

## الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الروضة المهجرين من رفح و أطفال العريش و القاهرة

إعداد

د / نهى ضياء الدين عبدالحميد<sup>(\*)</sup>

### مقدمة:

الأطفال هم الثروة البشرية المستقبلية لأي مجتمع، فإن أراد صلاح حاله لابد من السعى نحو صلاح حال أطفاله بجميع فئاتهم واحتواء ظروفهم المتنوعة في بيئاتهم المختلفة و إعطائهم الاهتمام الكافي. كما أن الطفولة المبكرة مرحلة عمرية من أهم مراحل النمو النفسى للإنسان؛ فليخبرات الطفولة دور هام فى تكوين الإطار العام للشخصية و تشكيلها في المراحل اللاحقة و تُطبع فى أعماقها مكونة المخزون النفسى والمعرفى والفكرى، لتظل آثارها ممتدة لمراحل متعاقبة، إما أن تكون هذه الخبرات سارة و بناءة فتساعد على نمو الشخصية السوية المتوافقة الناضجة المنتجة التى تقيد نفسها ومجتمعها، وإما أن تكون هذه الخبرات مؤلمة ومصدر شقاء و تعاسة للطفل فيعانى فى طفولته من الاضطرابات السلوكية، وفى مراهقته ورشده من الاضطرابات النفسية و العقلية و تنشأ شخصية أقل تكاملاً، مما يعود على الفرد و مجتمعه بالمرود السلبى المعيق.

وأطفال محافظة شمال سيناء بكل مدنها(رفح مصر والعريش وغيرهما) يتعرضون لخبرات مؤلمة؛ ومعاناة حياتية و نفسية مستمرة على مدار سنين وأحقاب تاريخية لكونهم يعيشون بالقرب من منطقة حدودية مجاورة لأكثر بقاع الأرض التهابا بأحداثها فى الشرق الأوسط، فعاش أطفال الأمس و أطفال اليوم مازالوا يعيشون أحداث دامية ناتجة عن الاضطرابات والأطماع الاستعمارية التى تتجسد حالياً فى شكل عمليات إرهابية مستمرة أدت إلى تهجير أطفال رفح وأسرهم لعدة مناطق منها بعض مدن القناة والقاهرة وغيرها من المدن المصرية كإجراء أمنى من الدولة لحمايتهم وحماية حدودها، مما جعل هؤلاء الأطفال ومعهم أطفال العريش وبقى مدن شمال سيناء فى حالة ترقب لما سيأتى، وفقدان لحاجتهم الأساسية للأمن بصورة مزمنة، وأدخلهم هذا فى دائرة خطر الاضطراب السلوكى، فهم أطفال فى محنة واضطراباتهم انعكاس لظروف مجتمعية وأمنية صعبة تجعلهم يعيشون فى بيئة مؤلمة بخبراتها ومحبطة بتأثيراتها عليهم و وضع مشكل لصعوبة فهم وتحليل مجريات احداثه من قبل الأطفال، دون أن يشعر بهم وبدويهم أحد أو تلتفت إليهم أنظار الجهات المعنية بالطفولة، وهنا يتعين على المجتمع أن يتفقد حال الطفولة لديه وبذل المزيد من الجهود مع هؤلاء الأطفال لمواجهة هذه العوائق وحفاظا على الطفولة واستعدادا لإمدادها بما تحتاجه من رعاية واهتمام؛ لتحقيق طموحات المجتمع وآماله وضمانا لمستقبله؛ فالتأخر فى المواجهة يؤدي إلى مشكلات مستقبلية أكثر خطورة، وبداية المواجهة هى التحديد والوصف الدقيق لما يعانىة هؤلاء الأطفال من مشكلات سلوكية.

### مشكلة البحث:

<sup>(\*)</sup> مدرس بقسم العلوم النفسية-كلية التربية للطفولة المبكرة-جامعة القاهرة

سلوك الطفل يعبر عن قدرته على التوافق مع البيئة والمجتمع المحيط به وإحساسه بالأمان والانتماء، كما يعبر عن قدرة هذا المجتمع على الاهتمام بالطفل وحمايته، فمن حقه في أن يعيش طفولته ويتمتع بها وأن تكون خبراته تدعم تكوين شخصية سوية، وحال وجود عوائق تجعل البيئة بخبراتها غير الإيجابية محبطة، يصبح الجو النفسى غير مناسب للنمو السوى، ويصعب على الطفل فهم بيئته أو وصف ما بداخله من مشاعر سلبية بسببها، لتصل به الامور للمعاناة من الاضطرابات السلوكية، وعليه الأطفال الذين يعيشون مع أسرهم فى بيئة غير داعمة محفوفة بالمخاطر والصراعات والعنف والعمليات الإرهابية والتي يسودها علاقات تتسم بالبرود وإهمال المجتمع الدولى والمحلى لها تنشأ لديهم اضطرابات نفسية سلوكية وجسمية، وهذا التشكيل السلوكي والبيولوجي المتكامل يؤدي إلى تراكم المخاطر فى حالة إهمالها وينجم عنه اضطرابات الصحة العقلية والامراض النفسية المزمنة. (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002, 330)

وأشار لهذا الإعلان العالمى للاتفاقية الدولية لحقوق الطفل منذ سنوات طويلة بعد عقد مؤتمر القمة العالمى فى المقر الرئيسى للأمم المتحدة بنيويورك فى (نوفمبر ١٩٨٩) والذي أقر فى البيان الصادر عنه أن: "مايتعرض له الأطفال من حروب وعنف -أيًا كان نوعيهما- من أخطر مايعوق نموهم بوصفهم ضحايا"، وأوصى أن: "تولى هؤلاء الأطفال الرعاية اللازمة والحماية الخاصة"، وتاريخ بدء النفاذ للبيان (سبتمبر ١٩٩٠) (United Nations Human Rights, 2018, 38, 39)، فتعرض الأطفال فى مختلف بقاع الأرض للعديد من المشكلات التى تعوق تمتعهم بالأمن، والتى لاتحفظ حقهم فى اللعب والتعلم وأخذ دورهم فى المجتمع أمر واقع، ولتنامى الإحساس بضرورة الاهتمام بهم، حققت العديد من المجتمعات التقدم الملموس فيما انجزته على الصعيدين الرسمى وغير الرسمى المتمثل فى إجراء الدراسات الوصفية لأوضاع الطفولة النفسية والجسدية، مثل دراسة الطويل ونيل واسكر وآخرون (Altawil, Nel, Asker, et al, 2010) عن: "الآثار النفسية للحروب المستمرة على أطفال رفح الفلسطينية"، التى هدفت لبحث التأثيرات النفسية طويلة الأجل للحروب المستمرة على الأطفال الصغار فى منطقة رفح الفلسطينية الحدودية، لعينة مكونة من (١٣٧) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٤-٧) سنوات تم اختيارهم عشوائياً، وأسفرت النتائج عن معاناة نسبة (٤١%) من أطفال العينة من الاضطرابات النفسية و (٢٢%) من الاضطرابات الاجتماعية السلوكية بصفة خاصة، لتعرضهم لأحداث نفسية سيئة ناتجة عن الحروب، وأبرزها: التعرض لأصوات الانفجارات، والاعتداءات، وخبرات الخوف من مشاهدة الآليات العسكرية والمدفيعات والطائرات الحربية، ونفس النتائج جاءت بها دراسة لبانتير وجودمان وتول وايجيرمان (Panter, Goodman, Tol, & Eggerman, 2011) الطولية عن: "محن الطفولة فى كابول افغانستان و الصحة النفسية"، كفئة معرضة لخطر الاضطرابات السلوكية. كما أكدت دراسة اتانى وجاعلوك وفايد وآخرون (Itani, Jaalouk, Fayyad, et al, 2015) عن: "تعرض الأطفال والمراهقين العرب لحوادث الحروب الصادمة"، وهى دراسة مسحية للدراسات التى أجريت فى هذا المجال عن تعرض الأطفال للحرب لعدد من البلدان فى العالم العربى حتى (٥ سبتمبر ٢٠١٤) وشمل التقرير البحثى (٤٢) دراسة، (٢) عن العراق، و (٤) عن الكويت و (٥) عن لبنان و (٢٦) عن فلسطين و (٣) عن السودان و واحدة عن الصومال و آخر عن سوريا، و وجد أن كل هذه

الدراسات ناقشت في نتائجها أحداث الحرب المروعة بشكل عام مثل مشاهدة الجرحى وتدمير المنازل والتهجير، أو بشكل خاص مثل التعرض لأشكال مختلفة من العنف وأثارها على الأطفال العرب، وخلصت إلى أن الحروب والنزاعات المسلحة أدت إلى عواقب شديدة ومزمنة تظهر على المستويات الاجتماعية والنفسية، ولا بد من إعطائها الاهتمام الكافي.

إلى جانب الدراسات الوصفية أجريت دراسات اهتمت بالإجراءات التطبيقية على أرض الواقع لرعاية الأطفال التي عاشت أو مازالت تعيش مثل هذه الظروف رعاية مميزة صحيا ونفسيا كخطوة تالية للدراسات الوصفية المفصلة، مثل دراسة جابولايد وريناود وروبتين وآخرون (Gaboulaud, Reynaud, Roptin, et al, 2010) بعنوان: "الدعم النفسي المقدم لأطفال ما قبل المدرسة الفلسطينيين: تحليل بيانات برنامج لتخفيف الاضطرابات النفسية والسلوكية للأطفال في الأراضي الفلسطينية المحتلة"، وإهتمت بدراسة الدعم النفسي المقدم للأطفال في الأراضي الفلسطينية المحتلة وفاعلية البرنامج المقدم لخفض الاضطرابات النفسية والسلوكية للأطفال الصغار في مناطق الصراع السياسي، على (٧٧٠) طفلا جميعهم في سن ما قبل المدرسة (٣-٥ سنوات) ممن تلقوا العلاج النفسي خلال الفترة من (٢٠٠٦-٢٠١٠) في مناطق رفح فلسطين وغزة والضفة الغربية. وكذلك جاءت دراسة جاجرو (Gagro, 2015) عن: "دور وأنشطة هيئات الأمم المتحدة المتعلقة بحماية الأطفال المتأثرين بالصراعات المسلحة"، وتناولت الدراسة ماتجريبه هيئات الأمم المتحدة من إجراءات فعليه عديدة في المجال؛ بغرض حماية وتعزيز حقوق الأطفال المتأثرين بالصراعات المسلحة، والتي أثرت على نموهم النفسي والاجتماعي، ويقدرون بـ(٢٣٥) مليون طفلا، منهم ما يقرب من مليون طفل معرضين وأسرههم للخطر مغادرة بيوتهم لأسباب ترتبط بالصراعات الدائرة في جميع أنحاء العالم.

هذا وغيره من الاهتمام العالمي بهؤلاء الأطفال، أظهر للباحثة ضرورة أن نولي أطفال شمال سيناء الاهتمام النفسي المطلوب بوصف مشكلاتهم النفسية والسلوكية كخطوة أولى، وهناك العديد من الدراسات التي تؤكد إحساس الباحثة لخطورة الموقف كدراسة ينج وكيناردى وكوبهام (Young, Kenardy, & Cobham, 2011) عن: "الصددمات النفسية في مرحلة الطفولة المبكرة" كقناة مهمة، التي تؤكد نتائجها على أن الأطفال الرضع وأطفال الحضانة وما قبل المدرسة معرضون لمخاطر عالية عند تعرضها للحروب والعنف والإرهاب والصددمات؛ لأنهم في مرحلة نمو نشط سريع يتأثر بالنتائج السلبية، كما أنهم أكثر اعتمادية على القائمين بالرعاية لحمايتهم جسديا ونفسيا، مما يجعل تعرضهم للأخطار أكثر عمقا في شخصياتهم، واضطراباتهم لاتحل تلقائيا فهي في حاجة إلى دراسة و وصف علمي دقيق لمواجهتها لتحل بشكل فعال، إذ أن الإهمال في تشخيصها المبكر وما يليه من سوء التصرف معها يؤدي إلى مشكلات أكثر خطورة في المستقبل.

كما جاءت دراسة تول وسونج وجوردانس (Tol, Song, & Jordans, 2013) عن: "المرونة والصحة النفسية للأطفال الذين يعيشون في مناطق النزاع المسلح"، وركزت على الدعم المقدم لتطوير التدخلات الهادفة إلى زيادة تحسن النتائج الإيجابية والحد من السلبية، وقامت بالمراجعة المنهجية لـ(٥٣) دراسة وصفية وكمية، عن الصحة العقلية ومرونة الشخصية في الأطفال المتأثرين بالنزاعات المسلحة في البلدان المنخفضة و المتوسطة الدخل، وأوصت بإجراء المزيد من الدراسات الوصفية للحصول على نتائج أكثر تفصيلا و دقة

كيفية وكمية على الطفولة المبكرة بصفة خاصة، ونفس الشيء أكدته نتائج دراسة أجريت حديثاً على أطفال سوريا بعد اندلاع الحرب بأربع سنوات، أجراها ديفاكيمار ويرتش ورايينستين وآخرون (Devakumar, Birch, Rubenstein, et al, 2015)، بعنوان: "صحة الطفل في سوريا: الآثار الدائمة للحرب على الصحة"، بالإضافة لتأكيداتها على أن الحرب تسببت بحدوث الضرر الشديد بصحة الأطفال بصورة عامة، وأكد الباحثون أن هؤلاء الأطفال سيظلون في مواجهة المزيد من التحديات والآثار السلبية طويلة المدى على الصحة الجسمية والنفسية والأخلاقية.

دعم كل هذا الاهتمام العالمي بالأطفال في مثل هذه الظروف المحبطة اهتمام الباحثة بضرورة البحث العلمي الوصفي لما يعانيه أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش من اضطرابات سلوكية حيث لم يتطرق أحد لدراساتها ولم يُظهر المختصون والمعنيون بالطفولة في حدود علم الباحثة\_ بادرة اهتمام بدراسة وضع صحتهم النفسية، بداية من تحديد و وصف مايعانوه من اضطرابات سلوكية كخطوة ضرورية سابقة لتقديم الدعم لهم في ضوء النتائج؛ وانتهاء بتجاوزهم محنتهم ونمو شخصياتهم المستقبلية السوية المتوافقة نفسياً وتمكنهم من التماسك النفسي والمواجهة البناءة حتى في حال استمرار الوضع البيئي المحبط كأمر واقع.

**عليه يمكن تحديد مشكلة البحث في السؤال التالي:**

- ما مدى الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الروضة المهجرين من رفح مقارنةً بأطفال العريش و أطفال القاهرة؟

### أهداف البحث:

- ١- التعرف على مدى الاضطرابات السلوكية لدى أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش.
- ٢- المقارنة بين مدى الاضطرابات السلوكية لدى أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة.

### أهمية البحث:

- الأهمية النظرية تتمثل في:

- ١- تقديم اسهاما نظريا وتراثا في مجال الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعرضين لمعاناة حياتية ونفسية مزمنة ومستمرة بسبب تعرض مجتمعهم للأعمال الإرهابية، وتوظيف النظريات النفسية لتفسيرها.
- ٢- لفت اهتمام المعنيين والمختصين بالطفولة لمعاناة أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش النفسية لظروفهم البيئية والمجتمعية، ولخطورة الأمر على الصحة النفسية للأطفال في هذه المرحلة العمرية.
- ٣- تقديم عددا من الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع البحث كمحاولة لسد النقص في المعلومات العلمية المنهجية حول حجم وأثر الحروب والإرهاب على صحة الطفل النفسية، ومحاولات مجابهة هذه الآثار، خاصةً أن التدخل المبكر مع الأطفال الذين يعيشون في مناطق النزاع المسلح لا بد أن يتم بالاستعانة بنماذج لدراسات علمية على الصحة النفسية عبر ثقافات مختلفة.

(Alexandra, 2012, 15),(Tol, Song, & Jordans, 2013, 456)

• الأهمية التطبيقية تتمثل فى:

١- تقديم التوصيات والمقترحات من خلال ماتوصل إليه البحث من نتائج إلى جميع القائمين والمهتمين برعاية الطفولة للمساهمة فى وضع خطط التدخل المبكر والبرامج الوقائية والإرشادية؛ التى تركز على نتائج أكثر تفصيلا ودقة كيفية سعيا لتنمية الصمود وتحسين الصحة النفسية للتخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لدى أطفال رفح المهجرين والعريش.

٢- المساهمة فى تفادى الخطورة المستقبلية بشكل علمى منظم بالدراسة العلمية الوصفية للوضع الراهن وخطورته الحالية كخطوة أولى، ومحاولة النظر إلى مردوده المستقبلى والسعى إلى الحد من تفاقم اضطرابات الأطفال النفسية فى مراحل عمره اللاحقة وإدارتها.

٣- إمداد المهتمين بالطفولة بقائمة تشخيصية للاضطرابات السلوكية كأداة لقياس درجة (٢٠) اضطراب سلوكى منتميين لأربع فئات من الاضطرابات (اضطرابات العادات- اضطراب النطق والكلام- الاضطرابات الوجدانية- الاضطرابات السلوكية الاجتماعية)، لكل منهم درجته المنفصلة وللقائمة التشخيصية درجة كلية تمثل درجة الاضطرابات السلوكية ككل.

**مصطلحات البحث ومفاهيمه الإجرائية:**

• الاضطرابات السلوكية:

عرفت الباحثة الاضطرابات السلوكية للأطفال بأنها: "هى اختلاف استجابات الطفل من حيث شكلها و تكرارها وشدتها عما يعد استجابة طبيعية فى ضوء الموقف والعمر الطفل الزمنى وجنسه وثقافة مجتمعه وتفاعل هذه المتغيرات الديموجرافية معاً، بصورة تعكس القصور فى عملية السيطرة على الذات، وتثير الشكوى لدى الطفل والمحيطين به"، ويستدل عنها اجرائيا بالدرجة التى يحصل عليها الطفل على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية، من إعداد الباحثة.

• أطفال الروضة المهجرين من رفح:

تعرفهم الباحثة بأنهم: "الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (٥ : ٦,٥) سنوات الذين كانوا من ساكنى مدينة رفح مصر وتم تهجيرهم وأسره لدواعى أمنية لأى مدينة أو محافظة داخل حدود جمهورية مصر العربية".

• أطفال العريش:

تعرفهم الباحثة بأنهم: "الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (٥ : ٦,٥) سنوات الذين كانوا ومازالوا من ساكنى مدينة العريش عاصمة محافظة شمال سيناء بجمهورية مصر العربية.

• أطفال القاهرة:

تعرفهم الباحثة بأنهم: "الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (٥ : ٦,٥) سنوات الذين كانوا ومازالوا من ساكنى محافظة القاهرة بجمهورية مصر العربية.

**حدود البحث:**

• الحدود البشرية متمثلة فى: عينة البحث المكونة من ثلاث مجموعات من الأطفال جميعهم تتراوح أعمارهم من (٥ : ٦,٥) سنوات وهم كالأتى: (٣٥) طفلا من الأطفال التى هاجرت مع أسرهم من رفح

فى الفترة الزمنية (١ : ٣١ / أغسطس / ٢٠١٥م)، وكانوا وقت التهجير تتراوح أعمارهم من (٣ : ٤) سنوات وأقاموا بمدينة العريش وبمدينة الإسماعلية، و(٣٥) طفلا من الأطفال المقيمين بمدينة العريش منذ ميلادهم، و(٣٥) طفلا من الأطفال المقيمين بالقاهرة منذ ميلادهم.

• الحدود المكانية: روضات مدينة العريش التالية: أحمد عربى وأل أيوب وأحمد حمدى، و روضات مدينة الإسماعلية : أهل الإسماعلية و الواصفية، وروضة القاهرة: مدرسة المقطم.

• الحدود الزمنية: تم تطبيق الجزء الإجراءى للبحث الحالى فى الفترة (٨ : ٢٦ / اكتوبر / ٢٠١٧م)

### إطار نظرى و دراسات سابقة:

#### الاضطرابات السلوكية Behavior Disorders:

مفهوم الاضطراب السلوكى يشير إلى: "مجموعه من المشاكل السلوكية والعاطفية لدى الأطفال والناجمة عن تجارب الحياة المؤلمة، تظهر معها صعوبة كبيرة فى اتباع القواعد والتصرف بطريقة غير مقبولة اجتماعيا". (يوسف، ٢٠٠٠، ٢٩)

ويعرف بأنها: "مجموعة من الاضطرابات فى علاقة الطفل بذاته و بالآخرين". (باطة، ٢٠٠١-٦، أ، ٦) كما عُرفت بأنها: "مجموعة من السلوكيات غير العادية التى يظهرها الطفل بصورة واضحة ومتكررة وتكون غير ملائمة للمرحلة العمرية للطفل، بحيث تصبح هذه السلوكيات غير مقبولة للمحيطين به، فيسوء توافقه ويحتاج إلى تدخل إرشادى أو علاجى". (شاش، ٢٠٠٢، ١٠٨)

كذلك عُرفت بأنها: "حالة اضطراب فيها علاقة الأنا بالآخر بل واضطراب فيها صيغة الأنا للتعبير عن الوجود فى العالم". (ماكجوير وريتشمان، ٢٠٠٦، ٢)

فى حين جاء تعرف (سليمان، ٢٠٠٧، ٤٢) للاضطراب السلوكى بأنه: "هو أن يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه فى المجتمع الذى ينتمى إليه هذا الفرد، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار، ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الاشخاص الذين يشاهدونه".

كما أن السلوك المضطرب هو: "النمط الثابت المتكرر من السلوك العدوانى أو غير العدوانى الذى تنتهك فيه حقوق الآخرين أو قيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل فى البيت أو المدرسة أو جماعة الرفاق وفى المجتمع، على أن يكون هذا السلوك أكثر من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال والمراهقين". (أحمد وبطرس، ٢٠٠٨، ٤)

وعرفها (الزيمارى وشعث، ٢٠٠٨، ٢٨٥) بأنه عبارة عن: "صعوبات جسمية أو نفسية أو اجتماعية تواجه بعض الأطفال بشكل متكرر، وتمتاز بنوع من الشدة، ولا يمكنهم التغلب عليها بأنفسهم، ولا يتجاوبون مع محاولات التعديل والتغيير التى يقوم بها الوالدين أو المدرسون".

أما كيرك جالاجير وكوليمان وآخرون (Kirk, Gallagher, Coleman, et al, 2009, 183) يرون أنها: "انحراف عن السلوك الملائم للعمر والذى يتدخل فى نمو الفرد وتطوره وحياة الآخرين".

وعُرفت أيضا بأنها: "كل سلوك يثير الشكوى أو التذمر لدى الطفل أو والديه أو المحطين به فى الأسرة أو المؤسسات التربوية أو الاجتماعية، مما يدفعهم إلى طلب مساعدة المتخصصين للتخلص من ذلك السلوك". (حمدي و هارون وأبوتالب، ٢٠١٠، ٥٧)

وبأنها: "انحراف عن السلوك السوى، ويزداد إذا ترك دون بحث أسبابها وطرق الوقاية والعلاج، وتتعدد وتتنوع حسب مسبباتها، وتعكس خلا مافى أسلوب التربية فى المدرسة أو البيت أو المجتمع، كما أنها تؤدى بالفرد إلى سوء التكيف الشخصى والاجتماعى". (أبوسعد، ٢٠١١، ٢٨)

واتفق هذا مع تعريف (سليم، ٢٠١١، ٣٣) بأنها: "السلوك الذى يختلف كثيرا عن السلوك الطبيعى، وله آثار جانبية أو عواقب غير مرغوبة، ويؤدى إلى توتر الطفل".

ويرى (القمش والمعايطة، ٢٠١٣، ٥١) أن الاضطرابات السلوكية هى: "مصطلحات تصف مجموعة من الأشخاص الذين يظهرون و بشكل متكرر أنماط مختلفة من السلوك".

فى حين عُرفت أيضا بأنها: "أفعال متكررة ومستمرة الحدوث وقابلة للملاحظة، تتميز بالشدة وتثير استهجان القائمين على رعاية الطفل لتجاوزها معايير السلوك المتعارف". (AACAP, 2013-A,1)

بناء على كل ماسبق من تعريفات عرفت الباحثة الاضطرابات السلوكية للأطفال بأنها: "هى اختلاف استجابات الطفل من حيث شكلها وتكرارها وشدها عما يعد استجابة طبيعية فى ضوء الموقف والعمر الطفل الزمنى وجنسه وثقافة مجتمعه وتفاعل هذه المتغيرات الديموجرافية معا، بصورة تعكس القصور فى عملية السيطرة على الذات، وتثير الشكوى لدى الطفل والمحيطين به".

### محكات و معايير الاضطرابات السلوكيات:

- محك اجتماعى متمثل فى: البيئة الثقافية والاجتماعية وعدم تقبل المجتمع للسلوك.
- محك نفسى اجتماعى متمثل فى: أن تكون اضطرابات سلوكية وظيفية وليس عضوية (يوسف، ٢٠٠٠، ٣٥)، و فى الفروق الفردية واختلاف الطفل حتى عن نفسه والتغيير المفاجئ فى مزاج الطفل أو سلوكه بحيث يبدو مختلف عما كان عليه سابقا (حمدي و هارون وأبوتالب، ٢٠١٠، ١٨)، وكذلك فى نوعية السلوك وارتباطه بمشاعر عدم الرضا، مما يعيق نمو الطفل الجسمى والنفسى واستمتاعه بالحياة مع نفسه والآخرين. (سليم، ٢٠١١، ٤٥)
- محك احصائى متمثل فى: شدة، وتكرار الأعراض، والاستمرارية (APA, 1994, 31)، وإتساع الاضطراب وإمتداده. (ماكجوير وريتسمان، ٢٠٠٦، ٨)، (مخيمر وعلى، ٢٠٠٦، ١٢: ١١)
- محك قانونى متمثل فى: خطورة الانتهاك أو المخالفة.
- محك الديموجرافى المتمثل فى: بعض المتغيرات الديموجرافية مثل السن والجنس والموقف أو السياق الاجتماعى الذى يحدث فيه السلوك.

### العوامل المسببة للاضطرابات السلوكية لدى الأطفال:

- العوامل التربوية الأسرية: كسوء التوافق الأسرى، ففى دراسة فوناجى وجيرجىلى وتارجيت (Fonagy, Gergely, & Target, 2007) عن: "العلاقة الثنائية بين الوالدين وأطفالهم الرضع وبناء

الذات"، وجد أن العلاقات غير الآمنة وغير المتوقعة بين الوالدين والطفل تخلق بيئة غير مدعمة لاكتساب المهارات العقلية والنفسية والقدرات الجسمية المطلوبة من الطفل، كما أشارت دراسة شانديريكا كليسو (Kelso,2008) عن: "تأثير العنف المنزلي على المشكلات السلوكية للأطفال"، إلى أن الأطفال الذين يتعرضون للعنف المنزلي من قبل الآباء تظهر عليهم اضطرابات سلوكية انفعالية واجتماعية.

- العوامل الجسمية والصحية: كالإصابة ببعض الأمراض مثل السكر.
- العوامل البيولوجية: كالعوامل الجينية والبيوكيميائية والعصبية.
- العوامل العقلية: كالقدرة على التذكر ودرجة الذكاء.(قناوى وعبدالمعطي، ٢٠٠٠، ٢٣٣-٢٣٥)
- العوامل النفسية: كالإحباط، والحاجة للاهتمام والتقدير والأمان والثقة بالنفس، وعدم النضج الانفعالي أو التكوين النفسي الشاذ "الجعبة السلوكية المنفرة لباندورا"، فالاضطرابات السلوكية فى معظمها رد فعل لما يعانيه الطفل من عقبات وإحباطات فى بيئته تحول بين الطفل وإشباع احتياجاته النفسية، فيلجأ إلى أنواع من السلوك فى محاولة منه للتغلب على حرماناته وإشباع حاجاته الأساسية المختلفة.

(ماكجوير ورينتشمان، ٢٠٠٦، ٨)،(الزيمارى وشعث، ٢٠٠٨، ٢٦٤)

والبيئة غير الآمنة المحبطة المحفوفة بمخاطر الإرهاب تجمع فى طياتها كل العوامل النفسية المسببة للاضطرابات السلوكية، فتوجد الإرهاب وما يترتب عليه من الحرب ضده له انعكاساته السلبية المباشرة على كل فئات المجتمع، والوضع أسوأ على الصحة الأطفال النفسية؛ حيث تظهر لديهم زيادة الإحساس بالتوتر (Garbarino, Governale, Henry, & Nesi, 2015, 31)، وفى دراسة ثابت وستريتش وفوستانيس (Thabet, Stretch, & Vostanis, 2000) عن: "تأثير العنف على الصحة النفسية للأطفال الفلسطينيين"، وجد أن (٢١،١%) من الأطفال يعانون من مشاكل انفعالية قوية، و(٧٩،٤%) من مشاكل سلوكية اجتماعية، و كذلك دراسة والسين وأحمد والفون (Wahlsten, Ahmad, & A-Lvon, 2001) عن: "التجارب الأليمة والمشاكل والاضطرابات النفسية عند الأطفال من كردستان العراق والسويد"، على عينة مكونة من مجموعتين، المجموعة الأولى: (١٧٠) طفلاً من (٦: ١٨) سنة من مواليد كردستان من (تركيا والأردن والعراق وسوريا)، والثانية: (١١٨) طفلاً من السويد بنفس العمر، و وجد أن هناك أعراض للاضطرابات و المشاكل السلوكية، و أن الأطفال تختلف عن الكبار بإظهار أوجه التشابه أكثر بينهم بشأن تأثير التجارب المؤلمة عليهم، كما جاءت دراسة كل من عابدين و قصرأوى و نبيل و شاهين (Abdeen, Qasrawi, Nabil, & Shaheen, 2008) بعنوان: "التفاعلات النفسية لأطفال ما قبل المدرسة مع الاحتلال الإسرائيلي: دراسة على الأطفال فى رفح الفلسطينية"، لعينة قوامها (٢١٠) طفلاً فلسطينياً من سبعة روضات تابعة للسلطة الفلسطينية، ومتوسط عمر الأطفال مابين (٣: ٦,٥) سنوات، (٦٥%) منهم من قطاع غزة ونسبة (٣٥%) من مدينة رفح، مستخدمة مقياس تفاعلات الأطفال الوجدانية مع العنف، وأظهرت النتائج أن نسبة حوالي (٩٩%) من المشاركين تعرضوا إلى العنف المباشر، وأن (٧١%) من أطفال غزة وأطفال رفح يعانون من معدلات مرتفعة من الاضطرابات السلوكية.



كما أجرى ديبو و بوكسير وهوسمان وآخرون (Dubow,Boxer,Huesmann,et al,2010) دراسة عن: "أثر التعرض للصراع والعنف: دراسة التوافق النفسي بين الأطفال الفلسطينيين في مدينة رفح"، بهدف دراسة أثر التعرض للصراعات السياسية على التوافق النفسي أطفال ماقبل المدرسة في رفح وما يظهر لديهم من أعراض العدوانية والاكنتاب والقلق والتوتر النفسي كبعض المشكلات النفسية التي يواجهها الأطفال في رفح، مستخدمة المنهج الوصفي، لعينة قوامها (٤٥٠) طفلا في ثلاث مجموعات عمرية (٤ : ٥ : ٦) سنوات بواقع (١٥٠) طفلا في كل مجموعة عمرية، لتقييم العلاقة بين التعرض للصراعات والعنف السياسي وظهور أعراض التوتر والسلوكيات العدوانية للأطفال الصغار في رفح، وشارك في الدراسة آباء هؤلاء الأطفال، مستخدمين استبانة المعلومات الديموغرافية ومقياس أعراض توتر الأطفال وبطارية مقياس عدوانية الطفل، وأظهرت نتائجها أن مايزيد على (٢٠%) من الأطفال يعانون من أعراض التوتر والقلق الشديدة، و(٤٠%) من الأطفال يعانون العدوانية سواء على الذات أو ضد الأقران، كما يوجد علاقة عكسية بين تعرض الأطفال للصراعات والعنف و بين التوافق النفسي لديهم، واتفقت هذه النتائج مع دراسة ماستين وأوسوفسكى (Masten&Osofsky,2010) عن:"الكوارث و تأثيرها على نمو الأطفال"، سواء الكوارث الطبيعية أو من صنع الإنسان وتسبب مشاكل نفسية لدى الأطفال الذين تعرضوا لها بشكل مباشر أو غير مباشر، و وجد أن هذه الصدمات غالبا ماتؤدي إلى مشاكل مدى الحياة متعلقة بالسلوك والصحة العامة إن لم يتم التدخل السريع، يصاب الأطفال بالاكنتاب والقلق والخوف الذي يؤثر بدوره على توافقهم النفسي وخاصةً في الحروب والقتال المسلح والإرهاب والتهجير، أكثر من الكوارث الطبيعية.

وتحت مظلة الاهتمام بأطفال المناطق الحدودية العرصة للحروب والأزمات أجرى كل من ماساد و نيتو وبالتا وآخرون (Massad,Nieto,Palta,et al,2010) دراسة بعنوان:"الصحة النفسية والعقلية بين أطفال الروضة في مدينة رفح الفلسطينية: المرونة واحتمالات المشكلات النفسية"، بهدف دراسة المشكلات النفسية لأطفال الروضة بمدينة رفح الفلسطينية، لعينة عشوائية من(٣٥٠) طفلا تتراوح أعمارهم بين (٣ : ٦)، واستخدمت المقابلة مع أمهات الأطفال ومقياس الصحة العامة للأطفال، وتوصلت إلى أن العوامل المرتبطة بمساعدة أطفال رفح للحفاظ على المرونة النفسية هي: الصحة الجيدة، ومستوى تعليم الأمهات وصحتها العقلية، وانخفاض مستويات تعرض الأطفال للأحداث النفسية السلبية، أما دراسة أكيل والجزاوي وخطيب وآخرون (Aqeel, Al-Ghzawi, Khatib, et al, 2011) عن:"معدل اضطرابات التوتر النفسي لدى الأطفال الصغار في غزة ورفح"، بهدف قياس التوافق النفسي بين الأطفال بالمدن الحدودية الواقعة تحت الصراعات السياسية، وفاعلية برامج التدخل المبكر لتحسين الصحة النفسية للأطفال من قطاع غزة ورفح الفلسطينيين على(٨٧٢) طفلا بمرحلة الطفولة المبكرة من(٤ : ٧) سنوات ممن يتلقون العلاج النفسي بأحد المستشفيات الميدانية الأردنية للطب النفسي، توصلت الدراسة إلى أن هناك (١٩٦) طفلا بنسبة (٢٣,٧%) من المتواجدين في عيادة الطب النفسي يعانون من أحد الاضطرابات السلوكية.

وللحروب والإرهاب تأثيرات نفسية طويلة الأجل على الأطفال الصغار إن تُركت بدون اهتمام؛ فتركها يؤدي إلى عواقب مستقبلية وخيمة؛ فطفل اليوم المضطرب، غدا رجل قلق يعانى من الخوف، والقلق إزاء

الأخطار حين يتجاوز حدوده المعقولة بسبب ضررا فادحا في الشخصية، وعلى قدر ماتتزايد مساحة الخوف في داخل الإنسان تضيق مساحة الشعور بالانتماء وتهيمن الطغينة وتبحث عن منفذ لتعبر عن نفسها، وتتعطل إمكانات النمو العاطفي والأخلاقي، وتضعف الأنا الأخلاقية والقانونية في الفرد في سعيها للتخلص السريع من مصادر القلق والخوف والتهديد، فينجذب الفرد لها لينال الأمان المنشود ولتملى عليه طريقته في التفكير وقيما للتبنى لتفادي شرها (Niaz, 2015, 33)، وعليه إذا لم يتم إيلاء الاهتمام المناسب لهؤلاء الأطفال بوصف اضطراباتهم السلوكية لتناولها بالإرشاد النفسي المناسب كخطوة لاحقة قبل تفاعمها، فإنهم قد يلجؤون في مراهقتهم لاتخاذ أسلوب حياة مضطرب، ويتحولون إلى أسلحة فتاكة في أيدي جماعات الإرهاب. ويؤكد وجهة نظر الباحثة مذكوره (بطرس، ٢٠٠٨، ١٣١: ١٣٢) من أنه يجب الاهتمام بالمشكلات السلوكية قبل أن يستفحل أمرها وتتطور إلى عصاب وحتى لاتحول دون النمو النفسي السوي وتحقيق الصحة النفسية، وكذلك مذكوره (الزيماري وشعث، ٢٠٠٨، ٢٥٧) بأن معظم المراهقين والراشدين سيئى التوافق كانوا تعساء في طفولتهم، وهناك بعض المجتمعات أداركت هذا منذ عشرين سنة وأولت أطفالها رعاية نفسية خاصة، مثل دراسة بلومبيرج (Blumberg, 1998) التي كانت تتناول كيفية إجراء التغيير في توزيع محتوى علم نفس السلام منذ تفكك الاتحاد السوفيتي (١٩٩١)، واحتواء مخاوف الأطفال من الحروب، والبحث في الديناميات النفسية والصحة العقلية لهم من أجل صنع السلام والملاعنف المستقبلي. والدراسة المسحية التي أجراها جيرويتش وفيفريام وليفتوتش (Gurwitsch, Pfefferbaum, & Leftwich, 2002) بعنوان: "أثر الإرهاب على الأطفال: اعتبارات لحقبة جديدة"، والتي تم فيها عمل دراسة مسحية للدراسات التي أجريت على اضطراب مابعد الصدمة في فترة زمنية (١٩٨٢ - ٢٠٠١) للوقوف على نتائجها وما قدمته من نتائج للاسترشاد بها عند تقديم الخدمات صحة النفسية للأطفال وأسره المتضررين من أحداث (١١ سبتمبر ٢٠٠١)، بل تم انشاء مايسمى باتحاد علاج وخدمات صدمات الأطفال والمراهقين (CATS) لإجراء دراسات ميدانية وصفية وتجريبية للحد من آثار الصدمات النفسية على الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية ومنها دراسة (CATS Consortium, 2007) التي أجرت علاج معرفى سلوكى للأطفال والمراهقين المصدمين بعد (١١ سبتمبر)، كأكبر مشروع تعاونى شمل صناعات القرار بولاية نيويورك والعلماء والمعالجين النفسيين والأطباء، على عينة من (١٣٨٧) طفلا، وقدمت العلاجات في مدارس وعيادات معدة لذلك، وأكدت على ضرورة متابعة الحالات والتواصل ودعم تبادل المعلومات لمنع تفاقم المشكلة مستقبلياً.

### النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية:

تمثل النظريات مجموعة من الافتراضات المتعلقة بالسلوك والتي تحاول تفسيره وفهم دوافعه، من هذه النظريات نظريات السلوكية التي ترى أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية ولديهم سلوكيات سلبية، تعلموا هذه السلوكيات بالملاحظة والتقليد فهذا الاتجاه بحسب العالم باندورا Bandura حساس للعوامل الثقافية والاجتماعية والبيئية، نتيجة لهذا فإن الشخص المضطرب ليس مسؤولاً عن هذا الاضطراب، ولعل نتائج دراسة باربارا ويلسن (Wilson, 2008) بعنوان: "وسائل الاعلام والعدوان عند الأطفال والخوف والإيثار"، تؤكد على التعلم بالملاحظة والتقليد. حيث وجد أن هناك درجة دالة على أن الوسائل الاعلامية

ومادتها المعروضة يمكنها أن تسهم في نمو مشاعر القلق والخوف عند الأطفال وحالات من اضطراب المشاعر، والسلوكيات المضادة للمجتمع، ودراسة ششوينبيرج وديفيد (Schoenberg,& David,2014) عن:"التغذية الرجعية البيولوجية والاضطرابات النفسية: استعراض منهجي"، تؤيد النظرية السلوكية وفتياتها المتعددة وتم فيها عمل تحليل لنتائج (٢٢٧) دراسة عن التدخل العلاجي للاضطرابات النفسية بطرق وفتيات متنوعة تتبع المدرسة السلوكية منها طريقة الاسترخاء والتنظيم الذاتي، والتغذية المرتدة، والتعزيز، ووجد أنه يمكن تعديل الاستجابة النفسية غير المتوافقة المرتبطة بالاضطراب، وكذلك دراسة (أبوغالي وحجازي، ٢٠١٦) عن:" فعالية برنامج إرشادي في الحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى أطفال غزة المدمرة منازلهم أثناء حرب (٢٠١٤)"، إلا أن هذا التوجه يركز على السلوكيات البسيطة ونقل فاعلية تطبيقها على المشاكل الإنسانية الأكثر تعقيداً، كما يظهر السلوكيون رفضهم للعمليات الداخلية والمعرفية وبيالغون في دور البيئة في إحداث الاضطراب.

حين النظرية المعرفية رغم أنها توافق على أن الكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية سلوك متعلم، إلا أنها ترى بأن التعلم لا يقتصر على ذلك؛ فالناس يفكرون بالأحداث التي تمر بهم، ويعطونها معنى من خلال التوقعات والقناعات والمعتقدات التي يحملونها، وبعض الناس ليس لديهم قناعات منطقية وهم يفسرون الأحداث بشكل خاطئ، ومهاراتهم في حل المشكلات محدودة، لذا يزيد احتمال أن تظهر لديهم مشكلات سلوكية، ومن النظريات المعرفية نظرية "إليس" في العلاج العقلي الانفعالي التي ترى أن الاضطرابات السلوكية تنجم من أنماط غير منطقية في التفكير (حمدي وهارون وأبو طالب، ٢٠١٠، ٧٤: ٧٥)، والعديد من الدراسات وظفت النظرية المعرفية مثل دراسة ماري جرينبيرج (Greenberg,2005) وهدفها تقييم فعالية برنامج للتربية الوالديه في مساعدة عينة من (٢٤) أما لديهن أطفال ذوي مشكلات نفسية تتراوح أعمارهم بين (٣-٥) سنوات على التكيف مع المشكلات النفسية لأطفالهم ببرنامج قائم على تغيير نمط ومنطقية التفكير لديهم، وأشارت النتائج إلى أن البرنامج له تأثير دال إحصائياً، وكذلك دراسة (بديع، ٢٠١١) التي هدفت لمعرفة فاعلية تطبيق برنامج إرشادي للوالدين مقدم إلى (١٠) أسر لخفض السلوك المشكل لأبنائهم من خلال تعرفهم على أسبابه ودوافعه النفسية، ومساعدتهم على تغيير سلوكهم تجاه سلوكيات أبنائهم.

و دراسة فارزادفارد وعبد القادر وعبادي (Farzadfad,Abdekhodaer,&Abadi,2015) التي طبقت العلاج المعرفي على الأطفال مباشرةً مستخدمة "العلاج بالألعاب الهادفة و بالنشاط القصصي" لزيادة مجالات اهتمام أطفال ما قبل المدرسة و تركيزهم، لعينة من (٦٠) طفلاً، و كذلك دراسة لين و براتون (Lin & Bratton, 2015) عن "العلاج باللعب".

أما نظريات الاتجاه البيئي في تفسير الاضطرابات السلوكية يركز أصحاب هذا الاتجاه على أن تفاعل القوى الداخلية والخارجية هو الأساس في حدوث السلوك، وعلماء الاجتماع في هذا الاتجاه يركزون على تأثير المجموعات الاجتماعية والمؤسسات على سلوك الفرد، ويركز علماء البيئة التحليليون على التفاعل الأسرى وتأثيره على شخصية الفرد؛ فالعوامل البيئية والسياق التنظيمي للبيئة لها تأثيرات على نجاح العلاج السلوكي المعرفي (Glisson,2002,241)، و وُظفت هذه النظرية في دراسة (عبدالسيد، ٢٠٠٣) لتعديل السياق البيئي

للأطفال بتقديم برنامج إرشادي لتحسين المهارات الوالديه بهدف خفض المشكلات السلوكية لدى الأطفال، لعينة من (٢٠ أبًا و ٢٠ أمًا) ممن لديهم أطفال ويعانون من المشكلات السلوكية، وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج. ودراسة هاتمان وستين وإيكلبيرجر وآخرون (Hautmann,Stein,Eichelberger,et al,2011) بعنوان: "فاعلية تدريب الأطفال ذوي مشاكل السلوك في بيئة طبيعية"، لعينة من (٢٧٠) أسرة أطفالهم تتراوح أعمارهم بين (٣-١٠) سنوات لديهم مشاكل سلوكية، اظهرت نتائج فاعلية البرنامج في خفض السلوك التخريبي للأطفال. حين يستند الاتجاه الدينامي في تفسيره للاضطرابات السلوكية على فهم سلوك الإنسان من خلال تحليل العمليات الداخلية المتواجدة فيه، وتعتبر النظرية التحليلية ل فرويد من أهم نظريات الاتجاه الدينامي، وهي ترى أن أحداثاً كثيرة في حياة الإنسان اليومية تستثير محتويات اللاشعور وتؤدي إلى شعور الفرد بالقلق والاضطراب. وأحدث اتجاه للنظريات الدينامية هو الاتجاه الإنساني الذي يقرر بأن سلوك الإنسان موجه بدوافع إيجابية كمنظريه كارل روجرز وإبراهام ماسلو، وهدفه الرئيسي هو زيادة الدوافع الإيجابية كالحب والاهتمام وتحقيق الذات، كقوى تحرك السلوك، ومساعدة الفرد في تنمية إمكاناته إلى أقصى مايمكن، والنظر إلى الشخصية على أنها دينامية تتغير، وأن الإنسان قادر على تعلم السيطرة وتعديل دوافعه الداخلية. كما قدمت النظرية النفسية الاجتماعية لأريكسون تصور يتعلق بالنمو الإنساني و مايرتبط به من مشكلات سلوكية، والنجاح في مواجهة مشكلاته، يعزز إمكانات النجاح في المرحلة التالية. أما أدلر في نظريته الميل الاجتماعي للفرد فيفترض أن سلوك الإنسان تحركه الحوافر والاهتمامات الاجتماعية، ويسعى باستمرار ليكون أسلوبه الفريد في الحياة، ويضع هدفاً لحياته يعمل على تحقيقه ويحثه على بذل الجهد للتغلب على شعوره بالنقص من خلال الكفاح في سبيل التفوق وتحقيق الهدف، وإن لم تتم العملية بشكل سلس يتسبب هذا للإنسان بالاضطرابات السلوكية.

### تصنيفات الاضطرابات السلوكية:

أولاً: تصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية والسلوكية التي يعانيها الأطفال:

- يعتمد هذا التصنيف على وجهة الطب النفسي التي تفترض وجود أسباب داخلية لاضطرابات السلوك و تعتبرها اضطرابات عقلية، وهي كالاتي:
- اضطرابات النمو العصبية مثل: اضطرابات صعوبات التعلم واضطرابات التواصل واضطراب طيف الذاتوية واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
  - الاضطرابات الاكتئابية.
  - الاضطرابات المتعلقة بالصدمة.
  - مشكلات متعلقة باضطراب السلوك: كالعُدوان والغضب والسرقه والتخريب والجنوح والكذب.
  - مشكلات القلق: كقلق الانفصال و القلق الاجتماعي.
  - الاضطرابات المرتبطة بسلوك التغذية والأكل.
  - اضطرابات النوم.
  - اللوازم الحركية: كمص الأصابع و قضم الأظافر.

- اضطرابات الإخراج: كالتبول اللاإرادي و التغوط.
  - اضطرابات أخرى: ذهان الطفولة و السلوك الاجتراري. (APA, 2013,xiii: xl)
- ثانياً: تصنيف النظام السلوكي: يعتمد على تصنيف اضطرابات السلوك على الوصف السلوكي، ومنها تصنيف كوفمان Kauffman حيث يصنف ان السلوك إلى: الحركة الزائدة والتخريب، والاندفاعية، و العدوان، والانسحاب ، وعدم النضج، والمشكلات النمو الخلفي.
- ثالثاً: التصنيف المعتمد على استخدام أسلوب التحليل العاملي:  
استخدم فيه كاي (Quay) أسلوب التحليل العاملي للوصول إلى تصنيف بعض الصفات في مجموعة متجانسة حيث قسم اضطرابات السلوك إلى ما يلي:
- ١- اضطرابات التصرف: مثل عدم الطاعة، والإزعاج، والمشاجرة .
  - ٢- الاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية المحددة كالذاتوية.
  - ٣- الاضطرابات الجسمية مثل: اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية.
  - ٤- الاضطرابات الانفعالية مثل: القلق والخوف. (القمش والمعايطة، ٢٠١٣، ٢٣ - ٢٤)
- رابعاً: التصنيف اعتماداً على شدة الاضطراب السلوكي وهي كالآتي:
- ١- اضطرابات السلوك البسيطة Mild: هي أكثر شيوعاً و لا تحتاج إلى إجراءات تدخل علاجي وتربوي كبير وتشمل مشكلات سوء التكيف البسيطة و المشكلات الموقفية.
  - ٢- اضطرابات السلوك المتوسطة Moderate: تشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي مثل السلوكات الموجهة نحو الخارج كالعدوان والتخريب والفوضى، والسلوكيات الموجهة للداخل كالقلق والانسحاب الاجتماعي والخوف المرضي.
  - ٣- اضطرابات السلوك الشديدة Severe: وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي مكثف مثل حالات ذهان الطفولة أو فصام الطفولة.
- و بناء على إطلاع الباحثة على التصنيفات السابقة وغيرها من التصنيفات المتعددة المستخدمة في مجال البحوث العلمية للاضطرابات السلوكية للأطفال استخلصت التصنيف الآتي للاضطرابات السلوكية:
- ١- اضطرابات العادات: تشير إلى نماذج سلوكية متكررة لاإرادية، كاضطراب العادات الفموية القهرية مثل: مص الاصابع وقضم الأظافر، واضطرابات العادات الجسمية مثل: اضطرابات الإخراج(التبول اللاإرادي ولسلس الغائط) ، واضطراب عادات التغذية، واضطراب عادات النوم.
  - ٢- اضطراب النطق و الكلام: مثل اللعثة والبكم الهستيرى.
  - ٣- الاضطرابات الوجدانية: مثل القلق الانفصال، والخوف، والخجل والانسحاب الاجتماعي (الإنطواء)، والاكنتاب، والغضب، والغيرة، واضطراب الهوية الجنسية.
  - ٤- الاضطرابات السلوكية الاجتماعية: وتنقسم إلى:
- أ- مشكلات السلوك غير الناضج: كالاتمادية الزائدة والانانية (التمركز حول الذات).

ب- **مشكلات مضادة للمجتمع:** هو السلوك الذى يظهر فيه اعتداء على حقوق الغير، وخرقا للمعايير والقوانين الاجتماعية بما لا يلائم المرحلة العمرية التى يمر فيها الطفل مثل: الكذب، والعناد، والسرقه، والتمرد والتخريب، والعدوان سواء كان فى شكل عدوان بدنى نحو الذات والآخرين أو عدوان تعبيرى (لفظى/غير لفظى) على الذات أو على الآخرين.

٥- **اضطرابات العصبية:** وتشمل العديد من الاضطرابات مثل صعوبات التعلم، وبطء التعلم، وفرط الحركة وتشتت الانتباه، وضعف الدافعية للدراسة، والاضطرابات النمائية الشاملة.

و لم يتم تناول مشكلات السلوك غير الناضج فى هذا البحث نظرا إلى أنها تعتبر من طبيعة مرحلة الطفولة المبكرة ولا تمثل اضطراباً، وغالبا يتخلص منها الأطفال بشكل تلقائى مع الانتقال للمراحل العمرية المقبلة. كما لم يتم تناول اضطرابات العصبية فى البحث الحالى لظروف واقع عينة البحث.

### فرض البحث:

#### • ينص الفرض على:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال كل من رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية من حيث ( اضطرابات العادات- اضطراب النطق والكلام- الاضطرابات الوجدانية- الاضطرابات السلوكية الاجتماعية) بأبعادها الفرعية و الدرجة الكلية على القائمة التشخيصية فى اتجاه أطفال رفح المهجرين".

### إجراءات البحث المنهجية:

#### منهج البحث:

فى ضوء أهداف الدراسة و فرضها استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المقارن للتعرف على الفروق بين المجموعات الثلاثة فى مستوى الاضطرابات السلوكية.

#### مجتمع البحث و عينته:

عينة البحث مكونة من ثلاث مجموعات من الأطفال جميعهم تتراوح أعمارهم من (٥ : ٦,٥) سنوات أخذوا من ثلاث مجتمعات، هم كالأتى: (٣٥) طفلا من الأطفال التى هاجرت مع أسرهم من رفح فى الفترة الزمنية (١ : ٣١ / أغسطس / ٢٠١٥م)، وكان وقت التهجير تتراوح أعمارهم من (٣ : ٤) سنوات و أقاموا بمدينة العريش أو بمدينة الإسماعلية، و (٣٥) طفلا من الأطفال المقيمين بمدينة العريش منذ ميلادهم، و (٣٥) طفلا من الأطفال المقيمين بالقاهرة منذ ميلادهم.

تم مراعاة بعض الشروط عند اختيار عينة الأطفال (المهجرين من رفح- العريش- القاهرة) لمراعاة ضبط متغيرات البحث والعوامل التى قد تؤثر على النتيجة بقدر الإمكان، وهى كالتالى:

١- أن تكون العينات الثلاث لا يقل عمر الأطفال بها عن (٥) سنوات و لا يزيد عن (٦,٥) سنوات.

٢- لا يكون أطفال العينات الثلاث من ذوى الاحتياجات الخاصة.

٣- تكون أسر الأطفال بالعينات الثلاثة مكتملة بوجود الأب والأم.

٤- تكون أمهاتهم متعلمات وقادرات على القراءة والكتابة.

- ٥- تشتمل العينات الثلاث على أطفال من الجنسين.
- ٦- يتراوح ذكاء الأطفال من (٩٠ : ١٢٠).
- ٧- تكون عينة أطفال العريش و أطفال القاهرة مقيمين بشكل دائم منذ ميلادهم بمدنهم ( العريش -القاهرة)، أما أطفال رفح المهجرين فقد تم اختيار عينتهم من مَن كانوا وقت التهجير لانتقل أعمارهم عن (٣) سنوات، ولا تزيد عن (٤) سنوات \_ أى على وعى بما يحدث وإن كانوا لا يدركون التفاصيل والملابسات\_ ومهجرين فى فترة زمنية متقاربة لاتتعدى شهر، ومر على التهجير فترة زمنية كافية، بحيث يكونوا قد تعدوا تماما مرحلة الصدمة.
- ٨- تقارب مستوى الروضات المنتمى إليها الأطفال فى المجموعات الثلاثة بقدر الامكان، فى محاولة لضبط متغير المستوى الاجتماعى و الاقتصادى.

#### إجراءات إختيار العينة:

- ١- تم البحث عن عينة الأطفال المهجرين من رفح والمنطبق عليهم الشروط فى روضات مدينة العريش أولاً لكونها الهدف الأول للهجرة والإقامة لتقارب العادات والجو العام مع مدينة رفح.
- ٢- تم الوصول لهم فى عدة روضات بالعريش وعليه تم أخذ العينة المطابقة للشروط والمتاحة منهم بالعريش وهم المهاجرين من رفح فى (أغسطس/٢٠١٥)، وعددهم (٢٢) طفلاً (١٣ ذكور و ٩ إناث) منتمين لروضات أحمد عرابى و آل أيوب و أحمد حمدي، ونظراً لإمتناع عدد من أسر المهجرين عن التعاون مع الباحثة لأسباب خاصة بهم، حاولت الباحثة زيادة عدد اطفال رفح المهجرين بنفس هذه الفترة الزمنية (أغسطس / ٢٠١٥)، فاتجهت إلى روضات مدينة الإسماعلية وتمكنت من الوصول لعدد (١٣) طفلاً، (٨ ذكور و ٥ إناث)، وافقت أسرهم على التعاون مع الباحثة، وهم منتمين لروضات: أهل الإسماعلية والواصفية، وعليه أصبح إجمالى عدد أطفال رفح المهجرين (٣٥) طفلاً (٢١ ذكر و ١٤ أنثى).
- ٣- أخذت عينة أطفال العريش المنطبق عليها الشروط وهم: (٣٥) طفلاً منتمين لروضة آل أيوب، و عينة أطفال القاهرة المطابقة للشروط وهم: (٣٥) طفلاً من روضة المقطم للتعليم الأساسى.
- ٤- تم حساب مدى التجانس والتكافؤ داخل كل مجموعة وبين المجموعات الثلاثة.

#### • تجانس عينة الأطفال فى كل مجموعة من المجموعات الثلاثة:

قامت الباحثة بإيجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات كل من أطفال رفح المهجرين، وأطفال العريش، وأطفال القاهرة من حيث الذكاء والعمر الزمنى كما يتضح فى جدول (١).

## جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسط درجات كل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الذكاء والعمر الزمني

حدود الدلالة		درجة حرية	مستوى الدلالة	٢٤	المتغيرات	عدد الأطفال	المجموعة
٠,٠٥	٠,٠١						
٢٥	٣٠,٦	١٥	غيردالة	١٠,٢٥	الذكاء	٣٥	أطفال رفح
١٨,٣	٢٣,٢	١٠	غيردالة	١٥,٦	العمر الزمني		
٢٦,٣	٣٢	١٦	غيردالة	١٩,٨٨	الذكاء	٣٥	أطفال العريش
١٥,٥	٢٠,١	٨	غيردالة	٨,٩٧	العمر الزمني		
٢٦,٣	٣٢	١٦	غيردالة	٧,٢٥	الذكاء	٣٥	أطفال القاهرة
١٦,٩	٢١,٧	٩	غيردالة	١٣,٨٥	العمر الزمني		

يتبين من جدول (١) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الذكاء و العمر الزمني مما يشير إلى تجانس أطفال كل مجموعة من المجموعات الثلاثة.

• التكافؤ بين المجموعات الثلاث (أطفال رفح المهجرين و العريش و القاهرة):

قامت الباحثة بحساب التكافؤ بين المجموعات الثلاثة من حيث (العمر الزمني ونسبة الذكاء)، وذلك باستخدام اختبار تحليل التباين البسيط أحادي الاتجاه (One Way Anova) للمجموعات الثلاثة في المتغيرات المشار إليها.

و يوضح جدول (٢) المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعات الثلاثة في متغيرات العمر الزمني والذكاء.

## جدول (٢)

المتوسطات والانحرافات المعيارية للتكافؤ بين المجموعات الثلاثة

في العمر الزمني و مستوى الذكاء (ن=١٠٥)

الأطفال القاهرة (ن=٣٥)		الأطفال العريش (ن=٣٥)		الاطفال رفح المهجرين (ن=٣٥)		المتغيرات
ع	م	ع	م	ع	م	
٣,٦٤	٦٩,٣٧	٣,٦٢	٦٩,٧١	٣,٦٢	٦٩,٨٥	العمر
٦,٥٢	١٠٧,٦٨	٦,٢٠	١٠٦,٦٢	٦,١٧	١٠٧,٦٥	الذكاء

ويوضح جدول (٣) نتائج تحليل التباين للفروق بين المجموعات الثلاثة في العمر والذكاء



جدول (٣)

نتائج تحليل التباين للفروق بين المجموعات الثلاثة في العمر والذكاء (ن = ١٠٥)

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات	٤,٣٦٢	٢	٢,١٨١	٠,١٦٤	٠,٨٤٩
	داخل المجموعات	١٣٥٩,٦٠٠	١٠٢	١٣,٣٢٩		
	الاجمالي	١٣٦٣,٩٦٢	١٠٤			
الذكاء	بين المجموعات	٢٥,٣٩٠	٢	١٢,٦٩٥	٠,٣١٩	٠,٧٢٧
	داخل المجموعات	٤٠٥٣,٦٠٠	١٠٢	٣٩,٧٤١		
	الاجمالي	٤٠٧٨,٩٩٠	١٠٤			

ف = ٤,٧٩ عند مستوى ٠,٠١

ف = ٣,٠٧ عند مستوى ٠,٠٥

وبالنظر في الجدول (٣) يتضح أنه: لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعات الثلاثة في كل من العمر الزمني، ونسبة الذكاء، وهو ما يشير إلى تكافؤ مجموعات الثلاث في هذه المتغيرات حيث كانت قيمة ف غير دالة.

أدوات البحث:

١- اختبار المصفوفات المتتابعة الملون " لجون رافن John-Roven "

٢- القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية:

"Diagnostic List of behavioral disorders" : "إعداد الباحثة" (ملحق ٢)

● اختبار المصفوفات المتتابعة الملون Cpm "لجون رافن John-Roven":

هو اختبار عبر حضاري صالح للتطبيق في ثقافات مختلفة، عندما يكون الهدف البعد عن أثر الثقافة على المفحوص، ظهر عام (١٩٤٧) وتم تعديله عام (١٩٥٦)، (كاظم، ٢٠٠٨، ٤٢٤)، ويطبق الاختبار في نسخته الأصلية على الأطفال من (٥،٥ : ١١) سنة، إلا أنه قنن على بعض البيئات العربية لفئة عمرية لأطفال من (٥ : ١١) سنة، و استخدمته الباحثة بهذا البحث للتأكد من شروط العينة وحساب التجانس داخل كل مجموعة، والتكافؤ بين المجموعات الثلاثة.

مكونات الاختبار:

يتكون من (٣) مجموعات وهي: المجموعة (A)، و (AB)، و (B)، كل مجموعة من المجموعات السابقة تتكون من (١٢) مصفوفة تحتوي بأسفلها (٦) مصفوفات صغيرة، والمجموعات الثلاثة وضعت في صورة مرتبة وملونة بألوان مختلفة؛ لجذب انتباه الطفل المفحوص والبعد عن تشتت انتباهه.

**تصحيح الاختبار:**

يحسب لكل سؤال صحيح أجابه المفحوص درجة، و السؤال الذي لم يجاب يوضع له (٠)، وتجمع الدرجات المفحوص لمعرفة الدرجة الكلية، ومعرفة مايقابل هذه الدرجة الخام من درجة مئوية ونسبة ذكاء.

**الخصائص السيكومترية للاختبار:**

تتراوح معامل الارتباط بين مصفوفات رافن الملونة بالجزء اللفظي لاختبار وكسلر للأطفال بين (٠,٣١): (٠,٨٤)، أما بين مصفوفات رافن الملونة وبين اختبار ستانفورد بيني كانت (٠,٣٢ : ٠,٦٨) وجميعها دالة احصائياً عند مستوي (٠,٠١)، ومعاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار كانت تتراوح بين (٠,٦٢ : ٠,٩٩). وأجرى العديد من الباحثين تقنين للاختبار على البيئة العربية مثل (كاظم، ٢٠٠٨) الذي قننه على أطفال عمان لعينة عشوائية بلغ قوامها (١٠٤٢) طفل من فئات عمرية تراوحت أعمارها بين (٥ : ١١) سنة، كما أجرى (حماد، ٢٠١٨) دراسة على تقنين الاختبار على البيئة الفلسطينية - قطاع غزة.

و قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية لاختبار المصفوفات المتتبعه الملونة للذكاء وذلك بإيجاد معاملات الصدق والثبات لاختبار المصفوفات المتتبعه الملونة للذكاء على عينة قوامها (٥٠) طفلاً عادياً يتراوح أعمارهم بين (٥ : ٦,٥) من روضة "أحمد عرابي" بالعريش و روضة "أبو الهول" بالحيزة و كالاتي:

**أولاً الصدق:**

قامت الباحثة في البحث الحالي بإستخدام **صدق المحك الخارجي** مع إختبار رسم الرجل (هاريس، ٢٠٠٤)، حيث بلغ معامل الصدق (٠,٧٩) وهو دال إحصائياً عند مستوي (٠,٠١) مما يؤكد علي صدق الاختبار.

**ثانياً معاملات الثبات:**

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات لاختبار المصفوفات المتتبعه الملونة للذكاء باستخدام طريقة إعادة التطبيق بفصل زمني اسبوعين، وبلغ معامل الثبات (٠,٧٧) مما يدل على ثبات الاختبار.

**• القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية:**

**"Diagnostic List of behavioral disorders"**: إعداد الباحثة (ملحق ٢)

**أ- الهدف من القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية:**

تقدير شدة الاضطرابات السلوكية من خلال قياس شدة (٢٠) اضطراباً منتمين لاضطرابات العادات، و اضطراب النطق والكلام، والاضطرابات الوجدانية، والاضطرابات السلوكية الاجتماعية، لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٥ : ٦,٥) سنة.

**ب- مبررات إعداد القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية:**

١- ضرورة القياس العلمي لتحديد شدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الذين يتعرضون مع أسرهم لظروف بيئية اجتماعية غير داعمة محفوفة بالمخاطر والصراعات والعنف والعمليات الإرهابية، لمقارنتهم بالأطفال الذين يعيشون وأسرهم في بيئة آمنة.

٢- تحديد شدة الاضطرابات السلوكية الفرعية - (٢٠) اضطراب- المنتمية لأربع أنواع من الاضطرابات السلوكية (اضطرابات العادات- اضطراب النطق والكلام- الاضطرابات الوجدانية- الاضطرابات السلوكية الاجتماعية)، وعدم الاكتفاء بالدرجة الكلية للاضطرابات السلوكية، ففي حدود علم الباحثة لا يوجد قائمة لتشخيص الاضطرابات السلوكية تضم عدداً من الاضطرابات السلوكية، ومقننة على الأطفال أعمارهم ما بين (٥: ٦،٥) سنوات.

### ج- خطوات إعداد القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية:

اتبعت الباحثة الخطوات التالية قبل التوصل للصورة النهائية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية: **الخطوة الأولى:** الرجوع للمصادر العلمية؛ للتحديد الدقيق لمفهوم الاضطرابات السلوكية وتصنيفاتها المتنوعة مثل: معجم مصطلحات الاضطرابات السلوكية والانفعالية (سليمان، ٢٠٠٧)، والعلامات التشخيصية للاضطرابات السلوكية بأشكالها وتصنيفاتها مثل: الدليل الإحصائي الرابع (DSMIV) (APA, 1994)، والدليل الإحصائي الخامس (DSM5) (APA, 2013)، وبعض المقاييس مثل: مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والعاديين (ياظة، ٢٠٠١-أ-ب)، وقائمة سلوك طفل الروضة "مقياس للاضطرابات السلوكية لأطفال الروضة" (ماكجوير، جاكولين و ريتشمان، ناومى، ٢٠٠٦)، واختبار السلوك المشكل لطفل الروضة (أحمد و بطرس، ٢٠٠٨)، ومقياس القلق للأطفال (البلاوى، ٢٠٠٨)، ومقياس الكذب عند الأطفال (مرحلة الطفولة متوسطة- متأخرة) (شقيير، ٢٠٠٩-أ-ب).

بالإضافة إلى المقاييس المستخدمة بالدراسات السابقة مثل: قائمة سلوك الطفل بدراسة راسيل وآخرون (Russell, Subramanian, & Russell, 2005)، ومقياس القلق بدراسة أنطون جون (John, 2009) عن تخفيف حدة القلق لدى أطفال ما قبل المدرسة، و إستمارة لقياس السلوك المشكل لدى الأطفال بدراسة هاتمان وستين و إيكيلبيرجر وآخرون (Hautmann, Stein, Eichelberger, et al, 2011)، و أدوات دراسة إجير وانجولد (Egger & Angold, 2011) لاضطرابات الإنفعالية والسلوكية الشائعة فى أطفال ما قبل المدرسة. **الخطوة الثانية:** إجراء دراسة استطلاعية لتعرف على الصعوبات التي قد تظهر أثناء التطبيق والعمل على تلاشيها والتغلب عليها، كالتأكد من وضوح تعليمات الأدوات لأمهاتهم (١٠ أمهات)، وصلاحيه صياغة العبارات و وضوحها فى المعنى أثناء تعاملهن مع القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية، وتم تعديل صياغة العبارات التي اتفقت (٣ الأمهات) على غموضها.

**الخطوة الثالثة:** عرض القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية على أساتذة متخصصين للتحكيم (ملحق ١)، لأخذ آرائهم وتوجيهاتهم فى مناسبة القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية للهدف الذى تم إعدادها له، وما تتضمنه من اضطرابات وعبارات تعبر عنها، ومدى مناسبتها لطبيعة عينة البحث، وطريقة التطبيق وحساب الدرجات، وإجراء التعديلات التي اقترحها السادة المحكمين، قبل تطبيق المقياس على عينة التقنين، وكانت معاملات الاتفاق بين السادة المحكمين على بنود التحكيم مرتفعة حيث أنها تساوى (١)، كما أعطى السادة المحكمين بعض الآراء التي تم الأخذ بها وهي:

- ادراج عبارات اضطراب النطق والكلام دون تقسيمها لاضطرابات متنوعة بدرجة كلية واحدة؛ طالما جميعها ليس لها أساس عضوى، ولتقليل التفاصيل المربكة أثناء التطبيق وعند حساب الدرجات.

- طلب المحكمون بتصنيف اضطراب الهوية الجنسية تحت الاضطرابات الوجدانية، بعد أن كانت الباحثة تدرجها تحت اضطرابات العادات على اعتبار أن الطفل اعتاد على سلوكيات لاتناسب جنسه.  
الخطوة الرابعة: الوصول لمرحلة حساب الخصائص السيكومترية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية لحساب خصائصها السيكومترية.

#### • الخصائص السيكومترية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية:

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الصدق والثبات للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية على عينة قوامها (١٥٠) طفلا عاديا تراوحت أعمارهم بين (٥: ٦,٥) سنة، بمتوسط قدره (٦٩,٦٤) شهراً، و بانحراف معياري قدره (٣,٦٢)، و روعي فيهم أن تتفق خصائصهم مع العينة الأساسية للبحث بحيث يمثل فيها المجموعات الثلاثة للدراسة والمدي العمري لها، من روضة " أحمد عرابي" بالعريش و روضة "أبو الهول" و "مدرسة المقطم" بالقاهرة الكبرى، وذلك لحساب الخصائص السيكومترية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية وجاءت هذه الخصائص السيكومترية للقائمة على النحو التالي:

#### أولا الصدق:

##### أ- الصدق التلازمي:

قامت الباحثة بإيجاد معامل الارتباط بين قائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية اعداد الباحثة، واختبار السلوك المشكل إعداد (أحمد و بطرس، ٢٠٠٨) حيث بلغ معامل الارتباط بين أداء الأفراد علي المقياسين (٠,٤٥٥) وهو دال احصائياً عند مستوي (٠,٠١)، مما يدل على صدق القائمة.

##### ب- صدق الاتساق الداخلي للأبعاد:

قامت الباحثة بحساب الارتباطات الداخلية للأبعاد الأربعة للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية، كما تم حساب ارتباطات الأبعاد الأربعة بالدرجة الكلية للقائمة كما هو موضح في جدول (٤).

#### جدول (٤)

درجة الارتباط بين أبعاد القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية ببعضها البعض وبالدرجة الكلية للقائمة (ن=١٥٠)

أبعاد المقياس	اضطرابات	اضطرابات	الاضطرابات	لاضطرابات السلوكية	الدرجة الكلية
اضطرابات العادات	١	-	-	-	-
اضطرابات النطق والكلام	**٠,٣٠٦	١	-	-	-
الاضطرابات الوجدانية	**٠,٥١٩	**٠,٤١٤	١	-	-
لاضطرابات السلوكية الاجتماعية	**٠,٤٢٤	**٠,٥٥٣	**٠,٦٦٠	١	-
الدرجة الكلية للقائمة	**٠,٤١٧	**٠,٣١٨	**٠,٧٥٢	**٠,٥٤١	١

معامل الارتباط دال عند مستوى ٠,٠١ ن=١٥٠  $\geq$  ٠,٢٠٨ ، وعند مستوى ٠,٠٥  $\geq$  ٠,١٥٩

يتضح من الجدول (٤) أن جميع معاملات ارتباط الأبعاد ببعضها وبالدرجة الكلية جاءت مرتفعة ودالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ وهو ما يؤكد علي ارتباط الأبعاد وصدق ارتباطها ببعضها وبالدرجة الكلية للقائمة التشخيصية. من ثم يتضح أن مؤشرات صدق القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية كلها تعزز الثقة بالمقياس.

## ثانيا معاملات الثبات:

قامت الباحثة بحساب ثبات القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام الطرق التالية:

أ- معادلة ألفا كرونباخ: لأن المقياس على متدرج ثلاثي ومن ثم يصلح معه هذا النوع من أنواع معادلات حساب الثبات وكانت النتائج كما يوضحها جدول (٥).

### جدول (٥)

معاملات الثبات لقائمة الاضطرابات السلوكية باستخدام معادلة ألفا كرونباخ (ن=١٠٥)

معاملات الثبات	الأبعاد	الأبعاد	
٠,٧٥٠	مص الاصابع	اضطرابات العادات الفمية القهريّة	اضطرابات العادات
٠,٧٦٢	قضم الاظافر		
٠,٧٨٠	الدرجة الكلية		
٠,٧١٢	التبول الارادى	اضطرابات الاخراج	
٠,٧٢٤	سلس الغائض		
٠,٧٣٣	الدرجة الكلية		
٠,٧٩٨	اضطراب عادات التغذية	اضطراب العادات الجسمية	
٠,٧٨٨	اضطراب عادات النوم		
٠,٨٠٠	الدرجة الكلية		
٠,٨٢٠	الدرجة الكلية لاضطرابات العادات		
٠,٧٨٠	اضطراب النطق والكلام		
٠,٨٠٤		قلق الانفصال	الاضطرابات الوجدانية
٠,٧٥٥		الخوف	
٠,٧٢٥		الخجل والانسحاب الاجتماعى	
٠,٧٨١		الاكتئاب	
٠,٧٦٦		الغضب	
٠,٧٥٤		الغيرة	
٠,٧١٢		اضطراب الهوية الجنسية	
٠,٨٢٦		الدرجة الكلية للاضطرابات الوجدانية	
٠,٧٣٣		الكذب	الاضطرابات السلوكية الاجتماعية
٠,٧٥١		العناد	
٠,٧٨٩		السرقه	
٠,٨٠١		التمرد و التخريب	
٠,٧٤٥	العدوان البدنى	العدوان	
٠,٧٦٠	العدوان التعبيرى		
٧٩١	الدرجة الكلية للعدوان		
٠,٨٢٠	الدرجة الكلية للاضطرابات السلوكية الاجتماعية		
٠,٨٩٠	الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية		

يتضح من (٥) أن جميع معاملات ثبات ألفا كرونباخ جاءت مرتفعة وتعزز الثقة في ثبات القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.

ب- إعادة التطبيق: قامت الباحثة بإيجاد معاملات الثبات للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام طريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني اسبوعين كما يتضح في جدول (٦).

### جدول (٦)

معاملات الثبات للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام طريقة إعادة التطبيق (ن=١٥٠)

معامل الثبات إعادة التطبيق	الأبعاد	الأبعاد	
٠,٧٤٠	مص الاصابع	اضطرابات العادات الفموية القهريّة	اضطرابات العادات
٠,٧٥٥	قضم الاظافر		
٠,٧٦١	الدرجة الكلية		
٠,٧٢٤	التبول الارادى	اضطرابات الاخراج	
٠,٧٠٥	سلس الغائض		
٠,٧٠٨	الدرجة الكلية		
٠,٧٨٠	اضطراب عادات التغذية	اضطراب العادات الجسمية	
٠,٨٥٥	اضطراب عادات النوم		
٠,٨٢٣	الدرجة الكلية		
٠,٨٢٧	الدرجة الكلية لاضطرابات العادات		
٠,٧٧٤	اضطراب النطق والكلام		
٠,٨٦٤		قلق الانفصال	الاضطرابات الوجدانية
٠,٧٣٤		الخوف	
٠,٧٦٤		الخجل والانسحاب الاجتماعى	
٠,٧٦٧		الاكتئاب	
٠,٧٤٧		الغضب	
٠,٧٦٣		الغيرة	
٠,٧٦٧		اضطراب الهوية الجنسية	
٠,٨٠٤		الدرجة الكلية للاضطرابات الوجدانية	
٠,٧٤٠		الكذب	الاضطرابات السلوكية الاجتماعية
٠,٧٦٠		العناد	
٠,٨٥٤		السرقه	
٠,٨٣٠		التمرد و التخريب	
٠,٨٦٠	العدوان البدنى	العدوان	
٠,٧٨٠	العدوان التعبيرى		
٠,٧٩٨	الدرجة الكلية للعدوان		
٠,٨٠٥	الدرجة الكلية للاضطرابات السلوكية الاجتماعية		
٠,٨٧٩	الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية		

يتضح من جدول (٦) تمتع القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية بمعاملات ثبات مرتفعة ومطمئنة للاستخدام فى البحث الحال.

كما يتضح من العرض السابق أن القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة ومطمئنة للاستخدام فى البحث الحال، بهذا تصل القائمة التشخيصية لصورتها النهائية.

#### د- وصف القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية:

تتكون القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية

”Diagnostic List of behavioral disorders“ من جزئين:

#### الجزء الأول:

عبارة عن بيانات أولية عن الطفل موضوع القياس كاسم القائم بالتطبيق:(الأم/ الأب/ آخر)، ونوع الطفل وترتيبه بين أخوته والزمن الذى مر على ظهور أعراض الاضطراب وأعمار أخوته وأنواعهم، و الحالة الاجتماعية للوالدين.

#### الجزء الثانى:

يتكون من مقياس لـ (٢٠) اضطراباً سلوكياً فرعياً تدرج تحت (٤) اضطرابات اساسية وهى: لاضطرابات العادات، واضطراب النطق والكلام، والاضطرابات الوجدانية، والاضطرابات السلوكية الاجتماعية.

#### تعليمات تطبيق الاختبار:

- ١- تتم الاجابة على هذه القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية من قبل الأمهات لعلمها التام بتفاصيل سلوك طفلها، ويتراوح عمر الطفل بين (٥-٦،٥) سنوات.
- ٢- على القائم بالتطبيق قراءة بنود المقياس الفرعية بالقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية جيداً لاختيار درجة انطباق البند على الطفل.
- ٣- لابد من مراعات الملاحظات المكتوبة أسفل البنود (حال وجودها) لحساب الدرجات.
- ٤- تسجيل درجة الاستجابة ومجموعها فى كل مقياس فرعى، وفى كل تصنيف وصولاً للمجموع الكلى لدرجات الاضطرابات السلوكية بالقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية ككل.

#### طريقة حساب الدرجات وتصحيح الاستجابات على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية:

يتم حساب مستوى كل اضطراب على ثلاث مستويات هى: نادراً=١ أحياناً=٢ غالباً=٣

الجدول (٧) يوضح تصنيف الاضطرابات الأساسية و الاضطرابات الفرعية المنتمية لها و عدد العبارات لكل اضطراب و النهاية الصغرى و النهاية العظمى و متوسط الدرجات.

## جدول (٧)

تصنيف الاضطرابات الاساسية و الفرعية المنتمية لها على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية وعدد العبارات لكل اضطراب والنهاية الصغرى والعظمى ومتوسط الدرجات

القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية				
أولاً: اضطرابات العادات				
الرقم	نوع الاضطراب	عدد العبارات	النهاية الصغرى: النهاية العظمى	متوسط الدرجة
١-١	اضطرابات العادات القميه القهريه: مص الاصابع	10	٣٠ : ١٠	٢٠
١-ب	اضطرابات العادات القميه القهريه: فم الاظافر	10	٣٠ : ١٠	٢٠
اضطرابات العادات القميه القهريه ككل				
١-٢	اضطرابات العادات الجسميه	١٠	٣٠ : ١٠	٢٠
٢-٢	اضطرابات الاخراج: التبول اللاارادى	١٠	٣٠ : ١٠	٢٠
اضطرابات العادات الجسميه				
	اضطرابات الاخراج: سلس الغائط	٢٠	٦٠ : ٢٠	٤٠
٢-ب	اضطراب عادات التغديه	٢٠	٦٠ : ٢٠	٤٠
٢-ج	اضطراب عادات النوم	٢٠	٦٠ : ٢٠	٤٠
اضطرابات العادات الجسميه				
	اضطرابات العادات ككل	٨٠	٢٤٠ : ٨٠	١٦٠
ثانياً: اضطراب النطق و الكلام				
الرقم	نوع الاضطراب	عدد العبارات	النهاية الصغرى: النهاية العظمى	متوسط الدرجة
١	اضطراب النطق و الكلام	٢٠	٦٠ : ٢٠	٤٠
ثالثاً: الاضطرابات الوجدانية				
الرقم	نوع الاضطراب	عدد العبارات	النهاية الصغرى: النهاية العظمى	متوسط الدرجة
١	قلق الانفصال	٣٠	٩٠ : ٣٠	٦٠
٢	الخوف	٣٠	٩٠ : ٣٠	٦٠
٣	الخجل و الانسحاب الاجتماعى ( الإنطواء )	٣٠	٩٠ : ٣٠	٦٠
٤	الاكتئاب	٣٠	٩٠ : ٣٠	٦٠
٥	الغضب	٣٠	٩٠ : ٣٠	٦٠
٦	الغيرة	٣٠	٩٠ : ٣٠	٦٠
٧	اضطراب الهوية الجنسية	٢٠	٦٠ : ٢٠	٤٠
الاضطرابات الوجدانية ككل				
		٢٠٠	٦٠٠ : ٢٠٠	٤٠٠
رابعاً: الاضطرابات السلوكية الاجتماعية				
الرقم	نوع الاضطراب	عدد العبارات	النهاية الصغرى: النهاية العظمى	متوسط الدرجة
١	الكذب	٢٠	٦٠ : ٢٠	٤٠
٢	العناد	٢٠	٦٠ : ٢٠	٤٠
٣	السرقه	٢٠	٦٠ : ٢٠	٤٠
٤	التمرد و التخريب	٢٠	٦٠ : ٢٠	٤٠
٥-أ	العدوان البدني نحو الذات و الآخرين	٢٠	٦٠ : ٢٠	٤٠
٥-ب	العدوان التعبيري (اللفظي- غير لفظي) على الآخرين والذات	٢٠	٦٠ : ٢٠	٤٠
العدوان ككل				
		٤٠	١٢٠ : ٤٠	٨٠
الاضطرابات السلوكية الاجتماعية ككل				
		١٢٠	٣٦٠ : ١٢٠	٢٤٠
مجموع القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية				
		٤٢٠	١٢٦٠ : ٤٢٠	٨٤٠

- فيما يلى التعريفات الإجرائية لكل الاضطرابات التى تحتوبها القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية:  
**أولاً: اضطرابات العادات Habits disorders** : تعرفها الباحثة بأنها: "مجموعة من الاضطرابات تجتمع فيما بينها فى أنها تعكس خلل فى توظيف وتحكم الطفل فى عاداته المرتبطة بالنواحي القميه والجسميه



ولاعلاقة لها بالأسباب الفسيولوجية، مما يجعلها تبدو بشكل غير لائق اجتماعيا، ضار على صحة الطفل جسديا ونفسيا"، ويتضمن هذا النوع من الاضطرابات فى طياته العديد من للاضطرابات وأبرزها:

١- **الاضطرابات العادات الفموية القهرية Disturbances of compulsive oral habits**: تعرفها الباحثة بأنها: "الاضطرابات التى تظهر فى صورة اضطرابات للوظائف الفموية ويُسياً فيها الطفل استخدام فمه كمصدر للذة أو كوسيلة لتفريغ حدة التوتر"، وعادةً تظهر فى الصور التالية:

أ- **مص الاصابع Fingers Sucking**: "عادة قهرية يضع فيها الطفل أحد أصابعه فى فمه، غالباً ما يكون إبهامه، أو أى جزء من جسمه، وإغلاق الشفتان عليه، يتبعها سلسلة من الحركات المنتظمة البسيطة للفكين والشفتين والوجنتين". (ملحم، ٢٠٠٢، ٣٥٣)

ب- **قضم الأظافر Nails Biting**: "عادة قهرية يقضم فيها الطفل أظافره، وهى وسيلة لتخفيف من التوتر الدخلى، وأحيانا لتخفيف من مشاعر الحقد والعدائية". (السرطاوى والقريوتى والقادسى، ٢٠٠٢، ٢٠٠)

٣- **اضطرابات العادات الجسمية physical habits disorders**: تعرفها الباحثة بأنها: "الاضطرابات التى تظهر فى صورة اتباع عادات جسمية تؤدى إلى الإضرار بالصحة الجسمية والعقلية بشكل لاإرادى مزعج للطفل وللمحيطين به"، وعادةً تظهر فى الصور التالية:

أ- **اضطرابات الاخراج defication and urination disorders**: تعرفها الباحثة بأنها: "الاضطرابات التى تحول ملابسات عملية الاخراج إلى مشكلة يعانى منها الطفل ومن حوله، ولا أسباب عضوية لها"، وصورها هى:

١- **اضطراب التبول اللاإرادى Enuresis**: "أن الطفل لايستطيع السيطرة على مثانته وتكرار عدم التحكم فى انسياب البول ليلا أو نهارا أو الإثنين معا". (يوسف، ٢٠٠٠، ٢١٣)

٢- **اضطراب سلس الغائط Fecal incontinence**: تعرفه الباحثة بأنه: "عدم قدرة الطفل على السيطرة على الغائط وذلك فى مواقف وأماكن ليست مناسبة للقيام بذلك و دون احساس الطفل بالغايط و أحيانا تأخذ شكل المقاومة الشديدة لدخول الحمام، مع عدم وجود أسباب عضوية ظاهرة عند الطفل".

ب- **اضطراب عادات التغذية Nutrition Habits Problems**: تعرفه الباحثة بأنه: "حدوث اضطرابات فى شهية الطفل للأكل وظهور عادات سلوكية غذائية غير مرغوبه تضر بصحته وتزعج المحيطين به".

ج- **اضطراب عادات النوم Sleep Disorders**: "حالة من انعدام الفعالية فى النوم أو الثبات، تقترن عادة بفقدان الوعي المؤقت، وانخفاض مستوى الشعور بالمؤثرات المحيطة". (ملحم، ٢٠٠٢، ٤٠٠)

ثانياً: **اضطراب النطق والكلام Pronunciation and speech disorder**: تعرفه الباحثة بأنه: "تشوش انسياب الكلام ونقص قدرة الطفل التحكم فى تدفق الكلام بإيقاع ومعدل متوازن مفهوم بطريقة تعوق وضوحه، مع ظهور تراكم نحوية خاطئة، وقد تظهر فى صورة بكم بدون أى أسباب عضوية أو تشريحية فى جهازى السمع و الكلام".

ثالثاً: الاضطرابات الوجدانية **emotional Disturbances** : تعرفها الباحثة بأنها: "المشكلات الانفعالية المتجهة للداخل Internalizing Emotional problems يعاني الطفل معها صراعات ومشاعر وجدانية مؤلمة، وهي أقل إزعاجاً للآخرين، واستمرارها ينعكس سلباً على مجالات نمو الطفل". وتظهر في الصور التالية:

١- **قلق الانفصال Separation Anxiety**: "قلق زائد لا يتناسب مع مرحلة نمو الطفل، وحالة من العسر النفسي، تتصف بعدم الشعور بالرضا والأمان، والتهييج والإثارة تعزى إلى الاهتمام بحدث متوقع مهدد أو خطر سيحدث حال إنفصاله عن موضوع التعلق". (السرطاوي والقريوتي والقادسي، ٢٠٠٢، ٣٣٤)

٢- **الخوف Fear**: "حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني تنتاب الطفل عندما يشعر بالخطر ويكون مصدر هذا الخطر داخلياً من نفس الطفل أو خارجياً من البيئة". (أبوسعد، ٢٠٠٦، ١١٤)، (عطية وخليفة، ٢٠٠٨، ٦٠)

٣- **الخجل والانسحاب الاجتماعي (الإنطواء) Shyness and Social Avoidance**: "الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي والاختلاف في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي، وانكماش اجتماعي مفرط من الاختلاط بالغرباء، وعدم الاكتراث بما يحدث في البيئة المحيطة". (Coelho, & Romao, 2018, 220)

٤- **الاكتئاب Depression**: "زملة أعراض يُشمل في اضطراب يتمثل في فقدان الاستمتاع بغالبية نشاطات الحياة اليومية، ومشاعر الحزن، والشعور بالعجز، وانحطاط الروح المعنوية، وتدنى مستوى الطاقة والقدرة على اتخاذ القرار، ونزعة تشاؤمية من المستقبل، والشعور بالذنب". (باطة، ٢٠٠٢، ٢٦٦)

٥- **الغضب Anger**: "انفجار انفعالي مصحوب بحالة انفعالية سلبية تسيطر على الطفل حينما يجد ما يعيقه للوصول إلى هدفه المنشود". (النجار، ٢٠١١، ١٥٥)

وينظر إلى الغضب على أنه مشكلة وجدانية لأنه لايسبب في العادة- أيه إيذاءات للآخرين إذا لم يترجم إلى أفعال يبقى على مستوى الشعور والاحساس النفسي. (سليمان، ٢٠٠٧، ٢١)

٦- **الغيرة Jealousy**: "إنفعال سالب يتألف من أفكار ومشاعر وأفعال يعقبها تهديد لتقييم الطفل لذاته وهي رد فعل معاكس نتيجة لشعور الطفل بالتهديد فالهدف من الغيرة حماية الطفل لنفسه وللمن يحب ويغشى عليه الضياع منه". (Goldie, 2000, 36)

٧- **اضطراب الهوية الجنسية Sexual Identity Disorder**: "اضطراب حاد ينتاب الطفل حول جنسه وإصراره على أنه من الجنس الآخر، ورغبته الملحة في أن يصبح من جنس غير جنسه، ويجد الطفل صعوبة في إخفاء هذا حتى لو واجه النقد الاجتماعي الشديد". (ملحم، ٢٠٠٢، ٣٦٠)

رابعاً: **الاضطراب السلوكية الاجتماعية Social behavioral disorder**:

تعرفها الباحثة بأنها: "المشكلات السلوكية المتجهة للخارج Externalizing Behavioural problems يعاني الطفل معها من سلوكه بأنه غير مرغوب من الآخرين ولايستطيع معها إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره"، وتظهر في الصور التالية:

- ١- **الكذب Lying**: ذكر شئ غير حقيقى فى القول والعمل والسلوك بنية غش وخداع شخص آخر من أجل الحصول على فائدة أو التملص من أشياء غير سارة". (أبوسريع، ٢٠٠٨، ١١١)
- ٢- **العناد Stubbornness**: "سلوك يعبر عن نزعة الطفل إلى مخالفة الوالدين، وتأكيد مواقف له تتنافى مع مواقفهم ورغباتهم وأوامرهم ونواهيهم، تأكيداً للذات". (الشوريجى، ٢٠٠٣، ١٢٢)
- ٣- **السرقه Theft**: "استحواذ الطفل على ماليس له فيه حق، وإبرادة منه، وأحياناً بإستغفال مالك الشئ المراد سرقة أو تضليله". (ملحم، ٢٠٠٢، ٣١٤)، (البيلاوى، ٢٠٠٩، ٣٣٢)
- ٤- **التمرد والتخريب Rebellion and Sabotage** :

تعرفه الباحثة بأنه: "الخروج عن المعايير السلوكية العامة والقيم والعادات المتفق عليها، والإعتداء المباشر ضد الأشياء كإشعال الحرائق وتكسير الأشياء والرغبة الشديدة بتدمير وإتلاف ممتلكات الغير الخاصة".

٥- **العدوان Agression**: "سلوك مؤذى ومؤلم باستخدام القوة الجسدية واللفظية يهدف لإثارة قلق الآخرين وإيذائهم والسيطرة عليهم ويصاحبه شعور المعتدى بالاستمتاع". (سليمان، ٢٠٠٤، ١٩٧)

أ- **العدوان البدني نحو الذات والآخرين Physical aggression towards self and others** :  
تعرفه الباحثة بأنه: استخدام أعضاء الجسم فى الاعتداء البدني على الذات أو/ و على الآخرين، بإلحاقه الطفل الضرر بنفسه والرغبة فى إيذائها حيث تسيطر عليه النظرة الدونية تجاه الذات، ومشاعر الانتقام نحو الآخرين.

ب- **العدوان التعبيري (اللفظي/غير لفظي) على الآخرين والذات**:

**Expressive (Verbal/non-verbal) aggression against others and self:**

تعرفه الباحثة بأنه: "عدوان لفظي أو اشاري (غير لفظي) على الذات أو/ و على الآخرين".

**الخطوات الإجرائية للبحث:**

١- إجراء عدة زيارات ميدانية لمدينة العريش بشمال سيناء، وإجراء المقابلات غير رسمية مع بعض أمهات أطفال رفح المهجرين وأسره، ومع أمهات أطفال العريش؛ لاستنباط الحاجة الفعلية لإجراء الدراسة، وإثارة حماسهن واستعدادهن للتعامل مع الباحثة لتطبيق القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية بجديّة على أطفالهن.

٢- تحديد مواصفات عينة البحث من الأطفال وشروطها.

٣- إعداد القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.

٤- تجهيز أدوات البحث كلها وحساب الخصائص السيكومترية لها للتأكد من صلاحيتها.

٥- إجراء التطبيق الفعلي لأدوات البحث على الأطفال التى تنطبق عليهم المواصفات المطلوبة سواء من أطفال رفح المهجرين أو العريش أو القاهرة.

٦- إجراء المعالجات الإحصائية لنتائج التطبيق.

٧- تفسير النتائج ومناقشتها فى ضوء التراث النظرى والدراسات السابقة وظروف التطبيق.

٨- تقديم التوصيات والبحوث المقترحة فى ضوء النتائج.

### الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار الخامس والعشرون للعام ٢٠١٦ بهدف حساب الاختبارات الإحصائية التالية:

- معادلة لاوش.
- معامل الفا كرونباخ  $\alpha$ -chronbach coefficient
- المتوسطات والانحرافات المعيارية.
- معاملات الارتباط.
- تحليل التباين البسيط أحادي الاتجاه (ANOVA)
- اختبار توكي للمقارنات البعدية.

### النتائج:

**ينص الفرض على إنه:** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال كلاً من رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية من حيث ( اضطرابات العادات- اضطراب النطق والكلام- الاضطرابات الوجدانية- الاضطرابات السلوكية الاجتماعية) بأبعادها الفرعية و الدرجة الكلية على القائمة التشخيصية في اتجاه أطفال رفح المهجرين".

و للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وتحليل التباين البسيط أحادي الاتجاه للمجموعات الثلاثة على أبعاد القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية كالآتي:

### أولاً: النتائج الخاصة باضطرابات العادات و أبعادها:

قامت الباحثة بإيجاد الفروق بين درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث اضطرابات العادات وأبعادها على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام تحليل التباين البسيط أحادي الاتجاه كما يتضح في جدول (٨).

جدول (٨)

نتائج تحليل التباين البسيط احادى الاتجاهة بين المجموعات الثلاث من حيث اضطرابات العادات وأبعادها على قائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية (ن = ١٠٥)

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المتغيرات	
٠,٠١	٤١,٠٢١	٣١٩,٢٢٩	٢	٦٣٨,٤٥٧	بين المجموعات	مص الاصابع	اضطرابات العادات الفمية القهريّة
		٧,٧٨٢	١٠٢	٧٩٣,٧٧١	داخل المجموعات		
			١٠٤	١٤٣٢,٢٢٩	الاجمالي		
٠,٠١	٣٤,٧٨٩	٢٩٧,٠٣٨	٢	٥٩٤,٠٧٦	بين المجموعات	قضم الاظافر	
		٨,٥٣٨	١٠٢	٨٧٠,٩١٤	داخل المجموعات		
			١٠٤	١٤٦٤,٩٩٠	الاجمالي		
٠,٠١	٦٣,٧٧٠	١٢١١,٦٦٧	٢	٢٤٢٣,٣٣٣	بين المجموعات	المجموع الكلى لاضطرابات الفمية القهريّة	
		١٩,٠٠١	١٠٢	١٩٣٨,٠٥٧	داخل المجموعات		
			١٠٤	٤٣٦١,٣٩٠	الاجمالي		
٠,٠١	٤٢,٦٦٨	٤٥٦,٠١٠	٢	٩١٢,٠١٩	بين المجموعات	التبول اللارادي	اضطراب الاخراج
		١٠,٦٨٧	١٠٢	١٠,٩٠,١١٤	داخل المجموعات		
			١٠٤	٢٠٠٢,١٣٣	الاجمالي		
غ.د	٠,٠٢٠	٠,١١٤	٢	٠,٢٢٩	بين المجموعات	سلس الغائط	
		٥,٦٥١	١٠٢	٥٧٦,٤٠٠	داخل المجموعات		
			١٠٤	٥٧٦,٦٢٩	الاجمالي		
٠,٠١	٢٦,٤٣٩	٤٤٢,١٢٤	٢	٨٨٤,٢٤٨	بين المجموعات	المجموع الكلى	
		١٦,٧٢٣	١٠٢	١٧٠٥,٧١٤	داخل المجموعات		
			١٠٤	٢٥٨٩,٩٦٢	الاجمالي		
غ.د	٠,٠٤٤	١,٢٦٧	٢	٢,٥٣٣	بين المجموعات	عادات التغذية	الجسمية
		٢٨,٤٨١	١٠٢	٢٩٠٥,٠٢٩	داخل المجموعات		
			١٠٤	٢٩٠٧,٦٥٢	الاجمالي		
٠,٠١	٥٣,٢٨٣	١٥٧٠,١٢٤	٢	٣١٤٠,٢٤٨	بين المجموعات	عادات النوم	
		٢٩,٤٨١	١٠٢	٣٠٠٥,٧١٤	داخل المجموعات		
			١٠٤	٦١٤٥,٩٦٢	الاجمالي		
٠,٠١	٥٤,١٤٦	٣٧٤٤,٤٦٧	٢	٧٤٨٨,٩٣٣	بين المجموعات	المجموع الكلى لاضطرابات العادات الجسمية	
		٦٩,١٥٥	١٠٢	٧٠٥٣,٨٢٩	داخل المجموعات		
			١٠٤	١٤٥٤٢,٧٦٢	الاجمالي		
٠,٠١	١١١,٦٢٨	٩١٤١,٨٠٠	٢	١٨٢٨٣,٦٠٠	بين المجموعات	المجموع الكلى لاضطرابات العادات ككل	
		٨١,٨٩٥	١٠٢	٨٣٥٣,٣١٤	داخل المجموعات		
			١٠٤	٢٦٦٣٦,٩١٤	الاجمالي		

٠,٠٥ = ف = ٤,٧٩ عند مستوى ٠,٠١ = ف = ٣,٠٧ عند مستوى

٠,٠٥

يتضح من جدول (٨) وجود فروق دالة احصائيا بين درجات أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة فى اضطرابات العادات و أبعادها على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام تحليل التباين البسيط احادى الاتجاه حيث كانت قيمة ف دالة

عند مستوى ٠,٠١ على كل الابعاد فيما عدا بعدي سلس الغائط و عادات التغذية حيث كانت قيمة ف غير دالة. كما يعرض جدول (٩) المتوسطات و الانحرافات المعيارية لكل من أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة فى أبعاد اضطرابات العادات على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.

## جدول (٩)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة فى أبعاد اضطرابات العادات على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية (ن = ١٠٥)

أطفال القاهرة (ن=٣٥)		أطفال العريش (ن=٣٥)		أطفال رفح المهجرين (ن=٣٥)		المتغيرات
ع	م	ع	م	ع	م	
٢,٢٩	١٨,١١	٣,٥٢	٢٢,٥٤	٣,٧١	٢٣,٨٨	اضطرابات العادات الفمية القهريّة: مص
٣,٠٨	١٦,٩١	٢,٦٥	٢٢,٠٥	٣,٠١	٢١,٨٥	اضطرابات العادات الفمية القهريّة: قضم
٣,٨٧	٣٥,٠٢	٤,٩٧	٤٤,٦٠	٤,١٤	٤٥,٧٤	المجموع الكلى لاضطرابات العادات الفمية القهريّة
٣,٤٢	١٦,٨٥	٢,٨٤	٢٣,٨٥	٣,٥٠	٢١,٨٨	اضطرابات الاخراج : التبول اللارادي
٢,٧٩	١٣,١٧	٢,٣٨	١٣,٠٥	١,٨٥	١٣,١١	اضطرابات الاخراج : سلس الغائط
٤,٦٨	٣٠,٠٢	٣,٩٩	٣٦,٩١	٣,٥٠	٣٥,٠٠	المجموع الكلى لاضطرابات الاخراج
٥,٩٧	٣٨,٥٤	٥,٤٥	٣٨,٩١	٤,٤٧	٣٨,٨٠	اضطراب عادات التغذية
٦,٢٢	٢٨,٩١	٥,٨٢	٤٠,٤٢	٣,٩٦	٤٠,٦٠	اضطراب عادات النوم
٩,٠٥	٩٧,٤٨	٩,٠٠	١١٦,٢٥	٦,٦٦	١١٤,٤٠	المجموع الكلى لاضطرابات العادات الجسمية
٩,٦٩	١٣٢,٥١	٩,٣٤	١٦٠,٨٥	٨,٠٢	١٦٠,١٤	المجموع الكلى لاضطرابات العادات ككل

ويتضح من جدول (٩) وجود فروق فى المتوسطات بين أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة.

ولتحديد إتجاه الفروق اجرت الباحثة اختبار توكى للمقارنات البعدية بين المجموعات الثلاث فى أبعاد اضطرابات العادات على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.

ويوضح جدول (١٠) نتائج اختبار توكى للمقارنات البعدية بين المجموعات الثلاث (أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة) فى أبعاد اضطرابات العادات على قائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.

جدول (١٠)

نتائج اختبار توكي للمقارنات البعدية بين المجموعات الثلاث (أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة) في أبعاد اضطرابات العادات على قائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية

المجموعات	٢م - ١م	٢م - ١م	٢م - ٢م
مص الأصابع	١,٣٤	*٥,٧٧	*٤,٤٢
قضم الاظافر	٠,٢٠٠-	*٤,٩٤	*٥,١٤
درجة اضطرابات العادات الفمية القهرية	١,٩١-	*٤,٩٧	*٦,٨٨
اضطرابات الاخراج : التبول اللارادي	*١,٩٧-	*٥,٠٢	*٧,٠٠
المجموع الكلي لاضطرابات الاخراج	١,٩١-	*٤,٩٤	*٦,٨٨
اضطراب عادات النوم	٠,١٧	*١١,٦٨	*١١,٥١
درجة اضطراب العادات الجسمية	١,٨٥-	*١٦,٩١	*١٨,٧٧
الدرجة الكلية لاضطرابات العادات	٠,٧١	*٢٧,٦٢	*٢٨,٣٤

ويتضح من الجدول (١٠) مايلي:

- وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسط درجات أطفال القاهرة من حيث اضطرابات العادات وما تتضمنه من اضطرابات فمية (مص أصابع وقضم الاظافر)، وجسمية (اضطراب التبول اللارادي والدرجة الكلية لاضطرابات الاخراج واضطراب عادات النوم)، والدرجة الكلية لاضطرابات العادات على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية في إتجاه أطفال رفح المهجرين.
  - وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات أطفال العريش ومتوسط درجات أطفال القاهرة من حيث اضطرابات العادات وما تتضمنه من اضطرابات فمية (مص أصابع وقضم الاظافر)، وجسمية (اضطراب التبول اللارادي والدرجة الكلية لاضطرابات الاخراج واضطراب عادات النوم)، والدرجة الكلية لاضطرابات العادات على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية في إتجاه أطفال العريش.
  - توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسط درجات أطفال العريش من حيث اضطرابات التبول اللارادي كاضطراب إخراج، في إتجاه أطفال العريش.
  - في حين أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسط درجات أطفال العريش من حيث اضطرابات العادات وما تتضمنه من اضطرابات فمية (مص أصابع وقضم الاظافر)، وجسمية (الدرجة الكلية لاضطرابات الاخراج واضطراب عادات النوم)، والدرجة الكلية لاضطرابات العادات على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.
- ويجدر الإشارة إلى أنه بالرغم من عدم وجود فروق بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين و متوسط درجات أطفال العريش إلا أن إرتفاع قيمة متوسطات الدرجات كانت في إتجاه

أطفال العريش فى اضطرابات العادات الفمية القهريّة الكليّة، و درجة اضطراب العادات الجسميّة الكليّة بما تتضمنه من اضطرابات الأخراج. ويعرض شكل (١) الفروق بين المجموعات الثلاث فى المتوسطات علي اضطرابات العادات وأبعادها.



شكل (١)

الفروق بين متوسط درجات كل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث اضطرابات العادات على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية

عند تناول نتيجة العادات الفمية القهريّة نجد أن أطفال رفح المهجرين يعانون من ارتفاع معدلات الاضطرابات الفمية القهريّة بما تحويه من مص الأصابع وقضم الأظافر والمجموع الكلى أكثر من أطفال القاهرة، وبمتوسطات درجات دالة عند مستوى ٠,٠١، ونجد أن أطفال العريش أيضا يعانون من ارتفاع معدلات الاضطرابات الفمية القهريّة بما تحويه من مص الأصابع وقضم الأظافر والمجموع الكلى أكثر من أطفال القاهرة بمتوسطات درجات دال عند مستوى ٠,٠١، وبالرغم من أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش، إلا أنه يتضح لنا من الجدول (١٠) أن الفروق فى متوسطات الدرجات كانت فى إتجاه أطفال رفح المهجرين فى مص الأصابع، وفى إتجاه أطفال العريش فى كل من قضم الأظافر والمجموع الكلى للاضطرابات الفمية.

وفى محاولة لمناقشة وتفسير هذه النتيجة نجد أن العادات الفمية القهريّة كمص الأصابع تحدث عند تعرض الطفل لمشاكل فى بيئته يعجز عن حلها ولمواقف عصيبة كالعنف والإرهاب، تفقده إحساسه بالأمان وتشعره بالعجز الجسدى والنفسى وتثير بداخله زملة انفعالات بغيضة كالخوف والتوتر والقلق فيلجأ بسببها لمص أصابعه، بإعتباره نكوص وارتداد لمرحلة عمرية سابقة كانت تحقق له إشباعاً عن طريق اللذة الفمية المصية، كما يمكن أن يرجع استمرارها بحسب نظرية التحليل النفسى لفرويد إلى مايسمى بالتثبيت للطاقة عند هذه المرحلة نتيجة الحرمان الزائد من الأمان، وهذا مايتعرض له أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش بشكل مزمن غير متواجد فى بيئة أطفال القاهرة الذين لايتعرضون لها إلا نادراً، كما يمكن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال العريش وأطفال رفح المهجرين إلى أنهما يعيشان نفس الظروف المحبطة إلا أنه رغم الفروق غير الدالة، فمتوسطات درجات أطفال رفح المهجرين أعلى من متوسطات درجات أطفال



العريش لكونهم أكثر شعورا بإفئادهم الأمن بعد تركهم وأسرهه للديار والأهل وتفروقوا عن ذويهم، ففي كثير من الأحيان تتبع الاضطرابات السلوكية للتغيرات أو الاحداث التي تجعل الطفل يشعر بانعدام الأمن مثل الانتقال إلى منزل جديد، وفقدان أحد افراد العائلة أو الأصدقاء بالبعد عنهم والاحساس بضعف الإنتماء للمجتمع الجديد وتدنى علاقاته البين شخصية فيه وتقديره لذاته. (AACAP, 2011-A,12)

أما **قضم الأظافر** عند أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وإرتفاع معدلاته لديهما بدرجة دالة عن أطفال القاهرة فيمكن تفسيره بوصفه وسيلة يقوم بها الطفل من أجل تخفيف حدة التوتر والقلق الزائدين، وكثيراً مايقوم به بعض الأطفال تعبيراً عن شعورهم بالضجر والغضب، فمن الواضح أن الظروف المحيطة السائدة في مجالها متزايدة عن مايتعرض له أطفال القاهرة، مما أدى لهذه النتيجة، كما يمكن تفسيره على أنه تعبيراً عن سوء التوافق النفسي، ويمكن إدجته تحت مظلة السلوك العدوانى التدميرى السالبى والذى يتميز بالشدة؛ لانتمام من الذات، نتيجة لشعورهم بالسخط وهذا يفسر إرتفاع متوسطات درجات أطفال العريش عن متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين رغم عدم وصولها لمستوى الدلالة، فهؤلاء الأطفال فى حالة سخط على ظروف مجتمعاتهم كوسط محبط محيط بهم، وقلقهم من أن يتركوا ديارهم وأهليهم أيضا كما تركها أطفال رفح المهجرين، كل هذا مع عدم استطاعة هؤلاء الأطفال تفريغ شحناتهم الانفعالية نتيجة العجز عن توجيه العدوان للغير فيصبح هذا السلوك تفريغاً لشحناتهم الانفعالية أكثر من غيرهم.

ولان متوسطات درجات مص الأصابع وقضم الأظافر كُبعدين من أبعاد اضطراب العادات الفمية القهرية عند أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش جاءوا بفروق دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ عن متوسطات درجات أطفال القاهرة، جاءت الدرجة الكلية لاضطراب العادات الفمية القهرية بنفس النتيجة، ونفس الشئ لعدم وجود فروق بين معدلات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش، وهذا متفق مع ما أكدته دراسة روه (Rohrer,2016) عن: "العناية بأطفال الحروب"، من أن آثار الحروب لاتقتصر على الأطفال النازحين بل أيضا المعرضون لسماع القذائف والإنفجارات والرصاص فى مدنهم التى يفترض أن تكون آمنة. وعند تناول **اضطرابات الإخراج** ومن منطلق أن تنشئة الطفل والخبرات التي يمر بها فى سنواته الأولى تستقر فى وجدانه وتلعب دوراً فى تحول الإخراج إلى اضطراب، وعرض من أعراض الفصام الطفولى.

(Walle, Rittig, Bauer, et al, 2012, 978) (DiBianco, Morley& Al-Omar, 2014, 78)

يمكن اعتبار مايمر به كل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش فى مجالها جعل معدلات اضطراب **التبول اللاإرادى** والمجموع الكلى لاضطرابات الإخراج عندهما مرتفع بشكل دال عند مستوى ٠,٠١ عن أطفال القاهرة، ومن التفسيرات الممكنة لهذه النتيجة ماذهبت إليه مدرسة التحليل النفسى الفرويدي باعتبار أنه عرض نكوصي ناتج عما يعانىه الطفل من توتر داخلي أو أزمة انفعالية ناتجة عن حوادث، ويمكن إعتبره تثبت الطفل على المرحلة الشرجية، وذهب بعض علماء التحليل النفسى إلى إعتبره عدواناً رمزياً موجهاً نحو البيئة التي يشعر بقسوتها وإحباطتها.

أما الفروق الدالة بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسطات درجات أطفال العريش عند مستوى ٠,٠١ فى إتجاه أطفال العريش من حيث اضطراب التبول اللاإرادى، يفسر بما ذكره وليم يالى

(Yule,2000,697) عند تناوله موضوع "مزاج التطهير العرقى فى مقابل احتياجات الأطفال المتأثرين بالحروب"، حيث أكد على أن الأطفال تتأثر بشكل مباشر من العنف الذى يستهدفهم وأسرههم، ومن العنف الذى لا يستهدف أسرههم، ولكن يسبب لهم فى المِحن بداخل المكان الذى يعيشون به أو الخوف من تطور الأمور ليجدوا أنفسهم مهددين بطالب للجوء أو مهجرين، وهنا وجد أن خبراتهم التى مروا بها أعاقت وجود وسط سليم وأمن للنمو السليم وأصبحت الصحة العقلية والنفسية لديهم فى خطر. فمن المؤكد أن ظهور الأطفال رفح المهجرين لأطفال العريش التى تعيش نفس الظروف مع الفروقات البسيطة تجعل أطفال العريش فى توتر مستمر وترقب للوضع وإمكانية أن يتركوا هم أيضا مدينتهم كما اضطر غيرهم، كما لاحظت الباحثة أن معظم حالات الأطفال رفح المهجرين كانوا يعانون من التبول اللاإرادي الانتكاسي و معظمهم كان يظهر لديهم بشكل غير منتظم وعلى فترات متقطعة ومتباعدة حيث يرتبط بأحداث اليوم، كخروج أحد الوالدين وتأخره، أما أطفال العريش فالتبول لديهم ليلا / نهارا، وهذا انعكاس لمخاوف جديدة فى البيئة أو انخفاض الأمن. ورغم أن الدرجة الكلية لاضطرابات الإخراج بمعدلاتها عند أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش لاتدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجمعتين إلا أنه فروق متوسطات الدرجات تُظهر أن أطفال العريش يعانون من اضطرابات الإخراج أكثر من أطفال رفح المهجرين، وبالتالي ينطبق عليها التفسير السابق الذى فُسر به معدلات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش غير الدالة فى اضطراب التبول اللاإرادي.

ولاحظت الباحثة أن معاناة الأطفال فى المجموعات الثلاث من **سلس الغائط** أقل بشكل ملحوظ من معاناتهم من التبول اللاإرادي، وهذا ما أكدته النتائج بعدم وجود فروق دالة إحصائية بينهم فيما يتعلق بسلس الغائط فهو اضطرب لم تتأثر معدلاته بالبيئة غير الأمنة المحيطة لمجمعتى أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش. أما **مشكلات عادات التغذية** وبناء على النتائج الحالية لا يوجد فى معدلاتها فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعات الثلاث وتفسره الباحثة أن أطفال العريش وأطفال رفح المهجرين إتجهوا فى التعبير عن اضطراباتهم بصور وأشكال لاتتعلق بسلوك التغذية، كما أن ضعف الموارد الغذائية المتاحة فى العريش عن السابق جعل الأمهات -أمهات أطفال العريش وأمهات أطفال رفح المهجرين للعريش- يدركن أن ما يظهر من سلوكيات غير مرغوبة ترتبط بالتغذية ترجع لنوعية الموارد الغذائية المتاحة وليس لمشكلات فى أطفالهن، وبالنسبة لأمهات أطفال رفح المهجرين المقيمين بالأسماعلية فتوفير الغذاء يقلقهن أكثر من كون الأطفال تغيرت سلوكيات التغذية لديهم أم لم تتغير، مما إنعكس على نتيجة هذا الاضطراب فى القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية، أما عن حالات اضطراب التغذية التى لاحظتها الباحثة والتى عبرت عنها أمهات أطفال العريش وأطفال رفح المهجرين ففسرتها الباحثة فى حالة فقدان الأطفال لشهيتهم والقي المستمر كنتيجة للخوف والقلق والغضب والحزن أو فقدانهم الشعور بالأمن، وبأنه محاولة منهم لجذب انتباه أفراد الأسرة من أجل تحقيق المزيد من العناية والرعاية والاحساس بالأمن، كما كان هناك حالات تعانى من ببطء تناول الطعام وفسرته الباحثة بأنه ناتج عن انشغال الأطفال بمشكلة ماحولهم وترقبهم للأحداث، وكانت هذه الحالات بمجموعة أطفال رفح المهجرين أكثر من مجموعة أطفال العريش، أما النهم

فهو حالة نفسية سيئة نتيجة عدم الاستقرار العاطفي، وانعكاس لنزعات عدائية أو الشعور بالاكنتاب المصحوب بحاجة إلى الترويح عن النفس. (AACAP, 2011-F, 7)

وبخصوص حالات فساد الشهية فقد لاحظت الباحثة أن حالته نادرة في العينات الثلاث فقد كانوا (٣) حالات إثنين يأكلون الورق بمجموعة أطفال القاهرة وفسرت الباحثة هذا بأنه ناتج عن افتقار الطفل لعطف الأم، أما الثالثة ففي مجموعة العريش لطفل يأكل الحشرات ويستمتع بإشتمزاز الآخرين من المنظر - كأحد مظاهر العدوان- وتندرم به، فأحدث هذا إرضاء للطفل وكرر فعلته إلى إن أصبحت عادة سيئة لديه.

وفيما يخص اضطراب عادات النوم فالحاد منها والدائم يعطى دلالات مبكرة على قلق عاطفي عند الطفل (أبوسريع، ٢٠٠٨، ٢٧٦)، (AACAP, 2013-B, 8). وكانت المعدلات لدى أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش أعلى من أطفال القاهرة وبمتوسطات درجات دال عند ٠,٠١، وترجع الباحثة هذا أيضا لما يعانيه دوننا عن أطفال القاهرة من توترات حياتية مستمرة، وتوقع الأمور المؤلمة في كل وقت، مما يزيد عندهم القلق والخوف ويتسبب في اضطراب النوم. في حين نجد أن أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش لا توجد بينهما فروق دالة في اضطراب النوم، ولكن اختلفت صورته عند كل من المجموعتين؛ حيث تظهر لدى أطفال رفح المهجرين في صورة: الكوابيس، و رعب النوم، والمشى والكلام أثناء النوم، وفسرته الباحثة بأنها وسيلة للتعبير عن التوترات الحياتية، والمعاناة من القلق والتنبه الزائد والإثارة الزائدة، وعدم الشعور بالأمن أثناء عملية النوم. ويتفق هذا مع مذكرته دراسة (أبوغالي و حجازي، ٢٠١٦) عن: "فعالية برنامج إرشادي في الحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى أطفال غزة المدمرة منازلهم أثناء حرب ٢٠١٤"، وتكونت العينة من (١٨) طفلا من رفح فلسطين ممن يعانون من تدنى جودة النوم بسبب تعرضهم لترك منازلهم المدمرة والحياة في بيئة جديدة عليهم، حيث وجد أن كل هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات النوم المتمثلة في: النوم في الإضاءة- الأرق- فرط النوم- توتر ايقاع النوم- توقف التنفس أثناء النوم- المشى أثناء النوم- الفزع و الكوابيس الليلية. وأطفال العريش كانوا يعانون من: الكلام أثناء النوم، والنوم غير المنتظم (الاستيقاظ الليلي)، والأحلام المزعجة والفزع الليلي، كنتيجة لضغوط البيئة النفسية والاجتماعية، وعدم الشعور بالأمن أثناء عملية النوم، والخوف من غدا قد يحمل في طياته البُعد عن الرفاق والاصحاب فهذا مايتكرر كثيرا في أحاديث آبائهم وأمهاتهم، وتسبب كل ماسبق في إرتفاع معدلات اضطرابات العادات الجسمية لدى أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش بشكل دال عند مستوى ٠,٠١ عن معدلاتها عند أطفال القاهرة، كما تسبب في أن معدل اضطرابات العادات الجسمية أطفال العريش تكون أعلى من أطفال رفح المهجرين رغم أنها غير دالة إحصائيا.

وعليه يمكن تفسير اضطرابات العادات ككل وبمعدلاتها الدالة عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وبين متوسطات درجات أطفال القاهرة، وعدم وجود فروق دالة بين أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش بأنها متنفسا للتوتر العصبي المتزايد عند أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وبشكل أعلى وأن كان غير دال عند أطفال العريش عن أطفال رفح المهجرين، فيشبع هذا بعض الحاجات النفسية لديهم بشكل مزيف ويترك الإشباع إحساساً ممتعاً باللذة، ويحدث ارتباطات شرطية بين

المثيرات (التوتر) والاستجابات (اضطرابات العادات)، فتقوي العادات مع مرور الوقت، وتصير مقاومة أكثر للتغيير، وهى بذلك أعراضا لصراعات داخلية.

ثانياً: فيما يخص اضطرابات النطق والكلام :

قامت الباحثة بإيجاد الفروق بين درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث اضطراب النطق والكلام على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام تحليل التباين البسيط أحادى الاتجاه كما يتضح فى جدول (١١).

#### جدول (١١)

نتائج تحليل التباين البسيط احادى الاتجاه بين المجموعات الثلاث من حيث اضطراب النطق والكلام على قائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية (ن = ١٠٥)

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف"	مستوى الدلالة
اضطرابات النطق والكلام	بين المجموعات	٢٥٤٥,٢٧٦	٢	١٢٧٢,٦٣٨	٤٩,٤٤٦	٠,٠١
	داخل المجموعات	٢٦٢٥,٢٥٧	١٠٢	٢٥,٧٣٨		
	الاجمالي	٥١٧٠,٥٣٣	١٠٤			

ف = ٤,٧٩ عند مستوى ٠,٠١

ف = ٣,٠٧ عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من جدول (١١) وجود فروق دالة احصائياً بين درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث اضطراب النطق والكلام على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام تحليل التباين البسيط احادى الاتجاه حيث كانت قيمة ف دالة عند مستوى ٠,٠١. ويوضح جدول (١٢) المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث اضطراب النطق والكلام على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.

#### جدول (١٢)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث اضطراب النطق والكلام على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية (ن=١٠٥)

الأطفال القاهرة (ن=٣٥)		الأطفال العريش (ن=٣٥)		الاطفال رفح المهجرين (ن=٣٥)		المتغيرات
ع	م	ع	م	ع	م	
٤,٤٠	٢٨,٩٧	٥,٢٥	٣٩,٣١	٥,٤٩	٣٩,٥١	اضطرابات النطق والكلام

ويتضح من جدول (١٢) وجود فروق في المتوسطات بين أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة، ولتحديد إتجاه الفروق أجرت الباحثة اختبار توكي للمقارنات البعدية بين المجموعات الثلاث من حيث اضطراب النطق والكلام على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية، كما يتضح في جدول (١٣).

### جدول (١٣)

نتائج اختبار توكي للمقارنات البعدية بين المجموعات الثلاث (أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة) من حيث اضطراب النطق والكلام على قائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية

المجموعات	٢م - ٢م	٣م - ١م	٢م - ١م
المتغيرات			
اضطراب النطق والكلام	*١٠,٣٤	*١٠,٥٤	٠,٢٠٠

يتضح من جدول (١٣) الآتى:

- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسط درجات أطفال القاهرة من حيث اضطراب النطق والكلام على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية في اتجاه الأطفال رفح المهجرين.
  - توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات أطفال العريش ومتوسط درجات أطفال القاهرة من حيث اضطراب النطق والكلام على قائمة الاضطرابات السلوكية في اتجاه أطفال العريش.
  - عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسط درجات أطفال العريش من حيث اضطراب النطق والكلام على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.
- الشكل (٢) يوضح الفروق بين متوسط درجات كل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث اضطراب النطق والكلام على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.

## شكل (٢)

الفروق بين متوسط درجات كل من أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة من حيث اضطراب النطق والكلام على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية

ويتضح لنا من نتيجة اضطراب النطق و الكلام أن أطفال رفح المهجرين يعانون من ارتفاع معدلاتها بدرجة دالة عند مستوى ٠,٠١ أكثر أطفال القاهرة، وأن أطفال العريش يعانون من ارتفاع معدلاتها بدرجة دالة عند مستوى ٠,٠١ أكثر من أطفال القاهرة، كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية



أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش،

وهذه النتيجة ينسحب عليها نفس تفسيرات النتائج السابقة فهي تظهر كنتيجة للتأثير الكبير والفارق للبيئة المحيطة على أطفال العريش و أطفال رفح المهجرين، وبدرجة دالة إحصائية عن البيئة التي يعيشها أطفال القاهرة والتي يتمتع فيها الأطفال بالأمان والإستقرار.

وتظهر اضطرابات النطق والكلام بعدة صور عند أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش منها: تشوش انسياب الكلام وظهور تراكيب نحوية خاطئة، وأرجعت الباحثة هذا في مجموعة أطفال رفح المهجرين إلى انتقال الطفل من روضة إلى أخرى واستعمال لهجة مختلفة عن لهجته المعتاد عليها في بيئته، وإن كانت مقارنة لها، أما التهتهة-التأتأة، فأرجعتها الباحثة إلى أسباب النفسية كالنوتر والقلق والإحباط والشعور بالنقص وعدم الكفاءة، وكان لدى عينة رفح طفلتان تعانين من بكم الرهاب يظهر عليهما عند تعرضهما لمواقف تثير الخوف الشديد لديهن، ولافتقادهما للوسائل التي تواجهها بها التهديدات، فلا تستطيعان أن تتصالحا فيها مع من حولهما، فتصابا بالخوف والرهبة وحالة نفسية عصابية تظهر في صورة بكم الرهاب، وترى الباحثة أن قلق الأهل الشديد عليهما بسبب البكم جعل الطفلتان تتماديان في اضطرابهما لإستجلاب الاهتمام والتعاطف.

## ثالثاً: النتائج الخاصة بالاضطرابات الوجدانية وأبعادها:

قامت الباحثة بإيجاد الفروق بين درجات أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة من حيث الاضطرابات الوجدانية بأبعادها على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام تحليل التباين البسيط احادى الاتجاه كما يتضح في جدول (١٤).

جدول (١٤)

نتائج تحليل التباين البسيط احادى الاتجاه بين المجموعات الثلاث من حيث الاضطرابات الوجدانية وأبعادها على قائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية (ن = ١٠٥)

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى
قلق الانفصال	بين المجموعات	٤٢١٢,٩٣٣	٢	٢١٠٦,٤٦٧	٣٢,٣٠٥	٠,٠١
	داخل المجموعات	٦٦٥٠,٩١٤	١٠٢	٦٥,٢٠٥		
	الاجمالي	١٠٨٦٣,٨٤٨	١٠٤			
الخوف	بين المجموعات	٥٦٦٨,٣٦٢	٢	٢٨٣٤,١٨١	٣٦,٠٩٥	٠,٠١
	داخل المجموعات	٨٠٠٩,٠٢٩	١٠٢	٧٨,٥٢٠		
	الاجمالي	١٤٦٤,٩٩٠	١٠٤			
الانسحاب	بين المجموعات	٥٥٥٠,٥٣٣	٢	٢٧٧٥,٢٦٧	٥٠,٩٢٢	٠,٠١
	داخل المجموعات	٥٥٥٩,٠٢٩	١٠٢	٥٤,٥٠٠		
	الاجمالي	١١١٠٩,٥٦٢	١٠٤			
الاكتئاب	بين المجموعات	٦٢٣٢,٥٩٠	٢	٣١١٦,٢٩٥	٦٠,٤٣٤	٠,٠١
	داخل المجموعات	٥٢٥٩,٦٥٧	١٠٢	٥١,٥٦٥		
	الاجمالي	١١٤٩٢,٢٤٨	١٠٤			
الغضب	بين المجموعات	١٠,١٤,٦٤٨	٢	٥٠٧,٣٢٤	١٣,٤٥٠	٠,٠١
	داخل المجموعات	٣٨٤٧,٣١٤	١٠٢	٣٧,٧١٩		
	الاجمالي	٤٨٦١,٩٦٢	١٠٤			
الغيرة	بين المجموعات	٦٦١,٨٤٨	٢	٣٣٠,٩٢٤	٩,٤٦٤	٠,٠١
	داخل المجموعات	٣٥٦٦,٦٨٦	١٠٢	٣٤,٩٦٨		
	الاجمالي	٦١٤٥,٩٦٢	١٠٤			
اضطراب الهوية الجنسية	بين المجموعات	١,٧٣٣	٢	٠,٨٦٧	٠,٠٠٩	غ.د
	داخل المجموعات	١٠٣٤١,٨٢٩	١٠٢	١٠١,٣٩٠		
	الاجمالي	١٠٣٤٣,٥٦٢	١٠٤			
المجموع الكلى للاضطرابات الوجدانية	بين المجموعات	١١٨٧٥٠,٦٨٦	٢	٥٩٣٧٥,٣٤٣	٨٠,٧٤٢	٠,٠١
	داخل المجموعات	٨٣٥٣,٣١٤	١٠٢	٧٣٥,٣٧٤		
	الاجمالي	٢٦٦٣٦,٩١٤	١٠٤			

ف = ٤,٧٩ عند مستوى ٠,٠١

ف = ٣,٠٧ عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من جدول (١٤) وجود فروق دالة احصائيا بين درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الاضطرابات الوجدانية بأبعادها على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام تحليل التباين البسيط احادى الاتجاه حيث كانت قيمة ف دالة عند مستوى ٠,٠١، فيما عدا بعد اضطراب الهوية الجنسية حيث كانت قيمة ف غير دالة.

ويوضح جدول (١٥) المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الاضطرابات الوجدانية بأبعادها على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.

### جدول (١٥)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الاضطرابات الوجدانية بأبعادها على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية (ن=١٠٥)

الأطفال القاهرة (ن=٣٥)		الأطفال العريش (ن=٣٥)		الأطفال رفح المهجري (ن=٣٥)		المتغيرات
ع	م	ع	م	ع	م	
٧,٩٨	٤٥,١١	٧,٥٩	٥٧,١٧	٨,٦٢	٥٩,٦٠	قلق الانفصال
١٠,١٣	٤٤,٤٠	٧,٩٢	٥٩,٩١	٨,٣٧	٦٠,٠٥	الخوف
٨,٧٥	٤٥,٢٠	٦,١٨	٥٩,٥٤	٦,٩٧	٦١,٥١	الخجل و الانسحاب الاجتماعي
٨,٨٦	٤٥,٨٠	٦,٥١	٦٢,٠٥	٥,٨٠	٦٢,٢٢	الاكتئاب
٥,١٧	٥٤,٤٢	٦,٨٤	٥٨,٩١	٦,٢٨	٦٢,٠٠	الغضب
٦,١٤	٥٧,٢٠	٦,٢٨	٥٩,٦٨	٥,٢٥	٦٣,٣١	الغيرة
١٠,٧١	٣٦,٩٧	١٠,٢٤	٣٦,٦٥	٩,١٩	٣٦,٨٢	اضطراب الهوية الجنسية
٢٩,٧٦	٣٢٩,١١	٢٨,٤٩	٣٩٣,٩٤	٢٢,٥٣	٤٠٥,٥٤	الدرجة الكلية الاضطرابات الوجدانية

ويتضح من جدول (١٥) وجود فروق في المتوسطات بين أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة ، ولتحديد اتجاه الفروق اجرت الباحثة اختبار توكي للمقارنات البعدية بين المجموعات الثلاث في أبعاد الاضطرابات الوجدانية على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية، كما يتضح في جدول (١٦).



جدول (١٦)

نتائج اختبار توكي للمقارنات البعدية بين المجموعات الثلاث (أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة) في أبعاد الاضطرابات الوجدانية على قائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية

٢٣ - ٢٢	٢٣ - ١٢	٢٢ - ١٢	المجموعات المتغيرات
*١٢,٠٥	*١٤,٤٨	٢,٤٢	قلق الانفصال
*١٥,٥١	*١٥,٦٥	٠,١٤٢	الخوف
*١٤,٣٤	*١٦,٣١	١,٩٧	الخجل والانسحاب الاجتماعي
*١٦,٢٥	*١٦,٤٢	٠,١٧١	الاكتئاب
*٤,٤٨	*٧,٥٧	٣,٠٨	الغضب
٢,٤٨	*٦,١١	*٣,٦٢	الغيرة
*٦٤,٨٢	*٧٦,٤٢	١١,٦٠	الدرجة الكلية للاضطرابات الوجدانية

يتضح من الجدول (١٦) الآتي:

- يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسط درجات أطفال القاهرة من حيث كل من قلق الانفصال والخوف والانسحاب الاجتماعي والاكتئاب والغضب والغيرة والدرجة الكلية للاضطرابات الوجدانية في إتجاه أطفال رفح المهجرين.
  - كما يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال العريش ومتوسط درجات أطفال القاهرة من حيث كل من قلق الانفصال والخوف والانسحاب الاجتماعي والاكتئاب والغضب والدرجة الكلية للاضطرابات الوجدانية في إتجاه أطفال العريش.
  - لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال العريش ومتوسط درجات أطفال القاهرة من حيث الغيرة.
  - يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال رفح المهجرين ومتوسط درجات أطفال العريش من حيث الغيرة في إتجاه أطفال رفح المهجرين.
  - لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسط درجات أطفال العريش من حيث كل من قلق الانفصال والخوف والانسحاب الاجتماعي والاكتئاب والغضب وفي الدرجة الكلية للاضطرابات الوجدانية.
- ويوضح الشكل رقم (٣) الفروق بين متوسط درجات كل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الاضطرابات الوجدانية على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.



شكل (٣)

الفروق بين متوسط درجات كل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الاضطرابات الوجدانية وأبعادها على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.

وعند مناقشة نتيجة الاضطرابات الوجدانية لابد من الاشارة إلى أن هذا النوع من الاضطرابات قليلاً ما يلاقي الاهتمام الكافي لمعالجته من قبل الآباء رغم الخطورة الفائقة لتجاهلهم لها؛ فما يعانيه الأطفال من اضطرابات وجدانية تنعكس سلباً على جميع مجالات نموهم.

وبناء على النتيجة الخاصة بهذا الاضطراب نجد أن قلق الانفصال لا توجد فروق دالة إحصائية فيه بين معدلات أطفال رفح المهجرين ومعدلات أطفال العريش. في حين يعاني منه أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش بمعدلات دالة عند مستوى ٠,٠١ عن ما يعانيه أطفال القاهرة، وترجع الباحثة هذا في عينة أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش للبيئة المحبطة، وفقدان الأمن بمعدلات أكبر بكثير عن أطفال القاهرة، ولتعرضهم لأحداث أو ضغط نفسية كبيرة لدرجة أصبح يخشى الاطفال بعدها البقاء وحدهم أو تخلى الأبوين عنهم، والوضع أسوأ عند أطفال رفح المهجرين عن أطفال العريش كما تظهر فروق المتوسطات رغم عدم وجود فروق دالة إحصائية فأطفال رفح المهجرين ينطبق عليهم وصف يونج بأن قلقهم يعزى إلى الاصطدام بما هو غير معقول -الهجرة من منازلهم-، وجاءت هذه النتيجة منققة مع نتيجة دراسة مورقص و وردين وجويتا (Morgos, Worden, & Gupta, 2008) عن: "الآثار النفسية لخبرة الحرب بين الأطفال النازحين في جنوب دارفور"، والتي سجل فيها الأطفال معدلات عالية من القلق تفوق معدلات القلق الأطفال غير النازحين تحت نفس الظروف أو مقارنة منها. ويمكن تفسير وضع اضطراب قلق الانفصال وارتفاع معدلاته عند أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش بناء على تفسير فرويد الذي اهتم بظاهرة القلق من ناحيتين: الأولى الاعتماد العاجز للطفل الصغير على حب ورعاية والديه له يجعله مستهدفاً لقلق الانفصال ومن ناحية أخرى القلق الناتج صراع لاشعوري بين حفزات الهو والقيود المفروضة عليها بواسطة الأنا والأنا الأعلى (Robert, 2006, 173)، ويمكن تفسيرها بصورة مختلفة مع نظرية كارن هورنى حيث تعتبر القلق المحور

الرئيسى فى تفسير العصاب وترى أن القلق ينشأ من المؤثرات الاجتماعية البيئية فى عملية نمو الطفل أكثر من أن ينشأ من الصراع بين الدوافع الغريزية والأنا والأنا الأعلى ويتولد القلق الاساسى فى البداية من أى موقف اجتماعى يستثير الخوف فى الطفل وهكذا ينمو القلق عند الطفل حينما تتكون لديه دفاعات ضد البيئة التى يشعر حيالها بالعجز والعداوة والعزلة، فالبيئة تبدو بالنسبة له مهددة وباعثة على الخطر، وأنه يعيش وسط عالم يضج بالعداوة والتناقض، وتكمن خطورة القلق كذلك عند هورنى من كونه يمكن اعتباره سببا أساسيا لمعظم الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، فالأطفال القلقين غالبا مايطورون نماذج سلوكية متعددة ينظر إليها على أنها مضطربة، وتجعل الأطفال تدور فى حلقة مفرغة (AACAP,2004-A)، ويمكن الأخذ بما يراه أدلر بأنه يعزى إلى الاحساس بنقص حقيقى أو متخيل يبدد إرادة القوة لدى الطفل، وأيضا جولدشتين يرى أنه يعزى إلى مواجهة عمل أو مهمة لاتكون معها إمكانيات الفرد كافية أو ملائمة لها (Egger, Costello & An gold, 2003, 797)، ويرى البعض أن القلق ينشأ عن الخوف إلا أنه يمكن تمييزه عنه فى جوانب كثيرة فهو أكثر غموضا وعلى عكس الخوف فهو لاينشأ من موقف قائم دائما، وإنما ينشأ من موقف متوهم. (قناوى وعبدالمعطى، ٢٠٠٠، ٢٤٥)

أما اضطراب الخوف فمعدلاته مرتفعة عند أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش جاءت بمعدلات دالة إحصائيا عندى مستوى دلالة ٠,٠١ بمقارنتهما بمعدلات أطفال القاهرة، فى حين أنه لاتوجد فروق دلة إحصائيا بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسطات درجات أطفال العريش. من منطلق أن الخوف عاطفة قوية غير محببة يسببها إدراك خطر ما، ومايراه أتوفينخل فى أن المخاوف هى العصاب الحقيقى للأطفال، حيث تستهلك المخاوف قدرا هائلا من الطاقة النفسية للطفل لمواجهة موضوع الخوف حيث يوجه كل نشاطه نحو هذا الموضوع (النجار، ٢٠١١، ٣٥)، لايد عدم الاستهانة بتفسير المعدلات المرتفعة عند أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش التى جاءت دالة إحصائيا عندى مستوى دلالة ٠,٠١ مقارنة بأطفال القاهرة، فأطفال رفح تعرضوا للأذى والخبرة المؤلمة بالتهجير مع أسرهم نتيجة الحرب ضد الإرهاب، ليجدوا أنفسهم غرباء يعانون من العزلة فى مكان جديد عليهم ويحاط بهم أشخاص غرباء عنهم بدلا من الأهل والأصدقاء وهذا كموقف محبط ويمثل ضغطا نفسيا عليهم.

أما أطفال العريش فهم معرضون للأذى من الارهاب والحرب ضده، والأحداث المفجعة والموت، وأكبر هم لأسرهم هو الخوف من التهجير والخروج عن المألوف المعتاد لهم فى الحياة، كل هذا فيه استثارة للخوف على الذات والوجود لضعف الكفاءة، فالخوف عند بياجى له علاقة بالبقاء وهو يوعى بالمخاطر لحماية الذات، ولما فبالموقف من غموض لايستطيع الأطفال تفسيره فى هذه المرحلة العمرية، ولرفضهم لوضع ضاغظ نفسيا عليهم فعبروا عنه فى صورة اضطراب الخوف، و وفقا لانجرام وسكوت Ingram & Scott والنظرية المعرفية، فإن الأفراد يستجيبون من خلال التفكير فى المواقف وتفسيرهم للحوادث من أبعاد معرفية هى: الكفاءة أو القصور المعرفى، ومفهوم الطفل عن ذواته وقدرة الطفل وإمكاناته، والقيم أو الاتجاهات التى

يتبناها الطفل تجاه المواقف (AACAP, 2013-C,8)، والمخاوف الشديدة لاتذهب ببساطة، والعقاب أو التجاهل لاينفعان في حلها، والمخاوف المحددة ربما تقود إلى مشاعر عامة من القلق العائم وعدم الأمن والهواجس، كما إن المخاوف القوية وذات الأمد الطويل خطيرة، ومن المؤشرات على الحاجة إلى المساعدة المتخصصة، وفي مجموعتي أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش يمكن تفسير الخوف بحسب نظرية التحليل النفسى بأنه يحدث نتيجة إسقاط أو إزاحة لبعض الرغبات أو الدوافع اللاشعورية التي تثير قلقاً داخليا لايمكن تجنبه على موضوعات أو مواقف خارجية، ولأن مصدره فى الداخل، فإذا نجح الفرد فى إبدالها بموضوعات خارجية ومن ثم يمكن تجنبها (النجار، ٢٠١١، ٤٣ - ٤٤) وبناء عليه الخوف لديهم يعود لإسقاط الغضب؛ فالأطفال تغضب من اختلال نظام حياتهم أو التوتر السائد ببيئتهم أو من سوء معاملة الأهل ويصبح عندهم رغبة فى إيذاء والانتقام من الكبار كدوافع لاشعورية، وبما إن هذه الرغبة غير مقبولة ومحرمة؛ لذلك يسقطها على الكبار، وهذا النمط شائع وقوى بين الأعمار فى ٢-٦ سنوات، وربما يؤدي إلى الشعور بالذنب والخوف من العقوبة. فإسقاط الغضب أمر طبيعي ولكن الإسقاط المبالغ فيه أو طويل الأمد ليس طبيعياً (القول، ٢٠٠٦، ٤)، كما يمكن تفسيره بأنه أسلوب للسيطرة على الآخرين ولجلب الانتباه، ويصبح الخوف مثيراً ونافعاً بالرغم من أنه مؤلم فى نفس الوقت، ويركز أصحاب المدرسة السلوكية على أن المخاوف تنشأ نتيجة خبرة وتعلم من المحطين والكبار بالملاحظة والتقليد أو النمذجة كما ذكر باندورا فى نظريته فى التعلم الاجتماعى فالآباء خائفون على مصائرهم وأسره من كل مايحيط بهم ومخاوفهم تنتقل بالملاحظة للأبناء، ونظرا إلى أن مجموعتي أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش أوضعها المجتمعية متقاربة لهذا لاتوجد بينهم فروق دالة إحصائيا.

فى حين أن **الخجل والانسحاب الاجتماعى (الإنطواء)** جاءت الفروق بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش غير دالة إحصائيا ولكنها مقارنتاً بمتوسط درجات أطفال القاهرة جاءت دالة عند مستوى ٠,٠١، فمعاناتهما أعلى بمعدلاتها من معاناة أطفال القاهرة من هذا الاضطراب. و حقيقة الأمر معاناة الأطفال من عدم القدرة على الأخذ والعطاء مع أقرانهم فى الروضة، ومع الجماعة، مما يؤدي إلى شعورهم بالنقص، وميلهم إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية وخاصة التى بها الغرباء أو الميل للإنطواء وتجنب أو إعاقة التفاعل الاجتماعى، أمر مؤلم للأطفال وذويهم، وترجع الباحثة ارتفاع معدلاته فى أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش أكثر من أطفال القاهرة لاكتمال مكونات الانسحاب الاجتماعى لديهم، فالمكون الانفعالى الذى يظهر من خلال تنبيه الأحاسيس النفسية التى تدفع الطفل إلى استجابة التقادى والانسحاب بعيدا عن مصدر التنبيه، والمكون المعرفى الذى أشار أيزنك إليه بأنه يتمثل فى انتبأه المفرط للذات، و وعى زائد بالذات، وصعوبات فى الإقناع والاتصال، والمكون السلوكى من نقص السلوك الظاهر ونقص فى الاستجابات السوية، والمكون الوجدانى المتمثل فى الحساسية وضعف الثقة بالنفس (عكاشة، ٢٠٠٤، ٩٣ - ٩٦)، فهذه المكونات كلها متواجدة عند أطفال رفح المهجرين والعريش لعدم الشعور بالأمن فهم لايمارسون المهارات الاجتماعية ويزداد خجلهم بسبب قلة النشاط والحاجة إلى التغذية

الراجعة من الآخرين المنشغلين عنهم بما هو أشد وطأة، وخوف الوالدين على الأطفال من الغرياء وخوف الأطفال من الآخرين، والشعور بالنقص، أما اتجاه نظرية التعلم الاجتماعي فتفسرها يعزو الخجل للقلق الاجتماعي والذي يثير أنماطا من سلوك الانسحاب ويمنع فرص تعلم المهارات الاجتماعية، ويمتد ليكون عواقب معرفية تظهر في شكل توقع الفشل في الموقف الاجتماعي، وحساسية مفرطة للتقييم السلبي من قبل الآخرين وميل لتقييم الذات سلبيا. (Beer, 2002, 1010) ، (Coelho,&Romao,2018, 219) من وجهة نظر الباحثة ينطبق هذا على عينة أطفال رفح المهجرين أكثر من أطفال العريش كما يفسر لنا ارتفاع متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين عن أطفال العريش وإن كانت غير دالة، و ترى الباحثة أن نظرية الخجل لبس Buss أكثر تفسيراً للانسحاب الاجتماعي والخجل لدى أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش، فهذه النظرية ترى أن أسباب القلق الاجتماعي ترجع إلى: خجل الخوف Fearful Shyness، وسببه الخوف من ردود الفعل غير المألوفة والتلقائية، وخجل الوعي بالذات Self-Conscious Shyness، وسببه الوعي الزائد لتوقعات الآخرين حوله (Buss,1986,42)، فالأطفال رفح المهجرين على الأخص يعانون في مجتمعاتهم الجديدة من تواجد السببين ولعل هذا كان سبباً في ارتفاع الانسحاب الاجتماعي والخجل لديهم - وإن كان غير دال- مقارنةً بعينة أطفال العريش الذين كانوا يعانون من السبب الثاني أكثر من الأول بحسب نظرية بس، كما يمكن الأخذ بتفسير مدرسة التحليل النفسي فالخجل فيها يحدث في ضوء انشغال الأنا عند الشخص الخجول بذاته ليأخذ شكل النرجسية فضلا عن اتصاف الخجول بالعدوان والعدائية. (Bass, Santo, Cunha, &Neufeld, 2016, 250)

وبالإنتقال لاضطراب الاكتئاب نجد أنه جاءت الفروق بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش غير دالة إحصائياً ولكنها مقارنةً بمتوسط درجات أطفال القاهرة جاءت دالة عند مستوى ٠,٠١ في إتجاه أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش، ويمكن تفسير هذا، بأن الأبناء الذين ينتمون لآباء وأمّهات مضطربين انفعاليا ومكتئبين أكثر عرضة للمرض النفسي (AACAP,2013-F,6)، فنجد بناء على ذلك أن أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش أكثر من ينطبق عليهم هذا التفسير فالآباء والأمّهات الذين تركوا منازلهم أو مهددين بهذا و يعيشون في بيئة محبطة لهم ولأبنائهم من المؤكد أنهم يعانون من ضغوط واضطرابات انفعالية واكتئاب يترقبها الأبناء ويلاحظونها عن كثب، هذا لاينطبق على أطفال القاهرة وإن كان بعض الأسر بها آباء وأمّهات مضطربين نفسيا ولكن بمعدلات ونسبة أقل بكثير من العيناتين الأخرتين، وتفسير السلوكيين للاكتئاب يؤكد هذا فهم ينظرون له بإعتباره سلوكا متعلما، ويحدث نتيجة مشكلات التفاعل مع البيئة، وبعد خفض التعزيز وزيادة الأحداث غير السارة من أسباب الاكتئاب، ويزداد عند عدم اتاحة الفرصة للطفل للتعبير عن رأيه، والشعور بالعجز والضعف (التقييم ذاتي) بحسب نظرية التعلم الاجتماعي لباندور. (AACAP, 2013-E, 7)

في حين يرجعه فرويد لشعور الأنا بالفشل، وتحول النزعات العدوانية الناجمة عن هذا إلى الداخل في شكل اكتئاب (AACAP, 2013-F, 8)، في حين ألبرت أليس ونظرية السلوك العقلاني تؤكد أن الاكتئاب ينتج من طريقة تفكير الشخص المكتئب ومعالجته للأحداث الخارجية وليس وجدانه (القمش والمعايطة، ٢٠١٣، ٢٧٧)، فطريقة معالجة الفرد للمعلومات وتفسيره للأحداث التي تدور حوله تُعد أهم العوامل المسببة للاكتئاب، والمكتئبون بحسب النظرية المعرفية لديهم أساس معرفي سالب يؤدي بهم إلى استبعاد المعرفيات الموجبة في مقابل ذلك تنمو المعرفيات السالبة وتظهر ثلاث أنماط معرفية سالبة تسمى بالثالوث المعرفي في تفكير المكتئب وهي: نظرة المريض السلبية إلى نفسه وتوجيه اللوم والنبذ لذاته، والنظرة السلبية إلى العالم وأنه يتعرض للاضطهاد، والنظر السلبية للمستقبل. (Rutter, Bisho, Pine, et al, 2008, 31)

وهذا الثالوث المعرفي متوافر في عينة أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش أكثر من عينة أطفال القاهرة، وتعرض أطفال رفح المهجرين لضغوط حياتية أكبر من أطفال العريش متمثلة في الانتقال من مكان لمكان جديد، بكل ما يحمله هذا الحدث من تبعيات مثل: تعرض الأسرة بكاملها بما فيهم الطفل للتغيرات الفجائية التي لا تسمح للطفل بالتكيف التدريجي، وإصابة الأسرة أو أحد أفرادها بالاكتئاب، وقلق الوالدين على الطفل في البيئة الجديدة وفرض الحماية الزائدة عليه والتي تعرضه للفشل والاحباط، وهذا متفق مع نتائج دراسة لايني وبينوس وآخرون (Layne, Pynoos, Saltzman, et al, 2001) حيث قاموا بدراسة عن: "فاعلية المساندة المقدمة في صورة تدخلات للعلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال اللاجئين المصابين بمشكلات نفسية" على (٥٥) طفلاً لديهم اضطرابات سلوكية، ووجدوا أنهم يعانون من معدلات عالية وخطيرة من الاكتئاب بعد الحرب على البوسنة نتيجة للنزوح والهجرة، وكان العلاج في شكل إعادة الهيكلة المعرفية، والذي نجح في خفض المعدلات الاكتئاب، ولعل هذا سبب ارتفاع متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين عن متوسطات درجات أطفال العريش وإن كانت الفروق غير دالة، علماً بأن ما يفرضه الوالدين من قيود ضاغطة على أطفالهم من رفح يعانى منه أطفال أسر العريش فهي تفرض نفس الحماية الزائدة على أطفالها وبالتالي يعانى أطفالهم من الاحباط والاكتئاب، كما أن ادراك الطفل للعوامل المرتبطة بالضغوط وفقدان الشعور بالأمن والنظرة السالبة نحو الذات والعالم والمستقبل وعدم القدرة على التعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول المناسبة لها، وهذا ما يسمى بالعجز المتعلم في نظرية مارتن سيليجمان Martin Seligman التي تسبب في إكتئاب أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش. واتفق هذا التفسير مع ما جاءت به نتائج دراسة ثابت وثابت وفوستاينيس (Thabet, Thabet, & Vostainis, 2016)، بعنوان: "العلاقة بين صدمات الحرب والاضطرابات النفسية والاكتئاب والقلق لدى الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة"، لعينة تتألف من (٢٥١) طفلاً من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٦: ١٦) سنة تم اختيارهم من مخيمات قطاع غزة، حيث وجد أن الأحداث المؤلمة الأكثر شيوعاً بسبب الحرب في (٢٠٠٩) لدى الأطفال هي سماع قصف المنطقة بالمدفعية، والاستماع إلى أصوات قذائف الميليشيات، ومشاهدة الجثث المشوهة على شاشة التلفزيون، وسماع إطلاق النار والقصف، و وجد أن (٢١،٩%) من الأطفال يعانى من القلق و (٥٠،٦%) كان يعانى من الاكتئاب، وأن كل من اضطرابات الاكتئاب والقلق في الأطفال الفلسطينيين مرتفعة في مستوياتها.

و بالنظر إلى نتائج اضطراب الغضب جاءت الفروق بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش غير دالة إحصائياً ولكنهما أعلى بمعدلاتهما من معدلات درجات أطفال القاهرة عند مستوى ٠,٠١. و غضب الأطفال رد فعل نفسى و انفعالى إزاء أحداث و مواقف غير مقبولة، يشمل تغيرات و جدانية معقدة و مركبة، و تغيرات فسيولوجية تشمل الأجهزة العقلية و الغذائية و الحشوية. (العقاد، ٢٠٠١، ٧٧)

و من أهم دوافع الغضب هى أن يصاب الأطفال بخيبة الأمل (الإحباط)، و تعرض الطفل لموقف عصيب مهدد يعجز الطفل عن مواجهته و التعامل معه، و هذا لا ينطبق على أطفال القاهرة ولكنه ينطبق على أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش ففقدانهم للأمن و انشغال الوالدين عنهم و عدم تخصيص وقت كاف للتفاعل يظهر غضبهم، إلى جانب ذلك من تقييد حركتهم و منعهم من اللعب خارج المنزل، كما أن التعرض للأوامر المستمرة و العديدة و المتعارضة فى كثير من الأحيان من قبل والديهم يحبطهم و يثير نوبات الغضب لديهم، بالإضافة إلى ذلك فيما يخص أطفال رفح المهجرين و جدوا أنفسهم فجأة بعيدا عن رفاق اللعب و الجيران و الأهل و الديار، مما جعل متوسطات درجاتهم أعلى من أطفال العريش و إن كانت غير دالة إحصائياً، فالغضب يحدث عندما يعتقد الأطفال أن حقوقهم قد انتهكت، و هو المكون النهائى كاستجابة للأحداث. (Suter&Byrne,2000,9)

أما اضطراب الغيرة جاءت الفروق بين متوسطات درجات أطفال العريش و أطفال القاهرة غير دالة إحصائياً ولكن مقارنة كل منهما على حدى بمتوسط درجات أطفال رفح المهجرين جاءت دالة عند مستوى ٠,٠١ فى إتجاه أطفال رفح المهجرين.

فمن أسباب الغيرة شعور الطفل بالتهديد بفقدان المحبة، أو ما يحب سواء كان هذا حقيقياً أو متوهماً، و تمتع الغير بما يعتبره حقاً لىتمتع هو أيضاً به، و يرى فى حصول الآخرين عليه مع حرمانه ظلماً له (عيسوى، ٢٠٠٠، ٦٧)، و شعور أطفال رفح المهجرين بمتزايد بفقدان حق التمتع بالحياة فى ديارهم وسط الأهل و العائلة و الأصدقاء دون أن يتشنتوا، و يتساءلون لما هم دوناً عن غيرهم يهجرون و أسرهم، فأتفال أمامهم يتمتعون بالأقارب و الأصدقاء و هو ما يرونه حقاً لهم أيضاً، و أدراكهم وجود من يستمتع بما يجبوا فى الحياة و هم لا يستطيعون يظهر لديهم زملة مشاعر عنيفة غير مرغوب فيها من الخوف و الغضب و الشعور بالتهديد و العدوان الناتج عن ضروب الإحباط ضد ما يبذلونه من جهود من أجل الحصول على ما يحبون فى ظل الظروف الصعبة، هذا هو المسبب الأكبر لهذه الفروق الدالة إحصائياً بينهم و بين أطفال العريش و بينهم و بين أطفال القاهرة، فبرغم من أن أطفال العريش يخافون من فقدان الأقارب و الأصدقاء بالتهجير الاختيارى أو الإجبارى و يتساءلون لما لا يعيشون فى أمان كباقي الأطفال كما فى باقى المحافظات المصرية إلا أنهم مازالوا يتمتعوا بالحياة فى مدينتهم و وسط الأهل و الجيران و الصحة لم يتركوا ديارهم ولا مدارسهم. و الغيرة انفعال لا يعتبر الشعور به مشكلة إلا إذا وصل إلى درجة عالية من الشدة و ظهر هذا الانفعال فى شكل مركب من الغضب و الحقد و الخوف، فقد يكون مصدراً لإيذاء الطفل و المحيطين به فهو انفعال مكرر و مؤلم و بغيض، يدرك الطفل أثنائها أن ذاته مهددة و يشعر بالعجز و اليأس مما ينمي الشعور بالدونية

والعدوانية للانتقام ممن ينافسه، وتفسد علاقة الطفل بنفسه وبغيره، وفشل الطفل في حل مشكلاته على أرض الواقع، و يلجأ إلى الحيل الدفاعية الهروبية كالإسقاط، ولذلك فهي مؤشر خطير عند ارتفاع معدلاتها. وأخيراً في الاضطرابات الوجدانية نجد أن اضطراب الهوية الجنسية لم تظهر فروقا بين المجموعات الثلاث ولعل هذا يرجع إلى أن اضطراب الهوية الجنسية لدى الأطفال غير منتشرأ وبالأحرى غير معترف به من الأهل، رغم أنه يبدأ قبل الرابعة من العمر، والتوتر الانفعالي وعدم الارتياح والألم المرافق للمشكلة يستمر في الغالبية العظمى من الحالات عبر مرحلة الرشد (أوسريغ، ٢٠٠٨، ٢٥٢\_٢٥٣)، ولكن يبدو للباحثة أن الشائع في أسر الأطفال في هذا السن أن تنظر إلى هذه المشكلة باعتبارها مرحلة عابرة سوف يتجاوزها الأطفال، كما ترى الباحثة أن ظهور هذا الاضطراب وإن كان بدرجة غير دالة في أطفال رفح المهجرين وكذلك أطفال العريش كان نتيجة التعلق الزائد من الأطفال بالوالدين، للعلاقة الوثيقة بين الطفل و الوالدين وخاصة الوالد من الجنس الآخر كنتيجة لظروف البيئة، بحيث يكون الاتصال النفسي والجسمي بين الطرفين قوياً إلى درجة متطرفة مما يؤدي إلى التثبيت عند عقدة اوديب للذكور و إكثراً للإناث، وفي مثل هذه الحالات تقل فرصة الطفل لتطوير سلوك الدور الجنسي المناسب، كما يميل بعض الآباء بسبب رغبتهم في الحصول على طفل من الجنس المعاكس ليتلائم ويستطيع التعايش مع الظروف المحيطة إلى محاولة جعل البنت تتصرف كأنها ولد، وشجع الوالدين بصمتهم أو عدم اكتراثهم لما يظهر على أطفالهم لإنشغال تفكيرهم بما هو أكثر إلحاحاً عليهم من أمور حياتية قاسية، وإنعكست متوسطات درجات المجموعات الثلاثة للأطفال في جميع الاضطرابات الوجدانية على الدرجة الكلية للاضطرابات الوجدانية لتأتى الفروق بين المجموعات غير دالة إحصائياً بين أطفال العريش وأطفال رفح المهجرين ولكنها الفروق بين معدلاتهما ومعدلات أطفال القاهرة دالة عندى مستوى ٠,٠١ وفى إتجاههما.

#### رابعاً: النتائج الخاصة بالاضطرابات السلوكية الاجتماعية وأبعادها:

قامت الباحثة بايجاد الفروق بين درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الاضطرابات السلوكية الاجتماعية بأبعادها على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام تحليل التباين البسيط احادى الاتجاه كما يتضح فى جدول (١٧)



جدول (١٧)

نتائج تحليل التباين البسيط احادى الاتجاهة بين المجموعات الثلاث من حيث الاضطرابات السلوكية الاجتماعية وأبعادها على قائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية (ن = ١٠٥)

مستوى الدلالة	قيمة ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المتغيرات
٠,٠١	٥,٩٩٩	٢٧٧,٤٠٠	٢	٥٥٤,٨٠٠	بين المجموعات	الكذب
		٤٦,٢٣٩	١٠٢	٤٧١٦,٤٠٠	داخل المجموعات	
			١٠٤	٥٢٧١,٢٠٠	الاجمالي	
د.غ	٠,٠٢٠	٠,٨٠٠	٢	١,٦٠٠	بين المجموعات	العناد
		٤٠,٩٦٢	١٠٢	٤١٧٨,١١٤	داخل المجموعات	
			١٠٤	١٤٦٤,٩٩٠	الاجمالي	
٠,٠١	٨,٥١٥	٣٩٩,٤٣٨	٢	٧٩٨,٨٧٦	بين المجموعات	السرقه
		٤٦,٩١١	١٠٢	٤٧٨٤,٩٧١	داخل المجموعات	
			١٠٤	٥٥٨٣,٨٤٨	الاجمالي	
٠,٠٥	٤,٧٠٢	٢٠٢,٢٠٠	٢	٤٠٤,٤٠٠	بين المجموعات	التمرد والتخريب
		٤٣,٠٠١	١٠٢	٤٣٨٦,١١٤	داخل المجموعات	
			١٠٤	٤٧٩٠,٥١٤	الاجمالي	
٠,٠٥	٤,٧٦١	١٣٨,٦٣٨	٢	٢٧٧,٢٧٦	بين المجموعات	العدوان البدني
		٢٩,١٢٠	١٠٢	٢٩٧٠,٢٨٦	داخل المجموعات	
			١٠٤	٣٢٤٧,٥٦٢	الاجمالي	
د.غ	١,٦٦٨	٥٦,٩٢٤	٢	١١٣,٨٤٨	بين المجموعات	العدوان التعبيري
		٣٤,١٢٢	١٠٢	٣٤٨٠,٤٠٠	داخل المجموعات	
			١٠٤	٣٥٩٤,٢٤٨	الاجمالي	
٠,٠٥	٣,٧٥٠	٥٠٧,٣٢٤	٢	٧٤٦,١٩٠	بين المجموعات	الدرجة الكلية للعدوان
		٣٧,٧١٩	١٠٢	١٠١٤٧,٢٠٠	داخل المجموعات	
			١٠٤	١٠٨٩٣,٣٩٠	الاجمالي	
٠,٠١	١٠,١٠٠	٤٦٧٢,١٤٣	٢	٩٣٤٤,٢٨٦	بين المجموعات	الدرجة الكلية للاضطرابات السلوكية الاجتماعية
		٤٦٢,٥٧١	١٠٢	٤٧١٨٢,٢٢٩	داخل المجموعات	
			١٠٤	٥٦٥٢٦,٥١٤	الاجمالي	

ف = ٤,٧٩ عند مستوى ٠,٠١

ف = ٣,٠٧ عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من جدول (١٧) وجود فروق دالة احصائيا بين درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث أبعاد الاضطرابات السلوكية الاجتماعية المتمثلة فى الكذب والسرقه والدرجة الكلية للاضطرابات السلوكية الاجتماعية على القائمة التشخيصية

للاضطرابات السلوكية باستخدام تحليل التباين البسيط احادى الاتجاه حيث كانت قيمة ف دالة عند مستوى ٠,٠١ .

بينما كانت قيمة ف دالة عند مستوى ٠,٠٥ من حيث أبعاد الاضطرابات السلوكية الاجتماعية المتمثلة فى التمرد والتخريب والعدوان البدنى والدرجة الكلية للعدوان، فى حين أنه لا يوجد فروق دالة إحصائياً من حيث العناد والعدوان التعبيري حيث كانت قيمة ف غير دالة إحصائياً.

ويوضح جدول (١٨) المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الاضطرابات السلوكية الاجتماعية بأبعادها على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.

### جدول(١٨)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الاضطرابات السلوكية الاجتماعية بأبعادها على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية (ن=١٠٥)

المتغيرات	الاطفال رفح المهجرين (ن=٣٥)		الاطفال العريش (ن=٣٥)		الاطفال القاهرة (ن=٣٥)	
	ع	م	ع	م	ع	م
الكذب	٦,٣٥	٤٥,١٧	٧,٣٨	٤٢,٤٨	٦,٦١	٣٩,٥٤
العناد	٦,٧٧	٤١,٥٤	٦,٣٩	٤١,٢٥	٦,٠١	٤١,٤٨
السرقه	٦,٨٦	٤٨,١٤	٧,٠٧	٤٥,١٤	٦,٥٩	٤١,٤٠
التمرد و التخريب	٧,٣٦	٤٣,٢٥	٦,٦٢	٤٠,٠٨	٥,٥٥	٣٨,٥٤
العدوان البدني	٥,٩٦	٤٥,٤٢	٤,٠٧	٤٥,٢٢	٥,٩٢	٤١,٨٨
العدوان التعبيري	٥,٩٢	٤٣,٥٤	٥,٥٩	٤٣,٣١	٥,٩٩	٤١,٢٢
الدرجة الكلية للعدوان	١٠,٢٥	٨٨,٩٧	٨,٥٥	٨٨,٥٤	١٠,٩٥	٨٣,١١
الدرجة الكلية للاضطرابات السلوكية الاجتماعية	٢٣,٦١	٢٦٧,٠٨	١٧,٣٦	٢٥٧,٥١	٢٢,٩٩	٢٤٤,٠٨

ويتضح من جدول (١٨) وجود فروق فى المتوسطات بين أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة، ولتحديد إتجاه الفروق اجرت الباحثة اختبار توكى للمقارنات البعدية بين المجموعات الثلاث فى أبعاد الاضطرابات السلوكية الاجتماعية على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية ، كما يتضح فى جدول (١٩).

جدول (١٩)

نتائج اختبار توكي للمقارنات البعدية بين المجموعات الثلاث (أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة) في أبعاد الاضطرابات السلوكية الاجتماعية على قائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية

٢٣ - ٢٢	٢٣ - ١٢	٢٢ - ١٢	المجموعات المتغيرات
٢,٩٤	*٥,٦٢	٢,٦٨	الكذب
٣,٧٤	*٦,٧٤	٣,٠٠	السرقه
١,٥٤	*٤,٧١	٣,١٧	التمرد و التخريب
*٣,٣٤	*٣,٥٤	٠,٢٠٠	العدوان البدني
٥,٤٢	٥,٨٥	٠,٤٢	الدرجة الكلية للعدوان
*١٣,٤٢	*٢٣,٠٠	٩,٥٧	الدرجة الكلية للاضطرابات السلوكية الاجتماعية

يتضح من الجدول (١٩) الأتى:

- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين و متوسط درجات أطفال القاهرة من حيث الاضطرابات السلوكية الاجتماعية بأبعادها المتمثلة في الكذب و السرقة و التمرد و التخريب و العدوان البدني و الدرجة الكلية للاضطرابات السلوكية الاجتماعية، في إتجاه أطفال رفح المهجرين.
  - لاتوجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين و متوسط درجات أطفال القاهرة من حيث الدرجة الكلية لاضطراب العدوان.
  - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال العريش و متوسط درجات أطفال القاهرة من حيث العدوان البدني، و الدرجة الكلية لاضطرابات السلوكية الاجتماعية، في إتجاه أطفال العريش.
  - لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال العريش و متوسط درجات أطفال القاهرة من حيث الكذب و السرقة و التمرد و التخريب و الدرجة الكلية لاضطراب العدوان.
  - لاتوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين و متوسط درجات أطفال العريش في الاضطرابات السلوكية الاجتماعية بكل ماتضمنه من اضطرابات فرعية.
- ويجدر الاشارة إلى أنه بالرغم من عدم وجود فروق بين الأطفال رفح المهجرين و الأطفال العريش إلا أن المتوسطات كانت لصالح الأطفال رفح المهجرين.
- ويوضح الشكل (٤) الفروق بين متوسط درجات كل من أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة من حيث الاضطرابات السلوكية الاجتماعية على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.



شكل (٤)

الفروق بين متوسط درجات كل من أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة من حيث الاضطرابات السلوكية الاجتماعية على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية الاجتماعية.

وعند تناول الاضطرابات السلوكية الاجتماعية بالتفسير والمناقشة، نجد أن نتيجة اضطراب الكذب توضح أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسطات درجات أطفال القاهرة عند مستوى ٠,٠١ في إتجاه أطفال رفح المهجرين، في حين أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين معدلات أطفال العريش وأطفال رفح المهجرين، ولا بين معدلات أطفال العريش وأطفال القاهرة، وهذا يدل على أن متوسطات درجات أطفال العريش في موقف الوسط بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال القاهرة، مما جعل معدلاتها غير دالة مع الطرفين ( أطفال رفح المهجرين وأطفال القاهرة)، وأن أطفال رفح المهجرين أكثر من يعاني من الكذب، وهو كسلوك اجتماعي غير مرغوب، والشخصية الكاذبة غالباً ما تكون مضادة للمجتمع، وإن كان الغرض منه حماية النفس (AACAP, 2004-B, 8) أي أن أطفال رفح كذبهم ناتج عن سلوكهم المضاد للمجتمع الجديد عليهم نتيجة الحنين لمجتمعهم الأصلي و رفضهم لتغييره وبما أن الأمر أصبح واقعياً غير ممكن، فعبروا عن هذا الرفض بطريقتهم الخاصة، وعند النظر إلى أكثر أنواع الكذب إنتشاراً في أطفال رفح المهجرين والتي تجعل معدلات الكذب عندهم عالية نجدها تتمثل في: الكذب الالتباسي: ويرجع إلى عدم فهم ما يدور حولهم بشكل صحيح وإدراك الواقع من وجهة نظرهم الخاصة، وهذا ما يجعل معظم حكاياتهم للمحيطين بهم فيها إلتباس فهم وحقائق مغلوطة بدون تحرى الصدق، وكذلك يعاني بعضهم من الكذب الإدعائي: فهم في حاجة لإيجاد مكانة لهم في بيئاتهم الجديدة فيتعمدون تضخيم وتعظيم الأنا(الذات) مع المبالغة في سرد حكايات البطولة التي عاشوها ضد الإرهابيين ومع الجيش في رفح قبل

تهجيرهم، بهدف التأثير فى الآخرين؛ لمحاولة إثبات الذات وجذب الانتباه، وإظهارهم بمظهر القوة لينالوا الإعجاب، ولتغطية الشعور بالنقص، وهروباً من معايير الغير لهم بأنهم من هُجروا من قبل الدولة بسبب الأنفاق لديهم والإرهاب، وتجنباً للنقد والاحباط، كما كان منهم من يعانى من الكذب الغرضى: بهدف تحقيق هدف يسعى له ويبتغونه لإشباع بعض حاجاته المادية و النفسية كالإحساس بالكفاءة، ومنهم من يعانى إلى جانب هذا من الكذب العنادي: لتحذوا السلطة من الوالدين، التى تبدو لهم شديدة الرقابة وقاسية وإنها السبب فيما يحدث لهم من عدم إستقرار بجوار الأهل والأصدقاء وممارستهم هذا النوع من الكذب يشعروهم بالأشباع والارتياح، أما أنواع الكذب الأكثر انتشاراً فى أطفال العريش بما أنهم بعد أطفال رفح المهجرين فى متوسطاتهم - وإن كانت غير دالة - هى: الكذب الخيالى والكذب الإلتباسى البريئ غير المتعمد و الكذب العنادي؛ لتحدى السلطة كما هو الحال لدى أطفال رفح، والكذب التبريري والدفاعى وغالبا مايقوم بها الأطفال من أجل تغطية سلوك خاطئ قام به أو ذنب ارتكبه بهدف التخلص من العقاب بسبب ضعف الثقة بالآباء والأمهات لكثرة القوانين والعقوبات التى يفرضونها على أبنائهم خوفاً عليهم من الأحداث الجارية.

أما أطفال القاهرة وإن كانت معدلاتهم غير دالة فى هذا الاضطراب إلا أن الكذب المنتشر لديهم هو الانتقامي الكيدى: للصدق تهم كاذبة بطفل آخر بغية الانتقام منه أو إلحاق الضرر والأذى بهم، والكذب العنادي: لتحدى السلطة، وكذلك كان منهم البعض يعانى من الكذب التقليدي.

أما العناد فقد وجد عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاثة، ويصنف أحيانا ضمن النزعات العدوانية عند الأطفال، لما فيه من سلوك عدائى نحو كل أشكال السلطة ويعبر عن حالة من تصادم رغبات وطموحات الطفل ورغبات ونواهى الكبار وأوامرهم(ملحم، ٢٠٠٢، ٣٢٠)، وعند النظر إلى بعض العوامل التى ذكرها(بورديل، ٢٠٠٠، ١٠٢)، والتى تؤثر تسبب ظاهرة العناد نجدها متمثلة فى: الاهتمام الزائد بالأطفال مع فرض السيطرة، وعدم أملاك الوالدين لسياسة الحوار الهادئ، ورغبة الطفل فى إثبات ذاته وتأكيداها، وتحدى الكبار، أما عن أسباب عدم وجود فروق فى العناد بين المجموعات الثلاثة يمكن إرجاعه إلى المرحلة العمرية التى بطبيعتها يتوافر فيها كل العوامل التى ذكرها "بورديل".

ونتيجة اضطراب السرقة جاءت لتوضح أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسطات درجات أطفال القاهرة عند مستوى ٠,٠١، فى إتجاه أطفال رفح المهجرين، فى حين أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين معدلات أطفال العريش وأطفال رفح المهجرين، ولا بين معدلات أطفال العريش وأطفال القاهرة، وهذا يدل على أن متوسطات درجات أطفال العريش فى موقف الوسط بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال القاهرة، مما جعل معدلاتها غير دالة مع الطرفين (اطفال رفح المهجرين وأطفال القاهرة)، فحال هذا الاضطراب جاء مع المجموعات الثلاثة مقارب لحال اضطراب الكذب، وهو أن أطفال رفح المهجرين أكثر من يعانى من هذا الاضطراب الذى أساسه الرغبة فى التملك بالقوة، وبدون وجه حق وبما أن السرقة ترجع لدوافع شعورية ظاهرية مثل: الرغبة فى إشباع الحاجة والعوز أسوة بزملائهم، والرغبة فى إشباع الميول والعاطفة والهوايات، والرغبة فى الانتقام(عطية، ٢٠١٠، ٥٣)، كما ترجع لدوافع لاشعورية: وهى ناجمة عن علاقة السارق بالبيئة التى يعيش فيها، والعلاقات الاجتماعية السائدة فيها،

واشباع الحاجات النفسية. (APA,2013,478)، وعند تفحص عينات البحث الثلاث نجد أن ارتفاع المعدلات عند أطفال رفح المهجرين عن أطفال القاهرة بشكل دال عند مستوى ٠,٠١، وعن أطفال العريش وإن كانت الفروق غير دالة، يمكن أرجعه إلى أن أطفال رفح لديها دوافع اللاشعورية فهناك عوامل نفسية متعددة متشعبة وراء قيامهم بالسرقة، مثل تفاعل الدوافع النفسية مع العوامل البيئية المحيطة لدى الطفل فتظهر السرقة كحالة نفسية يعانون منها، وتظهر أحيانا كسلوك معادى للمجتمع، كما يمكن إرجاع السرقة لديهم شعوريا للرغبة في تحقيق الذات فيلجأ الأطفال هنا إلى السرقة كنوع من المغامرة التي ينتهي بها أمام باقي الأطفال، ومن الممكن تكون السرقة لديهم نتيجة الحرمان.

أما السرقة لدى أطفال العريش فتري الباحثة أنها غالبا سرقة كيدية: بعض الأطفال يلجأون إليها عقاباً للكبار ليلتفها بالبحث عن المسروقات بدلا من فرض القيود على أطفالهم أى أن لديهم دوافع كيدية عدوانية تجاه الكبار (الآخرين)، كنتيجة للحرمان، لقسوة الوضع النفسى والمادى على أسر الأطفال المهاجرة من رفح والوضع الأمنى والمادى المترتب على الارهاب و الحرب ضده على أسر أطفال العريش، وللسرقة أوضاع مختلفة، فقد تكون السرقة فردية أو جماعية، وقد يُسرق نوعاً معيناً من الأشياء أو أنواعاً متعددة، تابعاً أو متبوعاً، قد تكون برغبة ذاتية أو بالإكراه (AACAP, 2011-B, 5)، وكانت أغلب السرقة فى المجموعات الثلاث من النوع الفردى لأنواع متعددة، ولرغبة ذاتية.

كما نجد نتيجة اضطراب التخريب والتمرد توضح أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسطات درجات أطفال القاهرة عند مستوى ٠,٠٥ فى إتجاه أطفال رفح المهجرين، فى حين أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين معدلات أطفال العريش وأطفال رفح المهجرين، ولا بين معدلات أطفال العريش وأطفال القاهرة، وهذا يدل على أن متوسطات درجات أطفال العريش فى موقف الوسط بين متوسطات درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال القاهرة، مما جعل معدلاتها غير دالة مع الطرفين (أطفال رفح المهجرين وأطفال القاهرة)، وترجع الباحثة المعدلات المرتفعة لدى أطفال رفح المهجرين عن أطفال العريش وأطفال القاهرة إلى أنه سلوك مدفوع عندهم بالغضب نحو المجتمع الجديد الذى فرض عليهم، ومظهر سلوكى للتنفيس الانفعالى أو اسقاط لما يعاناه الأطفال من أزمات انفعالية حادة، وإحباطات الحياة اليومية لإشباع الحاجات النفسية، فى صورة سلوك تمردى على قواعد الحياة بالمجتمع الجديد وتخريبى نحو ممتلكات الغير التى يروا أنها لاتخصهم ولاتعنيهم فى شئ، فهم كما إتضح لنا من نتيجة الغيرة أطفال يعانون من الغيرة عن أطفال العريش و أطفال القاهرة الذين يتمتعوا بالحياة فى ديارهم و وسط الأهل والجيران الأصدقاء، وقد يكون اضطراب الغيرة لديهم هو المحرك لأضطراب التمرد والتخريب، وهذا أيضا يبرر وجود أطفال العريش فى الموقف لبينى بمعدلاتهم بين أطفال رفح المهجرين وأطفال القاهرة، أما ارتفاع معدلات أطفال العريش عن أطفال القاهرة فهو يرجع إلى ما يتمتع به أطفال القاهرة من أمن وحياة مستقرة وإشباع لحاجاتهم تفوق بكثير تلك التى يعيشها أطفال العريش، ويجدر الإشارة هنا إلى أن التمرد والتخريب يمكن إعتبارهما نوع من العدوان غير المباشر.

وعن تناول نتيجة العدوان نجد أنه لا يوجد فروق دالة إحصائية في معدلات العدوان التعبيري بين أطفال المجموعات الثلاث، كما لا يوجد فروق دالة إحصائية بين في معدلات العدوان البدني بين أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش، ولكن توجد فروق بين معدلات أطفال رفح المهجرين وأطفال القاهرة عند مستوى ٠,٠٥ في إتجاه أطفال رفح المهجرين، وبين معدلات أطفال العريش وأطفال القاهرة في العدوان البدني عند مستوى ٠,٠٥ في إتجاه أطفال العريش، ورغم أن تحليل التباين أظهر وجود فروق دالة إحصائية بين أطفال المجموعات الثلاثة على الدرجة الكلية للعدوان إلا أن بتطبيق إختبار توكي للمقارنات لم يتمكن من تحديد إتجاه الفروق بينهم، ولعل هذا يرجع إلى أن معدلات الفروق التي جاءت دالة عند ٠,٠٥ كانت ضئيلة للدرجة التي لم يتمكن إختبار توكي من تحديد إتجاهها.

وفي محاولة لتفسير هذه النتيجة نجد أن الأطفال جميعا يمتلكون غريزة العدوان ولكن الفرق في التعبير والأسلوب (الفرماوى، ٢٠٠١، ١٣١)،، فنظرية التحليل النفسي لفرويد ترى أن غريزة الموت عند الإنسان تفسر نزعة الكراهية والعدوان (الزعبى، ٢٠٠١، ٢٠٣)، ويظهر لدى الأطفال الصورة اللفظية أو الجسدية أو الأتئين معا وقد مصحوبا في الغالب بنزعة تدميرية، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعات الأطفال الثلاث في العدوان التعبيري يمكن إرجاعه إلى أن أطفال العينة مازالوا في المرحلة عمرية التي للأسرة فيها الهيمنة على طريقة تعبيرهم ولغتهم اللفظية والإشارية ومازالت مترادفاتهم تحت مراقبة الأسرة، والأطفال لا يمتلكوا من الحصيلة اللغوية ما يمكنهم من أن يستخدموها بطلاقة في العدوان التعبيري، وهذا متفق مع ما أكدته دراسة كل من إكينيى وتوكيوجلى وبيز وآخرين (Ekinei,Ozalp,Topcuoglu,et al,2011) عن: "العدوان خلال مرحلة الطفولة المبكرة، والعوامل الكلينيكية المرتبطة بها"، لعينة مكونة من (٧٢) طفلا عدوانى تتراوح أعمارهم بين (١: ٦) سنوات يشكى ذويهم من عدوانيتهم الشديدة، وأنت النتائج لتؤكد أن العدوان فى مرحلة ما قبل المدرسة يرتبط إيجابيا بخصائص الوالدين.

أما عدم وجود فروق بين أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش فهو للتقارب بين ماتعرضوا إليه الطرفين من ضغوط نفسية، كما أن هناك عدد (٢٢) طفلا من عينة أطفال رفح المهجرين من أصل (٣٥) طفلا يقيموا وقت تطبيق البحث بالعريش أى يعيشوا نفس الأوضاع الأمنية الضاغطة عليهم كأطفال العريش تماما، ولذات هذا السبب يمكن تفسير إرتفاع معدلات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش كل على حدى عن معدلات أطفال القاهرة الذين يعيشوا فى وضع بيئى أمن ومستقر، كما ترى الباحثة أن أطفال العريش لا يكون عدوانهم هو الهدف الأساسي، لكنه وسيلة إلى غاية أبعد، وهي الحصول على اهتمام الآخرين الذين لهم أهمية خاصة عندهم، وهذا الحال لدى أطفال رفح المهجرين فمع إنشغال الوالدين بالأمر اليومية والإنشغال بلقمة العيش والسعى إلى توفير الأمن بقدر الإمكان لأسرهم مما يجعلهم يفرضون الضوابط النواهي و القيود كثيرة على حركة الأطفال خوفا عليهم دونما اعتبار لحقهم فى اللعب والحياة والإنطلاق ظهر التمرد والتخريب والعدوان، وكما لاحظت الباحثة أن معظم أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش تعرضوا بالفعل للاعتداء عليهم بدنيا وتعبيريا من قبل المحيطين بهم وكأنهم مجال لتفريغ شحنات الغضب التي تسيطر على الكبار، مما أوصلهم لإزاحة العدوان، وترى الباحثة لو أن هؤلاء عاشوا فى بيئة أكثر أمنا لكانوا أكثر

هدوءًا وسعادة، ، ويمكن تفسيره من منطلق نظرية التعلم الاجتماعي لسكوت و باندورا التي ترى أنه سلوك متعلم من خلال الملاحظة والنمذجة بتقليد القدوة. (أبوشهبة، ٢٠٠٤، ٦٩) (AACAP, 2011-D, 11) وأكد روبرت سيزر ونيل وميلر أن هناك علاقة بين العدوان وشعور الطفل بعدم الأمن، كما وجد أيضاً أن العدوان يظهر أكثر عند الأطفال الذين يشعرون بالنبذ والاحباط ، في حين أن أدلر يرى أن العنف والعدوان عبارة عن استجابة تعويضية عن الإحساس بالنقص (حمام، ٢٠٠٠، ١١٣)، وكذلك كيلي Kelley يرى أن العدوان ينشأ من حالة عدم ملائمة الخبرات السابقة للفرد مع الخبرات والحوادث الحالية، وإذا دامت هذه الحالة فإنه يتكون عند الفرد إحباط ينتج عنه سلوكيات عدوانية لإحداث تغييرات في الواقع (كمال، ٢٠٠٢-ب، ٢١٨)، كما ترى الباحثة أن ظهور العدوان بمعدلات مرتفعة لدى أطفال العريش وأطفال رفح المهجرين أمر خطير، وينطبق عليهم ما ذكره (كمال، ٢٠٠٢-أ، ٢٣) بأنه عندما يكون للاعتداء مبرراته الوقتية فإنه يوصف بأنه سلوك عدواني ناتج عن رد فعل تجاه موقف معين، أما إذا لم يكن لهذا الاعتداء أى مبرر وقتي فإنه يوصف بأنه سلوك عدواني صريح ينتج عن الإصابة بالاضطرابات السلوكية، وهذا ما وضحته الاكاديميه الأمريكيه للطب النفسي للأطفال والمراهقين حيث أكدت أن ظهور العدوان بصور متعددة وبمعدلات عالية حالة يجب عدم تجاهلها وألا تكبت، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيها، لعدم شعور الطفل بالخجل أو بالذنب، وينطوي على اعراض سيكوباتية في شخصيته، تستوجب توجيهها. (AACAP, 2011-G, 5)

ومن ملاحظات الباحثة كذلك أنه تعددت أشكال العدوان لدى المجموعات الأطفال الثلاث ولكن كان في الغالب بشكل فردي وليس جماعي، وظهر كل من العدوان المقصود المباشر الموجه لمصدر الاحباط، وغير المباشر نحو طرف آخر يتخذه ككبش فداء خوفاً من مصدر الاحباط و عدم الندية، وأحيانا كان يأخذ شكل عشوائي، وما لفت نظر الباحثة أن أطفال القاهرة أظهروا عدوانهم رغم انخفاض معدلاته مقارنةً بالمجموعتين الأخرتين في شكل التتمر والتلذذ بمشاهدة معاناة الضحية، ولعل هذا ما جعل أمهاتهم لا يدركن عدوانية أطفالهن بشكل دال عن أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش.

#### خامساً: الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية:

قامت الباحثة بايجاد الفروق بين درجات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام تحليل التباين البسيط احادي الاتجاه كما يتضح في جدول (٢٠).



جدول (٢٠)

نتائج تحليل التباين البسيط احادى الاتجاه بين المجموعات الثلاث على الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية. ن = ١٠٥

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات	متوسط	قيمة ف"	مستوى
المجموع الكلى للقائمة التشخيصية	بين المجموعات	٣٨٥٤٢١,٢٧٦	٢	١٩٢٧١٠,٦٣٨	١٢٩,١٤٣	٠,٠١
	داخل المجموعات	١٥٢٢٠٦,٨٥٧	١٠٢	١٤٩٢,٢٢٤		
	المجموع	٥٣٧٦٢٨,١٣٣	١٠٤			

ف = ٤,٧٩ عند مستوى ٠,٠١

ف = ٣,٠٧ عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من جدول (٢٠) وجود فروق دالة احصائيا بين درجات أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة من حيث الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية باستخدام تحليل التباين البسيط احادى الاتجاه حيث كانت قيمة ف دالة عند مستوى ٠,٠١، بينما كانت قيمة ف دالة عند مستوى ٠,٠١.

ويوضح جدول (٢١) المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة من حيث الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.

جدول (٢١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة من حيث الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية (ن = ١٠٥)

الأطفال القاهرة (ن=٣٥)		الأطفال العريش (ن=٣٥)		الاطفال رفح المهجرين (ن=٣٥)		المتغيرات
ع	م	ع	م	ع	م	
٣٨,٨٧	٧٣٤,٦٨	٣٨,٣٩	٨٥١,٦٢	٣٨,٦٢	٨٧٢,٢٨	الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية

ويتضح من جدول (٢١) وجود فروق فى المتوسطات بين أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش و أطفال القاهرة، ولتحديد إتجاه الفروق اجرت الباحثة اختبار توكى للمقارنات البعدية بين المجموعات الثلاث فى الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية ، كما يتضح فى جدول (٢٢).

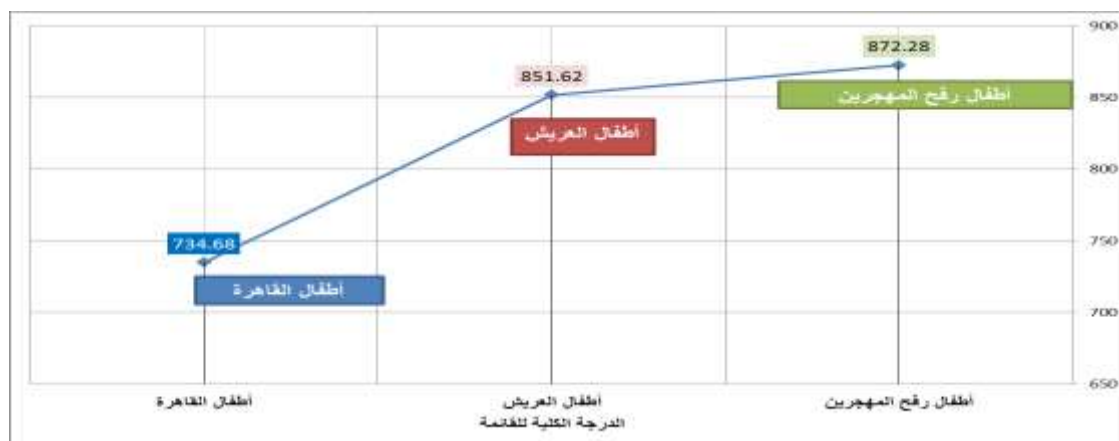
## جدول (٢٢)

نتائج اختبار توكي للمقارنات البعدية بين المجموعات الثلاث (أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش وأطفال القاهرة) من حيث الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية. ن=١٠٥

المجموعات	١٦ - ٢٣	١٦ - ٢٣	٢٣ - ٣٠
المتغيرات			
الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية	٢٠,٦٥	*١٣٧,٦٠	*١١٦,٩٤

يتضح من الجدول (٢٢) الأتي:

- لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسط درجات أطفال العريش من حيث الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية.
  - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال رفح المهجرين ومتوسط درجات أطفال القاهرة من حيث الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية في إتجاه أطفال رفح المهجرين.
  - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال العريش ومتوسط درجات أطفال القاهرة من حيث الدرجة الكلية للقائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية ، في إتجاه أطفال العريش.
- ويوضح الشكل رقم (٥) الفروق بين متوسط درجات كل من أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الدرجة الكلية على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية



الشكل (٥)

الفروق بين متوسط درجات كل من أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش وأطفال القاهرة من حيث الدرجة الكلية على القائمة التشخيصية للاضطرابات السلوكية

وعند تناول هذه النتيجة بالمناقشة والتفسير نجد أنها تظهر لنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين معدلات أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش ولكن يوجد بين معدلات كل على حدى وبين معدلات أطفال القاهرة فروق دالية إحصائية عند مستوى ٠,٠١ في إتجاههما.

و يمكن إرجاع عدم وجود فروق ذات دلالة بين معدلات أطفال رفح و أطفال العريش إلى تعرضهما المباشر للإرهاب دوناً عن أطفال القاهرة، ففي دراسة أجرى كوهين وجاداسي (Cohen&Gadassi,2009) عن: "تأثير الصدمات النفسية على الأطفال ومسؤولين الرعاية"، لعينة من (٢٩) طفلاً، أعمارهم (٣,٥ : ٧,٥) سنة يتعرضون مباشرة للإرهاب، ومقارنتهم بمجموعة من (٢٥) طفلاً لم يتعرضوا له، وجد (٢٤%) من الأطفال المعرضون للإرهاب معرضين للاضطرابات السلوكية.

أما وجود فروق دالة عند مستوى ٠,٠١ بين معدلات مجموعة أطفال رفح المهجرين و أطفال العريش وبين معدلات مجموعة أطفال القاهرة فهي نتيجة متفكة مع نتيجة دراسة يانينج ونوميرا ويات وآخرون (Yanping,Nomura,Pat-Horenczyk,et al,2006) بعنوان: "ارتباط التعرض المباشر للإرهاب، والتعرض غير المباشر له في وسائل الإعلام بالمشاكل الانفعالية والسلوكية لأطفال ما قبل المدرسة"، وتناولت الآثار المتفاوتة المرتبطة بالأنواع المختلفة من التعرض للأحداث المؤلمة الصادمة وللإرهاب بالمشاكل الانفعالية والسلوكية في مرحلة ما قبل المدرسة لعينة من (٣٧) طفلاً، وأظهرت النتائج ارتفاع معدلات الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعرضين مباشرة للإرهاب. وعليه يمكن إرجاع ما جاءت به النتيجة في البحث الحالي إلى:

- تعرض مجموعة أطفال رفح المهجرين ومجموعة أطفال العريش إلى الإرهاب والعنف بآثاره النفسية المدمرة على جميع فئات المجتمع بمن فيهم الأطفال وبسبب القلق والخوف والذعر والإحساس بالعجز واليأس والمعنويات التي تدمير إقتراضات الأمن الشخصي، وتعمل على تعطيل البنية التحتية للمجتمع أو الثقافية أو المدنية، وفي هذا الصدد جاءت دراسة رينشارد وليم (Williams,2007) عن: "العواقب النفسية و الاجتماعية للأطفال من العنف الاجتماعي والإرهاب والضغط النفسية الضارة (الكوارث)"، لتوضح أن الأطفال والأسر، هم من في الخط الأمامي في الحروب والصراع والإرهاب نتيجة للنقلة النوعية في طبيعة الحياة، فهم معرضون للخطر مثل المحاربين ومعرضون للآثار السيئة للعنف وأضراره وخاصة أن الإرهاب يمارس عنف جماعي، ولهذا آثار نفسية واجتماعية مباشرة وغير مباشرة على الأطفال بل وجسدية وهذه الآثار قد تدوم لفترات طويلة و متمثلة في: الشعور بالوحدة والاكنتاب والقلق والخوف والإحساس بالعجز واليأس وضعف المشاركة الاجتماعية، واللامبالاة والتبذل العاطفي وتشنت التركيز ومشاكل النوم والعدوان، والأعراض النفسى جسمية.

- واحدة من أكبر التحديات التي تواجه الأسر هو أن الآباء والأطفال مطالبون بالتكيف مع حياه جديده، فالتهجير والإضطراب لترك السكن والأحياء التي اعتادوا والانتقال للحياة في أماكن جديدة لها طابع مختلف، وفقدان الأمن، والعنف، والإرهاب يُوجدوا بيئة بخبراتها غير الايجابية محبطة و منخفضة في جودة الحياة (AACAP,2011-C,8)،(AACAP,2013-D,7)، وكثير من الآباء لديهم صعوبة في التكيف مع ثقافة جديده هم وأطفالهم، مع فقدان دخل الأسرة، أو الحاجة إلى تغيير المدارس والروضات للأطفال، و البداية الجديدة في مجتمع آخر ليس فيه الصديق المفضل ولايضمن المشاركة بشكل آمن مع مجموعة الأقران لأطفالهم، وعودة الاعتمادية على الوالدين وهذه الحالة تجعل الطفل يعاني الاضطرابات، كما أن الاختلافات

بين الثقافة الجديدة والطريقة التي تتبع في الحياة الاجتماعية بالمجتمع الجديد قد تجعل الوالدين يشعرون بالقلق من ان الطفل سوف يتعلم معتقدات وقيم مختلفة (AACAP,2011-H,10)، حتى في حالة تقارب طبيعة البيئات من بعضها مثل رفح والعريش.

- ترى الباحثة أن للإرهاب وما يترتب عليه تأثيرات عميقة وقوية وأكثر صعوبة على الأطفال؛ لأنهم فقدوا حقهم في حياة آمنة مستقرة لأسباب لا يستطيعون تفسيرها بأنفسهم ولا أحد يلاحظ قضاياهم، وفي كثير من الأحيان لا يستطيعون حتى اللجوء إلى البالغين في أسرهم طلباً للراحة والمشورة والتفسير، نظراً لتعرض العديد من البالغين أنفسهم لصدمات نفسية جراء الاحداث، فالأمهات أغلبهن يواجهن حالات حادة من شعورهن بعدم الأمن في خضم الأحداث الجارية، وهن يرسخن هذه المشاعر في وجدان أطفالهن، وفي السياق نفسه الآباء منشغلين بكيفية تأمين أسرهم ولقمة العيش، والأطفال علي بينه من مخاوف الآباء في معظم الوقت، ولديهم حساسية بشكل خاص لها ويهمل الآباء أفهام أطفالهم حقيقة الوضع بالرغم من أهمية ذلك، وأهمية الاعتراف بشواغلهم لأطفالهم، وطمنتهم أيضاً علي قدراتهم للتعامل مع الموقف، والتقليل من الخطر، وعادةً سلوك الأطفال يكون انعكاساً لمشاعر الوالدين وردود الفعل أثناء وبعد الأحداث، وهذا ما أكدته دراسة أشيفيد (Asheffied,2004) بعنوان: "تقرير الوالدين والأطفال عن العلاقة بين الآباء والطفل كمؤشرات للمشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة"، لعينة من (٤٣) طفلاً، أعمارهم (٤-٦) سنوات، وأشارت النتائج إلى اتفاق الأمهات والمعلمات على أن توتر العلاقة بين الطفل والوالدين يؤدي للاضطرابات السلوكية لدى الأبناء وتم تحديد أكثر هذه الاضطرابات لدى هؤلاء الأطفال فوجدوا أن معظمهم يعانون من: العدوان والغضب والخوف وقضم الأظافر ومص الأصابع.

والوضع يزداد سوءاً مع الأطفال رفح المهجرين فهو مبهم يجدون صعوبة في فهمه، وغياب الدعم النفسى يجعل فهم الأطفال للأوضاع السائدة خارج منازلهم بالغ الصعوبة، وهذا التفسير يتفق كذلك مع ماجاء في نتائج دراسة نيلسون وستاج وديوبونج وآخرون (Nelson,Stag,Duppong,et al,2007) عن: "عوامل الخطر المنبئة بالسلوك المشكل للأطفال المعرضين لخطر الاضطرابات السلوكية والانفعالية"، لعينة مكونة من (٦٠) طفل من (٤: ٧) سنوات، وكانت النتائج تؤكد أن هناك عدة عوامل مؤدية للسلوك المشكل الأطفال منها العوامل الأسرية والمشكلات التي تسبب في اكتئاب الأمهات والقيود المفروضة على الأسرة.

- بما أنه يتوقف رد فعل الطفل علي مقدار الدمار و/أو الموت الذي يراه خلال الكارثة وبعدها، إذا كان أحد الأصدقاء أو أفراد الأسرة قد قتل أو فقد أو أصيب أو إذا كانت مدرسة الطفل أو المنزل قد تضررت بشدة، وإن حدث أياً من هذا يصبح هناك فرصه كبيرة للطفل أن يواجه الاضطرابات (AACAP, 2008, 15) ، وعليه فإن عينة أطفال رفح أكثر من تعرضوا للدمار والأحداث الدامية وفقدوا أصدقاءهم ومنازلهم ومدارسهم ويليها في ذلك أطفال العريش، أما أطفال القاهرة بعدين عن كل هذا مما يجعلهم حتى من يعاني منهم من الاضطرابات أحسن حالا من أطفال رفح المهجرين وأطفال العريش. وهذا ما أكدته دراسة الزيني وعمار (Elzein&Ammar,2010)، بعنوان: "إدراك الوالدين والمعلمين لتقييم ردود فعل الأطفال اللبنانيين نحو الحرب والضغوط النفسية المرتبطة بها، دراسة استقصائية للوظائف النفسية والسلوكية"، وهي دراسة وصفية

مقارنة لدراسة التأثير النفسى للحرب (٢٠٠٦) على الأطفال اللبنانيين، والعينة مكونة من (١١٠) طفلاً تعرضوا مباشرةً للحرب وللقصف المباشر لأكثر من (٣٣) يوماً و (١٠٥) طفلاً لم يتعرضوا مباشرةً للأحداث الدامية، متجانسين ومتكافئين من حيث العمر والجنس من جنوب لبنان، وكشفت النتائج أن الأطفال المعرضون مباشرةً للقتال أكثر اضطرابات السلوكية من الأطفال غير المعرضون للأحداث الدامية بشكل مباشر، وهذه الاضطرابات زادت في حالة القرب من أماكن القتال وتعرض أحدى الوالدين أو كلاهما لخطر الموت والنزوح من المنازل وفقدان الممتلكات، و وجد أن الأطفال الصغار تركيزهم في الأسئلة عن التفاصيل أكثر من الأكبر سناً ويخافون أكثر على السلامة الشخصية وسلامة أعضاء الأسرة ومن وفاة أحد بالأسرة، وفُسر هذا لقلّة خبراتهم بالحياة وقصور قدراتهم العقلية على فهم الأحداث وعلى تحليلها، وأن النتائج السلبية على السلوك مؤكدة وطويلة الأجل وتؤثر على جميع مجالات نمو الطفل، والتأكيد على الحاجة الملحة إلى برامج التدخل المبكر والدعم النفسى المناسب من الناحية السيكولوجية لإعادة التوازن النفسى الفسيولوجى والاجتماعى ويفضل أن يتم هذا خلال السنتين الأوليين للتعرض للحروب أو الإرهاب؛ للحيلولة دون تصاعد الصراع مستقبلاً، وأكدت الاكاديميه الأمريكيه للطب النفساني للأطفال والمراهقين (AACAP) نتائج هذه الدراسة فى وصفها لاضطراب الصدمة للأطفال وأثاره المستقبلية عليهم وإنه لم يتم إيلاء الاهتمام المناسب لهؤلاء الأطفال قد يلجؤون إلى حياة الجريمة مستقبلاً، إذا لم يتحولوا إلى أسلحة فتاكة فى أيدي شبكات الإرهاب العالمية. (AACAP, 2011-E, 9)

### التوصيات:

١- بذل المزيد من الجهود بتقديم المساندة المباشرة على الصعيد المحلى الرسمى وتصميم مشروع قومى يشترك فيه كل المؤسسات الاكاديمية والحكومية المعنية بالطفولة فى مصر والمختصين فى مجال الصحة النفسية والعقلية، مدربين تدريباً خاصاً لتقديم الدعم المناسب لهذه الفئات، وتقييم الأساليب المختلفة لتقديم المساعدة والسعى إلى تطويرها، وذلك عن طريق نموذج هرمى التدخل المبكر مع أطفال رفح المهجرين فى كل أنحاء جمهورية مصر العربية وأطفال العريش قبل أن تتفاقم اضطراباتهم السلوكية؛ لأنهم فى مسارات معرضة للمخاطر، ولإعادة دمجهم فى المجتمع، حيث يتم تقديم الدعم النفسى والاجتماعى فى المقام الأول من خلال الروضات والمدارس، علماً بأن هذه التوصية متفقة مع ماجاء فى دراسة كيروين وهامرين (Kirwin, & Hamrin, 2005)، من توصية بتوفير برامج الدعم للتدخل المبكر مع الأسرة والأطفال لمساعدتهم للوصول بهم إلى التوافق النفسى، وتقلل مخاطر المحنة المعقدة، والتحقق من فاعليتها، وهذا متفق كذلك مع ماجاء من توصيات بدراسة يانبنج ونوميرا وبات هورينزيك وآخرون (Yanping, Nomura, Pat-Horenczyk, et al, 2006) بضرورة الاهتمام بعوامل الخطر وكيفية تطوير الوقاية الفعالة بالتدخل لتعزيز الصمود النفسى لأطفال مرحلة الطفولة المبكرة الذين يتعرضون لأنواع من الإرهاب من مصادر مباشرة وغير مباشرة، وكذلك مع دراسة جابولايد وريناود وروبين وآخرون (Gaboulaud, Reynaud, Roptin, et al, 2010) عن: "الدعم النفسى المقدم لأطفال ما قبل المدرسة الفلسطينيين: تحليل بيانات برنامج لتخفيف الاضطرابات السلوكية

للأطفال في الأراضي الفلسطينية المحتلة"، وأظهرت النتائج فاعلية برنامج العلاج النفسي في تحسين حالة (٨١%) من الأطفال الفلسطينيين حتى في أسوأ الظروف (الاعتداءات المسلحة)، مما يؤكد ضرورة التوصية بمثل هذه البرامج والاهتمام بتصميمها وتطبيقها مع الحالات المشابهة.

٢- الدعم الاجتماعي من خلال البرامج الإرشادية ودعم الأسرة، ودعم الممارسات الروحية وتوعية آباء أطفال رفح وإرشادهم لكيفية مساعدة أطفالهم عن طريق تغيير الأجواء التي عاشوها خلال الفترة الماضية بطريقة كلية بعد توضيح المبهم لهم وإجابة أسألتهم، وتشجيع الأطفال على مواصلة الاتصال مع أصدقائهم من رفح إن إمكن، للإطمئنان بأنهم وأحبائهم في أمان، وتعريف الأطفال بالمنطقة الجديدة ووصف مزاياها، واصطحابهم إلى رحلات، واللعب معهم، وشراء ألعاب وحاجيات لهم، وتجنب ما يذكر أطفالهم بما كانوا فيه وما أصبحوا عليه، أو ذكر سيرة الإرهاب وتبعياته، واحتمال تجددتها مع أشخاص آخرين، أما آباء الأطفال بالعريش عليهم حماية الأطفال من التهديدات المباشرة والأجزاء المباشرة-الأمان والرعاية-، وعدم الإقبال على الأطفال بمخاوفهم الشخصية، ولا يتركوا الأطفال يشاهدوا الصور العنيفة أو المزعجة علي شاشات التلفزيون للأحداث، والحفاظ على الروتين اليومي العادي الحياة؛ لتدليل على أن الحياة اليومية مستمرة؛ فحكمة الآباء كفيلة بمساعدة الأطفال على التخلص التدريجي من الآثار النفسية المتعلقة بالهجرة، أو البقاء تحت وطئة وتبعيات الحرب ضد الإرهاب، وجاءت هذه التوصية متفقة مع ماجاء بمقالة دراسة برادلي (Bradley, 2007) عن: "تصدع الوالديه: كيف للوالدين مساعدة الأطفال الذين تحت الظروف التنموية الصعبة"، الذي دعى للتركيز على مجال الوالدية وكيفية مساعدة الآباء أطفالهم على التعامل مع الأحداث والظروف التنموية الصعبة مثل الحروب والإرهاب وظروف التهجير وزعزعة الاستقرار لإرجاع الأمور لوضعها الطبيعي.

٣- توظيف الأسلوب البيئي في التعامل مع الأطفال، فلا يجب أن ينظر إلى الاضطرابات على أنها تخص الطفل فقط، ولكن ينظر إليها على أنها قصور في التوازن مع النظام الاجتماعي، ولا بد من إحداث تغيير في الطفل بالمشاركة في أنشطة مخططة له لينجح فيها ليكتسب من خلالها الثقة في التفاعل مع البيئة المنظمة الآمنة، ويسمح فيها للأطفال بإظهار مشاعره وتوفير كافة الفرص الترويحية كالرسم، والسعى لتغيير اتجاهات وتوقعات الأطفال بتنمية الميل الاجتماعي وتغيير أسلوب الحياة.

### البحوث المقترحة:

- برنامج ارشادي لخفض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال شمال سيناء وأطفال رفح المهجرين.
- برنامج إرشادي لوالدين أطفال شمال سيناء لرفع المهارات الوالدية لديهم و تحسين التوافق النفسي لدى أطفالهم.

## المراجع:

- ١- أبوسريع، محمد محمود. (٢٠٠٨). المشكلات السلوكية للأطفال. القاهرة: الدار العالمية للنشر والتوزيع.
- ٢- أبوسعد، أحمد عبد اللطيف. (٢٠١١). تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق. عمان: دار المسيرة.
- ٣- أبوسعد، مصطفى. (٢٠٠٦). سلوكا يزعم الآباء والأمهات "الأطفال المزعجون". الكويت: الأبداع الفكرى.
- ٤- أبوشهبة، فادية. (٢٠٠٤). ظاهرة العنف داخل الأسرة المصرية "منظور اجتماعى وقانونى". المجلة الجنائية القومية، المجلد (٤٧)، العدد الأول، ٦٥ - ٩٦.
- ٥- أبوغالى، عطف و حجازى، جولتان. (٢٠١٦). فعالية برنامج إرشادى فى الحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى أطفال غزة المدمرة منازلهم أثناء حرب ٢٠١٤. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، المجلد ٣٠، العدد (٢)، ص ٣٠٢-٣٣٤.
- ٦- أحمد، سهير كامل و بطرس، بطرس حافظ. (٢٠٠٨). اختبار السلوك المشكل لطفل الروضة، كراسة التعليمات و الأسئلة.
- ٧- باظة، آمال عبدالسميع مليجى. (٢٠٠١-أ). مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والعاديين. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- ٨- باظة، آمال عبدالسميع مليجى. (٢٠٠١-ب). مقياس الاضطرابات السلوكية و الوجدانية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والعاديين. كراسة التعليمات" القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- ٩- باظة، آمال عبدالسميع مليجى. (٢٠٠٢). النمو النفسى للأطفال والمراهقين. القاهرة: الانجلو المصرية.
- ١٠- البيلاوى، إيهاب. (٢٠٠٩). التوجيه والإرشاد النفسى والمدرسى "استراتيجيات عمل الاختصاص النفسى لمدارس العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة". الرياض: زهراء الشرق.
- ١١- البيلاوى، فيولا. (٢٠٠٨). مقياس القلق للأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- ١٢- بديع، مريم مدحت. (٢٠١١). برنامج إرشادى للوالدين لخفض السلوك المشكل لدى أبنائهم. دكتوراه، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- ١٣- بطرس، بطرس حافظ. (٢٠٠٨). المشكلات النفسية وعلاجها. عمان: دار المسيرة.
- ١٤- بورديل، ايزابيل. (٢٠٠٠). تأثير العنف التليفزيونى فى الأطفال. مجلة الثقافة العالمية، العدد (٦٦). الكويت: المجلس الوطنى للثقافة و الفنون والآداب.
- ١٥- حماد، إبراهيم مصطفى على. (٢٠١٨). تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة الملون فى البيئة الفلسطينية. ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة، كلية التربية.
- ١٦- حمام، فادية كامل. (٢٠٠٠). السلوك العدوانى ومظاهره لدى طفل ما قبل المدرسة فى ضوء متغيرى السن و الجنس. مجلة معوقات الطفولة، العدد الثامن، ١١١ - ١٧٨.

- ١٧- حمدى، نزية و هارون، رمزى و أبو طالب، صابر. (٢٠١٠). مشكلات الأطفال و طرف العلاج. القاهرة: الشركة العربية المتحدة للتسويق و التوريدات.
- ١٨- الزعبي، أحمد محمود. (٢٠٠١). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية و الدراسية عند الأطفال. عمان: دار زهران للنشر.
- ١٩- الزيمارى، محمود عودة و شعث، رمضان إسماعيل. (٢٠٠٨). نمو الطفل و رعايته. القاهرة: الشركة العربية المتحدة للتسويق و التوريدات.
- ٢٠- السرطاوى، عبدالعزيز والقريوتى، يوسف والقادسى، جلال. (٢٠٠٢). معجم التربية الخاصة. دبی: دارالقلم.
- ٢١- سليم، عبد العزيز إبراهيم. (٢٠١١). المشكلات النفسية و السلوكية لدى الأطفال. عمان: دار المسيرة.
- ٢٢- سليمان، عبدالرحمن سيد. (٢٠٠٤). المضطربون سلوكيا. الرياض: مكتبة الرشد.
- ٢٣- سليمان، عبدالرحمن سيد. (٢٠٠٧). معجم مصطلحات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية إنجليزي عربى، عربى إنجليزي. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ٢٤- شاش، سهير. (٢٠٠٢). التربية الخاصة للنعاقين عقليا بين العزل والدمج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ٢٥- شقير، زينب محمود. (٢٠٠٩-أ). بطارية الكذب مقاييس الخبرات الشخصية المرتبطة بوصف الكذب عند الأطفال (مرحلة الطفولة متوسطة- متأخرة). القاهرة: الانجلو المصرية.
- ٢٦- شقير، زينب محمود. (٢٠٠٩-ب). بطارية الكذب مقاييس الخبرات الشخصية المرتبطة بوصف الكذب عند الأطفال (مرحلة الطفولة متوسطة- متأخرة). "كراسة التعليمات والاسئلة". القاهرة: الانجلو المصرية.
- ٢٧- الشورجى، نبيلة. (٢٠٠٣). المشكلات النفسية للأطفال "أسبابها وعلاجها". القاهرة: دارالنهضة العربية.
- ٢٨- عبدالسيد، إميل اسحق. (٢٠٠٣). فعالية برنامج إرشادى لتحسين بعض المهارات الوالديه فى خفض المشكلات السلوكية لدى الأطفال. دكتوراة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٢٩- عطية، محسن على وخليفة، إيناس خليفة. (٢٠٠٨). المشكلات السلوكية لأطفال الروضة. عمان: دار المناهج.
- ٣٠- عطية، محمد عبدالرؤوف. (٢٠١٠). طفولة بلا مشاكل. القاهرة: دار طيبة للنشر والتوزيع.
- ٣١- العقاد، عصام عبداللطيف. (٢٠٠١). سيكولوجية العدوانية وترويضها "منحى علاجى معرفى جديد". القاهرة: دار غريب.
- ٣٢- عكاشة، عبدالمنان محمود. (٢٠٠٤). المشاكل النفسية للطفل. عمان: الاخوة للنشر والتوزيع.
- ٣٣- عيسوى، عبد الرحمن. (٢٠٠٠). اضطرابات الطفولة والمرهقة وعلاجها. بيروت: دار الراتب الجامعية.
- ٣٤- الفرماوى، حمدى. (٢٠٠١). ركائز البناء النفسى "دراسة تحليلية تفسيرية توجيهية فى سلوك الإنسان". القاهرة: دار إيتراك للطبعة والنشر والتوزيع.



- ٣٥- الفوال، محمد خير أحمد. (٢٠٠٦). مقاومة الخوف والسلوك الفردي عند الأطفال. مؤتمر فلاديفيا الدولي الحادى عشر "ثقافة الخوف"، ١-٢٦.
- ٣٦- القمش، مصطفى نورى و المعايطه، خليل عبدالرحمن. (٢٠١٣). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط٤. عمان: دار المسيرة.
- ٣٧- قناوى، هدى محمد و عبدالمعطى، حسن مصطفى. (٢٠٠٠). علم نفس النمو. الجزء الثانى "المظاهر و التطبيقات". القاهرة: دار قباء.
- ٣٨- كاظم، على مهدى. (٢٠٠٨). تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة على الأطفال العمانيين فى المرحلة العمرية بين (٥: ١١) سنة، مجلة دراسات نفسية، مجلد (١٨). ٣١٩-٤٢٩.
- ٣٩- كمال، كمال سالم. (٢٠٠٢-أ). موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسى. العين: دار الكتاب الجامعى.
- ٤٠- كمال، أمال. (٢٠٠٢-ب). الاتجاه نحو العنف لدى الأطفال. المؤتمر السنوى الرابع "الأبعاد الاجتماعية والجنايئة للعنف فى المجتمع المصرى". المجلد الأول، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية و الجنائية، ٢١٣: ٢٤٨.
- ٤١- هاريس د.ب. (٢٠٠٤). إختبار رسم الرجل لجودانف. ترجمة: محمد فرغلى، صفية مجدى، محمود عبد الحليم.
- ٤٢- ماكجوير، جاكولين و ريتشمان، ناومى. (٢٠٠٦). قائمة سلوك طفل الروضة مقياس للاضطرابات السلوكية لأطفال الروضة. تعريب وتقنين: أنسى قاسم و خالد عبد الرازق، الأسكندرية: مركز الأسكندرية للكتاب.
- ٤٣- مخيمر، عماد و على، هبة محمد. (٢٠٠٦). المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة و طرق الوقاية والعلاج. القاهرة: الانجلو المصرية.
- ٤٤- ملحم، سامى محمد. (٢٠٠٢). مشكلات طفل الروضة "التشخيص والعلاج". الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.
- ٤٥- النجار، فاطمة الزهراء. (٢٠١١). مشكلات الأطفال السلوكية والانفعالية. الأسكندرية: دار الوفاء لندنيا الطباعة.
- ٤٦- يوسف، جمعة سيد. (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية و علاجها. القاهرة: دار غريب.
- 47- Abdeen, Z; Qasrawi, R; Nabil, S& Shaheen, M. (2008). "Psychological Reactions to Israeli Occupation: Findings from the National Study of School-Based Screening in Palestinian Rafah". International Journal of Behavioral Development, Vol.32 No (4), 290 –297.
- 48- Alexandra. A. (2012). "War-Affected Children: Psychological Trauma and Intervention". Master's Course in International Medicine-Health Crisis Management, RIA Hills: Athens.

- 49- Altawil, M; Nel, P.W; Asker, A; Samara, M; & Harrold, D. (2010). “The Effects of Chronic War Trauma among Palestinian Children. In M. Parsons (Ed.) Children: The Invisible Victims of War- An Interdisciplinary Study”. Peterborough-England: DSM Technical Publications Ltd.
- 50- American Psychiatric Association (APA).(1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders.(DSM-IV<sup>tm</sup>). Washington, DC: American Pavchiatric Publishing.
- 51- American Psychiatric Association (APA).(2013).Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders. (DSM-5<sup>tm</sup>). Washington, DC: American Pavchiatric Publishing.
- 52- Aqeel, M; Al-Ghzawi, K; Khatib, R; Samir, K&Nawasreh, O. (2011). “Frequency of Post-Traumatic Stress Disorder in Children in Gaza Strip and Rafah”.Journal of the Royal Medical Services, Vol.18, No (3), 52-58.
- 53- Asheffied, A. (2004). Child and Parental Report of the Parent Child Relationship as Predictors of Behavior and Emotional Problems in Per-School Children. Research Child Development: Washington.
- 54- Bass, E; Santo, J. B ; Cunha, J. M & Neufeld, C.(2016).Classroom Context and the Relations between Social Withdrawal and Peer Victimization. Journal of Cognitive Education and Psychology, Vol.15 No (2), 248- 267.  
DOI: 10.1891/1945-8959.15.2.248.
- 55- Beer J.S. (2002). Implicit self-theories of shyness. Journal of Personality Social Psychology, Vol.83No (4):1009-1024.
- 56- Blumberg, H.H. (1998). Peace Psychology after the Cold War: A Selective Review. Genetic, Social & General Psychology Monographs, Vol. 124 Issue (1), 5-33.
- 57- Bradley, R.H.(2007).Parenting in the Breach: How Parents Help Children Cope with developmentally challenging Circumstances. Parent:Science & Practice, Vol.7 No (2), 99- 148.

- 58- Buss, A.H. (1986).A Theory of Shyness. Shyness, 39- 46. DOI 10.1007/978-1-4899-0525-3\_4.
- 59- CATS Consortium. (2007). Implementing CBT for Traumatized Children and Adolescent after September 11: Lessons Learned from the Child and Adolescent Trauma Treatment and Services (CATS) project. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol.36 No (4), 581-592.
- 60- Coelho, V. A & Romao, A. M. (2018).The relation between social anxiety, social withdrawal and (cyber) bullying roles: A multilevel analysis. Computers in Human Behaviour.Vol (86), 218-226. DOI:10.1016/j.chb.2018.04.048.
- 61- Cohen,E&Gadassi,R.(2009).Effects of Trauma on Children, Adolescents And/ or Their Caregivers:Posttraumatic Stress Disorder in Young Children Exposed to Terrorism: Validation of the Alternative Diagnostic Criteria. Journal of Child & Adolescent Trauma, Vol.2, 229–241. DOI: 10.1080/19361520903317295.
- 62- Devakumar,D;Birch,M; Rubenstein,L;Osrin,D;Sondorp,E &Wells,J.(2015).Child Health in Syria:Recognizing the Lasting Effects of Warfare on Health.Conflict &Health.Vol.9 No (34), 1-4. DOI: 10.1186/s13031-015-0061-6.
- 63- DiBianco, J. M; Morley, C & Al-Omar, O. (2014). Nocturnal Enuresis:A Topic Review and Institution Experience.Avicenna J Med, Vol.4 No (4), 77–86, DOI: 10.4103/2231-0770.140641.
- 64-Dubow, E. F; Boxer, P. L; Huesmann, R; Shikaki, K; Landau, S; Gvirzman, S.D& Ginges, J. (2010). “Exposure to Conflict and Violence across Contexts: Relations to Adjustment among Palestinian Children in Rafah”. Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology, Vol.39 No (1), 103–116. DOI: 10.1080/15374410903401153
- 65- Egger, H & Angold, A. (2011). Common Emotional and Behavioral Disorders in Preschool Children: Presentation, Nosology, and Epidemiology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 47, Issue (3-4), 313-337.

- 66- Egger, H.L; Costello, E.J& Angold, A. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study. J Am Academy Child Adolescent Psychiatry, Vol. 42 No (7), 797-807. DOI: 10.1097/01.CHI.0000046865.56865.79.
- 67- Ekinei, O; Topcuoglu, V; Bez, Y; Sabuncuoglu,O & Berkem,M. (2011). Aggression During Early Childhood: Associated Factors in a Clinical Sample. Marmara Medical Journal. Vol. 24 Issue (3), 174-180. DOI: 10.5472/MMJ.2011.02013.1.
- 68- Elzein, H & Ammar, D. (2010).Parent and Teacher Perceptions of Assessing Lebanese Children’s Reaction to War-Related Stress: A Survey of Psychological and Behavioural Functioning. Journal of Child & Adolescent Trauma, Vol.3, 255–278. DOI: 10.1080/19361521.2010.523060.
- 69- Farzadfard.S.A; Abdekhodaer.M.S& Abadi. A.G.C. (2015). Effectiveness of combined purposeful play therapy and narrative therapy on pre-school children’s attention and concentration. Journal of Fundamentals of Mental Health, Psychiatry and Behavioural Sciences,Research Center, Mashhad University Of Medical Sciences, 222-228.
- 70- Fonagy.P; Gergely.G&Target.M.(2007).The parent–infant dyad and the construction of the subjective self.Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 48 No (3/4), 288–328. DOI:10.1111/j.14697610.2007.01727.x.
- 71- Gaboulaud, V; Reynaud, C; Roptin, J; Lachal, C; Brown, V & Baubet, T. (2010). “Psychological Support for Palestinian Children and Adults: An Analysis of Data from People Referred to The Medecins Sans Frontie’res Programme for Behavioral And Emotional Disorders In The Occupied Palestinian Territory”. Intervention, Vol. 8 No (2), 131 – 142.
- 72- Gagro, S. F. (2015).The role and activities of the UN bodies on protection of children affected by armed conflicts. Zbornik Pravnog Fakulteta Sveucilista u Rijeci, Vol.36 Issue (2), 759-786.

- 73- Garbarino, J; Governale, A; Henry, p & Nesi, D. (2015). Children and Terrorism. Social Policy Report. Society for Research in Child Development, Vol. 29 No (2), 1-39.
- 74- Glisson,C. (2002).The Organizational Context of Children’s Mental Health Services.Clinical Child and Family Psychology Review,Vol. 5, 233- 254.
- 75- Goldie, P. (2002).The Emotions “Philosophical Exploration”. Oxford: University press.
- 76- Greenberg, M. (2005). “A Parental Education Program for Helping Parents to cope up with Their Children Psychological Problems”. American Journal of Preventive Medicine, No. (22).
- 77- Gurwitch, R.H.; Pfefferbaum, B & Leftwich, M. J.T. (2002). The impact of terrorism on children: considerations for a New Era. Journal of Trauma Practice, Vol. 1 Issue (3/4), 101-124.
- 78- Hautmann, C; Stein, P; Eichelberger, E; Hanisch,C; Plucking,J; Walter, D& Dopfner,M. (2011). The severely impaired do Profit Most: Differential Effectiveness of a Parent Management Training for Children with Externalizing Behavior Problems in Natural Setting. Journal of Child and Family Studies, Vol. 20 No (4), 424-435.
- 79- Itani, L; Jaalouk, D; Fayyad, J; Garcia,J.T;Chidiac,F & Karam, E.(2015). Exposure to War-Related Traumata among Arab Children and Adolescents .A Review.Arab Journal of Psychiatry,Vol.26 Issue(2),107-128.
- 80- John, A. (2009). The Effectiveness of a Guidance Program for Decreasing Anxiety for Preschool Children in Poor Slums of Tajikistan. Wakefield Press.
- 81- Kelso, S. (2008).The Impact of Domestic Violence on Problem Behaviors among Children.Global Journal of Business Research,Vol.4 No(2), 77-48.
- 82- Kirk, S; Gallagher, J; Coleman, M.R & Anastasiow, N (2009) .Educating Exceptional children.Tenth Edition, Boston,New York: Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.

- 83- Kirwin, K & Hamrin, V. (2005). Decreasing the Risk of Complicated Bereavement and Future Psychiatric Disorders in Children. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, Vol. 18 No (1).62-78.
- 84- Layne, C.M; Pynoos, R.S; Saltzman, W.R.; Arslanagic, B; Black M. & Sarjak, N.(2001).Trauma grief focused group psychotherapy: school-based post war. Intervention with traumatized Bosnian adolescents.Group Dyn, Vol.5, 277-290.
- 85- Lin.Y.W & Bratton.S.C. (2015). A Meta-Analytic Review of Child-Centered Play Therapy Approaches. Journal of Counselling & Development. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x.
- 86- Massad, S. F; Nieto, J; Palta, M; Smith,M; Clark, R & Thabet, A. (2010). Mental Health of Children in Palestinian Kindergartens: Resilience and Vulnerability. Child and Adolescent Mental Health, Vol.14 No (2). 89-96.
- 87- Masten, A.S& Osofsky, J.D. (2010). Disasters and Impact on Child Development: Introduction to the Special Section. Child Development, Vol. 81 No (4), 1029-1039.
- 88- Morgos, D; Worden, W & Gupta, L.(2008).Psychological Effects of War Experiences among Displaced Children in South Darfur.Journal of Death and Dying, Vol. 56, 229-253.
- 89- Nelson,L;Stag,S;Duppong,K;Synhorst,L& Epstein,M.(2007).Risk factors predictive of the problem behavioral.Exceptional children,Vol,73No(3),367: 379.
- 90- Niaz, U. (2015).Psycho Trauma in Children Exposed to the War Atrocities. Journal of Pakistan Psychiatric Society, Vol.12 No (1),32-35.
- 91- Panter, B; Goodman, A; Tol, W & Eggerman, M. (2011).Mental Health and Childhood Adversities:A Longitudinal Study in Kabul,Afghanistan.Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,Vol. 50, 349-363.
- 92- Repetti, R. L; Taylor, S. E & Seeman, T. E. (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. The American Psychological Association.Vol.128 No (2), 330- 366.

DOI: 10.1037//0033-2909.128.2.330.

- 93- Robert, S.(2006). How Children Develop “Exploring Child Develop Student Media Tool Kit& Scientific American Reader to Accompany How Children Develop”. New York: Worth Publishers.
- 94-Rohrer, J.E. (2016). Caring for the Children of War. The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. Vol. 53 Issue (1),1-10.  
DOI: 10.1177/0046958016671500.
- 95-Russell, S; Subramanian, B& Russell, P.S. (2005). Revision and Validation of Child Behaviour Check List– Post-Traumatic Stress Disorder Scale.In Tamil. International Journal of Disaster Medicine,Vol. 3 Issue(1-4), 41–44.  
DOI: 10.1080/15031430500266564.
- 96- Rutter, M; Bishop,D.V; Pine, D.S; Scott, S; Stevenson, J; Taylor, E & Thapar, A. (2008). Child and Adolescent Psychiatry. (5<sup>th</sup> Ed), London: Blackwell.
- 97- Schoenberg, P.L & David, A.S. (2014).Biofeedback for Psychiatric Disorders: A Systematic Review. Apply Psychophysiology Biofeedback, Vol. 39, 109 –135.  
DOI: 10.1007/s10484-014-9246-9.
- 98- Suter, J & Byrne, M. (2000). Female Offenders Are Different From Male Offenders: Anger as an Example. Women in Corrections: Staff and Clients. Women Conference Convened by the Australian Institute of Criminology in Conjunction with the Department for Correctional Services SA and Held in Adelaide, 1-12.
- 99- Thabet, A, A; Stretch, D & Vostanis, P. (2000). Child Mental Health Problems in Arab Children: Application of the Strengths and Difficulties Questionnaire, International. Journal of Social Psychiatry,Vol.46,266-280.
- 100- Thabet, M ;Thabet, S & Vostainis, p. (2016).The Relationship Between War Trauma ,PTSD, Depression and Anxiety among Palestinian Children in The Gaza Strip. Health Science Journal,ISSN 1791-809X, Vol.10 No (5:3),1-9. DOI: 10.4172/1791 809X.1000100503.

- 101- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).  
(2004-A).The Anxious Child. “Facts for Families”, No. 47 (11/04).
- 102- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).  
(2004-B). Children and Lying. “Facts for Families”,No. 44(11/04).
- 103- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).  
(2008).Helping Children after A Disaster.“Facts for Families”,No.36 (12/08).
- 104- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).  
(2011\_A). Bedwetting. “Facts for Families”, No. 18 (12/11).
- 105- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).  
(2011- B).Children Who Steal. “Facts for Families”, No. 12 (5/11).
- 106- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).  
(2011-C).Children and Family Moves.“Facts for Families”, No.14 (5/08).
- 107- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).  
(2011- D). Understanding Violent Behaviour in Children and Adolescents. “Facts for Families”, No. 55 (12/11).
- 108- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(AACAP).  
(2011-E).Posttraumatic Stress Disorder PTSD, “Facts for Families”, No.70 (3/11).
- 109- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(AACAP).(2011-F).  
Obesity. “Facts for Families”, No. 79 (3/11).
- 110- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(AACAP).(2011-G).  
Fighting and Biting. “Facts for Families”, No. 81 (3/11).
- 111- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(AACAP).(2011-H).  
Talking to Children about Terrorism and War.“Facts for Families”, No.87(3/11).
- 112- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(AACAP).(2013-A).  
Conduct Disorder.“Facts for Families”,No.33 (8/13).
- 113- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(AACAP).(2013-B).  
Children’s Sleep Problems.“Facts for Families”,No.34 (8/13).



- 114- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(AACAP).(2013-C).  
Panic Disorder in Children and Adolescents.Facts for Families”,No.50 (07/13).
- 115- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(AACAP).(2013-D).  
Finding Mental Healthcare for Children of Immigrants. “Facts for Families”, No.  
١١٢ (3/13).
- 116- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(AACAP).(2013-E).  
The Depressed Child. “Facts for Families”, No. 4 (5/08).
- 117- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(AACAP).(2013-F).  
Children and Grief. “Facts for Families”, No. 8 (5/13).
- 118- Tol, W.A; Song, S & Jordans, M.J.(2013).Annual Research Review: Resilience  
and Mental Health in Children and Adolescents living in Areas of Armed Conflict  
– A Systematic Review of Findings in Low and Middle Income Countries. Journal  
of Child Psychology & Psychiatry, Vol. 54 Issue (4), 445- 460.
- 119- United Nations Human Rights.(2018).Convention the Right of the Child.Article6,  
Office of the High Commissioner.
- 120- Wahlsten, S; Ahmad, A & A-L von Knorring, A.(2001).Traumatic Experiences  
and Post-Traumatic Stress Reactions in Children from Kurdistan and Sweden.  
Acta Paediatr, Vol. 90, 563 – 568.
- 121- Walle, J. V ; Rittig, S; Bauer, S ; Eggert, P ; Marschall-Kehrel, D & Tekgul, S.  
(2012). Practical Consensus Guidelines for the Management of Enuresis. Eur J  
Pediatr.Vol. 171 Issue (6), 971–983. DOI: 10.1007/s00431-012-1687-7.
- 122- Williams, R. (2007). The Psychosocial Consequences for Children of Mass  
Violence, Terrorism and Disasters.International Review of Psychiatry, Vol, 19 No  
(3), 263-277. DOI: 10.1080/09540260701349480.
- 123- Wilson, B.G. (2008). Media and Children’s Aggression, fear, and altruism. Future  
of Children, Vol. 18 Issue (1), 87- 118.
- 124- Yanping, W; Nomura, Y; Pat-Horenczyk, R; Doppelt, O; Abramovitz, R; Brom, D  
&Chemtob, C. (2006). Association of Direct Exposure to Terrorism, Media

- Exposure to Terrorism, and other Trauma with Emotional and Behavioral problems in Preschool Children. Annals of the New York Academy of Sciences. Vol. 1094 Issue (1), 363-368. DOI:10.1196/annals.1376.051.
- 125- Young, A; Kenardy, J & Cobham, V. (2011).Trauma in Early Childhood: A neglected population. Chinical Child & Family Psychology Review, Vol. 14 Issue (3).231-250. DOI 10.1007/s10567-011-0094-3.
- 126- Yule, W. (2000).Emanuel Miller Lecture from Pogroms to “Ethnic Cleansing”: Meeting the Needs of War Affected Children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 41 No (6), 695-702.