التنبؤ بالضيق النفسي للأطفال

فوزية عباس هادي*

يوجد حتى اليوم نتائج بحوث كثيرة توثق الآثار النفسية للكوارث على الإنسان. فلقد توصل ربونس وبيكمان (Rubonis & Bickman 1991) بإستخدام منهج التحليل البعدي للدراسات التي أجريت عن الكوارث، إلى أنه بعد التعرض لكارثة، فإنه من المتوقع زيادة الأمراض النفسية بنسبة 17٪. ولقد وصف العديد من الباحثين الآثار النفسية للكوارث بالإشارة إلى جملة أعراض الإستجابة للضغوط، والتي تتضمن أعراض رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة والإكتئاب والقلق (Horowitz et al 1991). وعند تقييم المشاكل والإضطرابات السلوكية لدى الأطفال نتيجة التعرض للصدمة، فإن الإعتماد يتركز في العادة، على تقدير وأحكام البالغين ذات العلاقة بهؤلاء الأطفال (Kazdin et al 1983). ومن الأهمية في هذا المجال إدراك الأفراد الذين يقومون على رعاية الأطفال – كالوالدين – لما يتعرض له الأطفال من إنحرافات سلوكية، لأنهم هم الذين يقومون بتحويل الأطفال ولفت إنتباه المختصين إلى مشكلات هؤلاء الأطفال (Thurber & Snow 1990). وإذا ما اتفقت تقديرات الوالدين والطفل والمختصين، فإن المعلومات من تلك الأطراف المختلفة تصبح متشابهة ما يجعلها قابلة للتبادل. وقد دلت نتائج الدراسات التي قام بها أكنباخ وماكونوفي وهاول وستينغر ولويس (Achenbach et al 1987; Stanger & Lewis 1993) في ما يتعلق بالاتفاق بين تقارير الوالدين والمختصين والطفل، في شأن وجود أو عدم وجود مشاكل سلوكية لدى الطفل على أن الإتفاق في ما بين المقدرين الذين يتفاعلون مع الطفل في ظروف متشابهة(مثال: الأمهات والأباء) أقوى من الإتفاق في ما بين المقدرين الذين يتفاعلون مع الطفل في ظروف مختلفة (مثال: الوالدين والمعلمين).

بالرغم من وجود دلائل قليلة على وجود فروق بين الجنسين في التقديرات الخاصة بالمشكلات الإنفعالية والسلوكية، إلا أن البيانات تشير إلى وجود إختلاف بين الجنسين في عدد المشاكل السلوكية التي ذكرت. فالآباء والمعلمون يذكرون المزيد من المشاكل الإنفعالية والسلوكية بالنسبة للذكور مقارنة بالإناث في مراحل الطفولة والمراهقة (Achenbach, 1991a, 1991b). ولدى سؤال المراهقين لتقدير سلوكهم، ذكرت الإناث

* مدرس (Assistant Prof.) بقسم علم النفس التربوي، كلية التربية، جامعة الكويت.
تم تمويل البحث من مؤسسة الكويت للتقدم العلمي والجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.

مشاكل سلوكية أكثر من التي ذكرها الذكور في المرحلة العمرية نفسها. وعند تقدير كل من الوالدين والمعلمين والأطفال للمشاكل السلوكية الظاهرة (externalizing problems) وغير الظاهرة (internalizing problems)، فإن الأطفال عادة ما يذكرون مشاكل كثيرة في حين يحدد المعلمون عدداً أقل من المشاكل (Stanger & Lewis 1993).

ذكر العديد من الباحثين النقص في مستوى الإتفاق في ما بين تقارير الوالدين والطفل لدى محاولة صياغة تقييمهم التشخيصي (Kashani et al 1985; Reich et al 1982)، وباستخدام قوائم مراجعة الأعراض وجد ويسمان وأورفاشيل وباديان أن الإتفاق ضعيف بين إستجابات الأطفال والآباء في ما يتعلق بمشاكل الأطفال السلوكية والإنفعالية (Weissman et al 1985). وعلى النقيض، وجد أورفاشيل وآخرون أن الآباء ذكروا معلومات أكثر دقة، مقارنة بأطفالهم، حول الأمور التي تتعلق بتاريخ العلاج أو فترة المرض، بينما كان الأطفال أكثر دقة في تحديد المعلومات المتعلقة بمشاعرهم الداخلية مثل المخاوف ومشاعر الذنب (Orvaschel et al 1981). وفي دراسة أخرى قام بها موريتي وآخرون لتحديد مدى توافق وتطابق تقارير الأطفال وآبائهم عندما تم تحويل هؤلاء الأطفال بغرض التقويم الطبي النفسي لإكتئابهم (Moretti et al 1985). وقد استخدم الأطفال مقياسين للتقدير الذاتي للإكتئاب، كما استخدم الآباء مقياس التقدير الذاتي لتقويم إكتئاب أطفالهم ومقياس «بك» لقياس إكتئابهم. وقد أشارت النتائج إلى أن تقديرات الآباء لإكتئاب أطفالهم غير ذي دلالة إحصائية، ولا ترتبط بتقديرات الأطفال أنفسهم لدرجة إكتئابهم. كما أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة بين إكتئاب الوالدين وتقديراتهم لدرجة إكتئاب أطفالهم، حيث الأباء الذين ذكروا أعراضا أكثر للإكتئاب لاحظوا أن أطفالهم يعانون من الضيق النفسي وبالتالي تظهر عليهم مظاهر الإكتئاب.

تشير دراسات (Yule & Williams 1990; Earls et al 1988; McFarlane et al 1987) إلى أن الآباء والمعلمين يميلون إلى التقليل في تقاريرهم من حدة ردود الفعل لدى الأطفال، ولهذا فإنه باستخدام تقارير المعلمين والآباء يمكن استنتاج – كما فعل كارمزي ورتير (Garmezy & Rutter 1985) – أن المشاكل السلوكية لدى الأطفال ليست بالحدة المتوقعة وأنها تزول بشكل سريع نسبيا.

لقد تم تحقيق تقدم ملموس إلى يومنا هذا جدير بالإعتبار في تأسيس معايير التشخيص المناسبة عند تقويم الضيق النفسي للأطفال. ومع ذلك لم يوجه سوى قدر قليل من الإهتمام إلى مصادر المعلومات المختلفة التي تزودنا بالأساس الرئيسي للتشخيص في العيادات النفسية. وتعتبر هذه البيانات مدهشة في ضوء الحقائق التي تدل على أن الإكلينيكين يشكون في مصداقية المعلومات التي يتم الحصول عليها من الأطفال أنفسهم عند تقييم ضيقهم النفسي، ولذلك يلجأون للبحث عن مصادر أخرى لتزويدهم بالمعلومات الأكثر دقة عن المشاكل السلوكية التي يعاني منها الأطفال – كالوالدين – لتتم المصادقة على هذه البيانات.

بدأت أزمة الخليج في الثاني من أغسطس لعام 1990 بغزو مفاجىء قامت به القوات

العراقية لدولة الكويت واستمرت حتى نهاية فبراير 1991 عند صدور قرار وقف إطلاق النار. ولقد عانى الشعب الكويتي أثناء الأزمة من تدمير الممتلكات، والأذى، وفقدان الأرواح. ومع أن آلاف المدنيين الكويتيين تمكنوا من النجاة بعبورهم الحدود إلى المملكة العربية السعودية، إلا أن كثيرين منهم ظلوا يعيشون تحت وطأة نظام منع التجول والخوف من الأذى والإرهاب. إن تجربة الشعب الكويتي تقع بدون شك خارج نطاق التجارب العادية، حيث بلغت هذه الصدمة من القسوة ما يكفي لإحداث الشعور بالأسى لدى كل شخص تقريبا.

تهدف هذه الدراسة (1) تحديد ما إذا كانت المشاكل السلوكية لدى أطفال الكويت معلومة لدى معلميهم وآبائهم، (2) تحديد العوامل التي يمكن أن تساهم في الضيق النفسي والانفعالي للأطفال من جراء التعرض لصدمة العدوان العراقي لدولة الكويت. فالأطفال عند تعرضهم للعنف والصدمات الحادة تظهر عليهم أعراض القلق، والإكتئاب، وتشكيات جسدية وهو ما يعرف بإضطراب توتر ما بعد الصدمة (PTSD) وفي كثير من الأحيان يتم تقييم المشاكل السلوكية لهؤلاء الأطفال من خلال تقديرات وأحكام الكبار – كالآباء والمعلمين – ذوي الصلة بهؤلاء الأطفال.

وتتحدد مشكلة الدراسة في الأسئلة الآتية: (1) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الأطفال في تقدير كل من: إضطراب التوتر، والاكتئاب والقلق؟ (2) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الأطفال عند تقدير إضطرابهم السلوكي من قبل كل من مدرسيهم وآبائهم؟ (3) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الوالدين في تقدير كل من: إضطراب التوتر، والإكتئاب، والضيق النفسي؟ (4) هل المشاكل السلوكية لدى أطفال الكويت واضحة لدى معلميهم وآبائهم؟ (5) ما العوامل التي يمكن أن تساهم في الضيق النفسي والإنفعالي للأطفال من جراء التعرض لصدمة العدوان العراقي لدولة الكويت؟.

منهجية البحث

تألفت عينة الدراسة من ثلاث فئات: الوالدين، والمعلمين، والأطفال. وقد عانى كل من هؤلاء الأطفال ووالديهم من صدمة مؤلمة نتيجة الإحتلال العراقي لدولة الكويت. وتباينت درجات تلك الصدمة ما بين المعتدلة والشديدة. وسوف نصف كل عينة على حدة.

تألفت عينة الأطفال من 144 طفلاً كويتياً، تراوحت أعمارهم ما بين الثامنة والثانية عشرة من العمر. وتم تصنيف الأطفال في أربع مجموعات، تبعا لنمط تعرضهم للعنف خلال أزمة الإحتلال العراقي. فشملت المجموعة الأولى 36 طفلا(18 ذكرا و18 أنثى) متضمنة الأطفال الذين قتل آباؤهم على أيدي الجنود العراقيين، وتكونت المجموعة الثانية من 38 طفلا (19 ذكرا و19 أنثى) ممن ما زال آباؤهم مفقودين، وتألفت المجموعة الثالثة من 31 طفلا(14 ذكراً و17 أنثى) ممن تعرضوا للأسر مع أسرهم وربما للتعذيب.

أما المجموعة الرابعة، والتي أطلق عليها إسم مجموعة الصدمة غير المباشرة، فإنها شملت مجموعة متماثلة من الأطفال من حيث العمر والجنس متضمنة 39 طفلاً (19 ذكراً و20 أنثى)، بيد أن هذه المجموعة لم تعانِ من صدمة شديدة إما لأن أفرادها كانوا خارج

البلاد من جميع أفراد أسرهم خلال وقوع الأزمة أو لأن عائلاتهم لم تتعرض لأذى (نسبيا). وقد تم تحديد هذه الخطة في محاولة لضمان التجانس في خبرة الأزمة داخل المجموعات، والتباين بين المجموعات المتأثرة ومجموعة الصدمة غير المباشرة (هادى 1996). ويوضح الجدول رقم (1) أنواع خبرات المعاناة الناتجة عن الصدمة التي تعرض لها هؤلاء الأطفال وتمثل الأرقام داخل الجدول النسبة المئوية للأطفال الذين تحدثوا عن معاناتهم من أحداث متنوعة. فعلى سبيل المثال، تعرض 9٪ من هؤلاء الأطفال لأذى مباشر خلال الأزمة، وكان الضرر في بعض من الحالات شديدا. وقد تعرض 72٪ من أباء هؤلاء الأطفال للأذى، ويعني هذا بالنسبة لجميع الأطفال في المجموعة الأولى أن الأب قتل. وتعرض أيضا 6٪ من هؤلاء الأطفال للإعتقال على أيدي الجنود العراقيين خلال الأزمة.

جدول (1)
النسبة المئوية لأطفال أفادوا عن تعرضهم لصدمات مختلفة

الحدث	مجموعة 1	مجموعة 2	مجموعة 3	مجموعة 4
إصابته بأذى	4	2	3	0
إصابة والده بأذى	31	24	17	0
إصابة والدته بأذى	4	3	2	0
إصابة أخية/ أخته بأذى	6	3	3	0
إصابة أحد أقاربه بأذى	19	9	11	9
إصابة صديق بأذى	10	9	11	4
قتل الأب	36	0	0	0
إعتقال الطفل	1	2	3	0
مشاهدة قتل شخص ما	5	2	4	0
مشاهدة تعذيب شخص ما	6	2	4	0
إعتقال شخص ما غير الأب	25	19	18	12
الخوف من الأذى	21	17	16	9
الخوف من القتل	16	11	9	5
مشاهدة قتلى/ جرحى بالتلفزيون	23	19	24	30
مشاهدة صور قتلى وجرحى	22	18	23	29
مشاهدة أعمال عنف بالتلفزيون	21	19	17	19

جمعت إستجابات الأطفال (نعم/ لا) على الأحداث السابقة الموضحة في الجدول رقم (1)، وذلك للحصول على الدرجة الكلية لمستوى التعرض للعنف. كما أجريت مقارنة بين المجموعات الأربع على هذه الدرجة الكلية، وعليه تم دمج مجموعات الصدمة الثلاث (1) و(2) و(3) في مجموعة واحدة، أطلق عليها مجموعة الصدمة المباشرة بعد أن أشارت النتائج الأولية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بينها في ما يتعلق بكل من مستوى التعرض للعنف، ومؤشر إضطراب توتر ما بعد الصدمة (P's < .10).

تكونت عينة الوالدين من 140 فردا، كان منهم 113 أما و27 أبا. وقد بلغ متوسط أعمار الأمهات 36.5 سنة بينما بلغ متوسط أعمار الآباء 41 سنة. وكان 93٪ من الوالدين يتراوح مستواهم التعليمي ما بين الإبتدائي وما فوق الجامعي، وكان 49٪ منهم موظفين. وقد قام الإختصاصي النفسي بالإتصال بالوالدين هاتفيا من أجل المشاركة في هذه الدراسة. وفي معظم الأحوال كان الوالدان يوافقان على مشاركتهما في الدراسة مع طفلهما، غير أن أربعاً من أولياء أمور الطلبة لم يكملوا إجراءات الدراسة لأسباب مختلفة، منها السفر إلى الخارج، أو المرض، وغير ذلك من الأسباب.

شملت عينة المعلمين 144 معلما، منهم 47 معلما و97 معلمة. وقد روعي في العينة التي تم إختيارها للمشاركة في الدراسة أن تكون من فئة المعلمين الذين يتعاملون مع الطفل بشكل يومي، مثل معلمي المواد الرئيسية كاللغة العربية أو الرياضيات أو العلوم، واستبعد المعلمون الذين يتعاملون مع الطفل بشكل جزئي، مرة أو مرتين في الاسبوع، مثل معلمي مواد التربية الرياضية، والتربية الفنية والموسيقى والإقتصاد المنزلي.

أدوات الدراسة

طبقت مجموعة من المقاييس الإنفعالية على جميع المشاركين في الدراسة بواسطة أخصائيين نفسيين مدربين من إدارة الخدمة النفسية في وزارة التربية. والمقاييس التي استخدمت في هذه الدراسة هي: مؤشر إضطراب رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة لكل من الأطفال ووالديهم، وقائمة مظاهر الإكتئاب عند الأطفال، ومقياس القلق الصريح للأطفال، واستمارة المقابلة المقننة للأزمات، وقائمة السلوك التكيفي الاجتماعي للأطفال، وقائمة الوضع النفسي للأطفال، وقائمة «بك» لمظاهر الإكتئاب للكبار، وقائمة مراجعة الأعراض – 90– المعدلة.

مؤشر إضطراب رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة: عدل هذا المقياس من مقياس دافيدسون وآخرين، للتوتر والإضطرابات لما بعد الصدمة (Davidson et al 1990). ولقد تم تجريب مؤشر اضطراب رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة في دراسة سابقة أجراها الباحث على عينة من أطفال الكويت، من أجل تحديد الخواص السيكومترية للمقياس (هادي 1996). ويتألف هذا المقياس من سبعة عشر بندا موزعا على سلم إجابة يتكون من خمس درجات كالآتي؛ (0 = الطفل لم يعان من أي اضطراب خلال الاسبوع الماضي، 1= مرة واحدة فقط، 2= مرتين إلى ثلاث مرات، 3= أربع إلى ست مرات، 4 = كل يوم). وتتراوح الدرجة الكلية لهذا المقياس ما بين درجة صفر وثمانية وستين درجة، وذلك بتجميع درجات كل بند من البنود السبعة عشر. وتشير بنود هذا المقياس إلى ثلاثة

أعراض رئيسية بحسب دليل التشخيص والإحصاء للإضطرابات العقلية المعدل (DSM-III-R) والذي نشرته الجمعية الأميركية للطب النفسي عام 1987. وهذه الأعراض الثلاثة هي: أعراض إعادة تجربة الحدث المؤلم (re-experiencing- symptoms)، وأعراض الإحجام عن تذكر الحدث أو الخدر (avoidance or numbing symptoms)، وأعراض الإستثارة المتزايدة (Increasing Arousal Symptoms)، (American Psychiatric Association 1987). وقد تم التحقق من ثبات هذا المقياس على عينة تجريبية من الأطفال الكويتيين، وكان معامل الثبات مساوياً (80,).

قائمة مظاهر الإكتئاب عند الأطفال: هي عبارة عن أدارة للتقرير الذاتي مكونة من 27 بندا (Kovacs & Beck 1977; Kovacs 1991) لقياس الاكتئاب لدى الأطفال في العمر المدرسي فضلا عن المراهقين. ويقيس الإختبار مدى واسعاً من الأعراض الإكتئابية تشمل إضطرابات المزاج، والقدرة على تحقيق الإستمتاع أو الطاقة الوجدانية، والوظائف النمائية، وتقويم الذات، والخصائص المتصلة بالسلوك المعبر عن العلاقات بين الأفراد. ويتألف كل بند من ثلاثة خيارات متدرجة في الشدة، ودرجاتها كالآتي: 0، 1، 2، وفقا لشدة الأعراض الإكتئابية. ولذلك، فإن الدرجة الكلية على الإختبار تتراوح بين صفر إلى أربع وخمسون درجة، بحيث تدل الدرجات الأعلى على مستويات إكتئاب عال. وقد تم تجريب المقياس من قبل الباحث وآخرين في دراسة سابقة، وتبين أن معامل ثبات المقياس باستخدام طريقة الإتساق الداخلي ذو قيمة عالية ومساوية (78) ,(Hadi & Llabre 1998) .

مقياس القلق الصريح المعدل– للأطفال: يمثل هذا المقياس، الذي يحمل عنوانا فرعيا هو «ما أفكر فيه هو الذي أشعر به»، مقياساً للتقرير الذاتي مكونا من 37 بندا، صمم لتقييم مستوى وطبيعة القلق لدى الأطفال والمراهقين من سن 6 إلى 19 سنة (Reynolds et al 1992). ويستجيب الطفل لكل عبارة إما بالإجابة «نعم» أو «لا». وتدل الإجابة «نعم» على أن العبارة تصف مشاعر الطفل أو أفعاله، بينما تدل الإجابة «لا» أن العبارة لا تصف الطفل. ويتألف مقياس القلق الصريح للأطفال من خمس درجات، حيث الدرجة الكلية للقلق تتكون من 28 بندا والتي بدورها تنقسم إلى ثلاثة مقاييس فرعية كالآتي: مقياس القلق الفسيولوجي ويتكون من عشرة بنود، ومقياس القلق والحساسية الزائدة ويتألف من أحد عشر بندا، ومقياس القلق الإجتماعي والتركيز ويتكون من سبعة بنود. والتسعة بنود الباقية تتعلق بالمقياس الفرعي الكذب. وقد تم تجريب النسخة الكويتية من هذا المقياس من قبل الباحث في دراسة سابقة، من أجل التحقق من معامل ثبات المقياس وكان مساويا (86,) (هادي 1996).

استمارة المقابلة المقننة للأزمات: تم تطوير هذه الاستمارة من قبل الباحث وآخرين في دراسة سابقة (هادي ويابري 1994)، وذلك لتقييم مستوى تعرض الأطفال للصدمة والعنف. وقد تضمنت الإستمارة بنودا في مدى العنف الذي شاهدوه، وكمية العنف التي شاهدوها من خلال وسائل الإعلام المتعددة مثل التلفزيون والصحف.

قائمة السلوك التكيفي الإجتماعي للأطفال: يمكن أن يستخدم المعلم هذه القائمة، والتي تتكون من 30 بندا، لتحديد مستوى المشاكل السلوكية للطفل في الفصل

والمدرسة(مثال: هل يقدم المساعدة للأطفال الآخرين؟، هل يحب الإنضمام للأطفال الآخرين أثناء اللعب؟، هل يقلق من عدم إشباعه لما يريد؟). والهدف من إستخدام المقياس هو التحقق مما إذا كان المعلمون مدركين لمشاكل الأطفال السلوكية. ويتم رصد الإجابات وفقا لسلم مكون من ثلاث نقاط (1 = نادراً أو إبدا، 2= أحيانا، 3= دائماً). ولقد تم تقدير معامل ثبات هذا المقياس على عينة من الأطفال بإستخدام معامل آلفا كرونباج وقد بلغ هذا المعامل (,85).

قائمة الوضع النفسي للأطفال: صممت هذه القائمة بهدف المساعدة في تقدير وتقويم الصعوبات السلوكية، والإنفعالية لدى الأطفال. وهي تتألف من إثنتي عشرة مجموعة من المثيرات التي يمكن لولي أمر الطفل أن يستجيب لها، عن طريق التحقق من المشكلات التي تنطبق على الطفل. وتعطي الإجابات درجات وفق سلم مكون من ثلاث نقاط (0 = لا يوجد، 1= أحيانا، 2= دائماً). ولقد تم التحقق من معامل ثبات المقياس على عينة من الأطفال وكان مبلغ معامل الثبات مساويا (,73).

قائمة «بك» لمظاهر الإكتئاب للكبار: جرى تقييم إكتئاب الوالدين من خلال الصورة المعدلة من مقياس «بك» للإكتئاب (Hadi & Llabre 1998). وتتضمن هذه الصورة جميع البنود الموجودة في النسخة الأصلية باستثناء البند الأخير. والمقياس عبارة عن أداة للتقرير الذاتي، شائع الإستخدام، لتحديد وجود ومستوى شدة 21 عرضا من أعراض الإكتئاب (Beck et al 1961). وقد تمت دراسته بإسهاب وتبين أنه مقياس ثابت، وصادق، لمعرفة مستوى الإكتئاب لدى البالغين. ويتم قياس كل عرض على سلم متدرج من صفر إلى ثلاث درجات، بحيث يمثل الصفر حالة غياب العرض، وتمثل الدرجات 1-3 مستويات متزايدة من الإكتئاب. والحصول على درجة كلية تساوي عشر درجات أو أكثر على مقياس «بك» للإكتئاب يعتبر، عادة، بمثابة مؤشر إلى وجود مستوى إكتئاب ذي دلالة عالية المستوى (Beck et al 1988). وقد تم تقدير معامل ثبات هذا المقياس على عينة تجريبية وكانت قيمته مساوية (,86).

قائمة مراجعة الأعراض – 90 – المعدل للكبار: صممت قائمة المراجعة، متعددة الأبعاد، ذاتية التقدير، لمسح مجموعة واسعة من المشاكل النفسية، وأعراض الأمراض النفسية. ويقيس هذا المقياس تسعة أعراض رئيسية هي: الأعراض الجسمية (Somatization)، والواسي/القهري (Obsessive- Compulsive)، والحساسية الشخصية (Interpersonal Sensitivity)، والإكتئاب (Depression)، والقلق (Anxiety)، والعداء (Hostility)، وقلق الخواف (Phobic Anxiety)، والهوس التسلطي (Paranoid Ideation)، والذهانية (Psychoticism). وتتكون الصورة الكويتية من قائمة مراجعة الأعراض من 81 بندا. وتقدر الإجابات وفقا لسلم مكون من خمس نقاط (0 = يمثل عدم وجود مشكلة على الإطلاق 1 = قليلا، 2= أحيانا، 3= معظم الأوقات، 4= دائماً). ولقد تم التحقق من معامل الإتساق الداخلي للمقياس الكلي وكانت قيمته تبلغ (,97).

أخذت معظم المقاييس السابقة عن المقاييس الأصلية، وتم تعديلها لتناسب البيئة الكويتية. وقد تمت الترجمة إلى العربية وبالعكس (backtranslation procedure) بواسطة

الباحث الرئيسي للدراسة ومجموعة من المتخصصين في مجال الصحة النفسية. وتم تقييم البنود لتحديد ملاءمتها ومناسبتها للبيئة الكويتية. وفي بعض من الحالات القليلة حذفت بعض من البنود، وأعيد تجريب النموذج المعدل. وتحديد خواصه السيكومترية. وقد دلت نتائج هذه الدراسة على أن نمط إرتباط هذه المقاييس ببعضها كان متفقا مع الدراسات السابقة، ما يؤكد صدق مقاييس الدراسة. ولقد أعيد تقييم البنود ذات الأداء المشكوك فيه أثناء تجريب المقياس، وجرى في بعض من الأحيان تعديلها لتحسين إرتباطها بالمقياس الكلي.

إجراءات الدراسة

تم تحديد موعد مع نظار وناظرات مدارس الأطفال موضع الدراسة لإختبارهم في مدارسهم، بعد أخذ موافقة أولياء أمور هؤلاء الأطفال، ووزارة التربية. واشتركت في الدراسة مجموعة من الأخصائيات النفسيات في وزارة التربية تم تدريبهن على كيفية تطبيق مقاييس الدراسة وتسلسل تطبيق هذه المقاييس. فخلال الجولة الأولى من جمع البيانات، إلتقت الأخصائيات النفسيات الأطفال وشرحن لهم الغرض من الدراسة وحصلن على موافقتهم قبل تطبيق المقاييس. وتم في اليوم الأول تطبيق مؤشر اضطراب رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة، ثم بعد يومين تم تطبيق مقياسي الإكتئاب والقلق للأطفال. وفي اليوم الثالث تم تطبيق إستمارة المقابلة المقننة للأزمات. وفي الجولة الثانية من إجراءات جمع المعلومات، تمت دعوة الآباء إلى مدارس أطفالهم، في يوم آخر، من أجل تقييمهم. ولقد شارك في هذه الجولة 140 فردا من الآباء. أما المقاييس التي استخدمت مع الآباء فكانت كالآتي: مؤشر إضطراب رد الفعل الاجهادي لما بعد الصدمة، ومقياس «بك» للإكتئاب للكبار، وقائمة الوضع النفسي للأطفال، وقائمة مراجعة الأعراض – 90 – المعدلة.

وفي الجولة الثالثة لجمع البيانات، طلب من معلمي ومعلمات الأطفال المشاركة في الدراسة لتقييم سلوكيات الطفل داخل المدرسة وذلك بتعبئة قائمة السلوك التكيفي الإجتماعي للأطفال.

النتائج

التحليلات الإحصائية المبدئية:

أولا: المتغيرات النفسية للأطفال: تمت أولا المقارنة ما بين مجموعة الصدمة ومجموعة الصدمة غير المباشرة على جميع المقاييس. وكانت مجموعة الصدمة تتألف من جميع الأطفال الذين قتل آباؤهم، أو تعرض أباؤهم للإعتقال، أو ما زالوا مفقودين إلى الآن. وتم دمج هذه المجموعات الفرعية الثلاث بعد أن أظهرت التحليلات الأولية عدم وجود فروق ذات دلالة بينها في ما يتعلق بمستوى التعرض للعنف كما تم قياسه عن طريق الدرجة الكلية لبنود إستمارة المقابلة المقننة للأزمات، [F (2, 101) =2.19 ,P = .11]. وكما هو مبين في الجدول رقم (1)، أو من مؤشر إضطراب توتر ما بعد الصدمة [F (2,101)= 2.06, p =.13] . وقد جرى التحقق من صحة تصنيف المجموعتين إلى مجموعة الصدمة المباشرة ومجموعة الصدمة غير المباشرة، من خلال مقارنة الدرجة الكلية لبنود إستمارة المقابلة المقننة للأزمات

المتعلقة بالتعرض المباشر وغير المباشر للعنف. وبالرغم من عدم وجود فروق بين الجنسين أو التفاعل على هذا المتغير، إلا أنه كان هناك تأثير رئيسي ذو دلالة لمتغير المجموعة [F (1, 142) = 74.60, p < . 001].

تم تحليل البيانات في البداية على أساس التصميم العاملي factorial design (2x2) لمتغيري المجموعة والجنس. ففي ما يتعلق بالمقاييس النفسية للأطفال، دلت النتائج على وجود تفاعل ذي دلالة إحصائية بين متغيري الجنس والمجموعة على مؤشرإضطراب توتر ما بعد الصدمة [F (1, 142) = 3.75, p< .05]، كما يتضح من المتوسطات والإنحرافات المعيارية المبينة في الجدول (2)، وهذا التفاعل نجم من أن ذكور مجموعة الصدمة حصلوا على درجات أعلى من ذكور مجموعة الصدمة غير المباشرة على مؤشر إضطراب توتر ما بعد الصدمة، بينما لم يكن الفرق ذا دلالة بالنسبة للإناث. ودلت النتائج البديلة للتفاعل على أن ذكور مجموعة الصدمة أحرزوا درجات أعلى على مؤشر إضطراب توتر ما بعد الصدمة مقارنة بالإناث، بينما ظهرت نتائج عكسية لدى مجموعة الصدمة غير المباشرة، إذ حصلت الإناث على معدلات أعلى مقارنة بالذكور، وكان هناك تأثير رئيسي ذو دلالة لمتغير المجموعة [F (1, 142) = 9.72, p < . 001]. وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسة السابقة التي قام بها الباحث (هادى 1996) في أن ذكور وإناث مجموعة الصدمة المباشرة عانت أكثر من إضطراب التوتر مقارنة بمجموعة الصدمة غير المباشرة. ولكن، كما أشير إليه من التفاعل، فقد أعتبر الفرق بالنسبة للذكور أكبر بكثير من الفرق بالنسبة للإناث، ولم تلاحظ فروق بالنسبة للجنس على مؤشر إضطراب توتر ما بعد الصدمة [F (1, 142) < 1, p = .45].

جدول (2)
المتوسطات والانحرافات المعيارية لعدد من المتغيرات

المجموعة/ الجنس	مجموعة الصدمة المباشرة		مجموعة الصدمة غير المباشرة	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
إضطراب التوتر	13.2 (7.8)	11.7 (9.7)	5.2 (4.3)	9.8 (7.2)
الإكتئاب	9.8 (4.0)	7.9 (5.2)	5.9 (4.0)	6.2 (4.3)
القلق	9.2 (5.2)	10.1 (5.9)	5.9 (4.7)	8.1 (5.9)
تقديرات الوالدين	18.6 (5.4)	12.0 (4.9)	8.1 (5.4)	8.2 (3.4)
تقديرات المعلمون	72.1 (8.5)	72.1 (8.4)	68.6 (8.6)	77.7 (8.6)

أظهرت نتائج هذه الدراسة، أيضا، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الصدمة المباشرة ومجموعة الصدمة غير المباشرة على مقياس الإكتئاب [F (1, 142) = 9.94, p < . 001]. فقد عانى كل من ذكور وإناث مجموعة الصدمة المباشرة من

مستويات أعلى من الإكتئاب مقارنة مع مجموعة الصدمة غير المباشرة. وبالرغم من أن التفاعل بين متغيري المجموعة والجنس لم يصل إلى الدلالة الإحصائية [F (1,142) = 1.45, p = .20]، إلا أن نمط الفروق في المتوسطات على مقياس الإكتئاب كان شبيها لنمطها في مؤشر إضطراب توتر ما بعد الصدمة. وتتفق هذه النتيجة مع النتيجة التي توصل إليها الباحث في دراسة سابقة (هادي 1996). ومثلما هو الحال في مؤشر إضطراب توتر ما بعد الصدمة، لم تكن هناك أي فروق ذات دلالة بالنسبة لمتغير الجنس على مقياس الإكتئاب [F (1,142) < 1, p = .63]. ويوضح الجدول رقم (2) المتوسطات والإنحرافات المعيارية لإكتئاب الأطفال. وأيضاً أشارت النتائج إلى وجود إرتباط ذي دلالة بين إكتئاب الأطفال ومؤشر إضطراب توترهم ما بعد الصدمة [r = .52, p = .001]. وأشارت النتائج، أيضا، إلى وجود فروق ذات دلالة بين مجموعة الصدمة المباشرة ومجموعة الصدمة غير المباشرة بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس القلق [F (1,142) = 6.21, p = .004]، فقد أظهرت مجموعة الصدمة المباشرة مستويات أعلى من القلق مقارنة بمجموعة الصدمة غير المباشرة. وقد دلت النتائج على وجود إرتباط ذي دلالة بين مؤشر إضطراب توتر للأطفال ما بعد الصدمة وقلقهم [r = .45, p = .001]، وبين إكتئابهم وقلقهم [r = .67, p = .001]. ويوضح الجدول (2) المتوسطات والإنحرافات المعيارية، لإضطراب توتر ما بعد الصدمة، والإكتئاب، والقلق للأطفال، وتقديرات كل من الوالدين والمعلمين لسلوك الأطفال، بحسب المجموعة والجنس.

ثانياً: الملاحظات السلوكية للأطفال من خلال تقديرات معلميهم وآبائهم: تم تقدير سلوك الأطفال من قبل كل من مدرسيهم وآبائهم. وقد دلت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية للتفاعل بين المجموعة والجنس في ما يتعلق بتقدير المدرسين للسلوك التكيفي عند الأطفال [F (1, 140) = 5.41, p = .022]. وكان التفاعل واضحا من خلال الفرق بين الذكور والإناث في مجموعة الصدمة غير المباشرة، ولكن لم يكن هناك فرق بين الجنسين في مجموعة الصدمة المباشرة، فقد أبدت الإناث تكيفا سلوكيا أكثر من الذكور في مجموعة الصدمة غير المباشرة. وتظهر وجهة النظر البديلة لهذا التفاعل أن الإناث في مجموعة الصدمة غير المباشرة أبدين سلوكا تكيفيا أكثر، مقارنة مع مجموعة الصدمة المباشرة. ومن ناحية أخرى، كان الذكور في مجموعة الصدمة المباشرة أكثر تكيفا في سلوكهم من الذكور في مجموعة الصدمة غير المباشرة. ويتضمن الجدول (2) كلا من المتوسطات والإنحرافات المعيارية لتقديرات المعلمين للمجموعتين. ولم تدل النتائج على وجود أي علاقة بين تقدير المدرسين للسلوك التكيفي الإجتماعي عند الأطفال وكل من إكتئاب وقلق وتوتر الأطفال.

عندما تم تحليل تقدير الآباء لسلوك الأطفال كدالة لكل من المجموعة والجنس، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين [F (1.105) = 8.54,

[p =.004، ولم تظهر أي دلالة للتفاعل أو الجنس. ويتضمن الجدول (2) كلا من المتوسطات والإنحرافات المعيارية لتقديرات الوالدين للمجموعتين. وتعني هذه المتوسطات أن آباء الأطفال في مجموعة الصدمة المباشرة قدروا أطفالهم بأنهم غالبا ما يكشفون عن مشاكل سلوكية مقارنة مع آباء مجموعة الصدمة غير المباشرة، وينطبق هذا النمط على الذكور والإناث. وكشفت النتائج أيضاً عن وجود علاقة معتدلة بين إدراك كل من الآباء والمدرسين لسلوك الأطفال [r =-.28, p =.002]، ولم تكشف عن وجود أي علاقة مع إضطراب توتر ما بعد الصدمة لدى الأطفال، بيد أن تقدير الآباء كان ذا علاقة مع كل من: تعرض الأطفال للصدمة [r=. 34, p<. 001]، وإضطراب توتر ما بعد الصدمة للآباء [r=.45, p<. 001]، وقائمة مراجعة الأعراض – 90 – المعدلة للآباء [r=. 55, p<. 001]، وإكتئابهم [r=.47 p<. 001].

ثالثا: المتغيرات النفسية للوالدين: أجريت مقارنات ما بين آباء مجموعة الصدمة المباشرة وآباء مجموعة الصدمة غير المباشرة. ولم يتضمن التصميم مقارنات في متغير الجنس بسبب إحتواء عينة الوالدين على عدد ضئيل من الآباء الذكور. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة بين مجموعتي الآباء على مؤشر إضطراب توتر ما بعد الصدمة [F (1, 129) = 9.41, p =.003]، وعلى الدرجة الكلية لقائمة مراجعة الأعراض – 90– المعدلة [F (1,129) = 7.23, p =.008]، وعلى قائمة «بك» للأكتئاب [F (1,129) = 11.92, p=.001]. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة بين مؤشر إضطراب توتر الوالدين ما بعد الصدمة وضيقهم النفسي، بإستخدام قائمة الأعراض [r=.73, p=.001]، وبين إضطراب توترهم وإكتئابهم [r=.78, p.=001]. وكما تدل المتوسطات الواردة في الجدول (3) فقد تعرض الآباء في مجموعة الصدمة المباشرة، بشكل واضح، إلى مستويات أعلى من إضطراب توتر ما بعد الصدمة، وبدوا أكثر إكتئابا، وعانوا من إضطراب نفسي أكبر بالمقارنة مع آباء مجموعة الصدمة غير المباشرة. وقد نجم الفرق في الإضطراب النفسي العام عن الفروق في جميع المقاييس الفرعية لقائمة مراجعة الأعراض – 90 – المعدلة، باستثناء المقاييس التي تقيس الهوس التسلطي (Paranoid Ideation) والخوف (Phobia).

التحليلات الإحصائية الإستدلالية:

تحليل الإنحدار المتعدد: لكي نحدد العوامل التي قد تساهم في مؤشر إضطراب توتر ما بعد الصدمة والإكتئاب والقلق لدى هؤلاء الأطفال، تم إجراء ما يلي: أولا: تحليل مستويات مؤشر إضطراب رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة عند الأطفال كدالة لتوتر الوالدين، وذلك باستخدام مؤشر إضطراب رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة لدى الآباء، وتقديرات المعلمين والآباء لسلوك الأطفال، وتعرض الأطفال للصدمة.

جدول (3)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وحجم العينة لاضطراب توتر ما بعد الصدمة للآباء، والاكتئاب، وقائمة مراجعة الأعراض 90 المعدلة

المقاييس/ المجموعة	الصدمة المباشرة ن =97	الصدمة غير المباشرة ن =34
اضطراب التوتر	26.1 (15.5)	17.2 (12.2)
بك للاكتئاب	15.4 (8.8)	9.6 (7.2)
الدرجة الكلية للأعراض	1.1 (.66)	.79 (.47)
المقاييس الفرعية لقائمة الأعراض		
الأعراض الجسدية	1.1 (.87)	.73 (.56)
القلق	1.1 (.87)	.64 (.57)
الوسواس/ القهري	1.5 (.79)	1.11 (.63)
الإكتئاب	1.2 (.79)	.72 (.51)
الحساسية الشخصية	1.2 (.75)	.92 (.63)
الذهانية	.8 (.67)	.53 (.47)
الهوس التسلطي	.9 (.81)	.76 (.60)
العداء	1.2 (.71)	.86 (.52)
الخوف	.9 (.72)	.62 (.64)

ثانيا: أجريت تحليلات مماثلة باستخدام الإكتئاب كمتغير محكى، وكل من إكتئاب الآباء، وتقديرات المعلمين، وتقديرات الوالدين، والتعرض للصدمة كمتغيرات تنبؤية، ثالثاً: تم تحليل مستوى القلق باعتباره دالة للمتغيرات التالية: الضيق النفسي للآباء باستخدام قائمة الأعراض – 90 – المعدلة، وتقديرات كل من المعلمين والوالدين لسلوك الأطفال، وتعرض الأطفال للصدمة. وأجريت جميع التحليلات السابقة باستخدام تحليل الإنحدار المتعددة.

وتظهر النتائج الموضحة في الجدولين (4) و (5) أن 10٪ من التباين في القلق أمكن التنبؤ بها باستخدام نماذج التنبؤ (Prediction models). وكما هو واضح، فإن جميع هذه النماذج ذات دلالة إحصائية، [F = 2. 57, p = .001] لإضطراب توتر ما بعد الصدمة، و [F = 2. 78, p = .05] للإكتئاب، و [F = 2. 59, p = .05] للقلق. ولكن التعرض للصدمة كان المنبىء الوحيد ذا الدلالة لكل من مؤشر إضطراب توتر ما بعد الصدمة والإكتئاب عند الأطفال.

جدول (4)
التنبؤ بإضطراب توتر رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة والإكتئاب للأطفال

	إضطراب توتر ما بعد الصدمة				الإكتئاب		
	Beta	R^2	t		Beta	R^2	t
توتر الوالدين	.07	.00	.11	إكتئاب الوالدين	.03	.00	.27
تقديرات المعلمين	.02	.00	.18	تقديرات المعلمين	.15	.02	1.48
تقديرات الوالدين	.02	.00	.17	تقديرات الوالدين	.17	.03	1.44
التعرض للصدمة	.31	.08	*2.86	التعرض للصدمة	.21	.02	***1.96
النموذج		.10	F=**2.57	النموذج		.07	F=***2.78

*p < .01, **p < .001, ***p < .05.

جدول (5)
التنبؤ بمستوى قلق الأطفال من مستوى الضيق النفسي لأبائهم، وتقديرات المعلمين والآباء، والتعرض للصدمة

	Beta	R^2	t
قائمة الأعراض	.08	.00	.66
تقديرات المعلمين	.10	.00	.99
تقديرات الوالدين	.04	.00	.35
التعرض للعنف	.26	.06	*2.44
النموذج		.10	F=*2.59

*p < .05

كما تم أيضا إختبار إلى أي مدى يمكن التنبؤ بتقديرات الآباء لأطفالهم من خلال ضيقهم النفسي ومؤشر إضطراب رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة للآباء وإكتئابهم، باستخدام تحليل الإنحدار المتعدد. وقد تم إفتراض أن الضيق النفسي للآباء يرتبط بتقديراتهم لمشاكل أطفالهم السلوكية أكثر من إرتباطها بالضيق النفسي للأطفال. وتشير النتائج المبينة في الجدول (6) الخاصة. إلى أن تعرض الأطفال للصدمة والضيق النفسي للآباء يحملان دلالة إحصائية وأن 38٪ من التباين في تقديرات الآباء يمكن التنبؤ بها من

خلال نموذج التنبؤ، وكما هو واضح من الجدول فإن النموذج ذو دلالة إحصائية [F = 10.3, p < .001] . وكان الضيق النفسي للآباء وتعرض الأطفال للصدمة المنبئين الوحيدين ذوي الدلالة الإحصائية.

جدول رقم (6)

التنبؤ بتقديرات الوالدين من مستوى الضيق النفسي للوالدين، والتعرض للصدمة، وتوتر وإكتئاب وقلق الأطفال، وتوتر وإكتئاب الوالدين

	Beta	R^2	t
قائمة الأعراض	.57	.12	*4.77
التعرض للعنف	.23	.04	**2.84
إضطراب توتر الأطفال	.03	.00	.30
إكتئاب الأطفال	.02	.00	.19
قلق الأطفال	-.06	.00	-.56
اكتئاب الوالدين	-.01	.00	-.06
إضطراب توتر الوالدين	.06	.00	-.49
النموذج		.38	F=*10.34

*p < .001. **p < .01

تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة المستخلصة حول تأثير الكوارث الطبيعية (Shore et al 1986; McFarlane 1988; Freedy et al 1992)، والحوادث التي من صنع البشر (Baum et al 1983; Baum 1987; Green et al 1990) و(هادي 1996)، في أن الأطفال الذين تعرضوا لصدمة شديدة، يذكرون مستويات أعلى من الضيق النفسي مقارنة مع ما نجده مع أطفال مجموعة الصدمة غير المباشرة. والمستويات المتزايدة من الضيق النفسي للأطفال في مجموعة الصدمة ليست بمفاجئة، وذلك لأن العديد من هؤلاء الأطفال قتل آباؤهم على أيدي الجنود العراقيين، وبعضهم لم يعرف مصير آبائهم الذين باتوا في عداد المفقودين. وفي العديد من هذه الحالات، كان الطفل شاهدا على عملية إلقاء القبض على والده. ومن هنا أعتبر الخوف على حياتهم وفقدان شخص عزيز عليهم من العوامل الضاغطة وبالغة القوة على هؤلاء الأطفال وأسرهم. وتتفق النتائج مع نتائج الدراسات السابقة التي قام بها الباحث في أنه يوجد إرتباط بين توتر وإكتئاب وقلق الأطفال. ويظهر على والدي هؤلاء الأطفال أيضا القلق النفسي كما يتضح من الفروق الثابتة التي وجدت بين مجموعتي الصدمة المباشرة وغير المباشرة في إضطراب توتر ما بعد الصدمة، والإكتئاب، والدرجة الكلية في قائمة مراجعة الأعراض –

90 – المعدلة، وفي جميع المقاييس الفرعية باستثناء مقياسين. وأحد هذه المقاييس الفرعية هي الأعراض الجسدية (somatization)، والذي يدل على أن الوالدين في مجموعة الصدمة يعانون من أعراض جسدية أكثر مما يعاني أقرانهم في مجموعة الصدمة غير المباشرة. وتتفق هذه النتائج مع الدراسات المتوفرة حاليا.

على الرغم من أن إكتئاب بعض من الآباء ذو علاقة بإكتئاب أطفالهم، فإن الآباء ليسوا قادرين بصورة منظمة على إكتشاف المشكلات السلوكية لدى أطفالهم. وبدلا من ذلك فإن العلاقة التي برزت هي العلاقة بين قلق الوالدين وتقديرهم لدرجة قلق أطفالهم. ويبدو كما لو أن الضيق النفسي الذي يعاني منه الآباء يتم إسقاطه على الطفل، وبذلك يحول دون مقدرة الآباء إدراك ما يعانيه أطفالهم.

وكما أفادت دراسات أخرى (Garmezy & Rutter 1985)، فإن تقديرات المدرسين لسلوك الأطفال لا توفر وسيلة منظمة للتعرف على الأطفال الذين يمكن أن يعانون من مشكلات نتيجة للصدمة. ولم يلاحظ في هذه الدراسة أي علاقة بين تقديرات المدرسين لسلوك الأطفال وقلقهم النفسي. وفضلا عن ذلك لم يكن هناك أي تأثير عام للمجموعة على تقديرات المدرسين. وقد أظهر التفاعل فروقا ذات دلالة بالنسبة للإناث في الإتجاه المتوقع، ولكن المدرسين قدروا أن الذكور في مجموعة الصدمة كانوا يظهرون سلوكاً تكيفيا أكثر من الذي يظهره أقرانهم في مجموعة الصدمة غير المباشرة. وهذا يدل على أن الذكور الذين تعرضوا لصدمة حادة لم يكشفوا عن مشكلاتهم بطريقة تمكن المدرسين من ملاحظتها، ولذلك فقد لا يتم إكتشاف حاجاتهم لأي نوع من المعونة.

وتدل البيانات في الظروف الراهنة على أن الآباء والمدرسين قد لا يكونوا قادرين على التعرف على المشكلات النفسية لدى الأطفال، إما لأنهم يميلون إلى إسقاط قلقهم الشخصي على الطفل، أو لأن المشكلات ليست ظاهرة في سلوك الأطفال. ولذلك نقترح بعضاً من أنواع التدخلات للآباء إلى توفير خدمات نفسية لمعالجة إكتئابهم، وقلقهم وإضطراب توترهم ما بعد الصدمة. وقد يكون من المناسب اللجوء إلى إستشارة فردية أو جماعية أو كلاهما.

ومن الواضح أيضا إحتمال وجود حاجة إلى تدريب المدرسين لتمكينهم من التعرف بصورة أفضل على أعراض إضطراب توتر ما بعد الصدمة لدى الأطفال وبخاصة الأولاد، بحيث يتمكنوا من تحويلهم إلى الجهات المعنية. ويمكن للتدريب أن يتم في إطار مجموعة كجزء من برنامج التدريب أثناء الخدمة في المدارس (school-based intervention). وقد يكون الإرشاد الجمعي في المدرسة هو الحل الأمثل بالنسبة للأطفال. وبهذه الطريقة قد يتعلم الأطفال كيف يناقشون مشاعر القلق بصراحة أكبر مع الآخرين، وكيف يتعاملون مع القلق عن طريق مشاركة الآخرين بمشاعرهم. وإنطلاقا من التوصية بتوفير التدخلات النفسية للأطفال ووالديهم، يصبح من المهم توفير أخصائيين مؤهلين ومدربين للقيام بهذه التدخلات. وهناك حاجة ماسة إلى تقدير الإحتياجات من الخدمات النفسية المتوفرة، ترافقها خطة لإمكان تدريب الجهاز القائم في مجالات خاصة بمعالجة إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وأخيرا، بناء على النتائج ذات الدلالة التي تم التوصل إليها بعد إدراك كل من الوالدين والمدرسين للمشاكل السلوكية والإنفعالية التي يعاني منها الأطفال، فإننا نقترح

عدم الإعتماد فقط على تقارير الكبار ذات العناية بالطفل وإنما يجب أن تؤخذ في الإعتبار تقارير الطفل نفسه عما يعاني من مشاكل. وأيضا هناك الحاجة لمزيد من الدراسات المستقبلية حول مدى الإتفاق بين تقارير الأطفال والوالدين والمعلمين للمشاكل السلوكية والإنفعالية التي يعاني منها الأطفال نتيجة التعرض للصدمة.

المصادر

هادى فوزية

1996 «تأثير العدوان العراقي على الجوانب الإنفعالية والمعرفية لأطفال الكويت». مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، (81):153-187، الكويت.

هادى، فوزية ويابرى، ماريا

1994 «تأثير المدى البعيد لأزمة الخليج على أطفال الكويت ووالديهم». الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.

Achenbach, T. M.

1991 a "Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 Child Behavior Profile". Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

1991 b Manual for the Youth Self-Report and 1991 YSR Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. & McConaughy, S. H., et al.

1987 "Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-informant Correlations for Situational Specifity". Psychological Bulletin 101 (2): 213-232.

American Psychiatric Association

1987 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3rd edition review. Washington, DC: American Psychiatric Assocition.

Baum, A. & Gatchel, R. J.

1983 "Emotional, Behavioral, and Physiological Effects of Chronic Stress at Three Mile Island". Journal of Consulting & Clinical Psychology 51 (4): 565-572.

Baum, A.

1987 "Toxins, Technology, and Natural Disasters". PP9-53 In G. R. VandenBos & B. K. Bryant eds. Cataclysms Crisis and Catastrophes: Psychology in Action. Washington, DC: American Psychological Association.

Beck, A. & Steer, R. A., et al.

1988 "Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of Evaluation". Clinical Psychology Review 8: 77-100.

Beck, A. & Ward, C., et al.

1961 "An Inventory for Measuring Depression". Archives of General Psychiatry 4: 561-571.

Davidson, J. & Kudler, H., et al.

1990 "Treatment of Post-traumatic Stress Disorder with Amitriptyline and Placebo". Archives of General Psychiatry 47(3):259-266.

Earls, F. & Smith, E., et al.

1988 "Investigating Psychopathological Consequences of a Disaster in children: A pilot Study Incorporating a Structured Diagnostic interview". Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 27:90-95.

Freedy, J. R. & Show, D.L., et al.

1992 "Towards an Understanding of the Psychological Impact of Natural Disasters: An Application of the Conversation Resources stress Model". Journal of Traumatic Stress 5: 441-454.

Garmezy, N. & Rutter, M.

1985 "Acute reactions to stress". PP 152-176 In M. Rutter & L. Hersov eds., Child Psychiatry: Modern Approaches, 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Green, B. L. & Lindy, J. D., et al.

1990 "Buffalo Creek Survivors in the Second Decade: Stability of Stress Symptoms". American Journal of Orthopsychiatry 60(1): 43-54.

Hadi, F. A. & Llabre, M.

1998 "The Gulf Crisis Experience of Kuwaiti Children: Psychological and Cognitive Factors". Journal of Traumatic Stress 11 (1): 45 - 55.

Horowitz, M. J. & Stinson, C., et al.

1991 "Natural Disasters and Stress Response Syndromes". Psychiatric Annuals 21(1): 556-562.

Kashani, J. H. & Orvaschel, H., et al.

1985 "Informant Variance: The issue of Parent-Child Disagreement". Journal of the American Academy of Child Psychiatry 24 (4): 437-441.

Kazdin, A. E. & French, N. H., et al.

1983 "Child, Mother, and Father Evaluations of Depression in Psychiatric Inpatient Children". Journal of Abnormal Child Psychology 11(3):167-180.

Kovacs, M.

1991 The Children's Depression Inventory: A Self-Rated Depression School for School-aged Youngsters. New York: Multi-Health System.

Kovacs, M. & Beck, A. T.

1977 "An Empirical-clinical Approach Toward a Definition of Childhood Depression". PP1-25 In J. G. Schulterbrandi & A. Raskin eds., Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models. New York: Raven Press.

McFarlane, A. C.

1988 "The Longitudinal Course of Posttraumatic Morbidity: The range of Outcomes and their Predictors". Journal of Nervous Mental Disorders 176(1): 30-39.

McFarlane, A.C. & Polcansky, S. K., et al.

1987 "A Longitudinal Study of the Psychological Morbidity in Children Due to a Natural Disaster". Psychological Medicine 17(3):727-738.

Moretti, M. A. & Fine, S., et al.

1985 "Childhood and Adolescent Depression: Child-report Versus Parent-Report Information". Journal of the American Academy of Child Psychiatry 24(3): 298-302.

Orvaschel, H. & Weissman, M. M., et al.

1981 "Assessing Psychopathology in Children of Psychiatrically Disturbed Parents: a Pilot Study". Journal of the American Academy of Child Psychiatry 20(1): 112-122.

Reich, W.; Herjanic, B.; Welner, Z. & Gandhy, P. R.

1982 "Development of a Structured Psychiatric Interview for Children: Agreement on Diagnosis Comparing Child and Parent Interviews". Journal of Abnormal child Psychology 10(3):325-336.

Reynolds, C. R. & Richmond, B. O.

1992 "Revised Children's Manifest Anxiety Scale". California: Western Psychological Services.

Rubonis, A. V. & Bickman, L.

1991 "Psychological Impairment in the Wake of Disaster: The Disaster-Psychopathology Relationship". Psychological Bulletin 109(3):384-399.

Shore, J. H. & Tatum, E. L., et al.

1986 "Psychiatric Reactions to Disaster: The Mount St. Helens Experience". American Journal of Psychiatry 143(3): 590-595.

Stanger, C. & Lewis, M.

1993 "Agreement among Parents, Teachers, and Children on Internalizing and Externalizing Behavior Problems". Journal of Clinical Child Psychology 22 (1): 107-115.

Thurber, S. & Snow, M.

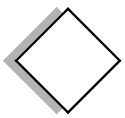
1990 "Assessment of Adolescent Psychopathology: Comparison of Mother and Daugher Perspectives". Journal of Clinical Child Psychology 19 (3): 249-253.

Weissman, M. M. & Orvaschel, H.

1985 "Children's Symptom and Social Functioning Self-report Scales: Comparison of Mother's and Children's Reports". Journal of Nervous & Mental Disorder 168:736-740.

Yule, W. & Williams, R. M.

1990 "Post-traumatic Stress Reaction in Children". Journal of Traumatic Stress 3(2): 279-295.



Psychology

Predicting Psychological Distress in Children

*Fowzyiah A.Hadi**

Children exposed to violence and severe trauma show symptoms of anxiety, depression, and somatic complaints consistent with "Post Traumatic Stress Disorder" (PTSD). Behavioral problems in children are usually observed first by adults such as parents and teachers. The purpose of this study was (1) to determine whether behavioral problems in Kuwaiti children were evident to their parents and teachers, and (2) to determine which factors contributed to distress in children exposed to violence during the Gulf War. The sample consisted of children, their parents, and their teachers. Sample sizes were 144 children, 144 teachers, and 140 parents. A battery of psychological tests was administered to all participants. Results showed that trauma groups for both children and parents experienced significantly more PTSD, depression, anxiety, and psychological distress than non-trauma groups. However, Parents and teachers were not consistently able to detect problems in children. Exposure to violence was the only significant predictor of PTSD, depression, anxiety, and parental distress. Results were used as a basis for recommending intervention and training.

* Assistant Professor, Dept. of Educational Psychology, College of Education, Kuwait University.

Journal of the Social Sciences

Vol. 27 - No. 1 - Spring 1999 - P.P. 115 - 133.