

## الفصل السادس

# الصحة النفسية لأطفال الروضات استناداً إلى قائمة تدقيق السلوك عند الطفل

كوزيت معيكي (\*)

### أولاً. مقدمة

سعت الدراسات التي أجريت في الدول العربية التي شهدت صراعات ونزاعات عسكرية خلال العقدين الأخيرين إلى دراسة أحوال الأطفال والمراهقين وردود الفعل الناجمة عن التعرض للحرب (Ahmad et al., 2000; Cordahi et al., 2002a; 2002b; Fayyad., 2006; Farhood et al., 1993; Farhood, 1999; Macksoud & Aber, 1996; Pynoos & Nader, 1987; Hadi & Llabre, 1998; Thabet et al., 1999, 2002, 2006; Punamäki, 2002, Qouta et al, 1997; 2003; 2005). وقد نظرت في معظمها إلى الجدول العيادي الكلاسيكي لاضطراب ما بعد الصدمة، الفلق، الاكتئاب والمشاكل السلوكية، في حين أنها قليلاً ما اهتمت بأثر التعرض للحرب على مراحل النمو النفس-اجتماعي عند الطفل.

يقع هذا الفصل في إطار الدراسات المتعلقة بأطفال الروضات والحرب، نظراً إلى أنّ الأطفال في هذه السنّ يختلفون عن الشباب، المراهقين والكبار على حد سواء، لجهة التعرض للتهديد ومجابته وآليات التكيف لديهم، أو لجهة مشاعرهم وإدراكهم أثناء مواجهة الخطر، وذلك بسبب خصائص النمو في هذا العمر. وبما أنّ

---

(\*) دبلوم دراسات عليا في علم النفس المرضي وماستر تنفيذي في التنشيط النفسي الاجتماعي في المجتمعات التي مزقتها الحروب، الجامعة اللبنانية (٢٠٠٨). باحثة مساعدة في الهيئة اللبنانية للعلوم التربوية

الأطفال في هذه المرحلة (٣-٦ سنوات) لا يستطيعون التعبير عن الصعوبات التي يمرون بها وتعوزهم المقدرة اللغوية الكافية لترجمتها، فإن الأهل يشكلون المصدر الأساسي للمعلومات عنهم، وهم على الأرجح من يقرر وجود أو عدم وجود الأعراض الانفعالية و/أو السلوكية.

## ١. استعراض الأدبيات

### أ. المشاكل النفسية في الطفولة المبكرة

عندما يدخل الطفل مرحلة الفردية أي حوالي السنتين والنصف، يكون لطريقة استجابة المحيط لمطالبه أهمية حاسمة في تأمين حس الاستقلالية لديه. يكتسب حينها الإحساس بالذات من خلال أربع عمليات رئيسية مترابطة وهي: تنظيم الإيقاعات الجسدية (الأكل، النوم وقضاء الحاجات)، وتيرة العاطفة (خوض مجموعة من الأحاسيس والتعبير عنها، التعامل مع الصعوبات النفسية، الغضب والإحباط)، تشكيل العلاقات الشخصية المتبادلة والانخراط الاجتماعي (تطوير العلاقات وتكوين تسلسل هرمي لعلاقات التعلق، وتعلم التمييز بين الأقارب والغرباء والتواصل معهم، استدخال المعايير الثقافية لاستيعاب ما هو متوقع، ما هو مقبول وما هو ممنوع)، والتعلم من خلال استكشاف البيئة عبر تمييز ما هو آمن وما هو خطر من خلال خلفية الأسرة وتوقعاتها الاجتماعية والثقافية (Lieberman et al., 2003). ويفترض بالطفل الذي يكتسب تدريجيًا القدرة على تنظيم مشاعره والتعبير عنها بشكل صحيح أن يصبح عضوًا ناشطًا في مجموعة الإخوة والأقران. وبالرغم من أنّ مشاكل السلوك يمكن أن تستمر في كافة مراحل النمو، فإن التقدم في مراحل اكتساب اللغة والقدرات المعرفية والتنظيم الذاتي خلال الطفولة المبكرة يسمح للأطفال أن يتعلموا كيفية التحكم بميلهم المبكر للاندفاعية والعدوانية وصعوبة الامتثال وذلك يؤدي حتمًا إلى انخفاض المشاكل السلوكية (Campbell, 2002).

صنفت كامبل (Campbell, 1995) المسارات النمائية وميزت بين نمطين من السلوك عند أطفال الروضات: المشاكل المتمظهرة Externalization مثل مشاكل التصرف، فرط الحركة، ضعف السيطرة على الاندفاع، عدم الامتثال، مشاكل الانتباه، العدوانية والسلوك اللااجتماعي، مقابل المشاكل المستدخلة Internalization كالانسحاب، الأعراض النفسية-الجسدية، الاكتئاب، القلق

والخوف. وقد وجدت كامبل أن نسبة المشاكل العاطفية-الاجتماعية والسلوكية (أي من النوعين المتمظهر والمستدخل معاً) التي أفاد عنها الأهل عند أطفال الروضات بين عامي ١٩٧٥ و ١٩٩٦ تتراوح بين ١٠ و ١٥ في المائة، وكانت التصرفات التخريبية عند هؤلاء الأطفال والتي تشمل المعارضة، التحدي، والسلوك السلبي أو المعادي هي السبب الرئيسي للاستشارات النفسية. في حين وجد إرول وسيمسك (Erol & Şimşek, 2005) أن نسبة المشاكل العيادية المتمظهرة والمستدخلة عند أطفال الروضات في المجموع العام للسكان تتراوح بين ٧% و ٢٢%، مما يفرض أهمية فهم المشاكل الانفعالية والسلوكية عند الأطفال. تقول كامبل (Campbell, 1997) أنه في حين أن بعض الأطفال ممن تنشأ لديهم هذه المشاكل باكراً يتغلبون عليها أثناء نموهم، يعاني البعض الآخر من ركودها لديهم أو من ازديادها سوءاً. وعلى الرغم من أن مشكلات التمتظهر تصل عادة الى ذروتها في رياض الأطفال وتلاشى مع دخول الطفل إلى المرحلة الابتدائية، فإن بعض الأطفال لا يظهرون هذا الانخفاض المعياري (Hill et al., 2006). أما على المدى الطويل، فقد أظهرت دراسات تتبعية للأطفال المصابين بصدمات نفسية حادة أن الاضطرابات النفسية تتجه نحو زيادة حادة ثم تتخفف الأعراض تدريجياً. وفي حين أن الصدمات خلال مرحلة البلوغ تكون محددة وتنشط جراء التعرض للمؤثرات المرتبطة بالحدث الصادم، فإن الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة المبكرة تميل إلى أن تكون أكثر شمولاً وآثارها دائمة عند الطفل، الأمر الذي قد يؤثر على النمط الأساسي للنمو (Perry, 2004). لذلك، فإن تجارب الحرب والعنف تكون ضارة لا سيما عندما تتداخل مع المهام المعيارية في النمو (Punamäki, 2002).

وبالمقارنة بين الجنسين عند أطفال الروضات، وجد شوارتز وبيري (Schwartz & Perry, 1994) أن الإناث يملن إلى استدخال الأعراض وتبني السلبية، في حين أن الذكور يميلون إلى إخراج المشاكل والتحول إلى النشاط والعدوان. على المستوى الفيزيولوجي، تميل الإناث إلى استخدام نمط الاستجابة القائم على التفكك dissociation والاستسلام، كمصدر أولي للدفاع، في حين أن الذكور يميلون إلى استخدام استجابة ناشطة لحالات الطوارئ (المجابهة والهروب) ويستشارون بسهولة (Perry et al., 1995). في هذا الصدد، قارن ريسكورلا وزملاؤه (Rescorla et al., 2007) المشاكل السلوكية والعاطفية والصفات الايجابية في عينات من ٢٤ بلداً

(ن = ٢٧٢٠٦). أظهرت نتائج الدراسة أن الفتيات حصلن على متوسطات حسابية أعلى من الفتيان (مع فارق ذي دلالة إحصائية) في مجموع المشاكل، وفي المشاكل المستدخلة، وفي المحاور الثلاثة التي تتألف منها المشاكل المستدخلة (القلق/الاكتئاب، الانسحاب/الاكتئاب والمشاكل الجسدية)، وذلك من خلال القياسات المبنية وفق دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات النفسية التي تعكس هذه المشاكل المستدخلة (المشاكل العاطفية ومشاكل القلق والشكاوى الجسدية). وعند المقارنة عبر البلدان، تبين لرسكورولا أن متوسطات حسابية الفتيات جاءت أعلى من متوسطات حسابية الفتيان بشكل دال إحصائيًا خاصة في ما يتعلق بالقلق/الاكتئاب (٢١ بلد من أصل ٢٤) واستدخال المشاكل (١٧ بلد)، في حين حصل الفتيان على متوسطات حسابية أعلى من الفتيات في مجموعة تظهر المشاكل واثنين من المحاور التي تكونها (مخالفة القواعد والسلوك العدواني) والاضطرابات السلوكية وفق دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات النفسية (١٧ بلدًا).

وقد يعود هذا الفارق في التعبيرات النفسية لدى الجنسين إلى نمط التنشئة السائد الذي ما يزال يميز إلى حد كبير ما بين الجنسين، ولا سيما في المجتمعات التقليدية، حيث يشجع الصبيان على الفعل والاندفاع والتعبير عن أنفسهم منذ صغرهم وتشجع الفتيات على التزام الهدوء والنظام ومراعاة القواعد والأعراف. والبعض يرد هذا الاختلاف إلى التركيب العضوي أو الهرموني أو الدماغي لكلا الجنسين.

### ب. أثر الحرب في الصحة النفسية عند أطفال الروضات

تبين نتائج الدراسات أن معظم الأطفال قادرون على التعامل مع بيئات خطيرة والمحافظة على قدر من المرونة ما دام الأهل ليسوا متوترين بشكل يفوق قدرتهم على التعامل مع الضغط النفسي (Garbarino et al., 1992). بالمقابل، تنفيذ نظرية الصدمة النفسية الثانوية أنّ قرب الفرد من شخص أصيب بصدمة عنيفة وهو على اتصال عاطفي معه قد يؤدي إلى تكوين عامل ضغط مزمن لديه. لذلك، من الأرجح أن يظهر أفراد الأسرة أعراض الصدمة النفسية الثانوية (Arzi et al., 2000) لا سيما الأطفال الصغار الذين يتفاعلون مع صدمة الأهل. بعبارة أخرى، يتماهى الأطفال بشكل وثيق مع تجارب الضحية فيستدخلون أعراضها ويختبرون ردود فعلها الخاصة تجاه الضغط (Maloney, 1988). ولكن من غير الواضح إلى أي مدى تتداخل

الأعراض النفسية التي تظهر أثناء الكوارث في حياة الأطفال اليومية ووظائفهم بين باتولوجية وغير باتولوجية، أو بدلاً من ذلك، إلى أي مدى يمكن أن تعتبر الأعراض ردود فعل «طبيعية» إزاء حوادث «غير طبيعية» (Caffo & Belaise, 2003). وهذا يستدعي من المتدخلين أو الدارسين انتظار فترة زمنية كافية قبل الشروع بأي تشخيص أو تصنيف. ومهما يكن من الأمر، فإن الاستجابة للحوادث الصادمة عند أطفال الروضات تتسم أولاً بالشعور بالعجز ومن هنا أهمية تواجد الأطفال مع أهل أو مع بالغين متماسكين بحيث يمكن أن يشكلوا سنداً لهؤلاء.

هناك افتراض قوي بأن الحروب والنزاعات قد تؤدي إلى تقويض البيئة الداخلية الحامية عند الأطفال، حيث تكون لديهم قدرة بسيطة على السيطرة والتعبير عن الصدمات التي تسببها أعمال العنف. لذلك، فإن التكيف مع الواقع معقد بسبب عدم نضوج المفاهيم عند الأطفال وهذا كثيراً ما يؤدي إلى نشأة معتقدات ومخاوف غير واقعية، بالإضافة إلى نقص المعلومات المناسبة والدقيقة التي يوفرها الكبار، كما أن هذه المعلومات كثيراً ما تكون زائفة بحجة «حمايتهم» من الحقيقة. هكذا، فإن قدرة الأطفال محدودة أكثر من قدرة الكبار على اختبار وتحمل المشاعر المؤلمة (Young & Papadatou, 1997).

ركزت الدراسات الحديثة حول تعرض الأطفال للحرب في معظمها على مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة وما له من تأثير على سيرورات النمو بما في ذلك الأداء المعرفي، روح المبادرة، أسلوب الشخصية، احترام الذات والسيطرة على الاندفاع (Pynoos & Nader, 1991)، كما كشفت عن السلوك النكوصي وقلة التوقعات الذاتية (Pynoos & Nader, 1991). وجد ماغوازا وزملاؤه (Magwaza et al., 1993) في دراسة لنسبة اضطراب ما بعد الصدمة عند أطفال الروضات في جنوب أفريقيا، أن الذين تعرضوا للعنف كانوا أكثر من عانى من اضطراب ما بعد الصدمة، مع عدد كبير من الحالات العيادية الحادة. في السياق عينه، عاين شتاين وزملاؤه (Stein et al., 1999) أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند أطفال الروضات في البوسنة الذين تعرضوا لصدمة الحرب، وذلك من خلال إجراء مقابلات استعملت فيها الرسوم الكاريكاتورية لغولدشتاين ووامبلر (Goldstein & Wampler, 1997). كشفت الدراسة أن الفتيات أظهرن أعراض كبت أكثر من الفتيان في حين أن هؤلاء أظهرن درجات من القلق أعلى بقليل من الفتيات، فرط الإثارة والأفكار الدخيلة.

وفي دراسة للآثار الطويلة الأمد للتعرض للضغط النفسي والحوادث المؤلمة عند أطفال الروضات بعد عدة سنوات من انتهاء الحرب في كرواتيا، وجدت كريستيس (Kerestes, 2006) أن التعرض للحوادث الضاغطة في الحرب يمكن أن يترك آثاراً سلبية بعيدة المدى في السلوك العدواني والاجتماعي عند الفتيان والفتيات. وفي دراسة للآثار النفسية للصراع المسلح في الأطفال، قارنت زهر (Zahr, 1996) سلوك أطفال روضات لبنانيين بعد سنتين من تعرضهم لقصف شديد مع سلوك أطفال لم يختبروا أي تعرض مباشر للقصف. وعلى الرغم من كون البيئة المنزلية مماثلة في المجموعتين، فقد أظهر الأطفال الذين يعيشون في المنطقة التي تعرضت للقصف الشديد مشاكل سلوكية أكثر من الأطفال الذين لم يتعرضوا للقصف، غير أن البيئة المنزلية الايجابية في المنطقة التي تعرضت للقصف أسهمت في الحد من العواقب السلبية للتعرض. أما في فلسطين، فقد درس كوستلني وغاربارينو (Kostelny & Garbarino, 1994) التعرض المزمّن لأعمال العنف في صفوف الأطفال والشباب. أجريت مقابلات مع أمهات أطفال تتراوح أعمارهم بين ٥ و ٨ سنوات وبين ١٢ و ١٥ سنة، استكشفت إدراك الأمهات للخطر المحدق بأطفالهنّ، تجارب الأطفال مع العنف، التغييرات السلوكية وتغييرات الشخصية لديهم. كشفت النتائج أن الأطفال الأصغر سنًا يعانون من التغييرات في السلوك والشخصية أكثر من الأطفال الأكبر سنًا والشباب. ومما أظهرته هذه الدراسة أن الالتزام بعقيدة إيديولوجية يحد من وطأة تجارب العنف عند المراهقين. وفي دراسة حديثة، حقق ثابت وزملاؤه (Thabet et al., 2006) في العلاقة بين التعرض لصدمات الحرب والمشاكل السلوكية والعاطفية عند عينة من أطفال الروضات في قطاع غزة (٣-٦ سنوات). وقد أظهرت النتائج أن التعرض للغارات النهارية وقصف منازل الأطفال بالدبابات كانا مرتبطين إلى حد كبير بمجموع المشاكل السلوكية والعاطفية. وخلص الباحثون إلى أنّ التعرض المباشر وغير المباشر يزيد من خطر المشاكل السلوكية عند أطفال الروضات.

## ٢. أسئلة البحث

يهدف هذا الفصل لدراسة ردود الفعل النفسية عند أطفال الروضات في لبنان بعد حرب تموز ٢٠٠٦ استناداً إلى «قائمة تدقيق السلوك عند الطفل» لأخنباخ وارتكازاً على الأسئلة البحثية التالية:

١. ما الوضع النفسي عند أطفال الروضات الذكور والإناث في لبنان بعد حرب ٢٠٠٦ استناداً إلى قائمة تدقيق السلوك عند الأطفال؟
٢. ما الفروق في المتوسطات الحسابية في مؤشر الوضع العيادي ومحاوَر القائمة على أساس التعرض لحرب تموز ٢٠٠٦؟
٣. ما الفروق في المتوسطات الحسابية في مؤشر الوضع العيادي ومحاوَر القائمة على أساس المتغيرات الشخصية، الاجتماعية والديموغرافية؟
٤. إلى أي درجة كان التعرض أثناء حرب تموز ٢٠٠٦ مساهماً باختلال الوظائف النفسية عند الأطفال، بعد ضبط التعرض السابق والخصائص الاجتماعية والديموغرافية؟

## ثانياً: طريقة البحث

### ١. المشاركون

وجهت الأداة المستخدمة في هذه الدراسة إلى أهالي ألف وثمانين طفلاً (ن = ١٠٨٠، متوسط العمر = ٤,٨٦ سنة، انحراف معياري = ٠,٨٦) تراوحت أعمارهم بين ٣ و٦ سنوات. غير أن العينة التي تم تحليلها في هذا الفصل تقتصر على ١٠٦٧ مستجيباً بعد إزالة الشوارد والحالات القصوى (ن=١٣) حين كان عمر الطفل يزيد عن ٦ أعوام.

### ٢. الأداة

بالإضافة إلى «قائمة التعرض للحرب» التي استخدمت مع جميع المستطلعين في هذه الدراسة، فإن الأداة التي استخدمت مع أطفال الروضات هي «قائمة تدقيق السلوك عند الطفل» لأخنيباخ (Achenbach & Rescorla, 2000).

### قائمة تدقيق السلوك عند الطفل (سنة ونصف السنة-٥ سنوات)

وفقاً لما أفاد به ستوفر وبيركاويتز (Stover & Berkowitz, 2005)، فإن قائمة تدقيق السلوك عند الطفل ليست مصممة لقياس اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، إلا أن العديد من الباحثين استخدموا عدداً من بنود القائمة في نسخ سابقة لقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

تعباً قائمة تدقيق السلوك عند الطفل (سنة ونصف السنة-٥ سنوات) من قبل

الوالدين أو من يعنى بالطفل في محيط العائلة. تتكون هذه الأداة من ٩٩ بنداً، يشير كل منها إلى عارض ظهر لدى الطفل خلال الشهرين السابقين ويطلب من المجيب الإجابة بـ «غير صحيح» أو «إلى حد ما أو بعض الوقت» أو «صحيح جداً». في عدة بنود، يطلب من المجيب تقديم وصف للمشكلة. بالإضافة إلى ذلك، يطلب منه أن يدون في البند ١٠٠ أية مشكلة إضافية لم يرد ذكرها سابقاً. بعد البنود، تتضمن القائمة أسئلة مفتوحة يطلب فيها من المجيب وصف أي عجز أو مرض عند الطفل، وما يشغل بال الأهل عند الطفل وأفضل الأمور عنه. تتجمع بنود القائمة في سبعة محاور: (١) رد الفعل العاطفي Emotionally Reactive، (٢) القلق/الاكتئاب Anxious/Depressed، (٣) الشكاوى الجسدية Somatic Complaints، (٤) الانسحاب Withdrawal، (٥) مشاكل النوم Sleep Problems، (٦) مشاكل الانتباه Attention Problems، و(٧) السلوك العدواني Aggressive Behavior. كما تتجمع هذه المحاور، بحسب الدليل الموضوع لها، في مجموعتين: المجموعة الأولى تضم الأعراض التي تقوم على استدخال المشاكل Internalization وتتألف من أربعة محاور (١)، (٢)، (٣)، و(٤) لأنها تتألف من المشاكل التي هي أساساً داخل الذات. أما المجموعة الثانية فتضم الأعراض التي تقوم على تمظهر المشاكل Externalization وتتألف من المحورين (٦) و(٧) أي المشاكل التي تنطوي على صراعات مع أشخاص آخرين وتوقعاتهم بالنسبة إلى الطفل<sup>(\*)</sup>.

وقد ثبتت صدقية محاور القائمة من خلال موافقتها لتصنيفات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والتنبؤات التأثيرية المتزامنة مع مجموعة متنوعة من الأدوات الأخرى (Achenbach & Rescorla, 2000).

### ٣. تكييف الأداة

ترجمت القائمة إلى اللغة العربية وتم ضبطها من قبل مستشارين خارجيين لكي تلائم اللغة العربية المحكية أو اللبنانية<sup>(\*\*\*)</sup>. اعتمدنا صيغة صفر-واحد (صفر لـ «غير صحيح» و ١ لـ «صحيح») بدلاً من صفر-١-٢ (صفر لـ «ليس صحيحاً»، ١ لـ «في

(\*) تحتسب مجموعتا المحاور عبر جمع الإجابات الإيجابية عن كل البنود المتضمنة في المحاور التي تشكل المجموعة

(\*\*) تم الحصول على حق ترجمة واستعمال الأداة من المؤلف (Thomas Achenbach, ASEBA)

بعض الأحيان، إلى حد ما صحيح» و٢ لـ «صحيح جداً» في الصيغة الأصلية للأداة، لتكون هذه النسخة متسقة مع سائر الأدوات. لم تمرر القائمة في المراحل التجريبية السابقة نظراً لضيق الوقت والعوامل اللوجستية.

#### ٤. الاتساق الداخلي

أسفرت قائمة تدقيق السلوك عند الطفل في هذه الدراسة عن اتساق جيد بلغ ٠,٨٢، بالمقارنة مع الدراسات الأخرى (Achenbach, 2000) حيث تراوحت كرونباخ ألفا بين ٠,٧٤ و ٠,٩٢. هذه النتيجة تشهد على تكيف الأداة بين الثقافات.

#### ٥. معامل بيرسون للارتباط

ظهرت ارتباطات دالة إحصائياً بين محاور القائمة، ويبدو ذلك منطقياً نظراً لارتفاع ألفا كرونباخ في الدراسة. ترد نتائج معامل بيرسون للارتباط بين محاور القائمة في الجدول ٦-١.

جدول ٦-١ معامل بيرسون للارتباط بين محاور قائمة تدقيق السلوك عند الطفل

	ER	ANXDEP	SOM	WDN	SLP	ATTP
ANXDEP	.667**					
SOM	.488**	.443**				
WDN	.560**	.507**	.386**			
SLP	.555**	.490**	.452**	.355**		
ATTP	.562**	.496**	.328**	.473**	.411**	
AGGR	.708**	.619**	.378**	.538**	.530**	.624**

\*\* P < .001 \* P < .05

#### ٦. الآلية

جمعت البيانات في آذار/ مارس ٢٠٠٧ من قبل محققين تم تدريبهم لهذه الغاية. اتصلوا أولاً بإدارة المدرسة للحصول على الموافقة بالمشاركة مزودين بتعميم من جانب وزارة التربية والتعليم العالي للدخول إلى المدارس الرسمية. أرسلت الاستثمارات الموجهة للأهل مع رسالة من الهيئة اللبنانية للعلوم التربوية لشرح غرض البحث والفوائد المرجوة منه، بالإضافة إلى رسالة موافقة موقعة من قبل مدير المدرسة. طلب إليهم تقديم معلومات عن الخصائص الديمغرافية والاجتماعية وتعبئة الأدوات (قائمة التعرض للحرب وقائمة تدقيق السلوك عند الطفل) وإعادة تعيها مع الطفل في غضون يومين.

## ٧. تحليل البيانات

شمل تحليل البيانات المتوسط الحسابي mean ، التواتر frequencies والنسبة المئوية percentage ، الانحرافات المعيارية standard deviations ، احتساب ناتج Tscore لمحاور القائمة وتحديد الحالات العيادية clinical cases في كل منها ، إضافة إلى إجراء ارتباطات correlations وتحليل التباين الأحادي ANOVA ، والتحليل الانحداري الثنائي Binary logistic regression .

## ثالثاً: النتائج الوصفية العامة

### ١. الوضع النفسي عند أطفال الروضات في لبنان

#### أ. وتائر الأجوبة على بنود القائمة

كون الأطفال في هذه المرحلة لم يبلغوا مرحلة الترميز فهم يميلون عادة إلى التعبير عن المخاوف والقلق من خلال السلوك النكوصي والمطالبة بوجود الكبار وانتباه أكبر من قبلهم . يظهر الطفل سلوكاً غير ملائم لسنه ، كثيراً ما يواجه من قبل الأهل زيادة في التوتر وعدم التسامح ويحكم عليه إما بالإحالة إلى الطبيب النفسي أو بالإفراط في العقوبات ، ما قد يؤدي إلى ركود المشكلة عوضاً عن حلها . لذا قد يكون التشخيص العيادي السريع في مجال الصدمات النفسية مثيراً للقلق عندما يشخص الأخصائيون النفسيون والأطباء الأعراض ويعالجونها من دون النظر في الوقائع التي قد تكون السبب الجذري للمشكلة . عند النظر في النسب المئوية للإجابات الايجابية في بنود القائمة (جدول ٦-٩) ، نجد قلق الانفصال واضحاً : «ينزعج كثيراً عند انفصاله عن أهله» (٧٣,٦%) ، «يرفض النوم بمفرده» (٦٢,٤%) ، «يطلب الكثير من الاهتمام» (٦٢,٦%) . وقد يكون من أهم العوامل التي تحدد استجابة أطفال الروضات لأحداث العنف وقدرتهم على التجاوب معها ، تأثير الحرب على الأهل أنفسهم . فالأطفال يمكن أن يكونوا عرضة لتأثير عميق يؤدي إلى تغيرات سلوكية وعاطفية ، فتكون انعكاساً للمشاعر السلبية كالاكتئاب النفسي واختلال الوظائف النفسية عند الأهل . وتجمع الأدبيات الحديثة على أهمية الدعم الأسري والاجتماعي في التخفيف من تأثير التعرض للصدمات والتكثيف النفسي الاجتماعي عند الأطفال (Farhood, 1999; Llabre & Hadi, 1997) . إن قرب الأهل من

أطفالهم بما في ذلك وجود علاقة مستقرة وآمنة مع أحد الوالدين على الأقل يعطي الطفل نموذجاً بنّاءً لأواليات المواجهة (Fremont, 2005).

كما كان السلوك النكوصي بارزاً في بعض بنود القائمة التي تصور الشكوى المعتادة لدى الأمهات والمعلمات في رياض الأطفال: «يطلب الكثير من الاهتمام» (٦٢,٦%)، «لا يستطيع الجلوس ساكناً، لا يهدأ أو هو كثير الحركة» (٦٤,١%)، «لا يتحمل الانتظار، يريد كل شيء فوراً» (٧٤%)، «طلباته يجب أن تتحقق فوراً» (٦٩,٤%)، «يغار بسهولة» (٦٤,٣%)، «يخاف من بعض الحيوانات أو الأوضاع أو الأمكنة» (٦١,٣%) و«يجرح شعوره بسرعة» (٧٨,٢%).

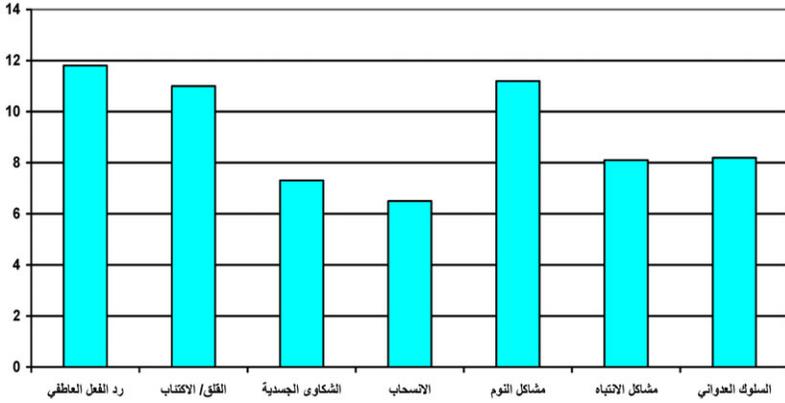
على أنه ينبغي الحذر من تفسير هذه التصرفات كأعراض عيادية لها علاقة بالتعرض للحرب. فالأسرة اللبنانية تميل إلى تضخيم أنا الأطفال من خلال شدة التوظيف فيهم واحتضانهم وخدمتهم وتلبية رغباتهم، وعلى الأخص الأطفال الذكور منهم، ما يزيد لديهم تعبيرات السلوك النكوصي regressive behavior. لذا سوف نلاحظ فيما بعد ان الذكور أكثر تعبيراً عن كل محاور القائمة (ما عدا محور الانسحاب فقط) وقد يكون هذا الأمر حصيلة التمييز الايجابي المبالغ فيه للأطفال عموماً وللذكور خصوصاً، وهو يتبدى بأعلى مظهره أثناء الأزمات.

### ب. وتأثير الوضع العيادي في محاور القائمة ومجموعتي المحاور

لتحديد النسب المئوية للأطفال الذين يدخلون ضمن نطاق الهامش العيادي، تم بناء متغير جديد استناداً إلى ارتفاع المتوسطات الحسابية لنتائج ت حيث الصفر يشير إلى حالة «غير عيادية» و ١ إلى «عيادية» (\*\*). وقد أظهرت النتائج أن النسبة العليا من الحالات العيادية سجلت في محور رد الفعل العاطفي (١١,٨%)، يليها مشاكل النوم (١١,٢%)، القلق/الاكتئاب (١١,١%) ومجموعة استدخال المشاكل (١١,١%) فيما لم تتخط النسب في المحاور الباقية حد العشرة في المائة.

(\*) تم احتساب المجموع الخام لكل محور من محاور القائمة من خلال إعطاء نقطة واحدة لكل إجابة إيجابية عن كل بند من البنود وجمعها للدلالة على مشكلة سلوكية في محور معين. احتسبت التحولات إلى ناتج ز لكل محور مضموناً بالمجموع المعياري ١٠ زائد معدل معياري يساوي ٥٠. تم رصد الحالات العيادية مقابل الحالات غير العيادية بناءً على الهامش العيادي لنتائج ت لكل محور. والمقصود بـ«العيادي» أن الطفل يقع فوق الهامش المحدد لعينة معيارية من الأطفال غير المحالين إلى الاستشارة النفسية.

رسم بياني ٦-١: نسب الحالات العيادية في محاور قائمة تدقيق السلوك عند الطفل



جدول ٦-٢: نسب الحالات العيادية وغير العيادية في المحاور السبعة ومجموعتي المحاور في القائمة

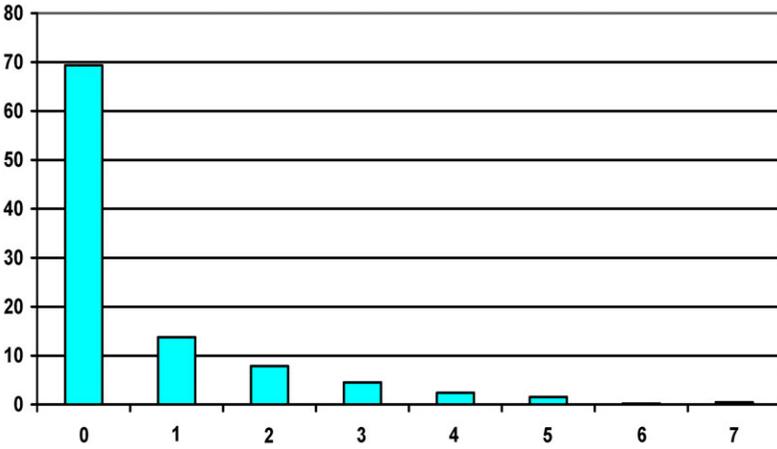
مدى ناتج ت	غير عيادي	عيادي*			
		مجموع	إناث	ذكور	
محاور القائمة					
٨٧-٤٠	٨٨,٢	١١,٨	١٠,٧	١٣,٠	رد الفعل العاطفي
٧٦-٣٣	٨٩,٠	١١,٠	٩,٥	١٢,٥	القلق/الاكتئاب
١٠٥-٣٧	٩٢,٧	٧,٣	٧,٠	٧,٦	الشكاوى جسدية
٨٩-٣٩	٩٣,٥	٦,٥	٧,٦	٥,٤	انسحاب
٧٨-٣٩	٨٨,٨	١١,٢	١١,١	١١,٤	مشاكل النوم
٧٧-٣٥	٩١,٩	٨,١	٧,٢	٩,٠	مشاكل الانتباه
٧٨-٣٦	٩١,٨	٨,٢	٦,٤	١٠,٠	السلوك العدواني
مجموعتا المحاور					
٩٣-٣٣	٨٩,٠	١١,٠	١٢,٤	٩,٦	استدخال المشاكل
٨٠-٣٥	٨٩,٣	١٠,٧	٨,٧	١٢,٧	تمظهر المشاكل

(\*) اعتبر دالاً على مستوى عيادي ناتج ت الذي يفوق ٦٥ لكل من محاور قائمة تدقيق السلوك عند الطفل، و ناتج ت الذي يفوق ٦٣ لمجموعتي المحاور (استدخال المشاكل وتمظهر المشاكل)

## ج . مؤشر الوضع العيادي

وفي خطوة ثانية، تم بناء متغير جديد سمي «مؤشر الوضع العيادي» باحتساب عدد المحاور المصنفة كـ «عيادية» لكل طفل، وقد تراوحت قيمه بين صفر (لم يسجل أي محور عيادي) و٧ (جميع المحاور عيادية). يبين الرسم البياني ٦-٢ أن ٦٩% من إجمالي العينة لم يصنفوا كحالة عيادية في أي من محاور القائمة. أما المتوسط الحسابي لمجموع العينة فقد بلغ ٠,٦٤ (انحراف معياري = ١,٢١).

رسم بياني ٦-٢: درجات مؤشر الوضع العيادي في قائمة تدقيق السلوك عند الطفل



جدول ٦-٣: درجات مؤشر الوضع العيادي في قائمة تدقيق السلوك عند الطفل

درجات مؤشر الوضع العيادي	العدد	النسبة المئوية
٠	٧٣٩	٦٩,٣
١	١٤٧	١٣,٨
٢	٨٥	٧,٩
٣	٤٨	٤,٥
٤	٢٥	٢,٤
٥	١٦	١,٥
٦	٢	٠,٢
٧	٤	٠,٤
المجموع	١٠٦٧	١٠٠

#### د. مقارنة بين العينة اللبنانية وعينة معيارية من الولايات المتحدة

أجري اختبارات المستقل لمقارنة المتوسطات الحسابية في محاور القائمة بين العينة اللبنانية في هذه الدراسة وبين عينة معيارية من الأطفال الأميركيين من الفئة العمرية نفسها وقد اقتصر التحليل على ستة محاور<sup>(\*)</sup>. أظهرت النتائج أن الذكور والإناث سجلوا متوسطات حسابية أدنى (بدلالة إحصائية) من أترابهم من الذكور والإناث في الولايات المتحدة في المحاور الستة المشتركة ما بين العيتين. وتظهر الفروق في الرسمين البيانيين ٣-٦ و٤-٦.

#### رابعاً: الفروق في النتائج على أساس الجنس والعمر والصف

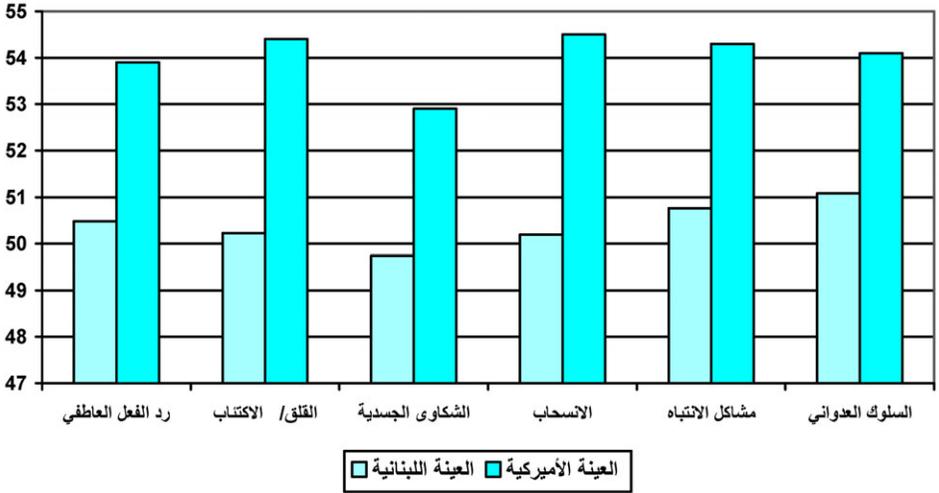
اعتمدنا في دراسة الفروق على أساس عوامل الجنس والعمر والصف في النواتج النفسية عبر اختبار تحليل التباين الأحادي. والنواتج النفسية المقصودة هي: مؤشر الوضع العيادي، المحاور ومجموعتا المحاور. ويبين الجدول ٤-٦ العلاقات الدالة إحصائياً بين الجنس والعمر والصف مع كل من المتغيرات التابعة.

##### أ. الجنس

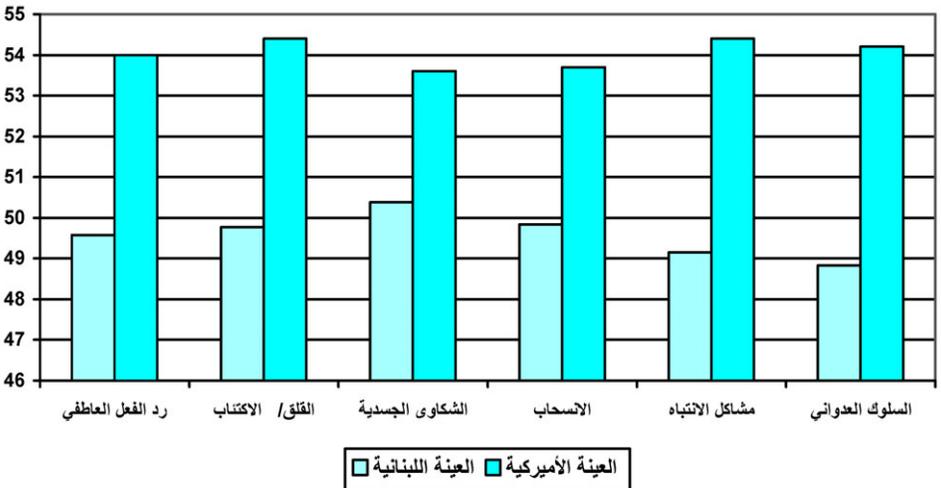
بالنسبة إلى مؤشر الوضع العيادي، لم تسجل أية ارتفاعات دالة إحصائية. أما بالنسبة إلى المحاور، فقد سجل الذكور متوسطات حسابية أعلى من الإناث في محاور مشاكل الانتباه والسلوك العدواني. تزامناً مع ذلك سجل الذكور متوسطاً حسابياً أعلى من الإناث في إحدى مجموعتي المحاور (تمظهر المشاكل). ويأتي ذلك متوافقاً مع الأدبيات الخاصة بهذه الفئة العمرية والتي تشير إلى أنه في حال التعرض لحوادث ضاغطة قد تصبح الفتيات أكثر ميلاً لاستدخال مشاعرهن فيما يميل الفتيان عادة إلى الاستجابة الناشطة للخطر المحقق (Schwartz & Perry, 1994; Rescorla et al., 2007). كما أنه يتوافق بالأصل مع الاتجاهات السلوكية للجنسين في مجتمعات تقليدية.

(\*) استبعد محور مشاكل النوم من المقارنة نظراً لغياب المتوسط الحسابي في المعطيات الواردة عن العينة الأميركية

رسم بياني ٦-٣: المتوسطات الحسابية في محاور قائمة تدقيق السلوك عند الطفل، مقارنة بين العينة اللبنانية والعينة الأميركية (ذكور)



رسم بياني ٦-٤: المتوسطات الحسابية في محاور قائمة تدقيق السلوك عند الطفل، مقارنة بين العينة اللبنانية والعينة الأميركية (إناث)



جدول ٤-٦ : الفروق الدالة في مؤشر الموضع العيادي ومحاور قائمة تدقيق السلوك عند الطفل بحسب الجنس والعمر والصف

العمر	الجنس	الصف	
**٥		روضة أولى**	مؤشر الموضع العيادي
محاور القائمة			
**٤		روضة أولى**	رد الفعل العاطفي
**٥		روضة ثانية**	القلق/ الاكتئاب
			الشكاوى جسدية
**٥		روضة ثانية**	انسحاب
			مشاكل النوم
**٦	ذكور**	روضة أولى**	مشاكل الانتباه
**٤	ذكور**	روضة أولى**	السلوك العدواني
مجموعتي المحاور			
**٥		روضة ثانية**	استدخال المشاكل
**٤	ذكور**	روضة أولى**	تمظهر المشاكل

\*\* P < .001

### ب . العمر

في ما يتعلق بمؤشر الموضع العيادي، أظهرت النتائج أن الأطفال البالغين عمر خمس سنوات سجلوا المتوسط الحسابي الأعلى مقارنة بالفئات العمرية الأخرى. أما في ما يتعلق بمحاور القائمة، فقد سجل هؤلاء المتوسطات الحسابية الأعلى أيضاً في محوري القلق/ الاكتئاب والانسحاب، فيما سجل الأطفال البالغين من العمر أربع سنوات المتوسط الأعلى في محوري رد الفعل العاطفي والسلوك العدواني والبالغين ست سنوات المتوسط الأعلى في محور مشاكل الانتباه. بالنسبة لمجموعتي المحاور سجل الأطفال البالغون من العمر خمس سنوات المتوسط الحسابي الأعلى في محور استدخال المشاكل فيما سجل البالغون من العمر أربع سنوات المتوسط الأعلى في محور تمظهر المشاكل.

ونجد أنه عند المقارنة بين من هم في الرابعة أو الخامسة من عمرهم، كانت الأعراض الانفعالية أكثر شيوعاً عند من بلغوا الخامسة، فيما كانت الأعراض السلوكية أكثر شيوعاً عند البالغين من العمر الرابعة. وتشير معظم الأدبيات اليوم إلى أن معظم الأطفال الذين تنشأ لديهم مشاكل سلوكية باكراً فإنها غالباً ما تختفي مع تقدم الطفل في مرحلة رياض الأطفال، لأن تطور اللغة عند الطفل واكتساب المهارة التعبيرية قد يساهمان في التخفيف من مشكلة التعبير السلوكي عن الانزعاج النفسي أي أن الطفل يصبح مع دخوله إلى المرحلة الابتدائية قادراً إلى حد على تسمية الأشياء بأسمائها (Hill et al., 2006). وربما يعود الأمر إلى شدة حماية الأسرة اللبنانية للأطفال الصغار، وإلى كون الأطفال الأكبر سناً هم أكثر قدرة على الفهم وبالتالي على تقدير الخطر المحقق بهم.

### ج. الصف

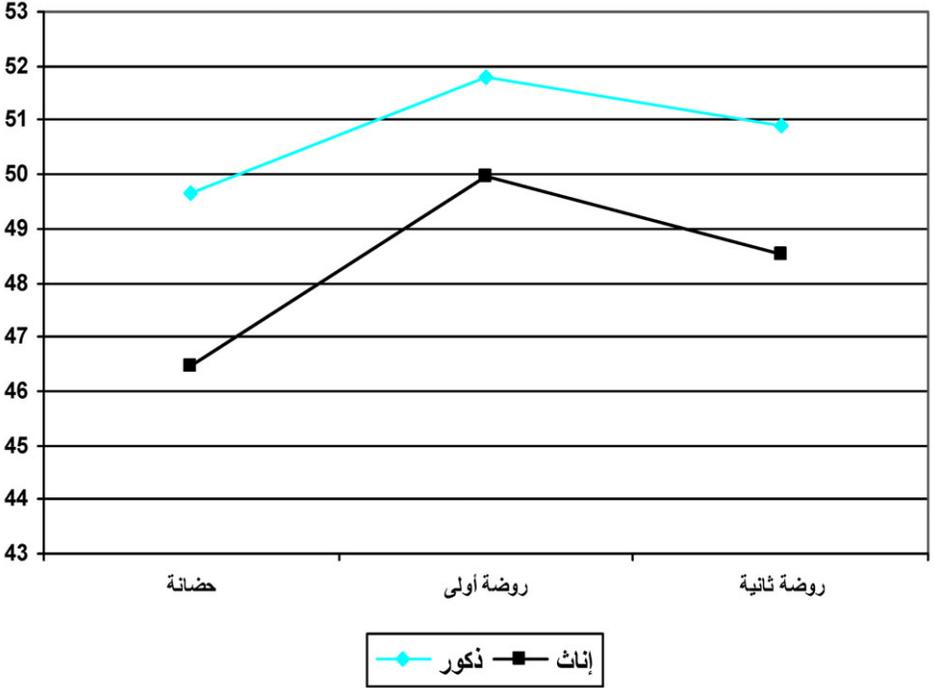
توزعت العينة في صفوف الروضات على الشكل التالي: ١٤% حضانة، ٤١,٨% روضة أولى و ٤٤% روضة ثانية. بالنسبة لمؤشر الوضع العيادي، سجل أطفال الروضة الأولى المتوسط الحسابي الأعلى مقارنة بالصفوف الأخرى. أما بالنسبة للمحاور، فقد سجل هؤلاء أيضاً المتوسطات الحسابية العليا في محاور رد الفعل العاطفي، مشاكل الانتباه والسلوك العدواني؛ فيما سجل أطفال الروضة الثانية المتوسطات الحسابية العليا في محاور القلق/الاكتئاب والانسحاب. أما بالنسبة لمجموعتي المحاور، فقد سجل أطفال الروضة الثانية المتوسط الحسابي الأعلى في استدخال المشاكل فيما سجل أطفال الروضة الأولى المتوسط الأعلى في تمظهر المشاكل. المعروف ومن خلال أدبيات علم نفس النمو أن الأطفال في هذا العمر (حوالي الست سنوات) هم بالأصل أطفال أكثر استقلالية. يظهر الرسم البياني ٥-٦ نمط تغير المتوسط الحسابي في محور تمظهر المشاكل بالنسبة للجنس والصف.

## خامساً: الفروق في النتائج على أساس التعرض خلال حرب تموز

٢٠٠٦

اعتمدت تصنيفات التعرض خلال حرب تموز ٢٠٠٦ المذكورة في الفصل الثاني (تعرض متدن، متوسط وعال) للبحث عن أثر التعرض للحرب في أوضاع الصحة النفسية عند أطفال الروضات. وقد اعتمدت المتوسطات الحسابية لمؤشر

رسم بياني ٥-٦: المتوسطات الحسابية في مجموعة تمظهر المشاكل  
بحسب الجنس والصف



الوضع العيادي وقيم ناتج ت في محاور ومجموعتي المحاور في القائمة في عملية تحليل التباين الأحادي.

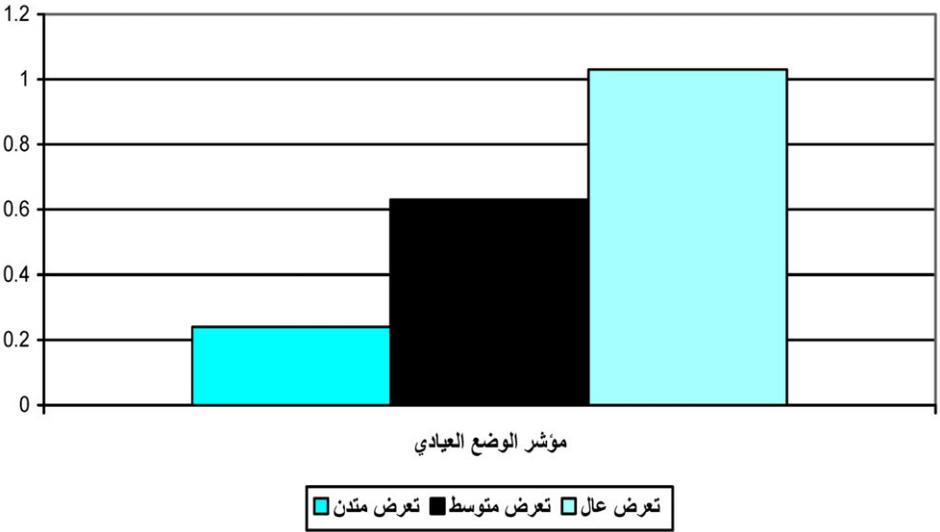
### ١. مؤشر الوضع العيادي

أظهرت النتائج أن الأطفال المصنفين في خانة «التعرض العالي» خلال حرب ٢٠٠٦ سجلوا المتوسط الحسابي الأعلى في مؤشر الوضع العيادي (١,٠٣)، انحراف معياري = ١,٥١ مقارنةً بالأطفال المصنفين في خانة «التعرض المتوسط» (٠,٦٣)، انحراف معياري = ١,١٨) و«التعرض المتدني» (٠,٢٤)، انحراف معياري = ٠,٦٤). على أن المتوسط الحسابي لمجموع العينة هو ٠,٦٤ والانحراف المعياري ١,٢١. ويبين الرسم البياني ٦-٦ هذه الفروق.

كذلك، يبين جدول ٥-٦ أن نسبة الذين لم يسجلوا أي محور عيادي بلغت أعلاها بين من صنفوا في فئة التعرض المتدني (٨٤,٨%) في حين بلغت أدناها بين

من صنفوا في فئة التعرض العالي (٥٤,٢%). كما نلاحظ أن الذين سجلوا ارتفاعاً عيادياً في خمسة محاور أو أكثر يقعون حصراً بين من كان تعرضهم للحرب تموز ٢٠٠٦ عالياً.

رسم بياني ٦-٦: المتوسطات الحسابية لمؤشر الوضع العيادي بحسب مستويات التعرض خلال حرب تموز ٢٠٠٦



وإذا ما جمعنا درجات مؤشر الوضع العيادي في فئتين فقط بين من لم يسجل وضعاً عيادياً في أي من المحاور (مؤشر الوضع العيادي يساوي صفر) ومن سجل وضعاً عيادياً في محور واحد على الأقل، نحصل على توزيع النسب على الشكل المبين في الجدول ٦-٦ والرسم البياني ٦-٧. حيث يتبين ما يلي: أن الذين سجلوا وضعاً عيادياً في محور واحد أو أكثر يشكلون ١٥,٥% ممن كان تعرضهم للحرب متدنياً، في حين ترتفع النسبة إلى ٤٦% لدى الذين كان تعرضهم للحرب عالياً. وهذا يعني مرة أخرى أن التعرض للحرب يزيد فرصة انتشار الاضطرابات النفسية ثلاث مرات في هذه الحال (من ١٥% إلى ٤٦%).

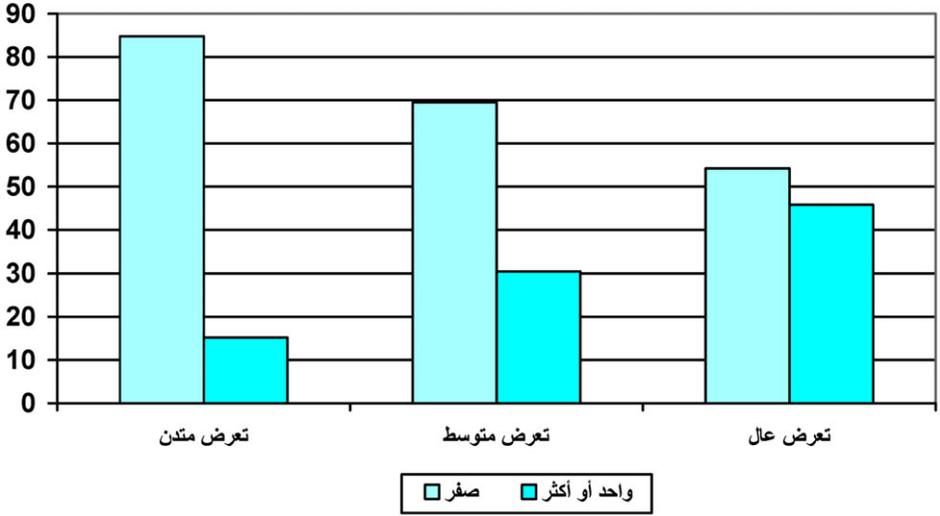
جدول ٥-٦: درجات مؤشر الوضع العيادي بحسب مستويات التعرض خلال حرب تموز ٢٠٠٦

المجموع		مستوى التعرض خلال حرب ٢٠٠٦						درجات مؤشر الوضع العيادي
		عال		متوسط		متدن		
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
٦٩,١	٧٢٨	٥٤,٢	١٩٨	٦٩,٥	٢٤١	٨٤,٨	٢٨٩	٠
١٣,٨	١٤٥	٢٠	٧٣	١٢,٧	٤٤	٨,٢	٢٨	١
٨,١	٨٥	٨,٥	٣١	١٠,١	٣٥	٥,٦	١٩	٢
٤,٦	٤٨	٨,٥	٣١	٣,٧	١٣	١,٢	٤	٣
٢,٤	٢٥	٤,٧	١٧	٢	٧	٠,٣	١	٤
١,٥	١٦	٢,٧	١٠	١,٧	٦			٥
٠,٢	٢	٠,٣	١	٠,٣	١			٦
٠,٤	٤	١,١	٤					٧
١٠٠	١٠٥٣	١٠٠	٣٦٥	١٠٠	٣٤٧	١٠٠	٣٤١	المجموع

جدول ٦-٦: مستويات مؤشر الوضع العيادي بحسب مستويات التعرض خلال حرب تموز ٢٠٠٦

المجموع		مستوى التعرض خلال حرب تموز ٢٠٠٦						مستويات مؤشر الوضع العيادي
		عال		متوسط		متدن		
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
٦٩,١	٧٢٨	٥٤,٢	١٩٨	٦٩,٥	٢٤١	٨٤,٨	٢٨٩	صفر
٣٠,٨	٣٢٥	٤٥,٨	١٦٧	٣٠,٥	١٠٦	١٥,٢	٥٢	واحد أو أكثر
١٠٠	١٠٥٣	١٠٠	٣٦٥	١٠٠	٣٤٧	١٠٠	٣٤١	المجموع

رسم بياني ٦-٧: مستويات مؤشر الوضع العيادي بحسب مستويات التعرض خلال حرب تموز ٢٠٠٦



## ٢. محاور القائمة

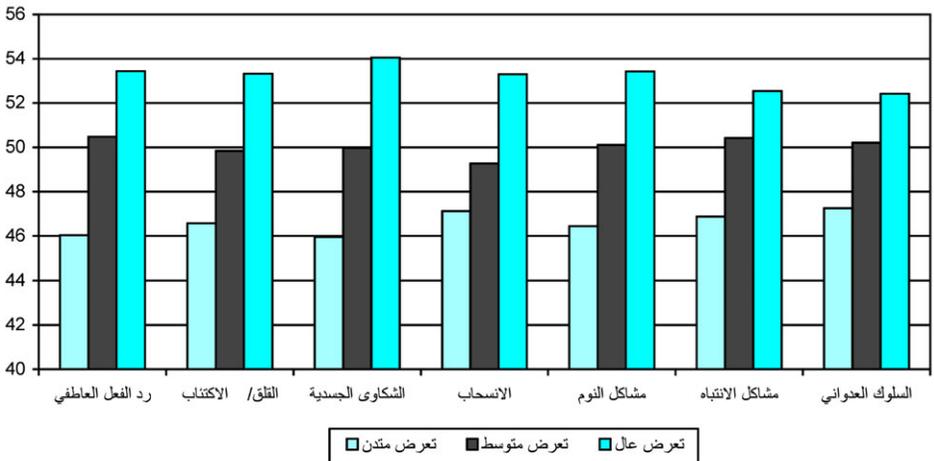
كما سجل الأطفال المصنفون في خانة «التعرض العالي» خلال حرب ٢٠٠٦ المتوسطات الحسابية العليا في جميع محاور القائمة (جدول ٦-٧). وبالنظر في الفروق بين فئات التعرض في كل من المحاور، نلاحظ أن الفروق الأوسع كانت في محاور المشاكل المستدخلة (رد الفعل العاطفي، القلق/الاكتئاب، الشكاوى الجسدية، الانسحاب ومشاكل النوم)، في حين كانت هذه الفروق أدنى في محوري المشاكل السلوكية أو المتمظهرة (مشاكل الانتباه والسلوك العدواني) كما يظهر في الرسم البياني ٦-٨.

نلاحظ من خلال ذلك أن الصعوبات النفسية تتزايد كلما زاد حجم التعرض للحرب. هذه نتيجة واضحة تقدمها لنا معطيات الجدول ٦-٧. غير أن ما يثير الانتباه هو أن بند الشكاوى الجسدية هو الأكثر عرضة للتأثر بحجم هذا التعرض من كل البنود الأخرى حيث يزداد التعبير بشكل جلي مقارنة بالبنود الأخرى (إذ يرتفع المتوسط الحسابي من ٤٥,٩٦ عند التعرض المتدني إلى ٤٩,٩٨ عند التعرض المتوسط إلى ٥٤,٠٦ عند التعرض المرتفع).

جدول ٦-٧: المتوسطات الحسابية في محاور القائمة بحسب مستويات التعرض خلال حرب تموز ٢٠٠٦

المجموع		مستوى التعرض خلال حرب تموز ٢٠٠٦						محاور القائمة
		عال		متوسط		متدن		
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
١٠,١٢	٥٠,٠٦	١٠,٥٤	٥٣,٤٤	١٠,٦٨	٥٠,٤٧	٧,٢٨	٤٦,٠٣	رد الفعل العاطفي
١٠,٠١	٤٩,٩٩	٩,٩٢	٥٣,٣٣	٩,٧٣	٤٩,٨٤	٩,٢١	٤٦,٥٨	القلق/ الاكتئاب
١٠,٠٨	٥٠,٠٩	١١,٠٧	٥٤,٠٦	٩,٤٤	٤٩,٩٨	٧,٦٤	٤٥,٩٦	الشكاوى الجسدية
١٠,٠٢	٤٩,٩٧	١١,١٤	٥٣,٣٠	٩,١٠	٤٩,٢٧	٨,٥٣	٤٧,١٢	الانسحاب
١٠,٠٤	٥٠,٠٧	١٠,٩٩	٥٣,٤٢	٩,٨٤	٥٠,١١	٧,٦٧	٤٦,٤٤	مشاكل النوم
١٠,٠١	٥٠	١٠,٠٧	٥٢,٥٤	٩,٨٤	٥٠,٤٢	٩,٢٨	٤٦,٨٧	مشاكل الانتباه
٩,٩٨	٥٠,٠١	٩,٧٥	٥٢,٤١	١٠,١٥	٥٠,٢١	٩,٣٦	٤٧,٢٥	السلوك العدواني

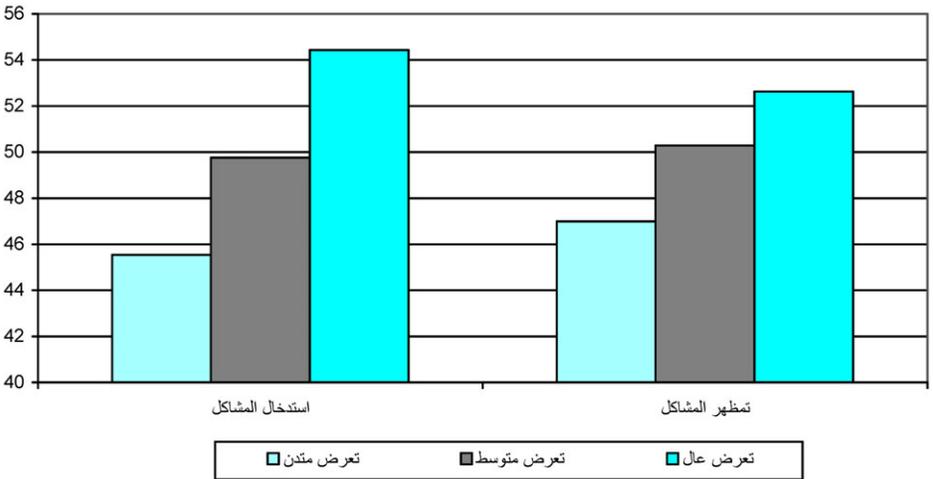
رسم بياني ٦-٨: المتوسطات الحسابية في محاور قائمة تدقيق السلوك عند الطفل بحسب مستويات التعرض خلال حرب تموز ٢٠٠٦



### ٣. مجموعتا المحاور (استدخال المشاكل وتمظهر المشاكل)

سجل الأطفال المصنفون في خانة «التعرض العالي» ارتفاعاً دالاً في مجموعتي المحاور مقارنة بالأطفال المصنفين في خانتي «التعرض المتوسط» و«التعرض المتدني». يظهر الرسم البياني ٦-٩ الفروق في المتوسط الحسابي في كل من المجموعتين وفق فئات التعرض. ونلاحظ أنه كلما ازداد حجم التعرض للحرب، كلما مال الأطفال إلى استدخال تعبيراتهم عن المشكلات النفسية. ويرى النفسانيون إن إخراج المشاعر والتعبيرات إلى العلن يعبر عن مرونة ومستوى تكيف أعلى وبالتالي يقترب من السواء النفسي أكثر من اتجاهات السلوك الاستدخالي، تلك التي قد تبقى تعتمل في الداخل من دون أن تجد لها متنفساً وتؤدي بالتالي إلى ضغط نفسي قد لا يحتمله الطفل، ربما من هنا نفهم ازدياد حجم الشكاوى الجسدية.

رسم بياني ٦-٩: المتوسطات الحسابية في مجموعتي المحاور بحسب مستويات التعرض خلال حرب تموز ٢٠٠٦



### سادساً: الفروق في النتائج على أساس المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية

يتناول هذا القسم الفروق في المؤشر العيادي، محاور ومجموعتي المحاور بين فئات العينة بحسب عدد من العوامل أو المتغيرات المستقلة: المحافظة، القطاع التربوي (الخاص أو الرسمي أو المجاني)، المدرسة، الانتماء الديني، الوضع

الاجتماعي للوالدين، مهنة الأب، عمل الأم، المستوى التعليمي للأب والمستوى التعليمي للأم. ونبين النتائج الإحصائية للتحليلات في الجدول ٦-٨).

جدول ٦-٨: الفروق الدالة في مؤشر الوضع العيادي ومحاور قائمة تدقيق السلوك عند الطفل بحسب عدد من المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية

المستوى التعليمي للوالد	المستوى التعليمي للوالد	عمل الأم	مهنة الأب	الطائفة	المحافظة	القطاع	
متوسط**	ابتدائي**	ر. منزل**	دنيا**	شيوعي**		خ. مجاني**	مؤشر الوضع العيادي
محاور القائمة							
متوسط**	ابتدائي**	ر. منزل**	دنيا**	شيوعي**	البقاع**		رد الفعل العاطفي
متوسط**	ابتدائي**	ر. منزل**	دنيا**	شيوعي**	البقاع**	خ. مجاني**	القلق/ الاكتئاب
ابتدائي**	ابتدائي**	ر. منزل**	دنيا**	شيوعي**	البقاع**		الأعراض الجسدية
ابتدائي**	ابتدائي**	ر. منزل**	دنيا**	سني**	النبطية**	رسمي**	انسحاب
متوسط**	مهني**			شيوعي**	النبطية**		مشاكل النوم
ابتدائي**	ابتدائي**	ر. منزل**	دنيا**	شيوعي**	البقاع**		مشاكل الانتباه
متوسط**	ابتدائي**	ر. منزل**	دنيا**	شيوعي**	الجنوب**	خ. مجاني**	السلوك العدواني
مجموعتي المحاور							
ابتدائي**	ابتدائي**	ر. منزل**	دنيا**	شيوعي**	البقاع**	خ. مجاني**	استدخال المشاكل
متوسط**	ابتدائي**	ر. منزل**	دنيا**	شيوعي**	الجنوب**	خ. مجاني**	تمظهر المشاكل

اعتمدت في التحليل المتوسطات الحسابية لمؤشر الوضع العيادي وقيم ناتج ت في محاور ومجموعتي المحاور في القائمة.

## ١ . القطاع التعليمي

تتكون عينة أطفال الروضات على الشكل التالي : ٢١,٦% رسمي ، ٦٣,٣% خاص و ١٥,١% مجاني . بينت النتائج أن هناك علاقات دالة إحصائياً بين القطاع وجميع المقاييس التي بين أيدينا وقد سجلت أعلى المتوسطات الحسابية في القطاعين المجاني والرسمي .

بالنسبة لمؤشر الوضع العيادي ، سجل أطفال الروضات في المدارس المجانية المتوسط الحسابي الأعلى مقارنة بالقطاعين الرسمي والخاص . أما في ما يتعلق بالمحاور ، فقد سجل أطفال هذا القطاع أيضاً المتوسط الأعلى في محوري القلق/الاكتئاب والسلوك العدواني . في حين سجل أطفال الروضات في القطاع الرسمي المتوسط الأعلى في محور الانسحاب . أما في ما يتعلق بمجموعتي المحاور ، فقد سجل أطفال الروضات في المدارس المجانية مرة أخرى المتوسط الحسابي الأعلى في المجموعتين (استدخال المشاكل وتمظهر المشاكل).

وإذا كان قطاع التعليم ليس دالاً بذاته ، فإن بيئة الحرمان التي يمكن أن يعيشها أطفال الروضات في القطاع الرسمي أو المجاني ، قد تسهم في تفاقم المشاكل النفسية لأسباب عدة منها : (١) أن صعوبة الأوضاع المعيشية قد تجعل الأهل يغفلون عن الشكوى النفسية عند الطفل أو يتغاضون عنها لأن الهم الأول هو الانكباب على تأمين لقمة العيش ، (٢) أن هذه المدارس تضم أعداداً وافرة من الأطفال ونادراً ما تتوفر فيها متابعة شؤون الصحة النفسية وتقصي الحالات وإحالتها إلى الاستشارة المختصة نظراً لارتفاع كلفة هذا النوع من الخدمات وضرورة تأمين الاستمرارية في المتابعة ، (٣) أن عدم الوعي بأهمية الجانب النفسي يزداد في العادة في بيئة الحرمان ، (٤) أن الصعوبات الحياتية لهذه الفئة قد تمنع الأسر المعرضة للعنف من إيجاد بدائل للسكن أو للنزوح المؤقت ، (٥) أن الآباء يشكلون العامل الحامي الأول خصوصاً في زمن الحروب وقد يؤدي غياب الآباء فعلياً أو معنوياً في مثل هذه الأسر (من حيث ضعف المقدرة على التصرف وضآلة الامكانيات) إلى ازدياد المشكلات النفسية لدى الأبناء .

## ٢ . المحافظة

توزعت عينة الروضات بحسب المحافظة على الشكل التالي : ٦,٢% بيروت ،

٢٧,٢% جبل لبنان، ٢٣,٥% الشمال، ٢٥,٦% البقاع، ١٤,٩% الجنوب و٢,٧% النبطية. تبين أن هناك علاقة دالة إحصائياً بين المحافظة وجميع المقاييس المستخدمة باستثناء مؤشر الوضع العيادي.

وقد سجلت محافظات النبطية والبقاع والجنوب أعلى المتوسطات. وهذا ليس بمستغرب، خصوصاً أنهما كانتا الأكثر استهدافاً وبالتالي فإن الشعور بالخطر هو أكبر لدى أطفال هذه المنطقة.

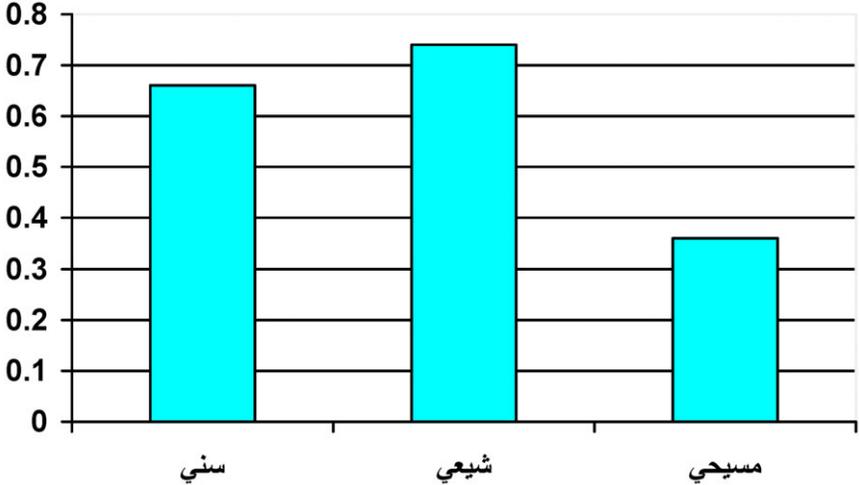
على صعيد المحاور، سجلت محافظة البقاع المتوسط الأعلى في أربعة محاور مقارنة بالمحافظات الأخرى (رد الفعل العاطفي، القلق/الاكتئاب، الأعراض الجسدية ومشاكل الانتباه)، فيما سجلت محافظة النبطية ارتفاعاً دالاً في محوري الانسحاب ومشاكل النوم ومحافظة الجنوب ارتفاعاً واحداً في محور السلوك العدواني. وبالنسبة لمجموعتي المحاور، سجلت محافظة البقاع المتوسط الحسابي الأعلى في استدخال المشاكل في حين سجلت محافظة الجنوب المتوسط الأعلى في تمظهر المشاكل. وهذا الاختلاف في التعبير عن الصعوبات النفسية في منطقتين هما الأكثر تعرضاً للعدوان يثير الفضول. فهل يمكن القول مثلاً أن التعرض المستمر في محافظة الجنوب يدفع أبناءها إلى التعبير وإلى بروز أنواع المشاكل المتمظهرة، في حين أن توقع الخطر وانتظاره (وليس مجابهته كما هو حال محافظة الجنوب) يؤدي إلى أن تكون ردات الفعل أكثر استدخالية في البقاع؟

### ٣. الطائفة

نظراً لتدني عدد الأطفال المنتمين إلى الطائفة الدرزية في عينة الروضات، وعدد الذين صنّفوا في فئة «غير ذلك» في العينة، فقد تم استبعادهم من عملية التحليل كما جمع الأطفال المسيحيون في فئة واحدة. وبالتالي اقتصر التحليل على ثلاث فئات: السنة (٤٢,٣%)، الشيعة (٤٤,٨%) والمسيحيون (١٢,٩%). أظهر التحليل أن الفروق بين هذه الطوائف الثلاث دالة إحصائياً في كل المقاييس. وقد سجل الأطفال الشيعة المتوسطات الحسابية العليا في تسعة مقاييس من أصل المقاييس العشرة المستخدمة: في مؤشر الوضع العيادي، في ستة محاور وفي مجموعتي المحاور. في حين سجل الأطفال السنة المتوسط الأعلى في محور الانسحاب. وتأتي النتيجة متوافقة إلى حد مع تحليل المحافظة، نظراً إلى التوزيع الديموغرافي للسكان في

المحافظات التي سجلت المتوسطات الحسابية العليا وكون المناطق ذات الغالبية الشيعية كانت من أكثر المناطق استهدافاً خلال حرب ٢٠٠٦. يبين الرسم البياني ٦-١٠ الفروق في المؤشر العيادي بين الطوائف.

رسم بياني ٦-١٠: مؤشر الوضع العيادي بحسب الطائفة



#### ٤. المستوى التعليمي للأب وللأم

تبلغ نسبة الأمية حوالي ٦% من آباء وأمهات عينة أطفال الروضات، أما نسبة الذين تابعوا تعليماً جامعياً فترتفع إلى ١٦% من الآباء و١٨% من الأمهات. الباقيون يتوزعون بين المستويات الابتدائية والمتوسطة والثانوية والمهنية/التقنية.

كانت الفروق العائدة للمستوى التعليمي للأبوين دالة إحصائياً في جميع المقاييس. وفي العموم، سجلت المستويات التعليمية الدنيا للأبوين أعلى المتوسطات في هذه المقاييس.

في ما يتعلق بالآباء، سجل أطفال الروضات من آباء بلغوا المرحلة الابتدائية المتوسط الأعلى في مؤشر الوضع العيادي وفي محاور القائمة كافة (ما عدا محور مشاكل النوم) وفي مجموعتي المحاور. أما بالنسبة للمستوى التعليمي للأم، فقد سجل أطفال الروضات من أمهات بلغن المرحلة المتوسطة المتوسطات الحسابية العليا في مؤشر الوضع العيادي، أربعة من محاور القائمة (رد الفعل العاطفي، القلق/

الاكتئاب، مشاكل النوم والسلوك العدواني) كما في مجموعة تمظهر المشاكل. في حين سجل أطفال الروضات من أمهات بلغن المرحلة الابتدائية المتوسطات الحسابية العليا في المحاور الثلاثة الأخرى (الأعراض الجسدية، الانسحاب ومشاكل الانتباه) وفي مجموعة استدخال المشاكل.

إن المستويات التعليمية الدنيا خصوصاً لدى الآباء ترتبط على وجه العموم بالمستويات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا، وبالتالي فإن العوامل التي ذكرت في ما يتعلق بيئة الحرمان في الجزء المتعلق بقطاع التعليم (صعوبة الأوضاع المعيشية، غياب الخدمات الاستشارية النفسانية، قصور الوعي، صعوبة إيجاد بدائل، ضعف الأب) تبقى مساعدة على تفسير هذه النتائج. أما بالنسبة للاختلاف الملاحظ في المستويات التعليمية لدى الأمهات فيمكن الافتراض أن الأمهات الأكثر تعليماً هن أكثر ميلاً للاستماع والتواصل مع أطفالهن وبالتالي أكثر إفساحاً لهم للتعبير عن أنفسهم ويزيد بالتالي حجم المشاكل المتمظهرة لديهم.

## ٥. مهنة الأب وعمل الأم

توزعت عينة أطفال الروضات بحسب فئة عمل الأب على الشكل التالي: ٥,٦% ينتمون إلى آباء من فئات الوظائف العليا، ١٨% من فئات الوظائف الوسطى، ٣٠,٩% من فئات الوظائف الصغرى و٤٥,٥% من فئات الوظائف الدنيا. أما في ما يتعلق بالأم فقد بلغت نسبة من تعمل أمهاتهم ١٦,٨% في حين بلغت نسبة ربات المنازل ٨٣,٢%. جاءت الفروق العائدة إلى كل من مهنة الأب وعمل الأم دالة إحصائياً في جميع المقاييس ما عدا محور مشاكل النوم. وبصورة عامة سجلت الفئات المهنية الدنيا أعلى المتوسطات العيادية، وكذلك الأمر بالنسبة لأبناء الأمهات اللواتي لا يعملن (ربات المنازل).

سجل الأطفال من آباء تصنف مهنتهم في الفئات الدنيا المتوسط الحسابي الأعلى في مؤشر الوضع العيادي كما في جميع محاور القائمة عدا محور مشاكل النوم (حيث لم تكن الفروق دالة) ومجموعتي المحاور. من البديهي هنا أن تفسر هذه النتيجة بكون المستوى الاجتماعي والاقتصادي عاملاً أساسياً في تعاطي الأهل مع الشكوى النفسية عند الأطفال، إذ مع ارتفاع المستوى التعليمي والوظيفي للأهل، قد تصبح القدرة المعنوية على استيعاب الأمور النفسية أكبر عند الأهل، وبتوفر القدرة

المادية يصبح الأهل أكثر قدرة على الاستعانة بالخبرات المختصة لمساعدة الطفل . أما في ما يتعلق بعمل الأم، فقد سجل الأطفال من الأمهات ربوات المنازل المتوسطات الحسابية الأعلى في مؤشر الوضع العيادي وكافة محاور القائمة عدا محور مشاكل النوم (حيث لم تكن الفروق دالة)، كما في مجموعتي المحاور. ولما كانت النتيجة الأخيرة مفاجئة بعض الشيء باعتبار أن كون الأم ربة منزل يفترض ألا يزيد من حدة الاضطرابات النفسية، فقد يكون هناك علاقة بين مهنة الأب وعمل الأم تبين أنه كلما نزلنا في السلم الاجتماعي للأب، زادت نسبة بقاء الأم في البيت كربة منزل. بالمقابل، يمكن اعتبار أن الأم العاملة تكوّن من خلال أدائها الوظيفي انخراطا اجتماعياً أوسع من ربوات المنزل، بحيث يتم تبادل الخبرات والآراء واكتساب المعرفة إن من خلال الدراسة والارتقاء الوظيفي أو من خلال تجارب الآخرين.

## ٦. الوضع الأسري للأهل

بلغت نسبة الأطفال من والدين منفصلين أو مطلقين ١,٢%، بالتالي لم تدرس الفروق في النواتج النفسية بحسب هذا المتغير.

## سابعاً: تأثير حرب تموز ٢٠٠٦ في مؤشر الوضع العيادي بعد ضبط التعرض السابق والمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية

من أجل تحديد مساهمة التعرض لحوادث حرب تموز ٢٠٠٦ في حدة ارتفاع مؤشر الوضع العيادي لقائمة تدقيق السلوك، تم اعتماد التحليل الانحداري الثنائي Binary logistic regression. ولهذا الغرض تم تحويل متغير «مؤشر الوضع العيادي» (من صفر إلى ٧) إلى متغير ثنائي (حيث يشير الصفر إلى غياب أي محور عيادي في حين يشير ١ إلى محور عيادي واحد على الأقل) وأدخل مع كافة المتغيرات في النموذج التحليلي.

أظهرت النتائج أن أثر التعرض لحرب تموز ٢٠٠٦ كان واضحاً وذلك بعد ضبط المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية ومتغير التعرض قبل الحرب. فقد تبين أن الذين صنفوا في خانة «التعرض العالي» كانوا ٤,٦٨ مرات أكثر عرضة لتسجيل ارتفاع في مؤشر الوضع العيادي مقارنة بمن صنفوا في خانة «التعرض المتدني». أما بالنسبة للتعرض قبل حرب تموز ٢٠٠٦، فقد تبين أن من صنفوا في خانة «التعرض العالي»

كانوا ٣,٥٣ مرات أكثر عرضة لتسجيل ارتفاع في مؤشر الوضع العيادي ممن صنفوا في خانة «التعرض المتدني» قبل الحرب.

### ثامناً: خلاصة

يمكن أن يكون للتعرض لصدمات الحرب عواقب بعيدة الأثر بالنسبة للوظائف النفسية عند الأطفال. الدراسة الحالية هي مشروع بحث نوعي في لبنان صمم لرصد المشاكل العاطفية والسلوكية عند أطفال الروضات بعد حرب ٢٠٠٦. أظهرت النتائج أن معظم الأطفال عبروا عن أعراض نفسية انفعالية أو سلوكية، حددت في غالبية الدراسات في علم النفس عند الطفل كاستجابة من قبل الطفل لحادث ضاغط. وقد تبين من خلال قراءة النتائج بروز مظاهر قلق الانفصال: (١) الطفل لديه خوف مستمر من الانفصال عن الأم أو عمن يوليه الرعاية الأولية ويظهر غالباً تعلقاً مفرطاً بالآخرين، (٢) تغيرات مفاجئة في المزاج من الصعب ضبطها كالانفجار في الغضب والبكاء، الصراخ والارتجاف خوفاً، وتعبيرات الوجه الدالة على الخوف، (٣) تغيرات سلوكية مفاجئة مثل الجمود أو الحركة بلا هدف، و(٤) السلوك النكوسي مثل مص الإبهام، التبول الليلي اللاإرادي والخوف من الظلام.

من أبرز النتائج أن نسبة الحالات العيادية تراوحت ما بين ٦,٥% و ١١,٨%. وبما أننا اعتمدنا المقاربة النمائية، قد تبين لنا في ما يتعلق بالأنماط السلوكية عند أطفال الروضات، أن نسبة الحالات العيادية في مجموعة استدخال المشاكل بلغت ١١,١% و ١٠,٨% في مجموعة تمظهر المشاكل. وتأتي هذه النتائج متوافقة مع الدراسات العالمية حول أنماط السلوك عند أطفال الروضات في المجموع العام للسكان وفي زمن السلم. وللتذكير يبين ايروول وسيمسك (Erol & Şimşek, 2005) أن النسبة «العادية» تتراوح بين ٧% و ٢٢%، أما بالنسبة لكامل (Campbell, 1995) فتتراوح بين ١٠ و ١٥% بين العامين (١٩٧٥ و ١٩٩٦). وهذه النتيجة تثير الاندهاش الكبير خصوصاً وأن حرب تموز ٢٠٠٦ كانت من أكثر فصول الحرب التي شهدتها الشعب اللبناني قسوة.

وفي استعراض للفروق بين المجموعات ضمن العينة بالنسبة للصف، سجل أطفال الروضة الأولى المتوسطات العليا في مؤشر الوضع العيادي، وفي محاور رد الفعل العاطفي، مشاكل الانتباه، السلوك العدواني وفي مجموعة تمظهر المشاكل؛

فيما سجل أطفال الروضة الثانية المتوسطات العليا في محوري القلق/الاكتئاب والانسحاب ومجموعة استدخال المشاكل. أما بالنسبة للفروق بين الجنسين، فقد سجل الذكور ارتفاعاً دالاً مقارنة بالإناث في محورين هما مشاكل الانتباه والسلوك العدواني ومجموعة تمظهر المشاكل. ويتوافق ذلك مع الأدبيات الخاصة بهذه الفئة العمرية والتي تشير إلى أنه في حال التعرض لحوادث ضاغطة تصيح الفتيات أكثر ميلاً لاستدخال مشاعرهن فيما يميل الفتيان عادة إلى الاستجابة النشطة للخطر المحقق (Schwartz & Perry, 1994; Rescorla et al., 2007).

بالنسبة لدرجة التعرض خلال حرب ٢٠٠٦، أظهرت النتائج أنه كلما ارتفع عدد الحوادث التي تعرض لها الطفل خلال الحرب، ارتفع عدد المحاور العيادية لديه. يأتي هذا لينسجم مع الأدبيات الحديثة التي تحدد العلاقة بين التعرض لصدمة الحرب والمشاكل السلوكية والعاطفية لدى الأطفال في هذه المرحلة العمرية (Thabet et al., 2006, Kerestes, 2006). لقد سجل أطفال الروضات الذين صنفوا في خانة «التعرض العالي» خلال حرب ٢٠٠٦ المتوسطات الحسابية العليا في: (١) مؤشر الوضع العيادي، (٢) جميع محاور القائمة، و(٣) مجموعتي المحاور مقارنةً بالذين صنفوا في خانة «التعرض المتوسط» و«التعرض المتدني». وتبدو النتيجة منطقية إذا أخذنا بعين الاعتبار حدة وضراوة القصف الذي تعرضت له بعض المناطق، علماً بأن أي منطقة لم تكن بمنأى عن الخطر.

توافقاً مع ذلك، سجلت محافظة البقاع المتوسط الأعلى في أربعة محاور ومجموعة استدخال المشاكل، مقارنة بالمحافظات الأخرى فيما سجلت محافظة الجنوب ارتفاعاً في محورين اثنين ومجموعة تمظهر المشاكل، بينما سجلت محافظة الجنوب المتوسط الأعلى في المحورين الباقيين. وأتت نتائج التحليل بالنسبة للطائفة متلازمة مع ذلك إذ سجل أطفال الروضات الشيعة المتوسط الأعلى في مؤشر الوضع العيادي ومحاور القائمة كافة ما عدا مشاكل النوم. من البديهي أن ذلك التوافق في النتائج قد يفسر بالتوزيع الديموغرافي للسكان في تلك المحافظات وكون المناطق ذات الغالبية الشيعية كانت من أكثر المناطق استهدافاً بالقصف خلال حرب تموز ٢٠٠٦.

من جهة أخرى، أظهر أطفال الروضات في المدارس المجانية المتوسطات الحسابية العليا مقارنة بالقطاعات التعليمية الأخرى في: (١) مؤشر الوضع العيادي، (٢) اثنين من المحاور السبعة، و(٣) مجموعتي المحاور؛ فيما سجل أطفال الروضات

في المدارس الرسمية المتوسط الحسابي الأعلى في محور واحد فقط. أما في ما يتعلق بمهنة الأب، فقد سجل الأطفال من آباء صنفت مهنهم في الفئات الدنيا المتوسط الحسابي الأعلى في: (١) مؤشر الوضع العيادي، (٢) المحاور كافة ما عدا محور مشاكل النوم و(٣) مجموعتي المحاور. أما في ما يتعلق بعمل الأم، فقد سجلت المتوسطات الحسابية العليا لدى أولاد الأمهات ربات المنازل في: (١) مؤشر الوضع العيادي، (٢) محاور القائمة كافة ما عدا محور مشاكل النوم، و(٣) مجموعتي المحاور. وبالنسبة للمستوى التعليمي للأب، فقد سُجل المتوسط الأعلى لدى أطفال الروضات من آباء بلغوا التعليم الابتدائي في: (١) مؤشر الوضع العيادي، (٢) محاور القائمة كافة ما عدا محور مشاكل النوم، و(٣) مجموعتي المحاور. أما بالنسبة للمستوى التعليمي للأم، فقد توزعت ارتفاعات المتوسطات الحسابية بين أطفال الروضات من أمهات بلغن المرحلة المتوسطة (مؤشر الوضع العيادي، ٤ محاور ومجموعة محاور) ومن بلغت أمهاتهم التعليم الابتدائي (٣ محاور). نرى من خلال تلك النتائج مرة أخرى أن الارتقاء في المستوى الاجتماعي والاقتصادي قد يسهم في قدرة الأهل على توفير عوامل الحماية والرعاية النفسية للطفل، بسبب قدرتهم على التنبه إلى الحالة النفسية لديه والاستعانة بالمساعدة متى دعت الحاجة.

#### جدول ٦-٩: نسب الإجابات الايجابية في بنود قائمة تدقيق السلوك عند الطفل

النسبة المئوية	العدد	البند
١٤,٢	١٤٧	١. لديه أوجاع أو آلام (ما عدا أوجاع المعدة أو الرأس) (من دون سبب طبي)
٨,٥	٨٨	٢. تصرفاته أصغر كثيراً من عمره
٢٣,١	٢٤٠	٣. يخاف من تجربة أشياء جديدة
٢٢,٢	٢٣٠	٤. يتجنب النظر مباشرة في عيون الآخرين
٢١,١	٢٢١	٥. لا يستطيع التركيز، لا يستطيع الانتباه لوقت طويل
٦٤,١	٦٧٣	٦. لا يستطيع الجلوس ساكناً، لا يهدأ أو كثير الحركة
٤١	٤٢٤	٧. لا يتحمّل رؤية الأشياء في غير مكانها
٧٤	٧٨٢	٨. لا يتحمّل الانتظار، يريد كل شيء فوراً

١٣	١٣٥	٩. يعضغ (يعلك) أشياء غير صالحة للأكل
٤٣,٩	٤٦٣	١٠. يلتصق بالكبار أو شديد الاعتماد عليهم
٤٢,٣	٤٣٩	١١. يطلب المساعدة باستمرار
١٠,٨	١١١	١٢. لديه إمساك، لا يقوم بالتبرز (عندما لا يكون مريضًا)
٢٧,٧	٢٩٠	١٣. يبكي كثيرًا
٩,٨	١٠١	١٤. قاسي مع الحيوانات
٤٧,٨	٤٩٨	١٥. يتحدّى الآخرين
٦٩,٤	٧٢٨	١٦. طلباته يجب أن تتحقق فورًا
٤٠,٤	٤٢٣	١٧. يخرب أغراضه
٢٤,٣	٢٥٢	١٨. يخرب أغراضًا لأهله أو لأطفال آخرين
٧,١	٧٤	١٩. يصاب بالإسهال أو يتبرز في ثيابه
٢٧,٣	٢٨٠	٢٠. غير مطيع
٣٤,١	٣٥٥	٢١. يضطرب من أي تغيير في نظامه اليومي
٦٢,٤	٦٥٨	٢٢. يرفض النوم بمفرده
٣٠	٣٠٩	٢٣. لا يجيب عندما يتكلم معه الآخرون
٤٢,١	٤١٨	٢٤. لا يأكل جيدًا
١٥,١	١٥٦	٢٥. لا ينسجم مع الأطفال الآخرين
٢٩,٧	٣٠٧	٢٦. لا يعرف كيف يتسلّى، يتصرّف كالكبار
٣١,٧	٣٢٨	٢٧. لا يبدو أنه يشعر بالذنب حين يسيء التصرف
١١,٩	١٢٤	٢٨. لا يرغب بالخروج من البيت
٢٨,٧	٢٩٤	٢٩. يحبط بسهولة
٦٤,٣	٦٧٠	٣٠. يغار بسهولة
١٣,٦	١٣٦	٣١. يأكل أو يشرب أشياء ليست أطعمة - ما عدا الحلوى-
٦١,٣	٦١٢	٣٢. يخاف من بعض الحيوانات أو الأوضاع أو الأمكنة
٧٨,٢	٨٢٣	٣٣. يُجرح شعوره بسرعة
١٨,٧	١٩٣	٣٤. يُصاب كثيرًا و يعرّض نفسه للحوادث
٢٣	٢٣٩	٣٥. يورط نفسه في مشاجرات كثيرة

٤٣,٣	٤٤٧	٣٦. يتدخّل في كلّ شيء
٧٣,٦	٧٧٠	٣٧. ينزعج كثيرًا عند انفصاله عن أهله
٢٢,٨	٢٣٧	٣٨. يعاني من صعوبة في الخلود إلى النوم
٨,٧	٩٠	٣٩. يعاني من أوجاع رأس (من دون سبب طبي)
٢٢,٥	٢٣٣	٤٠. يضرب الآخرين
٧,٦	٧٨	٤١. يتعمّد حبس أنفاسه
١٤,٥	١٤٩	٤٢. يؤذي الآخرين أو الحيوانات دون قصد
١٧,٦	١٨٢	٤٣. يبدو تعيسًا دون سبب وجيه
٥٣,١	٥٥٥	٤٤. مزاجه عصبيّ
٨,٤	٨٦	٤٥. يشعر بالغثيان (من دون سبب طبي)
٢٠,٥	٢١٠	٤٦. لديه حركات عصبية أو ارتعاشات
٣٨,٨	٣٩٩	٤٧. عصبيّ، شديد الحساسية و متوتّر
١٦,٤	١٦٩	٤٨. تراوده الكوابيس
١٨,٩	١٩٤	٤٩. يبالغ في تقدير الأمور
٢٨,٩	٣٠٢	٥٠. يتعب بسرعة
١٣,٧	١٤٠	٥١. يظهر هلعًا من دون سبب وجيه
٣,٩	٣٩	٥٢. لديه تبرّز مؤلم (من دون سبب طبي)
٥,٨	٦٠	٥٣. يتعدّى جسديًا على الآخرين
١٦,٨	١٧٣	٥٤. ينقر أنفه أو جلده أو أعضاء أخرى من جسده
٣	٣١	٥٥. يلعب بأعضائه التناسلية كثيرًا
٨,٥	٨٨	٥٦. حركته غير متناسقة، متعثّر
٥,٩	٦١	٥٧. لديه مشاكل في العيون (من دون سبب طبي)
٣٠,٤	٣١٥	٥٨. العقاب لا يبدّل سلوكه
٦٩,٢	٧١٨	٥٩. ينتقل بسرعة من نشاط إلى آخر
٨,١	٨٤	٦٠. لديه حكّة أو مشاكل جلدية أخرى (من دون سبب طبي)
٣٠,٣	٣١٢	٦١. يرفض الأكل
٧	٧٢	٦٢. يرفض الألعاب التي تقوم على النشاط و الحركة

٥,١	٥٢	٦٣ . يهزّ رأسه أو جسمه باستمرار
٣٢	٣٣٠	٦٤ . يقاوم الذهاب إلى السرير ليلاً
١٣,٧	١٤١	٦٥ . يقاوم تعلّم النظافة (التبول و التبرز)
٣٥,٥	٣٧١	٦٦ . يصرخ كثيراً
١١,١	١١٤	٦٧ . يبدو غير متجاوب مع العواطف
٥٣,٢	٥٣٢	٦٨ . واع لذاته و يرتبك بسهولة
١٤,٨	١٥١	٦٩ . أناني أو يرفض المشاركة
٤٦,٨	٤٨١	٧٠ . يظهر القليل من العاطفة تجاه الناس
٤٨,٥	٤٨٨	٧١ . يظهر القليل من الاهتمام بالأمر المحيطة به
٣٩,٣	٤٠٤	٧٢ . يبدو أنّه لا يخاف من أن يتأذى
٥١,٥	٥٢٨	٧٣ . متحقّظ جداً أو خجول
٢٣,١	٢٢٧	٧٤ . ينام أقلّ من معظم الأطفال خلال النهار و / أو الليل
٤,٧	٤٨	٧٥ . يلوّث نفسه أو يلعب بالبراز
٩,٢	٩٣	٧٦ . لديه مشاكل نطق
١٨,٩	١٩٢	٧٧ . يحدّق في الفراغ أو يبدو منشغل الذهن
٨,٣	٨٦	٧٨ . يعاني من أوجاع معدة أو تشنّجات (من دون سبب طبي)
٣٨,٤	٣٩٢	٧٩ . ينتقل سريعاً من حالة الحزن إلى حالة الهيجان
٨,٢	٨٣	٨٠ . لديه تصرّفات غريبة
٥٤,١	٥٦٤	٨١ . عنيد أو غاضب أو قابل للاستفزاز
٣٨,٢	٣٩٢	٨٢ . يظهر تغيّرات مفاجئة في مزاجه أو مشاعره
٦,٧	٦٩	٨٣ . عابس باستمرار
١٩	١٩٧	٨٤ . يتكلّم أو يصرخ أثناء نومه
٢٥,٩	٢٦٨	٨٥ . يتعرّض لنوبات غضب أو طبع حاد
٦٩,٣	٧١٦	٨٦ . يهتمّ كثيراً بالترتيب و النظافة
١٩,٦	٢٠٢	٨٧ . يخاف كثيراً و مشغول البال
١٦,٢	١٦٥	٨٨ . غير متعاون
١٣,٢	١٣٥	٨٩ . قليل الحيوية و النشاط و بطيء الحركة

٥٩	٥٧	٩٠. تعيس أو حزين أو مكتئب
٣٧٨	٣٧	٩١. يضحّ أكثر من العادة
١٥٠	١٤,٩	٩٢. ينزعج من الناس الجدد أو المواقف الجديدة
٦٧	٦,٦	٩٣. يتقيّاً أو يلفظ (ييصق) الطعام (من دون سبب طبي)
٢٩٩	٢٩,٢	٩٤. يستيقظ غالباً في الليل
١٤٠	١٣,٧	٩٥. يتجوّل من دون سبب أو هدف
٦٣٩	٦٢,٦	٩٦. يطلب الكثير من الاهتمام
١٤٨	١٤,٨	٩٧. ينتحب أو يئنّ
٩٣	٩,١	٩٨. منطوٍ على نفسه، لا يتعاطى مع الآخرين
٢٢٣	٢١,٨	٩٩. يقلق
٤٣	٤,١	١٠٠. الرجاء تدوين أية مشكلة لدى طفلك لم ترد في اللائحة أعلاه
٧٨	٧,٧	١٠١. هل يعاني طفلك من أي مرض أو إعاقة؟

## المراجع

Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & Profiles: An integrated system of Multi-Informant assessment*. USA: Library of Congress.

Ahmad, A., Sofi, M.A., Sundelin-Wahlsten, V., Von Knorring, A.L. (2000). Post traumatic stress disorder in children after the military operation Anfal' in Iraqi Kurdistan. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 235-243.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Arzi, N.B., Solomon, Z., & Dekel, R. (2000). Secondary traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: Distress, caregiver burden and psychological separation. *Brain Injury*, 14, 725-736.

Caffo, E., & Belaise, C. (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 12(3), 493-535.

Campbell, S. (1995). Behavior problems in pre-school children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.

Campbell, S. (1997). Behavior problems in preschool children: Developmental and family issues. *Advances in Clinical Child Psychology, 19*, 1-26.

Campbell, S. (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. New York: Guilford Press.

Cordahi-Tabet, C., Karam, E.G., Nehmé, G., Fayyad, J., Melhem, N., Bou Ghosn, M., & Kabbara, H. (2002). *Orphans of war: A four year prospective longitudinal study*. Research presentation at the 49th Annual Meeting of the AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry), San Francisco, USA.

Erol, N., Simsek, Z., Ozgur, O., & Munir, K. (2005). Behavioral and Emotional Problems among Turkish Children at Ages 2 to 3 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(1), 80-87.

Farhood, L. (1999). Testing a model of family stress and coping based on war and non-war stressors, family resources, coping and family adaptation among Lebanese families. *Archives of Psychiatric Nursing, 13*(4), 192-203.

Farhood, L., Zurayk, H., Chaaya, M., Saadeh, F., Meshefedian, G., & Sidani, T. (1993). The impact of war on the physical and mental health of the family: The Lebanese experience. *Social Science and Medicine, 12*, 1555-1567.

Fayyad, J. (2006). *Mental health impact and interventions for children and adolescents exposed to war trauma*. Research Presentation at the Lebanese Psychiatric Society (LPS), Beirut, Lebanon.

Fremont, W. (2005). Childhood reactions to terrorism-induced trauma. *Psychiatric Times Special Report, Vol. XXII* (10), 21-23.

Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K., & Pardo, C. (1992). *Children in danger: Coping with the effects of community violence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Goldstein, R.D., Wampler, N. S., & Wise, P.H. (1997). War experiences and distress symptoms of Bosnian children. *Pediatrics, 100*, 873-878.

Hadi, F.A., & Llabre, M.M. (1998). The Gulf crisis experience of Kuwaiti children: Psychological and cognitive factors. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 45-56.

Hill, A.L., Degnan, K.A., Calkins, S. D., & Keane, S.P. (2006). Profiles of externalizing behavior problems for boys and girls across preschool: The roles of emotion regulation and inattention. *Developmental Psychology, 42*(5), 913-928.

Kerestes, G. (2006). Children's aggressive and prosocial behavior in relation to war exposure: Testing the role of perceived parenting and child's gender. *International Journal of Behavioral Development, 30*(3), 227-239.

Kostelny, K., & Garbarino, J. (1994). Coping with the consequences of living in danger: The case of Palestinian children and youth. *International Journal of Behavioral Development, 17*(4), 595-611.

Lieberman, A., Compton, N., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2003). *Guidelines for the treatment of traumatic bereavement in infancy and early childhood*. Child Trauma Research Project, San Francisco General Hospital, University of California San Francisco.

Llabre, M., & Hadi, F. (1997). Social support and psychological distress in Kuwaiti boys and girls exposed to the Gulf crisis. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 247-255.

Macksoud, M., & Aber, J. (1996). The war experience and psychological development of children in Lebanon. *Child Development, 67*, 72-88.

Magwaza, A. S., Killian, B.J., Petersen, I., & Pillay, Y. (1993). The effects of chronic violence on preschool children living in South African townships. Special Section: Children and war. *Child Abuse and Neglect, 17*, 795-803.

Maloney, L.J. (1988). Post traumatic stresses on women partners of Vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work, 58*, 122-143.

Perry, B. (2004). *Understanding traumatized and maltreated children: The core concepts Living and working with traumatized children*. Retrieved from <http://www.ChildTrauma.org>

Punamäki, R. (2002). The uninvited guest of war enters childhood: Developmental and personality aspects of war and military violence. *Traumatology, 8*(3), 45-63.

Punamäki, R. L. (1997). The mental health function of dreaming and playing. *Gaza Community Mental Health Program Publications, 259-271*.

Pynoos, R., & Nader, K. (1991). Prevention of psychiatric morbidity in children after disaster. In Goldstein, S., Yaeger, J., Heinecke, C., & Pynoos, R. (Eds.), *Prevention of mental health disturbances in children*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.

Pynoos, R., Frederick, C., & Nader, K. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry, 44*, 1057-1063.

Qouta, S., Punamäki, R., & El Sarraj, E. (1997). House demolition and mental health: Victims and witnesses. *Journal of Social Distress and Homeless, 6*, 203-11.

Qouta, S., Punamäki, R., & El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child and Adolescent Psychiatry, 12*, 265-272.

Qouta, S., Punamäki, R., & El Sarraj, E. (2005). Mother-child expression of psychological distress in war trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10*, 135-156.

Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Broberg, A., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Forns, M., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M., Leung, P., Minaei, A., Mulatu, M., Novik, T., Oh, K., Roussos, A., Sawyer, M., Simsek, Z., Steinhausen,

H.C., Weintraub, S., Metzke, C., Wolanczyk, T., Zilber, N., Zukauskiene, R., & Verhulst, F. (2007). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 351-358.

Schwartz E., & Perry B. (1994). The post-traumatic response in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America, 12* (2), 311-326.

Stein B., Comer, D., Gardner, W., & Kelleher, K. (1999). Prospective study of displaced children's symptoms in wartime Bosnia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 464-469.

Stover, C., & Berkowitz, S., (2005). Critical review of PTSD measures for young children. *The International Journal of Traumatic Stress, 18*(6), 707-717.

Thabet, A.A., & Vostanis, P. (1999). Post traumatic stress reactions in children of war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 385-391.

Thabet, A.A., Abed, Y., & Vostanis, P. (2002). Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: A cross-sectional study. *Lancet, 359*, 1801-1804.

Thabet, A.M., Karim, K., & Vostanis, P. (2006). Trauma exposure in pre-school children in a war zone. *British Journal of Psychiatry, 188*, 154-158.

Young, B., & Papadatou, D. (1997). Childhood death and bereavement across cultures. In Parkes, C.M, Laungani, P., & Young, B. (Eds.), *Death and bereavement across cultures*. London: Routledge.

Zahr, L.K. (1996). Effects of war on the behavior of Lebanese pre-school children: the influence of home environment and family functioning. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*, 401-408.