات في إعداد المقدمّة والإطار النظري لدراسته، حيث تم تقسيم الإطار النظري إلى مبحثين، ومن خلال التعليق السابق على الدراسات التي استخدمها الباحث، فقد استفاد الباحث منها في اختيار منهج الدراسة، وتحديد العيّنة المستخدمة في الدراسة، كما استفاد من المعلومات الواردة في الدراسات، في بناء وتبني أدوات الدراسة وهي مقياس أعراض الاضطراب النفسي من ترجمه البحيري، 1984م، ومقياس الخبرات من إعداد برنامج غزة للصحة النفسية، ثم تمت الاستفادة من

هذه الدراسات في بناء الدراسات السابقة، بالإضافة إلى استفادته الكبرى في وضع الفروض لدراسته، بجانب الاستفادة الكبيرة منها في عرض وتفسير النتائج التي توصلت إليها دراسة الباحث، وكذلك الاستفادة منها في وضع المقترحات والتوصيات.

علاقة الدراسة الحالية بالدراسة السابقة:

من خلال اطلاع الباحث على الدراسات السابقة، وجد أنها:

تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في تناولها لمتغيرات : أعراض الاضطراب النفسي و الخبرات الصادمة. إلا أن الباحث لم يعثر على أي دراسة تناولت هذه المتغيرات مجتمعة على عينة من أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى، وأن المنتبع للدراسات النفسية المحلية يجد نقصاً واضحاً في دراسة متغيرات الدراسة الحالية؛ ولهذه النذرة، وغياب مثل هذه الدراسة-محلياً جاءت الدراسة الحالية لسد هذا النقص، بهدف التعرف إلى مستوى : أعراض الاضطراب النفسي والخبرات الصادمة لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى. كما تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في التعرف على الفروق في: أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى. وتناولت كل من الدراسة الحالية وبعض الدراسات السابقة عينات مجتمعه من الأطفال والطلبة في المرحلة الجامعية، في حين تفتقر المكتبة الفلسطينية إلى دراسات على أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى، واستخدم كل من الدراسة الحالية، والدراسات السابقة المنهج الوصفي طريقاً لها للإجابة على فروض الدراسة.

أما أهم ما تتميز به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

اهتمت الدراسة الحالية بفئة أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى فقط، في حين أن هناك دراسات قليلة تناولت هذه الفئة بشكل مستقل، وتتميز الدراسة الحالية كونها وصفية حيث تسعى إلى التعرف على مستوى أعراض الاضطراب النفسي، والخبرات الصادمة لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى. والكشف عن العلاقة بين أعراض الاضطراب النفسي، و الخبرات الصادمة، والتعرف إلى الفروق في متوسط أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى تبعاً للمتغيرات التالية: الجنس، للفئات العمرية، حجم الأسرة، المستوى التعليمي للأسرة، المستوى الاقتصادي، نوع المواطنة. ولم تجمع الدراسات السابقة بين متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة في حدود علم الباحث، وهذا يؤكد على أن الدراسة الحالية من الدراسات الباكرة في الميدان محلياً،

وتبني أدوات سيكومترية للتعرف على أعراض الاضطراب النفسي، والخبرات الصادمة لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى، ومساعدة الباحثين الفلسطينيين في إجراء دراسات لاحقة في مجال الاختصاص تتناول متغيرات الدراسة الحالية لدى شرائح أخرى من المجتمع الفلسطيني.

الاستفادة من الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات التي اعتمد عليها الباحث في دراسته الحالية، فقد استفاد الباحث كثيراً من هذه الدراسات في إعداد المقدمة والإطار النظري لدرسته، حيث تم تقسيم الإطار النظري إلى مبحثين، ومن خلال التعليق السابق على الدراسات التي استخدمته الباحث، فقد استفاد الباحث في اختيار منهج الدراسة، وتحديد العينة المستخدمة في الدراسة، كما استفاد من المعلومات الواردة في الدراسات، في تبني مقياس أعراض الاضطراب النفسي وتضمن الأبعاد التالية : الأعراض الجسمية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية، والاكتئاب، والقلق، والعداوة، وقلق الخوف، والبارانويا التحليلية، والذهانية، ومقياس والخبرات الصادمة تتضمن مجموعة من الأحداث المؤلمة والصادمة التي قد يتعرض لها أي إنسان في الظروف الصعبة مثل الحروب والاحتلال، والتي قد تشمل بعض ما تعرضت له خلال فترة الحرب الأخيرة على قطاع غزة، ثم تمت الاستفادة من هذه الدراسات في بناء الدراسات السابقة، بالإضافة إلى استفادته الكبري في وضع الفروض لدرسته، بجانب الاستفادة الكبيرة منها إنشاء الله في عرض وتفسير النتائج التي سوف تتوصل إليها دراسته الحالية، وكذلك الاستفادة منها في وضع مقترحات وتوصيات.

فروض الدراسة :

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو الآتي:

1. لا توجد علاقة بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لنوع الجنس.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للفئات العمرية.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لحجم الأسرة.

5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوى التعليمي الأسرة.

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوى الاقتصادي.

7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لمتغير المواطنة.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

مقدمة
منهج الدراسة
المجتمع الأصلي للدراسة
عينة الدراسة
تصنيف البيانات العامة لخصائص أفراد العينة
أدوات الدراسة
المعالجات الإحصائية
خطوات الدراسة
الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء الدراسة

مقدمة:

يتناول هذا الفصل تحديداً فرضيات الدراسة كخطوة أولى لتحديد المسار العملي للإجابة عنها، ثم يتناول عرضاً لمنهج الدراسة، ومجتمع الدراسة وعينتها وأدواتها، ثم يلي ذلك عرضاً لخطوات، ومن ثم الأساليب الإحصائية التي اعتمد عليها الباحث في تحليل الدراسة.

وفيما يلي عرض لهذه الإجراءات:

منهج الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي في دراسته: و يعرف المنهج الوصفي التحليلي بأنه طريقة في البحث تتناول إحداث وظواهر وممارسات موجودة متاحة للدراسة والقياس كما هي دون تدخل الباحثة في مجرياتها ويستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها ويحللها (الأغا، 1997م، ص 43).

المجتمع الأصلي للدراسة:

شمل مجتمع الدراسة جميع الأسر صاحبة البيوت المهتمة من حرب 2014م لالنازحين في مراكز الإيواء في محافظة الوسطي والبالغ عددهم (254) أسرة، موزعين على معسكرات دير البلح والنصيرات ذلك حسب إحصائية برنامج الاغاثة والخدمات بوكالة الغوث للعام الدراسي 2014م/2015م.

عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من:

أولاً: العينة الاستطلاعية: Pilot Sample

شملت عينة الدراسة الاستطلاعية (50) أباً وأماً موزعين على مراكز إيواء دير البلح والنصيرات من خارج عينة الدراسة الفعلية وذلك للتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة، والجدول التالي يوضح توزيع العينة الاستطلاعية:

جدول (1)

يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة في العينة الاستطلاعية

المجموع	النصيرات	دير البلح	المنطقة / الجنس
28	17	11	ذكور (أب)
22	10	12	إناث (أم)
50	27	23	المجموع

ثانياً: العينة الحقيقية الفعلية: Actual Sample

قام الباحث بأخذ عينه عشوائية ممثلة للمجتمع الأصلي للدراسة من الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطي والبالغ عددها (180) أباً وأماً من الأسر صاحبة البيوت المهدامة من حرب 2014م النازحين في مراكز الايواء في محافظة الوسطي، وذلك لإمكانية تطبيق الدراسة عليهم.

وتم استبعاد 42 استبانة لعدم صلاحيتها ولتغذر بعض الاسر التعاون مع الباحث في تعبئة الاستبانة : وبهذا تكون عينة الدراسة الفعلية هي (180) أباً وأماً .

تصنيف البيانات العامة لخصائص أفراد العينة:

قام الباحث بتصنيف البيانات العامة لخصائص أفراد العينة والجداول التالية تبين خصائص مجتمع الدراسة كالتالي:

أولاً: الجنس:

جدول (2)

يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطي حسب متغير الجنس

النسبة %	التكرار	نوع الجنس
43.3	78	ذكور
56.7	102	إناث

يتضح من جدول رقم (2) أن عدد الذكور (الآباء) 78 وهم مانسبته (43.3%) من العينة، أما الإناث فكان العدد 102 أي ما نسبته (56.7%) .

ثانياً المستوى التعليمي:

جدول (3)

يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطى حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
7.2	13	غير متعلم
6.7	12	ابتدائي
18.3	33	اعدادي
40.0	72	ثانوي
27.8	50	جامعي

يتبين من جدول رقم (3) بأن 7.2% من أفراد العينة أميين (غير متعلمين)، و 6.7% حاصلين على الشهادة الابتدائية، و 18.3% حاصلين على الشهادة الابتدائية، و 40% حاصلين على الشهادة الثانوية، و 27.8% حاصلين على الشهادة الجامعية

ثالثاً الفئات العمرية:

جدول (4)

يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطى حسب متغير الفئات العمرية

النسبة %	التكرار	الفئات العمرية
37.2	67	18-25 سنة
30.6	55	26-35 سنة
17.8	32	36-45 سنة
14.4	26	46 سنة فما فوق

يتبين من جدول رقم (4) بأن 37.2% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين 18-25 سنة، بينما 30.6% تتراوح أعمارهم بين 26-35 سنة، و 17.8% تتراوح اعمارهم بين 36-45 سنة، و 14.4% أعمارهم 46 سنة فما فوق.

رابعاً نوع المواطنة:

جدول (5)

يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطي حسب متغير نوع المواطنة

النسبة%	التكرار	المواطنة
16.7	30	مواطن
83.3	150	لاجئ

يتبين من جدول رقم (5) أن 83.3% من أفراد العينة لاجئين، بينما 16.7% مواطنين .
خامساً: حجم الأسرة:

جدول (6)

يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطي حسب متغير حجم الأسرة

النسبة%	التكرار	حجم الاسرة
38.3	69	1-4 فرد
31.1	56	5-8 فرد
30.6	55	9 فما فوق فرد

يتبين من جدول رقم (6) بأن 38.3% من أفراد العينة بلغ عدد أفراد اسرهم بين 1-4 فرد، بينما 31.1% تراوح عدد أفراد اسرهم بين 5-8 فرد، و 30.6% بلغ عدد أفراد اسرهم 9 أفراد فما فوق.

سادساً : المستوى الاقتصادي:

جدول (7)

يوضح توزيع الأسر صاحبة البيوت المهدامة بمحافظة الوسطي حسب متغير المستوى الاقتصادي

النسبة%	التكرار	مستوى الدخل الشهري
55.6	100	اقل من 500 شيكل
26.1	47	من 500 - 1000م شيكل
18.3	33	أكثر من 1000م شيكل

يتبين من جدول رقم (7) بأن 55.6% من أفراد العينة بان مستوى دخلهم الشهري أقل من 500 شيكل، و 26.1% يتراوح ما بين 500-1000م شيكل، و 18.3% أكثر من 1000م شيكل.

أدوات الدراسة:

قام الباحث بإعداد وتبني أدوات الدراسة وهي:

أولاً: استمارة البيانات الشخصية (إعداد الباحث)

ثانياً: مقياس قائمة الأعراض النفسية SCL-90. (تعريب د. البحيري 2005م)

☒ صدق مقياس قائمه الأعراض النفسية 90 بند: Test Validity

قام الباحث باستخدام مجموعة من الطرق للتأكد من صدق المقياس : وللتعرف على الخصائص السيكومترية للمقياس، قام الباحث بحساب معاملات الثبات والصدق للمقياس.

للتحقق من معاملات الصدق للمقياس قام الباحث بحساب الصدق بطريقه وهي: صدق الاتساق الداخلي:

أولاً: صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تم حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات كل بعد على حدة والدرجة الكلية لكل بعد على حدة، وذلك لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (8)

يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الأعراض النفسية والدرجة الكلية للمقياس

الرقم	الأبعاد	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	الأعراض الجسمانية	.953**	م.0001
2	الوسواس القهري	.906**	م.0001
3	الحساسية التفاعلية	.886**	م.0001
4	القلق	.909**	م.0001
5	الاكتئاب	.928**	م.0001
6	العداوة	.897**	م.0001
7	قلق الخوف	.908**	م.0001
8	البارانويا التخيلية	.832**	م.0001
9	الذهانية	.878**	م.0001

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من خلال الجدول السابق أن أبعاد مقياس الأعراض النفسية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.86 - 0.95) وهذا يدل على أن أبعاد المقياس تتمتع بمعامل صدق عالٍ. وبما أن المقياس لديه تسعة أبعاد، فسوف يتم إيجاد معامل الارتباط بين فقرات كل بعد على حدة والدرجة الكلية للبعد التي تنتمي له الفقرة، وسوف يتم عرض ذلك من خلال الجداول التالية:

جدول (9)

يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد الأعراض الجسمانية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الأعراض الجسمانية
0.001	.746**	(1) الصداع
0.001	.781**	(4) الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة
0.001	.779**	(12) آلام في القلب أو الصدر
0.001	.796**	(27) الاحساس بآلام في أسفل الظهر
0.001	.808**	(40) الاحساس بالغثيان أو اضطراب المعدة
0.001	.500**	(42) الشعور بآلام في العضلات
0.001	.719**	(48) صعوبة التقاط الأنفاس
0.001	.664**	(49) الاحساس بنوبات من البرودة والسخونة في جسمك
0.001	.764**	(52) تنميل أو شكشة في أجزاء من جسمك
0.001	.756**	(53) الاحساس بان شيء يقف في زورك (يسد زورك)
0.001	.677**	(56) الشعور بالضعف في أجزاء من جسمك
0.001	.841**	(58) الشعور بثقل في ذراعيك وأرجلك

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد الأعراض الجسمانية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01 حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.50 - 0.84)، وهذا يدل على أن بعد الأعراض الجسمانية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (10)

يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد الوسواس القهري والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الوسواس القهري
0.001	.616**	(3) وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها
0.001	.805**	(9) الصعوبة في تذكر الأشياء
.002	.504**	(10) الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقدارة والاهمال
0.001	.799**	(28) عدم القدرة على اتمام أعمالك
0.001	.700**	(38) الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من صحتها
0.001	.616**	(45) الاضطرار إلى إعادة التأكد من أعمالك (تعيد وتزيد)
0.001	.690**	(46) صعوبة اتخاذ القرارات
0.001	.726**	(51) الاحساس بأن ذهنك خالي من الأفكار
0.001	.643**	(55) صعوبة في التركيز
0.001	.692**	(65) تكرار نفس الأفعال مثل اللمس والعد والغسل

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد الوسواس القهري تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.50-0.80)، وهذا يدل على أن بعد الوسواس القهري وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (11)

يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد الحساسية التفاعلية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الحساسية التفاعلية
0.001	.635**	(6) الشعور بالحساسية تجاه الآخرين
0.001	.561**	(21) الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر
0.001	.665**	(34) الاحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة
0.001	.572**	(36) الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك
0.001	.472**	(37) الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك
0.001	.592**	(41) الاحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص)
0.001	.567**	(61) الشعور باضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبونك
0.001	.713**	(69) الشعور بالخجل والهيبية في وجود الآخرين
.000	.566**	(73) الاحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد الحساسية التفاعلية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.47- 0.71)، وهذا يدل على بعد الحساسية التفاعلية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (12)

يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد الاكتئاب والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الاكتئاب
0.001	.543**	(5) أشعر بأن رغباتي وحياتي الجنسية غير طبيعية
0.001	.835**	(14) الشعور بالخمول أو قلة النشاط
0.001	.617**	(15) التفكير في إنهاء حياتك
0.001	.731**	(20) البكاء بسهولة
0.001	.786**	(22) الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة
0.001	.693**	(26) لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك
0.001	.698**	(29) الإحساس بالوحدة
0.001	.777**	(30) الشعور بالانقباض
0.001	.735**	(31) في القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها
0.001	.654**	(32) الشعور بعدم الاهتمام بما حولك
0.001	.695**	(54) الشعور باليأس من المستقبل
0.001	.644**	(71) الشعور بأن كل شيء عناء في عناء (تعب في تعب)
.027	.369*	(79) الشعور بأنك عديم الأهمية

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد الاكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.36- 0.83)، وهذا يدل على أن بعد الاكتئاب وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (13)

يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد القلق والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد القلق
0.001	.624**	(2) سرعة الانفعال والاضطراب الداخلي
.001	.520**	(17) رعشة بالجسم
0.001	.675**	(23) رعب مفاجئ بلا سبب
0.001	.774**	(33) الشعور بالخوف
0.001	.780**	(39) الاحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها
0.001	.772**	(57) الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخليا
0.001	.635**	(72) نوبات من الفزع والذعر بدون سبب معقول
0.001	.621**	(78) الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكنك من الجلوس هادئا في مكان
0.001	.639**	(80) أشعر بصعوبة في التعرف على الأشياء المألوفة لى
0.001	.648**	(86) أشعر بوجود قوة داخلي تدفعني للقيام بأعمال معينة

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 || غير دالة إحصائياً

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد القلق تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.52-0.77)، وهذا يدل على أن بعد القلق وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (14)

يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد العداوة والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد العداوة
0.001	.696**	(11) الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة
0.001	.833**	(24) ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها
0.001	.630**	(63) الشعور برغبة ملحة في ضرب أو جرح أو إيذاء شخص ما
0.001	.807**	(67) الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء
0.001	.628**	(74) الدخول في كثير من الجدل والمناقشات
0.001	.565**	(81) أشعر بالعصبية والتوتر لدرجة أبدأ بالصراخ وقذف الأشياء التي تقع في يدي.

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 || غير دالة إحصائياً

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد العداوة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.56-0.83)، وهذا يدل على أن بعد العداوة وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (15)

يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد قلق الخواف والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد قلق الخواف
0.001	.604**	(13) الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع
0.001	.714**	(25) الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك
0.001	.589**	(47) الشعور بالخوف عند السفر بالسيارات أو الاتوبيسات
0.001	.654**	(50) الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال لأنها تسبب لك الاحساس بالخوف
0.001	.700**	(70) الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالسوق أو السينما
0.001	.605**	(75) الشعور بالعصبية عندما تكون بمفردك
0.001	.732**	(82) الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد قلق الخواف تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.58-0.73) وهذا يدل على أن بعد قلق الخواف وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (16)

يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد البارانويا التخيلية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد البارانويا التخيلية
0.001	.777**	(8) القاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك
0.001	.710**	(18) الشعور بعدم الثقة في معظم الناس
0.001	.807**	(43) الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك
0.001	.643**	(68) الشعور بالخل والهيبية في وجود الآخرين
0.001	.765**	(76) الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وإنجازتك
0.001	.698**	(83) الشعور بأن الناس سيأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد البارانويا التخيلية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.64-0.80) وهذا يدل على أن بعد البارانويا التخيلية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (17)

يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد الذهانية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الذهانية
0.001	.655**	(7) الشعور بأن شخصاً ما يستطيع السيطرة على أفكارك
0.001	.675**	(16) سماع أصوات لا يسمعونها آخرون
0.001	.552**	(35) الاحساس بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة
0.001	.686**	(62) الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك
0.001	.494**	(77) الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين
0.001	.758**	(84) أشعر بالتعب وعدم الراحة كلما فكرت في الجنس
0.001	.755**	(85) أفكار تسيطر عليك بأنك لا بد وأن تعاقب على ذنوبك
0.001	.678**	(87) الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك
0.001	.672**	(88) عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر
0.001	.578**	(90) الشعور بأن هناك تغييراً غريباً قد طرأ على أفكارك

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من الجدول السابق أن فقرات بعد الذهانية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.49-0.75) وهذا يدل على أن بعد الذهانية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

ثبات مقياس قائمه الأعراض النفسية 90 بند:

للتحقق من معاملات الثبات للمقياس قام الباحث بحساب الثبات بطريقتين وهما: طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية:

أولاً: معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

تم تطبيق مقياس الأعراض النفسية على عينة مكونة من 50 فرد من النازحين في مراكز الأيواء، وبعد تطبيق المقياس تم احتساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.98 وهذا دليل كافٍ على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات

مرتفع. وبما أن المقياس لديه تسعة أبعاد، فقد تراوحت معاملات الثبات للأبعاد التسعة بين (0.76 – 0.92)، وهذا دليل كافي على المقياس وأبعاده يتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة.

ثانياً: معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم تطبيق مقياس الأعراض النفسية على عينة مكونة من 50 فرد من النازحين في مراكز الإيواء، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس وكذلك لكل بعد على حدة، فقد بلغ معامل ارتباط بيرسون للمقياس الكلي 0.90، ومجال استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.94)، حيث تراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأبعاد المقياس بين (0.71 - 0.93). مما سبق يتبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات جيد، كما في الجدول التالي، مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس الأبعاد المذكورة أعلاه، وبذلك اعتمد الباحث هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

جدول (18)

يوضح معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة لمقياس (الأعراض النفسية) وأبعاده

الرقم	مقياس الأعراض النفسي وأبعاده	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	معامل ارتباط بيرسون	معامل الثبات بطريقة سبيرمان براون المعدلة
1	الأعراض الجسمانية	12	.920	0.88	0.93
2	الوسواس القهري	10	.860	0.72	0.83
3	الحساسية التفاعلية	9	.760	0.55	0.71
4	القلق	10	.860	0.67	0.8
5	الاكتئاب	13	.900	0.77	0.87
6	العداوة	6	.780	0.65	0.79
7	قلق الخوف	7	.780	0.72	0.83
8	البار انويا التخيلية	6	.820	0.7	0.82
9	الذهانية	10	.840	0.84	0.91
	المقياس الكلي	90	.980	00.9	0.94

ثالثاً: مقياس الخبرات الصادمة. (إعداد برنامج غزة للصحة النفسية، 2009م ترجمه ثابت) صدق مقياس الخبرات الصادمة.

قام الباحث باستخدام العديد من الطرق للتأكد من صدق المقياس : وللتعرف على الخصائص السيكومترية للمقياس، قام الباحث بحساب معاملات الثبات والصدق للمقياس. للتحقق من معاملات الصدق للمقياس قام الباحث بحساب الصدق بطريقه وهى: صدق الاتساق الداخلي:

أولاً: صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تم حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي: جدول(19) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الخبرات الصادمة والدرجة الكلية للمقياس

الرقم	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	الرقم	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	.534**	م.0001	23	.647**	م.0001
2	.517**	م.0001	24	.576**	م.0001
3	.339**	م.0001	25	.512**	م.0001
4	.386**	م.0001	26	.551**	م.0001
5	.476**	م.0001	27	.529**	م.0001
6	.544**	م.0001	28	.533**	م.0001
7	.554**	م.0001	29	.515**	م.0001
8	.560**	م.0001	30	.346**	م.0001
9	.592**	م.0001	31	.537**	م.0001
10	.515**	م.0001	32	.520**	م.0001
11	.268**	م.0001	33	.550**	م.0001
12	.520**	م.0001	34	.397**	م.0001
13	.559**	م.0001	35	.569**	م.0001
14	.290**	م.0001	36	.536**	م.0001
15	.378**	م.0001	37	.547**	م.0001
16	.365**	م.0001	38	.449**	م.0001
17	.190*	م.0001	39	.505**	م.0001
18	.628**	م.0001	40	.421**	م.0001
19	.622**	م.0001	41	.526**	م.0001
20	.553**	م.0001	42	.394**	م.0001
21	.587**	م.0001	43	.484**	م.0001
22	.601**	م.0001	44	.467**	م.0001

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبين من خلال الجدول السابق أن فقرات مقياس الخبرات الصادمة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.19 - 0.64) وهذا يدل على أن فقرات المقياس تتمتع بمعامل صدق عالٍ.

ثبات مقياس الخبرات الصادمة:

للتحقق من معاملات الثبات للمقياس قام الباحث بحساب الثبات بطريقتين وهما: طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية:

أولاً: معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

تم تطبيق مقياس الخبرات الصادمة على عينة مكونة من 50 فرد، وبعد تطبيق المقياس تم احتساب معامل ألفا كرونباخ لمقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.95 وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

ثانياً: معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم تطبيق مقياس الخبرات الصادمة على عينة مكونة من 50 فرد، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس وكذلك لكل بعد على حدة، فقد بلغ معامل ارتباط بيرسون للمقياس الكلي 0.69، ومجال استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.81)، مما سبق يتبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات جيد، كما في الجدول التالي، مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس الأبعاد المذكورة أعلاه، وبذلك اعتمد الباحث هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

المعالجات الإحصائية:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها، فقد تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Science (SPSS) وفيما يلي الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات:

1. تم حساب التكرارات والنسب المئوية للتعرف على الصفات الشخصية لمفردات الدراسة.

2. تم حساب المتوسط الحسابي Mean، والوزن النسبي لتحديد مستوى متغيرات الدراسة (أعراض الاضطراب النفسي، والخبرات الصادمة).
3. تم استخدام الانحراف المعياري (Standard Deviation) للتعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة ولكل محور من المحاور الرئيسية عن متوسطها الحسابي، وتم استخدام الانحراف المعياري كوسيلة للتمييز بين مستوى المحاور في حالة تساوي المتوسط الحسابي والوزن النسبي للمحاور، حيث كلما قل الانحراف المعياري كان ذلك أفضل.
4. اختبار ألفا كرونباخ لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة.
5. معامل ارتباط بيرسون لقياس صدق الفقرات، وللتعرف على نوع وقوة العلاقة بين متغيرات الدراسة.
6. اختبار كولومجروف- سمرنوف لمعرفة نوع البيانات هل تتبع التوزيع الطبيعي أم لا. (Sample K-S-1).
7. اختبار t للفرق بين متوسط عينتين مستقلتين للتعرف على الفروق بين متغيرات الدراسة.
8. اختبار تحليل التباين الأحادي. (One Way ANOVA)
9. اختبار شيفيه للمقارنات البعدية.

خطوات الدراسة:

- من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بإجراء الخطوات التالية:
1. الاطلاع على الإطار النظري والأدب التربوي ذو العلاقة بأعراض الاضطراب النفسي والخبرات الصادمة، المتمثلة بالكتب والدراسات في مجال الإرشاد النفسي، ورسائل الماجستير والدكتوراة العربية والأجنبية و الدراسات السابقة والمقاييس المتعلقة بهذه الدراسة من أجل إعداد أدوات الدراسة.
2. البدء بكتابة الفصل الأول بما يتضمّن من مشكلة الدراسة، وأهدافها، وأهميتها.
3. كتابة الإطار النظري والذي يتكوّن من مبحثين، شمل المبحث الأول: الاضطراب النفسي، وشمل المبحث الثاني: الخبرات الصادمة.
4. تحديد الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة والاستفادة منها وتصنيفها إلى مجموعات.
5. إعداد وتبني أدوات الدراسة وشملت (استمارة البيانات الشخصية، ومقياس قائمة أعراض الاضطراب النفسي، ومقياس الخبرات الصادمة)، ثم القيام بالحصول على كتاب رسمي من برنامج

- الدراسات العليا إلى دائرة التربية والتعليم بوكالة الغوث الدوليّة والقاضي بتنفيذ الدراسة على الأسر صاحبة البيوت المهدمة النازحين في مراكز الإيواء بمحافظة الوسطي.
6. تطبيق أدوات الدراسة على العيّنة الاستطلاعيّة لإجراء عمليّة التقنين للتأكد من صدقها وثباتها، ومن ثمّ التطبيق على العيّنة الفعلية الحقيقيّة.
7. تحديد العيّنة الفعلية والتي تمّ تطبيق الاستبانة عليها بعد الانتهاء من تقنينها.
8. القيام بجمع المعلومات وتفرغها وتحليلها إحصائياً بهدف معالجة فروض الدراسة.
9. تفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة وعلى ضوء هذه النتائج تمّ كتابة بعض التوصيات والمقترحات بهدف الاستفادة منها في المستقبل.
10. ترجمة التلخيص إلى اللغة الإنجليزيّة ليتمّ الاستفادة منها على نطاق واسع.

الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء الدراسة:

لقد واجه الباحث أثناء إجراء الدراسة بشقيها الميداني والنظري العديد من الصعوبات ومن أهم هذه الصعوبات:

1. أوضاع العمل حيث يعمل الباحث مرشداً لإحدى مدارس وكالة الغوث فكان هناك صعوبة في ترك المدرسة والتنقل إلى مراكز الإيواء أثناء التطبيق.
2. الأوضاع السياسيّة والاقتصاديّة لقطاع غزة التي أدت إلى انقطاع التيار الكهربائي بشكل مستمر والذي يشكّل عائقاً للباحث في إنهاء دراسته.
3. عدم تعاون ورغبة بعض أفراد العينة في تعبئة المقاييس مما أدى بالباحث إلى استبعاد بعض الاستبانات.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

مقدمة

نتائج اختبار التوزيع الطبيعي

إجابة التساؤل الأول وتفسيره

إجابة التساؤل الثاني وتفسيره

تعليق عام على نتائج الدراسة

التوصيات

دارسات مقترحة

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

مقدمة:

فيما يلي عرضاً للنتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة والمعالجات الإحصائية وفقاً لأسئلة الدراسة وفرضياتها، وسيتم عرض النتائج الخاصة بتساؤلات الدراسة ثم عرض النتائج الخاصة بفرضيات الدراسة.

نتائج اختبار التوزيع الطبيعي:

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار Kolmogorov-Smirnov لقياس مدى اعتدالية البيانات، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (20)

يوضح نتائج اختبار كلمروجوف للتوزيع الطبيعي

القيمة الاحتمالية	اختبار كلمروجوف	المتغيرات	
.279//	.991	الخبرات الصادمة	1
.259//	1.011	الأعراض الجسمانية	2
.106//	1.212	الوسواس القهري	3
.392//	.900	الحساسية التفاعلية	4
.203//	1.069	القلق	5
.643//	.741	الاكتئاب	6
.153//	1.134	العداوة	7
283.//	0.990	قلق الخوف	8
.318//	.958	البار انويا التخيلية	9
.033*	1.432	الذهانية	10
.229//	1.040	الأعراض النفسية الكلية	11

لقد أظهرت النتائج الخاصة بالتوزيع الطبيعي للبيانات بأن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي، وحيث ظهر بأن جميع المتغيرات تتبع التوزيع الطبيعي، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة أكبر من 0.05، ولهذا يجب استخدام الإحصاءات المعلمية للإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة.

إجابة التساؤل الأول وتفسيره:

التساؤل الأول: ما أكثر أعراض الاضطراب النفسي شيوعاً لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد الحرب بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة ؟

للتعرف على أكثر أعراض الاضطراب النفسي شيوعاً لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد الحرب بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة ، قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، ونسبة الأفراد الذين تجاوزوا الانحراف المعياري الأول والذين يتم اعتبارهم حالات مرضية على هذا المقياس وأبعاده، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (21)

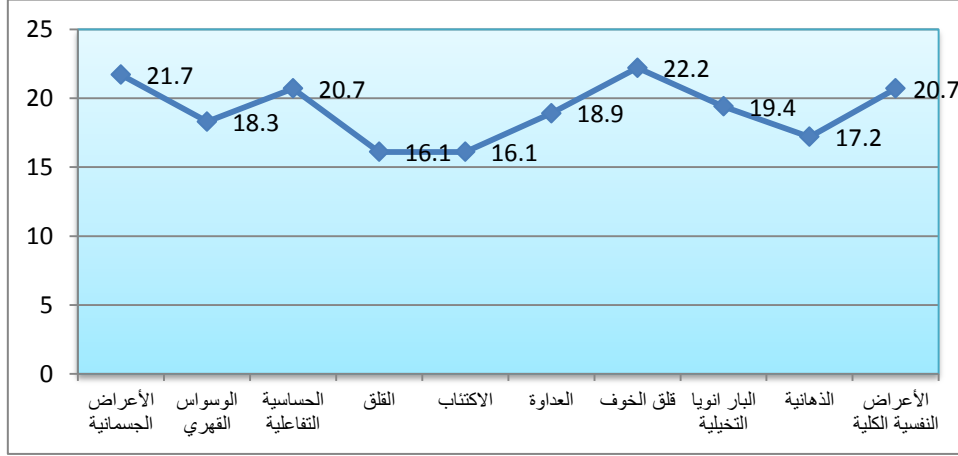
يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الأفراد الذين تجاوزوا الانحراف المعياري الأول على أبعاد مقياس الأعراض النفسية لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد الحرب بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة

الترتيب	الأفراد الذين تجاوزوا الانحراف المعياري الأول %	الانحراف المعياري	المتوسط	الأعراض النفسية
2	21.7	10.75	16.44	الأعراض الجسمانية
6	18.3	7.99	16.41	الوسواس القهري
3	20.7	6.84	12.41	الحساسية التفاعلية
8	16.1	8.34	14.23	القلق
9	16.1	10.28	18.83	الاكتئاب
5	18.9	5.26	8.36	العداوة
1	22.2	5.74	8.41	قلق الخوف
4	19.4	5.21	8.19	البارانويا التخيلية
7	17.2	8.18	10.68	الذهانية
	20.7	60.45	113.89	الأعراض النفسية الكلية

للتعرف على أكثر أعراض الاضطراب النفسي لدى الأفراد الذين تم هدم منازلهم في الحرب الأخيرة على قطاع غزة في المحافظة الوسطى بقطاع غزة، فقد تم حساب نسبة الأفراد الذين تجاوزوا الانحراف المعياري الأول من المتوسط، والذين يمكن اعتبارهم الحالات المرضية بالنسبة لهذه المقاييس، فقد ظهرت أكثر الأعراض انتشاراً بين الأفراد هو قلق الخوف (22.2%)، ويليهما الأعراض الجسمانية (21.7%)، ثم أعراض الحساسية التفاعلية (20.7%)، وأيضاً 19.4% من الأفراد يعانون من البارانويا التخيلية، في حين 18.9% يعانون من العداوة، و 18.3% يعانون من

الوسواس القهري، 17.2% يعانون من الذهانية، و16.1% يعانون من القلق، وأيضا 16.1% يعانون من الاكتئاب، والنتائج موضحة من خلال الشكل التالي.

شكل 1 نسبة الأفراد الذين يعانون من أعراض الاضطراب النفسي حسب مقياس الأعراض 90 بند



اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (العدينات، 2012م) حيث أظهرت ارتفاع في مستوى الاضطرابات النفسية وسط الاطفال، ودراسة (Pouta et al 2006م) حيث أظهرت أن الاضطرابات النفسية الناجمة عن الصدمة مرتفعة، بينما اختلفت مع دراسته (ضمرة، 2012م) حيث أظهرت أن شيعو القلق متوسط لداأفراد العينة، ودراسة (البحراني والخواجة، 2012م) حيث اظهرت أن مستوى انتشار أعراض ما بعد الصدمة لداأفراد العينة بسيط، ودراسة (امانلب وآخرون، 2009م) حيث أظهرت أن مستوى القلق 16.4% والاكتئاب 27.1% ودراسة (كاموني وآخرون، 2007م) حيث أظهرت أن مستوى الأعراض مرتفع، ودراسة (عبد الله، 2007م) حيث اظهرت مستوى اضطراب كرب ما بعد الصدمه بسيط.

ويعزو الباحث النتيجة الحالية بأن من الطبيعي والمنطقي وتماشياً مع التراث النفسي أن العديد من النازحين من الحروب يطورون أعراضاً كالقلق ويطورون أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

كما أن الأعراض الجسمانية تظهر على العديد من النازحين وخاصة النساء كنوع عن التعبير عن المعاناه النفسية، بالإضافة إلى ذلك كله يتضح أن العداوة تحتل نسبة كبيرة في الترتيب وهذا يتفق مع نظرية الإحباط - العدوان (دولار ومولارد) الذين أكدوا علناً الإحباط يولد العدوان.

ويعزو الباحث أن السبب في وجود تلك الأعراض والتي تشمل قلق الخوف والأعراض الجسمانية وأعراض الحساسية التفاعلية، والبارانونيا التخيلية، والعداوة والوسواس القهري والذهانية والقلق والاكتئاب لداأفراد الأسر أصحاب البيوت المهتمة إلى: الأحداث السياسية والاجتماعية

والنفسية والمعرفية القائمة في مجتمعنا الفلسطيني الحالي، فعدم الإستقرار وعدم الاحساس بالامان والتعرض الدائم للخطر وفقدان المسكن وفقدان الأحبة بسبب الإعتداء الصهيوني ترك أثر سلبي في كل جوانب الحياة وخاصة المرأة الفلسطينية (القحطاني، 2009).

إن سياسة هدم المنازل التي مارستها سلطات الإحتلال الإسرائيلي اعتبرت من أبرز انتهاكات حقوق الإنسان وكان لها انعكاسات خطيرة على واقع السكن وعلى زيادة المعاناة النفسية التي تتمثل في ظهور أعراض مختلفة عند هذه الفئة.

كذلك يرى الباحث أن وجود مثل هذه الاضطرابات وغيرها نتيجة حجم المعاناة والأحداث الأليمة والمزعجة والصادمة والمفاجئة التي تعرض لها سكان غزة، وخصوصاً الأسر صاحبة البيوت المهدمه.

وتشير الدراسات السابقة التي أجريت بعد الحروب على غزة إلى نسب متفاوتة من الأطفال يعانون من أعراض الخبرة الصادمة كدراسة ثابت والسراج (2009م).

كذلك يرى الباحث أن حدة هذه الاضطرابات ظهرت بشكل كبير بعد الحرب الأخيرة نتيجة ضعف الخدمات النفسية المقدمة لهذه الأسر والتي أثرت على جميع جوانب شخصيتهم ومنها السلوكية والمعرفية والنفسية والاجتماعية.

إجابة التساؤل الثاني وتفسيره:

التساؤل الثاني: ما مستوى التعرض للخبرات الصادمة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد الحرب بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة ؟

للتعرف على مستوى التعرض للخبرات الصادمة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد الحرب بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة، قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، والوزن النسبي لمقياس الخبرات الصادمة المكون من ثلاث أبعاد (مشاهدة الأحداث، سماع الأحداث، التعرض المباشر للأحداث)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (22)

يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الخبرات الصادمة لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد الحرب بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة

الخبرات الصادمة	عدد الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
مشاهدة الأحداث الصادمة	28	13.77	6.78	49.2
تعرض الأحداث الصادمة	9	3.17	2.02	35.2
سماع الأحداث الصادمة	7	3.32	2.22	47.5
الخبرات الصادمة	44	20.26	10.05	46.0

أظهرت النتائج بأن مستوى التعرض للخبرات الصادمة كان بشكل متوسط خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة، فقد بلغ الوزن النسبي للأحداث الصادمة 46%، في حين بلغ الوزن النسبي للأحداث الصادمة عن طريق المشاهدة 49.2%، والوزن النسبي للأحداث الصادمة عن طريق التعرض المباشر 35.2%، و الوزن النسبي للأحداث الصادمة عن طريق السماع بلغ 47.5%، ومما سبق يعطي مؤشر على أن مستوى التعرض عند أفراد العينة كان متوسط خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة.

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (عودة، 2010م) حيث أظهرت أن المستوي النسبي للخبرة الصادمة (62.14) وهو متوسط، بينما اختلفت مع دراسة (ثابت، 2008م) حيث أظهرت أن مستوي التعرض للخبرات الصادمة مرتفع، ودراسة (Dyegrov et، 2007م) حيث أظهرت مستوي مرتفع جدا للتعرض للخبرات الصادمة.

ويعزو الباحث النتيجة الحالية إلى أن العديد من النازحين خرجوا من بيوتهم نتيجة سماعهم ومشاهدتهم للأحداث الصادمة من خلال وسائل الإعلام وقصص النازحين من مناطق التماس ولهذا من الطبيعي أن تكون نسبة المشاهدة والسماع أعلى من نسبة التعرض لدى النازحين في المراكز.

إجابة الفرضية الأولى ومناقشتها وتفسيرها:

الفرضية الأولى: لا توجد علاقة بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.

لاختبار صحة هذه الفرضية تم إيجاد مصفوفة معاملات الارتباط لبيرسون لدراسة العلاقة بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة (Pearson's Correlation Coefficient)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (23)

يوضح مصفوفة معاملات الارتباط لبيرسون لدراسة العلاقة بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة

الخبرات الصادمة	سماع 7	تعرض 9	مشاهدة 28	الخبرات الصادمة الأعراض النفسية
	.376**	.308**	.381**	الأعراض الجسمانية
	.333**	.287**	.379**	الوسواس القهري
	.292**	.211**	.320**	الحساسية التفاعلية
	.294**	.207**	.274**	القلق
	.249**	.228**	.271**	الاكتئاب
	.347**	.315**	.377**	العداوة
	.180*	.249**	.230**	قلق الخوف
	.355**	.303**	.365**	البار انويا التخيلية
	.220**	.281**	.254**	الذهانية
	.336**	.300**	.360**	الأعراض النفسية الكلية

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية الكلية لدى أصحاب البيوت المدمرة خلال الحرب

الأخيرة على قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى التعرض للخبرات الصادمة كلما أدى ذلك إلى زيادة أعراض الاضطراب النفسي لدى الأفراد المدمرة منازلهم نتيجة الحرب الأخيرة على قطاع غزة والعكس صحيح، كما أظهرت النتائج وجود علاقة طردية بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، قلق الخواف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المدمرة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة، وهذا يعطي مؤشر على أن ارتفاع مستوى الاضطراب النفسي مرتبط بالتعرض للأحداث الصادمة عند أصحاب البيوت المدمرة في المحافظة الوسطى بقطاع غزة والعكس صحيح. كما لوحظ وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الخبرات الصادمة عن طريق مشاهدة الأحداث الصادمة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة وبين الأعراض النفسية الكلية والأعراض التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، قلق الخواف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المدمرة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى مشاهدة الأحداث الصادمة كلما أدى إلى ارتفاع مستوى الاضطراب النفسي وكذلك ارتفاع مستوى الأعراض النفسية السابقة والعكس صحيح. في حين لوحظ وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الخبرات الصادمة عن طريق التعرض المباشر للأحداث الصادمة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة وبين الأعراض النفسية الكلية والأعراض التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، قلق الخواف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المدمرة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى التعرض المباشر للأحداث الصادمة كلما أدى إلى ارتفاع مستوى الاضطراب النفسي وكذلك ارتفاع مستوى الأعراض النفسية السابقة والعكس صحيح، حيث لوحظ وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الخبرات الصادمة عن طريق سماع للأحداث الصادمة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة وبين الأعراض النفسية الكلية والأعراض التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، قلق الخواف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المدمرة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى السماع للأحداث الصادمة كلما أدى إلى ارتفاع مستوى الاضطراب النفسي وكذلك ارتفاع مستوى الأعراض النفسية السابقة والعكس صحيح.

انققت الدراسة الحالية مع نتيجة كل من الدراسات السابقة كدراسة دراسة (جردات، 2014م) دراسة (الموسوي، 2012م) (الريحاني، 2012م)، دراسة (بسيوني وجبريل، 2011م) دراسة (إيفانز وأوهرلر 2008م) دراسة (بني يونس، 2004م) دراسة (اليحفوفي، 2011م) (عودة، 2010م)

دراسة (شعت، 2005م) حيث توصلت تلك الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين متغيرات الدراسة بينما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (لموزه وجاسم، 2005م) حيث توصلت إلى وجود علاقة سلبية، ودراسة (الجبوري، 2010م) حيث توصلت إلى وجود علاقة ضعيفة، كما اختلفت مع نتيجة دراسة (الريحاني، 2012م) حيث توصلت إلى عدم جود علاقة بين متغيرات الدراسة.

إجابة الفرضية الثانية ومناقشتها وتفسيرها:

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى إلى الجنس. ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدراسة الفروقات في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (24)

يوضح نتائج اختبار ت لكشف الفروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي الاضطرابات النفسية لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للجنس

مستوى الدلالة	قيمة ت	إناث (ن=102)		ذكور (ن=78)		أعراض الاضطراب النفسي
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
.767//	-.296	10.4	16.6	11.3	16.2	الأعراض الجسمانية
.798//	-.256	7.9	16.5	8.1	16.2	الوسواس القهري
.696//	-.392	6.7	12.6	7.1	12.2	الحساسية التفاعلية
.575//	-.561	8.4	14.5	8.3	13.8	القلق
.672//	-.423	10.6	19.1	9.8	18.5	الاكتئاب
.268//	1.112	5.2	8.0	5.3	8.9	العداوة
.708//	.375	5.5	8.3	6.0	8.6	قلق الخوف
.746//	.324	5.6	8.1	4.6	8.3	البار انويا التخيلية
.358//	.921	7.9	10.2	8.6	11.3	الذهانية
.988//	.016	60.3	113.8	61.0	114.0	الأعراض النفسية الكلية

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج الموضحة من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات أعراض الاضطراب النفسي الكلية والأبعاد التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث)، وهذا يعني أن نوع الجنس للأفراد الذين تم هدم منازلهم خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة ليس لديه أثر على أعراض الاضطراب النفسية الكلي والأبعاد التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة كل من الدراسات السابقة كدراسة دراسة (العديناات 2012م) دراسة (جردات، 2014م) حيث أظهرت تلك الدراسات عدم وجود فروق تعزى للجنس، بينما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة كل من الدراسات السابقة كدراسة (البحراني الخواجة، 2012م)، ودراسة (ضمرة، 2012م)، ودراسة (الجواري، 2006م)، ودراسة (الموسوي، 2012م)، ودراسة (الغريب، 2011م)، ودراسة (الجبوري، 2010م)، ودراسة (عبد القادر، 2005م) حيث أظهرت تلك الدراسات وجود فروق تعزى للجنس.

ويعزوالباحث النتيجة الحالية الي لأن هؤلاء أفرد هذه الأسر قد تعرضوا جميعهم لهذه الخبرات بشكل متكرر ومنتزاد ، فقد مروا هؤلاء الأسر بانتفاضة الأقصى المباركة فالحصار المفروض وصولا إلى الاقتتال الداخلي ، فالحرب الأخيرة على قطاع غزة ، وهذه الحرب التي لم تترك وسيلة من السلاح إلا وقد استخدمتها في قتل أبناء الشعب الفلسطيني المسلوب السلاح وضعيف القوة العسكرية ، فقد استخدم الاحتلال الإسرائيلي الدبابات الضخمة والصواريخ المتطورة إضافة إلى غاز الفسفور الأبيض الذي لا يستخدم ضد المدنيين حسب اتفاقيات مجلس الأمن، وقد أخذت هذه الحرب أشكالاً وصوراً متعددة مثل القتل المقصود ، قصف المنازل وتدميرها على رؤوس أصحابها، تشريد آلاف العائلات ، حيث أصبحت هذه العائلات دون مأوى والكثير من الجرحى والمعاقين واغتيال شخصيات قيادية ووطنية من الشعب الفلسطيني ، واعتقال إما بالسجون الإسرائيلية أو الاحتجاز داخل المنازل والمدارس، فهذا كله زاد من تعرض هذه الاسر للخبرات الصادمة لأنهم الأكثر تأثيًراً وتضرراً من غيرهم حيث أنهم يقطنون في المناطق الحدودية التي تشهد التوغلات ومسارح المقاومة والمعارك ، فقد كان الذكو يتعرضون مع الاناث لمشاهدة القصف المدفعي لمنازلهم والتجريف لأراضيهم ، أشلاء الشهداء تسكن معهم فى الشوارع ، أجساد الجرحى

المبتورة بين أزقة الطرقات ، إن هو لما تعرض له أفراد هذه الاسر والشعب بأكمله في قطاع غزة وعدم قدرته على استيعاب هذبه المجازر في مخيلته الذهنية حيث أن هذه الممارسات فاقت تصور العقل البشري لذلك كانت الصدمات واحدة وشاهدها جميع افراد المجتمع الفلسطيني من طفل وام واب وبالتالي كانت الاعراض الاضطراب متشابهه ، حيث ان اليات الاحتلال لم تفرق بين أي فرد من افراد المجتمع الفلسطيني فالجميع كان مستهدف.

إجابة الفرضية الثالثة ومناقشتها وتفسيرها

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للفئات العمرية.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One-WayANOVA) لدراسة الفروقات في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للفئات العمرية (أقل من 26 سنة، 26-35 سنة، 36-45 سنة، 46 سنة فأكثر)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (25) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للفئات العمرية

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمانية	بين المجموعات	992.1	3	330.71	2.95	.034*
	داخل المجموعات	1970م6.2	176	111.97		
	المجموع	2069م8.3	179			
الوسواس القهري	بين المجموعات	218.5	3	72.83	1.14	.332//
	داخل المجموعات	1119م4.9	176	63.61		
	المجموع	1141م3.4	179			
الحساسية التفاعلية	بين المجموعات	119.4	3	39.79	0.85	.469//
	داخل المجموعات	8209م.9	175	46.91		
	المجموع	8329م.2	178			
القلق	بين المجموعات	220.9	3	73.64	1.06	.368//
	داخل المجموعات	1224م3.3	176	69.56		
	المجموع	1246م4.2	179			
الاكتئاب	بين المجموعات	324.2	3	108.05	1.02	.384//
	داخل المجموعات	1858م2.8	176	105.58		
	المجموع	1890م7.0	179			
العداوة	بين المجموعات	281.5	3	93.85	3.54	.016*
	داخل المجموعات	4662م.0	176	26.49		
	المجموع	4943م.5	179			
قلق الخوف	بين المجموعات	98.2	3	32.73	0.99	.398//
	داخل المجموعات	5803م.2	176	32.97		
	المجموع	5901م.4	179			
البار انويا التخيلية	بين المجموعات	27.3	3	9.10	0.33	.803//
	داخل المجموعات	4834م.3	176	27.47		
	المجموع	4861م.6	179			
الذهانية	بين المجموعات	437.9	3	145.98	2.22	.087//
	داخل المجموعات	1155م1.4	176	65.63		
	المجموع	1198م9.3	179			
الأعراض النفسية الكلية	بين المجموعات	1628م0.7	3	5426م.92	1.50	.217//
	داخل المجموعات	6341م32.2	175	3623م.61		
	المجموع	6504م13.0	178			

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً تبين من خلال الجدول السابق مايلي:

لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات أعراض الاضطراب النفسي الكلي والأبعاد التالية (الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للفئات العمرية (أقل من 26 سنة، 26-35 سنة، 36-45 سنة، 46 سنة فأكثر)، وهذا يعني أن متغير الفئات العمرية ليس له أثر على أعراض الاضطراب النفسي التالية (الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المدمرة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.

لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات الأعراض الجسمانية لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للفئات العمرية (أقل من 26 سنة، 26-35 سنة، 36-45 سنة، 46 سنة فأكثر)، ولكشف الفروق تم ايجاد اختبار شيفية للمقارنات البعدية في حالة تجانس التباين، فقد لوحظ بأن الأفراد الذين أعمارهم تتراوح ما بين (36-45) يعانون من الأعراض الجسمانية أكثر من الأفراد الذين أعمارهم أقل من 36 سنة، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات العمرية الأخرى.

لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات العدواة لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للفئات العمرية (أقل من 26 سنة، 26-35 سنة، 36-45 سنة، 46 سنة فأكثر)، ولكشف الفروق تم ايجاد اختبار شيفية للمقارنات البعدية في حالة تجانس التباين، فقد لوحظ بأن الأفراد الذين أعمارهم تتراوح ما بين (18-25) يعانون من العدواة بشكل أقل من الأفراد الذين أعمارهم تتراوح ما بين (26-35) والأفراد الذين أعمارهم (36-45) سنة، كما لوحظ بأن الأفراد الذين أعمارهم تتراوح ما بين (36-45) لديهم أعراض عدواة أكثر من الأفراد الذين أعمارهم 46 سنة فما فوق، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات العمرية الأخرى.

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة كل من (عبد الله، 2007م) بينت وجود علاقة بين متغير العمر واضطراب ما بعد الصدمة، بحيث كلما كان العمر أكبر إرتفع اضطراب ما بعد الصدمة، ودراسة (بويل وآخرون 2005م) حيث اظهرت أن الأشخاص الأصغر سناً كان لديهم نمواً أكبر لما بعد الصدمة بعد الحرب من الأشخاص الأكبر سناً، ودراسة (الجبوري، 2010م) حيث أظهرت وجود علاقة بين متغير العمر واضطراب ما بعد الصدمة للفئات العمرية الأكثر سناً، بينما

اختلفت مع نتيجة دراسة (الجبوري، 2010م) حيث بينت أن أفراد العينة يعانون من الاكتئاب بنفس القدر بغض النظر عن أعمارهم على وفق التقسيم الذي شملته الدراسة وربما يعود ذلك إلى أن الفئات العمرية المحددة ليست بالمتباعدة كثيراً.

ويعزو الباحث النتيجة الحالية أن 26-45 عدواتهم أكثر من 18-25 أن لا شك أن للمرحلة العمرية التي يكون فيها الفرد تأثير هام في الكيفية التي يتعامل بها مع الضغوط والأحداث الصادمة، فمهارات الطفل في التعامل مع ما يواجهه من مشكلات تختلف عن مهاراته، وهو مرهق أو راشد أو شيخ كذلك تختلف أنواع الضغوط باختلاف تلك المراحل، إن العمر يلعب دور هام في تحمل الخبرات الصادمة حيث إن الصدمة هي عبارة عن حدث مفاجي يكون فوق طاقة تحمل الفرد وتختلف درجة الاستجابة من فرد لآخر، فالقوة من 18-25 يعتبرون في مرحلة مرهقة ومرحلة إثبات للذات ويخاطبون أنفسهم بجملة أكون أو لا أكون تلك هي المشكلة وهذه المرحلة العمرية لديها الوعي وحب الحرية والاستقلال والبحث عن الهوية فيواجه المراهق التغيرات النفسية والاجتماعية والجسدية بالإضافة للواقع السياسي الأليم، وما ينتج عن العنف السياسي من تحمل المسؤوليات الأسرية والاجتماعية مما يؤدي إلى الاضطرابات النفسية الناتجة من الخبرات الصادمة، لدى الفئة من 26-45 وبالأخص بسبب إنشغال تفكيرهم بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والسياسية مما يؤدي إلى زيادة الضغوط النفسية لديهم.

جدول (26)

يوضح نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات أعراض الاضطراب النفسي بالنسبة للفئات العمرية لأصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة

المقارنات البعدية				المتوسط	العدد	الفئات العمرية	أعراض الاضطراب النفسي
4	3	2	1				
.506	.003**	.344	1.0	14.4	67	18-25 سنة	الأعراض الجسمانية
.938	.038*	1.0		16.3	55	26-35 سنة	
.069	1.0			21.2	32	36-45 سنة	
1.0				16.1	26	46 سنة فما فوق	
.945	.009**	.018*	1.0	7.1	67	18-25 سنة	العداوة
.081	.553	1.0		9.4	55	26-35 سنة	
.039*	1.0			10.1	32	36-45 سنة	
1.0				7.2	26	46 سنة فما فوق	

١١ غير دالة إحصائياً

* دالة إحصائياً عند 0.05

** دالة إحصائياً عند 0.01

إجابة الفرضية الرابعة ومناقشتها وتفسيرها

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لحجم الأسرة.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لحجم الأسرة (1-4 فرد، 5-8 فرد، 9 أفراد فما فوق)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (27) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لحجم الأسرة

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمانية	بين المجموعات	567.7	2	283.8	2.5	.085//
	داخل المجموعات	2013م0.6	177	113.7		
	المجموع	2069م8.3	179			
الوسواس القهري	بين المجموعات	307.3	2	153.6	2.4	.089//
	داخل المجموعات	1110م6.1	177	62.7		
	المجموع	1141م3.4	179			
الحساسية التفاعلية	بين المجموعات	108.1	2	54.1	1.2	.317//
	داخل المجموعات	8221م.1	176	46.7		
	المجموع	8329م.2	178			
القلق	بين المجموعات	499.9	2	249.9	3.7	.027*
	داخل المجموعات	1196م4.3	177	67.6		
	المجموع	1246م4.2	179			
الاكتئاب	بين المجموعات	176.9	2	88.5	0.8	.435//
	داخل المجموعات	1873م0.1	177	105.8		
	المجموع	1890م7.0	179			
العداوة	بين المجموعات	221.9	2	111.0	4.2	.017*
	داخل المجموعات	4721م.6	177	26.7		
	المجموع	4943م.5	179			
قلق الخوف	بين المجموعات	237.1	2	118.5	3.7	.027*
	داخل المجموعات	5664م.3	177	32.0		
	المجموع	5901م.4	179			
البار انويا التخيلية	بين المجموعات	39.9	2	19.9	0.7	.482//
	داخل المجموعات	4821م.7	177	27.2		
	المجموع	4861م.6	179			

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الذهانية	بين المجموعات	393.4	2	196.7	3.0	0.052*
	داخل المجموعات	1159م5.9	177	65.5		
	المجموع	1198م9.3	179			
الأعراض النفسية الكلية	بين المجموعات	1898م4.1	2	949م0.03	2.65	0.074//
	داخل المجموعات	6314م28.9	176	3587م0.66		
	المجموع	6504م13.0	178			

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 ١١ غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق مايلي:

لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي الكلي والأبعاد التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، البارانويا التخيلية) لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لحجم الأسرة (1-4 فرد، 5-8 فرد، 9 أفراد فما فوق) ، وهذا يعني أن متغير حجم الأسرة ليس له أثر على أعراض الاضطراب النفسي التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، البارانويا التخيلية) لدى أصحاب البيوت المدمرة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.

لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات القلق لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لحجم الأسرة (1-4 فرد، 5-8 فرد، 9 أفراد فما فوق) ، ولكشف وجهه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في حالة تجانس التباين، فقد لوحظ بأن الأفراد الذين حجم أسرهم 9 أفراد فما فوق يشعرون بالقلق أكثر من الأفراد الذين حجم أسرهم أقل من 9 أفراد، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات العمرية الأخرى. وهذا يدل على أن حجم الأسرة الكبيرة يؤثر على زيادة الشعور والمعاناة بالقلق النفسي عند الأفراد الذين تم هدم منازلهم في الحرب الأخيرة على قطاع غزة.

لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات العداوة لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لحجم الأسرة (1-4 فرد، 5-8 فرد، 9 أفراد فما فوق) ، ولكشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في حالة تجانس التباين، فقد لوحظ بأن الأفراد الذين حجم أسرهم 9 أفراد فما فوق يشعرون بالعداوة أكثر من الأفراد الذين حجم أسرهم أقل من 9 أفراد، وهذه الفروق ذات

دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات العمرية الأخرى. وهذا يدل على أن حجم الأسرة الكبيرة تؤثر على زيادة العداوة عند الأفراد الذين تم هدم منازلهم في الحرب الأخيرة على قطاع غزة.

لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات الذهان لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لحجم الأسرة (1-4 فرد، 5-8 فرد، 9 أفراد فما فوق)، ولكتشف الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في حالة تجانس التباين، فقد لوحظ بأن الأفراد الذين حجم أسرهم 9 أفراد فما فوق يشعرون بأعراض الذهان أكثر من الأفراد الذين حجم أسرهم (1-4) فرد، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات العمرية الأخرى.

جدول (28)

يوضح نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات أعراض الاضطراب النفسي بالنسبة لحجم الأسرة لأصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة

الأعراض	حجم الأسرة	العدد	المتوسط	المقارنات البعدية		
				1	2	3
القلق	1-4 فرد	69	13.14	1.0	.980	.016*
	5-8 فرد	56	13.11		1.0	.021*
	9 فما فوق فرد	55	16.75			1.0
العداوة	1-4 فرد	69	7.88	1.0	.558	.025*
	5-8 فرد	56	7.34		1.0	.007**
	9 فما فوق فرد	55	10.00			1.0
قلق الخوف	1-4 فرد	69	7.30	1.0	.411	.008**
	5-8 فرد	56	8.14		1.0	0.1
	9 فما فوق فرد	55	10.05			1.0
الذهانية	1-4 فرد	69	9.43	1.0	.671	.020*
	5-8 فرد	56	10.05		1.0	.068
	9 فما فوق فرد	55	12.87			1.0

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (عبد الله، 2007م) حيث بينت وجود علاقة بين متغير عدد أفراد الأسرة واضطراب كرب ما بعد الصدمة، بحيث كلما كان عدد أفراد الأسرة أكبر ارتفع اضطراب ما بعد الصدمة.

ويعزو الباحث النتيجة الحالية إلى طبيعه الثقافه المتواجده في المجتمع الفلسطيني حيث إن الأسر الفلسطينية تميل في الأغلب إلى العائلات الممتدة وهذا ينعكس على طبيعة رب العائلة من حيث

عدم قدرته على تلبية الاحتياجات الأساسية والتي تجعله دائماً في حالة من الضغط النفسي والانشغال الدائم في كيفية الحصول على الدخل ونظراً لطبيعته عدم الأمان التي تحيط بأفراد المجتمع الفلسطيني صغاراً وكباراً يجعلهم أكثر عرضة للتأثر من الأحداث الضاغطة والصادمة التي تجعلهم غير قادرين على التكيف مع الواقع، كما يعزو الباحث النتيجة إلى أن أفراد الأسرة الكبيرة فوق 9 قلقهم أكثر من الأسر الأقل من 9 وخاصة بعد فقدان المأوى حيث ينشغل تفكيرهم في كيفية مصرهم المستقبلي وكيف سيعيشون بعد الوضع الجديد الطارئ عليهم .

إجابة الفرضية الخامسة ومناقشتها وتفسيرها

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوى التعليمي الأسرة.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لإيجاد الفروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تبعاً للمستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي) ، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (29)

يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تبعاً للمستوى التعليمي

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمانية	بين المجموعات	1451م0.	4	362.8	3.3	*.012
	داخل المجموعات	1924م7.3	175	110.0		
	المجموع	2069م8.3	179			
الوسواس القهري	بين المجموعات	435.4	4	108.8	1.7	// .144
	داخل المجموعات	1097م8.0	175	62.7		
	المجموع	1141م3.4	179			
الحساسية التفاعلية	بين المجموعات	67.8	4	17.0	0.4	// .839
	داخل المجموعات	8261م4.	174	47.5		
	المجموع	8329م2.	178			
القلق	بين المجموعات	297.8	4	74.5	1.1	// .372
	داخل المجموعات	1216م6.4	175	69.5		
	المجموع	1246م4.2	179			

.212//	1.5	154.2	4	616.6	بين المجموعات	الاكتئاب
		104.5	175	0.4م1829	داخل المجموعات	
			179	7.0م1890	المجموع	
.400//	1.0	28.1	4	112.3	بين المجموعات	العداوة
		27.6	175	.2م4831	داخل المجموعات	
			179	.5م4943	المجموع	
.021*	3.0	93.9	4	375.7	بين المجموعات	قلق الخوف
		31.6	175	.7م5525	داخل المجموعات	
			179	.4م5901	المجموع	
.980//	0.1	3.0	4	11.9	بين المجموعات	البارانويا التخيلية
		27.7	175	.7م4849	داخل المجموعات	
			179	.6م4861	المجموع	
.036*	2.6	169.7	4	678.7	بين المجموعات	الذهانية
		64.6	175	0.6م1131	داخل المجموعات	
			179	9.3م1198	المجموع	
.163//	1.7	.7م5947	4	0.8م2379	بين المجموعات	الأعراض النفسية الكلية
		.3م3601	174	22.1م6266	داخل المجموعات	
			178	13.0م6504	المجموع	

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي:

لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي الكلي والأبعاد التالية (الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، البارانويا التخيلية) لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستويات التعليمية (غير متعلم، ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي)، وهذا يعني أن متغير المستوى التعليمي ليس له أثر على أعراض الاضطراب النفسي التالية: (الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، البارانويا التخيلية) لدى أصحاب البيوت المدمرة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.

لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات الأعراض الجسمانية لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي)، ولكشف وجهه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في حالة تجانس التباين، فقد لوحظ بأن الأفراد الغير متعلمين (الأميين) وكذلك الأفراد الحاصلين على شهادة الإعدادية يشعرون بالأعراض الجسمانية

أكثر من الأفراد الحاصلين على شهادة الثانوية العامة والشهادة الجامعية، كما لوحظ بأن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم يلاحظ أي فروق بين المستويات التعليمية الأخرى.

لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value}<0.05$) في درجات قلق الخواف لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوي التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي)، ولكشف وجهه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في حالة تجانس التباين، فقد لوحظ بأن الأفراد الغير متعلمين الأميين وكذلك الأفراد الحاصلين على شهادة الإعدادية يشعرون بقلق الخواف أكثر من الأفراد الحاصلين على شهادة الثانوية العامة والشهادة الجامعية، كما لوحظ بأن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين المستويات التعليمية الأخرى.

لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value}<0.05$) في درجات الذهانبة لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوي التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي) ، ولكشف وجهه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في حالة تجانس التباين، فقد لوحظ بأن الأفراد الغير متعلمين الأميين يشعرون بأعراض الذهانبة أكثر من الأفراد الحاصلين على شهادة الثانوية العامة والشهادة الجامعية، كما لوحظ بأن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين المستويات التعليمية الأخرى.

جدول (30)

يوضح نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي بالنسبة للمستوى التعليمي لأصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطي بقطاع غزة

الأعراض	المستوى التعليمي	العدد	المتوسط	المقارنات البعدية				
				1	2	3	4	5
الأعراض الجسمانية	غير متعلم	13	23.1	1.0	.37	.32	.01**	.01**
	ابتدائي	12	19.3		1.0	.92	.17	.13
	اعدادي	33	19.7			1.0	.03*	.02*
	ثانوي	72	14.8				1.0	.77
	جامعي	50	14.2					1.0
قلق الخوف	غير متعلم	13	11.8	1.0	.575	.231	.017*	.007**
	ابتدائي	12	10.6		1.0	.618	.109	.055
	اعدادي	33	9.6			1.0	.115	.046*
	ثانوي	72	7.8				1.0	.522
	جامعي	50	7.1					1.0
الذهانية	غير متعلم	13	15.6	1.0	.55	.19	.02*	.01**
	ابتدائي	12	13.7		1.0	.57	.11	.08
	اعدادي	33	12.1			1.0	.15	.10
	ثانوي	72	9.7				1.0	.74
	جامعي	50	9.2					1.0

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (العديناات2012م) حيث توصلت إلى وجود فروق في جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تبعاً للمستوى التعليمي بين مستوى التعليم الثانوي وبقية المستويات التعليمية وذلك لصالح المستوى الثانوي، كما اختلفت الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (عودة، 2010م) حيث أظهرت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق في الخبرة الصادمة وأساليب التكيف مع الضغوط، والصلابة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين.

ويعزو الباحث النتيجة الحالية إلأن مستوى الوعي يقلل الأعراض ويفهمهم كيفية التعبير عن مشاعرهم، كما ويعزو الباحث النتيجة الحالية إلى أن التعامل الفعال مع الضغوط والأحداث

الصادمة يتطلب قدرًا معيناً من القدرات والمهارات المعرفية وهذه القدرات تنمو مع الفرد من خلال ما يمر به من أحداث وما يقدم له من مثيرات في البيئة التي يعيش فيها، ولذلك تتوقف القدرة على التعامل مع الضغوط والأحداث الصادمة بشكل صحي على من هذه القدرات والخبرات التي قدمت إليه.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الآباء الأميين، والذين يجهلون كيفية التعامل مع أنفسهم وأبنائهم في هذه الفترة، الصعبة كما أنهم يجهلون الكثير من الأساليب التي يمكن أن يخفون بها عن أنفسهم، كل هذه الأمور وغيرها تزيد من حدة أعراض الاضطرابات النفسية لديهم .

كما يعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الأب الأمي لا يستطيع أن يقدم المساعدة لنفسه ولأبناء أسرته في محنتهم، حيث يفتقد إلى الكثير من المقومات التي تساعد وتساعد أبنائه على الأمان والاطمئنان وخصوصاً في فترة الحرب، أو ما يليها، بالإضافة إلى جهل الأب للمشكلات التي يعاني منها أفراد أسرته، وبالتالي لا يستطيع أن يقدم لهم شيئاً .

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الآباء من ذوي المستوى التعليمي المرتفع يعتمدون إلى التخفيف عن أنفسهم وعن أبنائهم من حدة أعراض الاضطراب النفسي بسبب تحصيلهم العلمي وثقافتهم العالية، كذلك معرفة هؤلاء الآباء بأساليب التفرغ الانفعالي، وذلك عن طريق قراءة الكتب والمقالات ذات العلاقة وحرصهم الشديد في التعامل الصحيح مع أبنائهم.

كذلك يرى الباحث أن الآباء ذوي المستوى التعليمي المرتفع لديهم المقدر على بث روح الطمأنينة في نفوس أفراد أسرته، وإعادة الثقة بالنفس لديهم، كذلك ينقلون تجاربهم وخبراتهم السابقة لأبنائهم، أما على الصعيد الاجتماعي فهم دائماً أقرباء من أبنائهم، حيث يوفر لهم جميع المستلزمات التي يحتاجها أطفالهم في هذه الفترة، كما أنهم على اطلاع واسع على تجارب الآخرين في هذا المجال، وينقلون كل ما هو مفيد في هذا المجال إلى أبنائهم، كذلك لديهم إطلاع واسع على أساليب الإرشاد في فترة الحروب، والتي من شأنها أن تأتي بثمارها على أفراد أسرته عندما يعتمد عليها، وبالتالي لا يجد أفراد الأسرة صعوبة في التعامل مع فترة الحروب.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الأب الأمي غير مهتم وغير مبالٍ بأفراد أسرته والمشكلات التي تطرأ عليهم، وبالتالي لا يعنيه أي شيء، كما أن الأب الأمي لا يهتم بالجانب النفسي لدى أفراد أسرته وهذا يعتبر نقصاً، حيث يعد الجانب النفسي أهم جانب في هذه الفترات الحرجة، بعكس الأب المتعلم والذي يهتم بأبنائه، ويستطيع أن يوفر لهم كل ما يحتاجونه، خصوصاً في فترة الحروب ووقت الأزمات .

إجابة الفرضية السادسة ومناقشتها وتفسيرها

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوى الاقتصادي.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One -Way ANOVA) لدراسة الفروقات في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوى الاقتصادي (أقل من 500 شيكل، 500-1000 شيكل، أكثر من 1000 شيكل)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (31) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوى الاقتصادي

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمانية	بين المجموعات	260.0	2	130.0	1.1	.327//
	داخل المجموعات	8.4م2043	177	115.5		
	المجموع	8.3م2069	179			
الوسواس القهري	بين المجموعات	499.1	2	249.5	4.0	.019*
	داخل المجموعات	4.3م1091	177	61.7		
	المجموع	3.4م1141	179			
الحساسية التفاعلية	بين المجموعات	133.7	2	66.9	1.4	.241//
	داخل المجموعات	.5م8195	176	46.6		
	المجموع	.2م8329	178			
القلق	بين المجموعات	339.8	2	169.9	2.5	.087//
	داخل المجموعات	4.4م1212	177	68.5		
	المجموع	4.2م1246	179			
الاكتئاب	بين المجموعات	530.0	2	265.0	2.6	.081//
	داخل المجموعات	7.0م1837	177	103.8		
	المجموع	7.0م1890	179			
العداوة	بين المجموعات	174.7	2	87.3	3.2	.041*
	داخل المجموعات	.9م4768	177	26.9		
	المجموع	.5م4943	179			

.060//	2.9	92.2	2	184.5	بين المجموعات	قلق الخوف
		32.3	177	9.5716م	داخل المجموعات	
			179	4.5901م	المجموع	
.118//	2.2	58.0	2	115.9	بين المجموعات	البارانويا التخيلية
		26.8	177	7.4745م	داخل المجموعات	
			179	6.4861م	المجموع	
65.0//	3.0	193.6	2	387.2	بين المجموعات	الذهانية
		65.5	177	2.11160م	داخل المجموعات	
			179	9.31198م	المجموع	
65.0//	3.0	3.5م1055	2	6.9م2110	بين المجموعات	الأعراض النفسية الكلية
		.6م3575	176	06.0م6293	داخل المجموعات	
			178	13.0م6504	المجموع	

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق مايلي:

لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في درجات أعراض الاضطراب النفسي الكلي والأبعاد التالية (الأعراض الجسمانية، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمستوى الاقتصادي (أقل من 500 شيكل، 500-1000م شيكل، أكثر من 1000م شيكل)، وهذا يعني أن متغير المستوى الاقتصادي ليس له أثر على أعراض الاضطراب النفسي التالية (الأعراض الجسمانية، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المدمرة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.

لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات الوسواس القهري لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة للمستوى الاقتصادي (أقل من 500 شيكل، 500-1000 شيكل، أكثر من 1000 شيكل)، ولكتشف وجهه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في حالة تجانس التباين، فقد لوحظ بأن الأفراد الذين مستوى دخلهم الشهري أكثر من 1000م شيكل يشعرون بأعراض الوسواس القهري أكثر من الأفراد الذين مستوى دخلهم الشهري يتراوح ما بين (500-1000 شيكل)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين المستويات الاقتصادية الأخرى.

لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} < 0.05$) في درجات العداوة لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة للمستوى الاقتصادي (أقل من 500 شيكل، 500-1000 شيكل، أكثر من 1000 شيكل)، ولكشف وجهه الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في حالة تجانس التباين، فقد لوحظ بأن الأفراد الذين مستوى دخلهم الشهري أكثر من 1000 شيكل يشعرون بأعراض العداوة أكثر من الأفراد الذين مستوى دخلهم الشهري يتراوح ما بين (500-1000 شيكل)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين المستويات الاقتصادية الأخرى.

جدول (32)

يوضح نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لمعرفة وجهه الفروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي بالنسبة للمستوى الاقتصادي لأصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة

الأعراض	مستوى الدخل الشهري	العدد	المتوسط	المقارنات البعدية		
				1	2	3
الوسواس الفهري	أقل من 500 شيكل	100	16.47	1.0	.276	.202
	من 500 - 1000م شيكل	47	14.23		1.0	*.019
	أكثر من 1000م شيكل	33	19.30			1.0
العداوة	أقل من 500 شيكل	100	8.41	1.0	.343	.288
	من 500 - 1000م شيكل	47	7.06		1.0	*.042
	أكثر من 1000م شيكل	33	10.06			1.0

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 † غير دالة إحصائياً

يعزو الباحث النتيجة الحالية إلأن تدني الأوضاع الاقتصادية يعتبر من عوامل الخطر؛ لانتشار الأمراض النفسية ويجعل أفراد الأسر أكثر عرضة للصدمات، كما ويعزو الباحث النتيجة الحالية إلأن اصحاب الدخل المرتفع لديهم إمكانيات لشراء العديد من المواد اللوجستية وبالتالي لديهم امكانية مشاهدة وسماع الخبرات الصادمة وتكوين صورة فكرية وسياسية، كما يعزو الباحث النتيجة إلى أن أصحاب الدخل الاكثر من 1000 شيكل يشعرون بالوسواس والعداوة لانهم يستطيعون أن يشترروا ما يلزمهم من مستلزمات ويبحثون دائماً عن جودة الأشياء لذلك هم يعتقدون أن الأشياء التي تقدم لهم على شكل مساعدات أنها لا تليق بهم ويعتقدونأنها تمس مشاعرهم وكرامتهم وأنهم يعاملون معاملة سيئة فهذا يؤثر على الجانب النفسي لديهم ويعتقدون أن المسؤولية عن المؤسسات سواء الدولية أو الأهلية أو مراكز الإيواء يستهترون في قيمتهم مما يزيد العداة والوسواس لديهم، في حين أن باقي الفئات من الدخل المتدني يعتقدونأن ما يقدم له أنه من

أجود الأشياء لأنه عليه رقابة ومن قبل مؤسسات لديها رقابة وذلك بسبب الأوضاع الاقتصادية التي يعيشونها حيث إنهم لا يستطيعون شراء مثل هذه الأشياء.

إجابة الفرضية السابعة ومناقشتها وتفسيرها:

الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمواطنة.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروقات في درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لنوع المواطنة (لاجئ، مواطن)، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (33)

يوضح نتائج اختبار "ت" لكشف دلالة الفروق في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تبعا للمواطنة

مستوى الدلالة	قيمة ت	لاجئ (ن=150)		مواطن (ن=30)		أعراض الاضطراب النفسي
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
.413//	-.821	10.34	16.73	12.71	14.97	الأعراض الجسمانية
.067//	-1.845	7.77	16.89	8.73	13.97	الوسواس القهري
.187//	-1.326	6.79	12.71	6.98	10.90	الحساسية التفاعلية
.158//	-1.418	8.04	14.63	9.63	12.27	القلق
.140//	-1.484	10.21	19.34	10.40	16.30	الاكتئاب
.130//	-1.522	5.01	8.63	6.27	7.03	العداوة
.152//	-1.438	5.69	8.68	5.90	7.03	قلق الخوف
.211//	-1.256	5.06	8.41	5.90	7.10	البار انويا التخيلية
.475//	-.716	7.91	10.87	9.53	9.70	الذهانية
.147//	-1.457	58.25	116.84	69.60	99.27	الأعراض النفسية الكلية

** دالة إحصائياً عند 0.01 * دالة إحصائياً عند 0.05 || غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج الموضحة من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} > 0.05$) في متوسطات درجات أعراض الاضطراب النفسي الكلية والأبعاد التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، قلق

الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لمتغير المواطنة (مواطن، لاجئ)، وهذا يعني أن نوع المواطنة للأفراد الذين تم هدم منازلهم خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة ليس لديه أثر على أعراض الاضطراب النفسية الكلي والأبعاد التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المهدامة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة.

ويعزو الباحث النتيجة الحالية إلى أن جميع أفراد المجتمع الفلسطيني تعرضوا لجميع أنواع الخبرات الصادمة سواء كان مواطناً أو لاجئاً، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن جميع المؤسسات الدولية والأهلية والحكومية تولي اهتماماً كبيراً بأصحاب البيوت المدمرة، كما يرى الباحث أن جميع المعونات والخدمات المقدمة من هذه المؤسسات تذهب لأصحاب البيوت المدمرة في المقام الأول، كذلك يرى الباحث تواجد أصحاب البيوت المدمرة، أدى بهم الحال إلى الانتقال إلى مساكن أقربائهم، بحثاً عن الأمان ولم يجدوه حيث كانت جميع بيوت القطاع مستهدفة؛ لأن الاحتلال كان لا يميز بين بيت مقاوم أو مدني أو لاجئ أو مواطن ساعد ذلك على تولد الشعور بالضيق والخوف وعدم الراحة والإحباط مما زاد من حدة أعراض الاضطراب النفسي لدى أفراد الأسرة، كما يعتقد الباحث أن عملية إبلاغ ذوي أصحاب البيوت المدمرة من الجانب الإسرائيلي قبل التدمير، أعطاهم الفرصة للإخلاء السريع، فكان الأمر مفاجئاً لهم ولذويهم مما ساعد على ظهور أعراض الاضطراب النفسي للأفراد الأسر وخصوصاً الخوف، ويرى الباحث أن مجموعة من أصحاب البيوت المهدامة، الذين ينتمون إلى العمل الجهادي، كانوا يعتقدون جازماً بهدم المنزل، الأمر الذي أعطاهم الفرصة لإخلاء المنزل والابتعاد عنه، وهذا توفر أيضاً لدى ذوي أصحاب البيوت المهدامة الأخرى من المدنيين لأنهم خرجوا من منازلهم بسبب جيرانهم المقاومين خوفاً من شدة الحدث وصوت الانفجارات، ومنهم من شاهد منزله وهو يقصف ويدمر أمام عينه، مما زاد من ظهور أعراض الاضطراب النفسي.

تعليق عام على نتائج الدراسة:

يمكن توضيح النتائج التي توصلت اليها الدراسة كما يلي:

1. أن أكثر الأعراض انتشاراً بين الأفراد هو قلق الخوف (22.2%)، يليها الأعراض الجسمانية (21.7%)، ثم أعراض الحساسية التفاعلية (20.7%)، وأيضاً 19.4% من الأفراد يعانون من البارانويا التخيلية، في حين 18.9% يعانون من العداوة، و18.3% يعانون من الوسواس القهري، و17.2% يعانون من الذهانية، و16.1% يعانون من القلق، وأيضاً 16.1% يعانون من الاكتئاب.
2. وأن مستوى التعرض للخبرات الصادمة عند أفراد العينة كان متوسط خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة.
3. وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية الكلية لدى أصحاب البيوت المدمرة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة.
4. عدم وجود فروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي الكلية والابعاد التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لنوع الجنس، وللفئات العمرية.
5. وجود فروق في درجات الأعراض الجسمانية تعزى للفئات العمرية لصالح الفئة من (36-45).
6. عدم وجود فروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي الكلي والابعاد التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، البارانويا التخيلية) تعزى لحجم الأسرة.
7. وجود فروق في درجات القلق، درجات العداوة تعزى لحجم الأسرة لصالح الفئة فوق 9 أفراد.
8. وجود فروق في درجات قلق الخوف، و درجات الذهانية تعزى لحجم الأسرة لصالح الفئة فوق 9 أفراد.
9. عدم وجود فروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي الكلي والابعاد التالية (الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العداوة، البارانويا التخيلية) تعزى للمستويات التعليمية.
10. وجود فروق في درجات الأعراض الجسمانية، و قلق الخوف، درجات الذهانية تعزى للمستوى التعليمي لصالح فئة الأيمن والجامعين.

11. عدم وجود فروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي الكلي والأبعاد التالية (الأعراض الجسمانية، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، قلق الخوف، البارانونيا التخيلية، الذهانية) تعزى للمستوى الاقتصادي.

12. وجود فروق في درجات الوسواس القهري تعزى للمستوى الاقتصادي، وبينت وجود فروق في درجات العدواة تعزى للمستوى الاقتصادي لصالح فئة مستوى دخلهم الشهري أكثر من 1000.

13. ولا توجد فروق في درجات أعراض الاضطراب النفسي الكلية والابعاد التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العدواة، قلق الخوف، البارانونيا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م بالمحافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى لنوع المواطنة.

ويرى الباحث وجود علاقة طردية بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية الكلية لدى أصحاب البيوت المدمرة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى التعرض للخبرات الصادمة كلما أدى ذلك إلى زيادة أعراض الاضطراب النفسي لدى الأفراد المدمرة منازلهم نتيجة الحرب الأخيرة على قطاع غزة والعكس صحيح، وجود علاقة طردية بين الخبرات الصادمة وبين الأعراض النفسية التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العدواة، قلق الخوف، البارانونيا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المدمرة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة، وهذا يعطي مؤشر على أن ارتفاع مستوى الاضطراب النفسي مرتبط بالتعرض للأحداث الصادمة عند اصحاب البيوت المدمرة في المحافظة الوسطى بقطاع غزة والعكس صحيح. كما لوحظ وجود علاقة طردية بين الخبرات الصادمة عن طريق مشاهدة الأحداث الصادمة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة وبين الأعراض النفسية الكلية والأعراض التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العدواة، قلق الخوف، البارانونيا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المدمرة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى مشاهدة الأحداث الصادمة كلما أدى إلى ارتفاع مستوى الاضطراب النفسي وكذلك ارتفاع مستوى الأعراض النفسية السابقة والعكس صحيح. في حين لوحظ وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الخبرات الصادمة عن طريق التعرض المباشر للأحداث الصادمة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة وبين الأعراض النفسية الكلية والأعراض التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب، العدواة، قلق الخوف، البارانونيا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المدمرة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى التعرض المباشر للأحداث الصادمة كلما أدى إلى ارتفاع مستوى الاضطراب النفسي وكذلك

ارتفاع مستوى الأعراض النفسية السابقة والعكس صحيح. حيث لوحظ وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الخبرات الصادمة عن طريق سماع للأحداث الصادمة خلال الحرب الأخيرة على قطاع غزة وبين الأعراض النفسية الكلية والأعراض التالية (الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الفلق، الاكتئاب، العداوة، قلق الخواف، البارانويا التخيلية، الذهانية) لدى أصحاب البيوت المدمرة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى السماع للأحداث الصادمة كلما أدى إلى ارتفاع مستوى الاضطراب النفسي وكذلك ارتفاع مستوى الأعراض النفسية السابقة والعكس صحيح.

كما يري أن ومن الطبيعي ان يكون هناك فروقاً في بعض المتغيرات ولم توجد فروق بين متغيرات اخري وان هذه النتائج ليس حتمية او تعميمها الان العينه لا تمثل مجتمع باكملة بل هي عينه وان اردنا تعميم العينه يجب علينا القيام بدراسة تشمل جميع المجتمع من رفح حتي جنين.

التوصيات:

في ضوء الاطار النظري والدراسات السابقة وما توصلت اليه الدراسة الحالية من نتائج فان الباحث يقدم بعض التوصيات التي من شأنها ان تفيد الفئة المستهدفة والقائمين علي رعايتها والمجتمع الفلسطيني بشكل عام ومن هذه التوصيات ما يلي:

4. توعية الباحثين للاهتمام باجراء دراسات علي أفراد الاسر النازحة وذلك للوقوف علي جميع الاثار الناجمه ليهم من اثر الحرب.
5. تصميم برامج ارشادية علاجية للتعامل مع الاثار النفسية والاجتماعية التي يعاني منها اسر البيوت المهدمة بسبب الحرب.
6. تعزيز الجوانب الاقتصادية لعائلات البيوت المهدمه وذلك من خلال تنفيذ برامج دعم اقتصادي وبرامج تشغيلية في تعيد دمجهم في مؤسسات المجتمع وتساعدهم علي الايفاء باعباء الحياه المكده.
7. حث الجهات الحكومية بما فيها وزارة الداخلية ووزارة الشؤون الاجتماعية والاقواف ووسائل الاعلام علي تنفيذ حملات توعيه مجتمعية للحد من اعرض الاضطراب النفسي والخبرات الصادمة التي تعاني منها عائلات البيوت المهدمة حتي يتحولون الي عناصر صالحة في المجتمع.
8. ان تتبني مؤسسات المجتمع بمختلف أشكالها دورا رياديا في الاهتمام بأفراد البيوت المهدمة ورفع روحه المعنوية وتعميق وعيهم بذواتهم وقدراتهم وامكانياتهم علي اساس انهم مشاركين في كل قضايا المجتمع ومن منطلق كونهم بحاجة ماسة الي الدعم بكافه اشكاله.

9. الاهتمام بالأسر المنكوبة جراء حرب 2014م.
10. قيام الجمعيات المختصة في مجال علم النفس بإجراء برامج الدعم النفسي لأبناء الأسر المهتمة بيوتهم جراء حرب 2014م.
11. تعزيز وتكثيف البرامج الاعلامية المهتمة بكيفية التعامل مع الأسر وقت الحروب.

مقترحات دراسية:

من خلال النتائج التي أسفرت عنها الدراسة يقترح الباحث الدراسات التالية التي يمكن تناولها والاهتمام بها:

- 1-فاعلية برنامج علاجي نفسي لأبناء الأسر المهتمة بيوتهم جراء حرب 2014م.
- 2-برنامج علاجي لتنمية استراتيجيات التكيف لدى أسر البيوت المهتمة جراء الحرب 2014م.
- 3-اجراء دراسة مشابهه تتناول اعراض الاضطراب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات الاخرى لاسر البيوت المهتمة.
- 4-الاضطراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى اسر البيوت المهتمة.
- 5-برنامج ارشادي لتخفيف من الاثار النفسية والاجتماعية الناجمة عن اعراض الاضطراب النفسي لدى افراد الاسر المهتمة بيوتهم.
- 6-برنامج مقترح في الارشاد النفسي لتخفيف اعراض الاضطراب النفسي لدى ابناء البيوت المهتمة.

المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية:

1. Quata et al (2006). فحص أثر كل من التنظيم الإدراكي وأساليب المعاملة الوالدية والأحداث الصادمة والنشاط على الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة.
2. ابن منظور، الأنصاري جمال الدين محمد. (1990م). *لسان العرب*. المجلد الرابع: لبنان.
3. أبو حجلة، نظام. (2003م). *الطب النفسي الحديث*. ط1. دار زهران للنشر.
4. أبو حويج، مروان و الصفدي، عصام. (2001م). *المدخل إلى الصحة النفسية*، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
5. أبو هين، فضل. (1992م). *الصحة النفسية لدي الاطفال المتأثرين بالعنف في قطاع غزة، بحث ميداني، فلسطين*.
6. أبونجيله، سفيان محمد. (2001م) *مقالات في الشخصية والصحة النفسية، مركز البحوث الإنسانية والتنمية الاجتماعية، فلسطين: مطبعة منصور*.
7. أسعد، ميخائيل. (1994م). *علم الاضطرابات السلوكية*، ط1، بيروت: دار الجيل.
8. المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، دراسة تقييمية للتجمعات السكانية الجديدة لأصحاب المنازل المدمرة في قطاع غزة "تمودجاً"، تأهيل ضحايا انتهاكات الحق في السكن الملائم، بتاريخ 2008/1/22.
9. امانى وآخرون، (2009م) "الصدمة المرتبطة بالاضطرابات النفسية بين الأطفال والبالغين الفلسطينيين في غزة والضفة الغربية".
10. ايفانز وأوهرل (2008). *صدق مقياس جامعة ولاية أوكلاهوما للاضطراب ما بعد الصدمة ونظام تقييم السلوك بالنسبة للتقرير الذاتي عن شخصية الأطفال عند الأطفال الناجين من الإحصار*.
11. باتل، فيكرام. (2008م). *الصحة النفسية للجميع حيث لا يوجد طبيب نفسي*، ط1، بيروت: ورشة الموارد العربية.
12. البحيري، عبد الرقيب. (1984م). *قائمة مراجعة الأعراض*، ط1. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
13. بيلا، (2007). *العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب ما بعد الصدمة في النساء*.
14. ثابت، عبدالعزيز. (1998م). *الخبرات الصادمة وتأثيراتها النفسية والاجتماعية على الأطفال الفلسطينيين: بحث مقدم لبرنامج غزة للصحة النفسية، غزة، فلسطين*.

15. جامعة القدس المفتوحة. (2009). التدخل في حالات الأزمات والطوارئ"، برنامج التنمية الاجتماعية والأسرية، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان -الأردن.
16. جبل، فوزي محمد (2000م). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الاسكندرية: المكتبة الجامعية.
17. الجسماني، عبد العلي (1998م). الأمراض النفسية، ط1، بيروت: الدار العربية للعلوم.
18. حجازي، هاني محمد(2004م). الخبرة الصادمة وعلاقتها بأعراض الاضطراب وبعض سمات الشخصية لدى أطفال شهداء انتفاضة الأقصى(رسالة ماجستير غيرمنشورة)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
19. حسنين، عائدة (2004م). الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، (رسالة ماجستير غير منشورة)، غزة : الجامعة الإسلامية.
20. الختاتة، سامي محسن (2012م). مقدمة في الصحة النفسية، ط1. الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
21. الخطيب، محمدجواد (2000م). التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق، ط2، غزة: مطبعة مقداد.
22. الرازي، محمد بن أبي بكر عبد القادر (1987م). مختار الصحاح، لبنان: مطبعة لبنان.
23. رضوان، سامر جميل (2002م). الصحة النفسية، ط1، عمان: دار المسيرة.
24. ريث، أنثوني، (2007). الأداء العصابي المعرفي ما قبل وما بعد الصدمة وأعراض PTSD في عينة مجتمعية من الشباب.
25. زغير، رشيد حميد (2010م).الصحة النفسية والمرض النفسي والعقلي، الطبعة الأولى، عمان: دار الثقافة.
26. زكار، زاهر ناصر. (2013م). مدخل إلى سيكولوجية الشخصية والصحة النفسية، ط1، مركز الاشعاع الفكري، فلسطين.
27. زهران، حامد (1977م). علم النفس الاجتماعي، الطبعة الخامسة، القاهرة : عالم الكتب.
28. زهران، حامد عبد السلام (1987م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط2، القاهرة: عالم الكتب.
29. زهران، حامد عبد السلام (1987م، 2001م، 2005م).الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة: (الثانية، والثالثة، والرابعة)، القاهرة: عالم الكتب.

30. زهران، حامد عبد السلام (2001م). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، ط3، القاهرة: عالم الكتب.
31. سيد، محمد و المغيري، فدوى (2005م). *علم النفس المرضي*، الرياض، السعودية.
32. شاذلي، عبد الحميد (2001م). *الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية*، ط2، الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
33. الشربيني، لطفي (2004م). *الاكتئاب المرض والعلاج*، ط1، الاسكندرية: منشأة المعارف.
34. شعت، ناضل (2005م). تأثير الصدمة النفسية في تطور كرب مابعد الصدمة والحزن بين الأطفال ("رسالة ماجستير غير منشورة)، فلسطين: جامعة القدس بالتعاون مع كلية الصحة العامة.
35. صايمة، ضياء (2005م). مدى فاعلية برنامج إرشادي في التفريغ الانفعالي للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا (رسالة ماجستير غير منشورة)، غزة: الجامعة الإسلامية، كلية التربية.
36. العبادسة، أنور عبد العزيز (2000م). الاضطرابات العصابية وعلاقتها الارتباطية والسببية ببعض المتغيرات الذاتية والأسرية لدى طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بولاية الخرطوم وقطاع غزة"، رسالة دكتوراة، السودان: جامعة الخرطوم.
37. عبد الرحمن، محمد السيد (2000م). *علم الأمراض النفسية والعقلية*، الطبعة الأولى، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
38. عبد المعطي، حسن مصطفى (1998م). *علم النفس الاكلينيكي*، الطبعة الأولى، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
39. عبدالقادر، حسين (1993م). *مصطلحات التحليل النفسي*، ترجمه فرج عبدالقادره، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، الكويت: دار سعاد الصباح.
40. العبيدي، محمد جاسم (2009م). *علم النفس الاكلينيكي*، الطبعة الأولى، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
41. العتيبي، غازي (2001م). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة واثرها علي الدافعية للإنجاز والتوجه المستقبلي لدي عينه من الشباب الكويتي، رساله دكتوراه، مصر: جامعه الزقازيق.
42. عكاشة، أحمد (2003م). *الطب النفسي المعاصر*، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
43. علي، السيد فهمي (2010م). *دراسات نفسية في الأمراض النفسية والعقلية*، ط1، الاسكندرية: دار الجامعة الجديدة.

44. عودة، محمد محمد (2010م). الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين .
45. العيسوي، عبد الرحمن (2000م). الاضطرابات النفسجسمية، الطبعة الأولى، دار الراتب الجامعية، بيروت.
46. العيسوي، عبد الرحمن (2006م). الاضطرابات النفسية وعلاجها، ط1، الاسكندرية : الدار الجامعية.
47. العيسوي، عبد الرحمن محمد (1999م). علم نفس الشواذ والصحة النفسية، ط1 بيروت: دار الراتب الجامعية،.
48. عيوش، دياب وآخرون (2001م). واقع الطفل الفلسطيني في ظل انتفاضة الاقصي، يومدراسي، خانيونس: فلسطين : مطبعة حمزة، غزة،.
49. غانم، محمد حسن (2006م). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، ط1، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
50. فايد، حسين (2004م). العدوان والاكنتاب. الإسكندرية : حورس للنشر والتوزيع،.
51. فايندا، (2007). اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال بعد كارثة تسونامي في تايلند- سنتان من المتابعة.
52. فرج، صفوت (2000م). مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين " ط1، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
53. القحطاني، سارة (2009) دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية.
54. القرني، عائض (2002). لاتحزن"، الطبعة الثالثة، مكتبة الصحابة، الإمارات، الشارقة.
55. كاموني وآخرون، (2007). أثر تجارب الحرب والإعتداء الجسدي على الأولاد المختطفين سابقاً في شمال أوغندا.
56. كريم، عادل شكري محمد (2005م). المخاوف المرضية، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
57. لونكار وآخرون، (2006). النتائج النفسية للاغتصاب عند النساء في حرب 1991م - 1995م، في كرواتيا والبوسنة والهرسك.

58. محمد، محمد جاسم (2004م). علم النفس الاكلينيكي، الطبعة الأولى، عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
59. المطيري، معصومة سهيل (2005م). الصحة النفسية مفهومها واضطراباته، ط1، مكتبة الكويت : الفلاح للنشر والتوزيع.
60. ملحم، سامي محمد (2001م). الارشاد والعلاج النفسي الأسس النظرية و التطبيقية، ط1، عمان: دار المسيرة.
61. موسى، رشاد(1999م). علم النفس الدعوة بين النظرية والتطبيق، ط1، الإسكندرية: المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
62. يعقوب، غسان(1999م). سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، لبنان: دار الفارابي .

ثانياً:المراجع الانجليزية:

1. American Psychiatric Association (1994): "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM- IV)*". (4th Ed.) Washington, D.C.: A.P.A. Author.
2. Catherine chabert et, (2008).*traite do psychologie do l adulte les nevroses (s.e) paris, dunod:p164-166.*
3. *Classification of Mental and Behavioural Disorders,World Health Organization (ICD-10) 1992.*
4. Herman, J.L. (1997). *Traumatic and Recovery.* United States of America. Basic Books, 1992, Hilgard, E.R., Atkinson, R.C., Atkinson, R.L., (1975). *Introduction to Psychology,* New York, Harcourt Brace Jovanovich, 609
5. Jean-louis pidinielli, 2005, *introduction a la psychologie chimique,* 2eme edition, paris, colin:p73.
6. marilonBruchoh Schweitzer(2002). *psychologie de la santé modele, conte modele, concepts et methods, paris, dunod:p24-25.*
7. Martin, Neilson C. ; Levy, Florence; Pieka, Jan; .Hay, David A.A (2006). *Genetic Study of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder and Reading Disability: Aetiological Overlaps and Implications*
8. *Psychiatry"*, seven edition,Lippincott Williams & Wilkins,USA, pp 1461_1478.
9. Sadock, B, & Sadock, V (2000): "*Comprehensive Text Book of free press,* New York, pp 638_658.
- 10.Terr, Lenore, C(1991): "*Childhood Traumas*", American Journal of Psychiatry 148, 1, January 1991, pp 10-19.
- 11.Thabet, A (1996):"*Notes in General Psychiatry*", 1st ed. Gaza, pp73-78.
- 12.Thabet, A, Abed, Y, and Vostanos, (2001): "*The Effect of Trauma on Mental Health OF Palestinian women and their Children, Gaza*", *Eastern Mediterr anean Health Journal,* Vol.7, pp413-421 .
- 13.Turner, F (1999): "*Adult Psychopathology,* second edition", the free press, New York, pp 638_658.
- 14.Wenar, C. & Kerig, p (2000):"*Developmental Psychopathology:*

الملاحق

ملحق (1)
قائمة بأسماء المحكمين

الرقم	اسم المحكم	المؤسسة التي يعمل بها
.1	أ.د. عايدة شعبان صالح	جامعة الأقصى
.2	أ.د. سمير قوته	الجامعة الإسلامية
.3	أ.د. نظمي أبو مصطفى	جامعة الأقصى
.4	د. أسامة حمدونة	جامعة الأزهر
.5	د. أنور البنا	جامعة الأقصى
.6	د. باسم أبو كويك	جامعة الأزهر
.7	د. عبد الفتاح الهمص	الجامعة الإسلامية
.8	د. عاطف الأغا	الجامعة الإسلامية

ملحق (2) رسالة التحكيم



الجامعة الإسلامية - غزة.
عمادة الدراسات العليا.
كلية التربية.
قسم علم النفس.

بسم الله الرحمن الرحيم

سعادة الأستاذ الدكتور / حفظه الله ، ، ،

تحية طيبة وبعد، ، ،

الموضوع / تحكيم أدوات دراسة ماجستير

يقوم الطالب / رباح أبو تيلخعمل دراسة لنيل درجة الماجستير في الجامعة الإسلامية - قسم علم النفس - تخصص ارشاد نفسي.

وهذه الدراسة بعنوان :

(أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى بقطاع غزة) .

وتهدف الدراسة إلى:الكشف عن مستوى أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى بقطاع غزة، والتعرف على العلاقة بين أعراض الاضطراب النفسي والخبرات الصادمة والتمرد النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى بقطاع غزة، وتوضيح الفروق في متوسط درجات أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهدمة بعد حرب 2014م في محافظة الوسطى بقطاع غزة تعزى للمتغيرات التالية (نوع الجنس، للفئات العمرية، حجم الأسرة، المستوى التعليمي للأسرة، المستوى الاقتصادي، نوع المواطنة) .

ملحق (3) المقياس

رقم الاستبانة:



الجامعة الإسلامية - غزة
الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس

أخي العزيز/ أختي العزيزة:
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته...

يقوم الطالب: رباح أبو تليخ بإعداد بحث تخرج لاستكمال متطلبات الماجستير في علم النفس بالجامعة الإسلامية، تحت إشراف الأستاذ الدكتور: محمد وفائي الحلو.

ولذا نضع بين أيديكم استبيانين، يرجى منكم الإجابة على عباراتهما بكل دقة وأمانة وموضوعية، علماً بأن الأمر لا يحتاج منك إلى كتابة اسمك الشخصي، الذي يؤكد لك حتماً أن المعلومات ستكون سرية ولن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي.

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا...

الباحث

الرجاء كتابة هذه البيانات:

بيانات الأم	م
الجنس: <input type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى	١.
العمر (تاريخ الميلاد):/...../.....	٢.
<input type="radio"/> غير متعلم <input type="radio"/> ابتدائي <input type="radio"/> إعدادي <input type="radio"/> ثانوي <input type="radio"/> جامعي	٣.
<input type="radio"/> أقل من 500 شيقل <input type="radio"/> أقل من 1000 شيقل <input type="radio"/> أقل من 1500 شيقل <input type="radio"/> أقل من 2000 شيقل <input type="radio"/> أقل من 3000 شيقل <input type="radio"/> أكثر من 3000 شيقل خشد:	٤.
<input type="radio"/> أصبل <input type="radio"/> لا أصبل	٥.
العدد: منهم ذكور: منهم إناث:	٦.
<input type="radio"/> مواطن <input type="radio"/> لاجئ	٧.
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	٨.
<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	٩.

الإستبيان الأول

الرجاء التكرم بوضع دائرة حول رمز الإجابة المناسبة لوجهة نظرك حول وجود هذه المشاكل خلال الأسبوع الماضي، حيث يوجد أمامك عدد من المشكلات التي قد تعاني منها - يرجى اختيار رمز الإجابة التي تنطبق عليك. فإذا كنت (لا تعاني أبداً) فعليك اختيار رمز (صفر) وهكذا...

م	البند	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
١	الصداع المستمر.	0	1	2	3	4
٢	الفرقة والارتعاش.	0	1	2	3	4
٣	حدوث أفكار سيئة.	0	1	2	3	4
٤	الدوخان مع الاصفرار.	0	1	2	3	4
٥	فقدان الرغبة أو الاهتمام الجنسي.	0	1	2	3	4
٦	الرغبة في انتقاد الآخرين.	0	1	2	3	4
٧	الاعتقاد بأن الآخرين يسيطرون على أفكاري.	0	1	2	3	4
٨	أعتقد بأن الآخرين مسئولين عن مشاكلي.	0	1	2	3	4
٩	الصعوبة في تذكر الأشياء.	0	1	2	3	4
١٠	الانزعاج بسبب الإهمال وعدم النظافة.	0	1	2	3	4
١١	يسهل استشارتي بسهولة.	0	1	2	3	4
١٢	الألم في الصدر والقلب.	0	1	2	3	4
١٣	الخوف من الأماكن العامة والشوارع.	0	1	2	3	4
١٤	الشعور بالبطء وفقدان الطاقة.	0	1	2	3	4
١٥	تراودني أفكار للتفلس من الحياة.	0	1	2	3	4
١٦	أسمع أصوات لا يسمعيها الآخرون.	0	1	2	3	4
١٧	أشعر بالارتجاف.	0	1	2	3	4
١٨	عدم الثقة بالآخرين.	0	1	2	3	4
١٩	فقدان الشهية.	0	1	2	3	4
٢٠	البكاء بسهولة.	0	1	2	3	4
٢١	الخجل وصعوبة التعامل مع الآخرين.	0	1	2	3	4
٢٢	أشعر بأنني مقبوض أو ممسوك أو مكبل.	0	1	2	3	4
٢٣	الشوف فجأة وبدون سبب محدد.	0	1	2	3	4
٢٤	عدم القدرة على التحكم في الغضب.	0	1	2	3	4
٢٥	أخاف أن أخرج من البيت.	0	1	2	3	4
٢٦	نقد الذات لعمل بعض الأشياء.	0	1	2	3	4
٢٧	الألم في أسفل الظهر.	0	1	2	3	4
٢٨	أشعر بأن الأمور لا تسير على ما يرام.	0	1	2	3	4

م	البند	مطلقاً	نازلاً	أحياناً	كثيراً	دائماً
٢٩.	أشعر بالوحدة.	0	1	2	3	4
٣٠.	أشعر بالحزن "الاكتئاب".	0	1	2	3	4
٣١.	فقدان الاهتمام في الأشياء.	0	1	2	3	4
٣٢.	فقدان الأهمية بالأشياء.	0	1	2	3	4
٣٣.	الشعور بالخوف.	0	1	2	3	4
٣٤.	أشعر بأنه يسهل إيدائي.	0	1	2	3	4
٣٥.	اطلاع الآخرين على أفكارى الخاصة بسهولة.	0	1	2	3	4
٣٦.	الشعور بأن الآخرين لا يفهمونى.	0	1	2	3	4
٣٧.	الشعور بأن الآخرين غير ودودين.	0	1	2	3	4
٣٨.	أعمل الأشياء ببطيء شديد.	0	1	2	3	4
٣٩.	زيادة ضربات القلب.	0	1	2	3	4
٤٠.	ينتابني غثيان واضطرابات في المعدة.	0	1	2	3	4
٤١.	مقارنة بالآخرين أشعر بأني أقل قيمة منهم.	0	1	2	3	4
٤٢.	عضلاتي تتشنج.	0	1	2	3	4
٤٣.	أشعر بأني مراقب من قبل الآخرين.	0	1	2	3	4
٤٤.	صعوبة النوم.	0	1	2	3	4
٤٥.	أفحص ما أقوم به عدة مرات.	0	1	2	3	4
٤٦.	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.	0	1	2	3	4
٤٧.	الخوف من السفر.	0	1	2	3	4
٤٨.	صعوبة التنفس.	0	1	2	3	4
٤٩.	السخونة والبرودة في جسمي.	0	1	2	3	4
٥٠.	أجذب أشياء معينة.	0	1	2	3	4
٥١.	الشعور بعدم القدرة على التفكير.	0	1	2	3	4
٥٢.	الخدر والنعمة في الجسم.	0	1	2	3	4
٥٣.	الشعور بانغلاق المطلق وعدم المقدرة على البيع.	0	1	2	3	4
٥٤.	فقدان الأمل في المستقبل.	0	1	2	3	4
٥٥.	صعوبة التركيز.	0	1	2	3	4
٥٦.	ضعف عام في أعضاء جسمي.	0	1	2	3	4
٥٧.	أشعر بالنعمة.	0	1	2	3	4
٥٨.	الشعور بالثقل باليدين والرجلين.	0	1	2	3	4
٥٩.	الخوف من الهوت.	0	1	2	3	4
٦٠.	الإفراط في النوم.	0	1	2	3	4

م	البند	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
٦١	أشعر بالضيق عند وجود الآخرين ومراقبتهم لي.	0	1	2	3	4
٦٢	توجد عندي أفكار غريبة.	0	1	2	3	4
٦٣	أشعر بالرغبة في إيذاء الآخرين.	0	1	2	3	4
٦٤	أستيقظ من النوم مبكراً.	0	1	2	3	4
٦٥	إعادة نفس الأشياء عدة مرات.	0	1	2	3	4
٦٦	أعاني من النوم المتقطع والمزعج.	0	1	2	3	4
٦٧	الرغبة في تكسير وتحطيم الأشياء.	0	1	2	3	4
٦٨	توجد لدي أفكار غير موجودة عند الآخرين.	0	1	2	3	4
٦٩	حساسية زائدة في التعامل مع الآخرين.	0	1	2	3	4
٧٠	الخوف من التواجد في التجمعات البشرية.	0	1	2	3	4
٧١	كل شي يحتاج إلى مجهود كبير.	0	1	2	3	4
٧٢	أشعر بحالات من الخوف والتعب.	0	1	2	3	4
٧٣	أشعر بالخوف من التواجد في الأماكن العامة.	0	1	2	3	4
٧٤	كثرة الدخول في الجدل والنقاش الحاد.	0	1	2	3	4
٧٥	أشعر بالترفضة عندما أكون وبتبدأ.	0	1	2	3	4
٧٦	الآخرون لا يقدرّون أعصابي.	0	1	2	3	4
٧٧	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الناس.	0	1	2	3	4
٧٨	أشعر بالضيق وكثرة الحركة.	0	1	2	3	4
٧٩	أشعر بأنني غير مهم.	0	1	2	3	4
٨٠	أشعر بأن أشياء سيئة سوف تحدث لي.	0	1	2	3	4
٨١	الصراخ ورمي الأشياء.	0	1	2	3	4
٨٢	أخاف من أن أفقد الوعي أمام الآخرين.	0	1	2	3	4
٨٣	أشعر بأن الآخرين سيستغلونني.	0	1	2	3	4
٨٤	يزعجني التفكير في الأمور الجنسية.	0	1	2	3	4
٨٥	تراودني أفكار بأنه يجب معاقبتي.	0	1	2	3	4
٨٦	توجد عندي تخيلات وأفكار غريبة.	0	1	2	3	4
٨٧	أعتقد بأنه يوجد خلل في جسمي.	0	1	2	3	4
٨٨	أشعر بأنني غير قريب ويعيد من الآخرين.	0	1	2	3	4
٨٩	الشعور بالذنب.	0	1	2	3	4
٩٠	عندي مشكلة في عقلي "نفسي".	0	1	2	3	4

الإستبيان الثاني

فيما يلي مجموعة من المواقف التي قد يكون الشخص تعرض لها خلال حياته وأثرت عليه بطريقة ما .
برجاء قراءة المواقف التالية بدقة ووضع إشارة (X) تحت (نعم) بحال تعرضت لها، ووضع إشارة (لا) تحت (لا) بحال عدم تعرضك لها.

م	النبد	نعم	لا
١.	مشاهدة أحد أفراد عائلتك وهو يُضرب أمامك من الجيش الإسرائيلي.		
٢.	مشاهدة أحد أصدقائك وهو يُضرب أمامك من الجيش الإسرائيلي.		
٣.	تعرضك شخصياً للضرب.		
٤.	مشاهدة أحد أفراد عائلتك وهو يستشهد من الجيش الإسرائيلي.		
٥.	مشاهدة أحد أصدقائك وهو يستشهد من الجيش الإسرائيلي.		
٦.	مشاهدة مقتل غريب أمامك من الجيش الإسرائيلي.		
٧.	سماعك لمقتل أحد أفراد عائلتك من الجيش الإسرائيلي.		
٨.	سماعك لمقتل أحد أصدقائك من الجيش الإسرائيلي.		
٩.	مشاهدة إصابة أحد أفراد عائلتك بالرصاص من الجيش الإسرائيلي.		
١٠.	مشاهدة إصابة أحد أصدقائك بالرصاص من الجيش الإسرائيلي.		
١١.	إصابتك شخصياً بالرصاص.		
١٢.	مشاهدة أحد أفراد عائلتك وهو يعتقل أمامك من الجيش الإسرائيلي.		
١٣.	مشاهدة أحد أصدقائك وهو يعتقل أمامك من الجيش الإسرائيلي.		
١٤.	تعرضك شخصياً للاعتقال.		
١٥.	مشاهدة أحد أفراد عائلتك وهو يتعرض لتكسير العظام من الجيش الإسرائيلي.		
١٦.	مشاهدة أحد أصدقائك وهو يتعرض لتكسير العظام من الجيش الإسرائيلي.		
١٧.	تعرضك شخصياً لتكسير العظام.		
١٨.	مشاهدة بيت أحد أفراد عائلتك وهو يهدم من الجيش الإسرائيلي.		
١٩.	مشاهدة بيت أحد أصدقائك وهو يهدم من الجيش الإسرائيلي.		
٢٠.	مشاهدة بيتك وهو يهدم.		
٢١.	مشاهدة أحد أفراد عائلتك وهم محرومون من الماء والأكل من قبل الجيش الإسرائيلي.		
٢٢.	مشاهدة أحد أصدقائك وهم محرومون من الماء والأكل من قبل الجيش الإسرائيلي.		
٢٣.	سماعك عن أحد أفراد عائلتك بأنهم محرومون من الماء والأكل من قبل الجيش الإسرائيلي.		
٢٤.	سماعك عن أحد أصدقائك بأنهم محرومون من الماء والأكل من قبل الجيش الإسرائيلي.		
٢٥.	تعرضت شخصياً للحرمان من الماء والأكل من قبل الجيش الإسرائيلي.		
٢٦.	مشاهدة تدهور الحالة الجسدية لأحد أفراد عائلتك دون القدرة على تلقي العلاج.		
٢٧.	مشاهدة تدهور الحالة الجسدية لأحد أصدقائك دون القدرة على تلقي العلاج.		
٢٨.	سماعك لتدهور الحالة الجسدية لأحد أفراد عائلتك دون القدرة على تلقي العلاج.		

م	البند	نعم	لا
٢٩.	سماعتك لتدهور الحالة الجسدية لأحد أصدقائك دون القدرة على تلقي العلاج.		
٣٠.	تعرضك شخصياً لتدهور بالحالة الجسدية دون القدرة على تلقي العلاج.		
٣١.	مشاهدة الجيش وهو يداهم البيت ليلاً.		
٣٢.	مشاهدة الجيش وهو يداهم البيت نهاراً.		
٣٣.	تعرضك شخصياً لاستنشاق غاز مسيل للدموع.		
٣٤.	مشاهدة الجثث المشوهة أو الجرحى على التلفاز.		
٣٥.	مشاهدة قذف القنابل على بيوت الناس من الطائرات.		
٣٦.	مشاهدة إطلاق النار على بيوت الجيران أو الأفراد من الدبابات والآليات الثقيلة.		
٣٧.	مشاهدة قصف أحد البيوت من قبل طائرات الجيش الإسرائيلي.		
٣٨.	سماعتك لقصف أحد البيوت من قبل الطائرات.		
٣٩.	تعرض بيتك لقصف من قبل الطائرات.		
٤٠.	تعرض أرضك لتجريف من قبل الجيش الإسرائيلي.		
٤١.	مشاهدة الجيش الإسرائيلي وهم يجتاحون لمنطقة سكنك.		
٤٢.	مشاهدة آثار قصف الطائرات أو الدبابات.		
٤٣.	مشاهدة آثار قصف طائرة استطلاع لسيارة.		
٤٤.	مشاهدة منظر أشلاء.		

ملحق رقم (4)
تسهيل مهمة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي: 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم.....ج.ع/35/Ref

التاريخ.....2015/01/21>Date

حفظه الله،

الأخ الدكتور/ سهيل المشهوراوي

رئيس عمليات المنطقة الوسطى بوكالة الغوث

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب/ رباح محمد احمد ايسو تسليخ، برقم جامعي 120130775 المسجل في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص المصطفى النفسية والمجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراسته والحصول على المعلومات التي تساعد في إعدادها والتي بعنوان:

أعراض الاضطراب النفسي لدى أصحاب البيوت المهتمة بعد حرب 2014

والله ولي التوفيق،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

874242/

أ.د. فؤاد علي العليز

لا مانع لدينا من تسهيل مهمة الباحث
صباح الأحرار

(م.ع.ع)

25/01/2015



صورة إلى:-
الناقد.