اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالتبول اللاإرادي لدى الأطفال

الدكتور كمال يوسف بلان

كلية التربية

جامعة دمشق

الملخص

هدف البحث إلى:

- توضيح العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D) والتبول اللاإرادي غير الناجم عن حالة طبية لدى الأطفال عينة الدراسة.

- معرفة العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D) والعمر الزمني للأطفال.

- بيان دلالة الفروق في اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D) استناداً إلى متغير الجنس (ذكور - إناث).

- معرفة العلاقة بين التبول اللاإرادي والعمر الزمني لدى الأطفال عينة الدراسة.

- توضيح الفروق في التبول اللاإرادي بين الذكور والإناث عينة الدراسة.

وقد تكوّن مجتمع البحث من (72) طفلاً وطفلة من العراقيين المقيمين في الجمهورية العربية السورية والذين تراوحت أعمارهم بين(6-10) ممن راجعوا مركز الهلال الأحمر

(الاستشاري) في ريف دمشق ومركز الهلال الأحمر في جرمانا، وبعد أن تمّ استبعاد الأطفال الذين لم يتعرضوا لحوادث صادمة أصبحت العينة (40) طفلاً وطفلة، (23) من الذكور و(17) من الإناث. واستخدمت الدراسة مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية، إعداد الشيخ (2010) واستمارة التقويم العيادي للتبول اللاإرادي عند الأطفال المستخدمة في المركز الاستشاري للهلال الأحمر في ريف دمشق. وقد بينت نتائج الدراسة أنّه:

- توجد علاقة ارتباطيه بين درجة تعرّض الأطفال عينة الدراسة لاضطراب (P.T.S.D) ومعاناتهم للتبول اللاإرادي.

- لا توجد علاقة ارتباطية بين درجة تعرّض الأطفال عينة الدراسة لاضطراب (P.T.S.D) والعمر الزمني.

- لا توجد علاقة ارتباطية بين التبول اللاإرادي لدى الأطفال عينة الدراسة والعمر الزمني.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تعرض الأطفال عينة الدراسة لاضطراب (P.T.S.D) تعزى لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال عينة الدراسة في التبول اللاإرادي تعزى لمتغير الجنس.

مقدمة:

تعد الصدمة نقيضاً للأمن والاستقرار والنظام والحماية، وإن تعّرف الآثار الناتجة عن الأحداث الصدمية والضغوط التالية للصدمة ومتابعتها والتنبؤ بها يأتي من خلال البحث داخل نسق علم الصدمات النفسية (Psychotraumatology) (Michell & Everly, 1995). وتشكل مفاهيم الصدمة Trauma والحدث الصدمي Traumatic Event الركائز الأساسية لما يعرف بعلم الصدمات Traumatology. ويركز هذا العلم على الجانب الجسمي (دراسة الجروح والإصابات الخطرة)، في حين يشير مصطلح علم الصدمات النفسية إلى دراسة الصدمات النفسية، إذ يركز على الجانب النفسي والظروف والعوامل النفسية المحيطة بالأحداث (Sunday & Suzan, 1985, 79). وقد عّرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للرابطة الأمريكية للطب النفسي الصدمة بأنها "التعرض لحدث صدمي ضاغط على نحو مفرط الشدة، متضمناً خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي ينطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتاً أو إصابة أو تهديداً لسلامة الجسم لشخص آخر، أو أن يعلم عن موت غير متوقع نتيجة لاستخدام العنف، أو تهديد بالموت، أو إصابة وقعت لعضو من أعضاء الأسرة أو بعض الأصدقاء المقربين" (DSM.4 TR, 2000. P 424). ويرى جونسون أن اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D) هو أن يمر الفرد بخبرة أو حادثة تعد خارج مجال الخبرة الإنسانية العادية، وهذه الخبرة تؤلم أي شخص يتعرض لها ومن أمثلتها التهديد الخطير لحياة الفرد أو حياة أولاده أو زوجته أو أسرته أو أقاربه أو أخص أصدقائه أو التهديد لسلامة بدنه أو أعضاء جسمه بالجراحة أو التهشيم أو التشويه أو البتر أو التخريب

أو الإتلاف أو الهدم لمنزله أو ممتلكاته على أن يقع ذلك في صورة حادث أو هجوم مفاجئ (Johnson, 1989,P.33).

يتعرض الأطفال لأحداث أو مواقف صدمية شديدة ومتنوعة مثل الحروب والكوارث الطبيعية والعنف داخل الأسرة أو خارجها، وغير ذلك من أحداث ومواقف يخبرونها في سياق عملية نموهم. والواقع أن تأثير التجارب القاسية والأحداث الصدمية على الأطفال قد يفوق تأثيرها على الكبار، ويرجع ذلك إلى نقص نمو مهارات مواجهة الضغوط وآليات الدفاع بوصفها أساليب للتوافق مع المواقف الضاغطة وعواقبها، ويرجع ذلك إلى طبيعة الطفولة ذاتها، فالطفولة مرحلة حرجة تشهد مجموعة من التغيرات التي تنطوي على صعوبات ومشكلات تجعل الأطفال أكثر استهدافاً لاضطراب التوازن ولنقص التوافق مع الذات والمجتمع. ولهذا يتوقع أن تتفاعل الضغوط الناجمة عن الأحداث الصدمية مع صعوبات أو مشكلات النمو عند الأطفال، الأمر الذي يجعلهم أكثر استعداداً للتأثر بتلك الأحداث وهو ما عبر عنه إيريكسون Erikson بالأزمة المحتملة Potential crisis عند الأطفال (الرشيدي وآخرون، 2001، ص 205). وعلى ذلك فإن التجارب الصدمية التي يتعرض لها الأطفال قد تجعل بعضهم من ذوي حالات الأطفال المعرضين للخطر، والتي توجد بدرجات مختلفة وتزداد شدة في الظروف غير العادية مثل الكوارث والحروب. وقد يترافق اضطراب ما بعد الصدمة (Post Traumatic Stress Disorder) في بعض الأحيان مع بعض الاضطرابات السلوكية مثل التبول اللاإرادي.

مشكلة البحث:

يتعرض المصابون باضطراب ما بعد الصدمة لتغيرات سلبية في السلوك والشخصية كفقدان الاهتمام بمن حولهم، وعدم الثقة بالآخرين والاحتراز الشديد، والشعور بالاضطهاد

والملاحقة، وفقدان الرجاء بالمستقبل، والنكوص، والصلابة في المواقف والآراء، اتخاذ الموقف الدفاعي، والهجومي، والهروب والانسحاب، وعدم تحمل المسؤوليات وارتفاع نسبة الغياب عن العمل. ويبدو أن هذه التغيرات تصبح مزمنة إذا لم يتلق الشخص المصاب العلاج المناسب في الوقت المناسب (يعقوب، 1999، ص60). وقد توصل بعض الباحثين إلى أن (P.T.S.D) يمكن أن يصيب أي شخص وفي أي عمر. وأن نسبة عالية من المحاربين الذين يشاركون في الحروب يصابون بـــ (P.T.S.D) إذ تصل نسبتهم من 10 - 15%. والنساء إجمالاً أكثر إصابة من الرجال بهذا الاضطراب. ويمكن أن يعالج هذا الاضطراب ويصبح المصاب به أفضل ويشعر بالتحسن (Nimh, 2008,P.22).

إن تكوين الشخصية المتوازنة للطفل يتطلب تأمين حاجاته الأساسية في بيئة آمنة تهتم به وترعاه. وعند تعرض الطفل لأحداث صادمة تتهدد حاجاته الأساسية وتحدث اضطراباً في نموه، فإنَّ ردود فعلهِ تكون معاناة اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D). وتعرف المنظمة العالمية للطفولة (اليونيسيف) اضطراب ما بعد الصدمة بأنه أزمة تنتج عن التعرض لحدث صادم، وتتميز بأن الشخص يبادره الشعور بأنه يعيش الصدمة ويتجنب ما يذكره بها ويزداد التوتر والتيقظ وردود الفعل الحادة تجاه الأحداث الضاغطة (اليونيسيف، 1995 ص 78).

ويعد اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المصدومين ظاهرة شائعة في مختلف المجتمعات، وأحد اضطرابات القلق التي تصيب الطفل نتيجة تعرضه لحدث صادم يفوق قدرته على المواجهة ويتضمن تهديداً لسلامته وسلامة أشخاص آخرين مهمين في حياته فيغدو عاجزاً وغير قادر على الهروب منه، " الأمر الذي يحمل معه آثاراً في مراحل حياة الطفل المختلفة ليصبح أكثر استعداداً أو استهدافاً للإصابة بالاضطرابات النفسية الأخرى،

وأشد تأثراً بالحوادث المستقبلية الضاغطة " (Macksoud & All, 1993, p. 628). فتظهر لدى الطفل جملة من الأفكار والانفعالات والسلوكات يعبر بها عن غضبه تجاه نفسه وتجاه الآخرين. وقد تتسم ردود فعله بتجنب النشاطات والفعاليات وفقدان السيطرة على الانفعالات والعواطف وظهور بعض الاضطرابات النفسية مثل التبول اللاإرادي.

ويرى كانر أن حجم ظاهرة التبول اللاإرادي يقدر بحوالي 36% من الأطفال الذين كانوا يحولون إلى عيادته طلباً للاستشارة النفسية إذ تراوحت أعمار الأطفال البوالين (3 - 14) سنة، وكانت أعلى نسبة لحدوث التبول اللاإرادي بين سن (8 - 11) سنة، ولدى الذكور أكثر مما لدى الإناث (62% عند الذكور و38% عند الإناث) (الرشيدي وآخرون، 2001 ص173). وجاء في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للرابطة الأمريكية للطب النفسي(DSM4) أن حدوث التبول اللاإرادي يقدر بحوالي 5 -10% في عمر 5 سنوات و 3 -5% في عمر 10 سنوات وكذلك نسبة 1% لدى الأطفال بعمر 15 سنة (DSM4 TR™, 2000, P. 120). وتظهر الحاجة إلى المزيد من البحث في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي ترتبط بما يسمى بصدمة الطفولة (Children Trauma) والتي تمثل موقفاً صدمياً مفاجئاً يسبب القلق للطفل لكن هذه الصدمة لا تؤدي دائماً إلى ظهور (P.T.S.D.) لأن الأمر يعتمد على معنى الصدمة وشدتها بالنسبة للطفل ومقدار التهديد له (Keana, 1986, P. 424). وكذلك بيان العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة وما يترتب عليها من مشكلات سلوكية ولاسيما التبول اللاإرادي لدى الأطفال المصدومين. ويمكن صوغ مشكلة البحث بالسؤال التالي: ما العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والتبول اللاإرادي عند الأطفال عينة الدراسة .

أهمية البحث:

- حداثة البحث وجدته إذ لم يجد الباحث - على حد علمه - أية دراسة تربط بين (P.T.S.D) والتبول اللاإرادي عند الأطفال.

- إن دراسة آثار اضطراب ما بعد الصدمة على الصحة النفسية للطفل مهمة في عالم يشهد واقعاً مليئاً بالكوارث والتوترات والحروب. وأوضح مثال الاحتلال الأمريكي للعراق وما يخلفه من موت وتدمير وصدمات نفسية تثير القلق والتوتر لدى العراقيين وبخاصة الأطفال منهم.

- تتناول الدراسة مرحلة الطفولة من 6- 10 سنوات، وأثر أية مشكلة في الطفولة لا ينحصر في المرحلة العمرية المحددة في هذه الدراسة فحسب، بل يمتد ليشمل تكوين شخصية الفرد في المراحل العمرية اللاحقة.

- إن تعرف الأطفال الذين لديهم اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D) والمشكلات الناجمة عن هذه الضغوط مثل التبول اللاإرادي يُظهر العلاقة القائمة بين اضطراب ما بعد الصدمة والمشكلات السلوكية عند الطفل.

- يمكن لنتائج البحث مساعدة أولياء أمور الأطفال والمهتمين برعاية الأطفال المصدومين في التعامل معهم ومساعدتهم على التخفيف من حدة القلق والتوتر لديهم.

- التمهيد لتصميم برامج إرشادية لمعالجة مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال المصدومين.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى تعرف:

1 - العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D) والتبول اللاإرادي غير الناجم عن حالة طبية لدى الأطفال عينة الدراسة.

2 - العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D) والعمر الزمني للأطفال.

3 - دلالة الفروق في اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D) استناداً إلى متغير الجنس (ذكور - إناث).

4 - العلاقة بين التبول اللاإرادي والعمر الزمني لدى الأطفال عينة الدراسة.

فرضيات البحث:

1 - لا توجد علاقة دالة بين درجة تعرض الأطفال عينة الدراسة لاضطراب (P.T.S.D) ومعاناتهما التبول اللاإرادي.

2 - لا توجد علاقة دالة بين تعرض الأطفال عينة الدراسة لاضطراب (P.T.S.D) وعمرهم الزمني.

3 - لا توجد علاقة دالة بين التبول اللاإرادي لدى الأطفال عينة الدراسة والعمر الزمني.

4 - لا توجد فروق دالة بين تعرض الأطفال عينة الدراسة لاضطراب (P.T.S.D) تعزى لمتغير الجنس.

5- لا توجد فروق دالة بين متوسط درجات الأطفال عينة الدراسة في التبول اللاإرادي تعزى لمتغير الجنس.

مصطلحات البحث:

- **اضطراب ما بعد الصدمة** (.P.T.S.D): إن الأعراض المميزة لاضطراب ما بعد الصدمة تتضمن تجربة شخصية مباشرة للحدث مهددة للذات تنطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة خطيرة أو أي تهديد للسلامة الجسدية للذات أو للآخرين. وتتضمن استجابة الشخص لهذه الأحداث الخوف الشديد أو الترويع أو الكرب. ويظهر أثر ذلك من خلال الذكريات المؤلمة للحدث، والأحلام الشديدة المزعجة، ويعيش الإنسان الحدث المؤلم كما لو كان في الواقع، ويتجنب الإنسان كل ما يثير هذه المخاوف، كما تؤثر هذه الأحداث في وظائف الفرد الحياتية. (DSM4 TR™, 2000, P. 463)

ويعرف اضطراب ما بعد الصدمة (.P.T.S.D) إجرائياً بأنه الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها الطفل نتيجة إجاباته على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة المستخدم في هذه الدراسة.

- **التبول اللاإرادي غير الناجم عن حالة طبية:** Enuresis(Not Due medical condition) to a General

إنه الإفراغ المتكرر للبول على الفراش أو الملابس مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية بعد عمر الخامسة ينطوي على سوء في الأداء المهني والأكاديمي(2000, P. 121 DSM4-TR™). ويعرف إجرائياً بأنه الإفراغ المتكرر للبول عند الطفل وفق الاستمارة المستخدمة في البحث.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً: اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D.):

إن المحكات التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعد (DSM.4-TR™ 2000) تتجلى بما يلي:

أ- أن يكون الفرد قد تعرض لحدث صدمي عاشه على النحو التالي:

1- أن يكون الفرد قد اختبر أو شاهد أو واجه حدثاً أو أحداثاً تضمنت حالات من الموت أو التهديد بالموت أو الإصابات الشديدة أو التهديد للسلامة الجسمية له وللآخرين.

2- أن تحتوي استجابة الفرد لهذا الحدث أو لهذه الأحداث على خوف شديد أو فزع ورعب أو عجز. وفي حالة الأطفال قد يتم التعبير بسلوك مضطرب أو متهيج بدلاً من هذه الاستجابة.

ب- إن الحدث الصدمي يستعيده الفرد بشكل متواصل وبإلحاح في واحدة (أو أكثر) من الطرائق الآتية:

1- تراود الفرد ذكريات أليمة أو مفجعة عن الحدث تتواتر في شكل صور أو أفكار عن الحدث وتعاوده على نحو متكرر وإقحامي. وفي حالة الأطفال قد يتم التعبير بنمط من اللعب التكراري الذي يعبرون في سياقه عن موضوعات الصدمة أو جوانب منها.

2- تراود الفرد أحلام متكررة أليمة أو مفجعة عن الحدث. وفي حالة الأطفال قد تراودهم أحلام مخيفة.

3- يسلك الفرد أو يشعر كما لو أن الحدث الصدمي يقع مرة أخرى ويتضمن ذلك إحساساً بإحياء الخبرة الصدمية بأوهام وهلوسات. وفي حالة الأطفال قد يستعيدون في أفعالهم خبرات نوعية عن الصدمة.

4- يشعر الفرد بالتأزم النفسي الشديد عند التعرض لإشارات أو علامات من داخله أو من خارجه ترمز إلى جانب من الحدث الصدمي أو تشبهه.
5- تعمل في الفرد ردود أفعال فيزيولوجية عند التعرض لإشارات أو علامات من داخله أو من خارجه ترمز إلى جانب من الحدث الصدمي أو تشبهه.

ج - التجنب أو الإحجام أو الابتعاد باستمرار عن تلك المنبهات المرتبطة بالصدمة أو التخدر المثير للاستجابة العامة للفرد مما لم يكن موجوداً قبل الصدمة، وهو ما يتضح في ثلاثة أو أكثر من الأعراض الآتية:

1- يبذل الفرد جهوداً في تجنب الأفكار أو المشاعر أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.
2- يبذل الفرد جهوداً في تجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأشخاص.
3- عدم قدرة الفرد على استرجاع جانب مهم من الصدمة.
4- يتناقص بوضوح اهتمام الفرد بالأنشطة المهمة.
5- شعور الفرد بالانفصال أو الغربة عن الآخرين.
6- أفول أو انحسار مساحة الوجدان أو العواطف عند الفرد.
7- الشعور بمستقبل محدود أو غير واعد.

د - وجود أعراض مستمرة من الاستثارة الزائدة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) وهو ما يتضح في اثنين أو أكثر من الأعراض الآتية:

1- الصعوبة في أن يخلد الفرد إلى النوم أو أن يواصل النوم.
2- التهيج أو انفجارات الغضب.
3- الصعوبة في التركيز.
4- فرط التيقظ.

5- الاستجابات الترويعية المبالغ فيها.

هـ- يستغرق طول فترة الاضطراب (كما يتمثل في الأعراض المتضمنة في المحكات "ب، جـ، د" مدة أكثر من شهر.

ويسبب الاضطراب ضيقاً أو محنة أو تعويقاً ينطوي على دلالة إكلينيكية في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غير ذلك من المجالات المهمة في توظيف فاعلية الفرد في الحياة.

المؤشرات: تحدد ما إذا كان هناك:

اضطراباً حاداً: إذا كان طول مدة الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.

اضطراباً مزمناً: إذا كان طول مدة الأعراض ثلاثة أشهر أو أكثر.

اضطراباً مرجأ أو متأخراً: إذا كانت بداية ظهور الأعراض هي ستة أشهر على الأقل بعد الحدث الصدمي. (DSM-4-TR™.2000.P.467- 468)

وتأخذ الآثار بعيدة المدى (P.T.S.D.) على النمو النفسي الاجتماعي للأطفال، أو على ارتقاء الشخصية عندهم، عدة أشكال أو مظاهر مثل: ظهور الحاجة عند الأطفال الذين عاشوا صدمة الحرب إلى تعويض ما عاشوه من مآس إلى أشياء مادية عديدة حيث ينزعون بقوة إلى كثرة المطالب لتعويضهم عن ذلك الحرمان المادي والنفسي الذي يظهر تأثيره العميق بعيد المدى على نمو شخصية الطفل. وغالباً ما تسيطر على عقول أولئك الأطفال مشاعر عدم الأمن وعدم الثقة في الآخرين والانتقام والعدوان والقلق من المستقبل. وقد يظهر ذلك في شكل انحرافات سلوكية، وكثرة حالات التحويل إلى العيادات النفسية، ونقص التحصيل الأكاديمي وغير ذلك من التغيرات التي قد تعكس حالة من نقص التوافق المدرسي. وتتضمن الضغوط النفسية الاجتماعية تأخراً في تطور السيطرة على إنتاج البول. (DSM -4 TR^{TM} 2000. P119-120)

الدراسات المتعلقة باضطراب ما بعد الصدمة:

- دراسة أبو هين (1995) بعنوان: اضطراب الضغوط النفسية لدى الأطفال المتأثرين بالعنف في قطاع غزة وهدفت الدراسة إلى تعرف المشكلات النفسية والسلوكية الناتجة عن الأحداث العنيفة وأثرها في صحتهم النفسية وتكونت عينة الدراسة من 87 طفلاً تراوحت أعمارهم بين (8-15) سنة منهم 53 من الذكور و 34 من الإناث وهم من الأطفال المتأثرين بالعنف. وقد استخدم الباحث اختبار كوبر سميث لتقدير الذات واختبار (تيرنز، نيوز) للخوف والقلق واختبار المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال من تصميم برنامج غزة للصحة النفسية. وقد بينت نتائج الدراسة أن نسبة 50% من الأطفال عينة الدراسة ظهرت لديهم أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة وبعض المشكلات النفسية والسلوكية متمثلة في الأحلام المزعجة، واضطرابات النوم والقلق. وأن نسبة 54% منهم كانوا يعانون الكوابيس المرتبطة بالعنف وأن نتائج اختبار الخوف والقلق أشارت إلى أن نسبة 35% من أفراد العينة كانوا يعانون الخوف والقلق الخفيف بينما كانت نسبة 13% منهم يعانون خوفاً وقلقاً شديدان، وأن نسبة 52% من أفراد العينة لم يعانوا الخوف والقلق.

- دراسة العطراني 1995 بعنوان:"عوامل التعرض للشدائد النفسية لدى طلبة المرحلة الإعدادية من عوائل ضحايا ملاجئ العامرية والعوامل المحيطة به" وهدفت الدراسة إلى تعرف نسبة الإصابات باضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية لدى عينة قصدية من أقارب وأصدقاء الضحايا. وتكونت عينة الدراسة من 150 طالباً وطالبة كمجموعة تجريبية قصدية يقابلها العدد نفسه كعينة ضابطة من أقارب وأصدقاء الضحايا الذين تعرضوا لقصف الطائرات الأمريكية في ملجأ العامرية بالعاصمة العراقية بغداد في 1991/2/13م،

نتج عنه استشهاد 1521طفلاً و(261) أمرأة ونجا 14 شخصاً فقط من مجموع 417 فرداً كانوا فيه تلك الليلة. واستخدم الباحث مقياس اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية والمقارنة بين المجموعات. وأظهرت النتائج أن نسبة الإصابة باضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية(P.T.S.D) بين أقارب الضحايا وأصدقائهم كانت 37% مقابل 5% لدى العينة غير المتعرضة لأي حادث صدمي فيما بلغت نسبة الإصابة لدى الذين فقدوا أفراداً من عائلاتهم وأقاربهم 65% مقابل 19% لدى الذين فقدوا أصدقاءهم وكانت نسبة الإصابة بعد الاضطراب بين الإناث 84% مقابل 6% بين الذكور.

- دراسة (Goldstein, Wampler & Wise, (1997 بعنوان أثر الحوادث الصادمة كخبرة الحرب على الأطفال في البوسنة. The effect of traumatizing events (as war trauma) in children in Bosnia.

وهدفت الدراسة إلى تعرف أثر الحوادث الصادمة على أطفال البوسنة. وتكونت عينة الدراسة من (304) أطفالٍ تراوحت أعمارهم بين (6- 12) سنة. وكانت أدوات الدراسة صوراً كرتونية عن أعراض الكآبة عند الأطفال واستبانه موجهة للآباء. وأظهرت نتائج الدراسة معاناة الأطفال من آثار الحوادث الصادمة القائمة والمستمرة أو التالية للصدمة. وكانت هذه الآثار هي القلق والحزن وصعوبات في النوم.

- دراسة Vojvode (1998) بعنوان: أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند المهجرين البوسنيين بعد سنة من استقرارهم في الولايات المتحدة الأمريكية". The symptoms of PTSD in Bosnian refugees after settling for a year in the USA.

وهدفت الدراسة إلى تشخيص أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند المهجرين البوسنيين المستقرين في الولايات المتحدة الأمريكية، والعوامل المؤثرة في ذلك. وكانت عينة الدراسة (34) مهجراً. وقد استخدمت الدراسة مقياس PTSD ، وقد أظهرت نتائج

الدراسة أن المعدل الوسطي لشدة اضطراب PTSD بلغت 12.5 مقارنة مع النسبة التي تم الحصول عليها في دراسة جرت قبل عام وبلغت 20. 6 . وبينت الدراسة أن شدة أعراض اضطراب PTSD لدى كبار السن من المهجرين أكبر مما هي عليه لدى المهجرين الأصغر سناً.

- دراسة عز (2002) بعنوان: "اضطراب شدة ما بعد الصدمة لدى الأطفال". وقد هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية الأسلوب العلاجي المتبع في علاج اضطراب (PTSD) عند طفلة تبلغ من العمر 9 سنوات تعرضت لاستغلال جنسي. اعتمدت الباحثة على قائمة شطب تتضمن المحكات التشخيصية لاضطراب شدة ما بعد الصدمة طبقت من قبل الوالدين والمقابلة العيادية ومقياس رافن المتتابع بهدف الوقوف عند القدرة العقلية العامة للطفلة. وتوصلت الدراسة إلى إمكانية إصابة أي طفل يتعرض لأي نوع من أنواع سوء المعاملة أو الاستغلال الجنسي أو جرائم العنف أو الحوادث باضطراب شدة ما بعد الصدمة كما تم الكشف عن أهمية الأسلوب العلاجي المتبع للطفلة موضوع الحالة من خلال تطبيق الخطة العلاجية إذ تخلصت الطفلة من أعراضP.T.S.D التي ظهرت لديها.

- دراسة الحواجري (2003) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي(الصف السادس) في محافظة غزة/ فلسطين". وكان للدراسة هدفان أساسيان: أكاديمي يتضمن سبر أغوار الصدمة النفسية والكشف عن مستواها ومدى انتشارها وتطبيقي يهدف إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من الآثار الناتجة عن الصدمة النفسية، وإمكانية توظيفه لاحقاً على مستوى واسع في البيئة الفلسطينية. واستخدمت الدراسة أداة ردود فعل الأطفال للصدمة النفسية من "إعداد الباحث"، وأداة العصاب لآيزنك، وأداة مؤشر الضغط النفسي عند الأطفال في مرحلة ما بعد الصدمة، والبرنامج الإرشادي. وقد دلت النتائج على نجاح

البرنامج في التحقق من آثار الصدمة النفسية لدى عينة الدراسة وإكساب الأطفال عدداً من الخبرات والمهارات الاجتماعية والنفسية التي تعد عنصراً إيجابياً في تحصين الأطفال وتزويدهم بطرائق التكيف مع المواقف الضاغطة.

- دراسة طه (2004) بعنوان: "أثر اضطرابات ما بعد الصدمة على كفاية بعض الوظائف المعرفية والتوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من المصدومين في جمهورية مصر العربية". وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن دور الأحداث الصدمية في تطوير الاضطرابات النفسية ومعرفة معدلات انتشارها بين مختلف الشرائح الاجتماعية. وكانت أداة الدراسة ردود فعل ما بعد الصدمة النفسية. وبينت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين مرضى اضطرابات ما بعد الصدمة في كفاية الأداء على اختبارات الوظائف المعرفية والتوافق النفسي الاجتماعي.

- دراسة المفوضية السامية لشؤون اللاجئين للأمم المتحدة بدمشق (UNHCR) (2007) بعنوان: "النتائج النهائية لمسح IPSOS على اللاجئين العراقيين". وقد هدفت الدراسة إلى تعرف الآثار النفسية الناجمة عن التعرض لمخاطر الحروب، ومقارنة نتائج عينة اللاجئين العراقيين مع نتائج دراسات أخرى مشابهة على عينات من دول أخرى تعرضت لمخاطر الحروب. وقد بلغت عينة الدراسة (1138) لاجئاً من العراقيين الذين وصلوا إلى سوريا في الفترة 31 /11 و 25 /2007/12. وقد بينت النتائج أن 89 % من عينة الدراسة تعاني الاكتئاب و81% يعانون القلق و67% يعانون PTSD و91% يعانون أحداثاً صادمة.

- دراسة أبوهين (2009) بعنوان: **"**الآثار النفسية للحرب الإسرائيلية على غزة". وقد هدفت الدراسة إلى تشخيص أعراض الصدمة النفسية التي خلفتها الحرب الإسرائيلية على غزة. وقد تكونت عينة الدراسة من (950) رب أسرة مع أطفالهم المنتسبين إلى مدارس الأونروا. وبينت نتائج الدراسة أن 88% من الأطفال أصبحوا أكثر خوفاً من ذي قبل،

و92% يخشون ترك والديهم، و45% تنتابهم أحلام مزعجة، و95% يخافون الخروج من البيت ليلاً، في حين 31% يخافون الخروج نهاراً، و78% يتوقعون الموت في أية لحظة. كما أظهرت الدراسة حاجة معظم الأطفال عينة الدراسة إلى إسعافات نفسية أولية.

- دراسة الشيخ (2010) بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من بعض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية لدى الأطفال الذين تعرضوا لحوادث طرق. وهدفت الدراسة إلى إعداد برنامج نفسي - إرشادي لتنمية مهارات معرفية سلوكية تساهم في التخفيف من الآثار الناجمة عن الصدمة النفسية المرتبطة بحوادث المرور، والتأكد من فاعليته. وأعدت الباحثة مجموعة من الأدوات: مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومقياس أساليب التعامل مع الأحداث الصادمة لدى الأطفال والبرنامج الإرشادي. وبينت نتائج الدراسة معاناة بعض الأطفال نتيجة تعرضهم لحوادث سير لاضطراب الضغوط التالية للصدمة بدرجات متفاوتة من الشدة، وحاجتهم للتدريب لاكتساب مهارات التعامل مع الأحداث الصادمة.

ثانياً: التبول اللاإرادي:

تتجلى المحكات التشخيصية للتبول اللاإرادي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM.4-TR™ 2000) في أن الصورة أو الشكل الرئيس للتبول اللاإرادي هو الإفراغ المتكرر للبول في أثناء النهار أو الليل في السرير أو الملابس (المحك التشخيصي A) غالباً يكون لاإرادياً، لكنه أحياناً يكون عن نية وقصد. ولكي نحدد التشخيص بأنه تبول لاإرادي يجب أن يحدث إفراغاً للبول مرتين في الأسبوع ولمدة ثلاثة أشهر على الأقل أو يسبب ضعف أو محنة أو تعويق ينطوي على دلالة إكلينيكية في المجالات الاجتماعية أو المهنية الأكاديمية أو غير ذلك من المجالات المهمة في توظيف فاعلية الفرد في الحياة

(المحك B) ويجب أن يصل الشخص إلى عمر محدد حيث يجب أن يؤخذ التبول اللاإرادي بعين الاعتبار(مثلاً يجب أن يكون العمر الزمني للطفل خمس سنوات على الأقل أو الأطفال الذين توقف عندهم التطور أو النمو يجب أن يكون العمر الفعلي على الأقل خمس سنوات (المحك C). إن التبول اللاإرادي على وجه الحصر يجب أن لا يكون ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمواد مثل المدرات أو مشاكل طبية عامة مثل السكري أو الاضطرابات النوبية (المحك D) (DSM .4 –TR^{TM} 2000, P118).

تبدو الاضطرابات المرافقة للتبول اللاإرادي في إحداث تقييد نشاطات الطفل اليومية (غير مؤهل للنوم خارج المنزل) واحترام الطفل لذاته حيث يصبح منبوذاً من قبل الأشخاص الذين يعتنون به على الرغم من أن معظم الأطفال الذين لديهم تبول لاإرادي لا يترافق عندهم بوجود اضطرابات عقلية فإن حدوث ترافق اضطرابات السلوك يكون أعلى عند الأطفال الذين لديهم تبول لاإرادي من الأطفال الذين لا يكون لديهم تبول لاإرادي كما يتأخر التطور لدى هؤلاء الأطفال مثل الكلام والتعلم واللغة وتتأخر المهارات الحركية ويحدث اضطراب في المشي في أثناء النوم واضطراب الفزع الليلي وكذلك يمكن أن توجد انتانات السبيل البولي وهي شائعة أكثر عند الأطفال الذين لديهم نمط تبول نهاري إذ إن التبول اللاإرادي يستمر بشكل شائع بعد علاج ملائم لإنتان مرافق وإنّ عدد العوامل المؤهبة يجب أن يُؤخذ بعين الاعتبار. وتتضمن الضغوط النفسية الاجتماعية تأخراً في تطور السيطرة على إنتاج البول.. (DSM - 4 TR^{TM} 2000. P119-120)

الدراسات السابقة المتعلقة بالتبول اللاإرادي:

-دراسة علاق (1999) بعنوان: الصورة الوالدية عند الطفل المتبول لا إرادياً، دراسة تحليلية لأطفال أعمارهم من (6-10) سنوات في الجزائر. إذ هدفت إلى دراسة أثر

صور الوالدين على الأطفال البوالين ذكوراً وإناثاً. وتكونت عينة الدراسة من 298 حالة لأطفال مصابين بمرض التبول اللاإرادي الأولي ذكوراً وإناثاً بالتساوي 149 لكل جنس تراوحت أعمارهم بين 6-10 سنوات تحت دراسة تتبعية علاجية دامت مدة الدراسة خمس سنوات كاملة. واستخدمت الباحثة أسلوب دراسة الحالة والاختبارات الإسقاطية والمقابلة الحرة. وقد بينت نتائج الدراسة أن لصورة الوالدين تأثيراً على الأطفال البوالين ذكوراً وإناثاً وهذا من ناحية أسلوب المعاملة المتدرجة من التسامح / التشدد وظهور صورة الأم بقيمة أكبر من صورة الأب من ناحية تمثيلها كشخص أول من ناحية قامتها وكذا من ناحية التفضيل على أنها الودودة العطوفة التي لها حضور دائم.

- دراسة Sureshkumar et al., (2009) بعنوان: عوامل الخطورة لسلس البول لدى الأطفال في عمر المدرسة. Risk Factors for Nocturnal Enuresis in School-Age Children

وقد هدفت الدراسة إلى تقييم عوامل الخطورة الكامنة وراء وجود التبول الليلي لدى الأطفال وشدته. وتألفت عينة الدراسة من (8230) من أطفال المدارس في مدينة سيدني باستراليا. واستخدمت الدراسة استبانة معدلة ومقننة حدَّدت فئات شدة التبول كما يلي: (1-6) ليالي خفيف، (7 وأكثر ولكن أقل من يومياً) متوسط، (يومياً) شديد، وذلك خلال الشهر الأخير. وأهم نتائج الدراسة: أن (18.2%) من العينة لديهم سلس بول، (12.3%) خفيف الشدة، و(2.5%) متوسط الشدة، و(3.6%) شديد .

وأظهر تحليل العوامل المتعدد أن: سلس البول النهاري، والتبرز غير الإرادي، والعجز الوظيفي للمثانة، والذكورة ترتبط مع التبول الليلي الشديد. أما الضغوط الانفعالية، والمخاوف والانشغالات الاجتماعية فترتبط مع التبول المتوسط.

- دراسة Van Kampen et al., (2009) بعنوان: "تأثير تمرينات عضلات قاع الحوض على الطيف الكامل لعلاج سلس البول الليلي".

Influence of Pelvic Floor Muscle Exercises on Full Spectrum Therapy for Nocturnal Enuresis

هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية التدريب العضلي، وتحديد العوامل التي تتنبأ بنتائج العلاج. وتألفت عينة الدراسة من (63) من الأطفال البلجيكيين المحولين إلى قسم العلاج الفيزيائي في مستشفى (Gasthuisberg) الجامعي، (32) طفلاً منهم كونوا المجموعة التجريبية، (31) المجموعة الضابطة. واستخدمت الدراسة الطيف الكامل لعلاج سلس البول الليلي الذي يتضمن ((التنبيه، المكافأة، توقيت مواعيد الشرب والإفراغ، مع أو بدون التمرينات العضلية)). وأظهرت الدراسة النتائج الآتية: لا توجد فروق جوهرية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية من حيث: نتائج العلاج، الحجم المفرغ من البول، تكرار التبول، الانتكاس. وأن(89%) من جميع الأطفال قد توقفوا عن التبول بعد 6 أشهر من المعالجة. وأن (37.9%) من أطفال المجموعة التجريبية انتكسوا خلال عام من بدء المعالجة. كما ارتبط كل من العمر ودافعية الطفل بمدة استمرار نجاح العلاج، فيما ارتبطت كل من المشكلات النفسية الاجتماعية والتبول الثانوي كعوامل بالانتكاس إلى التبول الليلي.

- دراسة Ghanizadeh (2010) بعنوان:((العلّية (الإمراضية) المشتركة بين سلس البول عند الأطفال واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط)).

Co morbidity of Enuresis in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

هدفت الدراسة إلى المقارنة بين الأمراض النفسية الوالدية لدى أطفال اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة مع وجود اضطراب التبول اللاإرادي و بدونه.

تمت مقابلة المشاركين في العينة العيادية وفقا للمعايير التشخيصية لـــDSM-TV وكانوا 35 طفلاً يعانون اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والتبول اللاإرادي، (153)أطفال دون اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ولديهم اضطراب التبول اللاإرادي (115) الآباء ، والأمهات (172). وأظهرت نتائج الدراسة أن اضطراب التحدي المعارض كان وحده مؤشراً على اضطراب التبول اللاإرادي، اضطراب السلوك، الاضطراب الاكتئابي الأساسي، قلق الانفصال، والكز على الأسنان، اضطراب القلق العام، الوسواس القهري.

- دراسة Von Gontard et al., (2011) بعنوان: السوابق الأسرية لسلس البول وعجز المثانة، نتائج من دراسة وبائية كبيرة.

Family History of Nocturnal Enuresis and Urinary Incontinence: Results From a Large Epidemiological Study.

هدفت الدراسة إلى تحديد الأنماط الأسرية لدى الأطفال الذين يعانون سلس البول وعجز المثانة النهاري. وتألفت عينة الدراسة من (22000) من الأطفال في كل من ألمانيا وانكلترا واستخدمت الدراسة استبانة مرسلة عبر البريد للأهالي حول مشكلات عجز المثانة النهاري والتبول الليلي لديهم، بالإضافة إلى معلومات حول التبول الليلي وعجز المثانة النهاري لدى أطفالهم. وأظهرت الدراسة أن نسبة شيوع التبول الليلي لدى الأطفال في عمر (7.5) سنة قد بلغت (15.5%)، كان منهم (12.8%) يعانون التبول بشكل خفيف، و(2.6%) بشكل شديد. ووجود ارتباط جوهري بين تعرض الآباء سابقاً لسلس البول وبين التبول الليلي لدى أطفالهم.

تعقيب على الدراسات السابقة:

لقد أظهرت نتائج بعض الدراسات السابقة أثر الأحداث الصادمة على صحة الأطفال النفسية (أبوهين، 1995) (Goldstein, Wampler & Wise, 1997). وكذلك تشخيص أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (Vojvode, 1998) ومدى فعالية برامج الإرشاد والعلاج النفسي في علاج هذه الضغوط (عز، 2002) (الحواجري، 2003) (الشيخ، 2010). وكذلك الكشف عن دور الأحداث الصدمية في حدوث الاضطرابات النفسية (طه، 2004)، وتعرف الآثار النفسية الناجمة عن التعرض لمخاطر الحروب على عينة من اللاجئين العراقيين (UNHCR 2007) . كما بينت دراسات أخرى اضطراب التبول اللاإرادي عند الأطفال (علاق، 1999) (Sureshkumar et al., 2009) وعلاقة هذا الاضطراب بنقص الانتباه وفرط النشاط(Ghanizadeh, 2010)، وكذلك تحديد الأنماط الأسرية لدى الأطفال الذين يعانون التبول اللاإرادي (Von Gontard et al., 2011)

ويتميز البحث الحالي عن الدراسات السابقة بأنه يدرس العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والتبول اللاإرادي وعلاقة ذلك بالعمر والجنس لدى عينة من الأطفال العراقيين.

منهجية البحث وإجراءاته

منهجية البحث: استخدام الباحث المنهج الوصفي التحليلي، لأنه يعد المنهج المناسب للعلوم النفسية والاجتماعية والتربوية، وهو يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كمياً وكيفياً.

إجراءات البحث:

أولاً - مجتمع البحث وعينته: تكون مجتمع البحث من (72) طفلاً وطفلة من العراقيين المقيمين في الجمهورية العربية السورية والذين تراوحت أعمارهم بين (6-10) ممن راجعوا مركز الهلال الأحمر (الاستشاري) في ريف دمشق ومركز الهلال الأحمر في جرمانا. وتم اختيار عينة البحث بطريقة مقصودة من مجموعة الأطفال العراقيين المقيمين في سورية ويتوقع معاناتهم للأحداث الصادمة نتيجة الحرب على العراق، والذين راجعوا مركز الهلال الأحمر (الاستشاري) في ريف دمشق ومركز الهلال الأحمر في جرمانا، مع مراعاة رغبة الأطفال وأولياء أمورهم في المشاركة بالدراسة. ويمكن للباحث أن يسمي العينة المختارة بالعينة المتيسرة والتي تعبر عن مجموعة من الأفراد المتيسرين للدراسة (المنيزل، غرايبة، 2006، ص 22). وقد بلغت عينة البحث (40) طفلاً وطفلة ممن تراوحت أعمارهم بين 6 - 10 سنوات بعد أن تمّ استبعاد الأطفال من الذكور والإناث الذين لم يتعرضوا لحوادث صادمة وعددهم (32) طفلاً وطفلة، وبذلك تكون عينة الأطفال الذين تعرضوا للصدمة (23) من الذكور و(17) من الإناث.

جدول رقم (1) يبين توزع أفراد العينة حسب الجنس والعمر

الجنس	العدد	النسبة
الذكور	23	57.5
الإناث	17	42.5
توزع أفراد العينة حسب العمر		
6 سنوات	10	25.0
7سنوات	11	27.5
8سوات	10	25.0
9 سنوات	5	12.5
10سنوات	4	10.0
العينة الكلية	40	100

ثانياً - حدود البحث:

أ- الحدود البشرية: تمثلت في عينة من الأطفال العراقيين تراوحت أعمارهم بين 6 -10 سنوات.

ب - الحدود المكانية: طبق هذا البحث على عينة مقصودة من الأطفال العراقيين المقيمين في سورية ممن تعرضوا لأحداث ضاغطة نتيجة الحرب على العراق والذين راجعوا مركز الهلال الأحمر (الاستشاري) في ريف دمشق ومركز الهلال الأحمر في جرمانا.

ج- الحدود الزمانية: طبق هذا البحث من 2010/2/11 ولغاية 2010/7/1م.

أدوات البحث:

استخدم الباحث الأدوات الآتية:

1 - مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية، إعداد الشيخ (2010):

إذ تضمّن المقياس صفحة التعليمات، وبيانات عامة عن الطفل ثم عبارات المقياس التي بلغ عددها (38) توزعت على ثلاثة محاور رئيسة: هي المحور (ب، جـ، د) وثلاثة محاور فرعية هي (أ، و، هـ) (ملحق رقم 1). وقامت الشيخ بدراسة صدق المحتوى من خلال عرض المقياس على عدد من الأساتذة ذوي الخبرة والاختصاص في مجال الدراسات النفسية في جامعة دمشق كلية التربية، وعلى خبراء مختصين في الطب النفسي. وبناءً على ملاحظاتهم جرى حذف العبارات التي لم تحظ بنسبة اتفاق (85%) فأكثر أو تعديلها أو حذفها. كما تم بيان الصدق من خلال تطبيق المقياس على مجموعتين من الأطفال. المجموعة الأولى تعرضت للصدمة أما المجموعة الثانية فلم تتعرض وبعد ذلك جرى

حساب الفروق بين الدرجات بوساطة اختبار (ت) ستودنت، وكانت النتائج كما يوضح الجدول التالي:

الجدول (2) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) للفروق في استجابات المجموعات المتناقضة على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

	الأطفال المتعرضون للصدمة	الأطفال غير المتعرضين للصدمة	ت	مستوى الدلالة	مؤشر الدلالة
العدد	15	15	6.510	0,01	دال
المتوسط	48.66	10.332			
الانحراف المعياري	20.5373	9.06064			

وجرى التحقق من ثبات المقياس من خلال حساب الثبات عبر الزمن وحساب الثبات عبر خلايا المقياس باستخدام الطرائق الآتية:

1- الاتساق الداخلي: حسب الاتساق الداخلي للمقياس وذلك باستخدام:

أ- معادلة ألفا كرونباخ: جرى تطبيق المقياس على عينة مؤلفة من (30) طفلاً من أفراد عينة البحث، وجرى حساب ارتباط كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت قيم معاملات الثبات بين 0,7094 0,86,5 ومع ثبات كلي للأداة (0,89) ما يشير إلى اتساق جيد للمقياس الجدول ذا الرقم (13).

ب- الثبات بالتجزئة النصفية: حساب معامل ثبات التجزئة النصفية وصحح بمعادلة سبيرمان براون وتراوحت بين (0,69 -0,85) مع ثبات كلي (0,813).

ج- الثبات بطريقة الإعادة: أعيد تطبيق المقياس على (30) طفلاً من أفراد عينة البحث بعد (10 -14) يوماً من التطبيق الأول، كي لا تمر مدة طويلة على تطبيقهم الأول للمقياس إذ تبين أن إعادة تطبيق المقياس لتعرف ثباته يجب أن لا تتجاوز أسبوعين من تطبيقه

الأول (المرجع السابق)، وقد حسب معامل الثبات حسب معادلة بيرسون وقد بلغ (89%) وهو دال عند (0,01) كما تم حساب عامل الثبات لكل محور في المقياس على حدة وأعطى مؤشراً جيداً على ثبات المقياس كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول (3) يبين الاتساق الداخلي لمقياس PTSD

المعايير	معاملات الثبات بالإعادة	معاملات ثبات ألفا كرونباخ	معاملات ثبات التجزئة النصفية
المحور ب	0.93	0.79	0.87
المحور جـــ	0.88	0.65	0.69
المحور د	0.86	0.93	0.87
المجموع الكلي لدرجات الأداة	0.89	0.86	0.81

2- استمارة التقويم العيادي للتبول اللاإرادي عند الأطفال (ملحق رقم 2) وتحتوي هذه الاستمارة على مجموعة من البيانات عن عمر الطف ووضعه الصحي والاجتماعي والانفعالي وكذلك بيانات حول الأعراض النهارية والليلية لعملية التبول وتكرارها نتيجة الفحص الطبي الذي يقوم به الأطباء والمختصون النفسيون في المركز.

نتائج الدراسة وتفسيراتها:

- **للتحقق من الفرضية الأولى**: "لا توجد علاقة دالة بين درجة تعرض الأطفال عينة الدراسة لاضطراب (P.T.S.D) ومعاناتهم التبول اللاإرادي"، تم استخدام اختبار كاندل (kendalls tau-b)لأن توزع العينة غير طبيعي ويمكن توضيح ذلك بالجدول (4).

جدول (4) يبين العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والتبول اللاإرادي لدى أفراد العينة

المتغيرات	اضطراب ما بعد الصدمة			
	معامل الارتباط	حجم العينة	مستوى الدلالة	القرار
التبول اللاإرادي	0.406	40	0.002	دالة

يلاحظ من نتائج الجدول (4) وجود علاقة ايجابية بين اضطراب ما بعد الصدمة والتبول اللاإرادي وكان الارتباط يساوي (0.406) وهو معامل ارتباط إيجابي وبلغ مستوى الدلالة (0.002) وهو دال إحصائياً عند (0.05) وبهذا ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة. ونصّها: "توجد علاقة دالة بين درجة تعرض الأطفال عينة الدراسة لاضطراب (P.T.S.D) ومعاناتهم للتبول اللاإرادي".

ويفسر الباحث هذه النتيجة: أن الأطفال المصدومين يعانون التبول اللاإرادي، وهذا يعزى لعدم وجود توعية تثقيفية للأطفال من الأهل والجهات المعنية، مما ينجم عنه تفاقم المشكلة واستمرارها من سن السادسة حتى العاشرة. كما يدل ذلك على تأثير صدمة الحرب على الأطفال وترافق ذلك بسلوكات مثل التبول اللاإرادي بعد الصدمة. إذ إنّ ذكريات الحرب وشعور الطفل بالعجز وفقدان السند يؤديان إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة وهذا بدوره يؤدي إلى ظهور مشكلات عديدة من أهمها مشكلة التبول اللاإرادي. لأنّ تذكر أهوال الحرب التي تعرض إليها هؤلاء الأطفال من موت وجوع ومرض ونقص للدواء والفوضى وغيرها أدى إلى قوة الصدمة التي تعرض لها الأطفال العراقيون عينة الدراسة.

- **للتحقق من الفرضية الثانية**: "لا توجد علاقة دالة بين تعرض الأطفال عينة الدراسة لاضطراب (P.T.S.D) وعمرهم الزمني تم استخدام اختبار (سبيرمان) لأن توزع العينة غير طبيعي.

جدول (5) العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والعمر لأفراد العينة

المتغيرات	اضطراب ما بعد الصدمة			
	معامل الارتباط	حجم العينة	مستوى الدلالة	القرار
العمر	0.122	40	0.455	غير دال

يلاحظ من نتائج الجدول (5) عدم وجود علاقة دالة بين ضغوط ما بعد الصدمة والعمر حيث بلغ الارتباط (0.122) وهو معامل ارتباط غير دال وبلغ مستوى الدلالة (0.455) وهو أكبر من (0.05) وبهذا تقبل الفرضية الصفرية. ويفسر الباحث عدم وجود علاقة دالة بين ضغوط ما بعد الصدمة والعمر كون الأطفال في السن ما بين (6 -10) سنوات تتقارب البنى المعرفية لديهم مما يجعل العمر عاملاً ضعيفاً لتحديد العلاقة كما أن الأطفال في سنوات المدرسة يمكنهم الاستفادة مما لديهم من رصيد أوسع من الاستجابات المعرفية أو الانفعالية أو السلوكية وأن يستخدموه في التعامل مع الصدمة. والأطفال في سن المدرسة غالباً ما يلجؤون إلى التعامل بفاعلية مع الحدث الصدمي في الخيال حيث يبتدع الأطفال خططاً داخلية للعمل والمواجهة كي تساعدهم على تغيير نتائج الصدمة.

- **للتحقق من الفرضية الثالثة**: "لا توجد علاقة دالة بين التبول اللاإرادي لدى الأطفال عينة الدراسة والعمر الزمني". تم استخدام اختبار كاندل لأن توزع العينة غير طبيعي.

جدول (6) العلاقة بين اضطراب التبول اللاإرادي والعمر لأفراد العينة

المتغيرات	اضطراب التبول اللاإرادي			
	معامل الارتباط	حجم العينة	مستوى الدلالة	القرار
العمر	0.201	40	0.164	غير دال

يلاحظ من نتائج الجدول (6) عدم وجود علاقة ارتباطية بين التبول اللاإرادي والعمر إذ بلغ الارتباط (0.201) وهو معامل ارتباط غير دال وبلغ مستوى الدلالة (0.164) وهو أكبر من (0.05) وبهذا تقبل الفرضية الصفرية. ويفسر الباحث ذلك بأن الأطفال الذين

يعانون مشكلة التبول اللاإرادي غير الناجمة عن حالة طبية عامة لا يتأثر بـــالعمر نظـــراً لتشابه الظروف الصادمة للأطفال، وتشابه الظروف البيئية التي يعيشونها بعد الصدمة.

-**للتحقق من الفرضية الرابعة**: "لا توجد فروق دالة بين تعرض الأطفال عينة الدراسة لاضطراب (P.T.S.D) تعزى لمتغير الجنس، استخدم الباحث اختبار مان وتني (Mann-Whitney Test)، لأن التوزع غير طبيعي وذلك كما يوضحه الجدول التالي:

جدول(7) يبين الفروق بين الذكور والإناث في درجة تعرضهم لاضطراب (P.T.S.D)

العينة	ن	م	قيمة Z	الدلالة	القرار
الذكور	23	51.96	0.890 -	0.373	غير دالة
الإناث	17	55.47			

يلاحظ من الجدول (7) أنه لا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في اضطراب شدة ما بعد الصدمة وبالعودة إلى الجدول يتضح أن قيمة Z=(0.890). وبمستوى دلالة (0.373) وهي أكبر من (0.05) وبذلك تقبل الفرضية الصفرية. ويفسر الباحث ذلك أن اضطراب ما بعد الصدمة يؤثر في كلا الجنسين لأن القتل والدمار في أثناء الاحتلال الأمريكي للعراق لم يفرق بين الذكور والإناث. ويأتي دور البيئة الاجتماعية وتشابه ظروف السكن والعادات تجعل الفارق بين الجنسين غير ذي دلالة. وأن أعراض الاضطراب قد تختفي في بعض الحالات مع مرور الزمن، بينما في حالات أخرى تستمر الأعراض في الظهور لعدة سنوات بعد التعرض للحدث الصادم، ويرى بعض الباحثين أن بعض حالات اضطراب ما بعد الصدمة تشفى مع مرور الزمن ويلعب البيت والأصدقاء دوراً هاماً في معالجة

أعراض الاضطراب، وفي مقابل ذلك توجد حالات تستدعي انتباه الاختصاصيين. (Alexandria, 2005,P.15)

-للتحقق من الفرضية الخامسة: "لا توجد فروق دالة بين متوسط درجات الأطفال عينة الدراسة في التبول اللاإرادي تعزى لمتغير الجنس استخدم الباحث اختبار (مان وتني) لأن التوزع غير طبيعي وذلك كما يوضحه الجدول رقم (8)**:**

جدول (8) يبين الفروق في التبول اللاإرادي تبعاً لمتغير الجنس (ن= 40)

العينة	ن	م	قيمة "Z"	الدلالة	القرار
الذكور	23	0.35	1.134 -	0.257	غير دالة
الإناث	17	0.53			

يلاحظ من الجدول (8) أنه لا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في درجة التبول اللاإرادي وبالعودة إلى الجدول يتضح أن قيمة z (1.134-). وبمستوى دلالة (0.257) وهو أكبر من (0.05) وبذلك تقبل الفرضية الصفرية. ويفسر الباحث ذلك تقارب البيئة التي يعيش فيها هؤلاء الأطفال ونوعية الرعاية التي يتلقونها من الأهل ومراكز الهلال الأحمر. وهذه النتيجة تختلف مع ما توصلت إليه دراسة الرشيدي وآخرين إذ بينت أن أعلى نسبة لحدوث التبول اللاإرادي بين سن (8 - 11) سنة، ولدى الذكور أكثر مما لدى الإناث (62% عند الذكور و38% عند الإناث) (الرشيدي وآخرون، 2001 ص173).

المقترحات:

- إعداد برامج إرشادية للأطفال المتعرضين لصدمات نفسية وأهلهم.
- إقامة دورات تدريبية للتوعية والتطمين النفسي للأطفال المتعرضين للصدمة.
- التركيز على دور المرشد النفسي في المدرسة لمساعدة أطفال ما بعد الصدمة.
- تعزيز التعاون بين المرشد النفسي والطبيب لمعالجة حالات التبول اللاإرادي عن الأطفال المصدومين.

المراجع

باللغة العربية:

- أبو حطب، فؤاد، صادق، آمال. (1999). نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى المسنين. ط4. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- أبو هين، فضل. (1995). اضطراب الضغوط النفسية لدى الأطفال المتأثرين بالعنف في قطاع غزة. فلسطين: مطابع الهيئة الخيرية بغزة.

- أبو هين، فضل. (2009). أطفال غزة رعب وخوف وصدمات نفسية. مركز التدريب المجتمعي وإدارة الأزمات. غزة. فلسطين: جامعة الأقصى.

- الجبالي، حمزة. (2005). النمو النفسي والعاطفي والاجتماعي عند الأطفال. ط1. الأردن، عمان: منشورات دار صفاء للنشر والطباعة.

- الحواجري، أحمد محمد. (2003). مدى فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة. غزة، فلسطين: رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. الجامعة الإسلامية.

- الرشيدي، بشير وآخرون. (2001). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية "اضطرابات الضغوط التالية للصدمة (1) التشخيص. ط1. الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي.

- الزعبي، أحمد محمد. (2005). مشكلات الأطفال النفسية السلوكية والدراسية (أسبابها وسبل علاجها). ط1. دمشق: منشورات دار الفكر.

- الزراد، فيصل محمد خير. (1998). التبول اللاإرادي لدى الأطفال. ط1. لبنان: منشورات دار النفائس ببيروت.

- الشيخ، منال حسن. (2010). فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من بعض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية لدى الأطفال الذين تعرضوا لحوادث طرق. جامعة دمشق: رسالة دكتوراة، كلية التربية.

- العطراني، سعد سابط جابر. (1995). عوامل التعرض للشدات النفسية لدى طلبة المرحلة الإعدادية من عوائل ضحايا ملجأ العامرية والعوامل المحيطة به. العراق: كلية الآداب.الجامعة المستنصرية. رسالة ماجستير غير منشورة.

- اليونيسيف، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا. (1995). مساعدة الطفل الذي يعاني من الصدمة النفسية، دليل للمعلمين والاجتماعيين والصحيين. الأردن: عمّان.

- سعد، علي. (1994). الشذوذ النفسي دمشق: منشورات جامعة دمشق.

- صالح، قاسم حسين. (2002). سيكولوجيا الأزمات، اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. لبنان: طرابلس. مركز الدراسات النفسية والجسدية. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة. العدد (49). المجلد (13).

- طه، آيات. (2004). أثر اضطرابات الضغوط التالية للصدمة على كفاءة بعض الوظائف المهنية والتوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من المصدومين. جامعة القاهرة: رسالة دكتوراة غير منشورة.

- عبد الخالق، أحمد. (1993). أصول الصحة النفسية. ط2. القاهرة: منشورات دار المعرفة الجامعية.

- عز، إيمان. (2002). اضطراب الشدة ما بعد الصدمة لدى الأطفال. دمشق: منشورات مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر.

- علاق، كريمة. (1999). الصورة الوالدية عند الطفل المتبول لا إرادياً دراسة تحليلية للأطفال أعمار (6-10) سنوات. الجزائر: جامعة الجزائر. رسالة ماجستير غير منشورة.

- لطيفة، يوسف. (2006). الطب النفسي. دمشق: منشورات جامعة دمشق.

- يعقوب، غسان. (1999). سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. بيروت: دار الفارابي.

باللغة الأجنبية:

- DSM.4-TR™(2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association.

- Ghanizadeh. A. (2010). Co morbidity of Enuresis in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of attention disorders V 13-N 5 (464-467).

- Goldstein, R. Wampler, N., & Wise, B. (1997). War Experiences and Distress Symptoms of Bosnian Children, Pediatrucs. 100 No,5. 873- 878.

- Johnson. Kendal. (1989). Trauma in the lives of children crisis and stress management techniques for counsellors and other professionals hunter-house.

- Keana, T. (1986). Defining Traumatic Stress, Behavior Therapy V 16, P: 419- 424.

- Koling, chan (2009). Sexual evidence Against women and children in Chinese societies Published by SAGE. http://www.sagepuplications.com.

- Macksoud M. et al., (1993). Traumatic War experience and Their effects on children in Wilson J & B: Traumatic Stress Syndrome Plenum Press, New York.

- Michell S. T. & Everly G. S. (1995). Critical incident stress debriefing cist: Am operations manual for the prevention of Traumatic stress among emergency service & disaster work Ellicott city.

- Moore, R.H.(1993) . Traumatic. Incident Reduction Agentive Emotive Treatments of Post Traumatic Stress Disorder. Sage publication London new Delhi.

- NIMH, G.(2008). national institute – of mental health New Yurok.

-Sunday R. & Suzan T. (1985). Violence Against Women: a Critique of the Socio-biology of Rap, Gordian Pr, Mishawaka, IN, U.S.A.

- Sureshkumar, Premala et al., (2009). Risk Factors for Nocturnal Enuresis in School-Age Children, The Journal of Urology, Volume 182, Issue 6, December 2009, Page2893- 2899.

- Tumpline T. (2007). The Physical and Mental Status of Iraqi Refugees and its Aetiology. Wan estate University.

- UNHCR (2007). United Nations High Commissioner for Refugees IPSOS Survey on Iraqi Refugees 31\11- 25\ 12\ 2007 – Final results.

- Van Kampen et al., (2009). Influence of Pelvic Floor Muscle Exercises on Full Spectrum Therapy for Nocturnal Enuresis, The Journal of Urology Volume 182, Issue 4, Supplement 1, October 2009, Pages 2067-2071.

- Vojvode D. (1998). PTSD Symptoms is Bosnian Refugees 1 year after American Psychiatric Association. Resettlement in USA.

- Von Gontard et al., (2011). Family History of Nocturnal Enuresis and Urinary Incontinence: Results From a Large Epidemiological Study, The Journal of Urology, Volume 185, Issue 6, June 2011, Pages 2303-2307.

.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2011/8/3