

اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين

مبعض اات النازحين بولاية غرب دارفور

د. عبد الباقي دفع الله أحمد

أ. علي الجيلي الشيخ عكاشة

د. عبد الرحمن عثمان عبد المجيد

مستخلص الدراسة

تهدف هذه الدراسة لمعرفة السمة العامة المميزة لاضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال في معسكرات أردمتا والرياض بولاية غرب دارفور، ومعرفة ما إذا كانت هناك فروق في أعراض الاضطراب تبعا لنوع الأطفال أو لاختلافهم في مستوى التعليم. ولتحقيق هذه الأهداف استخدم الباحثون المنهج الوصفي الارتباطي. وتكون مجتمع الدراسة من كل الأطفال والمراهقين بمعسكري أردمتا و الرياض بمدينة الجبينة بولاية غرب دارفور والبالغ عددهم حوالي (5200) طفل ومراهق. تم اختيار (395) مفحوصا منهم (172) ذكرا، و (223) أنثى، ليمثلوا عينة الدراسة، وقد تم تطبيق مقياس أعراض الصدمة النفسية للأطفال (Trauma Symptoms Check List For Children) الذي يحتوي على 44 عبارة تفحص ستة أبعاد وهي: اضطراب ما بعد الصدمة، والقلق و الاكتئاب و التفكك، والغضب، و اضطراب عدم التوافق الجنسي، هذا إضافة لأسئلة المعلومات الأولية. استخدم الباحثون الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية لتحليل البيانات وذلك بتطبيق مجموعة من الاختبارات على مختلف الفروض مثل: اختبار (ت) و اختبار تحليل التباين الأحادي، و اختبار توكي للتحليل البعدي. ومعامل ارتباط بيرسون،

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
و اختبار فريدمان الرتبي. وتوصلت الدراسة لمجموعة من النتائج من أهمها: أن
جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تتسم بالانخفاض بدرجة دالة إحصائياً وسط
الأطفال والمراهقين بولاية غرب دارفور. كما أنه لا توجد فروق دالة في كل أبعاد
أعراض الصدمة النفسية تبعاً للنوع (ذكر أو أنثى). كذلك توجد فروق دالة في
جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تبعاً للمستوى التعليمي بين مستوى التعليم الثانوي
وبقية المستويات التعليمية وذلك لصالح المستوى الثانوي. كما بينت النتائج أن
اضطراب ما بعد الصدمة هو الأعلى أي الأكثر شيوعاً، بينما القلق هو الأدنى أي
الأقل شيوعاً. وقد ذيلت الدراسة بمجموعة من التوصيات وفهرس بأهم المراجع التي
تمت استشارتها.

تمهيد:

لم يكن مصطلح اضطراب ما بعد الصدمة موجوداً ضمن مصطلحات الطب
النفسى قبل عام 1980م، ولكنه بدأ تدريجياً في الظهور عقب انتهاء الحرب
العالمية الثانية، حيث تمت ملاحظة مجموعة من الأعراض النفسية المشتركة التي
تظهر على بعض الجنود المقاتلين أثناء مشاركتهم في الحرب. ثم اكتملت
الملاحظة بظهور الأعراض بصفة عامة على الذين يشاهدون أو يتعرضون
للتهديدات والقتل والتعذيب والاغتصاب، أو للهجرة والنزوح، والمجازر، أو لانتهاك
القيم، وغياب الدعم، ولفقدان المقومات الأساسية، وللقصور الجسدي والوظيفي،
وللحرمان من الحاجات الضرورية للاستمرار في نسيج شبكاتهم الاجتماعية. وتم
تعميم المصطلح بعدها على كل الذين تظهر عليهم الأعراض جراء تعرضهم
للكوارث الطبيعية الصادمة مثل الزلازل والفيضانات والبراكين والأعاصير والحرائق
التي تهدد حياة الإنسان وتفق قدراته على الاحتمال والمقاومة والتوافق، وتجعله في
حالة من العجز والرعب والهلع والانهييار والضياع واختلال البناء النفسى والبدني.

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
صنفت الأعراض التالية للصدمة كمرض يسمى " الكرب " أو القلق بعد
الصدمة. وبحسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات
النفسية (Fourth Edition of Diagnostic and Statistical Manual of
(Mental Disorders) " DSM IV " الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب
النفسي جرى تغيير المسمى إلى متلازمة اضطراب ما بعد الصدمة (Post-
Traumatic Stress Disorder) (PTSD)، التي تتعلق بظهور أعراض نفسية
بعد تعرض الشخص لأحداث صادمة تؤدي لأعراض تستمر معه لأشهر وأحيانا
لسنوات، بحيث تؤثر على توافقه وأدائه الوظيفي وعلى ممارسة أنشطته اليومية.
وعادة ما تظهر الأعراض بوضوح خلال الثلاثة أشهر الأولى من التعرض
للأحداث الصادمة، وفي بعض الحالات النادرة قد تظهر الأعراض بعد سنوات.
وقد تشد حدة الأعراض وترافقها نوبات الهلع عند زيادة الضغوط النفسية أو عن
التعرض لما يذكر الشخص بالأحداث الصادمة (شيرالدي، 1999م، الغازي
2011م).

ورغم أن أعراض ما بعد الصدمة قد تتلو معظم الأحداث الصادمة في
ضوء قابلية الأفراد، إلا أن الحروب تعد أقصى وأقسى أشكال العدوان على
الإنسان. وتقف شاهدة على ذلك آثار وأهوال الحربين العالميتين الأولى والثانية
التي ما زالت آثارهما ماثلة حتى الآن، وما تلاهما من حروب في معظم قارات
العالم والتي بلغت مائة وخمسين حرباً نتج عنها موت اثنين وعشرين مليون
شخص، مما أدى لاستحداث ما يسمى بعلم الصدمة (Traumatology) الذي
يعرف بأنه الدراسة العلمية والتطبيقية للآثار النفسية والاجتماعية المباشرة وطويلة
الأمد للأحداث الضاغطة، والعوامل التي تؤثر في هذه الآثار أو العواقب (عبد
الخالق 1998م). فقد كان للحروب إذن الأثر الأكبر في نشأة وتطور مفهوم

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
اضطراب ما بعد الصدمة. ويستنتج من ذلك أن انتشار اضطراب ما بعد الصدمة
يترافق ويرتبط ارتباطاً عالياً بالأفعال البشرية القاسية وغير المنطقية وغير
الإنسانية، وبعوثة الكوارث والحروب ولما يرافقهما من تهديد للأمن وسلامة
النفس والبدن.

أصبحت القارة الإفريقية منذ السبعينيات مسرحاً للكوارث الطبيعية
والنزاعات والصراعات والحروب الدموية بسبب الخلافات القبلية والطائفية والفكرية
والحدودية، وبسبب الجهل والفقر والصراع حول الثروة والماء والمرعى. ومن
النزاعات التي شغلت الساحة المحلية والأفريقية والعالمية ما يحدث في إقليم دارفور
السوداني من تدمير للريف بما فيه من ثروات ومبانٍ ووسائل إنتاج وخدمات
ومصادر مياه، حيث تحول أكثر من مليوني مواطن إلى لاجئين من ديارهم،
وتوقفت العملية الإنتاجية، وجفت مصادر دخل المواطن على ضعفها، وتحول
اقتصاد المنطقة من اقتصاد اكتفائي إلى اقتصاد المعونات، وتحول الناس إلى حياة
المعسرات البائسة بما فيها من العجز واليأس، ومن حياة الذل والمسكنة والمخاطر
والأمراض والاعتماد بدرجة كبيرة على المنظمات الأجنبية، وانعدام الرؤية (بابكر،
2008م، عطا المنان، 2008م).

وكما هو الحال في كل الحروب، فإن الأطفال هم من أول الضحايا في
النزاعات المسلحة في دارفور. فالأطفال هم أكثر الفئات عجزاً وهشاشة لمواجهة
ومقاومة لما يتعرضون له من خطر ورعب. إذ إنهم يتعرضون لظروف لم يسبق أن
استعدوا وتهيأوا لها، وليس لديهم الخلفية الدينية والثقافية للراشدين والتي تعطي
الأحداث الصادمة معنى قد يقلل من حجم ونوعية التأثير بها. فالأطفال يفتقرون
إلى القدرات المعرفية التي تمكنهم من استيعاب ما يتعرضون له من أخطار
وخبرات صادمة ومن تقدير مصالحهم ومن تلبية حاجاتهم بأنفسهم ومن حماية

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين حقوقهم. كما يفتقرون للقدرة على التعبير اللفظي عما يعانونه جراء المشاهدة والمواجهة للاستغلال والأذى الذي يلاقونه (الشامي 2010م). ويذكر بعض المهتمين فقد تحول أكثر من مليوني مواطن إلى لاجئين، وبلغ عدد الأطفال الذين تم استغلالهم بإسراهم في النزاعات المسلحة في دارفور 300000 طفل (بابكر 2010م).

يرى الباحثون أن آثار الحرب النفسية على الأطفال أصبحت من الأولويات التي ينبغي أن تنال الاهتمام، خاصة وأن الدراسات العلمية التي تناولت هذا الجانب قليلة، رغم أن النزاعات قد تترك آثارا نفسية واجتماعية طويلة الأمد يصعب التغلب عليها لفترة طويلة، وقد تخل هذه الآثار بكيان الأفراد والجماعات (عطا المنان 2008م). لذلك جاء اهتمام الباحثين بفئة الأطفال باعتبارها من الفئات المهمة التي تستحق الدراسة من أجل توفير المعرفة الضرورية لحمايتهم باعتبارهم أجيال المستقبل.

مشكلة الدراسة:

ركزت معظم الدراسات على الآثار السياسية والاقتصادية والجسمية للحروب والنزاعات المسلحة بالرغم من وضوحها، بينما قد تأخذ الآثار النفسية زمتا طويلا حتى تكون واضحة للعيان. إذ إن كل الحروب تمثل أخطارا داهمة وانتهاكات واستباحات تهدد كافة أفراد المجتمع وتعرضهم للصدمات المادية أو النفسية أو كليهما. وتعد الخبرات التي يعيشها ضحايا الحرب خبرات مفرطة وعنيفة ومستمرة وكارثية وفي تصاعد مستمر، يتعرض لها أطفال ومراهقون يفتقرون أصلا للحماية والدعم والمساندة، ولا يعرفون لماذا تقع هذه الأحداث ولا يفهمون دلالاتها. وأورد بعض الباحثين أن الأحداث الصادمة قد تسبب مشاكل نفسية للبالغين، ولكنها قد تسبب تغييرات دماغية عند الأطفال تؤدي إلى خلل في وظيفة قرن آمون " المنطقة

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
المسؤولة عن تخزين الذكريات واستعادتها ". ومثل هذه الأحداث هي من النوع
الذي ذكر الباحثون بأنه يؤدي إلى سوء التوافق وإلى صدمات شديدة، وإلى
اضطرابات نفسية تهز كيان الشخص وتكامله، مما يزيد من الحاجة إلى تشخيصها
بالأساليب العلمية توطئة للحد من انتشارها أو اجتثاثها بصورة كاملة.

وتتلخص مشكلة الدراسة الحالية في تحديد السمة العامة المميزة
لاضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال في معسكرات أردمتا والرياض بولاية
غرب دارفور، ومعرفة ما إذا كانت هناك فروق في أعراض الاضطراب تبعاً لنوع
الأطفال أو لاختلافهم في مستوى التعليم. ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في
التساؤلات التالية:

1. ما السمة العامة المميزة لأبعاد أعراض ما بعد الصدمة وسط الأطفال
والمراهقين بمعسكري أردمتا والرياض؟

2. هل توجد فروق دالة في أبعاد أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وسط
الأطفال والمراهقين بمعسكري أردمتا والرياض بولاية غرب دارفور تبعاً
للنوع؟

3. هل تختلف أبعاد أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال
والمراهقين بمعسكري أردمتا والرياض بولاية غرب دارفور تبعاً لمستوى
التعليم (ثانوي، أساس، خلوة، أمي)؟

4. ما أكثر الاضطرابات النفسية التالية للصدمة انتشاراً وسط الأطفال
والمراهقين بمعسكري أردمتا والرياض بولاية غرب دارفور؟

أهمية الدراسة: تتمثل أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

1. تعتبر هذه الدراسة من الدراسات النادرة - حسب علم الباحثين - التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين بسبب النزاعات المسلحة في دارفور مما قد يسهم في سد الثغرة في هذا المجال، وفي دراسة أهم المراحل العمرية التي تعتمد عليها المراحل النمائية التالية.
2. المساهمة في عكس آثار الحروب النفسية على الأطفال في كافة مناطق النزاعات المسلحة على وجه العموم، وفي دار فور على وجه الخصوص.
3. وبحسب الباحثون أن الدراسة الحالية قد تكون إضافة نظرية وتطبيقية مهمة للمكتبة العلمية لكافة المهتمين بشأن الطفولة والمجتمع والبحث العلمي، وبالتالي فقد تكون حافزا لاستثارة البحث العلمي لدراسة المشكلة من كافة جوانبها واستهداف كافة قطاعات المجتمع ومراحله العمرية.

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية لتحقيق الأهداف التالية:

1. معرفة السمة العامة المميزة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين الذين يعيشون بمعسكرات النازحين بأردمتا والرياض بولاية غرب دارفور، ومعرفة الفروق في الإصابة بالاضطراب ودرجة شدته في ضوء نوع الأطفال ومستوياتهم العلمية.
2. ربما توفر نتائج هذه الدراسة المعلومات العلمية عن آثار الحرب النفسية على أطفال دار فور مما قد يعين المؤسسات الرسمية والطوعية على اتخاذ القرارات المناسبة وبناء البرامج الانمائية والوقائية والعلاجية.

حدود الدراسة: اقتصرت حدود البشرية على (395) طفلاً ومراقباً تم اختيارهم عشوائياً من مجتمع الدراسة. أما الحدود المكانية فقد أخذت العينة من معسكري

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين أردمتا والرياض بمدينة الجنية عاصمة ولاية غرب دارفور . وأخيرا الحدود الزمانية، حيث تم تطبيق أدوات الدراسة في مارس (2010م).

مصطلحات الدراسة: شملت هذه الدراسة مجموعة من المصطلحات التي ربما تحتاج لبعض التعريفات الدقيقة، ومن أهم هذه المصطلحات:

1. اضطراب ما بعد الصدمة: (PTSD) هو اضطراب نفسي يترافق مع أحداث صادمة شديدة. وتتضمن الأعراض الكلاسيكية (classic symptoms): إعادة معايشة الصدمة في الأحلام، وفي الصور الذهنية والأفكار، والشعور العام بعدم القدرة على التعبير عن المشاعر، وذلك بعدم إظهار مشاعر إيجابية تجاه الآخرين، والشعور بعدم الرغبة في التفاعل مع العالم الحقيقي، والابتعاد عن العلاقات الاجتماعية، وعدم الاهتمام بالأعمال التي كان موضع الاهتمام في السابق، ونسيان الحديث أو عدم القدرة عن الحديث عن جوانب مهمة من الصدمة، والإحساس بالذنب لكونه باقيا على قيد الحياة، بالإضافة لاضطرابات النوم، والاستثارة الزائدة. ويشخص الاضطراب عموما كأحد اضطرابات القلق (آرثر ريبير 1987 - Arthur S Reber - P 561).

3. الأطفال: يعرف الطفل وفق موثيق الأمم المتحدة بأنه كل إنسان لم يتجاوز السنة الثامنة عشرة (اتفاقية حقوق الطفل 2002-2004). ويمكن تعريفهم إجرائيا بأنهم الفئة التي تم اختيارها كعينة أجريت عليها أدوات وإجراءات الدراسة الحالية.

4. أردمتا والرياض: هما معسكران للنازحين داخل مدينة الجنية بولاية غرب دارفور.

5. مدينة الجنية: هي أكبر المدن بولاية غرب دارفور وحاضرة الولاية. الإطار النظري للدراسة: يرى الباحثون أن النزاعات المسلحة في دار فور لا تختلف كثيرا عن النزاعات في مختلف بلدان القارة الإفريقية من حيث أسبابها ومن

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين حيث تأثيراتها المساوية على كل جوانب الحياة للمجتمعات، وخاصة فئات الأطفال قليلة الحيلة حيال ما تحدثه النزاعات من قتل وجروح وتدمير للمأوى ولمصادر الأكل والشرب والعلاج والتعليم والأمن والدعم.

توضح الروايات أن لمشكلة دارفور تاريخ طويل ومعقد، إلا أن الأسباب المباشرة لما يحدث الآن من نزاعات يرجع إلى التمرد الذي اندلع عام 2003م، على خلفية الترسبات والتراكمات القديمة. ويرى حسام (2009م) أن بداية الصراع الحالي كانت عادية ومألوفة الحدوث، حيث كانت قضية سببها جمل بين بعض بطون الزغاوة وأولاد زيد (رزىقات شمالية). ثم تحول هذا الحادث الصغير إلى نار أحرقت الكثير من الأبرياء وشردت الكثيرين، وحولت التعايش القبلي السلمي في دارفور إلى صراع اتخذ طابعاً قتلانياً وقبلياً، وأصبح يعرف ما يسمى بحرب العرب و الزرقة (نور 2008م). ومما تجدر الإشارة إليه أن صراع الفور والعرب عام 1987م كان نقطة تحول في تاريخ الصراعات القبلية في دارفور، إذ إن الصراعات السابقة كانت أسبابها المرعى أو حدود إدارية قبلية، غير أن صراع سنة 1987م اتسم بالحدة والقتل والنهب وحرق قرى بأكملها، كما أن الصراعات السابقة كانت تحدث بين قبيلتين فقط بينما تجمعت في هذه المرة سبع وعشرون قبيلة عربية ضد قبيلة الفور. وقد اختلف هذا الصراع أيضاً عن الصراعات السابقة في أن القبائل التي لم تشارك في الصراع لم تستطع القيام بدور الأجاويد كما هو متعارف عليه وذلك نسبة لمستوى الاستقطاب الكبير للقبائل المختلفة (منى 2001م).

كانت ظاهرة النهب المسلح من أهم العوامل في تصاعد النزاع بين العرب والفور في عام (1989). ففي أغسطس (1988) هاجمت مجموعة مسلحة من القبائل العربية عدة قرى في منطقة كاس التي يقطنها الفور وقتلوا منهم عشرة أشخاص، ونهبوا كمية من الأموال النقدية وحرقوا ثمانية عشر منزلاً، وفي نوفمبر

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين من نفس العام شنت مجموعة من قبائل السلامات وبنى هلبة هجوماً على قرى الفور في جبل مرة نتج عنه قتل أربعين شخصاً من الجانبين، ونهبت القبائل العربية عدد ألفي رأس من ماشية الفور (منى، 2001). ولكن مهما كانت خلفية الصراع القبلية والسياسية والاقتصادية والإثنية إلا أن نتائجه كانت مصدراً من مصادر الضغوط والصدمات النفسية والاجتماعية التي تجاوزت قدرات وعتبات التحمل لمكونات المجتمع الدارفوري وخاصة مجتمع الأطفال.

الوضع داخل عسكري أردمنا والرياض:

بالإضافة إلى المعاناة من أهوال الحرب وفقد الأهل والممتلكات، فقد كانت هناك مشاكل من نوع آخر لضحايا الحرب الذين تم نقلهم إلى المعسكرات. ومن أهم المشاكل التي وقف عليها بعض فريق البحث داخل هذه المعسكرات تدهور الحالة الأمنية بسبب وقوع بعض هذه المعسكرات في معاير المسلحين. كما أن بعض الحركات المتمردة لها وجود ونفوذ في عدد من معسكرات النازحين. ومن المشاكل أيضاً انتشار الخمر والمخدرات والتحرش الجنسي. ومن المشاكل غير المباشرة دخول أعداد كبيرة من غير المتأثرين بالنزاعات إلى هذه المعسكرات ليستفيدوا من مختلف أنواع المساعدات مما أدى إلى ضعف الرغبة في العمل والإنتاج لدى البعض، وإلى صعوبة التعرف على الفئات الأساسية المستهدفة خبمات الدعم والعلاج وإعادة التأهيل، وإلى عدم استفادتها من الخدمات المقدمة بالصورة المطلوبة.

أوضح أنور (2008) أن الآثار النفسية للحروب تظهر بصورة واضحة في شكل اختلال نفسي وعقلي للأطفال، وذكريات مريرة، وتكوين الشخصية الثأرية الانتقامية، إضافة لانعدام الثقة في كل شيء حتى في أقرب الأقربين. كما أوضحت الدراسة أن بعض الأطفال في المعسكرات يستجيبون للمثيرات التي

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين تذكرهم بما حدث في ميدان الحرب باستجابات الخوف والقلق والتوتر. إذ صار الواحد منهم إذا قامت أمه بإيقاد النار للطبخ يصرخ ويبكي ويحاول الهرب، وقد يتجنبون الأوضاع التي تذكرهم بالحدث الصادم. كما أن كثيراً من الأطفال صاروا يخافون من الحصان والجمال لأنهما الوسيلة التي كان يمتطيها المهاجمون في أثناء هجومهم على القرى. أي أن خبرات الحرب الصادمة صار لها ارتباط شرطي بحوادث الحياة اليومية التي يعيشها الأطفال، فأصبح الأطفال يستجيبون بنفس الطريقة لكل ما يذكرهم بما رأوه وعاشوه في أجواء الحرب، وأصبحوا يكررون ويمثلون في ألعابهم ما يدور في تلك النزاعات من مشاهد، أي أنهم يستعيدون الحدث المؤلم من خلال اللعب وتمثيل كل ما يرتبط بالصدمة.

الأطفال في ظروف المعسكرات أردمتا والرياض:

تتفق معظم مدارس علم النفس على اعتبار النمو حركة دائمة ومستمرة ومتصلة ومتكاملة تتأثر فيها كل مرحلة بسابقتها وتؤثر في المرحلة التي تليها، ويتم فيها استيعاب الخبرة الفردية والاجتماعية من أخذ وعطاء وتعلم للأدوار، وإشباع للحاجات، واكتساب للمهارات وللمعايير والقيم، وللاتجاهات الإيجابية نحو النفس والأسرة والدين الوطن والمجتمع. ولكي ينمو الطفل نمواً متكاملًا لا بد من الإيفاء بحاجاته والاستجابة لمتطلبات نموه وعلاج مشكلاته والالتزام بحقوقه، وتوفير الظروف المناسبة لكل ذلك وإين عدم الإيفاء بحاجات الأطفال والاستجابة لمتطلبات نموهم وحرمانهم من الظروف الضرورية لنموهم في كافة جوانبه قد تؤدي بدرجة كبيرة لسوء توافقهم ومعاناتهم من الاضطرابات النفسية والاجتماعية وقصور كفاءتهم وفعاليتهم الفردية والجمعية (علاونة 1994م). وما ينبغي التأكيد عليه هو أن حاجات ومتطلبات الطفل هي حاجات ومتطلبات فرد في بيئة وفي جماعة. وتمثل البيئة كل العوامل الخارجية التي تؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة على

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون

اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين

تشكيل شخصية الفرد، وبالطبع فان تأثير البيئة الإيجابية يعتمد على معطياتها الايجابية اقتصاديا وصحيا وأسريا واجتماعيا وفكريا وأمنيا (زهرا 2005م). فذات الطفل - وهي وعيه بكيونته وبالآخرين - تنمو وتتكون بنيتها من خلال تفاعله مع بيئته. ولنمو مفهوم ذات ايجابي يحتاج الطفل إلى الأمن من خلال الاستقرار والانتماء إلى أسرة وجماعة ورفاق دراسة في جو هادئ يشبع حاجته للحب والتقدير المتبادل وللنشاط والترفيه واكتشاف الذات. كما يحتاج للرعاية الوالدية، وللحرية والاستقلال، ولتعلم القيم والمعايير والأهداف، وللمكانة والإنجاز، واحترام الذات، وللعب ولتحريك طاقاته الكامنة للتأثير في بيئته. وبالتالي فندمير البيئة الخارجية في كل جوانبها، وغياب الرعاية الأسرية والمدرسية والثقافية لا يتيح للطفل تنمية العوامل الداخلية لديه، أي توفير الخبرات لتحريك طاقاته الكامنة حتى يستطيع التفاعل المنوافق مع نفسه وبيئته. وفي مثل هذه الظروف ينمو الاستعداد وتنمو القابليات لتعلم استجابات العجز والاستسلام وللإصابة بالاضطرابات النفسية والسلوكية في ظل غياب الرقيب الأبوي الطبيعي والمهني.

وأول ما يلاحظه الباحثون والمهتمون عند النظر إلى واقع الأطفال بالمعسكرات في ولاية غرب دارفور هو أنهم يعيشون في بيئة طالها التدمير المأساوي الذي مس تكوين الأسرة ونظامها، ومس البنيات الأساسية في مجال التعليم والصحة والزراعة والرعي، وشكل تهديدا للحياة، وسبب الأذى الجسمي والنفسي والهلع المستمر لكل مكونات المجتمع في غرب دار فور. وقد كانت الأضرار بالمعسكرات - كما شاهد بعض أعضاء فريق البحث - بالغة التأثير خاصة على شريحة الأطفال والتي لم يتكون لديها النضج والوعي الكافي بالذات والآخرين، ولم يتحقق لها النضج الذي ينظم إدراكها ويمكنها من استيعاب ما تتعرض له من خبرات خارجية وداخلية. فالمشاهدة تؤكد ما ذهب إليه بعض

دراساه إفرية

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين الباحثين بأن ظروف المعسكر - وفي ضوء مفاهيم النمو السوي - تمثل ظروفًا مثالية للنمو غير المتكامل وغير المتوازن لهؤلاء الأطفال. فأطفال المعسكرات - في ضوء بيئة المعسكرات - أطفال محرومون من الحاجات الضرورية.

يوضح عبد الرحمن عثمان (2007) أن الخبرة هي أهم المصادر لبناء الذات ولسلامتها وصحتها النفسية وفعاليتها لمواجهة الضغوط والتحديات. وتمثل الخبرة الإيجابية ما تكتسبه الجماعة وما يكتسبه الفرد من مهارات وخصائص لتتكامل وتتوازن شخصيته الفردية والجماعية بالشكل الذي يحقق التوافق مع متطلبات نمو الأفراد والجماعات ومع قضايا العالم المعاصر، وبالشكل الذي يمكن من المحافظة على الأرض والوطن وعلى المنهج وعلى كيان الفرد والجماعة واستقرارهما وعلى شهودهما الحضاري. وما يقرأ عن أدبيات النزاع في دار فور يؤكد فقدان قدرة الأطفال بالمعسكرات على التحكم، وفقدانهم للفرص للتعبير عن الحقوق والذات والفعالية، بالإضافة لفقدان الدعم الأسري والاجتماعي، وانتهاء مصير الكثيرين من الأقارب إلى اللجوء أو الهجرة أو السجن واعتمادهم على الإعانة والحلول الخارجية. وهي حالة يصفها مارك بأنها حالة لا تنم على الصحة الإيجابية، ولا تنم عن خبرة الذات الحقيقية (مارك 2002 Mark). وهي حالة يصاحبها تشوش المخططات المعرفية للأفراد والجماعات، ونقصان الثقة بالنفس وبالأخرين، وسوء التوافق العام، وشدّة الشك والتوجس والتشاؤم. وبفعل هذه الخبرات والخصائص الكارثية يلجأ الأفراد للخيارات والبدائل التي تقودهم للاقتتال ولتصفية ولقتل بعضهم بعضاً. إن الشواهد التي يوردها البعض مثلاً (منى 2001م، نور 2008م، حسام 2009م) عما صاحب النزاعات من عنف وحرق للقري وتشريد وترويع وقتل، وما ينتشر داخل المعسكرات من نهب وخمور ومخدرات وتحرش جنسي، يؤشر بصورة واضحة على غياب الموجهات الثقافية والاجتماعية والدينية

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
لمكونات المجتمع الدارفوري وعلى ضعف الفرضيات الأساسية التي يعيشون بها
وتجعل لحياتهم معنى.

تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة قد يحدث اضطراب ما بعد الصدمة إذا :
(1) تعرض شخص لموقف صادم حدث فيه التالي: مر بخبرة، أو شاهد، أو واجه حدثاً أو أحداثاً تضمنت موتاً فعلياً أو تهديداً بالموت أو أذى بالغاً، أو تهديداً للتكامل والسلامة الجسمية للشخص أو للآخرين. وكذلك تضمنت خبرة الشخص استجابة الخوف الشديد، والشعور بالعجز والاستسلام أو الرعب. وقد يعبر الأطفال بدلاً عن الخوف والرعب والعجز والاستسلام بإظهار السلوك المضطرب وغير المنتظم.

(2) يعيش أو يخبر أو يستعيد أو يسترجع أو يتذكر الشخص بصورة مستمرة الحدث الصادم بأحد الطرق التالية: الاستعادة المتكررة والمؤلمة بصورة احتمالية وضاعطة للحدث الصادم في صورة تتضمن الصور الذهنية والأفكار والمدرجات. وقد يعبر الأطفال الصغار بالألعاب التي تتضمن تمثيل لمشاهد وجوانب من الحدث الصادم. هذا إضافة للأحلام والكوابيس المزعجة المتكررة عن الحدث الصادم. بالنسبة للأطفال فقد يعانون من أحلام مخيفة تتضمن محتوى الحدث أو لا تتضمنه. وكذلك التصرف أو الشعور وكأنما الحدث الصادم سيعاود الحدوث مرة أخرى (ويتضمن ذلك إعادة معايشة الخبرة، والهلاوس، واسترجاع الحدث flashback، حيث يسترجع الشخص الحدث ويشعر بأنه لا يزال يعيش فيه أو يرجع لذاكرته كالفلم الذي يعرض مرارا. والبعض يختلف عندهم الوضع فيصابون بضعف أو فقدان الذاكرة النفسي فلا يتذكرون ما حدث لهم بالتفصيل أو يتفادون تذكره). بالنسبة للأطفال ربما تمثل لهم تفاصيل الحدث ثانية. وكذلك الشعور بالضيق والألم النفسي الشديد عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية ترمز أو

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين تشبه بعض جوانب الحدث الصادم. وذكر البعض (شيرالدي 1999م) أن هناك بعض المهيجات التي تذكر بالحادثة الصدمية أو جزءا منها مثل : المهيجات البصرية كروية الدم، والمهيجات السمعية كسماع صوت عادم السيارة، والمهيجات الشمية كرائحة المني التي تذكر بالاعتداء الجنسي، ومهيجات التنوق كأكل ساندويتش من الهامبرغر والذي ربما يذكر الشخص بحادث مروري وقع بعدما تحرك بسيارته من مطعم، والمهيجات الجسدية كشد العضلات والاستلقاء على الظهر مع إغماض العينين والذي ربما يذكر بحادثة اعتداء جنسي. وازدياد نشاط الاستجابات الفسيولوجية عند التعرض لما يرمز أو يشبه جوانب الحدث الصادم (مثل سرعة التنفس ودقات القلب والغثيان والدوخة وتصلب العضلات وتسبب العرق). أي ظهور الأعراض عند سماع طلق ناري أو سماع كلمة حرب أو رؤية صورة أو مركبة أو حريق أو نار.

ويحدث التجنب والخدر من خلال ثلاثة أو أكثر من الآتي: (1) بذل الجهد لتجنب الأنشطة والأمكنة أو الناس الذين يستثيرون ذكرى الصدمة. و(2) بذل الجهد لتجنب الأفكار والمشاعر أو الحوارات التي ترتبط بالصدمة. و(3) عدم القدرة في استرجاع جوانب مهمة من الصدمة. و(4) فقدان الاهتمام أو عدم المشاركة في الأنشطة الأساسية. و(5) الشعور بالغربة عن الآخرين وبالابتعاد عنهم. و(6) محدودية المشاعر (عدم القدرة على التمتع بمشاعر الحب). وقد يحدث الشعور لدى الشخص بالذنب من أنه عاش في حين مات الآخرون، أو يلوم الشخص نفسه بأنه لم يفعل شيئا لإنقاذ الآخرين. و(7) النظرة التشاؤمية للمستقبل (عدم التوقع بأن يحصل على وظيفة، أو أن يتزوج، أو أن يكون له أطفال ...).

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
يكون الاضطراب حادا إذا كانت مدة ظهور الأعراض أقل من ثلاثة أشهر، ويكون مزمنًا إذا كانت مدة الأعراض أكثر من ثلاثة أشهر. وبعد ستة أشهر من التعرض للحادث الصادم تظهر أعراض متأخرة أخرى. ولا تشخص الحالة بهذا الاضطراب إلا إذا توافر دليل على حدوثها خلال ستة أشهر من وقوع حدث ذو شدة استثنائية. ويكون التشخيص محتملا إذا كانت الفترة بين الحدث وبداية الحالة أطول من ستة أشهر بشرط أن تكون المظاهر السريرية واضحة وليس هناك تشخيص بديل للاضطراب. وبالإضافة إلى وجود دليل على الحدث الصادم ينبغي أن يكون هناك تذكّر متكرر للحدث أو إعادة تمثّل له من خلال الذكريات أو أحلام اليقظة أو الأحلام. وكثيرا ما يوجد تجنب وخطر في الأحاسيس واضطراب في المزاج والسلوك وكلها عوامل مساعدة في التشخيص ولكنها ليست ذات أهمية أساسية (International Classification of Diseases, Tenth Edition (ICD-10) Revision).

يضع الدليل العالمي العاشر لتصنيف الاضطرابات العقلية (-ICD-10) اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) ضمن الفئة (F40-F48) الخاصة بالأعصاب والاضطرابات ذات العلاقة بالضغط الجسمية المظهر، ويضعه ضمن الفئة الفرعية الخاصة بردود الفعل نحو الضغط الحاد واضطرابات التكيف. بينما يضعه الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (-DSM IV) ضمن المحور الخاص باضطرابات القلق. ولكن قد يكون اضطراب ما بعد الصدمة مصاحباً للزيادة التي تحدث في اضطراب الاكتئاب الرئيسي، والاضطرابات الناتجة من تناول بعض المواد واضطراب الهلع، والخوف المرضي، والوسواس القهري، واضطراب القلق العام، والخوف الاجتماعي، والاضطراب ثنائي

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين القطب. وقد تسبق هذه الاضطرابات أو تظهر في نفس الوقت الذي يبدأ فيه اضطراب ما بعد الصدمة.

أهم آثار اضطراب ما بعد الصدمة على الأطفال:

يتوقف تأثير الأحداث المأساوية على الشخص على قدراته وثقافته ومرجعياته العقائدية التي تعطي لما يحدث معنى معيناً يترتب عليه حجم التأثير ونوعيته. لكن الأطفال بصورة عامة ذوي قدرات محدودة ولم يبلغوا النضج المعرفي والديني والثقافي المطلوب، لذلك فأنهم لا يستوعبون الأحداث الصادمة ولا يستطيعون هضمها، وبالتالي يعانون من أعراض عديدة وشديدة. فالبعض يتهدم بيته أمامه وتحرق لعبه ودفاتره، والبعض ينتزعه الجنود من بين يدي والديه، والبعض يقتل والده أو والدته أمام عينيه، والبعض يرى الجنود ينتزعون والده، والبعض يرى أشلاء وأشخاصاً تمزقت أجسادهم وهم ينظرون ولا يفهمون شيئاً ولا يستطيعون فعل شيء. فالأطفال مخططات معرفية تعكس تصوراتهم البسيطة عن أنفسهم وأسرهم وعالمهم المحيط. وتتضمن تصورات الأطفال تصورهم بأنهم محبوبون من ذويهم ومحيطهم، وأنهم موضع حماية ورعاية من الجميع، وأن العالم يسوده الحب والخير. ولكن تهز أحداث الحرب والنزاع المسلح هذه الافتراضات البسيطة وتجعل آثار ما يحدث عميقة وشديدة، فتظهر أعراض ما بعد الصدمة على الأطفال وتؤثر عليهم في كافة جوانب الشخصية ومجالاتها.

مآل اضطراب ما بعد الصدمة:

تكون الصدمات من فعل الإنسان كالاغتداء والتعذيب والاعتداء والاعتصاب أكثر ضرراً من الصدمات الناتجة من الكوارث. وأن تراكم الخبرات الصادمة وتكرارها يؤثر على البناء النفسي خاصة على الأطفال ويرسب في نفوسهم التوتر ومشاعر العنف والحقد والحزن، ويخلق القابلية لديهم للإصابة بالاكتئاب والقلق واضطرابات النوم

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
وجود ضلالات وأفكار اقتحامية وسواسية والأعراض الهستيرية التحولية والتبول
الإرادي واضطرابات التأقلم وتأخر النضج النفسي وأعراض أخرى بجانب
اضطراب ما بعد الصدمة، وأن 30% يتم شفاؤهم بـصـور تامة، ويستمر 40% في
المعاناة من بعض الأعراض البسيطة، ويعاني 20% من أعراض متوسطة، ويبقى
10% على ما هم عليه أو يتدهورون أكثر. ومن العوامل التي تؤدي للمآل الحسن:
قوة الشخصية وكفاءتها قبل المرض، عدم إصابة الشخصية باضطرابات نفسية
مصاحبة للاضطراب، تمتع الشخص بالدعم الاجتماعي الكافي، وظهور أعراض
الاضطراب بعد وقت قصير من وقوع الحدث الصادم. ويكون المآل سيئاً بالنسبة
للأطفال ولكبار السن لضعف مهارات التوافق لديهم، ويكون سيئاً عند افتقاد الترابط
في الأسرة النووية ووجود الأسرة الممتدة وترابطها مع الأسرة النووية وترابط الحي
والقرية والمدينة. أي وجود شبكة الاتصال والدعم والمساندة حيث يصبح تلقي
الأزمات والصدمات تلقياً جماعياً يتحقق فيه التواصل والتفاعل السكاني
والاجتماعي والجغرافي والديني، ويتحقق فيه الإشباع المطلوب لحاجات المجتمع
والأفراد (كابلان وسادوك 1994 Kaplan & Sadock، قوطة والسراج 2001م
).

القابلية للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة:

تتسم شخصية ما لديهم القابلية للإصابة بالصدمة بالاعتمادية والسلبية
وضعف الثقة بالنفس وضعف المهارات والإرادة ومحدودية التعليم وعتبة التحمل،
والمعاناة الطويلة أو الدائمة من المشاكل النفسية والاجتماعية والخبرات السلبية
والمؤلمة مثل التعرض للاختطاف أو التعذيب أو الإساءة أو الإشارك القهري في
أعمال حربية أو تسويق مخدرات أو سرقة أو ارتكاب الجرائم. بالإضافة إلى ضعف
أو غياب الدعم، ووجود تاريخ مرضي أسري، ووجود عوامل حيوية أو جينية.

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
توجد فروق في ردود فعل الأشخاص حيال الأحداث الصادمة، فالبعض
تظهر عليه الأعراض بعد أيام أو أسابيع، والبعض تظهر عليه بعد أشهر، والبعض
تظهر عليه بعد سنوات، ومنهم من لا تظهر عليهم. وتظهر الأعراض أحيانا على
البعض بصورة تدريجية، وقد تظهر بصورة فجائية، وقد تظهر وتختفي. وتعتمد
احتمالية إصابة طفل بالاضطراب على شدة الحادث وقرب الطفل منه ومقدار
مشاركته فيه، وبالتالي ما يشاهده من دمار وكوارث ورعب، وما يترتب عليه من
فقدان شخصية بالنسبة له (الجلبي 2004م، المفرجي، سالم، والشهري، عبد الله
2008م).

علاج اضطراب ما بعد الصدمة:

يعد الكشف والعلاج المبكر للاضطراب عاملا أساسيا في الحد من تأثير
الاضطراب على شخصية الطفل وعطائه وأدائه الوظيفي، وفي تغيير حياته نحو
الأفضل. كذلك ينبغي أن يكون المعالج متوفرا بصورة دائمة ومدريا للتعامل مع
الأطفال. ويمكن أن تبدأ مساعدة الأطفال ب: إبعاد الأطفال من مكان النزاع إلى
أماكن آمنة وتنمية إدراك الأطفال بما يعانونه، وتنمية الدافعية لديهم بالحاجة
للعلاج والمشاركة فيه بفعالية وبالاعتناء بأنفسهم والتواصل مع أسرهم وجماعتهم،
دمج الطفل في ممارسة الهوايات والأنشطة الجماعية التي توفر له الدعم وتمكنه
من التنفيس والتفريغ وتلبيه عن الأفكار والمشاعر المزعجة، إقامة علاقة فعالة
تتيح للطفل وصف ما حدث بلغته ومن خلال وجهة نظره، وأن يعبر عن مشاعر ه
الحالية، وأن يتحدث عما قام به لحماية نفسه وعما سيقوم به لحماية نفسه مستقبلا،
وأن يدرّب الطفل على الاسترخاء بأنواعه المختلفة لكف توتره وقلقه. وهناك
مجموعة من الأساليب الإرشادية والعلاجية يمكن الاختيار من بينها في ضوء
مناسبتها وفعاليتها. ومن أهم هذه الأساليب: الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي،

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
واعادة البناء المعرفي، وذلك بمساعدة الطفل على التعرف على الأفكار المزعجة
غير المنطقية المرتبطة بالصدمة وتنفيذها وتحديها وإبدالها بأفكار ايجابية وتنمية
الدافع والعزيمة للعمل بمقتضى الأفكار الايجابية واستيعاب الخبرة الصادمة في
ضوء بنائه المعرفي البسيط. والعلاج السلوكي، وذلك باستخدام الفنيات المختلفة
كالغمر، أو النمذجة، أو التحكم في المثيرات، أو التدعيم والماركات الرمزية،
والاتفاقات المتبادلة، وتعليم الطفل مهارات حل المشكلة. والدراما النفسية والعلاج
بالفن والرسم واللعب. واستكشاف الذات وتنمية مفهوم ذات ايجابي. والتنفيس
الانفعالي. والإرشاد والعلاج الاجتماعي والديني والأسري وإرشاد الأزمات واستخدام
الخط الساخن والعون الالكتروني. والعلاج الدولي والإنساني. والعلاج المتكامل
نفسياً ودوائياً واجتماعياً ودينياً وتربوياً (عادل 2000م، عبد الجيد 2002م).

الدراسات السابقة:

يستعرض الباحثون فيما يلي مجموعة من الدراسة السابقة ذات الصلة بموضوع
الدراسة الحالية، وذلك بإيرادها حسب الأسبقية الزمنية لإجرائها، ويؤكد الباحثون أن
آثار الحرب لا تختلف من بيئة لأخرى فنتائجها كارثية على كافة البيئات والأفراد،
وفيما يلي عرض لأبرز نتائج هذه الدراسات والمعلومات الأساسية المرتبطة بها،
علماً بأنه تم تصنيف هذه الدراسات لدراسات عربية وأخرى أجنبية للمقارنة بين
النتائج فقط لا غير.

أجرى مركز البحوث التربوية (1992) دراسة لتشخيص اضطراب ما
بعد الصدمة بسبب الاحتلال العراقي للكويت. وقد شملت العينة (1299) طفلاً
في الفئة العمرية من (7 - 10) سنوات، و(1482) مراهقاً في الفئة العمرية من
(11-17) سنة. وتوصلت الدراسة إلى أن معظم أطفال العينة قد تعرضوا لأعراض

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
صدمة ما بعد الحرب مما نتج عنه اضطراب الضغوط التالية للصدمة على
مستويات مختلفة تراوحت ما بين خفيفة إلى شديدة جداً .

قام خضر بارون (1993) بدراسة للكشف عن الاضطرابات النفسية
والجسمية عند المراهقين الكويتيين الناجمة عن العدوان العراقي. تكونت عينة
الدراسة من (450) طالباً وطالبة ممن يدرسون في المدارس الثانوية، واستخدمت
استمارة بيانات اجتماعية عامة، واستبانته معاناة الفرد في أثناء العدوان، وقائمة
الاضطرابات النفسية الجسمية. وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود فروق دالة
إحصائياً في الاضطرابات النفسية الجسمية بين فترات قبل العدوان وخلالها وبعده،
حيث زادت هذه الاضطرابات في أثناء العدوان عنها قبله، وكذلك انخفضت بعد
العدوان عن قبله، كما لم تتغير متوسطات الاضطرابات النفسية الجسمية تبعاً
لمكان الإقامة في أثناء العدوان (خارج الكويت وداخلها)، وظهرت فروق دالة
إحصائياً بين الجنسين في الاضطرابات النفسية الجسمية (متوسط الإناث أعلى)،
على الرغم من أن معاناة الذكور من العدوان كانت أكبر من الإناث.

هدفت دراسة فوزية عباس هادي (1995) إلى تقويم النتائج النفسية
والفيزيولوجية الناتجة عن أزمة الخليج على أطفال الكويت وآبائهم. وقد تألفت العينة
من (151) طفلاً كويتياً تراوحت أعمارهم بين (9-12) عاماً إضافة إلى (140)
من والديهم. وأظهرت النتائج أنه بعد سنتين من انتهاء أزمة الخليج فإن الأطفال
الذين تعرضوا لصدمة حادة وكذلك آباؤهم ما زالوا يكشفون عن درجات مختلفة من
القلق النفسي، كما دلت نتائج هذه الدراسة على أن هذه الخبرات الصدمية قد أثرت
في الأطفال بصرف النظر عن جنسهم ذكوراً أو إناثاً .

قامت المجدلوي عام (2004) بدراسة أثر الخبرات الصادمة على
التحصيل الدراسي وسط أطفال قطاع غزة. تكونت عينة الدراسة من (432) طفلاً

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين فلسطينياً، وتوصلت الدراسة إلى أن معدل انتشار ضغط ما بعد الصدمة بين الأطفال بلغ (71.2%). كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط بين الخبرات الصادمة وتطور ضغط ما بعد الصدمة من جهة، ومستوى التحصيل الدراسي من جهة أخرى.

أجرت آمال إبراهيم (2011) دراسة من أجل التعرف على الضغوط النفسية وأساليب التعامل وسط أطفال النزاعات المسلحة بمعسكرات النازحين في ولاية جنوب دار فور. بلغ حجم عينة الدراسة 295 طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم بين 9 - 15 سنة تم اختيارهم بالطريقة المتساوية، وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال بالمعسكرات يعانون من الضغوط النفسية بدرجة مرتفعة، وأن هناك فروقاً في الضغوط النفسية بأبعادها المختلفة والدرجة الكلية بين الذكور والإناث لصالح الإناث.

في عام (2005-2008م) أجرى سندي ميلس وآخرون دراسة بعنوان فحص التعرض الصدمي واضطراب ما بعد الصدمة وسط المراهقين في الحرب التي شهدتها جمهورية شرق الكونغو الديمقراطية. هدفت الدراسة إلى فحص الصحة النفسية وسط المراهقين بجمهورية شرق الكونغو، وذلك لما شهدته البلاد من أزمات منذ العام (1996). استخدم الباحثون مقياسي التعرض للأزمات الطارئة للمراهقين، ومقياس تأثير الأحداث. توصلت الدراسة إلى أن من بين (477) من الإناث و(569) من الذكور (95.0%) خبروا على الأقل حدثاً صدمياً واحداً. وكان تعرض المراهقين في المتوسط (4.71) حدثاً صدمياً. وكان معدل التعرض للصدمة عالياً خصوصاً وسط الذكور سواءً في المناطق الريفية أو الحضرية في المجموعات الأكبر سناً ممن فقد أبوه أو أمه. ومن بين (990) من المفحوصين خبر (52,2%) اضطراب ما بعد الصدمة، وترتبط الأعراض بقوة بالتعرض

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين المتكرر للصدمة، غير أن قوة هذا الارتباط تختلف قليلاً في المناطق السكنية للإناث.

قامت كاثرين بريك وآخرون (2006م) بدراسة العنف والمعاناة والصحة النفسية في أفغانستان دراسة مسحية على المدارس. تكونت العينة من (1011) طفلاً تضم الفئة العمرية ما بين (9-16 سنة) تم اختيارهم من (25) مدرسة حكومية من مناطق (كابول، بامين، ومزار شريف) هدفت الدراسة إلى تقييم الصحة النفسية والخبرات الصدمية والتشغيل الاجتماعي وسط مجتمع الدراسة. ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن ثلثي الأطفال قد تعرضوا لخبرات صدمية. يتضح من خلال عرض نتائج الدراسات السابقة أن كل المناطق التي أجريت فيها الدراسات شهدت أحداثاً عنيفة عصبية عاشتها شعوب هذه المناطق، وكل الدراسات دون استثناء تعرض أفراد عينتها لخبرات نفسية صادمة نتيجة للتجارب المأساوية التي عايشوها. وأن الدراسات التي أجريت على الأطفال والمراهقين السودانيين المتأثرين بالنزاعات المسلحة تعد قليلة ولم تركز على اضطراب ما بعد الصدمة مما يعطي للدراسة الحالية الريادة في هذا المجال والمبرر القوي لإجرائها، وذلك لأهمية هذا الاضطراب وخطورة آثاره على المدى القريب والبعيد على البناء النفسي لهذه الشريحة.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

استخدم الباحثون المنهج الوصفي الارتباطي الذي يهدف إلى استكشاف الفروق والعلاقات بين متغيرات الدراسة المختلفة، والى تحديد نسبة الدلالة والعوامل المسؤولة عنها كما هي في الطبيعة نونما تدخل من الباحثين، ليقدم في النهاية تقريراً موضوعياً عما وصل إليه (الريماوي 1994م).

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون

اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين

تكون مجتمع الدراسة من كل الأطفال والمراهقين بمعسكري أردنتا و الرياض بمدينة الجنيبة بولاية غرب دارفور والبالغ عددهم حوالي (5200) طفل ومراهق. تم اختيار (395) مفحوصا منهم (172) طفلاً و (223) ليمثلوا عينة الدراسة في مرحلة تطبيق أداة جمع المعلومات. وقد اتبع الباحثون الطريقة الطبقيّة العشوائية في اختيار المفحوصين.

جدول (1) يوضح التكرار والنسب المئوية للمعلومات الأساسية لعينة الدراسة :

المتغيرات	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
العمر	9 - 11	172	43.6
	12-16	223	56.4
النوع	ذكر	227	57.5
	أنثى	168	42.5
المستوى التعليمي	أمي	28	7.1
	خلوة	47	11.9
	أساس	309	78.2
	ثانوي	11	2.8

استخدم الباحثون مقياس أعراض الصدمة النفسية للأطفال (Trauma Symptoms Check List For Children) وهو مقياس عالمي معد لقياس الصدمة النفسية عند الأطفال من عمر (8-16) سنة. يحتوي المقياس على 44 عبارة تفحص ستة أبعاد وهي: اضطراب ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب، والتفكك و الغضب، واضطراب عدم التوافق الجنسي. قام الباحثون بترجمة هذا المقياس من الإنكليزية إلى العربية، ثم طلبوا مساعدة بعض الزملاء من دارفور لتحويل العبارات إلى اللهجة الدارفورية حتى يسهل التعامل عند عرضه على المعنيين بمعسكرات النازحين في دارفور. تحتوي كل عبارة على خيارات هي: لا

دراساه إفرية

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين يحدث إطلاقاً وتعطى الدرجة (1)، ويحدث أحياناً وتعطى الدرجة (2)، ويحدث كثيراً وتعطى الدرجة (3)، ويحدث دائماً وتعطى الدرجة (4)، وعليه تعنى الدرجة الكبيرة وجود اضطراب ما بعد الصدمة لدى المفحوص.

لقياس الصدق والثبات قام الباحثون بعرض المقياس على عدد من أساتذة أقسام علم النفس للتحقق من الصدق الظاهري للمقياس. وقد اتفق معظم المحكمين على صلاحية فقرات المقياس لما وضعت لقياسه ولمناسبتها لمجتمع الدراسة. بعدها قام الباحثون بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغت (40) مفحوصاً تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة من معسكري أردمتا والرياض بولاية غرب دارفور، ومن ثم تم حساب معاملي الثبات والصدق للمقياس من هذه العينة الاستطلاعية، فحصل الباحثون على درجات ثبات عالية تراوحت ما بين (0.8569 - 0.7895) ومعاملات صدق تراوحت ما بين (0.9246 - 0.8885) وهي معاملات مناسبة تمكن الباحثين من استخدام هذه الأداة لقياس اضطراب ما بعد الصدمة على مجتمع الدراسة الحالية.

اتبع الباحثون مجموعة من الخطوات لتنفيذ إجراءات الدراسة، وتتمثل في قيام الباحثين بتحديد المشكلة التي يسعون لتنفيذ الخطوات المناسبة لهه وجمع المعلومات ذات الصلة بموضوع البحث. كما تم جمع الدراسات السابقة والبحوث المتعلقة بموضوع الدراسة مما تو اف من دراسات سودانية وعربية وأجنبية. وتم اختيار أدوات البحث وتنفيذها والتأكد من صلاحيتها للاستخدام في البيئة السودانية وملاءمتها لعينة الدراسة. كما حدد الباحثون مجتمع العينة الممثلة في الأطفال والمراهقين بمعسكري أردمتا والرياض بمدينة الجنيينة بولاية غرب دارفور، وذلك بأخذ عينة عشوائية من المتأثرين بالأحداث في دارفور. وقد واجهت الباحثين مجموعة من الصعوبات من أهمها: بعد المنطقة موضوع الدراسة حيث تقع مدينة

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين الجينية أقصى غرب السودان مما اضطرت بعض الباحثين للسفر إلى دارفور والإقامة بها حوالي شهر لجمع المعلومات المتعلقة بالدراسة، بالإضافة إلى عدم توفر إحصاءات ومعلومات كافية عن شريحة الأطفال والمراهقين لذلك كانت المعلومات تقديرية. لم يتمكن الباحثون من تقديم استمارات البحث بأنفسهم للعينة بهدف الدراسة، إنما تم ملء الاستمارات بواسطة فريق يعمل بإحدى المنظمات تحت إشراف الباحثين، بعد أن قاموا بتدريبهم على كيفية ملء الاستمارة وتعريفهم بالهدف من الدراسة، وذلك لأن دخول الباحثين لم يكن ممكناً بالوقت الكافي الذي يسمح بملء هذا العدد من الاستمارات، ولأن سكان المعسكرات أكثر ثقة في التعامل مع المنظمات و موظفيها من غيرهم .

ومن الصعوبات أيضاً اضطراب الباحثين لحذف كل العبارات المتعلقة بالاضطرابات الجنسية لأنها في رأي الموظفين العاملين داخل المعسكرات عبارات غير مقبولة ومستهجنة من قبل سكان المعسكرات حسب خلفيتهم الدينية والثقافية، وربما يؤدي إلى عدم التعاون في ملء الاستبيان ورفضه كلياً، وكان نتيجة ذلك أن قام الباحثون بالاستغناء عن البعد المتعلق بالمشكلات الجنسية. اشترطت المنظمة المشرفة على ملء الإستمارات أن يلتقي القائمون بتطبيق الاستمارة بشيوخ المعسكرات ويشرحوا لهم فكرة وهدف الدراسة، لأنه من غير موافقة الشيوخ لا يمكن إجراء البحث داخل المعسكرات، وكان الاجتماع بهؤلاء الشيوخ وفق الجدول الزمني المعد من قبل المنظمة في وقت أطال أيضاً وجود فريق البحث في دارفور أكثر مما كان متوقعا.

استخدم الباحثون الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية لتحليل بيانات الدراسة الحالية وذلك بتطبيق مجموعة من الاختبارات على مختلف الفروض مثل: اختبار

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
(ت) و اختبار تحليل التباين الأحادي، و اختبار توكي للتحليل البعدي. و معامل
ارتباط بيرسون و اختبار فريدمان الرتبي.

عرض النتائج:

يقدم الباحثون فيما يلي مجموعة من النتائج التي تم التوصل إليها من خلال
المنهجية المستخدمة في هذا البحث، وذلك بعرض نص الفرض و إيراد النتائج
الداعمة للفروض، وذلك على النحو التالي:

عرض نتيجة الفرض الأول:

نص الفرض الأول على أنه "تتسم أبعاد أعراض الصدمة النفسية وسط الأطفال
والمراهقين بمعسكري أردمتا والرياض بغرب دارفور بالارتفاع بدرجة دالة إحصائياً".
ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحثون اختبار (ت) للمجموعة الواحدة، فأظهرت
النتيجة الجدول أدناه:

جدول (1-4) يوضح نتائج اختبار (ت) للمجموعة الواحدة لمعرفة السمة العامة المميزة لأبعاد أعراض الصدمة النفسية وسط أطفال ومراهقي المعسكرات بغرب دارفور .

الأبعاد	عدد العبارات	الوسيط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
ما بعد الصدمة	8	20	13.5	4.33	11.3	0.001	يتسم هذا البعد بالانخفاض بدرجة دالة
القلق	9	22.5	13.3	4.35	21.8	0.001	يتسم هذا البعد بالانخفاض بدرجة دالة
التفكك	9	22.5	14.1	4.41	17.1	0.001	يتسم هذا البعد بالانخفاض بدرجة دالة
الغضب	9	22.5	13.8	4.35	18.6	0.001	يتسم هذا البعد بالانخفاض بدرجة دالة
الاكتئاب	9	22.5	14.2	4.17	17.4	0.001	يتسم هذا البعد بالانخفاض بدرجة دالة

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تتسم بالانخفاض بدرجة دالة إحصائية وسط الأطفال والمراهقين بولاية غرب دارفور .
عرض نتيجة الفرض الثاني:

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
ينص الفرض على أنه "توجد فروق دالة في أبعاد الاضطرابات النفسية وسط
أطفال دارفور تبعاً للنوع"، ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحثون اختبار (ت)
للمجموعتين المستقلتين ، فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي :
جدول رقم (4-2) يوضح نتائج اختبار (ت) للمجموعتين المستقلتين لمعرفة
الفروق في أبعاد أعراض الصدمة النفسية وسط أطفال دارفور حسب نوع الطفل
(ذكر ، أنثى) .

الأبعاد	النوع	عدد الحالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
ما بعد الصدمة	ذكر	218	13.6	4.1	0.789	0.431	لا توجد فروق دالة إحصائية
	أنثى	167	13.3	4.5			
القلق	ذكر	218	13.0	4.2	0.311	0.756	لا توجد فروق دالة إحصائية
	أنثى	167	13.2	4.4			
التفكك	ذكر	218	14.2	4.3	0.782	0.435	لا توجد فروق دالة إحصائية
	أنثى	167	13.9	4.4			
الغضب	ذكر	218	14.0	4.3	0.827	0.409	لا توجد فروق دالة إحصائية
	أنثى	167	13.6	4.3			
الاكتئاب	ذكر	218	14.3	4.1	0.824	0.410	لا توجد فروق دالة إحصائية
	أنثى	167	14.0	4.1			

يتضح من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق دالة في كل أبعاد أعراض
الصدمة النفسية تبعاً للنوع (ذكر أو أنثى).

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون

اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين

عرض نتيجة الفرض الثالث: ينص هذا الفرض على أن " هناك فروقاً في أبعاد أعراض الصدمة النفسية وسط أطفال دارفور تبعاً لمستوى تعليم الطفل (ثانوي، أساس، خلوة، أمي) ". ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحثون اختبار تحليل التباين لمعرفة الفروق في أبعاد الاضطرابات النفسية وسط أطفال دار فور تبعاً لمستوى تعليم الطفل، فأظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي :

جدول (3-4) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في أبعاد الاضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور تبعاً لمستوى تعليم الطفل (ثانوي - أساس - خلوة - أمي).

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	د ح	متوسط المربعات	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الإستنتاج
ما بعد الصدمة	بين المجموعات داخل المجموعات الكلي	230.5 6991.7 7222.2	3 381 384	76.8 18.3	4.18	0.006	توجد فروق دالة بين المجموعات في هذا البعد
القلق	بين المجموعات داخل المجموعات الكلي	465.1 6745.5 7210.7	3 381 384	155.0 17.8	8.68	0.001	توجد فروق دالة بين المجموعات في هذا البعد
التفكك	بين المجموعات داخل المجموعات الكلي	290.2 7055.5 7345.7	3 381 384	96.7 18.8	5.12	0.002	توجد فروق دالة بين المجموعات في هذا البعد

الغضب	بين المجموعات	447.6	3	149.2	8.30	0.001	توجد فروق
	داخـل	6829.6	381	17.9			دالة بين
	المجموعات	7277.3	384				المجموعات
	الكلي						في هذا البعد
الاكتئاب	بين المجموعات	208.1	3	69.3	4.08	0.007	توجد فروق
	داخـل	6305.1	381	16.9			دالة بين
	المجموعات	6513.3	384				المجموعات
	الكلي						في هذا البعد

يتضح من الجدول أعلاه أنه توجد فروق دالة في جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تبعاً للمستوى التعليمي لمجتمع الدراسة، ولمعرفة أين تكمن هذه الفروق استخدم الباحثون اختبار توكي للتحليل البعدي، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء أن الفرق الدال بين المجموعات المختلفة في جميع الأبعاد كان بين مستوى التعليم الثانوي وبقية المستويات التعليمية، الأساس ومستوى خلوة القرآن ولذلك لصالح المستوى الثانوي فقط.

عرض نتيجة الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض على أن اضطراب ما بعد الصدمة يعتبر أكثر الاضطرابات انتشاراً وسط أطفال دارفور. ولدراسة هذا الفرض استخدم الباحثون اختبار فريدمان للمقارنة بين مختلف أبعاد الاضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور، والجدول أدناه يوضح نتيجة هذا الإجراء .

جدول (4-4) يوضح نتائج اختبار فريدمان الرتبي للمقارنة بين مختلف أبعاد

الاضطرابات النفسية وسط أطفال دارفور (ن=395)

الأبعاد	متوسط الرتب	كا	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
---------	-------------	----	-------------	-------------------	-----------

توجد فروق دالة بين مختلف متوسطات الاضطرابات النفسية، أعلاها اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، وأدناها القلق والغضب	0.001	4	204.9	3.75	ما بعد الصدمة
				3.01	التفكك
				2.77	الغضب
				3.23	الاكتئاب
				2.22	القلق

يتضح من الجدول أعلاه أن اضطراب ما بعد الصدمة هو الأعلى أي الأكثر شيوعاً، بينما القلق هو الأدنى أي الأقل شيوعاً .

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الأول:

تشير إلى أن كل أبعاد أعراض ما بعد الصدمة وهي (اضطراب ما بعد الصدمة، الانشقاق، الغضب، الاكتئاب، القلق) تنسم بالانخفاض بدرجة دالة لدى أطفال ومراهقي معسكري أردمتا والرياض بغرب دارفور، وهي بذلك تختلف مع نتائج دراسة أمال إبراهيم (2011) التي توصلت إلى أن الأطفال المتأثرين بالنزاعات المسلحة بالمعسكرات في ولاية جنوب دارفور يعانون من الضغوط النفسية بدرجة مرتفعة، ومع نتائج مركز البحوث التربوية (1992) التي أوضحت أن أطفال الكويت الذين تعرضوا للصدمة عانوا من اضطراب ما بعد الصدمة على مستويات تراوحت من خفيفة إلى شديدة جداً. وتختلف مع نتائج دراسة المجدلاوي (2004) وسط أطفال غزة والتي أكدت أن معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين الأطفال بلغ 71.2%. وتختلف الأعراض التي ظهرت على الأطفال مع تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية والدليل العالمي العاشر لتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية.

يفسر الباحثون هذه النتيجة عدة تفسيرات. أولاً أن الدراسة قد تمت بعد عدة سنوات من الأحداث ووفق ما جاء في الدليل التشخيصي العاشر (-ICD-10)

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين (1992) أن معظم الحالات يتوقع أن تشفى. وأن الأعراض قد تظهر لدى البعض بعد أيام أو أسابيع، وتظهر على البعض بعد أشهر، والبعض تظهر عليه بعد سنوات، وقد تظهر الأعراض وتختفي. وكما يذكر (عبد الخالق 1998) و (محمد النابلسي 1991) أن الدراسات التي تناولت الآثار البعيدة الناجمة عن صدمة الحروب قد بينت أن بعض الناجين من الحرب العالمية الثانية قد أظهروا اضطرابات بعد ما يقارب نصف قرن من نهاية الحرب، أي ربما يكون الأفراد الذين تعرضوا للأحداث حاضنين للمرض وهو ما يعرف برد فعل الضغط المتأخر (DELAYED STRESS REACTION) ووضع الاعتبار لرد الفعل المتأخر يزيد الحاجة إلى الدراسات التتبعية للحصول على البيانات الكافية لتفسير مثل هذه النتيجة.

وقد تعزى النتيجة إلى أن جزء كبير من سكان المعسكرات يكون أحياناً حوالي النصف من غير النازحين كما في معسكر أردمتا، وأحياناً أكثر من النصف بكثير كما في معسكر الرياض، أي أن نسبة كبيرة من سكان المعسكرات لم يتعرضوا أصلاً لأحداث العنف في الإقليم، أي أن العينة بحكم هذه التعقيدات تضمنت من لم يتعرضوا أصلاً للنزاعات المسلحة بالمنطقة. وقد تكون بيئة المعسكرات مقارنة للبيئة التي رحل منها الأطفال بيئة آمنة وبالتالي يكون انخفاض أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة للمعالجة المتمثلة في استعادة الأمان بنقل الطفل عن أمكنة النزاعات حيث يكون في بيئته الحالية أكثر إحساساً بالطمأنينة، وأكثر شعوراً بأنه يتمتع بشبكة الدعم والمساعدة الدولية والإنسانية والاجتماعية والطوعية، وأنه في حالة تواصل واهتمام وتفاعل مع الآخرين وفي حالة ظروف هادئة كما حدث من انخفاض لمعدلات الاضطراب وحدته لدى الأطفال الفلسطينيين بعد التهدئة التي أعقبت اتفاقية أوسلو.

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
يحتمل تفسير النتيجة أيضا بأن معايشة العنف ومشاهد الحرب قد أصبحت
ثقافة عادية لمكونات المجتمع الدارفوري، حيث إن ما يدور من نزاعات حالية هي
امتداد أو استمرار للنزاعات المسلحة التي ألفها سكان الإقليم والتي كانت تنشأ
بسبب المرعى ومصادر المياه والنهب المسلح ولأسباب قبلية أو إثنية. ويبقى
السؤال هل تكرر الخبرات الصادمة على النحو الذي يحدث في دارفور أمر يؤدي
إلى تراكم الخبرات الصادمة ويضعف من عتبة التحمل - كما جاء في دراسة
الجلبي (2004)، أم هو أمر يقلل من تأثيرها ؟
مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثاني:

تشير نتيجة الفرض الثاني الى عدم وجود فروق دالة في كل أبعاد أعراض ما
بعد الصدمة النفسية تبعا للنوع (ذكر أو أنثى) كما يوضحها الجدول (4 - 2)،
وهي بذلك تختلف مع نتائج دراسة أمال إبراهيم محمد الشيخ (2011) على أطفال
النزاعات المسلحة بمعسكرات ولاية جنوب دارفور التي أشارت لوجود فروق في
الضغوط النفسية بأبعادها المختلفة بين الذكور والإناث لصالح الإناث، ومع نتائج
دراسة خضر بارون (1993) التي أكدت على أن معاناة الذكور من المراهقين
الكويتيين أكبر من الإناث. وتختلف مع نتائج دراسة سندي ميلس وآخرون
(2005-2008) والتي أكدت على أن معدل التعرض للصدمة كان عاليا وسط
الذكور من المراهقين شرق جمهورية الكونغو الديمقراطية. كما تختلف مع ما ذكره
الريماوي (1994) بأن الذكور أكثر ثباتا من الإناث، وان الإناث أكثر تعرضا
للعصاب. وتتفق نتائج الفرض مع نتائج دراسة فوزيه عباس (1995) على أطفال
الكويت والتي توصلت إلى تأثر أطفال الكويت ومعاناتهم من القلق النفسي من
جاء الحرب العراقية بغض النظر عن جنسهم ذكورا وإناثا.

يقول عكاشة (2001) أن الأبحاث العلمية بإمكاناتها المتطورة تضعنا أمام معلومات مغايرة عن المرأة والرجل. يرى عكاشة بأن المرأة قوية جسديا وتكاد تقترب من الأرقام القياسية للرجل في الأولمبيات، وهي قادرة على تحمل الضغوط النفسية واشتراكها في رحلات الفضاء شاهد على ذلك، وهي تملك الثبات والقوة مما سمح لها بارتكاب أكثر الجرائم وحشية، وهي الأخطر عقليا. وتشريح مخها كتشريح مخ الرجل رغم أنه الأكبر دون أن يكون لحجم المخ علاقة بالذكاء. وهي عقلانية حتى في أكثر المواقف عاطفية. وهما - أي الذكر والأنثى - كائنات بيولوجية وسيكولوجية، ولكن تحدد المرجعيات الثقافية والبيئية ردود الأفعال. ويرى الريماوي أن المرأة هي الأكثر عاطفية والأكثر ضعفا في مواجهة الضغوط.

وفي ضوء ما ذكره الريماوي، يمكن للباحثين تفسير هذه النتيجة بالتبريرات التالية: أن معطيات النزاع في ضوء القناعة بأن المرأة هي الأكثر انفعالية وضعفا - قد تقود إلى وصف النتيجة بأنها نتيجة غير منطقية، خاصة وأن المرأة قد تتعرض أحيانا للاغتصاب في جو الحروب. ومن ناحية أخرى وبالنظر للواقع الميداني يرى الباحثون أن الذكور هم الأكثر قربا ومشاركة في النزاعات والأكثر مشاهدة لأهوالها، وبالتالي فهم الأكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة، لأن قتل النساء أو تعذيبهن أو دفعهن للمشاركة في القتال - كما هو الأمر للذكور - أمر لا تفره قيم وأخلاقيات وأعراف أطراف النزاع مهما كانت قساوتهم، لذلك كان من المتوقع أن تكون هناك فروق نوعية حيال خبرات النزاع بين الجنسين.

وفي ضوء ما ذكره عكاشة، يمكن تفسير النتيجة بأن الأطفال إناثا كانوا أم ذكورا لا يمكن التمييز بينهم في ضوء اختلافاتهم الفسيولوجية والتشريحية، وإن ليس لاختلاف الأنثى البيولوجي عن الذكر أي تضمينات سلوكية يمكن أن تفسر

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
ضعف ردود أفعالها حيال الضغوط مقارنة بردود أفعال الذكور وإضافة لما تقدم
من تفسيرات يرى الباحثون أن هذه النتيجة تحتمل أيضا تفسيرات أخرى: أحدهما
يرتكز على ما أورده علاونة (1994) وزهران (2005) وعبد المجيد (2007) بأن
البيئة بكافة معطياتها وعواملها تؤثر على تشكيل شخصية الفرد ذكرا كان أم أنثى،
وأن الخبرات هي مصدر أساسي لبناء الذات وفعاليتها في مواجهة الضغوط
والتحديات. وفي ضوء ذلك يعتقد الباحثون أن الخبرات التي توفرها تنشئة الأنثى
في المجتمع الدارفوري خبرات تسهم بصورة كبيرة في توفير التدريب الذي يحور
المعطى الفسيولوجي ويجعل التقارب كبيرا بين الإناث والذكور. إذ أن المرأة تقوم
بأعمال الزراعة والرعي وبناء المنازل وجلب المياه والوقود والتجارة وتحمل
المسؤوليات الكبيرة منذ وقت مبكر، وهي بذلك معدة لتحمل ومواجهة التحديات
كالذكر، أو أن الاختلاف بينهما ليس كما هو عليه الحال في البيئات الأخرى.
وثانيهما أن أبعاد الإصابة بالاضطراب لدى الذكور والإناث كان منخفضا وتحت
إكلينيكا subclinical بدرجة دالة - كما وضحت نتيجة الفرض الأول - الأمر
الذي يجعل الباحثين يعتقدون أن هذه النتيجة لا تظهر الفروق حتى ولو كانت
موجودة في حالة الإصابة الدالة بالاضطراب.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثالث:

كشفت النتائج المعروضة بالجدول رقم (4 - 3) وجود فروق دالة في أبعاد
اضطراب ما بعد الصدمة تبعا للمستوى التعليمي لعينة الدراسة، وأن المراهقين
بالمرحلة الثانوية هم أقل عرضة لجميع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مقارنة
بالمجموعات الأخرى، و عليه فقد تأكدت صحة هذا الفرض. تختلف النتيجة مع ما
توصلت إليه نتائج دراسة (مجاهد، 2008) التي توصلت إلى عدم وجود علاقة
بين المستوى التعليمي (أمي، أساس، ثانوي، جامعي، فوق الجامعي) والإصابة

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
باضطراب ما بعد الصدمة، وأن بعدي الإحجام والخدر أوجد ارتباطاً سالباً بين
اضطراب ضغط ما بعد الصدمة والمستوى التعليمي عند مستوى الدلالة (0.05)،
أي أنه كلما تدنت المستويات التعليمية تدنت درجة الإصابة بأعراض الإحجام
والخدر، وأن الحدث الصدمي يتعاضم أثره مع أولئك الذين يعطون معنى أعمق
للأحداث التي تمر بهم.

يرى الباحثون أن هذه النتيجة منطقية إذ أن الأطفال في المرحلة الثانوية
هم الأكثر نضجاً معرفياً وثقافياً واجتماعياً وروحياً، وكذلك هم الأكثر خبرة، والأقوى
شخصية، والأقوى إرادة مقارنة برصفائهم الأميين وتلاميذ الأساس والخلوي،
وبالتالي هم الأكثر استيعاباً وهضماً لخبرات النزاعات الصدمية والأكثر قدرة على
التعبير عن أنفسهم وعما يحدث لهم مما يقلل من مشاعر الحنق والقلق والخوف
والتوتر واليأس لديهم وتحولها لاضطرابات نفسية. فالمرهقون بالمرحلة الثانوية -
لهم مرجعياتهم الثقافية والتعليمية والعقائدية - التي تجعلهم يعطون الأحداث
الصادمة معنى يترتب عليه نوع وحجم ما يحدث لهم من اضطراب جراء مواجهتهم
لأحداث النزاعات الصادمة مقارنة برصفائهم ذوي التعليم والنضج والإرادة
والشخصية والخبرة الأضعف من الأميين وتلاميذ الأساس والخلوي. وتتفق هذه
النتيجة وتفسيرها مع ما ذهب إليه المبرجي والشهري 2008م وما ذهب إليه الغازي
2011م بأن تأثير الأحداث الصادمة يتوقف على قدرات الشخص التعليمية
والثقافية ومرجعياته العقائدية التي تعطي لما يحدث له معنى يترتب عليه حجم
تأثير الأحداث ونوعيته. وأن الشخص القابل للإصابة بالاضطراب عند مواجهة
الأحداث الصادمة هو صاحب الشخصية الاعتمادية والسلبية قليلة الخبرة وضعيفة
الإرادة وقليلة المهارات ومحدودة التعليم.

يرى الباحثون عدم موضوعية التفسير الذي أورده مجاهد لتبرير نتيجته التي توضح أنه كلما تدنى المستوى التعليمي كلما تدنت درجة الإصابة بأعراض الاحجام والخدر، وأن الحدث الصدمي يتعاظم أثره مع الذين يعطون معنى أعمق للأحداث التي تمر بهم، وأن عدم وجود علاقة بين المستوى التعليمي والإصابة باضطراب ما بعد الصدمة يرجع الى عنصر المفاجأة وقوة الحدث الصدمي الذي يهدد كيان الفرد وإحساسه بالأمان فتصبح عملية النجاة للخروج بأقل الخسائر هي ملاذ الفرد لذلك تلعب خبرات الفرد في التعامل مع الأحداث دورا أهم من المستوى التعليمي . ويتمثل عدم موضوعية التفسير الذي أورده مجاهد لتبرير عدم وجود علاقة بين المستوى التعليمي والإصابة بأعراض ما بعد الصدمة - في رأي الباحثين - في عدة نقاط : أولا أن قوله كلما تدنى التعليم تدنت درجة الإصابة بالاضطراب النفسي يخالف معظم المفاهيم النظرية في مجال النمو والتي تركز على أهمية السنوات والخبرات الأولى في تشكيل شخصية الفرد وتحديد أبعاد بنيته العضوية والوظيفية، وأن ردود الفعل الانفعالية للأطفال الصغار تتأثر بكثير من المثيرات الغريبة والمفاجئة كالأصوات والظلام والغرباء .. التي لا تؤدي إلى نفس الاستجابات لمن هم أكثر خبرة وتعلما. ثانيا يتفق الباحثون مع مجاهد أن خبرات الفرد في التعامل مع الأحداث تلعب دورا مهما ولكن يختلفون معه في قوله بأن الخبرات تلعب دورا أهم من التعليم، وذلك لأن ليس هناك منطوق علمي للفصل بين الخبرة والتعليم، فالتعلم هو نتاج الخبرة وهو التغيير في فكر الفرد وانفعالاته وسلوكه نتيجة لما يمر به من خبرات، ويفترض أن يكون طالب الثانوية أو الطالب الجامعي وما فوق الجامعي أكثر خبرة ثقافية واجتماعية وانفعالية وعلمية ودينية من رصفائه بالمجموعات الأخرى وبالتالي أكثر فعالية في استيعاب الخبرة وهضمها ومعالجتها والتحكم فيها. ثالثا يبرر مجاهد نتيجته بأن الحدث الصدمي يتعاظم أثره

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين مع أولئك الذين يعطون معنى أعمق للأحداث التي تمر بهم فتزداد نسبة إصابتهم باضطراب ما بعد الصدمة. ويتمثل عدم موضوعية هذا التفسير في أن المعنى الأعمق دائما هو المعنى الذي يثير غور المعاني ويأتي بأكثرها مقاربة للحقيقة والواقع عكس المعنى السلبي، والمراهقون وطلاب الثانوي والجامعات وما فوقها هم الأكثر قدرة على التفكير العلمي والتفكير الأعمق والتفكير المرجعي، والإنسان هو ما يفكر، والتفكير العميق هو منجاة لصاحبه من الهزيمة النفسية أمام الأحداث الضاغطة، فلا يستوي الذين يعلمون والذين لا يعلمون. وتوجد المعاني العميقة دائما عند التفكير والتدبير والتأمل والتعقل التي تعد مؤشرات للنضج والصلابة النفسية كما ذهب لذلك كثير من العلماء مثل المفرجي والشهري 2008م.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الرابع:

لمعرفة أي أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة أشد وطأة مقارنة مع غيره من الأبعاد، افترض الباحثون أن ضغط ما بعد الصدمة يعتبر من أكثر الاضطرابات انتشاراً وسط الأطفال والمراهقين بمجتمع الدراسة بالرغم من انخفاض جميع أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة وسط أفراد عينة الدراسة كما أوضحت نتيجة الفرض الأول. وقد أشارت النتيجة المعروضة في الجدول رقم (4 - 4) أن اضطراب ما بعد الصدمة هو أعلى هذه الاضطرابات يليه الاكتئاب، وأدنى الاضطرابات القلق والغضب. وهذه النتيجة توضح صحة الفرض وتتفق مع نتائج العديد من الدراسات. تتفق النتيجة مع نتائج دراسة (مجاهد 2008) التي بينت أن اضطراب ما بعد الصدمة مرتفع وسط سكان ولاية الخرطوم على اثر أحداث وفاة جون قرنق زعيم حركة جيش تحرير السودان. وتتفق مع نتائج دراسة عبد العزيز ثابت وآخرون (2006) التي توصلت الى أن الأحداث الصدمية تسبب اضطرابات ما بعد الصدمة في وسط الأطفال، والتي أوضحت أن هنالك (72.8%) من الأطفال

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين الفلسطينيين لديهم أعراض خفيفة، و (41%) لديهم أعراض متوسطة وحادة بسبب العدوان الإسرائيلي. كما تتفق مع نتائج دراسة المجدلاوي (2004) التي أشارت إلى أن معدل انتشار ضغط ما بعد الصدمة بين الأطفال الفلسطينيين الذين تعرضوا لخبرات صادمة خلال انتفاضة الأقصى بلغ 71.2%. وتتفق مع نتائج دراسة كاتلين نادر (1993) التي أوردها عبد الخالق (1998) و التي أوضحت أن اضطرابات الضغوط التالية للصدمة تنتشر وسط الأطفال والمراهقين الكويتيين بسبب العنف والحروب. ويفسر الباحثون هذه النتيجة - رغم انخفاض أبعاد الاضطراب وسط أفراد العينة - بأن الأطفال والمراهقين في هذه المعسكرات قد عايشوا أو شاهدوا أحداثا سببت الموت للبعض، أو شكلت تهديدا لهم أو للآخرين بالموت، أو تسببت بالأذى والجروح الخطيرة للبعض، أو أدت للتفكك والفقدان والحرمان والاعتراب عن الموطن وتغيير نمط الحياة وتسبب الخوف والذعر وانعدام الأمن ومصادر الدعم للكثيرين منهم، ومثل هذه الأحداث تكفي لنشوء اضطراب ما بعد الصدمة خاصة وسط الأطفال كما يذهب إلى ذلك كل من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM4) والدليل التشخيصي العاشر للاضطرابات العقلية (ICD - 10).

خلاصة الدراسة:

هدفت الدراسة لمعرفة أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا وسط الأطفال والمراهقين في معسكري أردمتا والرياض بولاية غرب دارفور نتيجة النزاعات المسلحة بالمنطقة منذ عام 2003م. واهتمت الدراسة بالكشف عن أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض المتغيرات مثل النوع والمستوى التعليمي. وكما أكدت العديد من الدراسات في المنطقة العربية وفي مناطق عديدة من العالم أن للحروب والنزاعات المسلحة انعكاسات عميقة وشديدة التأثير على البناء النفسي

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
والبدني للإنسان وخاصة الأطفال. ومن الحروب التي حظيت بالدراسة الحرب
العراقية على الكويت، والاحتلال الأمريكي للعراق، والحرب الإسرائيلية اللبنانية،
و العدوان الإسرائيلي الأخير على غزة. وقد كان الأطفال والمراهقون هم الضحية
الأولى لتلك الحروب، وقد كان اضطراب ما بعد الصدمة هو الاضطراب الأكثر
شيوعاً وسط الأطفال والمراهقين جراء تلك الحروب القاسية وغير الإنسانية.
واستمراراً للدراسات التي تهدف للكشف والتشخيص المبكر عن آثار النزاعات
المسلحة النفسية على الأطفال في السودان أجريت هذه الدراسة. وخلصت نتائج
هذه الدراسة إلى أن السمة العامة المميزة لأبعاد أعراض اضطراب ما بعد الصدمة
هي الانخفاض بدرجة دالة إحصائية، كذلك خلصت الدراسة إلى عدم وجود فروق
دالة بين الذكور والإناث في جميع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. كما خلصت
لوجود فروق دالة في جميع أبعاد أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تبعاً للمستوى
التعليمي وذلك لصالح التعليم الثانوي مقارنة بالتعليم الأساسي وخلوة القرآن
والأميين، وإلى أن اضطراب ما بعد الصدمة هو الاضطراب الأكثر شيوعاً مقارنة
ببقية أبعاد أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة.

التوصيات:

بناء على ما توصلت إليه الدراسة من نتائج يوصي الباحثون بالآتي :

1. الاهتمام بالبرامج الإنمائية والوقائية، وذلك من خلال تنمية مناطق النزاع
وتوفير البنيات والخدمات الأساسية، وحل مصادر النزاع التقليدية المرتبطة بالمرعى
والزراعة ومصادر المياه والاختلافات والعصبيات القبلية والسياسية والإثنية،
والتوسع في التعليم وتعزيز التحاق الأطفال بالتعليم لتنمية مهاراتهم الحياتية
المختلفة.

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين

2. الاهتمام بالتوعية بأضرار الحرب على الأطفال في المدارس والأسر والقبائل والمجتمع وكافة الوسائل الحديثة والتقليدية، والتدريب المستمر للكوادر الطبية والنفسية والاجتماعية والدينية والتربوية للتشخيص المبكر للاضطرابات النفسية للأطفال ولتقديم الخدمات النفسية الإنمائية والوقائية والعلاجية الفعالة.
3. تفعيل الدور التوعوي للمؤسسات الإعلامية والدينية والتربوية ولقيادات المجتمع والمنظمات والجمعيات والهيئات الحكومية والطوعية المحلية والعالمية (كالليونسييف، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمات حقوق الإنسان، والهلال الأحمر والصليب الأحمر وغيرها)، والتأسيس لوقفة إنسانية شاملة من خلال استقطاب وتنظيم جهد المفكرين والحكماء والمتقنين والعقلاء لمنع كافة أنواع الاستغلال والظلم والعصبية والعنف، ولتهيئة بيئة السلام والعدل والمساواة والتعايش بين مكونات المجتمع الدارفوري وبيئة التنمية والتطور والحماية المستدامة للأطفال.
4. إجراء الأبحاث المتكاملة والتتبعية عن الاضطرابات النفسية والاجتماعية المصاحبة والتالية للنزاعات ولمختلف الفئات العمرية، حيث تشمل انتشار مشكلة التعاطي وحالات الحمل غير الشرعي والتفكك الأسري والجريمة ومشكلات الهجرة والنزوح والإعاقة.

المراجع:

دراساه إفرية

- عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
1. إبراهيم محمد إسحاق (د. ت) دارفور وخدمة الحرمين الشريفين، جمع وتوزيع كبرا للخدمات الإعلامية والإنتاج الفني بالتعاون مع مركز دارفور للدراسات الإسلامية والإفريقية ومنظمة المياري الثقافية.
 2. أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم بن منظور الأفريقي المصري (1994): لسان العرب، دار صادر، بيروت، لبنان.
 3. أبو حامد محمد بن محمد بن محمد الغزالي (د.ت): إحياء علوم الدين، عالم الكتب، القاهرة مصر.
 4. أبو داود (د. ت) السنن، حققه محمد محي الدين عبد الحميد، دار الفكر.
 5. أحمد عكاشة (د.ت) الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة مصر.
 6. أحمد عكاشة (2001م): آفاق في الإبداع الفني، رؤية نفسية، القاهرة، دار الشروق.
 7. أحمد محمد الزعبي (2007): النمو الإنساني في الطفولة والمراهقة (مراحل النمو - المشكلات وسبب علاجها)، دار الفكر دمشق سورية.
 8. أحمد محمد عبد الخالق (1998): الصدمة النفسية "مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت"، لجنة التأليف والتعريب والنشر الكويت، الطبعة الأولى.
 9. إدريس محمد نور بابكر (2006): الكوارث ما هي؟ ما خيرها؟ وكيف يمكن التعامل معها؟ مطبعة التمدن المحدودة، الخرطوم - السودان، الطبعة الأولى.
 10. آمال الصادق وفؤاد أبوحطاب (1991): نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين، المكتبة الأنجلو المصرية القاهرة مصر، الطبعة الرابعة.

- عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
11. أسامة كامل راتب (1999): النمو الحركي (مدخل للنمو المتكامل للطفل والمراهق)، دار الفكر العربي، القاهرة مصر.
12. أيدام إبراهيم آدم و منى محمد طه أيوب (2001): مهددات التعايش السلمي بدارفور، الناشر مركز دراسات السلام والتنمية جامعة زالنجي، شركة الجديان للطباعة والنشر.
13. بركات حمزة حمزة حسن (2008): علم النفس المدرسي، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية القاهرة، مصر.
14. بلة عباس الزين (2009): التداخل القبلي بين دول الجوار أساس الاستقرار السياسي في السودان، شركة مطابع السودان للعملة المحدودة، الطبعة الأولى.
15. جان لا بلاش و.ح.ب. بونتاليس (1985): معجم التحليل النفسي، ترجمة الدكتور مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع بيروت لبنان.
16. حامد عبد السلام زهران (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة
17. _____ (2005): علم نفس النمو، عالم الكتب، القاهرة مصر، الطبعة الرابعة.
18. حسين الطراونة (2002): "إساءة معاملة الطفل الوالدية : أشكالها ودرجة التعرض لها " مجلة دراسات العدد 2 الأردن.
19. ديفيد هـ. بارلو (2002): الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، الترجمة والأشراف والمرجعة صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة مصر (2002).
20. ذو النون التجاني، وحسام الدين ذو النون (2009): دارفور حقيقة الثورة والإبادة، الشعر للدعاية والإعلان الخرطوم السودان، الطبعة الثانية.
21. رجاء محمود أبو علام (2007): مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، دار النشر للجامعات القاهرة مصر.
22. الزبير بشير طه (1995): علم النفس في التراث العربي الإسلامي، مطبعة جامعة الخرطوم، السودان.

- عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
23. سالم محمد عبد الله المفرجي، وعبد الله علي أبو عراد الشهري (2008م): الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة" ، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الاجتماعية، جامعة المينا العدد19.
24. سبيل آدم سبيل(2005): قبائل دارفور، دار عزة للنشر والتوزيع.
25. سوسن شاكر الجلبي (2004م): أثر اضطرابات ما بعد الصدمة على كفاءة بعض الوظائف المعرفية والتوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من المصدومين " مجلة دراسات عربية في علم النفس، العراق.
26. سيد أحمد علي عثمان العقيد(2007): دارفور والحق المر: الماضي - الحاضر - المستقبل "دراسة سياسية تحليلية من منظور تاريخي" / دار العربية للنشر والتوزيع الطبعة الأولى.
27. سيد قطب(1977): في ظلال القرآن، دار الشروق، القاهرة، الطبعة الرابعة.
28. شفيق علاونة(1994): سيكولوجية النمو الإنساني، اليرموك، الفرقان للطباعة والنشر .
29. الطيب إبراهيم عيسى، ومبارك عبد الحميد(2007): تقارير ووثائق عن أزمة دارفور، سلسلة مطبوعات مركز البرار للإنتاج الإعلامي. منظمة إفريقيا العدالة إصداره رقم (1).
30. عادل عبد الله محمد(2000): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، دار الرشد - القاهرة- مصر، الطبعة الأولى.
31. عادل عز الدين الأشول(1982): علم نفس النمو، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة الطبعة الأولى.
32. عبد الرحمن عسيوي(د.ت) علم نفس النمو، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر .
33. عبد الرحمن محمد عسيوي(1999): علم النفس الفسيولوجي: دراسة في تفسير السلوك الإنساني، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر .
34. عبد الرحمن عثمان عبد المجيد (2002) : " عوز الرعاية وعلاقته بمتلازمة الطفل المحروم "، مجلة دراسات نفسية، العدد الأول، الجمعية النفسية السودانية.

- عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
35. _____ (2007م) : الخبرات النفسية والتربوية للشخصية الفردية والجمعية وعلاقتها بالتوافق مع قضايا العالم المعاصر وتحدياته ، مجلة جامعة أم درمان الإسلامية، العدد 13.
36. عبد الستار إبراهيم(1987): أسس علم النفس، دار المريخ للنشر الرياض السعودية.
37. عبد الغفار محمد أحمد و لايف مانقار(2009): دارفور إقليم العذاب إشكالية الموقع وصراع الهويات، ترجمة محمد علي جادين منشورات رواق.
38. عبدعلي الجسماني(1994): سايكولوجية الطفولة والمراهقة وخصائصهما الأساسية، الدار العربية للعلوم بيروت لبنان.
39. عبد المجيد الخليدي و كمال حسن وهبي(1997):الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، دار الفكر العربي بيروت لبنان الطبعة الأولى.
40. عبد العزيز الغازي (2011م) : الآثار النفسية الناتجة عن الاحتلال والاعتداء على المدنيين "، المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، ايسيسكو.
41. علي أحمد عقار(2003): البعد السياسي للصرع القلبي في دارفور، شركة مطابع السودان للعملة، الخرطوم.
42. فيصل محمد صالح وأنور يوسف عطا المنان(2008): دارفور ومعاناة البحث عن السلام "أوراق ورش عمل مبادرة المجتمع المدني للسلام حول اتفاقية السلام الشامل، إعداد شمس الدين الأمين ضو البيت / مؤسسة فريدريش آيبرت - السودان بدعم السفارة البريطانية - الخرطوم.
43. كمال عبد الحميد زينون(2004): منهجية البحث التربوي والنفسي من المنظور الكمي والكيفي، عالم الكتب للنشر والتوزيع القاهرة مصر، الطبعة الأولى.
44. محمد أحمد النابلسي ومجموعة من الباحثين(1991): الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث ، دار النهضة العربية.
45. محمد قاسم عبد الله (2001): اتجاهات في الصحة النفسية : الشراهة وعلاجها، التدريب على المهارات الاجتماعية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع عمان الأردن.

- عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين
46. محمد النحال (2005): قضية دارفور الأبعاد المحلية والدولية وآفاق الحل، الناشر مركز الراصد للدراسات، الخرطوم.
47. محمد بن أبي بكر الرازي (1976): مختار الصحاح، مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
48. محمد عبد العظيم سيد و فدوى بشير (2005): علم النفس المرضي PRI mary ، consultation program development ، recruitment ، training .
49. محمد عبد الرحمن الشقيرات (2005): مقدمة في علم النفس العصبي، دار الشروق للنشر والتوزيع بيروت لبنان.
50. محمد عودة لا يماوي (1994): سيكولوجية الفروق الفردية والجمعية في الحياة النفسية، دار الشروق للنشر والتوزيع بيروت لبنان، الطبعة الأولى.
51. موسى المبارك الحسن (1995): تاريخ دارفور السياسي من عام (1882 - 1898)، دار الخرطوم للطباعة والنشر والتوزيع السودان، الطبعة الثانية.
52. ميخائيل أسعد (1996): السايكولوجيا المعاصرة، دار الحيل بيروت لبنان (1996).
53. نزيه عبد القادر حمدي و صابر سعدي أبو طالب (2008): الإرشاد والتوجيه في مراحل العمر، الشركة العربية للتسويق والتوريدات.
- ثانياً : المراجع الإنكليزية :

1. Arthur S Reber (1987) Dictionary of Psychology, the Penguin – England.
2. American psychiatric Association diagnostic and statistical manual of mental disorders (1996): American psychiatric Association-washington ، DC ، USA / Fourth Edition.
3. Glenn R. Schiraldi (1999): The post -Traumatic stress Disorder SOURCEBOOK /MC Graw . Hill USA.
4. Mark A . Reincke, Frank, M . Datilio, Arthur Freeman (2002) Cognitive Therapy With Children & Adolescents, Guilford Press, New York, London.
5. M. Y. Sukkar. H. A. EL – Munshid. M. S. M. Ardawi (2006): Concise Human Physiology-Black Well Publishing-(2006).

عبد الباقي دفع الله أحمد وآخرون اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين

6.WHO-ICD – IO(1992): **Classification Of Mental And Behavioural Disorders.** Clinical Descriptions And Diagnostic Guidelines.WHO Geneve Switzerland.

ثالثاً : الرسائل الدكتوراة:

1. صادق محمد عبد الحليم صالح(2002): مستوى هرمون التستوستيرون وعلاقته بدرجة السلوك العدواني ومعدل الذكاء لدى المراهقين الجانحين وغير الجانحين بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير، جامعة الخرطوم - كلية الآداب - قسم علم النفس.
2. مجاهد مصطفى أحمد الفكي: (2008): اضطرابات الضغوط التالية للصدمة ومدى تحملها وسط مواطني ولاية الخرطوم المتأثرين بأحداث الاثنيين الأول من أغسطس 2005 ، رسالة دكتوراه،.
3. محمد عبد الوهاب أحمد(1998): دراسة سيكولوجية التوافق النفسي القلق والاكتئاب وسط المعاقين، رسالة دكتوراه، جامعة الخرطوم.

رابعاً رسائل الماجستير:

1. إنعام محمد خير (2005): التفكير الخرافي وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى المترددين على المعالجين الشعبيين بولاية الخرطوم ، رسالة ماجستير، جامعة الخرطوم.
2. تاج السر أحمد حسن(2002): استخدام بعض الآيات القرآنية والأدعية المأثورة لعلاج القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب، رسالة ماجستير، جامعة الخرطوم.
3. زينب الطاهر الشيخ (1997): الاكتئاب في أوساط طالبات المستوى الأول في الجامعات الأهلية وجامعة القرآن الكريم والعلوم الإسلامية، رسالة ماجستير، جامعة الخرطوم.
4. غادة محمد محمود محمد علي(2001): القلق والاكتئاب وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السكري دراسة ميدانية بمحافظة الخرطوم، رسالة ماجستير، جامعة الخرطوم.

خامساً : ورش العمل:

1. أحمد خليفة أحمد الشامي(2010): قواعد السلوك السليم لحماية الأطفال في مناطق النزاعات المسلحة.
2. فتح الرحمن محمد بابكر(2010). مفهوم حماية الأطفال والبيئة الحامية .

